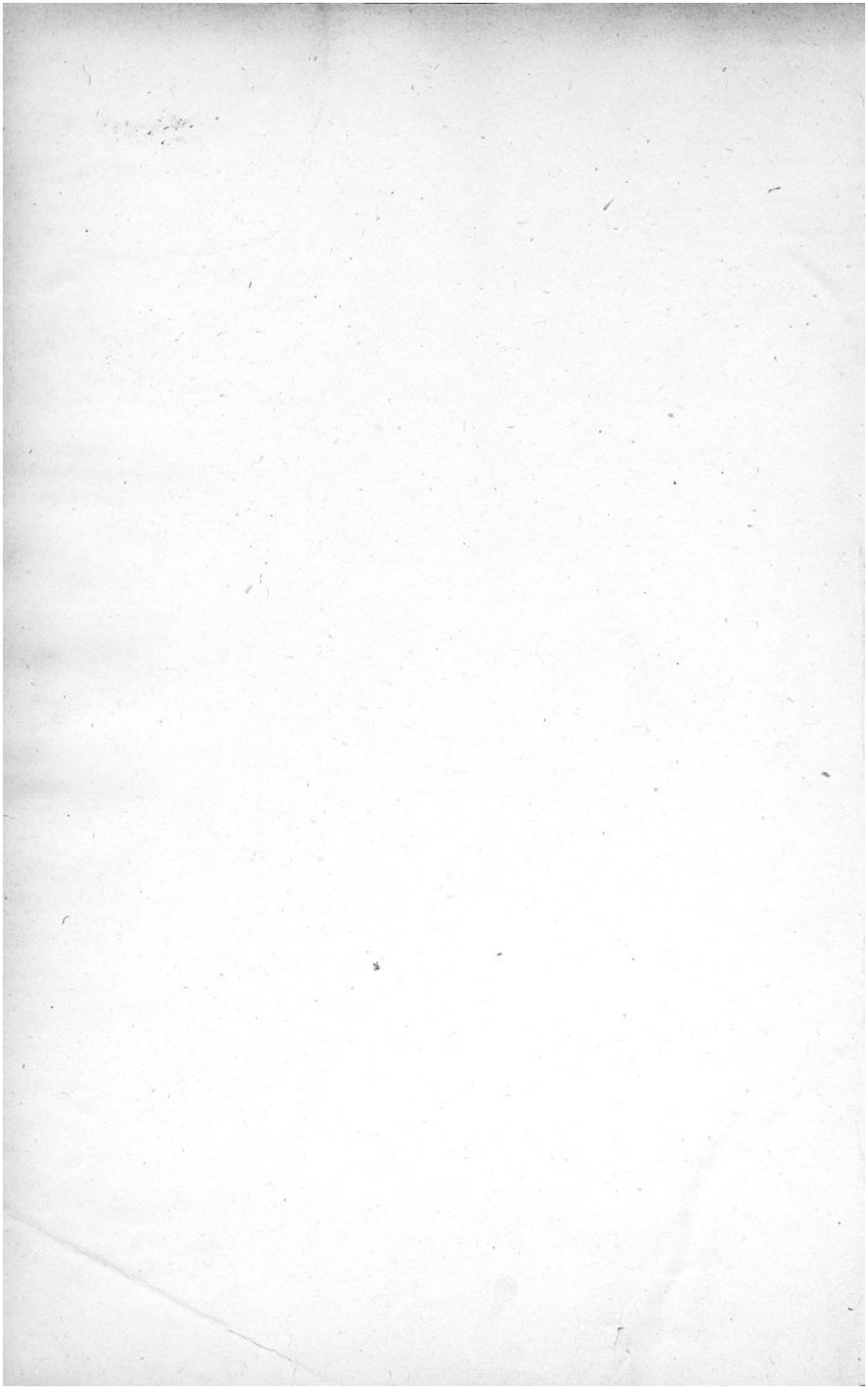
Bibliothèque numérique
medic@

Le Concours médical

68ème année. - 1946.
Cote : 91496

PARIS biu Santé

Licence ouverte. - Exemplaire numérisé: BIU Santé (Paris)
Adresse permanente : http://www.biusante.parisdescartes.fr/histmed/medica/cote?91496x1946



« LE CONCOURS MÉDICAL »

91496

TABLE DES MATIÈRES

ANNÉE 1946

Cette table contient deux parties : I. Partie Scientifique. — II. Partie Professionnelle



I

PARTIE SCIENTIFIQUE

N. B. — *Les travaux originaux sont indiqués en italique*

A

Accouchement. *A propos de l' — dirigé*, 667, 1279 ; *comment réaliser l'analgésie obstétricale à la campagne* en 1946, 1017 ; *l'auto-analgésie obstétricale à la campagne et partout*, 1309 ; l' — indolore, 1390.

Acétonémie. — infantile et lambliase, 1389.

Agranulocytose. — traitée par la pénicilline, 174.

Alcoolisme. Prophylaxie antialcoolique, 639 ; *Achtung, minen*, 1120.

Aliéné. Le mot — , sa définition, 824.

Alimentation. L' — *des déportés en Allemagne*, 13 ; production expérimentale d'œdèmes par déséquilibre alimentaire, 14 ; sur la pathogénie des œdèmes de dénutrition par carence alimentaire, 111 ; *notre état sanitaire impose d'urgence un meilleur ravitaillement*, 409 ; vingt cas d'ostéopathie de la faim, avec fractures ou images fracturaires, observés dans le cours de l'année 1945, 414 ; *la valeur énergétique de la ration individuelle du travailleur dans une usine de la région parisienne*, 795 ; retentissement du déséquilibre alimentaire sur le sang, 959 ; consommation générale du vin et répartition de la production, 1022 ; les états de dénutrition, observations cliniques et thérapeutiques, 1356 ; étude anatomique des états de dénutrition, 1356.

Allaitement. *A propos de la stérilisation des tétines*, 1050.

Aménorrhée. Les — post-radiothérapiques, 1116.

Amibiase. Eclosion de nouveaux foyers d' — autochtone dans la région marseillaise, 446 ; le traitement d'assaut de l' — , 1589 ; facteurs de chronicité d'emblée, de rechutes précoces, d'ictères thérapeutiques de l' —, en milieu tropical, 1589 ; premiers essais thérapeutiques par pénicilline, émétine, sulfaguanidine dans le traitement des — graves et rcherche en milieu tropical, 1589.

Anémie. — protidique et — globulaire, 111 ; — grave aiguë fébrile avec granulopénie ; amélioration passagère par la pénicilline ; terminaison par lymphoblastose aiguë, 543 ; — érythroblastique méditerranéenne, 732 ; *la levure de bière dans le traitement des — graves*, 823 ; un cas d' — grave rebelle à tout traitement, guéri par la méthionine, 828 ; l'acide jollique dans l' — de Biermer, 1394.

Anesthésie. Sur l' — au pentothal-sodium, 414 ; l' — du plexus brachial, 478 ; la voie intrasternale en —, 510 ; l' — en chirurgie de guerre, 638 ; l'infiltration anesthésique du sinus carotidien dans le traitement des collapsus et dans la prévention du choc opératoire, 638 ; *l'— locale et régionale en obstétrique*, 793 ; rachianesthésie et choc opératoire, 1628.

Anévrysme. — *artério-veineux du pli du coude*, 791.

Anthelmintique. L'action — de la phénothiazine et de ses dérivés, 415.

Anuries. Les — traumatiques, 701 ; — consécutives à un traitement salicylé ; guérison par infiltrations splanchniques, 733 ; — par néphrite aiguë consécutive à une intoxication par boissons apéritives, guérison par décapsulation du rein, 892.

Aorte. La sténose aortique calcifiée, 378.

Aphtes. Sur les syndromes aphteux de la bouche, 15.

Appendicite. — aiguë, radiothérapie, 1119 ; — gangréneuse et péritonite, ablation, pénicilline intrapéritonéale et intra-musculaire, guérison rapide, 1538 ; épiploïte herniaire étranglée consécutive à une — pelvienne aiguë, 1542.

Arcosoudure. A propos de la nocivité de l' — , 1023 ; la sidérose des arcosoudeurs, 1318.

Ariboflavinose. Un cas parisien d' —, 765.

Artérites. De l'artériectomie dans les — oblitérantes des vieillards, 733 ; séquelles d' — oblitérante d'origine typho-exanthématique ; amélioration spectaculaire sous l'influence de perfusions I.V. de NaCl en solution hypertonique, 1317.

Arthrites. Sur un cas de protusion acétabulaire bilatérale ; syndrome d'Otto au cours d'une polyarthrite chronique d'origine indéterminée, 607 ; à propos des lombalgies : l' — des petites articulations inter-épineuses lombaires, 1116.

Arthropathies. Les — protéiques ; à propos de deux observations, 379.

Asthme. — mortel avec obstruction bronchiolaire, 15 ; — à propos du traitement pathogénique de l' —, 575 ; — et tétanie chez un infantile, 671 ; défaillance cardiaque latente, facteur d'entretien des crises d' —, 764 ; guérison de l' — bronchial, 955 ; un cas d' — fébrile et hémoptoïque lié à un catarrhe bronchique étendu, 1023 ; les — à dyspnée d'effort exclusive, 1398 ; *danger des injections d'adrénaline chez les asthmatiques*, 1579.

Atomique. Le tableau clinique provoqué par l'exposition à l'explosion de la bombe —, 923 ; l'énergie —, 1390.

Avions. Les — au service de la médecine en U.R.S.S. 275.

Avortement. Arrêté du 10 juillet 1946 instituant une Commission chargée d'étudier et de proposer au gouvernement les mesures propres à combattre et à réprimer l' — (*J. O.*, 24 septembre 1946) ; considérations sur la fièvre au cours de la menace d' —, 311 ; quelques considérations médico-légales sur un — criminel avec syndrome hépato-rénal, 543 ; considérations générales sur l' —, criminel, 958 ; l' — criminel sous l'angle de la fonction de reproduction, 958 ; l' — criminel, considérations sociales, 959.

B

Bacillus subtilis. De l'action biologique du —, 14 ; des propriétés destructives ou antidotiques des filtrats de culture du — à l'égard des toxines microbiennes, 510.

Bactériologie. La guerre bactériologique, 379.
Baignades. *L'heure propice pour les* — 573, 763 ; *la congestion du nageur*, 985.
Basedow. Traitement chirurgical de la maladie de —, 46 ; sur l'association iode-aminothiazol dans la cure des syndromes basedowiens, 1590.
Bassin. Images anormales de métastases du —, 1538 ; à propos du traitement des prolapsus pelviens, 1541.
Boiterie. — L'insuffisance du moyen fessier et marche analgique, 797.
Botulisme. Statistique du — pendant l'occupation, 174.
Bronches. Le rôle des — dans certaines affections broncho-pulmonaires chroniques primitives, 700 ; le rôle des — dans certaines affections broncho-pulmonaires associées à des cardiopathies, 701 ; la bronchoscopie dans la pratique pneumologique, 797 ; pénicilline en aérosols dans les suppurations bronchiques, 1198 ; bronchectasie et ethmoïdo-antrite, deux cas nouveaux du syndrome de Kartagener, 1445.
Brucelloses. *Traitement de la fièvre de Malte par la téléroentgenthérapie totale*, 761 ; sur la prophylaxie de la mélitococcie, 990.
Brûlures. *A propos du traitement des —, par les bains salés*, 921.
Bulbe carotidien. Infiltration du — dans le choc traumatique, 1541.

C

Cachexie de Simmonds. Syndrome infundibulo-hypophysaire complexe réalisant le tableau de la —, polyurie insipide, crises d'hypoglycémie spontanée, 1054 ; —, crises d'hypoglycémie, essai de l'alloxane, 1054.
Cancer. Voir aussi « *Hémo-tests* ». Arrêté du 30 octobre 1945 fixant le ressort de chaque centre régional de lutte contre le —, 71 ; arrêté du 5 août 1945, sur la centralisation des renseignements médicaux recueillis par les centres régionaux de lutte contre le — (*J. O.*, 13 *avril* 1946) ; arrêté ministériel du 23 février 1946 fixant le statut du personnel médical et administratif des centres de lutte contre le —, 438 ; les longues incubations de récidives d'épithélioma ganglionnaire, régional ou métastatique, sans récidive du premier —, 46 ; traitement par la diathermo-coagulation des — ano-rectaux extériorisés au périnée, 46 ; — du pancréas avec hémorragies digestives et métastases cutanées chez un ancien pulmonaire, 274 ; premiers résultats de la radiothérapie des — avec désensibilisation de la peau, 446 ; traitement de la douleur du — secondaire du rachis par la castration, 542 ; recherches sur l'action cancérigène de certaines substances colorantes, 574 ; — du rein et hématurie, 797 ; histoire d'un nœvo-carcinome du pouce consécutif à un traumatisme, 861 ; le remède contre le —, 1114 ; — et charlatans, 1116 ; — de l'œsophage, sans signe radioscopique, décelé par l'œsophagoscopie, 1116 ; —, *ennemi public n°* 1, 1311 ; progrès sensibles dans la radiothérapie des — (neutronthérapie, joliothérapie, alphathérapie, bétathérapie, gammathérapie, ultra-gammathérapie, 1394.
Cerveau. Les hématomes spontanés intracérébraux, 207 ; l'hématome intracérébral traumatique, 829 ; *l'électro-encéphalogramme clinique*, 857 ; traitement chirurgical des abcès du — depuis la pénicilline, 1023 ; intérêt de l'électro-encéphalographie en clinique, 1119 ; le traitement des abcès du —, 1158 ; *saignée et affections cérébrales vasculaires*, 1236 ; le traitement actuel des suppurations cérébrales, principalement d'origine traumatique, 1392 ; le traitement actuel des abcès du —, 1392 ; sur un cas de thrombo-phlébite cérébrale post-puerpérale, 1494.
Chancre mou. *Renaissance du* —, 537.
Chevelure. *Inconvénients et avantages des soins donnés à la* —, 105 ; mort par teinture de coiffeur, 273.
Chirurgie. *Séance d'ouverture du Congrès de* —, 1200 ; *le centenaire de la Société de* —, 1204 ; *essais de conditionnement et de stérilisation de l'air des salles d'opération*, 202, 762 ; à propos de l'emploi de la dicoumarine comme préventif de certains accidents post-opératoires, 1318.
Choc. Sur un test de résorption utilisable dans le diagnostic du — et dans son évolution, 574.
Citrate de soude. Le — intraveineux en thérapeutique, 142.
Climat. La guerre et le — de Paris, 670.
Cœur. Infarctus du myocarde à forme abdominale, 78 ; infarctus du myocarde simulant une perforation abdominale, 378 ; deux cas d'endocardite infectieuse maligne traités par la pénicillothérapie à haute dose, 446 ; une endocardite rhumatismale à forme asystolique heureusement influencée par les sels mercuriels, 543 ; endocardite lente, à streptoccoccus viridans greffée sur une maladie de Roger, apparemment guérie par des doses massives de pénicilline, 574 ; les injections intra-veineuses de digitaline cristallisée et de théophylline dans l'insuffisance cardiaque, 829 ; *mode de début et impuration des lésions orificielles du* — 887 ; *les vitamines dans les maladies du* — 986 ; *les gros cœurs en clinique, valeur pronostique*, 1111.
Congrès. Le XIVe — des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française (Genève et Lausanne, juillet 1946), 1152 ; le Xe — français de gynécologie (Lyon, mai 1946), 1154 ; le XLIXe — de chirurgie (Paris, octobre 1946), 1440, 1488, 1584.
Conjonctivite. *Evolution du traitement de la — purulente du nouveau-né*, 1353.
Coqueluche. A propos de la —, 1590.
Coryza spasmodique. — *vaso-moteur et rhinoerythrœdème médicamenteux chez l'enfant*, 1537.
Crâne. Hématome sous-dural sans traumatisme direct sur la tête ; trépanation, guérison, 273 ; hématome extra-dural de symptomatologie fruste, 893 ; Scalp avec mise à nu très étendue des os du — 1023 ; *traitement et technique opératoire des fractures ouvertes avec plaies pénétrantes du* —, 1271 ; *les anévrysmes intracrâniens de la carotide interne*, 1345.

D

Démographie. *Quelques réflexions sur la situation démographique de la France*, 113 ; *guerre et mortalité*, 241 ; rapport sur l'état sanitaire en France en 1944, 273 ; *de l'influence des activités endocriniennes sur les races humaines*, 277 ; *le problème schématique de la population française métropolitaine*, 548, 580 ; *logement et population*, 1505.
Dermatose. La — prurigineuse de la laine de verre, 379 ; les affections dermatologiques au camp de concentration de Buchenwald, 575 ; nouvelles mesures sur l'impédance cutanée dans les —, 860 ; pemphigus observé chez un enfant, 1119 ; *pigmentations faciales*, 1148 ; certaines affections du cuir chevelu sont actuellement en recrudescence, 1199 ; végétations vulvaires au 4e mois d'une grossesse, disparues spontanément après un traitement intercurrent par une préparation saline, 1242 ; à propos de l'étiologie des nodosités sous-cutanées, 1242 ; un cas de radiodermite ulcéreuse cancérisée d'apparition tardive, 1397.
Désinsectisation. Destruction des moustiques, dans les fosses compartimentées, par le D.D.T., 273 ; une poudre D.D.T. activée, 999.
Diabète. Un cas de — insipide avec association extrême de la soif et de la polyurie, 142 ; traitement du — insipide par implantation de lobe postérieur d'hypophyse, 892 ; traitement des — graves par une seule injection quotidienne de mélanges d'insuline, 1119 ; l'étiologie du — insipide, 1393.
Diéthylstilbœstrol. L'action du — chez l'homme, 206.
Diphtérie. Le traitement des paralysies diphtériques par la chloroformisation et la sérothérapie, 142 ; à propos de la recrudescence des — et surtout des — malignes, 273 ; polynévrites diphtériques, 765 ; *réflexions sur un cas de — du nouveau-né*, 827 ; sur l'obligation de la vaccination antidiphtéritique-antitétanique chez les tout jeunes enfants, 892 ; proposition relative à l'obligation de la vaccination antidiphtérique chez les tout jeunes enfants, 1022 ; le coryza diphtérique du nourrisson, à propos de deux épidémies récentes, 1494.
Dysenterie. Sur deux épidémies hospitalières de — en 1944 et 1945, 638.

Dystrophies infantiles. — *infantiles, meilleure connaissance des causes*, 1531.

E

Eaux thermales. *Le problème du mode d'action thérapeutique des —*, 920 ; *la part du médecin traitant dans la préparation des cures thermales et climatiques*, 922.
Eczéma. Impédance cutanée des eczémateux mesurée en courant alternatif de basse fréquence, 46 ; étude de l' — expérimental, 78 ; impédance cutanée chez les eczémateux mesurée en courant alternatif de basse fréquence, 1318.
Electrocardiographie. *Principales indications de l'—*, 1235.
Electrochoc. Les suites d'un — ou la revendication injustifiée, 1446.
Eléphantiasis. A propos d'un millier d'injections intra-artérielles dans la lymphangite éléphantiasique et l'ulcère phagédénique 1241.
Endocrinologie. A propos des parendocrinoses, 924 ; nouveau cas de dysembryome médiastinal avec troubles endocriniens associés, 958 ; troubles de réceptivité et kyste sus-sellaire, 991.
Enfants mongoloïdes. Les —, 378.
Enurésis. Action favorable du propionate de testostérone dans un cas d' — nocturne chez une jeune fille, 239 ; *traitement de l'incontinence essentielle des urines par l'appareil avertisseur*, 1147.
Epaule. Arthrite purulente de l' — à streptocoques greffée sur une périarthrite, guérison par injection intramusculaire de sulfaméthyldiazine, 274.
A propos des voies d'abord de l' — 1542.
Epilepsie. Etude critique de l'épreuve au cardiazol dans le diagnostic de l' —, 1086.
Epithéliomatose. — respiratoire diffuse, 670.
Erythème noueux. Remarques sur l' —, 1275 ; — noueux et pleurésie séro-fibrineuse simultanée avec modification de l'allergie tuberculeuse chez une personne de 60 ans, 1393.
Erythrodermie arsénicale. — *vésiculo-œdémateuse, guérie par la sulfamidothérapie*, 571.
Estomac. Sur l'ulcère de l' — au Maroc d'après 190 observations, 14 ; le diagnostic précoce du cancer de l' —, 79 ; de l'urticaire à l'ulcère gastrique, 478 ; perforation ou fausse-perforation gastro-duodénale sans lésion visible, 607 ; *intolérance alimentaire due à un ulcus de la petite courbure ; étude journalière de la tolérance alimentaire recouvrée sous le couvert de l'infiltration splanchnique gauche*, 856 ; *le diagnostic différentiel des perforations de l'ulcère gastrique et de l'appendice*, 891 ; les tendances actuelles dans la thérapeutique des ulcères gastriques et duodénaux, 925 ; note sur le traitement des ulcères gastro-duodénaux, 1116 ; ulcère peptique récidivant après gastrectomie large ; gastrectomie totale, 1393 ; fausses perforations après gastrectomie, 1542 ; anomalies de l'angle duodéno-jéjunal et technique de gastrectomies, 1628.

F

Voir aussi « *Utérus* »
Fibrome. Torsion utéro-vaginale d'un —, 639 ; le traitement chirurgical des — utérins pendant la puerpéralité, 732 ; pseudo-fibrome de nature indéterminée, 991.
Fièvre. La recrudescence de la — ondulante dans le Midi de la France ; inefficacité de la vaccination animale, 206 ; — par morsure de furet, 446 ; un cas de — boutonneuse dans le Tarn, 1279 ; sur quelques formes nerveuses de la — récurrente cosmopolite, 1493.
Fièvre typhoïde. *Critique de quelques méthodes de traitement de la —*, 373 ; — suivie de quatre rechutes ; antécédent identique chez la mère du malade, 377 ; *procédé simplifié de coproculture, son utilisation dans la prophylaxie de la —*, 601 ; mononucléose infectieuse à allure typhique, 671 ; *épidémie familiale de —*, 1082, 1310 ; deux ans de vaccinothérapie intraveineuse systématique dans 200 —, 1198 ; abcès sous-phrénique avec réaction pleurale au cours d'une —, 1199 ; les séquelles veineuses des — et paratyphoïdes, 1317 ; orchite suppurée au cours de la —, 1356.
Foie. Traitement de la crise de colique hépato-vésiculaire par le nitrite d'amyle, 478 ; le rôle de la vésicule biliaire dans les séquelles de l'hépatite épidémique, 701 ; le psammocarcinome du —, 733 ; les calculs biliaires « flottant entre deux eaux », 1086 ; les migraines et leurs rapports avec les affections de la vésicule biliaire, 1493 ; hépatite ictérique et cholestérinogène ; action de la splénectomie, 1538.
Folliculine. *Folliculinothérapie et calcémie*, 204 ; sur l'inscription au tableau C de la — et des œstrogènes de synthéee, 377, 693 ; la diarrhée folliculinique, 671.
Fractures. — spontanées du métatarse, 47 ; — de la colonne vertébrale par effort au cours du travail, 310 ; sur la consolidation accélérée des —, 543 ; traitement des — du col du fémur ; immobilisation par le clou de Petersen, 861 ; *indications respectives de l'impaction et de l'enclouage dans le traitement des — du col du fémur*, 1193 ; sur les — du maxillaire inférieur et les indications d'un nouveau moyen chirurgical de contention : le brochage, 1279 ; le traitement des — bimalléolaires vicieusement consolidées, 1359 ; à propos des — de la première côte, 1359 ; à propos d'une — ouverte des deux os de l'avant-bras traitée par la méthode de Kuntscher, 1541 ; — du col de l'omoplate abordée par la voie postérieure, 1541 ; pseudarthrose fistulisée du fémur chez un homme de 72 ans, traitée par enclouage médullaire, 1628.
Fruits. Au sujet du paraffinage des —, 764.
Furoncles. *Les — de la lèvre supérieure et de l'aile du nez*, 237, 445.

G

Gale. Sarcoptes casaniers, 1398.
Goitres. — par transplantation, 110 ; le traitement médical des —, 207.
Grippe. *La —, nouvelles acquisitions de la microbiologie*, 1437.
Grossesse. Décret du 5 février relatif aux moyens anticonceptionnels, 199 ; de l'emploi de la prostigmine dans le traitement de l'aménorrhée et comme test de —, 239 ; *action du thiouracil chez la femme enceinte*, 1237 ; quelques nouveaux cas de gestation prolongée, 1542.
Gynécologie. A propos du test de Schiller, 143 ; phlébites et embolies en chirurgie gynécologique, médications nouvelles, 479 ; un cas d'endométriome du ligament rond, 479.

H

Hallux Valgus. Les traitements opératoires dans l' —, 47.
Hernie. *Eventration traumatique dans la région inguinale*, 138.
Hanche. La subluxation congénitale de l'adulte, vue par l'examen radiologique de la — de profil, 78 ; les résultats éloignés de la butée intra-articulaire de la —, 1359.
Helminthiases. La valeur diagnostique du taux d'éosinophilie dans les —, 15.
Hématomes. Les — en apparence spontanés du muscle grand droit de l'abdomen, 511.
Hémorragies. *Traitement pathogénique des diathèses hémorragiques*, 729 ; un cas d' — dans la gaine du grand droit, 925.
Hémotests. *Une réaction par — associés. Ses applications possibles dans le dépistage et le contrôle de l'évolution des cancers et de la tuberculose*, 506.
Hermaphrodisme. Deux cas d' —, 378.
Histamine. Heureux accident dû à un anti-histaminique, 1081.
Hormones. *Les hormones cortico-surrénales*, 540 ; *et cancer*, 1050, 1354.
Hygiène infantile. Un centre moderne d' — et d'éducation familiale, vingt années d'expérience, 1054.
Hyperglycémie. Les réactions d' — provoquée dans les — spontanées, 1198.
Hypertension. — artérielle permanente due à une hydronéphrose, sa disparition après néphrectomie, 46 ; traitement chirurgical de l' — artérielle, 79 ; l' — artérielle paroxystique par paragangliome surrénal, 343 ; forme mineure non tumérale de l' — artérielle paroxystique d'origine surrénale, 343 ; *considérations pratiques sur l'hyperazotémie*,

de l' — artérielle, 635 ; *une cause insoupçonnée d' —*, 1151 ; surrénalectomie pour état angineux subintrant chez un hypertendu artériel, 1241 ; le traitement de la céphalée occipitale des hypertendus par les injections de gaz thermaux de Royat, 1279 ; *l' — artérielle chez les amputés de guerre*, 1351, 1583 ; *hémiplégie par ramollissement cérébral*, —, 1583.

Hyperthyréoses. Les traitements des — et leurs indications, 207.

Hyperthyroïdisme. *Le traitement de l' — par les dérivés de la thio-urée*, 413 ; la thérapeutique de l' — par les antithyroïdiens de synthèse, 1446 ; l'amine-2 thiazol et la thiourée dans le traitement des —, 1541.

Hypophyse. Le test d'Aron, 924.

Hypoprotéinémie. Signification chimique et physiopathologique de l' —, 111 ; conséquences cliniques de l' —, 111 ; *les hypoprotéinémies*, 203.

Hystérectomie. *Les fausses alertes urinaires après* — (miction dans le vagin ou par le vagin), 73.

Hypotension. L' — orthostatique, 639.

I

Ictère. — grave avec atrophie jaune aiguë du foie, 174 ; — hémolytique, acquis syphilitique avec arnémie intense, guéri par les arsénones, 342 ; — hémolytique acquis avec anémie intense et splénomégalie, réaction de Wassermann et de Meinicke positives, guérison et négativation des réactions sérologiques sans traitement antisyphilitique, 510 ; manifestations cutanées au cours des — graves, 542 ; à propos de deux cas d' — émotif, 1317 ; à propos d' — aggravé, 1538.

Infection. Un cas d' — grave, 111.

Injections. *Les injections intraveineuses réservées aux seuls médecins*, 763.

Insuline. Arrêté du 1er février 1946 sur la répartition de l'—, 199 ; le 25e anniversaire de l' —, 1046 ; le bilan de l' —, 1390.

Intestin. *Sur les ruptures de l' — par l'explosion de gaz détonants*, 173 ; volumineuse tumeur de l' — grêle de nature tuberculeuse, 893 ; complications à distance d'un ulcus intestinal perforé, 1055 ; trois cas de colectomies pour cancers sigmoïdiens avec rétablissement de la continuité par invagination sur tube, 1393 ; *la décoction de caroubes et la soupe de carottes dans les états diarrhéiques du premier âge*, 1486 ; perforation d'ulcère aigu du jéjunum, dix-huit jours après gastrectomie, par ulcère peptique, 1631.

Intoxications. Un cas d'arsénicisme professionnel, 79 ; dermatose et papier carbone, 175 ; mort par teinture de coiffeur, 272 ; *comment interpréter les suites impressionnantes d'une injection intraveineuse de gonacrine*, 309 ; la bague jaune dentaire, signe précoce de l'intoxication chronique par l'hydrate de cadmium, 379 ; recherches sur l'oxycarbonisme chronique, 447 ; *la poudre D.D.T. est-elle toxique?* 477 ; danger des solvants benzéniques employés par les artisans travaillant le cuir à domicile ; anémie et purpura d'évolution, lente et finalement mortelle, 511 ; deux cas d' — mortelle par inhalation d'acide cyanhydrique après désinfection de locaux, 543 ; les différents aspects de la pigmentation arygrique, 796 ; *l' — professionnelle par le bromure de méthyle doit être indemnisable*, 890 ; le danger pulmonaire dans l'industrie des fibres de verre, 959 ; intoxication par la chloralose, 990 ; signes dentaires de l' — par le cadmium, 1393 ; à propos du botulisme, étude de quelques troubles humoraux et de la dysphagie, 1394 ; nouveaux cas d' — graves par le trétrachlorure de carbone, 1445 ; la dermite du caoutchouc synthétique, 1445 ; une — collective par le cadmium, 1542 ; accidents mortels survenus à la suite d'une injection intramusculaire de gluconate de calcium et d'une injection sous-cutanée de sérum salé hypertonique, 1631.

J

Journées médicales. — tunisiennes (13-20 avril 1946), 602 ; — de Broussais (17-18 et 19 mai 1946), 603 ; — de Bruxelles (22 au 26 juin 1946), 673, 696.

K

Kala-Azar. Traitement du — par un nouveau composé stibié, 1445.

Kiné-densographie. —, 1493.

Kyste. *Kyste de la glande de Bartholin*, 441.

L

Laboratoires d'analyse. Loi du 18 mars 1946 fixant les statuts des —, 334 ; *les — ont-ils tous reçu un équipement suffisant*, 137, 237 ; *le statut des — médicales*, 769.

Lait. Sur la teneur en bacilles de Koch et en bacilles de sang des — mis en vente dans la région parisienne, 14 ; alerte aux produits laitiers, 435 ; enquête et contribution expérimentale sur la valeur du — irradié, 958 ; *sur le — irradié*, 1150 ; *la conférence du* — (11-28 septembre 1946), 1285.

Laryngo-trachéite. *Sur quelques cas de — à caractère épidémique*, 1623.

Leucémie. *Longue survie dans deux cas de —lymphoïde*, 43 ; — lymphoïde sans splénomégalie, ni adénopathie périphérique, évoluant de pair avec un cancer suppuré du poumon, 638.

Leucose. — aiguë à plasmocytes, 579.

Lumière. Un facteur biologique universel : la —, 671.

Luxations. — du métatarse, 828.

Lymphangiome. — kystique du mésentère, infection secondaire simulant une appendicite, résection intestinale, guérison, 861.

Lymphatiques. Enfants dits — et nonchalance thyroïdienne, 15.

Lymphogranulomatose. — maligne à détermination thoracique simulant une tumeur bénigne du médiastin, 174.

Lymphomatose. — aleucémique chez une femme de 26 ans, 1242.

Lymphose. Un cas de — aiguë, 829.

M

Main. Anomalie congénitale des deux —, 990.

Maladies. — d'Addison de diagnostic difficile chez un adolescent, 1022 ; nouveaux traitements de la — de Basedow, 343 ; sur une forme délirante de la — de Basedow, 543 ; — de Duhring-Brocq, révélée par un traitement iodé, 1445 ; — de Besnier-Bœck ; le tratement de Charpy, 78 ; localisation gastrique de la — de Hodgkin, 638 ; hémolytique du nouveau-né traitée par du sang Rh positif, 446 ; deux cas de — de Madelung, 797 ; forme rénale de la — d'Osler, guérie par la pénicilline, 829 ; trois cas de — de Roger, compliquée de — d'Osler ; guérison apparente par la pénicilline, 607.

Maladies vénériennes. La lutte contre les — en U.R.S.S., 1359 ; le traitement des papillomes vénériens par la résine de podophyllin, 1446.

Médicaments. *Méditation sur les remèdes défunts* 41 ; l'acide para-amino-benzoïque en thérapeutique, 446 ; inscription au tableau B, 796 ; rapport sur l'addition de colorants synthétiques à la margarine, 892 ; importance relative des voies sanguine et lymphatique pour l'absorption des substances médicamenteuses et toxiques, 1086.

Mélitococcie. Voir « *Brucellose* ».

Membres. Accidents consécutifs à la compression prolongée des masses musculaires des —, 110.

Méningite. — présumée herpétique après une ponction sous-occipitale, 206 ; sur la — à bacterium coli ; à propos d'un cas observé sur un nourrisson de dix mois, 415 ; — à pneumocoques traumatique chez une malade porteuse d'un ostéome du sinus frontal, 446 ; — cérébro-spinale aiguë avec blocage des espaces sous-arachnoïdiens ; guérison par la pénicilline après sulfamidothérapie, 732 ; pupura fulminans méningococcique associé à — cérébro-spinale à méningo ; sulfamidothérapie intensive et sérothérapie, guérison, 860 ; accidents tardifs de la — aiguë à pyogènes, 861 ; sur quelques cas atypiques observés au cours d'une épidémie de — cérébro-spinale, 1087 ; le traitement des — par la pénicilline chez l'enfant, 1494.

Menstruation. Traitement des troubles pré-menstruels par le chlorure d'ammonium, 143.

Métabolisme basal. Le — et la dépense de fond des personnes âgées, leurs variations, 14.

Météopathologie. Sur les accidents météopathologiques du temps de guerre, 1318.
Moelle. Les malformations vasculaires angiomateuses de la —, 893.
Mononucléose. — infectieuse, éruption papuleuse lichénoïde, 958.
Monstres. Présentation de photographies d'une série de — doubles ayant vécu, 78.
Myélose. — ostéomalacique, 1542.

N

Néphrite. *Les — sans albumine*, 443, 1081 ; résultats éloignés favorables de la décapsulation rénale dans deux cas de — chronique, 1241 ; — mercurielle aiguë à forme polyurique, 1276.
Néphrose. Etiologie aurique d'un cas de — lipoïdique, 1538.
Neuro-chirurgie. *L'actualité chirurgicale*, —, 633, 671.
Névralgie. — du glosso-pharyngien, traitée par section extra-crânienne du nerf, 310 ; *comment traiter une — du trijumeau*, 442, 955 ; — du glosso-pharyngien traitée par neurotomie endocranienne, 828.
Novocaïne. *A l'actif de la — intraveineuse*, 108.

O

Obésité. *L'— d'origine cérébrale*, 727.
Œsophage. Cardiospasme, intervention, résultat transitoire, réintervention, complications pulmonaires post-opératoires, pénicilline intrapulmonaire, guérison, 511.
Ongle incarné. Un traitement simple de l' —, 141, 375.
Ophtalmoscope. *De l'examen ophtalmoscopique au domicile et au lit du malade*, 140, 986.
Os. A propos de la décalcification, 175.
Ostéomyélite. — apyrétique de la hanche chez le nourrisson, danger de l'action des rayons X sur les membres en état de croissance, 238.
Ostéopathie. *La médecine aux Etats-Unis ; l'—*, 141.
Otites. *Les sulfamides dans les — aiguës et subaiguës*, 505.
Onabaïne. Les traitements au long cours par l' — intraveineuse, 638.
Ovaire. Sur le traitement de l'ovarite scléro-kystique par la testostérone, 991 ; tuberculose annexielle ayant évolué comme une salpingo-ovarite banale, 1628.
Oxygène. Influence défatigante de l'inhalation des mélanges riches en —, 14.

P

Pain. Sur l'emploi de la farine de soja deshuilée, 1 ; accroissement de la valeur nutritive du — par l'addition aux farines des albumines du lait, 273 ; proposition Blécor, 860.
Paludisme. — héréditaire et congénital ; — du nourrisson, 206 ; un cas de — autochtone à Lille, 447.
Pancréatite. Sur les — chroniques avec ictère ; néoplasme pancréatique simulant une — avec ictère, anastomose bilio-digestive et survie prolongée, 860.
Paralysie générale. Période de latence exceptionnellement longue chez un paralytique général non traité, 1398.
Paralysie infantile. Voir aussi : « *Poliomyélite* ». Les formes non paralytiques de la maladie de Heine-Médin, 1442 ; le diagnostic précoce de la —, 1442.
Parotide. *Tumeur mixte de la —*, 685 ; sur les tumeurs mixtes de la —, 990.
Pédiculose. *Traitement de la —*, 695.
Pemphigus. Un cas de — aigu fébrile grave, 1398.
Pénicilline. Voir aussi « *Syphilis* » ; Arrêté du 10 septembre 1946 organisant la répartition de la pénicilline, 1144 ; *nouveaux centres de pénicillothérapie*, 689 ; les conditions d'utilisation de la pénicilline (communiqué du ministre de la Santé publique, août 1946), 849 ; la nouvelle réglementation de la pénicilline (octobre 1946), 1299 ; *sur la « thermolabilité » de la pénicilline*, 13 ; le traitement des ostéomyélites aiguës par la —, 14 ; arthrite suppurée à streptocoque du cou-de-pied, traitée par la —, 15 ; le caoutchouc détruit la —, 79 ; *la —* 107 ; expérience de six mois de traitement par la — des maladies infectieuses des enfants, 110 ; la — en vénéréologie, 238 ; résultats obtenus chez huit malades atteints d'endocardite d'Osler traités par la —, 239 ; essai de traitement des suppurations pulmonaires par les instillations intra-bronchiques de —, 274 ; *la — enoto-rhino-laryngologie*, 305 ; la — en chirurgie, 310 ; abcès du poumon, traitement par la —, guérison rapide, 377 ; pyo-pneumothorax putride, traitement par la —, guérison, 377 ; pleurésie putride traitée par la —, guérison, 378 ; action de la — dans quelques septicémies à microbes anaérobie, 379 ; la — et les endocardites malignes, 415 ; la — est sans action sur la rage, 542 ; *réflexions sur les remèdes nouveaux*, 609 ; la — dans l'ostéomyélite aiguë, 700 ; abcès péri-prostatique rebelle, guérison par la —, 733 ; menaces de phlegmon des gaines ; traitement par la —, cessation des accidents et guérison, 733 ; la — en obstétrique, 797 ; *traitement de l'agranulocytose par la —*, 826 ; la — dans les traumatismes crânio-encéphaliques du temps de paix, 828 ; chorée aiguë avec phlegmon de l'avant-bras, —, guérison, 1199 ; streptococcémie traitée par sulfaméthyldiazine, agranulacytose, traitement par la —, guérison, 1276 ; le traitement des broncho-pneumonies chez les enfants par la —, 1279 ; perfusion de — par la voie sternale, 1279 ; contre-offensive microbienne, 1313 ; — et microbes anaérobiées, 1318 ; recherches sur les propriétés antibiotiques des solutions formolées de — et sur leur stabilité, conséquences pratiques, 1392 ; un succès de la pénicillothérapie dans un cas grave de maladie de Ritter, 1397 ; *la synthèse de la — est faite*, 1490 ; traitement par la — d'un cas d'infection puerpérale grave chez une éclamptique césarisée au terme d'une grossesse gémellaire ; échec partiel de la — et des sulfamides, succès des transfusions répétées, 1538.
Péritonite. — sans perforation par manœuvres abortives, 1538.
Pessaire. Accidents dus au port du —, 238.
Phlébite. Thrombo— du sinus caverneux traitée par la pénicilline, guérison, 274 ; *le syndrome humoral de la — chronique*, 730.
Phlegmon. Le — pelvi-pariétal, forme particulière des — du ligament large, 415.
Pian. Présentation d'un malade atteint de —, 796.
Plaies. *Les — de la face souillées de goudron*, 919.
Pleurésie. *L'emploi de la pénicilline dans le traitement des — purulentes aiguës*, 1048 ; — à bacillus ramosus, compliquée après un intervalle de huit mois d'abcès du cerveau, 1318 ; — purulente à anaérobies, guérie par les sulfamides, 1359.
Plumbagol. Etude sur les propriétés abiotiques du —, 377.
Physiothérapie. — *végéto-réflexe* (suivant la doctrine du Pr Tscherback), 45.
Pneumoconioses. Médecins inspecteurs du travail spécialisés en matière de —, 231 ; les altérations des voies bronchiques dans les —, 78.
Pneumonie. Quelques cas de — post-traumatiques, 343.
Pneumothorax. *Le — isotherme*, 1048.
Poignet. *Les axes du —*, 1439.
Poliomyélite. Données nouvelles sur la — aiguë, 79. *le traitement de la — épidémique a-t-il réalisé des progrès depuis le début du siècle*, ? 169 ; sur une épidémie familiale de —, 575 ; *à propos de l'épidémie actuelle de —*, 1191, 1487, 1627.
Poumon. Forme fébrile primitive de l'œdème pulmonaire aigu, 238 ; *congestion broncho-pulmonaire proliférorme*, 473 ; les pneumopathies fantômes des opérés, 671 ; intérêt de la sulfamidothérapie prolongée dans les infections pulmonaires graves, 700 ; les ombres radiologiques pulmonaires étendues, diffuses et fugaces de certaines pneumopathies aiguës, 1119 ; faillite des traitements non chirurgicaux des abcès du —, 1241 ; les perforations pulmonaires à symptomatologie abdominale, 1276 ; suppuration pulmonaire et pénicilline, 1314 ; forme pulmonaire d'une maladie de Besnier-Boeck-Schaumann, avec bulles d'emphysème, 1314 ; emphysème bulleux pulmonaire au cours d'une staphylococcie maligne de la face, néphrite subaiguë infection d'une bulle, 1317 ; les condensations pulmonaires rétractiles du lobe moyen droit d'origine inflammatoire, 1317 ; auscultation et nosographie pulmonaire, 1392.

Prostate. *Deux nouveaux traitements du cancer de la* —, 340 ; hématurie et hypertrophie prostatique, 378 ; le forage de la —, 447 ; indication thérapeutique dans le traitement du cancer de la —, 511 ; la lutte contre l'hémorragie et la douleur dans les suites immédiates de la prostatectomie sus-pubienne, 764 ; quelques effets et conséquences du traitement des épithéliomas prostatiques par le diéthylstilbœstrol, 1442 ; sur le traitement de l'adénome prostatique, 1590.
Psychiatrie. Les instables psycho-moteurs, 639 ; le problème des possessions diaboliques, 1631.

R

Racisme. —, eugénisme et génétique, 825.
Radiographie. *Une curieuse erreur de* —, 271 ; *le train radiologique de la S.N.C.F. (région Nord)*, 997 ; incidents du développement radiographique pouvant entraîner des erreurs de diagnostic en — pulmonaire, 1198.
Radiothérapie. — de contact, 239.
Rajeunissement. *La thérapeutique dite de* —, 270.
Réanimation. *Les méthodes modernes de* —, *leur application aux accidents du travail*, 572 ; un « fusillé » guéri, 1241.
Rectum. Sur un cas de recto-colite hémorragique avec anasarque, 311 ; corps étranger du —, 700 ; « *hymne* » *au toucher rectal*, 953 ; hémorragies rectales et purpura, 959 ; prolapsus du — et maladie du col vésical, 1541.
Rein. Fistule urétéro-colique après néphrectomie, 1087 ; nanisme, trouble du fonctionnement rénal et rachitisme chez un enfant soumis à l'action du radium au troisième mois de la vie intra-utérine, 1198 ; de l'intérêt de l'exploration radiologique des cavités pyélorénales en présence des divers symptômes de la néphrite chronique, 1628.
Résection. La — arthroplastique du coude après les plaies de guerre, 447.
Rétraction ischémique. *La — de Volkmann (hier et aujourd'hui)*, 337 ;
Rhino-pharynx. *Le traitement physiothérapique des infections rhinopharyngées*, 1535.
Rhinites. *Traitement des — aiguës*, 74.
Rhumatisme. Péritonite, pleurésie d'origine rhumatismale, 542 ; traitement des formes graves du — articulaire aigu par la perfusion veineuse continue salicylée, 732 ; les composés organo-métalliques de cuivre dans le — chronique, 860 ; *le rhumatisme articulaire aigu chez l'enfant*, 1274. *qu'appelle-t-on — articulaire aigu ?* 1387 ; *à propos du traitement du* —, 1586.
Rougeole. Encéphalite morbilleuse, 1279.

S

Sang. Voir aussi « *Hémo-tests.* » Réflexions sur les groupes sanguins ; à propos de l'agglutinogène Rh, 46 ; *la thérapeutique anti-coagulante moderne*, 307 ; signification biochimique et clinique des glyco-protéides sériques, 765 ; l'action de la méthionine sur l'érythropoïèse, 892 ; action activatrice du gluconate de calcium en injection intraveineuse sur la cholinestérase du sérum chez l'homme, 1116 ; étude physio-chimique du — et du liquide d'œdème dans les états de dénutrition, 1356.
Sciatique. Un procédé technique permettant d'identifier facilement l'espace intervertébral cherché au cours des opérations pour —, le repérage coloré profond pré-opératoire sous contrôle radiologique, 415 ; paralysie — après injection intra-fessière de soludagenan, 893 ; 30 cas de — par hernie discale opérée par technique non mutilante et sans injection de lipiodol, premiers résultats, 990. sur un résultat éloigné de l'opération d'Ober (section de la bandelette de Maissiat) dans une lombalgie invétérée avec irradiation, — 1023 ; — rebelle par fracture d'une apophyse articulaire, 1055 ; les résultats éloignés des radicotomies sensitives pour — spar hernie discale postérieure, 1158 ; — radiculaires L.5 et — radiculaires S 1, les fondements d'un diagnostic clinique, 1317.
Sein. Récidives et métastases tardives dans le cancer du —, 238 ; à propos du traitement des métastases vertébrales douloureuses du cancer du — par la castration ovarienne, 574 ; réflexions sur la chirurgie esthétique du —, 607 ; le traitement hormonal du cancer du —, 1494.
Septicémie. — à staphylocoques, thrombophlébite double des sinus caverneux, guérison par la pénicilline, 342 ; une septico-pyohémie d'origine génitale traitée par cataphylacto-transfusion, 607 ; pneumothorax bénin au décours d'une — à staphylocoques, 776 ; — à bacillus perfringens consécutive à des phenomènes de choc d'origine probablement alimentaire, 797 ; paraplégie au cours d'une staphylococcémie aiguë, 1317 ; sur un nouveau cas de — à streptobacillus moniliformes, importance diagnostique des manifestations pharyngo-laryngées ; guérison immédiate par la pénicilline, 1391.
Sérums. Sur l'association de l'aldéhyde formique et de la chaleur pour assurer la stérilité, la stabilité, etc. des — et des diverses substances thérapeutiques d'origine biologique, 1314.
Sexualité. Le juvénilisme facial, syndrome d'insuffisance sexuelle secondaire, ses rapports avec la pathologie hépatique, 343 ; le diagnostic du sexe de l'enfant pendant la grossesse, 1199.
Silicose. Etude clinique, radiologique et anatomique des formes pseudo-tumorales de la —, 111 ; résultats de la radiographie systématique des mineurs de charbon, comment organiser le dépistage de la —, 142 ; *la silicose, maladie professionnelle, commentaires de l'ordonnance relative aux réparations dues aux victimes de cette maladie*, 171 ; données nouvelles sur l'emploi de l'aluminium et de l'alumine dans le traitement préventif et le traitement de la —, 175 ; — grave après un temps d'exposition très court chez un malade atteint de rétrécissement urétral, 542 ; *la* —, *maladie professionnelle*, 699.
Sinus carotidien. L'infiltration sinus-carotidienne, 1242.
Sodoku. — et pasteurellose chez un même malade, 478.
Spirochétose. — ictéro-hémorragique avec hémorragie méningée et syndrome de la queue de cheval, effets salutaires de la pénicilline, 274 ; considérations sur un cas de — mortelle, traitement par la pénicilline, 310.
Spondylite. — staphylococcique à forme condensante, 1538.
Staphylococcie. — maligne de la face, thrombophlébite des sinus caverneux, méningite staphylococcique, séquelles de paralysie oculaire, guérison par des sulfamides, malgre une anurie transitoire, 1589.
Stérilité. Curettage et —, 1055.
Streptomycine. Recherches expérimentales sur la —, 1392.
Sulfadiazines. Les — en thérapeutique, 1055.
Sulfamides. Polynévrites et névrites après sulfamidothérapie, 447 ; *les — dans les otites aiguës et subaiguës*, 505 ; *réflexions au sujet des traitements sulfamidés*, 509 ; les sulfamido résistants n'existent pas en urologie, quand les foyers d'infection ont été détruits, 924 ; — *et folliculites du vestibule nasal*, 951 ; intolérance à l'aminothiazol, 1276 ; septico-pyohémie à staphylocoques avec granulopénie, rôle des — dans la genèse de l'agranulocytose, 1276.
Sulfarsénobenzol. *Sur les accidents du* —, 235 374, 509.
Syndrome. Le — de Banti, 639 ; le — de Libman-Sachs (lupus érythémateux, manifestations infectieuses d'allure rhumatismale), 1241 ; — agranulocytaire guéri par la pénicilline, 1538 ; — de Milkman Lœser chez une femme de 73 ans, guérison clinique et radiologique, 1541.
Syphilis. Le rôle de la — dans l'étiologie des hypertensions et des névropathies gravidiques, 47 ; *de l'impaludation dans la neuro-syphilis*, 76 ; prévention de la — expérimentale du lapin par la pénicilline, 78 ; *importance et conduite des traitements initiaux dans la — au début*, 272 ; synergie de la pénicilline et du bismuth dans le traitement de la — expérimentale, 342 ; la pénicilline administrée par voie buccale, préserve-t-elle contre l'infection syphilitique expérimentale, 764 ; traitement de la — expérimentale et humaine par une association liposoluble de bismuth et d'ester méthylique de pénicilline, 828 ; présence

du virus spécifique dans la moelle sternale des syphilitiques, 860 ; arthrites chroniques de la hanche chez les syphilitiques, 925 ; *le traitement préventif général de la* —, 1015 ; chancre syphilitique de l'aile du nez, 1242 ; *le traitement d'attaque de la — par le bismuth*, 1307 ; curieuse contamination syphilitique familiale, 1397, 1398 ; *syphilophobie*, 1483 ; un cas de — trachéale, 1493 ; diagnostic par le pneumopéritoine d'un foie ficelé syphilitique, aspect radiologique et laparoscopie, 1494.

Système nerveux. Correction par les sucres des effets excitants de la caféine et de la théobromine sur le —, 46 ; *régimes et conseils pratiques dans les affection du* —, 371.

T

Talcose. — à forme pseudo-tumorale, 764.

Tétanos. *La maladie des huit jours*, 445 ; *à propos du traitement du* —, 984 ; la vaccination contre le — au moyen de l'anatoxine tétanique, résultats d'ensemble obtenus dans certaines armées alliées, durant la guerre, 1314 ; influences des saignées sur la diminution de l'immunité antitétanique chez le cheval, 1494 ; *réflexions sur huit cas de* —, 1581.

Thermocautère. Nettoyage des pointes de —, 294.

Trachéite. Les — spasmodiques hypertensives, 447.

Thyroïde. L'action de l'aminothiazol sur la glande —, 893 ; incidents et accidents imputables à l'emploi de l'aminothiazol dans le traitement de l'hyperthyréose, 924 ; *hydrorrhée nasale thyroïdienne* ; 1049.

Traitement. *Les maladies du* —, 233 ; *sur les accidents du sulfarsénobenzol*, 235.

Transfusion. Voir aussi « *Réanimation* ». Arrêté ministériel du 16 septembre 1946 créant une Commission consultative de la — sanguine et de réanimation (*J. O.*, 1er *octobre* 1946) ; la — sanguine n'est pas sans danger, 377 ; danger de la — chez les sujets atteints d'ictère hemolytique, 1493.

Trompes. A propos de deux images d'oblitération tubaire bilatérale après hystérographie, 478.

Tuberculose. Voir aussi « *Hémo tests* », « *Santé publique.* » Médecins consultants régionaux de phtisiologie, 230 ; décret du 1er avril 1946 relatif à la nomination et aux attributions des médecins consultants régionaux de phtisiologie, 369 ; déclarations obligatoires de la tuberculose, 500 ; avis relatif au concours pour le recrutement des médecins des services antituberculeux publics (*J. O.*, 19 *octobre* 1946) ; *intradermo-réaction à éclipses*, 12 ; l'inégale répartition de la mortalité par — dans les départements français, 142 ; l'inégale répartition de la mortalité par pulmonaire dans les arrondissements et quartiers de Paris, 143 ; pleurésie purulente survenue au décours d'une primo-infection, et aboutissant à l'empyème de nécessité, 175 ; sur la prophylaxie antituberculeuse dans l'enfance, 174 ; *le traitement du lupus tuberculeux par la vitamine D2, administrée à haute dose (traitement de Charpy), ses remarquables résultats*, 267 ; la — amygdalienne, dite primitive chez l'adulte, 275 ; — bronchique isolée, 311 ; à propos de la clitocybine et du traitement antibiotique de la —, 311 ; sur une forme de spinomégalie tuberculeuse, 342 ; *la — et les taudis*, 381 ; la participation du « Secours aux enfants » de la Croix-Rouge suisse à la lutte contre la — en France, 414 ; le virage révélateur spontané de réactions cutanées tuberculiniques, antérieurement négatives, 479 ; action des substances antibiotiques sur le bacille de Koch en cultures homogènes, 510 ; dépistage systématique de la — chez les prisonniers de guerre et déportés, 542 ; *la* —, *maladie de longue durée, au titre des A.S.*, 569 ; sur la fréquence du rhumatisme articulaire aigu tuberculeux, 639 ; cutis à l'école et détection de la — dans les foyers ruraux, 764 ; les influences saisonnières dans la phtisie pulmonaire, 764 ; la science française à l'honneur, 1050 ; pneumectomie pour —, 1954 ; *le dispensaire et la prophylaxie de la — dans les campagnes*, 1525 ; accident de la vaccination par la B.C.G. en scarifications, 892 ; action très favorable de la vitamine D2 à doses élevées et prolongées sur une — évolutive et non cavitaire, 892 ; l'intégration de l'œuvre de Grancher dans l'organisation nationale de la lutte contre la —, 924 ; *la vitaminothérapie dans le traitement des — osseuses, articulaires et ganglionnaires*, 952 ; kyste aérien tuberculisé, 1022 ; recherches sur la virulence des laits provenant de vaches atteintes de —, 1036 ; *B.C.G. pratique*, 1114 ; les caractéristiques du climat briançonnais, conditions optima pour la guérison de la —, 1116 ; la question de la — conjugale, 1199 ; *la lutte contre la — à la S.N.C.F.*, 1205 ; *remarques à propos de la cutiréaction*, 1308 ; pneumectomie pour — multicavitaire étendue, 1314.

Tularémie. Un cas parisien de —, 991.

Typhus. Le — murin, 47 ; hémodiagnostic simplifié pour le dépistage du — exanthématique, 206 ; méralgie paresthésique après —, 206 ; un cas d'encéphalo —, 765 ; un cas de — exanthématique à incubation prolongée et apparemment déclenché par un pneumothorax, 796.

U

Ulcères. Sur le traitement des — de jambes anciens, par la novocaïne en injections sous-jambes, 1445.

Uretère. Calculs de l' — pelvien juxta-vésical, 670 ; un cas particulièrement curieux d'évolution d'un calcul de l' —, 1538.

Urographie. *Les perfectionnements récents de l'— intraveineuse*, 9 ; l'avenir de l'—, 1055 ; danger de l'— I.V. chez les azotémiques, 1493 ; nouveaux liquides et boules caïcaires dans l'— intraveineuse, 1631.

Urologie. Douze années d'— infantile, 67 ; des inconvénients et des limites de l'endoscopie en —, 479 ; à propos des dilatations des voies urinaires supérieures au cours des prolapsus génitaux, 1628.

Utérus. Le diagnostic précoce du cancer du col, 274 ; torsion des fibromes utérins corporéaux, 670 ; *tous les fibromes utérins ne doivent pas être systématiquement opérés ou soumis aux radiations*, 855, 1151 ; indications de la myomectomie dans ses rapports avec la fonction de reproduction, 991 ; *difficultés du dépistage précoce du cancer endo-cervival*, 1079 ; à propos des indications de la colpectomie (opération de Lefort) dans la cure des prolapsus utérins, 1356 ; phlegmon utérin diffus du post-partum, 1541 ; contribution à l'histo-physiologie de l'endomètre, 1628.

V

Vaccination. *Pratique chronologique des vaccinations préventives courantes*, 759 ; accident de la — antirabique, 990.

Vagin. Vaginite de causes exceptionnelles, 78 ; une malformation congénitale rare, absence de —, 1087 ; un cas rare de malformation des organes génitaux internes, 1087.

Vésicatoires. *Danger des* —, 985.

Vessie. Le traitement actuel des tumeurs de la —, 1087.

Vitamines. — *et eaux minérales*, 476 ; *action de l'hydrochloride de pyridoxine* (— B6) *sur le système nerveux central*, 731 ; *l'intoxication par — D2 chez l'enfant*, 1047 ; — dans l'appareil de croissance, 1055.

Vulve. Thrombophlébite du clitoris et d'une petite lèvre avec hématurie, probablement prémonitrice d'une gangrène aiguë foudroyante des organes génitaux, guérie par la pénicilline, 1397.

Y

Yeux. Cécité épidermique, 1115 ; lésions oculaires par simple déplacement d'air au passage d'une balle, 1398 ; un nouveau cas de cararacte après électrocution, 1446.

Z

Zona. *Traitement du — par le vaccin antistaphylococcique*, 795, 923, 955.

II

PARTIE PROFESSIONNELLE

Chaque rubrique « Organisation professionnelle », « Syndicalisme », etc., comporte ou peut comporter des sous-titres, qui sont désignés par les lettres L (*lois*), A (*articles*), C (*correspondance*), E (*échos*).

A

Accidents du travail. (Voir *Sécurité sociale*).

Aide médicale temporaire. L. Loi du 1er mars 1946 prolongeant pour les déportés la durée de l'aide médicale temporaire, 231 ; ordre du jour adopté le 24 février 1946 par la Confédération des syndicats médicaux français, 228 ;
C. Modalité de règlement des honoraires, 254 ; affection sans rapport avec la captivité, 292 ; aide médicale temporaire et assurances sociales, 395.
E. La prolongation de l'aide médicale temporaire, 249, 250 ; les étrangetés de l'aide médicale temporaire, 355, 460 ; la gratuité des soins aux prisonniers et déportés rapatriés, 1173.

Allocations familiales. Voir « *Sécurité sociale* ».

Architecture médicale. *Considérations d'architecture médicale*, 418.

Assistance des enfants arriérés. Le centre médico-pédagogique de Montauban, 513.

Association générale des médecins de France. Communiqués : 1523, 1618 ; bourses familiales, fondation Roussel, 100.
A. *Le passé de l'Association générale des médecins de France et ses possibilités d'avenir*, 1247.
E. L'association générale devant le problème de la sécurité du médecin.

Association pour le développement des relations médicales (A.D.R.M.), 660.

Association médicale mondiale (World Medical Association), 1477 ; *un referendum dans le Corps médical en Grande-Bretagne*, 1636.

Assurances. E. Les assurances-vie, 357.

Assurances sociales. Voir « *Sécurité sociale* ».

Automobilisme. L. *Assurances automobiles.* Arrêté du 31 décembre 1945, autorisant les relèvements de tarifs en matière d'assurance de responsabilité civile et de vol, 69 ; arrêté interministériel du 30 janvier 1946 dispensant de l'autorisation de circuler les cycles à moteur mécanique, 197 ; loi du 9 mars 1946 annulant les dispositions intéressant la circulation des voitures anciennes, 367 ; décret du 2 août 1946 sur la circulation automobile, 916 ; attribution d'automobiles au Corps médical français (Minist. du Travail), 978.
A. *La mise en route pendant l'hiver*, 23 ; *l'entretien des batteries d'accumulateurs*, 423 ; *le prix de revient kilométrique d'une voiture*, 679, 901 ; *les chargeurs d'accumulateurs*, 469 ; *le XXIIIe Salon de l'automobile*, 1409 ; *à propos des insignes pour voitures des médecins*, 1457 ; *pour vaincre les difficultés du démarrage en hiver*, 1601 ; *l'automobile du médecin*, 745.
C. Majorations autorisées des primes d'assurances automobiles, 157 ; chargeur de garage, 221 ; l'eau distillée est-elle nécessaire dans les accus ? 358 ; paresse du démarreur électrique, 430 ; les mystères du Delco, 462 : vérification de la charge d'une batterie, 525 ; comment détartrer un radiateur, 525 ; la batterie d'accumulateurs, 589 ; inconvénients de l'eau mélangée d'alcool dans les freins Loockheed, 589 ; l'essence américaine avarie les soupapes, 623 ; le rôle des pompes à essence dans les pannes d'alimentation, 653 ; peut-on incorporer du pétrole à l'essence, 654 ; comment régénérer les accus, 715 ; les ennuis du carburant dans la 402, 778 ; pour empêcher les accidents de soupapes, 843 ; comment redresser une direction, 843 ; à quelle pression gonfler les pneus de Jeep, 972 ; baisse suspecte de pression d'huile, 1002 ; peut-on employer de l'eau verdunisée pour l'entretien des accumulateurs, 1179 ; le glycol peut-il être utilisé comme antigel, 1179 ; l'influence du froid sur la suspension des voitures, 1611.
E. L'automobile du médecin, 355 ; l'insoluble question des voitures, 524 ; voitures automobiles et certificat prénuptial, 557 ; où nos Excellences se renvoient la balle, 683 ; le moyen d'obtenir une voiture neuve, 712 ; pour une « essence à bon marché », 1000 ; où la bonne porte s'avère une porte étroite, 904, 1000 ; mieux valent les pneus que les « bons », 1032 ; une heureuse intervention en faveur de l'essence à bon marché, 1174 ; toujours la question automobile, 1370 ; que deviennent nos voitures 1512.

Auxiliaires médicaux. Voir aussi « *Santé publique* ».
L. Loi du 30 avril 1946 réglementant l'exercice des professions de masseur gymnaste médical et de pédicure, 755 ; loi du 8 avril 1946 relative à l'exercice des professions d'assistantes ou d'auxiliaires de Service social et d'infirmiers ou d'infirmières, 436 ; Arrêté du 24 mai 1946 organisant un concours pour l'obtention du diplôme d'Etat de masseur kinésithérapeute (*J. O. du 2 juin* 1946) ; arrêté du 27 août 1946 fixant le programme des examens d'entrée aux écoles préparant aux diplômes d'Etat de masseur-kinésithérapeute et de pédicure (*J. O.*, 30 *août* 1946) ; arrêté du 21 juin 1945 concernant une commission consultative pour l'application de la loi du 8 avril 1946 relative à l'exercice des professions d'assistantes et auxiliaires du Service social (*J. O.*, 24 *juin* 1946) ; arrêté du 13 septembre 1946, instituant une session d'examen pour le diplôme d'Etat de masseur kinésithérapeute (*J. O.*, 20 *sept.* 1946).
A. *Les auxiliaires médicaux*, 992.

C

Centre de diagnostic. *Le centre de diagnostic*, 212.

Certificat prénuptial. L. Arrêté du 15 avril 1946 fixant le modèle obligatoire du certificat prénuptial, 470 ; arrêté du 14 septembre 1946, certificat médical avant mariage, 1077 ;
C. Les nouvelles modalités de l'examen prénuptial, 590 ; certificat prénuptial, 941 ; des divers certificats, 1418 ; le certificat prénuptial, 1514.
E. Sur le certificat prénuptial, 743 ; qui signe les certificats prénuptiaux, 1512 ; comment, pour les examens radioscopiques prénuptiaux, sont agréés les médecins, 1605.

Chirurgiens-dentistes. L. Ordonnance du 13 juillet 1946 relative aux tarifs des chirurgiens-dentistes et des sages-femmes pour soins aux assurés sociaux, 819 ; 363 ; C. Etudes dentaires, 495.

Ordre national des Chirurgiens dentistes, 363.

Chronique économique et financière. *La Bourse d'aujourd'hui n'est plus celle d'antan*, 806 ; *la Bourse de Paris en rupture de charme*, 1030 ; *après le referendum, la Bourse reste ferme*, 1206 ; *le franc, problème n° 1, préoccupe la Bourse*, 1366 ; *notes financières*, 1457, 1554.

Crèches et pouponnières. C. Création et fonctionnement des crèches et pouponnières, 526.

D

Dispensaires. Création d'un dispensaire de soins par l'Union des Caisses d'A.S., 499.
A. Une menace plus que jamais actuelle : les dispensaires, 1362.
E. Toujours les dispensaires, 874.

Dommages de guerre. L. Loi du 28 octobre 1946 proclamant l'égalité et la solidarité de tous les Français devant les charges de guerre et remaniant

profondément les législations sur les dommages de guerre (*J. O.*, 23 *octobre* 1946) ; circulaire du Préfet de la Seine sur la délivrance de la carte de sinistré aux pillés et aux spoliés, 1479.
A. *La réparation des dommages de guerre*, 1451.

E

Enseignement de la médecine. A. *La grande pitié de l'Université*, 1360 ; *faut-il supprimer les concours dans le recrutement des élites médicales* 1327.

Exercice de la médecine. Voir aussi « *Médecins étrangers* », « *Santé publique.* » L. Arrêté du 24 décembre 1945 créant une Commission chargée d'émettre un avis sur les demandes de naturalisations présentées par des étrangers titulaires d'un diplôme de docteur en médecine ou de chirurgien-dentiste, 37 ; décret du 19 mars 1946 rendant applicable à l'origine l'ordonnance du 8 août 1945, 367 ; décret du 16 mars 1946 rendant applicable à l'Algérie l'ordonnance du 6 août 1945 relative à l'exercice de la médecine par les médecins étrangers, 367 ; arrêté ministériel du 28 mars a946 autorisant les médecins étrangers à exercer leur profession, 368 ; décret du 28 mars 1946 portant reclassement des médecins des hôpitaux psychiatriques de province, 368 ; décret du 19 mars 1946 rendant applicable à l'Algérie l'ordonnance du 8 août 1946, 406 ; loi du 10 mai 1946 fixant la cessation des hostilités, 502 ; décret du 12 juin 1946 étendant à l'Algérie la législation relative à la préservation des intérêts des praticiens, prisonniers de guerre ou mobilisés, 661 ; arrêté du 21 juin 1946, nommant une Commission consultative pour l'application de la circulaire ministérielle du 12 août 1946 sur les secours d'urgence aux blessés et accidentés, 1221 ; décret du 20 janvier 1946 modifiant l'article 23 du décret du 6 mai 1934 relatif à la réforme des études médicales, 197 ; décret du 4 avril 1946 organisant l'examen de culture générale prévu par l'article 2 de l'ordonnance du 8 août 1945, 503 ; décret du 13 juin 1946 créant un Institut de psycho-pédagogie médico-sociale de l'Université de Montpellier (*J. O.*, 15 *juin* 1946).
A. *Une grave atteinte au libre choix*, 86 ; *à propos de l'entente directe*, 147 ; *intervention d'urgence*, 177 ; *Connaissons-nous les patrons ou le triomphe des couleurs*, 422 ; *lacunes à combler dans l'éducation du praticien*, 449 ; *statistique et médecine*, 517 ; *agrément technique ou faveur*, 547 ; *de la santé du médecin*, 577 ; *répression, de l'exercice illégal : une action conjointe de l'Ordre et des Syndicats s'impose*, 578 ; *souvenirs et réflexions d'un médecin de campagne*, 582 ; *nouvelle offensive contre les contrats d'assistance médicale*, 611 ; *une conférence à la Faculté de médecine sur la médecine en U.R.S.S.*, 615 ; *y a-t-il deux poids et deux mesures en déontologie*, 615 ; *les médecins belges devant les problèmes de l'heure*, 736 ; *la coopération en médecine, le cabinet de groupe*, 800 ; *assez de papiers*, 801 ; *où allons-nous*, 835 ; *le « consentement éclairé » tempéré par l'humanisme dans les interventions chirurgicales*, 863 ; *réflexions sur la carte de médecin*, 866 ; *la question des remplacements*, 866 ; *réponse à quelques libres opinions*, 965 ; *le bel avenir de la médecine générale*, 1026 ; *libres critiques des libres opinions*, 1125 ; *sur rendez-vous*, 1126 ; *au sujet des remplacements*, 1126 ; *le colloque médical et la confusion des langues*, 1165 ; *les méfaits du charlatanisme, le remède*, 1233 ; *la conférence médicale internationale de Londres des* 25, 26 *et* 27 *septembre* 1946, 1249 ; *fidélité*, 1329 ; *quelques réflexions sur la qualification des spécialistes*, 1500 ; *un referendum dans le Corps médical en Grande-Bretagne*, 1636 ; *l'avenir de la médecine libérale*, 1638.
E. Le retour des médecins étrangers ou israélites, interdits sous l'occupation, 59 ; un peu de logique, S.V.P., 60 ; découragement, 61 ; tout docteur en médecine n'est pas nécessairement médecin, 93 ; une nouvelle atteinte au libre choix, 124 ; marins accoucheurs, 124 ; le régime de suralimentation aux tuberculeux et le libre choix, 155 ; où l'Etat, mauvais payeur, mais habile manipulateur de monnaies, gagne sur tous les tableaux, 155 ; la voiture du médecin, 394 ; les sections d'épuration sont-elles encore légales, 425 ; la vie professionnelle en Tunisie, 460 ; a-t-on encore le droit d'être malade chez soi, 491 ; la grève administrative s'étend sur tout le territoire, 587 ; les vrais responsables, 587 ; confrères, vous êtes presque tous des incapables, 588 ; où la grève s'avère efficace, 617 ; un peu de bonne foi, S.V.P., 617 ; les médecins peuvent-ils être requis, 618 ; le remplaçant d'un médecin requis est-il couvert par la législation sur les accidents du travail, 651 ; est-ce la fin du régime allemand en Alsace et en Moselle, 682 ; notes rapides sur le sort des médecins belges, 684, 685 ; qui s'occupe des illégaux ? 712 ; une législation sur la « propriété professionnelle » est-elle souhaitable, 743 ; pour débarrasser nos médecins de la paperasserie administrative, 744 ; les difficultés actuelles de la médecine frontalière, 809, 903 ; la profession médicale en rumeur aux U.S.A., 840 ; la grande pitié des médecins en moyens de transport, 842 ; la pénurie des médicaments spécialisés, 842 905 ; pourquoi ne pas frapper à la bonne porte, 904, 1000 ; pour la suppression de la dichotomie, 937 ; sur l'utilisation des fonds du timbre certificat, 969 ; à propos du code de déontologie, 999 ; au sujet de la carte de médecin, 1001 ; où l'assistance est mise un peu rapidement hors la loi, 1557 ; une menace contre l'unité du diplôme, 745 ; une réponse, 872 ; les médecins sont des travailleurs, 874 ; où la « Marine française » exagère,1031 ; à propos de la défense de la médecine libre, 1096 ; les maternités de la Marine nationale, 1174 ; en Bretagne occupée, 1255 ; que devient le code de déontologie, 1335 ; la définition du spécialiste, 1414 ; consultation non motivée, 1415 ; quelques réflexions sur le remplacement médical, 1559 ; la qualification des psychiatres, 1607.
C. Exercice de la médecine et mandat politique, 189 ; exercice de la radiologie avec un matériel appartenant à un tiers, 293 ; un remède contre le vol du papier d'ordonnances par les toxicomanes, 518 ; pourquoi un problème à l'intérim, 518 ; à propos de certaines notices, 519 ; article 378 du code pénal et déclaration des maladies vénériennes, 589 ; remplaçant victime d'un accident, responsabilité, 779 ; répression de l'exercice illégal de la médecine, 780 ; un médecin a le droit d'accoucher sa femme, 811 ; les cabinets multiples, 844 ; déontologie, 906, 998 ; déclaration des maladies vénériennes, 1002 ; consultations de nourrissons, 1131.

F

Fiscalité. L. Loi du 31 décembre 1945, portant fixation du budget général pour 1946, 37 ; loi du 14 février 1946 modifiant la législation fiscale, 198 ; loi du 3 août 1946 relative à l'impôt sur les traitements et salaires, 1012.
A. *L'impôt de solidarité nationale*, 84 ; *les nouvelles dispositions fiscales*, 215 ; *fiscalité démesurée, prolétarisation du médecin, écrasement des familles nombreuses*, 1060 ; *la protestation d'un médecin, père de famille*, 1365 ; *l'immoralité antinationale et antiscientifique de la fiscalité médicale*, 1550.
C. Impôt de solidarité nationale ; évaluation des assurances sur la vie, 189 ; réduction d'impôts pour charges de famille, 1337.
E. L'offensive fiscale, 554 ; il faut augmenter l'abattement à la base dans la cédule des B.N.C., 1031 ; les méfaits d'une légende, 1044 ; où les médecins sont une fois de plus rendus responsables du déficit budgétaire, 1462.

Formation prémilitaire. L. Arrêté ministériel du 22 octobre 1946 relatif aux vacations des médecins contractuels des centres de formation prémilitaire et de rééducation, 1381.

H

Honoraires. Voir aussi « *Tarifs* », « *Pensionnés de guerre* », « *Hôpitaux* ». L. Circulaire ministérielle du 5 novembre 1945 sur les honoraires hospitaliers pour les assurés sociaux, 101 ; honoraires des fixés par la Commission confédérale spéciale A.S., 499 ; nouveaux tarifs d'honoraires pour soins donnés aux accidents du travail, 500 ; arrêté du 20 mai 1946 fixant les frais de visite des médecins assermentés de la production industrielle, 789 ; arrêté du 20 mai 1946 fixant la rémunération des médecins chargés d'assurer le fonc-

tionnement des services médico-sociaux, 789 ; les honoraires minima dans les départements de la région parisienne, 227 ; nouveaux tarifs d'honoraires pour soins donnés aux accidents du travail, 364 ; rémunération des médecins du travail, 365 ; honoraires fixés par le syndicat des médecins de Seine-et-Oise, 501 ; relèvement des honoraires dans le département de la Seine, 1426 ; dans le Tarn-et-Garonne, 1428.
A. *Pénicilline et tiers payants*, 486 ; *essai de médecine sociale*, 676 ; *de l'égalité des honoraires des médecins et des sages-femmes en matière d'accouchement*, 1166 ; *les bonnes revalorisations*, 1365 ; *statistiques et honoraires médicaux*, 1455.
C. Partage des honoraires avec une clinique et article 13 de l'ordonnance du 24 septembre 1945, 222 ; modalités de règlement des honoraires de l'aide médicale temporaire, 254 ; partage d'honoraires avec la succession d'un confrère décédé, 292 ; recouvrement des honoraires de radiologie pour les accidents du travail hospitalisés, 716 ; majoration d'honoraires par consultation à heure fixe, 845.
E. L'importance du service rendu et le montant des honoraires, 124.

Hôpitaux. L. Arrêté du 7 décembre 1945, organisant des concours spéciaux de médecins, chirurgiens, spécialistes et assistants des hôpitaux, 69 ; circulaire du 5 novembre 1945 sur les honoraires hospitaliers par les assurés sociaux, 101 ; arrêté ministériel du 11 mars 1946 modifiant l'arrêté du 7 décembre 1945 sur les concours spéciaux des médecins, chirurgiens, spécialistes et assistants des hôpitaux, 302 ; arrêté ministériel du 11 mars 1946 modifiant l'arrêté du 7 décembre 1945 en ce qui concerne les concours spéciaux des médecins, chirurgiens, spécialistes et assistants des hôpitaux pour Paris, Lyon et Marseille, 303, 406 ; commission nationale prévue pour les concours spéciaux de médecins, chirurgiens, spécialistes et assistants des hôpitaux, 406 ; arrêté du 10 janvier 1946 fixant les traitements des sages-femmes des hôpitaux et hospices publics (*J. O.*, 24 *mars* 1946) ; décret du 25 mars 1946, modifiant le décret du 28 décembre 1938, concernant le statut des médecins des hôpitaux psychiatriques de la Seine (*J. O.*, 27 *mars* 1946) ; hospitalisation des personnes nécessiteuses, atteintes de tuberculose, 500 ; arrêté du 27 juillet 1946 fixant les traitements des médecins et pharmaciens des établissements d'hospitalisation privée, 947 ; arrêté du 30 juillet 1946 modifiant le salaire du personnel, 949 ; arrêté du 12 octobre 1946 modifiant l'arrêté du 27 juillet 1946 concernant les traitements des médecins et pharmaciens des établissements d'hospitalisation privée, 1268.
A. *Le désordre actuel du régime hospitalier*, 382 ; *honoraires hospitaliers*, 1328, 1600.
C. Commission administrative des hôpitaux et commission médicale hospitalière, 126, 294, 398 ; création d'un « Service ouvert » à l'hôpital, 494 ; la limite d'âge à l'hôpital, 779 ; médecin d'hôpital et clientèle libre, 907 ; comment fonctionne le service d'hôpital d'une petite ville, 939 ; le secret professionnel à l'hôpital, 1034 ; mutation des médecins des hôpitaux, 1034 ; le titre d'ancien interne, 1259 ; comment fonctionne le service chirurgical d'une petite ville, 1099, 1257 ; soins aux assistés à l'hôpital, 1211 ; traitement des médecins d'hôpitaux privés, 1211 ; traitement de l'interne d'un hôpital, 1256 ; traitement des médecins des établissements d'hospitalisation privés, 1419 ; clinique ouverte à l'hôpital, 1561.
E. A propos des nominations aux Commissions administratives hospitalières, 92 ; le médecin d'hôpital peut-il être membre de la Commission administrative, 425 ; désordre actuel du régime hospitalier, 523, 619 ; correspondance entre praticien et consultant d'hôpital, 938 ; les difficultés de trésorerie des hôpitaux, 968 ; à propos du « full-time » hospitalier, 1464.

Hygiène. L. Décret du 11 avril 1946 portant organisation technique des services de médecine préventive de l'enseignement supérieur (*J. O.*, 12 *avril* 1946) ; décret du 23 avril 1946 fixant le statut de l'inspection générale de l'hygiène scolaire et universitaire (*J. O.*, 24 *avril* 1946) ; arrêté ministériel du 12 nov. 1946 nommant des membres du Conseil permanent d'Hygiène sociale, 1430 ; arrêté du 12 novembre 1946 nommant un membre du Comité consultatif de la lutte contre la stérilité involontaire (*J. O.*, 17 *novembre* 1946).
A. *L'O.P.H.S. de l'avenir*, 146, 350 ; *la couleur dans les locaux pour malades*, 1167.

I

Infirmières. Voir aussi « *Santé publique* ». L. Décret du 16 octobre 1946 rendant applicable à l'Algérie la loi du 8 avril 1946 relative à l'exercice des professions d'assistantes ou d'auxiliaires du Service social et d'infirmières ou d'infirmiers, 1301.
A. *De la nécessité impérative de la création en France d'écoles d'infirmiers d'Etat*, 1124.
C. Exercice illégal de la profession d'infirmière, 93, 811 ; injections intra-veineuses pratiquées par des infirmières, 1562.

Inspection des écoles. C. 1467.

L

Laboratoires. L. Loi du 18 mars 1946 fixant le statut des laboratoires d'analyses médicales, 334 ; décret du 18 mai 1946, portant règlement d'administration publique pour l'application de la loi du 18 mars 1946 sur les laboratoires d'analyses médicales, 723 ; décret du 21 juin 1946 fixant le statut du personnel des laboratoires de contrôle des médicaments antivénériens, qui comprennent un laboratoire de chimie et un laboratoire de physiologie (*J. O.*, 22 *juin* 1946) ; arrêté du 29 juillet 1946 concernant les directeurs de laboratoires d'analyses médicales, 1013 ; arrêté du 30 juillet 1946 créant un Conseil supérieur des laboratoires d'analyses médicales, chargé d'étudier toutes les questions relatives aux laboratoires d'analyses médicales, 1013.
A. *Le statut des laboratoires d'analyses médicales*, 769.
C. Laboratoires d'analyses, 1066.

Loyers. L. Loi du 28 mars 1946 prorogeant jusqu'au 1er janvier 1947 l'application de l'ordonnance du 28 juin 1945 relative aux locaux d'habitation ou à usage professionnel, 407 ; loi du 2 avril 1946, complétant l'article 28 de l'ordonnance du 11 oct. 1945 sur la réquisition des logements, 407 ; loi du 7 mai 1946 sur l'expulsion des locataires (*J. O.*, 8 *mai* 1946) ; décret du 30 juin 1946, étendant à l'Algérie les prorogations de jouissance des locaux d'habitation ou à usage professionnel, 787 ; décret du 29 juin 1946, étendant à l'Algérie la législation métropolitaine relative à la réquisition du logement (*J. O.*, 30 *août* 1946) ; loi du 17 *septembre* 1946 relative à l'application des majorations de loyer, édictées par l'ordonnance du 28 juin 1945 (*J. O.*, 18 *septembre* 1946).
A. *Encore deux lois sur les loyers*, 452 ; *la cessation des hostilités et quelques-uns de ses effets*, 675 ; *les baux en cours doivent subir les majorations prévues par l'ordonnance du 28 juin 1945*, 1091 ; *la loi sur les loyers du 17 septembre* 1946, 1163.
C. L'ordonnance du 28 juin 1945 et l'augmentation de 30 % sur les loyers, 61 ; augmentation de loyer et baux en cours, 188 ; baux et locations, utilisation des locaux loués, 221 ; majoration des loyers et application de l'ordonnance du 28 juin 1945, 558 ; loyers des garages, 747 ; loyers, 1258 ; bail ou prorogation légale, 1562.

M

Médecins étrangers. Voir aussi « *Exercice de la Médecine* ». L. Arrêtés ministériels des 19 novembre 1945, 6 décembre 1945, 9 janvier 1946, 29 janvier 1946 et suivants accordant ou refusant à des praticiens étrangers le droit d'exercer en France, 102, 229, 502, 535, 757, 787, 1011, 1012, 1223, 1224, 1381 ; arrêté ministériel du 20 juin 1945 autorisant les médecins étrangers à exercer la médecine (*J. O.*, 24 *juin* 1946) ; loi du 11 octobre 1946 permettant l'accession au diplôme d'Etat de médecins étrangers ayant rendu des services à la France, 1223.
E. La nouvelle loi sur les médecins étrangers, 1253.

Médecine légale. L. Décret du 16 mai 1946, rendant applicable à l'Algérie les décrets des 9 avril et 29 juillet 1945 relatifs aux tarifs des frais de justice en matière criminelle, de police correctionnelle

et de simple police (*J. O.*, 18 *mai* 1946) ; décret du 12 juin 1946 modifiant le décret du 5 octobre 1940 sur les frais de justice en matière criminelle, 661 ; décret du 9 novembre 1946 rendant applicable à l'Algérie le décret du 12 juin 1946 sur les frais de justice en matière criminelle, 1429.

Médecine et monde moderne. A. *Quelques informations originales et non médicales à l'intention des médecins*, 738 ; *la médecine canadienne et la tradition française*, 1597.

Médecine minière. A. *Compte rendu de la journée médicale minière* ((Lens, 27 octobre 1946), 1452.
E. La médecine des mines de demain, 649.

Médecine scolaire. L. Arrêté du 22 novembre 1945 portant organisation provisoire du contrôle médical dans les établissements publics d'enseignement du second degré : 425 ; avis de concours pour les postes de médecins chargés du contrôle médical dans les lycées, collèges classiques, modernes et techniques, écoles de métiers, écoles nationales professionnelles et écoles nationales professionnelles d'horlogerie, 470 ; arrêté du 18 octobre 1946 sur le financement du contrôle médical dans les établissements d'enseignement du second degré et technique (*J. O.*, 23 *octobre* 1946) ; décret du 6 novembre 1946 fixant la composition du Comité consultatif de l'hygiène scolaire et universitaire (*J. O.*, 8 *novembre* 1946) ; décret du 26 novembre 1946 fixant les modalités d'application de l'ordonnance du 18 octobre 1945 sur le contrôle médical scolaire, 1572.
A. *Le contrôle médical scolaire*, 864, 1291.

Médecine sociale. L. Arrêté du 14 décembre 1945 sur l'organisation des services médico-sociaux de la main-d'œuvre, 71.
A. *Essai de médecine sociale*, 676 ; *vers la définition de la médecine sociale*, 960.

Médecine sportive. L. Décret du 16 janvier 1946 fixant les traitements des médecins des collèges nationaux et des écoles normales supérieures d'éducation physique et sportive, 166 ; arrêté interministériel du 22 février 1946 fixant les modalités d'application du contrôle médical des activités physiques et sportives, 533 ; arrêté du 15 octobre 1946 désignant une Commission chargée d'examiner les thèses et travaux se rapportant à la médecine appliquée à l'éducation physique et aux sports, et susceptibles de recevoir des récompenses sous forme de prix (*J. O.*, 26 *oct.* 1946) ; contrôle médical sportif, 722 ; éducation physique et sports, 722.
A. *Le contrôle médical sportif*, 1090.
E. La participation financière de l'Etat dans le contrôle médical sportif, 1173.

Médecine du travail. L. Arrêté ministériel du 15 mars 1946 fixant le mode de rémunération des médecins du travail, 335, 365 ; arrêté ministériel du 17 mai 1946, complétant l'article 3 de l'arrêté du 15 mars 1946 relatif à la rémunération des médecins du travail, 564 ; arrêté nommant des médecins inspecteurs du travail spécialisés en matière de pneumoconioses (*J. O.*, 6 *juillet* 1946) ; loi du 8 octobre 1946 relative à la résiliation du contrat de travail, 1222 ; loi du 11 octobre 1946 relative à l'organisation des services médicaux du travail, 1225 ; arrêté du 12 octobre 1946, modifiant l'article 3 de l'arrêté du 15 mars 1946 concernant la rémunération des médecins du travail, 1268 ; arrêté du 16 octobre 1946 fixant les vacations allouées au personnel technique utilisé pour les examens systématiques à l'occasion des mouvements de main-d'œuvre, 1349 ; décret du 26 novembre 1946, portant application de la loi du 11 octobre 1946, relative à l'organisation des services médicaux du travail, 1524.
A. *La médecine du travail et la loi du* 11 *octobre* 1946, 1406.
E. La rénumération des médecins du travail, 556 ; que devient la loi sur la médecine du travail, 649 ; les saboteurs de la médecine d'usine, 904 ; le nouveau statut de la médecine du travail, 1254 ; conférence de presse du Ministre du Travail, 1288 ; quelques observations à propos d'une statistique, 1608.

Militaire. L. Arrêté ministériel du 8 janvier 1946 fixant le taux des indemnités dues aux médecins appelés à faire partie des Commissions médicales de révision, 192.

Mutualité. A. *Le Congrès des C.C.U., bilan des concessions réciproques des chirurgiens et de la mutualité*, 1503.
E. Le secret dans la mutualité, 1208.

Mutualité familiale. L. Assemblée générale extraordinaire du 29 novembre 1946, convocation, 1297 ; réunions trimestrielles du Conseil d'administration, 24 janvier 1946, 131 ; 29 avril 1946, 466 ; 14 oct. 1946, 1297 ; rapport du Secrétaire général sur l'exercice 1945, 868 ; rapport du Trésorier sur l'exercice 1945, 868 ; assemblée générale du 26 juin 1946, 869.

N

Nomenclature. L. Arrêté du 6 février 1946 nommant les membres de la Commission permanente de la nomenclature, 333 ; arrêté ministériel du 11 avril 1946 supprimant les dispositions des articles 21, 22 et 23 de la nouvelle nomenclature, 334 ; arrêté ministériel du 9 août 1946 modifiant la nomenclature générale des actes professionnels, 979.
A. *La nouvelle nomenclature générale des actes professionnels*, 245, 421 ; *l'électroradiologie dans la nouvelle nomenclature officielle*, 317 ; *comment fut établie matériellement la nouvelle nomenclature*, 385 ; *biologie et nomenclature*, 454 ; *acte global et dichotomie*, 581 ; *la commission permanente de la nomenclature*, 899, 1027.
Comité de coordination de la région parisienne application de la nouvelle nomenclature, 364.
C. Actes médicaux de nuit, 1610 ; PC ou C ? 1610 ; actes à domicile, 1610 ; indemnité de déplacement, 1610.
E. La nouvelle nomenclature enfin sortie, 185 ; les fantaisies de la nomenclature, 1512 ; le point de vue des spécialistes, 1045.

O

Ordre des médecins.
Conseil national de l'Ordre des médecins, 162, 331 (liste des membres et composition du bureau) 468 ; (protocole d'accord avec la Confédération des syndicats médicaux), 881, 1042 ; (remplacement des médecins), 1475.
Comité de coordination des Conseils départementaux des médecins de la région parisienne, 34, 226, 364, 658, 976 (une importante circulaire du ministre du Travail).
Conseil départemental de la Seine de l'Ordre des médecins, 2, 36, 66, 67, 196 ; résultat du scrutin du 3 mars 1946, 226 ; (composition du bureau), 259 ; 363 ; (organisation des sections), 403 ; 467, 563, 594, 720, 816, 915, 1379.
Conseil départemental de l'Ordre des médecins de Saône-et-Loire, 36.
Conseil de l'Ordre du département de la Haute-Savoie, 36.
Conseil de l'Ordre des médecins de l'Oise, 98.
Conseil départemental de l'Ordre des médecins de la Somme, 99.
Conseil départemental de l'Ordre des médecins de l'Aisne, 164.
Conseil de l'Ordre des médecins de l'Aude, 914.
Conseil de l'Ordre de la région de Laon, 914.
L. Arrêté du 14 août 1946 sur la composition du Conseil national de l'Ordre des médecins, 1076 ; réponse ministérielle au sujet d'une décision d'un conseil régional, portant un refus d'exercer la médecine, 1226.
A. *L'Ordre modèle* 1946 *est élu*, 18 ; *les élections difficiles*, 20 ; *à propos des élections au Conseil de l'Ordre de la Seine*, 54 ; *le cumul des fonctions de conseiller départemental régional et national de l'Ordre*, 210 ; *conférences de presse au Conseil national de l'Ordre*, 545, 896, 140 ; *Ordre et Syndicat*, 803 ; *les délibérations du Conseil national doivent-elles être publiques*, 1122 ; *la juridiction disciplinaire est insuffisamment réglementée*, 1202.
C. Assurance, 1130 ; cotisations à l'Ordre, 1338 ; condamnation pénale et sanctions disciplinaires, 1372.
E. Constatations et interprétations, 27 ; la première séance du Conseil départemental de l'Ordre de la Seine, 57 ; les prochaines élections parisiennes,

91 ; les beautés d'une élection, 186 ; Ordre et Syndicats, 217 ; les élections dans la Seine, 251 ; beautés électorales, 252 ; les problèmes posés par la coexistence de l'Ordre et des Syndicats, 1209 ; à propos de la procédure disciplinaire, 1368 ; la renaissance du *Bulletin de l'Ordre*, 1509 ; la procédure disciplinaire devant les Conseils de l'Ordre, 1559.

Organisation professionnelle. Voir aussi « *Ordre des médecins* », « *Syndicalisme* ». L. Arrêté ministériel du 16 janvier 1946 fixant la dévolution des biens des organismes provisoires de gestion pour les professions médicales et paramédicales, 199.
Union des médecins français, 594.
Association nationale des médecins déportés et internés de la Résistance, 2.
Association des médecins des Pyrénées-Orientales, 531.
Comité de l'Empire français, commission de médecine et d'hygiène coloniale, 34.
Union médicale normande : assurances sociales, communiqué, 530.
Union fédérative nationale des médecins de réserve, 562.
Union des médecins mutilés de la guerre, 562.
A. *Réponse à un jeune médecin*, 22 ; *pour une symbiose nécessaire*, 274 ; *un exemple à étudier : il nous vient de Grande-Bretagne*, 129 ; *faut-il demander notre fonctionnarisation pour l'éviter*, 282 ; *un nouveau trust : la corporation des opticiens lunetiers* 487 ; *la crise de la médecine française : organisation autonome in « extremis » ou nationalisation*, 645 ; *le droit à la santé*, 703 ; *une organisation future du service de santé*, 772 ; *vers des réformes nécessaires*, 802 ; *réflexions sur les cotisations profesionnelles*, 833 ; *une conférence médicale internationale à Londres*, 995.
E. De qui se moque-t-on, 28 ; la médecine sera-t-elle nationalisée, 289 ; où l'union des médecins français se désagrège, 290 ; une liberté trop bien gagnée, 775; séance orageuse à la Commission tripartite, 776 ; la voix du praticien moyen, 771 ; chacun son métier, 776 ; à propos d'une prétendue « fusion », 808 ; vers l'entente harmonieuse des divers organismes professionnels, 839 ; une législation sur la propriété professionnelle est-elle souhaitable, 841 ; le chien et la puce (fable dédiée aux réformateurs de la profession libérale), 873 ; ne nous installons pas dans le provisoire, 1127 ; la définition du spécialiste. 1289 ; un pas de plus vers la médecine autoritaire, 1413.

P

Pédicures. L. Arrêté du 13 novembre 1946 instituant un certificat d'équivalence, 1430.

Pensionnés de guerre. L. Arrêté du 3 juin 1946 relevant les indemnités de déplacement allouées aux médecins appelés à donner des soins à domicile aux bénéficiaires de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919, 631 ; arrêté du 3 juin 1946 portant relèvement du taux des honoraires alloués aux médecins appelés à donner leurs soins aux pensionnés bénéficiaires de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919, 631 ; arrêté du 20 août 1946 modifiant le tarif des soins aux pensionnés de guerre, 982 ; loi du 9 août 1946 fixant le nouveau taux des pensions de guerre (*J. O.*, 10 *août* 1946) ; arrêté du 15 septembre 1946 fixant la composition de la commission consultative de prothèse et d'orthopédie pour l'année 1946 (*J. O.*, 25 *septembre* 1946) ; arrêté du 14 oct. 1946, modifiant l'arrêté du 12 décembre 1944 relatif aux contrôles médicaux, 1269 ; arrêté du 25 septembre 1946 fixant le montant des indemnités mensuelles des médecins secrétaires des Commissions départementales de surveillance et de contrôle 1189.
Ordre du jour adopté le 24 février 1946 par la Confédération des syndicats médicaux français, 228.
Union des médecins-mutilés de guerre, 562.
E. Pour une augmentation rapide du tarif des soins aux pensionnés de guerre, 249 ; les médecins peuvent-ils refuser de soigner les pensionnés de guerre au tarif de l'article 64, 935 ; où le tarif des pensions s'aligne sur celui des A.S., 967.

Personnel domestique. L. Arrêté du 31 janvier 1946 fixant les salaires dans les services domestiques, 166.

Pharmacie. L. Loi du 12 mai 1946 modifiant la loi du 11 septembre 1941 sur l'exercice de la pharmacie, 788 ; loi du 24 mai 1946 sur le statut des préparateurs en pharmacie (*J. O.*, 25 *mai* 1946) ; arrêté ministériel du 16 août 1946 autorisant une hausse générale sur les produits pharmaceutiques spécialisés (*J. O.*, 17 *août* 1946) ; arrêté du 30 juillet 1946, délivrance de l'insuline par les pharmaciens, 1014.
C. Distinction entre la pharmacie et l'industrie chimique, 876.

Population. L. Arrêté du 28 mai 1946 nommant les membres du Comité consultatif de la lutte contre la stérilité involontaire (*J. O.*, 2 *juin* 1946).
A. *Logement et population*, 1505.

Prisonniers et déportés. Loi du 1er mars 1946 prolongeant pour les déportés la durée de l'acte médical temporaire, 231 ; décret du 21 mars 1946 rendant applicable à l'Algérie l'ordonnance du 20 avril 1945 instituant le contrôle médical des prisonniers, travailleurs et déportés rapatriés ainsi que les textes, qui en ont assuré l'application (*J. O.*, 24 *mars* 1946) ; circulaire ministérielle du 9 août 1946 sur les soins gratuits aux prisonniers et déportés rapatriés, 1221.
Association nationale des médecins déportés, 195, 1474 ;
Ordre du jour adopté le 26 février 1946 par la confédération des syndicats médicaux, professionnels, 228.
C. Préservation des intérêts des médecins prisonniers, 748 ; soins à des prisonniers de guerre, victimes d'accidents au cours de leur travail, 875.
E. La gratuité des soins aux prisonniers et déportés 1173.

Procédure. L. Décret du 6 novembre 1946 fixant la date à laquelle cessera de s'appliquer le décret du 1er septembre 1939 sur les délais de procédure, 1382.

Propharmaciens. L. Valeur des tickets propharmaciens pour le premier trimestre 1946, 99 ; pour le troisième trimestre 1946, 944 ; pour le quatrième trimestre 1946, 1267 ; arrêté du 2 septembre 1946 fixant la liste des médicaments à délivrer par les propharmaciens, 1043 ; arrêté du 18 octobre 1946 fixant la liste des médicaments, qui peuvent être délivrés par les médecins propharmaciens, 1431.
A. *Propharmacie et compérage conjugal médico-propharmaceutique*, 514.
C. Propharmacie, 1292.
E. Défense du propharmacien, 1415 ; les propharmaciens ne peuvent pas délivrer toutes les spécialités, 1463.

Prophylaxie. C. Déclaration de maladies vénériennes, 875.

Propos du jour. *Les problèmes de l'hygiène et de l'urbanisme*, 17 ; *l'impôt sur la jeunesse*, 49; *le XIXe siècle a vu l'apogée de la médecine française; des causes de son fléchissement au XXe siècle*, 81 ; *de la psychologie des vieillards*, 145 ; *les risques de la faiblesse*, 313 ; *les journées médicales tunisiennes*, 417 ; *problèmes coloniaux d'après guerre*, 481 ; *de la santé du médecin*, 577 ; *réflexions sur les remèdes nouveaux*, 609 ; *de l'humanisme et de l'éthique en médecine*, 641 ; *les journées médicales de Bruxelles*, 673 ; *apologie de la médecine*, 735 ; *défense de l'être intime*, 767, 1455 ; *la maladie du siècle à notre époque*, 799 ; *le cinquantenaire de la Goutte de lait*, 831 ; *conférence de presse au ministère de la Santé*, 927 ; *la carotte et le bâton*, 1024 ; *le secret en matière de recherches scientifiques*, 1056 ; *la France aux prises avec des nécessités d'immigration et des désirs d'émigration*, 1088 ; *salut sans illusions à une utopie*, 1161 ; *séance d'ouverture du 49e Congrès de chirurgie*, 1200 ; *introduction à l'ère atomique*, 1245 ; *la protection de la mère et de l'enfant en U.R.S.S.* 1321 ; *la sagesse du Corps*, 1449 ; *la physiologie peut-elle inspirer la politique ?* 1497 ; *les propos pessimistes d'un prix Nobel*, 1545 ; *nécessité de codifier l'urbanisme*, 1632.

Protection maternelle et infantile. L. Arrêté ministériel du 4 mai 1946 créant une Commission nationale d'étude des questions obstétricales, 564 ; arrêté ministériel du 14 mai 1946 réglementant les examens médicaux des personnes, qui concourent à la protection, à la garde ou au placement des enfants du premier et du second âge, 564 ;

loi du 18 mai 1946, accordant à tout chef de famille, en cas de naissance à son foyer, un congé supplémentaire, 661 ; décret du 9 novembre 1946 concernant les sanctions contre les femmes, qui ne se conforment pas aux prescriptions de l'ordonnance du 2 novembre 1945 sur les protections maternelle et infantile, 1384.
A. *La protection de la mère et de l'enfant en U.R.S.S.* 1321.

Prostitution. L. Loi du 24 avril 1946 instituant un fichier national et social de la prostitution, 470.

R

Réquisitions. L. Arrêté du 13 août 1946 fixant le prix des véhicules automobiles requis par l'autorité militaire à partir du 14 juillet 1945, 1110.
A. *La cessation des hostilités et quelques-uns de ses effets*, 675.

Responsabilité professionnelle A. *Simple histoire d'une autopsie*, 179 ; *l'omission d'injection antitétanique préventive n'est pas nécessairement une faute*, 485.
E. Responsabilité sans sanction, 683 ; la responsabilité professionnelle de l'électro-radiologiste, 969.

Retraite du médecin. L. Caisse de solidarité des professions libérales, arrêté du 29 décembre 1945, désignant les professions auxquelles est attribuable l'ordonnance du 2 novembre 1945, 69.
A. *La retraite du médecin*, 454 ; *réflexions d'un vieux médecin sur les tristes vicissitudes des temps présents*, 966.
La sécurité du médecin doit être à la fois sociale et professionnelle. I. La sécurité sociale du médecin, 1282, 1330. II. La sécurité professionnelle du médecin, 1323.

S

Sages-femmes. L. Décret du 16 octobre 1946, pris en application de la loi du 17 mars 1943, modifié par la loi du 24 avril 1944, fixant les conditions d'entrée aux écoles de sages-femmes, le régime des études et des examens (*J. O.*, 18 *octobre* 1946).

Salaires et traitements. L. Arrêté ministériel du 25 juin 1946 modifiant l'article 7 du 31 janvier 1946 sur les salaires dans les services domestiques, 917 ; arrêté du 29 juillet 1946 portant relèvement des salaires, 917 ; loi du 26 octobre 1946 prorogeant la réglementation des salaires, 1348.

Santé publique. L. Décret du 22 mai 1946 sur les médecins consultants régionaux de pédiatrie, 628 ; décret du 24 mai 1946 instituant une école nationale de la santé publique, 629 ; arrêté ministériel du 8 mai 1946, fixant le montant des vacations des médecins consultants de phtisiologie, 663 ; arrêté ministériel du 16 mai 1946 fixant le montant des vacations des médecins consultants de vénéréologie, 663 ; arrêté ministériel du 16 mai 1946 fixant le montant des vacations des médecins consultants de pédiatrie, 663 ; arrêté du 6 juin 1946 fixant le taux des vacations allouées aux médecins des dispensaires antivénériens, 663 ; décret du 18 juin 1946 relatif à la réglementation des pouponnières, crèches, consultations de nourrissons et des Gouttes de lait. 693 ; arrêté du 11 juin 1946, fixant les traitements maxima des infirmiers et infirmières des hôpitaux psychiatriques (*J. O.*, 9 *août* 1946) ; arrêté du 4 septembre 1946 sur le recrutement des infirmières des sanatoriums, 1143 ; décret du 1er octobre 1946 portant ouverture d'un concours pour l'emploi de médecin-inspecteur de la santé, 1190 ; décret du 19 octobre 1946, portant règlement d'administration publique fixant les modalités d'application de l'ordonnance du 3 juillet 1945, relative à la protection sociale des aveugles (*J. O.*, 20 *octobre* 1946) ; décret du 16 octobre 1946 portant application de l'article 13 de l'ordonnance du 1er octobre 1945 en ce qui concerne l'Institut du cancer, 1302 ; arrêté du 21 octobre 1946, désignant les pièces à produire pour l'obtention des allocations aux aveugles travailleurs (*J. O.*, 28 *octobre* 1946) ; arrêté du 23 octobre 1946 fixant les catégories et le nombre d'élèves de l'Ecole nationale de la Santé publique, 1348 ; arrêté du 4 novembre 1946, instituant une Commission consultative pour établir un contact direct entre les services du Ministère, les médecins spécialisés et les associations de malades, 1480 ; arrêté ministériel du 7 novembre 1946 nommant les membres du Comité technique du Centre national de l'éducation sanitaire (*J. O.*, 22 *novembre* 1946).
A. *Conférence de presse du ministre de la Santé*, 927, 1280 ; *Planning obstétrical*, 760 ; *une nouvelle menace contre la médecine libre*, 929; *l'organisation mondiale de la santé*, 1593.
C. L'ordre de la Santé publique, 1099, 1467.
E. Une dérobade de nos cracks parlementaires, 288 ; la nationalisation de la tuberculose, 289.

Secret professionnel. A. *Art.* 378 *du code pénal et déclaration des maladies vénériennes*, 589 ; *certificats de décès pour les pensionnés de guerre*, 1571 ; *secret professionnel et certificats de décès*, 1634.
C. Maladie à déclaration facultative et secret professionnel, 125.

Sécurité sociale (*proprement dite*). L. Convention-type (3 janvier 1946) entre la caisse régionale de Sécurité sociale et le syndicat départemental pour les soins à domicile et au cabinet du médecin, 117 ; décret du 13 février 1946, premières mesures d'application de l'ordonnance du 4 octobre 1945 (*J. O.*, 14 *février* 1946) ; arrêté du 16 février 1946 approuvant le modèle de convention à intervenir entre les caisses de Sécurité sociale et les syndicats de sages-femmes (*J. O.*, 24 *février* 1946) ; arrêté du 16 février 1946 approuvant le modèle de convention entre les caisses de Sécurité sociale et les syndicats d'auxiliaires médicaux (*J. O.*, 24 *février* 1946) ; arrêté ministériel du 12 mars 1946 fixant les conditions d'inscription sur la liste d'aptitude aux fonctions de médecin-conseil de la Sécurité sociale, 333 ; installation du Conseil d'administration de la caisse primaire de Sécurité sociale de l'agglomération parisienne, 500 ; loi du 22 mai 1946 portant généralisation de la Sécurité sociale, 500, 596 ; décret du 8 juin 1946, portant règlement d'administration publique pour l'application de l'ordonnance du 4 octobre 1945 portant organisation de la Sécurité sociale (*J. O.*, 9 *juin* 1946) ; décret du 12 juin 1946 prévoyant des mesures transitoires pour l'application dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle du nouveau régime de Sécurité sociale (*J. O.*, 14 *juin* 1946) ; circulaire du 13 juillet 1946 relative aux tarifs des chirurgiens-dentistes et des sages-femmes pour soins aux assurés sociaux, 819 ; décret du 19 juillet 1946 pour l'application aux conjointes ou veuves de salariés ayant élevé cinq enfants jusqu'à l'âge de 16 ans, des dispositions de la loi du 22 mai 1946 portant généralisation de la Sécurité sociale, 851 ; arrêté du 27 juin 1946 sur l'organisation de l'enseignement de perfectionnement des médecins-conseils stagiaires de la Sécurité sociale, 853 ; arrêté du 22 juillet 1946 fixant le taux de la contribution spéciale pour le financement de l'allocation aux vieux travailleurs salariés non assurés sociaux instituée par l'ordonnance du 20 décembre 1944 en ce qui concerne les employeurs de domestiques et de gens de maison, 883 ; arrêté du 6 août 1946 fixant les conditions dans lesquelles les conjointes et veuves de salariés ayant élevé cinq enfants jusqu'à l'âge de 16 ans peuvent prétendre à l'allocation aux vieux (*J. O.*, 9 *août* 1946) ; loi du 13 septembre 1946 fixant la date d'application de la loi du 22 mai 1946 sur la généralisation de la Sécurité sociale, 1077 ; loi du 7 octobre 1946 augmentant le taux des allocations aux vieux travailleurs, des pensions de vieillesse révisées et des pensions d'invalidité fixé par la loi du 3 janvier 1946 (*J. O.*, 7 *octobre* 1946); loi du 24 octobre 1946 réorganisant les contentieux de la Sécurité sociale et de la Mutualité sociale agricole (*J. O.*, 25 *octobre* 1946) ; circulaire du ministre du Travail en date du 12 octobre 1946, fixant les nouveaux tarifs de responsabilité des caisses de Sécurité sociale, 1302 ; circulaire du 28 octobre 1946 concernant des tarifs médicaux prévus dans des avenants à des conventions et approuvés par la Commission nationale des tarifs, 1382 ; loi du 30 octobre 1946 modifiant l'ordonnance du 4 octobre 1945 portant organisation de la Sécurité sociale et fixant les modalités relatives à l'élection des membres des

Conseils d'administration des organismes de Sécurité sociale. (*J. O.*, 31 *octobre* 1946).
A. *Un plan d'action réaliste*, 387 ; *le Corps médical doit participer à la direction de la Sécurité sociale*, 613 ; *quand la Sécurité sera sociale, générale et obligatoire*, 642 ; *responsabilité des médecins-conseils*, 707 ; *pour une participation efficace du Corps médical à la Sécurité sociale*, 771 ; *la Sécurité sociale devant la Constituante*, 961 ; *Obstétrique et Sécurité sociale*, 963 ; *à propos de la Sécurité sociale*, 1092 ; *médecin traitant et Sécurité sociale*, 1286 ; *le rôle des médecins-conseils de la Sécurité sociale française, son évolution*, 1325 ; *le contentieux et la procédure de la Sécurité sociale*, 1403.
Syndicat général des médecins-conseils de caisses de Sécurité sociale, 531 ;
C. Droits et charges du médecin membre du Conseil d'administration d'une caisse de Sécurité sociale, 1257 ; allocation aux vieux, 1339.
E. La Sécurité réglementée, 29 ; la Sécurité sociale sur la sellette, 57 ; l'économie humaine et la Sécurité sociale, 58 ; les beautés de la Sécurité sociale, 123 ; la Sécurité sociale sous l'angle confédéral, 153 ; Sécurité sociale et déclaration des droits, 185 ; le nouveau Conseil départemental de la Seine et la Sécurité sociale, 252 ; la Sécurité sociale et la responsabilité médicale, 353 ; Sécurité médicale 354 ; sécurité, famille et ravitaillement, 391 ; le plan de Sécurité sociale américain, 490 ; la généralisation de la Sécurité sociale, 585 ; l'action sanitaire des caisses de Sécurité sociale, 681 ; les beautés de la caisse unique, 807 ; les nouvelles feuilles de Sécurité sociale, 808 ; les examens de santé, 871 ; élections et sélection abusive, 874 ; la Sécurité sociale devant la Constituante, 1031 ; où le médecin se voit doté pour ses vieux jours d'une sécurité assez aléatoire, 1095 ; bon sens et fair play, 1207 ; le Corps médical et la Sécurité sociale vont-ils se renouveler, 1605.

Sécurité sociale (*Accidents du travail*). L. Arrêté du 20 novembre 1945 fixant le maximum des frais funéraires à la charge des employeurs (*J. O.*, 16 *décembre* 1945) ; arrêté du ministre du Travail du 15 février 1946 fixant le statut des médecins-conseils et chirurgiens-dentistes-conseils de la Sécurité sociale, 262 ; arrêté du 14 février 1946, modifiant l'arrêté du 1er mars 1945 sur le tarif des frais pharmaceutiques en matière d'accidents du travail, 302 ; arrêté du 12 avril 1946 modifiant le tarif des frais médicaux en matière d'accidents du travail, 469 ; nouveaux tarifs d'honoraires pour soins donnés aux accidentés du travail, 500 ; circulaire du ministre du Travail du 22 mai 1946 fixant les tarifs applicables aux Assurances sociales et aux accidents du travail, 565 ; arrêté nommant des médecins inspecteurs du travail spécialistes en matière de pneumoconioses (*J. O.*, 6 *juillet* 1946) arrêté du 11 juin 1946 fixant le montant des frais funéraires (*J. O.*, 26 *juin* 1946) ; arrêté du 27 juillet 1946 appliquant les tarifs de responsabilité des caisses mutuelles d'assurances sociales agricoles aux honoraires médicaux en matière d'accidents du travail agricole, 916 ; arrêté du 16 septembre 1946 fixant la tarification provisoire des risques accidents du travail et maladies professionnelles, 1108 ; arrêté du 10 septembre 1946 modifiant l'arrêté du 27 juillet 1946 fixant les tarifs de responsabilité des caisses mutuelles en matière d'accident de travail agricole, 1442 ; loi du 16 oct. 1946 portant réajustement des rentes et allocations attribuées aux victimes d'accidents du travail et de leurs ayants droit, 1268 ; loi du 30 octobre 1946 modifiant la législation sur les accidents du travail et abrogeant toutes dispositions antérieures, notamment l'ordonnance du 19 octobre 1945 (*J. O.*, 31 *octobre* 1946).
Ordre du jour adopté le 24 février 1946 par la Confédération des syndicats médicaux français, 228.
Nouveaux tarifs d'honoraires pour soins donnés aux accidents de travail, 364.
A. *Quel est le tarif actuellement en vigueur*, 483 ; *la toute dernière législation des accidents du travail*, 1547.
C. Libre choix de l'établissement hospitalier, 220 ; auxiliaires des administrations publiques et accidents du travail, 428 ; expertise, accidents du travail, assistance ou représentation par un non-médecin, 620 ; recouvrement des honoraires de radiologie pour les accidentés du travail hospitalisés, 716 ; accidents du travail agricole, 810 ; tarif A.T. à l'hôpital, 970 ; nomenclature et spécialistes, 1035 ; accident survenu au retour du travail, 1063 ; morsure de vipère, 1175 ; tarif A.T. agricole, 1176 ; A.S. ou A.T., 1176 ; faute inexcusable, 1465.
E. A propos des tarifs A.T., 30 ; l'entente directe en matière d'A.T., 219 ; la fièvre typhoïde est-elle un accident du travail, 427 ; le tarif des accidents du travail est en complet bouleversement, 459 ; à propos du tarif des accidents du travail, 556.

Sécurité sociale (*Allocations familiales*). L. Arrêté ministériel du 16 janvier 1946 modifiant le régime des exonérations de cotisations aux caisses d'allocations familiales de travailleurs indépendants, 165 ; arrêté du 2 août 1946 fixant le taux des cotisations dues par les employeurs pour leurs employés 947 ; arrêté du 2 août 1946 fixant le taux des cotisations dues par les employeurs pour leur propre compte et par les travailleurs indépendants, 947, 1075 ; loi du 22 août 1946 fixant le régime des prestations familiales, 979 ; nouveaux salaires moyens départementaux servant de base aux prestations (*J. O.*, 9 *août* 1946) ; arrêté du 10 septembre 1946, taux de la cotisation des allocations familiales des employeurs et travailleurs indépendants, 1076 ; arrêté du 17 septembre 1946 fixant le montant de la cotisation des allocations familiales due chaque trimestre par les employeurs pour leur propre compte et par les travailleurs indépendants, 1109.
A. *Les exonérations de cotisations*, 279 ; *cotisations et prestations*, 993 ; *les allocations familiales*, 1598.
E. La majoration de la cotisation des allocations familiales, 1128.

Sécurité sociale. (*Assurances sociales*). L. Décret du 29 décembre 1945 pour l'application de l'ordonnance du 19 octobre 1945, fixant le régime des Assurances sociales applicable aux assurés des professions non agricoles (extraits), 54, 86, 149 ; circulaire du 5 novembre 1945 sur les honoraires hospitaliers pour les assurés sociaux, 101 ; arrêté ministériel du 25 janvier 1946 fixant le taux des indemnités journalières de maladie et de maternité, 133 ; décret du 16 janvier 1946 fixant la composition, et les attributions du Comité technique d'action sanitaire et sociale, 133 ; arrêté ministériel du 19 janvier 1946 nommant les membres du Comité technique d'action sanitaire et sociale, 134 ; arrêté ministériel du 5 décembre 1945 fixant la composition du Comité d'administration du fonds d'action sanitaire et sociale, 135 ; arrêté ministériel du 9 janvier 1946 fixant les honoraires dus aux praticiens à l'occasion des examens spéciaux pour l'assurance de longue maladie, 165 ; arrêté du 9 janvier 1946 dispensant les assurés sociaux de la participation aux frais des examens médicaux subis en application de l'ordonnance du 2 novembre 1945 sur la protection maternelle et infantile, 166 ; décret du 16 février 1946, relatif à la liquidation de l'Institut national d'action sanitaire des Assurances sociales et au transfert de son patrimoine à la caisse générale de garantie (*J. O.*, 17 *février* 1946) ; arrêté du 7 février 1946 supprimant le remboursement de certaines spécialités pharmaceutiques, 302 ; arrêté du 6 février 1946 nommant les membres de la Commission permanente de la nomenclature, 333 ; arrêté ministériel du 22 mars 1946 supprimant la participation des assurés sociaux aux frais engagés en cas d'interventions chirurgicales, 334 ; arrêté du 11 février 1946 nommant les membres de la section du contrôle médical du Comité technique d'action sanitaire et sociale, 367 ; arrêté ministériel du 3 avril 1946 sur l'organisation et le fonctionnement de la commission départementale des dépassements de tarifs d'honoraires, 405 ; création d'un dispensaire de soins par l'Union des Caisses, 499 ; arrêté ministériel du 17 mai 1946 supprimant la participation des assurés sociaux aux frais engagés pour les actes professionnels d'un coefficient égal ou supérieur à 50, 565 ; circulaire du ministre du Travail fixant les tarifs applicables aux Assurances sociales

et aux accidents du travail, 565 ; loi du 22 mai 1946 portant généralisation de la Sécurité sociale, 596 ; arrêté ministériel du 27 mai 1946 organisant la procédure des expertises en matière d'assurances sociales, 690 ; arrêté ministériel du 31 mai 1946 fixant les salaires forfaitaires retenus pour le calcul des cotisations aux Assurances sociales pour les gens de maison, 691 ; arrêté ministériel du 11 juin 1946 sur l'évaluation des avantages en nature pour le calcul des cotisations aux Assurances sociales, 691 ; décret du 28 mai 1946 complétant le décret du 16 janvier 1946 fixant la composition et les attributions du Comité technique d'action sanitaire et sociale, 692 ; circulaire du 27 mai 1946 relative à la suppression de la participation des assurés sociaux aux frais engagés à l'occasion de certains actes inscrits à la nomenclature générale des actes professionnels, 754 ; arrêté du 19 juillet 1946 fixant les périodes de la vie, auxquelles doivent être pratiqués les examens de santé prévus à l'article 31 de l'ordonnance du 19 octobre 1945, ainsi que la nature de ces examens et les modalités selon lesquelles ils sont effectués, 851 ; allocation aux vieux (voir « *Sécurité sociale* »), pages 851, 883 ; arrêté du 22 juillet 1946 fixant les frais de déplacement des assurés sociaux en cas de maladie, longue maladie et invalidité, 883 ; décret du 3 juill. 1946 concernant l'exercice en vigueur et certaines dispositions des ordonnances du 4 octobre 1945 et 19 octobre 1945, 884 ; arrêté du 29 juin 1946 fixant le régime des primes d'allaitement et bons de lait, 884 ; tarif de responsabilité des caisses d'Assurances sociales agricoles dans la région parisienne (circul. du ministre du Travail), 977 ; arrêté du 9 août 1946 modifiant la nomenclature générale des actes professionnels, 979 ; décret du 20 août 1946 fixant les conditions d'autorisation d'établissements privés de cure et de prévention pour les soins aux assurés sociaux, 980 ; décret du 17 septembre 1946 fixant la composition et le fonctionnement de la Commission régionale d'action sanitaire et sociale, 1142 ; arrêté du 24 août 1946 fixant la composition du comité de gestion du fonds d'action sanitaire et sociale, 1143 ; circulaire du 21 novembre 1946 fixant les tarifs médicaux établis par les Conventions et approuvés par la Commission nationale, 1188 ; arrêté du 26 septembre 1946 fixant les conditions d'attribution des prestations pour les assurés cotisant sur vignettes et le mode de calcul des indemnités journalières pour cette catégorie d'assurés (*J. O.*, 3 *octobre* 1946) ; décret du 24 septembre 1946 fixant les sanctions à appliquer aux bénéficiaires des prestations d'Assurances sociales, qui ne se conformeraient pas aux mesures de protection maternelle et infantile, 1189 ; décret du 11 octobre 1946 fixant les frais de procédure en matière d'A.S. (*J. O.*, 12 *octobre* 1946) ; décret du 7 octobre 1946 portant relèvement du salaire limite prévu par le calcul des cotisations de Sécurité sociale, 1222 ; décret du 16 octobre 1946, fixant la composition du Comité technique d'action sanitaire et sociale (*J. O.*, 18 *octobre* 1946) ; arrêté du 5 novembre 1946 fixant le maximum des indemnités journalières ou mensuelles, 1384 ; arrêté du 12 novembre 1946 fixant les honoraires des médecins experts de la Commission technique d'invalidité et de la Commission régionale d'inaptitude au travail, 1429 ; arrêté ministériel du 19 novembre 1946 nommant les membres du Comité technique d'action sanitaire et sociale, 1478.

A. *Le médecin praticien devant la longue maladie*, 21 ; *qui est responsable du traitement*, 51 ; *avantages et inconvénients de la Convention syndicat-caisse*, 115 ; *au sujet de l'ordonnance du 19 octobre* 1945 ; *pour l'indépendance*, 181 ; *quel est le devoir actuel du syndicalisme médical*, 182 ; *esquisse d'une réforme*, 243 ; *éclaircissements sur l'article* 13, 246 ; *méditation sur deux conceptions divergentes de la médecine d'A.S.*, 280 ; *le nouveau régime des assurés assistés*, 315 ; *précisions et conjectures*, 347 ; *sanctions contre les signataires éventuels de conventions individuelles*, 387 ; *signer ou ne pas signer* ; 420 ; *responsabilité des médecins-conseils*, 450 ; *la tuberculose, maladie de longue durée, au titre des A.S.*, 569 ; *le nouveau régime des assurés assistés*, 647 ; *la difficile mise en route du nouveau contrôle*, 897 ; *l'entente directe entre le Corps médical et les caisses*, 900 ; *une nouvelle menace contre la médecine libre*, 929 ; *la consultation de spécialiste et les Assurances sociales, conflit avec les omnipraticiens*, 1029 ; *évolution d'une réforme, projets confédéraux*, 1057 ; *virage dangereux*, 1501 ; *les conditions d'un contrat social syndicat-caisses*, 1595.

C. Aide médicale temporaire et Assurances sociales, 395 ; désaccord sur le traitement, 461 ; refus de prise en charge d'un traitement spécial par une caisse, 492 ; deux poids... deux mesures, 519 ; soins à un membre de la famille, assuré social, 714 ; frais de séjour d'un nouveau-né dans une couveuse, 714 ; absorption du personnel des Compagnies d'Assurances, accidents du travail, 715 ; bénéficiaires de l'assurance-maladie, 811 ; honoraires pour accouchement à l'hôpital, 971 ; les honoraires de l'anesthésiste en matière d'A.S., 1064 ; prestations pour l'enfant de l'assuré, 1178 ; cotisations aux Assurances sociales pour les domestiques, 1371.

E. Conférence de presse au Ministère du Travail, 121 ; une opinion objective sur le nouveau régime de l'assurance-maladie, 122 ; les syndicats provinciaux et la réforme des A. S., 122 ; de qui se moque-t-on, 154 ; le scandale du règlement des mémoires, art. 19, 156 ; le Finistère, champ d'expérience en matière d'A.S., 187 ; Escobar, rédacteur de la convention-type, 218 ; la propriété des ordonnances en matière d'A.S., 218 ; le scandale du règlement des mémoires, art. 19, 219 ; première réunion de la Commission nationale tripartite, 288 ; les conventions syndicats-caisse et la Commission nationale tripartite, 353 ; est-ce le début de l'offensive, 392 ; la non-signature des conventions et les tarifs de médecine sociale, 393 ; fisc et Assurances sociales, 426 ; la généralisation des Assurances sociales, 457 ; de l'opposition au pouvoir, 458 ; à propos de la convention du Finistère, 491 ; les conventions syndicats-caisse, 492 ; les rapports entre médecins traitants et médecins-conseils de la longue maladie, 555 ; chacun son métier, 649 ; religieuses et Assurances sociales, 650 ; à propos de la convention du Finistère, 652 ; vers un *modus vivendi* acceptable, 711 ; toujours la délicate question du contrôle des A.S., 777 ; la dispense du ticket modérateur est absolument totale, 778 ; les tarifs d'honoraires médicaux en matière d'Assurances sociales, 840 ; les délicats rapports entre médecin traitant et médecin-conseil des A. S., 936 ; le contrôle tel qu'il est, 1045 ; le point de vue des spécialistes, 1045 ; le nouveau régime des assurés assistés, 1129 ; la commission d'homologation, danger n° 1, 1207 ; où il apparaît nécessaire de s'entendre sur le sens des mots, 1557.

Sou médical. Ordre du jour de l'Assemblée générale ordinaire du 7 juin 1946, 498 ; le sou médical, ses avantages, 588 ; rapport du secrétaire général sur l'exercice 1945, 930 ; rapport du trésorier sur l'exercice 1945, 931 ; compte rendu de l'Assemblée générale du 17 juin 1945, 933 ; convocation pour l'Assemblée générale ordinaire du 8 novembre 1946, 1185.

Substances vénéneuses. Stupéfiants. L. Arrêté du 12 avril 1946 fixant les limites à la fabrication et à la distribution des produits stupéfiants (*J. O.*, 18 *avril* 1946) ; arrêté du 23 mai 1946 fixant le modèle du carnet à souches prévu au décret du 28 août 1945 pour la prescription des stupéfiants, 630 ; décret du 26 mai 1946 modifiant le décret du 14 septembre 1916 sur les substances vénéneuses, 693 ; décret du 12 juin 1916 modifiant le décret du 14 septembre 1916 sur la substances vénéneuses, 693.

A. *Un remède contre le vol du papier d'ordonnances par les toxicomanes*, 518.

Syndicalisme. Voir aussi « *Sécurité sociale* », « *Tarifs* », *Confédération des syndicats médicaux français*, 35. 195, 227 (attributions de voitures automobiles), 259 ; (Assemblée du 31 mars 1946), 301, 880 ; (accidents du travail agricole), 1009, 1619.

Chambre syndicale des médecins de la Seine, 226, 260, 331 (Assemblée générale du 27 mars 1946), 332 ; (ravitaillement, débits de boisson), 403 ; (question du lait), 1298.

Association nationale des médecins électro-radiologistes qualifiés, 194.
Syndicat national des médecins français électrologistes et radiologistes, 130 ;
Chambre syndicale des médecins de la Seine, 627, 785, 817, 881, 1220, 1426, 1571.
Comité intersyndical des médecins de la région de Paris, 35, 196, 227, 260, 499, 914, 945, 976, 1073, 1139, 1379.
Groupement des syndicats médicaux de la région lyonnaise, 163.
Association des médecins de la Seine, 1266.
Syndicat national des chirurgiens français, 35.
Syndicat des chirurgiens de Paris et de la région parisienne, 688.
Syndicat national des O.R.L. français, 130.
Syndicat national des médecins stomatologistes qualifiés, 1337.
Comité médical de la coordination syndicale interdépartemental de la région du Nord, 67.
Syndicat des médecins de l'Aisne, 99, 131, 164.
Syndicat médical de Seine-et-Oise, 130 (tarifs), 501 ; (tarifs), 1299, 1304.
Syndicat des médecins des Ardennes, 260, 626, 721, 1477.
Syndicat départemental des médecins de l'Ariège, 786.
Syndicat général des médecins-conseils de caisses de Sécurité sociale, 531.
Syndicat de Neufchâtel-en-Bray, 913.
Syndicat des médecins du Tarn-et-Garonne, 1106, 1427.
Syndicat médical des Deux-Sèvres, 1219.
A. *Le rôle du syndicat en matière de déontologie* ; *homologation des contrats*, 82 ; *voix d'outre-tombe*, 209 ; *l'Assemblée générale de la Confédération*, 345.
C. Consultation du syndicat au cours d'une instance judiciaire, 158.
E. Les syndicats médicaux et la réforme des A.S., 91 ; assemblées générales du syndicalisme parisien, 154 ; Ordre et syndicats, 217 ; d'une assemblée à l'autre, 287 ; cela va déjà mieux, 291 ; assemblée générale extraordinaire de la Confédération des 30 et 31 mars 1946, 321 et suivantes ; la Commission bipartite départementale est-elle mort-née, 457 ; les syndicats doivent-ils participer à la gestion des Caisses, 522 ; concilier l'inconciliable, 553 ; la commission continue, 554 ; la chambre syndicale des médecins de la Seine, prend ses responsabilités, 681 ; les médecins parlementaires à la Confédération, 807 ; tempête dans un urinal, 903, 1130 ; quand les médecins de la Seine tiennent un meeting, 1606 ;où syndicat et Confédération auraient peut-être intérêt à signer, à leur tour un *modus vivendi*, 1127 ; au Conseil d'administration de la Confédération, 1171 ; vers l'accord syndicats-caisses, 1333 ; la commission d'homologation, danger n° 1, 1333 ; l'Assemblée générale du syndicat de la Seine-et-Oise, 1336 ; assemblée générale extraordinaire du syndicat des gynécologues français, 1463 ; une position syndicale intéressante sur la Sécurité sociale, 1510 ; les syndicats et la Sécurité sociale, 1558 ; assemblée générale de la Confédération des syndicats, 15, 16, 17 décembre 1946, 1640-41-42-43.

T

Tarifs. Voir aussi « *Nomenclature* ». L. Arrêté du 22 février 1946 nommant les membres de la Commission nationale d'homologation des tarifs, 265 ; circulaire du ministre du Travail du 22 mai 1946 fixant les tarifs applicables aux Assurances sociales et aux accidents du travail, 565 ; circulaire du 13 juillet 1946 relative aux tarifs des chirurgiens-dentistes et aux sages-femmes pour soins aux assurés sociaux, 819 ; tarifs de responsabilité des caisses d'A.S. agricoles dans la région parisienne (circulaire du ministre du Travail), 977 ; arrêté du 9 août 1946 modifiant la nomenclature générale des actes professionnels, 979 ; arrêté du 20 août 1946 modifiant le tarif des soins aux pensionnés de guerre, 982 ; circulaire du 21 septembre 1946 fixant les tarifs médicaux établis par des conventions et approuvés par la Commission nationale, 1168 ; circulaire du ministre du Travail en date du 12 octobre 1946, fixant les nouveaux tarifs des responsabilité des caisses de Sécurité sociale, 1302 ; circulaire du 28 octobre 1946 concernant des tarifs médicaux prévus dans les avenants à des conventions et approuvés par la Commission nationale des tarifs, 1382.
A. *Coefficient* 4 = *coefficient* 2 — *coefficient* 2 = = *coefficient* 0, 802 ; « K 12 *frontière* » *causes de certaines anomalies*, 1364 ; *pénicilline et tiers-payant*, 181 ; *fixation des tarifs* par la Commission confédérale spéciale des Assurances sociales, 499 ; *nouveaux tarifs* d'honoraires pour soins donnés aux accidents du travail, 500 ; *relèvement des honoraires* dans la Seine, 1427 ,dans le Tarn-et-Garonne, 1428 ; *Commission tripartite nationale d'approbation des tarifs*, 332.
C. Honoraires pour prise de sang, 1131 ; au Conseil d'administration de la Confédération, 1254 ; contre la multiplication des tarifs d'honoraires médicaux, 1368 ; les beautés de la tarification de Sécurité sociale, 1511.
Accidents du travail. Certificats de prolongation, 253 ; ostéosynthèse pour fracture d'un doigt, 291 ; la majoration de 100 % pour les interventions, 396 ; pansements, plafonds, 397 ; visite des dimanches, 428 ; soins donnés par les auxiliaires médicaux, 429 ; la tarifs A.T. et la nouvelle nomenclature, 907 ; consultation ou pansement, 1063 ; soins à domicile et à l'hôpital, 1098 ; honoraires des spécialistes en A.T., 1290 ; radioscopie de plusieurs points d'une même région, 1291 ; des divers certificats, 1418.
Assurances sociales et Sécurité sociale. Pneumothorax avec radioscopie, 357 ; consultation chez un plurispécialiste, 686 ; forfait pour accouchement et soins donnés par le médecin traitant, puis par un chirurgien, 686 ; transfusion sanguine, indemnité au donneur, 687 ; consultation de spécialité, 746 ; notes en série, 746 ; certificats, 746 ; corps étrangers multiples de l'œil, 746 ; consultation de nuit, 1177 ; gynécologie et radiographie combinées, 1178 ; C ou Pc 1, 1417 ; l'indemnité fixe de déplacement, 1466 ; interventions comptées à l'acte isolé, 1466 ; fracture des côtes1513 ; C ou Pc, 1560 ; interventions multiples, 1561 ; Pc à domicile, 1609 ; honoraires à l'hôpital pour assistance du médecin traitant, 1609.
Pensionnés de guerre. Pneumothorax et radioscopie de contrôle, 31, 253 ; tarif en vigueur, 1466.
E. Alea.., 489 ; autour d'une Commission nationale, 489 ; Ubu accouche, 490 ; de Charybde en Scylla, 521 ; désordre actuel du régime hospitalier, 523 ; la fixation autoritaire des tarifs médicaux, 585 ; cas de suppression du ticket modérateur, 586 ; la durée d'un acte médical, 560 ; à propos de l'augmentation des tarifs, article 64, 743 ; vers la paix sociale, 871 ; histoire de fous, 872 ; cacophonie tarifaire, 872, où le tarif des pensions s'aligne sur celui des A.S., 967 ; le tarif des accidents du travail dans l'Agriculture, 967 ; à propos d'homologation, 1095 ; la récente séance de la Commission nationale d'homologation des tarifs, 1171 ; les nouveaux tarifs d'honoraires pour accident du travail agricole, 1173.
Thermomètres médicaux. L. Décret du 7 mai 1946 sur le contrôle obligatoire des thermomètres médicaux (*J. O.*, 8 *mai* 1946).
Toxiques. Ordre du jour adopté le 24 février 1946 par la Confédération des syndicats médicaux français, 228.

V

Variétés. *Cinéma*, 284 ; *de la faim de loisir*, 867 ; *conte oriental*, 998 ; *réflexions sur les relations de voyage aux U.S.A.*, 1062 ; *le Dr P. Lacroix*, (1872-1946), 1137 ; *les opérations du Dr Glauber*, 1195 ; *à l'occasion de son 80e anniversaire de naissance une médaille est remise au Dr J. Noir*, 1229. *Livres*, distribution des prix, 283 ; Rafales (*Roger Vercel*), 1252 ; l'Etonnante Amérique (*G. Délrechy*), 1252 ; savoir lire (*Gonzague Truc*), 1252.

Lang, Blanchong et Cie, 30, rue du Poteau - Paris (18e) — 31.1040

68e ANNÉE — N° 1 — 10 JANVIER 1946

91496

LE CONCOURS MÉDICAL

37, RUE DE BELLEFOND • PARIS (9e) • TRU 33-66

379 à 381

SOMMAIRE

PARTIE SCIENTIFIQUE

Les perfectionnements récents de l'urographie intra-veineuse (Dr R. Coliez) 9
Intradermo-réaction à éclipses (Drs Bidault et Amsler) 12
L'alimentation des déportés en Allemagne (Dr Roos) 13
Sur la thermo-labilité de la pénicilline (Dr de la Caffinière) 13
Les Sociétés Savantes, 14. — La Presse 15

PARTIE PROFESSIONNELLE

Propos du Jour : Les problèmes de l'hygiène et de l'urbanisme (J. Noir) 17
Actualité professionnelle : L'ordre modèle 46 est élu (Dr Jodin) 18
Les Elections difficiles (Dr J.-R. Debray) 20
Le médecin praticien devant la longue maladie (Dr Gueit) 31
Libres Opinions : Réponse à un jeune médecin (Dr Fichez) 22
Chronique Automobile : La mise en route pendant l'hiver (Henri Petit) 23

DEMI-COLONNES.

Dernières nouvelles, 2. — A travers l'Officiel, 4. — Echos et Commentaires, 27. — Correspondance, 31.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS — HOMEOPATHIE

DIGITALINE NATIVELLE

PYRÉTHANE

Antinévralgique Puissant

18, Rue Ernest-Rousselle - PARIS-13e

Huile de Foie de Morue - Calcium - Vitamines A.B.D

CALCOLEOL

AVITAMINOSES — RACHITISME
DÉMINÉRALISATION

Laboratoires SCIENTIA, 21, Rue Chaptal, PARIS-9e

Najodine + Vitamine B1

NAIODINE SURACTIVEE

A et B

Lab. Jacques LOGEAIS, Issy-les-Moulineaux, PARIS

Toux *Coqueluche*

ÆTHONE

Laboratoire de l'ÆTHONE 35, rue Boissonnade, PARIS (XIVe)

Silicyl

Médication de BASE et de RÉGIME des ÉTATS ARTÉRIOSCLÉREUX et des carences siliceuses

18, Rue Ernest-Rousselle - PARIS-

Dons 1946 : DONS N° 46-110

DERNIÈRES NOUVELLES

Académie de médecine.

Sur l'emploi de la farine de soja déshuilée. — Répondant à une demande du Ministre du Ravitaillement relative à cette question après examen de la Commission du rationnement alimentaire et rapport de M. Tanon, l'Académie de médecine (séance du 16-10-1945) a voté les conclusions suivantes :

L'Académie considère que l'incorporation de la farine de soja déshuilée dans la farine destinée à la panification ne fournirait qu'un appoint de protéines négligeable pour le pain courant et ne remplacerait pas, comme on l'a prétendu, les protéines de la viande. Elle ne voit pas d'objection, toutefois, à cette addition. Elle ne voit pas non plus d'inconvénient à ce que la farine de soja soit réservée et distribuée aux titulaires des cartes de suralimentation, suivant les disponibilités.

Faculté de médecine de Lyon.

M. Paupert-Ravault, professeur de pathologie médicale, est transféré, à compter du 1er octobre 1945, dans la chaire de clinique médicale (dernier titulaire : M. Froment, admis à la retraite).

Hôpital Beaujon-Clichy.

L'hôpital Beaujon-Clichy a été remis le 10 novembre dernier à la disposition de l'Assistance Publique de Paris par le Service de santé américain.

Association nationale des médecins déportés et internés de la Résistance.

L'Assemblée générale de l'Association Nationale des médecins déportés a eu lieu le 8 décembre à Paris, à la Faculté de médecine.

Au cours de cette réunion il a été décidé à l'unanimité de donner à l'Association la nouvelle appellation suivante : « Association Nationale des Médecins déportés et internés de la Résistance ». Le bureau de l'Association a été transféré 60, boulevard de Latour-Maubourg, Paris (7e).

Les confrères désireux de faire partie de l'Association doivent envoyer leur demande d'adhésion au Secrétaire de l'Association, 60, boulevard de Latour-Maubourg, en donnant les motifs de leur arrestation, ainsi que les noms et adresses de deux parrains. Ils devront en outre indiquer les lieux de déportation ou internement avec les dates.

La cotisation annuelle est fixée à 100 francs.

De plus, les confrères pouvant fournir tous les renseignements utiles concernant les crimes de guerre dont il ont été les témoins devront envoyer leurs rapports à M. le Professeur Mazel, 22, avenue du Maréchal-de-Saxe, à Lyon, qui a été chargé des enquêtes sur les crimes de guerre.

En fin de réunion a eu lieu l'élection du Conseil d'Administration.

Le professeur Richet a été élu président d'honneur. Le Bureau est ainsi composé : *Président :* Professeur Desoille ; *Vice-Présidents :* M. Deprelaunay, Docteurs Dreyfus Gilbert, Desplats, Cliquet ; *Secrétaire Général :* Docteur Odic, ; *Secrétaire Général Adjoint :* Docteur Denis ; *Secrétaire Général* (Afrique du Nord) : Docteur Elmelik ; *Trésorier :* Docteur Imbona.

(*Communiqué.*)

Conseil départemental de la Seine de l'Ordre des Médecins.

Le Conseil départemental de la Seine de l'Ordre des Médecins, réuni le 3 janvier 1946, considérant que les élections du 23 décembre 1945, faites en exécution de l'ordonnance du 24 septembre 1945, ont été marquées de confusion,

Décide : 1° de donner sa démission collective ; 2° d'expédier les affaires courantes jusqu'à l'entrée en fonction du Conseil appelé à lui succéder ; 3° d'établir les modalités des prochaines élections, conformément aux volontés du Corps Médical.

Le Conseil souhaite que tous les médecins collaborent à l'organisation de ces élections en lui adressant leurs suggestions. Enfin, le Conseil, devant la nécessité où il s'est trouvé de faire représenter les médecins de la Seine aux Conseils national et régional, a désigné les délégués prévus par l'ordonnance du 24 septembre. Délégués au Conseil national : MM. Duvelleroy, Lafay, Oberlin ; délégués au Conseil régional : MM. Piedelièvre, Cherigie, Debray, Guyot, Maillé. (*Communiqué.*)

LYSATS VACCINS du Dr DUCHON

GYNÉCO VACLYDUN



LYSAT VACCIN POLYVALENT EN AMPOULES DE 2 cc
VOIE BUCCALE OU SOUS-CUTANÉE
Injections de 1 cc les premiers jours, 2 cc ensuite

Laboratoires CORBIÈRE, 27, R. Desrenaudes PARIS (XVIIe)

Un nouveau traitement
des troubles
vaso-moteurs périphériques

Priscol
CIBA

VASODILATATEUR
ACTIF PAR VOIE BUCCALE
Chlr de Benzyl-Imidazoline
"Ciba 5259"

Artérites. Acrocyanose. Angiospasmes
Maladie de Raynaud. Claudication intermittente
Affections circulatoires cérébrales

Comprimés	Ampoules
1 à 2 comprimés 1 à 3 fois par jour	1 à 3 Ampoules et jusqu'à 6 par jour

3 590

LABORATOIRES CIBA - Dr P. DENOYEL
103 à 117, BOULEVARD DE LA PART-DIEU, LYON

Médecins-inspecteurs des écoles de Haute-Savoie.

Un *concours sur titres* est ouvert à l'Inspection de la Santé de Haute-Savoie.

Traitement de 120.000 à 150.000 francs, auquel s'ajoutent l'indemnité de résidence et les avantages prévus par le Code de la Famille (fonction exclusive de l'exercice de la clientèle).

Adresser les candidatures à l'Inspection départementale de la Santé, 2, place au Bois, Annecy, avant le 15 janvier 1946.

Connaître.

Cahiers de l'Humanisme médical.

Le Cahier n° 2 « FAMILLES, PEUPLES ET MÉDECINE » comporte le sommaire suivant : Editorial (Biancani) ; La Biologie sociale (Sauvy) ; Politique médicale de la natalité (Lesné) ; Natalité, mortinatalité, avortement (Varangot) ; Importance de la natalité différentielle (Gillon) ; Politique familiale (Monsaingeon) ; Notre patrimoine héréditaire (Turpin) ; Politique médicale des migrations humaines. Assimilation des allogènes (Gessain) ; Le rôle des médecins dans le développement démographique de la France d'outre-mer (Sicé) ; Médecine de la masse, Médecine de groupe, Médecins de familles (Mignon) ; *Politique mondiale :* Nombre, richesse, puissance (Toledano) ; *Science :* Monogénisme, polygénisme, L'Unité humaine (Piveteau) ; *Chroniques :* Les expositions (Mornand) ; La Musique (Genty) ; Théâtre (Le Vallois) ; *Les courants de pensée* ; Matérialisme dialectique (Simon) ; Perspectives existentielles (Misrahi) ; La notion de vie dans la philosophie spiritualiste contemporaine (Pierre Bernard) ; *Bibliographie* ; *Revue des revues.*

En souscription au « CONCOURS MÉDICAL » au prix de 130 fr., 37, rue de Bellefond, Paris (9e). Chèques postaux Paris 167-95.

RAPPEL. *Le premier Cahier de la série « Connaître » : « La Médecine et l'Homme », est en vente aux bureaux du « CONCOURS MÉDICAL » au prix de 100 francs.*

Naissances.

Nous apprenons la naissance de Bernard Nicaise, troisième enfant du docteur Guy Nicaise, de Saint-Dizier (Haute-Marne) ; d'Alain Kressmann, troisième enfant du docteur Philippe Kressmann, de Bordeaux ; de Jean-Luc André, deuxième enfant du docteur Ch. André, de Montmédy (Meuse) ; de Brigitte L'Hénoret, deuxième fille du docteur L'Hénoret, de Châteauneuf (Ille-et-Vilaine), et petite-fille du docteur Le Maignan de Kérangat, de Pleine-Fougères (Ille-et-Vilaine) ; de Michèle Riant, fille du docteur Jean Riant, de St-Pierre-sur-Dives (Calvados) ; de Christine Picard, deuxième fille du docteur Georges Picard, de Gray (Haute-Saône) ; de Lucile Seringe, troisième enfant du docteur Philippe Seringe, de Paris ; d'Eric Barbry, douzième enfant du docteur Barbry, ophtalmologiste à Lille ; de Brigitte Roy, quatrième enfant du docteur Roger Roy, d'Angers (Maine-et-Loire) ; de Thierry Lacaux, fils du docteur André Lacaux (Les Lilas, Seine).

Nécrologie.

Nous avons le regret d'annoncer la mort du docteur Maurice Descarpentries, de Roubaix (Nord), beau-père du docteur Michel Samsœn, de Roubaix ; du docteur Louis Habert, de Nogent-le-Rotrou (Eure-et-Loir) ; du professeur Paul Bar, professeur honoraire de clinique obstétricale à la Faculté de médecine de Paris, ancien Président de l'Académie de médecine ; du professeur Henri Claude, professeur honoraire de clinique des maladies mentales à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine ; du docteur Le Noir, médecin honoraire des hôpitaux de Paris, membre de l'Académie de médecine.

Le Concours Médical
Fondé en 1879 par A. Cézilly.
Directeur honoraire : Docteur J. NOIR.
Directeur : Dr G. LAVALÉE.
Rédacteur en Chef : Dr G. FISCHER.
RÉDACTION, ADMINISTRATION ET PUBLICITÉ, 37, Rue de Bellefond, Paris (9e).
Téléphone : TRU 33-66. R. C. Seine 76.579.
Chèques postaux, Paris 167.95.
ABONNEMENTS : 1 an, 250 francs. - Etudiants, 125 fr. Le N° 10 fr. Changement d'adresse 5 fr.

Thérapeutique artérielle et cardio-rénale

Artères
Spasmes artériels, Hypertension
TENSÉDINE 2 comprimés au début de chacun des 3 repas.
Scléroses vasculaires et viscérales
IODOLIPINE 1 capsule 2 ou 3 fois par jour, aux repas.

Cœur
Syndromes coronariens, Angor, Infarctus, Palpitations, Algies précordiales
COROSÉDINE 2 comprimés 2 ou 3 fois par jour, au début des repas.
Crises angineuses
TRINIVÉRINE 2 à 3 dragées à quelques minutes d'intervalle. Maximum : 10 par jour.

Reins
Insuffisance cardio-rénale, Oligurie
DIUROPHYLLINE 2 à 4 comprimés par jour, à la fin ou dans l'intervalle des repas.

MONAL, DOCTEUR EN PHARMACIE - 13, Avenue de Ségur, PARIS

GASTRHÉMA
Anémies — Anorexie
Hémogénie — Hypopepsie
GASTRHÉMA
Asthénie — 1 à 3 ampoules buvables par jour
Méthode de Castle — 17, Av. de Villiers, Paris-17e
GASTRHÉMA

FRÉNASMA
Asthme • Emphysème
Bronchites chroniques
FRÉNASMA
Médication préventive des crises — 3 à 4 comprimés par jour
17, Av. de Villiers - PARIS-17e
FRÉNASMA

A TRAVERS L'OFFICIEL

ACCIDENTS DU TRAVAIL

Arrêté du 20 novembre 1945 fixant le maximum des frais funéraires à la charge des employeurs.

(*J. O.*, 16 décembre 1945.)

CONTROLE MEDICAL SCOLAIRE

Arrêté du 2[illegible] novembre 1945 portant organisation provisoire du contrôle médical dans les établissements publics d'enseignement du second degré.

Article premier. — Le contrôle médical des élèves des établissements publics d'enseignement du second degré ci-dessous désignés :

Lycées,

Collèges classiques,

Collèges modernes,

fonctionne, dans chaque académie sous l'autorité du recteur, assisté du médecin inspecteur régional de l'hygiène scolaire et universitaire. Celui-ci assure la direction technique du contrôle médical, en liaison avec les représentants locaux du ministère de la Santé Publique.

Art. 2. — Le contrôle médical a pour objet :

De surveiller la santé des élèves, de contribuer par un premier triage d'ordre médical à apprécier l'aptitude de chacun d'eux à la vie scolaire et de suivre régulièrement leur développement physique ;

De dépister les maladies latentes ou les anomalies méconnues, notamment les affections contagieuses ou pouvant être nuisibles à la collectivité. Il comporte à cet égard des mesures spéciales de dépistage de la tuberculose ;

De déterminer l'aptitude des élèves aux exercices d'éducation physique scolaire et d'enregistrer leurs progrès dans ce domaine ;

D'attirer l'attention des parents et des éducateurs sur les troubles et les anomalies constatés ;

De surveiller les conditions d'hygiène collective dans les établissements d'enseignement et, éventuellement, la mise en œuvre des mesures préventives collectives vis-à-vis des maladies contagieuses et épidémiques.

Le contrôle médical est exclusif de tous soins. Il est indépendant du service médical de l'internat.

Dès à présent et sans attendre les mesures réglementaires qui découleront de l'ordonnance du 18 octobre 1945, le contrôle médical des élèves peut être complété par des examens médicaux des maîtres et agents des établissements d'enseignement, notamment en ce qui concerne le dépistage radiologique de la tuberculose.

Art. 3. — Le contrôle médical est assuré par des médecins examinateurs travaillant par vacations et rémunérés au prorata du nombre d'élèves examinés. Toutefois il pourra être fait appel, le cas échéant, à des médecins examinateurs à temps complet ou partiel. Les médecins examinateurs sont choisis parmi les médecins de la localité, âgés de moins de 60 ans, d'après leurs titres universitaires, hospitaliers ou autres et leur compétence en matière de pédiatrie et d'hygiène ou d'éducation physique. Chaque médecin examinateur est chargé de la surveillance d'un ou de plusieurs établissements ou d'une partie d'établissement.

VITAMINES "ROCHE"
LAROSCORBINE "ROCHE" VITAMINE C
BÉNERVA "ROCHE" VITAMINE B1
ÉPHYNAL "ROCHE" VITAMINE E
AMINO-VIT "ROCHE" VITAMINES B1. C. D + Histidine, Tryptophane, Lysine.
Produits "ROCHE" 10, rue Crillon - PARIS.4e

OXYURYL
VIOLET de GENTIANE

Le nombre des élèves qui sont confiés à un médecin examinateur travaillant par vacations est de 600 en moyenne et ne peut dépasser 800.

Art. 4. — Les candidatures aux fonctions de médecins examinateurs sont classées par une commission académique de contrôle médical de l'enseignement du second degré dont les membres sont :

Un médecin inspecteur général de l'hygiène scolaire et universitaire ;

L'inspecteur régional de l'hygiène scolaire et universitaire ;

Un inspecteur d'académie désigné par le recteur ;

Un chef d'établissement désigné par le recteur ;

Un médecin représentant le directeur régional de la santé ;

Un représentant du conseil régional de l'ordre des médecins ;

Trois professeurs ou professeurs adjoints de la faculté ou école de médecine, désignés par le recteur en raison de leur compétence en matière d'hygiène, de pédiatrie ou de médecine scolaire.

Pour l'Académie de Paris, la commission comprendra en outre, un médecin représentant le comité national de défense contre la tuberculose.

La commission se réunit sur convocation du recteur ; elle est présidée par l'inspecteur général de l'hygiène scolaire et universitaire. S'il est impossible à celui-ci de participer à ses travaux, le président est désigné par le recteur.

Art. 5. — Les médecins examinateurs sont nommés par le recteur sur proposition du médecin inspecteur régional de l'hygiène scolaire et universitaire d'après le classement de la commission académique ; cette nomination doit être homologuée par le directeur de l'hygiène scolaire et universitaire. Leur affectation est décidée par le médecin inspecteur régional de l'hygiène scolaire et universitaire, selon l'intérêt du service et après avis des chefs d'établissement.

Les médecins examinateurs sont nommés pour un an ; à l'expiration de ce délai, ils peuvent être nommés à nouveau dans les mêmes formes tant qu'ils n'ont pas atteint 65 ans.

Les médecins examinateurs peuvent être suspendus de leurs fonctions par arrêté du recteur, pris sur le rapport du médecin inspecteur régional de l'hygiène scolaire et universitaire, pour faute professionnelle ou morale ou pour inobservation du règlement et des directives générales qui leur auront été données.

Art. 6. — Le contrôle médical comporte deux visites annuelles, la première pendant le premier trimestre (dite d'automne), la deuxième (dite de printemps) au début du trimestre de l'année scolaire.

Des visites supplémentaires peuvent être faites sur décision du médecin inspecteur régional de l'hygiène scolaire et universitaire, notamment en cas d'épidémie ou en vue d'examens complémentaires des enfants à surveiller spécialement.

La date et l'heure de la visite sont fixées par le chef d'établissement, après accord du médecin examinateur.

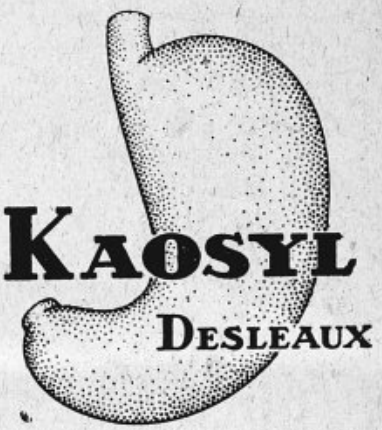
Art. 7. — Afin d'éviter des examens trop rapides, nuisibles au bon fonctionnement du contrôle médical, les vacations du médecin examinateur sont de deux heures et comportent l'examen de vingt-quatre élèves. Exceptionnellement seront admises les vacations d'une heure comportant l'examen de douze élèves. La moyenne horaire de l'examen ne pourra être supérieure à douze élèves.

Les élèves sont examinés isolément, toutes dispositions étant prises pour la sauvegarde du secret médical vis-à-vis des autres élèves ou du personnel de l'établissement.

Art. 8. — Le médecin examinateur doit assurer lui-même son service et y consacrer tout le temps prévu par les horaires de vacation. S'il est empê-

MIGRAINES — GRIPPES
DOULEURS CATAMÉNIALES
ALGIES

ALGOCRATINE
Un cachet dès la première sensation de douleur
LANCOSME, 71, Avenue Victor-Emmanuel III — PARIS


KAOSYL
DESLEAUX
PANSEMENT GASTRO-INTESTINAL
LANCOSME, 71, Av. Victor Emmanuel III, Paris (8e)

AGOCHOLINE
DU DOCTEUR ZIZINE
STIMULANT HÉPATIQUE ET BILIAIRE
POSOLOGIE :
1 à 3 cuillerées à café le matin à jeun, dans un demi-verre d'eau chaude.
LABORATOIRES DU DOCTEUR ZIZINE
24, Rue de Fécamp
PARIS-12e
PAUL-MARTIAL — PARIS

ché, pour une raison de force majeure, d'assurer une séance de visites au jour fixé, il doit se faire remplacer par un confrère ayant la compétence voulue et en prévenir immédiatement l'inspecteur régional.

En cas d'empêchement d'une durée de plus d'un mois, son remplaçant est désigné par le médecin inspecteur régional.

Art. 9. — Les locaux où a lieu l'examen médical sont affectés à cet usage par le chef d'établissement et doivent offrir le confort et les facilités nécessaires à un examen correct. Ils doivent notamment être pourvus d'un lavabo.

Les chefs d'établissement sont tenus de mettre à la disposition du service, en les acquérant sur les fonds propres de l'établissement, les instruments nécessaires tels que : bascule, ruban métrique, toise, abaisse-langues, marteau à réflexe, spiromètre. Le mobilier : bureau muni de tiroirs fermant à clef, fichier, lit d'examen, est fourni par l'établissement.

Les fiches et documents sont fournis par l'établissement conformément aux modèles agréés par la direction de l'hygiène scolaire et universitaire.

Si des difficultés surviennent pour la détermination du matériel nécessaire, des instructions seront données par le médecin inspecteur régional.

Art. 10. — Les renseignements concernant les antécédents sanitaires de l'élève sont fournis par les parents au moyen d'un questionnaire qui leur est remis le jour de l'inscription de l'enfant dans l'établissement et qu'ils sont invités à remplir. Une fois rempli, le questionnaire est transmis au médecin examinateur ou à son auxiliaire sous pli cacheté.

Art. 11. — L'examen de l'élève sera fait dans les conditions d'hygiène requises : abaisse-langue individuel, désinfection fréquente des mains du médecin, etc., il sera aussi complet que possible, et devra permettre au minimum de remplir les différentes rubriques de la fiche médicale. Cette fiche comporte obligatoirement la rédaction d'une brève conclusion et le classement de l'élève dans un des groupes prévus pour l'éducation physique.

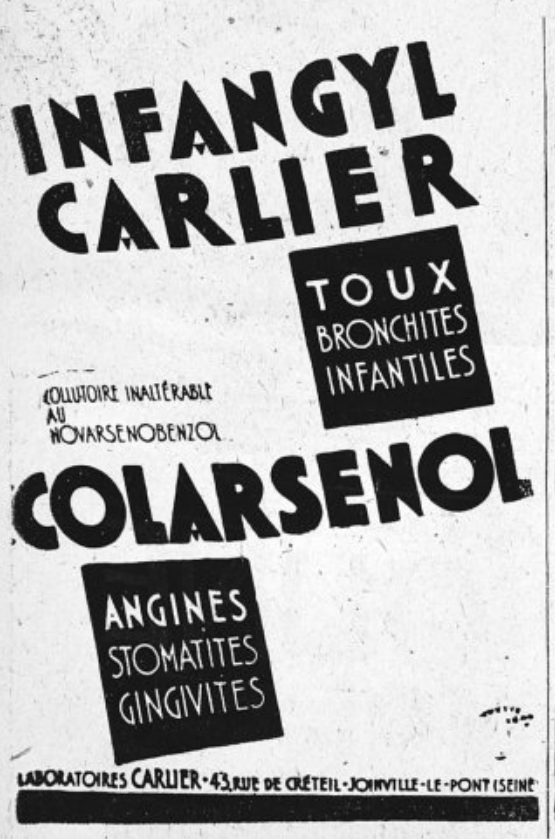
Art. 12. — La fiche médicale demeure secrète. Elle est conservée à l'abri de toute indiscrétion sous la responsabilité du médecin examinateur dans un fichier ou tiroir fermant à clef.

Une fiche d'éducation physique, tenue à jour par le professeur d'éducation physique, non soumise au secret médical est communiquée au médecin examinateur lors de la visite médicale. Les mensurations qui y figurent sont reportées sur la fiche médicale par l'auxiliaire du médecin.

Art. 13. — Le dossier médical de chaque élève fera l'objet « d'un extrait statistique ». Il est prévu à cet effet une fiche d'un modèle spécial, fournie aux établissements par la direction de l'hygiène scolaire et universitaire, où sont transcrits par l'auxiliaire du médecin certains des renseignements figurant sur la fiche médicale. Cet extrait, destiné à être exploité mécanographiquement par le service national des statistiques, est l'instrument nécessaire d'une surveillance et d'une protection efficaces de l'ensemble de la population scolaire. Les extraits statistiques, remplis annuellement, sont adressés au médecin inspecteur régional de l'hygiène scolaire et universitaire ; ils ne sont pas retournés à l'établissement.

Art. 14. — L'ensemble du dossier de chaque élève (fiche médicale, fiche d'éducation physique, questionnaire familial) suit l'enfant pendant toute sa scolarité. En cas de changement d'établissement, il est transmis par le médecin examinateur au médecin examinateur du nouvel établissement. En fin de scolarité, il est remis à la famille sur sa demande.

Art. 15. — La liaison avec les familles est assurée systématiquement et pour tout élève au moyen d'une carte-lettre sur laquelle est transcrite, par





l'auxiliaire du médecin, la conclusion de la fiche médicale. La carte-lettre est envoyée à la famille sous couvert du chef d'établissement.

Lorsque le médecin examinateur le jugera utile, il pourra convoquer la famille à la visite ; notamment dans le cas d'un examen complémentaire.

Art. 16. — Le médecin examinateur se tient en liaison permanente avec le chef d'établissement et avec les membres du personnel enseignant, notamment le professeur principal et le professeur d'éducation physique. Cette liaison pourra, en particulier, être assurée au moyen d'une note comportant tous les renseignements qui peuvent leur être utiles en ce qui concerne l'enfant et son travail, dans les limites du secret professionnel.

Art. 17. — Le chef d'établissement remet au médecin examinateur tous les documents médicaux en sa possession qui concernent les élèves et spécialement les certificats médicaux exigés par les règlements après certaines absences pour maladie.

Les dispenses d'éducation physique d'une durée supérieure à un mois sont visées par le médecin examinateur qui juge de leur validité après avoir, le cas échéant, pris l'avis du médecin de famille. En cas de litige, la question est portée devant le médecin inspecteur régional de l'hygiène scolaire et universitaire.

Art. 18. — Les fonctions de médecin examinateur ne sont pas incompatibles avec celles de médecin d'internat donnant des soins aux internes ; toutefois, le fait d'exercer l'une de ces fonctions ne crée pas un droit à être désigné pour l'autre. Le médecin examinateur, même s'il est par ailleurs médecin traitant, ne doit faire aucun acte thérapeutique ni délivrer d'ordonnance au cours des séances de contrôle médical scolaire.

Le chef d'établissement pourra passer accord avec le médecin examinateur pour organiser un service médical d'urgence, sur appel, en cas d'accidents survenant aux élèves externes qui ne relèvent pas du médecin de l'internat.

En cas d'épidémie ou de menace d'épidémie, le médecin examinateur peut être invité par le chef d'établissement, avec l'accord du médecin régional, à procéder à des examens supplémentaires des élèves ou à des vérifications de toute nature portant sur l'hygiène collective. Le médecin appelé dans ces conditions recevra une indemnité équivalente à celle d'une vacation de contrôle médical de même durée.

Art. 19. — Le chef d'établissement, responsable des activités auxquelles sont soumis ses élèves, doit veiller à la régularité du contrôle médical. Toutefois, la visite médicale étant strictement confidentielle, il ne peut y assister, sauf dans le cas où il serait invité à remplir le rôle d'auxiliaire du médecin.

Tout chef d'établissement à qui l'examen médical ne paraît pas assuré dans des conditions convenables, doit en aviser le médecin inspecteur régional de l'hygiène scolaire et universitaire.

Art. 20. — Si le médecin examinateur constate que les prescriptions d'hygiène collective ne sont pas observées, notamment en ce qui concerne les vaccinations, l'hygiène des locaux, il doit en prévenir le chef d'établissement et, en cas de carence de celui-ci, en saisir le médecin inspecteur régional de l'éducation physique et des sports extra-scolaires.

Art. 21. — Le médecin examinateur fait parvenir chaque année au médecin inspecteur régional de l'hygiène scolaire et universitaire un premier rapport en janvier, un deuxième rapport en juin. Ces rapports donnent un compte rendu détaillé du contrôle médical dans l'établissement. Ils sont conformes à un modèle fixé par la direction de l'hygiène scolaire et universitaire.

(Voir suite page 25).

CLONAZONE DAUFRESNE
ANTISEPTIQUE SULFAMIDO-CHLORE PUISSANT STABLE NON IRRITANT
LAB. PHARMACEUTIQUE DAUFRESNE
42, rue Thiers, LE HAVRE

HÉMOGLOBINE DESCHIENS
FER VITALISÉ
VITAMINE DU SANG
Opothérapie Hématique
Syndrômes Anémiques - Déchéances Organiques
DESCHIENS, Docteur en Pharmacie, 9, Rue Paul-Baudry, PARIS (8e)

VITAMINE E
SOLUTION HUILEUSE NATURELLE
TITRÉE A 10 milligrammes par ampoule
EGERMOL
LABORATOIRE LAROCHE-NAVARRON
6, Passage Ramey - PARIS 18e -:- Tél. : MONtmartre 93-49 et 98-73

ARSENIODE BURIAT

ENFANTS
2 gouttes par jour
et par année d'âge

ADULTES
20 à 50 gouttes
par jour

HYPOTAN

HYPERTENSION
SPASMES VASCULAIRES



CURE COMPLÉMENTAIRE
DE L'ACÉCOLINE

LABORATOIRES LEMATTE ET BOINOT
52, RUE LA BRUYÈRE, PARIS

VITAMINES A et D NATURELLES

HUILE DE FOIE de MORUE MÉDICINALE
Rhône-Poulenc

1 cm³ = 2000 U.I. vitamine A
500 U.I. vitamine D

flacons de 125 cm³

Société Parisienne d'Expansion Chimique
Spécia

THÉRAPEUTIQUE RHINO-PHARYNGÉE A DOSE FAIBLE

KIDARGOL

LABORATOIRE R. GALLIER, 1 bis, Place du Président-Mithouard, PARIS-VI.

PARTIE SCIENTIFIQUE

LES PERFECTIONNEMENTS RÉCENTS DE L'UROGRAPHIE INTRA-VEINEUSE

Par le Dr Robert COLIEZ

Médecin Electro-Radiologiste des Hôpitaux de Paris

LA technique radiologique est en perpétuel perfectionnement. Aussi le médecin praticien éprouve-t-il quelque peine à se tenir au courant des remaniements incessants apportés aux divers examens, assurément de plus en plus complexes, qui constituent le radiodiagnostic moderne. A Paris, nous voyons converger vers nous une grande quantité de malades graves (la même chose se produit du reste pour les grandes villes de province) qui, le plus souvent, ont déjà été examinés et radiographiés ailleurs. Ces malades viennent demander soit la confirmation de diagnostics radiographiques déjà portés sur leur compte, soit vérifier la nécessité d'opérations chirurgicales qui leur sont proposées comme conséquence de ces examens. Nous sommes ainsi amenés à réexaminer une quantité de radiographies déjà faites ainsi que les interprétations, écrites ou non, qui en ont été données. Or, si dans l'ensemble la grande majorité des diagnostics portés donne satisfaction, surtout lorsque les radiographies ont été réalisées par des médecins électro-radiologistes vraiment spécialisés (nous aimons à dire : qualifiés) il faut bien avouer qu'il reste tout de même à l'heure actuelle, malgré les efforts faits dans les Facultés de Médecine(1) pour développer les Cours officiels de Radiodiagnostic, une quantité sérieuse d'examens radiologiques absolument inutilisables. Et ceci pour deux raisons :

Importance de la Technique

1° La première c'est qu'un certain nombre de clichés sont **techniquement absolument illisibles.** Ou bien il s'agit de clichés très gris où tout détail se perd dans un blanc translucide ; ou bien les éléments du diagnostic sont noyés dans des obscurités si accentuées qu'il serait impossible de distinguer s'il s'agit d'un cliché radiographique ou d'un négatif représentant comme il est classique de le dire " un combat de nègres dans la nuit ". La plupart du temps, il ne s'agit pas là de radiographies exécutées chez un médecin radiologiste qualifié, mais de clichés réalisés au hasard et hâtivement avec un mauvais appareillage — ou trop vieux ou trop peu puissant — chez des médecins qui n'ont aucune notion de la radiographie et qui ne craignent pas d'aborder cette partie pourtant difficile de la médecine sans en connaître même un commencement de technique.

2° La seconde raison c'est que même si le cliché obtenu peut être considéré comme techniquement parfait, il ne faut pas croire qu'il suffit d'avoir son diplôme de docteur en médecine pour l'interpréter d'une manière correcte. Les " pièges " ou " chausse-trapes " tendus par les images radiographiques existent en assez grand nombre afin que le radiologiste spécialisé, qui doit y prendre garde à chaque pas, éprouve quelque difficulté pour n'y point tomber. Nous ne voulons pas dire qu'il y parvient toujours, mais on admettra peut-être que l'habitude, ainsi qu'une éducation spéciale lui confèrent la possibilité de se défendre mieux que beaucoup d'autres ? La liste est longue des erreurs enfantines ou des lésions de pure imagination relevées dans les rapports, ou bien encore des longues descriptions romancées que les non-spécialistes ont la curieuse habitude de mêler inconsidérément dans leurs rédactions à des remarques de **clinique pure,** comme si la " lecture " d'un cliché ne devait pas rester un acte purement objectif, **établi nécessairement " à la lumière " de la clinique,** mais qui ne saurait comporter qu'une description très sobre, en quelque sorte dépouillée, extrêmement précise et en tout cas purement radiologique. De toutes les modalités du diagnostic médical l'Electro-Radiologie, fille de la physique, est celle qui se rapproche le plus des sciences dites " exactes ", elle est faite de chiffres et de signes photographiques qui ne doivent laisser place, en aucun cas, aux expressions romancées de la littérature. Pratiquement, il faut bien dire que l'on voit de moins en moins d'interprétations incorrectes ou fantaisistes, mais le mal est encore assez répandu pour qu'il soit utile d'y insister ici. Dans la pratique journalière, nous voyons encore beaucoup de malades chez qui on a diagnostiqué des lésions inexistantes et hélas ! beaucoup d'autres où " l'on n'a pas vu " une lésion évidente.

***

Nous nous proposons donc de montrer quels sont les éléments essentiels et les qualités techniques que l'on est en droit d'exiger pour que ces examens puissent être considérés comme " corrects ". Et en premier lieu nous avons choisi l'**urographie intraveineuse** (1) parce que, après l'examen de l'estomac, c'est peut-être l'exploration radiologique pour laquelle il nous parvient soit en clientèle, soit au cours d'expertise, le plus grand nombre d'examens effectués avec des techniques

(1) L'enseignement spécial de l'Electro-Radiologie dans les Facultés de Médecine est sanctionné par des examens qui conditionnent l'obtention du " Diplôme d'Electro-Radiologie ".

(1) Un sens précis est maintenant donné aux mots : **pyélographie, urographie** et **néphrographie.** L'usage a voulu en effet que dans ces derniers années les urologistes et les radiologistes, dans une commune habitude, accordent un sens restreint à ces vocables dont la signification étymologique est vraiment fort comparable : désormais le terme de " pyélographie " (tout court) s'applique uniquement aux radiographies des cavités rénales après cathétérisme de l'uretère et injection ascendante de liquide opaque. Le mot " urographie " (tout court) se rapporte uniquement à la radiographie de ces mêmes cavités par la méthode intraveineuse. Enfin, le nom de " néphrographie " est maintenant réservé à l'opacification du parenchyme rénal qui peut s'accuser d'une manière très importante au cours de l'urographie.

défectueuses, examens qui aboutissent souvent à des conclusions erronées. Pour quelques médecins ou chirurgiens qui exécutent eux-mêmes leurs radiographies, l'urographie intraveineuse consiste à faire une injection de liquide opaque à leur malade (ceux-ci étant souvent plus ou moins bien préparés) et à prendre quelques instants après un cliché genre " colonne vertébrale ". Alors on voit, ou l'on ne voit pas, l'élimination ; on voit bien ou mal chaque rein, et les conclusions restent souvent aussi nébuleuses que le cliché lui-même. Si nous insistons c'est que plusieurs exemples nous reviennent en mémoire dont nous ne signalerons que l'un d'eux : on nous demandait récemment de réexaminer un malade qui avait déjà subi une urographie chez un chirurgien de province et qui nous apportait son unique cliché ; or ce cliché, que j'ai gardé pour être soigneusement incorporé à mes dossiers de " navets " constituait un document absolument inutilisable. Non seulement on y voyait très mal la colonne vertébrale, mais les régions rénales étaient si obscures qu'il était impossible d'y lire aucune élimination opaque. Le cliché ne comportait du reste ni le nom du malade, ni la date de l'examen ; prudemment, le médecin ne l'avait pas signé, et il n'est pas besoin de dire qu'aucun commentaire n'y était joint. Une seule indication cependant sur le cliché, un chiffre dans un coin apportait cependant une certaine " valeur " à l'examen : 500 fr. En baptisant de " simple escroquerie " l'acte de ce médecin, je ne serai certainement démenti par personne.

Comment devons-nous donc concevoir, à la lumière des recherches les plus récentes, ce que doit être un examen urographique ? Nous allons maintenant l'étudier :

A. **Préparation du malade**

L'examen urographique consiste à injecter dans les veines un produit spécial présentant deux propriétés essentielles : la première c'est d'être rapidement éliminé par les reins comme le serait l'urée, et la deuxième celle d'**opacifier** cette urine en la chargeant d'éléments lourds capables de faire contraste sur les radiographies. On comprendra aisément que dans ces conditions la préparation du malade soit essentielle : en effet, si le malade venait de faire un dîner copieux avec boisson abondante avant l'examen, les atomes lourds introduits dans la circulation se trouveraient mélangés à une grande quantité de liquide, l'urine serait de faible densité et le produit opaque dont on recherche l'élimination se trouverait trop dilué ; il en résulterait de mauvais contrastes et par conséquent une très mauvaise visibilité radiographique. D'où la nécessité d'obliger le malade à une **diète hydrique très prolongée avant l'exploration radiologique : en général quinze heures.** L'absence de boisson pendant ce délai entraîne ce qu'on a appelé une " concentration urinaire " avec opacification plus intense des voies excrétrices.

De plus l'expérience des radiologistes leur a appris que les gaz intestinaux constituent le rincipal obstacle à la bonne visibilité des reins : on se trouvera donc bien à ce point de vue d'une **diète complète** pendant le laps de temps prévu plus haut. Par ailleurs, on recommandera aux sujets qui se ballonnent facilement un régime pendant les jours qui précèdent l'examen, et même nous préconisons dans certains cas l'emploi de charbon absorbant. Un lavement évacuateur vingt heures avant l'heure prévue pour l'examen ou bien un laxatif vingt-quatre heures avant peuvent être utiles chez des sujets particulièrement constipés.

B. **Technique de l'examen**

1° **Examen sans préparation opaque.** — Il importe tout d'abord de ne jamais pratiquer une urographie intraveineuse sans avoir fait préalablement, et autant que possible immédiatement avant cette exploration, une épreuve radiographique de **grand format** de tout le système urinaire. C'est en effet, dans beaucoup de cas, la seule façon de déterminer l'existence d'ombres calculeuses que le liquide opaque serait susceptible de masquer par la suite. (Cependant, c'est quelquefois le contraire qui se produit : on peut en effet voir apparaître, lorsque les calices et le bassinet sont opacifiés, ce qu'on appelle des " images négatives " ; il s'agit alors de calculs très peu opaques qui ne sont pas décelables à l'examen direct sans préparation et qui se dessinent en clair au milieu de l'opacité pyélique à la manière des calculs biliaires rendus visibles par le tétraiode).

On n'acceptera en aucun cas de petits clichés se bornant soit aux reins, soit à la vessie. On réalisait autrefois des clichés " localisés " de chacun des reins et des régions urétérales, mais la technique actuelle permet, grâce aux antidiffuseurs, de faire d'un seul coup, sur un cliché 30 × 40, l'étude de **tout le système urinaire**, sauf quelquefois la vessie, qui nécessite alors un cliché 24 × 30 spécial. Ainsi les calculs risquent moins de passer inaperçus.

On prendra bien garde à l'interprétation des images. Voici un exemple caractéristique de la difficulté d'interprétation de certains clichés : un urologiste extrêmement distingué me demandait récemment un examen d'urgence pour la recherche d'un calcul vésical. Par suite de circonstances particulières, ce médecin désirait recevoir le cliché très rapidement. Etant appelé d'urgence en province auprès d'un malade, je me bornai à faire le cliché, puis le fis porter à l'urologiste sans commentaire. Je rencontrai ce dernier plusieurs semaines après et il m'informa qu'il avait pu briser " le calcul " vu sur le cliché. Je lui répondis : " Vous voulez parler **des** calculs ? ". Il y en avait en effet **trois** dans la vessie, mais deux d'entre eux présentaient une ombre si légère au milieu de gaz rectaux que ce chirurgien très distingué malgré sa grande pratique des interprétations radiographiques urinaires **ne les avait pas vus sur le cliché.** De plus, un peu enchatonnés, il ne les avait pas aperçus non plus lors de la cystoscopie. La suite montra bien l'existence des deux calculs supplémentaires.

2° **Urographie proprement dite.** — La technique de l'examen a été profondément remaniée depuis quelques années par R. Coliez (1). En effet, depuis la découverte de von Lichtenberg (qui date de 1929) la plupart des urologistes considéraient l'urographie intraveineuse comme une épreuve physiologique du rein. Elle leur semblait analogue à toutes les épreuves fonctionnelles susceptibles d'explorer la fonction rénale, comme par exemple l'épreuve de l'élimination du bleu de méthylène ou de l'indigo-carmin... avec cette différence qu'on lisait les résultats sur les radiographies au lieu d'en prendre connaissance sur les analyses des chimistes après séparation des urines. On ne cherchait donc dans l'urographie **aucun détail anatomique,** cette exploration restant en quelque sorte réservée à la pyélographie (méthode ascendante). En fait, les médecins qui pensaient ainsi n'avaient pas tout à fait tort : en effet, il est juste de remarquer que si, dans certains cas, on obtenait par urographie simple (sans compression) des images des cavités rénales assez complètes et en somme utilisables, il en existait un bien plus grand nombre où les images n'étaient que parcellaires, insuffisantes, et ne permettaient pas de conclure à l'intégrité de l'appareil excréteur. Cette constatation, assez décevante, est due au fait que les contractions des papilles, des calices et des bassinets sont extrêmement irrégulières, qu'à chaque instant une partie de ces cavités sont vides, que ces contractions ne sont pas synergiques pour un même rein (et encore moins pour les deux), de telle manière qu'il n'est pas possible de trouver un moment où les cavités sont toutes ensemble assez amplement remplies et sous une pression suffisante pour donner sur un cliché leur moulage complet. (On voit l'analogie ici avec ce qui se passe pour le radiodiagnostic du duodénum dont l'étude demande justement des radiographies en série avec espoir d'obtenir le " bon cliché " pendant un moment de " bon remplissage " ; mais la difficulté est plus grande encore du point de vue des cavités rénales puisque celles-ci sont multiples et qu'on ne les trouve presque jamais correctement remplies toutes en même temps).

Mais R. Coliez (1) ayant montré en 1930 que l'on pouvait, à l'aide d'un ballon compresseur appliqué au devant du promontoire et serré par une sangle, **comprimer les uretères** et empêcher l'urine opacifiée de s'écouler dans la vessie, forçant ainsi le liquide à remplir les cavités rénales, les urologistes se sont rangés en 1940 à cette technique qui rend actuellement les plus grands services. De fait, on obtient ainsi dans 95 % des cas un **moulage complet** des cavités rénales et les images obtenues sont souvent plus belles que celles que l'on obtient par pyélographie ascendante. En effet, alors que dans la pyélographie on est en présence d'une méthode antiphysiologique aboutissant à un choc rénal assez violent (avec douleur vive présentée par le malade au moment de la dilatation brutale du bass net), dans l'urographie au contraire, la lente accumulation physiologique (et sans aucun heurt, ni surpression douloureuse) des cavités rénales **à partir des papilles** donne un remplissage beaucoup plus régulier et infiniment plus poussé, en particulier en ce qui concerne les replis caliculo-papillaires (fornix) dont la réplétion détermine le moulage des papilles. Ces dernières apparaissent alors magnifiquement dessinées comme des corolles florales appendues aux pédoncules caliciels. En effectuant la compression on complète donc l'épreuve physiologique et dynamique de l'urographie en la faisant suivre d'une phase de remplissage forcé et d'immobilité temporaire au cours de laquelle le radiologiste peut examiner les cavités rénales **grâce à des clichés en série.**

On divisera donc l'exploration urographique en deux parties essentielles :

1° **Une première phase (phase d'élimination ou phase physiologique)** au cours de laquelle il y aura lieu de suivre **en dehors de toute compression** la sécrétion rénale et de noter chronologiquement ce qui se passe, particulièrement en ce qui concerne l'apparition du produit opaque, la symétrie avec laquelle son élimination se produit, les stases anormales qui peuvent se présenter, etc. Il faut exécuter pour cela au moins deux à trois clichés successifs toutes les trois ou cinq minutes selon l'âge du sujet.

2° **Une deuxième phase (phase de compression** (stase) ou **phase anatomique).** Les clichés d'élimination étant pris, c'est-à-dire vers la neuvième ou la douzième minute au plus tard (sauf élimination pathologique très anormale ou très retardée) on procède à la compression. On prendra alors des clichés toutes les cinq à six minutes, au moins deux ou trois également. C'est presque toujours le cliché pris après treize à quinze minutes de compression qui donne le remplissage le plus correct.

Troisième phase (phase de décompression) (facultative). Il peut être utile dans certains cas de procéder à la fin de l'examen à une décompression brusque du sujet et à la prise immédiate d'un cliché supplémentaire au moment précis où les reins remplis de liquide sous tension chassent leur contenu dans les uretères : on obtient ainsi dans beaucoup de cas une bonne image de toute la longueur des uretères, souvent jusqu'à la vessie (et même de la portion juxta-vésicale et intra-murale de ceux-ci).

Clichés en position debout. — Il arrive que la clinique donne à penser, au médecin qui demande l'examen radiologique, qu'il peut s'agir de vérifier chez le malade à examiner l'existence d'une ptose rénale. Dans ce cas, il y a toujours lieu de le spéci-

(1) Robert Coliez. L'épreuve de la rétention pyélo-calicielle provoquée dans le diagnostic radiologique des maladies du rein. " Bulletin de l'Académie de Médecine " n° 16, page 270, 1944 ».

(1) Robert Coliez et O. Bergman. Une nouvelle méthode de Radiographie du système urinaire. " Les Cahiers de Radiologie ", octobre 1930, page 66.

fier au radiologiste (1) afin que le spécialiste puisse penser à exécuter sur son malade des clichés en position " debout ". Il faut savoir que ces clichés n'ont jamais, pour des raisons techniques, la même netteté que les clichés exécutés en décubitus dorsal ; il est rare que toutes les cavités soient bien marquées ; mais les bassinets suffisent en général à repérer la hauteur des reins, ce qui convient amplement dans la pratique.

***

On voit combien les perfectionnements techniques de l'urographie intraveineuse ont multiplié et amélioré ses résultats : elle permet maintenant le diagnostic des **malformations congénitales (rein absent, reins dédoublés, reins en fer à cheval, etc.),** des petites **hydronéphroses** (dont beaucoup échappent à l'urographie sans compression), des grosses hydronéphroses des lésions dues au " reflux " par **dysectasie,** phénomène auquel les urologistes attachent maintenant une si grande importance dans le diagnostic des affections du col vésical et de la prostate. En ce qui concerne les **calculs de l'uretère,** R. Coliez a décrit les " images trop belles " qui, indépendamment de la compression (et maintenant que les effets de celle-ci sont connus) font apparaître les cavités rénales avec une trop grande constance au cours de la phase physiologique : ce phénomène peut avoir pour cause l'existence d'un calcul arrêté dans un calice ou dans un uretère, ce calcul étant tout à fait invisible aux rayons. Il peut arriver que cette particularité constitue à elle seule le seul signe radiologique de lithiase. Mais à l'inverse, le rein peut sous l'effet d'un calcul plus ou moins occlusif, mais souvent irritatif, rester complètement " inhibé " pendant tout le temps de l'urographie, ce qui peut faire croire à un rein exclu (phénomène d' " hibernation " du rein, que l'on peut rencontrer également après certains traumatismes).

Dans la **tuberculose rénale** des résultats très importants sont fournis par l'urographie avec compression, et les renseignements obtenus sont à la fois fonctionnels et morphololologiques (amputation de calices, dilatation du bassinet et de l'uretère, remplissage de caverne, etc.). Ces résultats sont d'autant plus précieux que le cathétérisme urétéral est rendu fort souvent impossible chez ces malades par suite de l'irritabilité vésicale.

Dans le cas de **cancer du rein,** à condition que le rein ne soit pas déjà complètement exclu, de grandes précisions sont données en ce qui concerne la déformation des calices, leur déplacement, leur allongement ou leur disparition.

On voit combien l'urographie est devenue précieuse puisqu'elle permet, avant toute manœuvre de cathétérisme de guider l'urologiste. Dans certains cas même elle rend, si elle est bien faite, tout cathétérisme initial inutile. Et les urologistes savent combien il est dangereux de cathétériser l'uretère d'un rein atteint de lithiase ou d'hydronéphrose aseptique.

(1) C'est du reste une règle générale qu'il ne faut pas considérer le médecin électro-radiologiste comme un photographe à qui l'on se borne à demander une épreuve sans commentaire. L'expérience montre, au contraire, qu'il y a **toujours intérêt pour le malade** que son médecin traitant indique au spécialiste par une **lettre d'introduction** confiée au malade les raisons cliniques qui motivent cet examen ainsi qu'un court résumé des symptômes présentés. L'électroradiologie n'est pas une spécialité qui gagne à être " faite à la chaîne " comme certains voudraient la voir faire dans les " Centres de Diagnostic " dont l'utilité dans les grandes villes apparaît fort contestable, quant aux résultats à acquérir, si l'on veut considérer l'étendue et la variété des méthodes de l'électroradiologie et le droit strict qu'a chaque médecin praticien d'adresser librement son malade au radiologiste de son choix.

INTRADERMO-RÉACTION A ÉCLIPSES

Sous cette dénomination, je rapporte l'observation suivante que j'ai pu faire et, au sujet de laquelle, je serais heureux de pouvoir trouver une explication. Les textes à cet effet sont muets. Dans la revue de la tuberculose 1944-45 figure seulement sous la signature de MM. Genevrier et Maclouf l'observation d'une malade qui présenta un érythème prurigineux développé sur la trace d'intradermoréaction antérieure après un traitement aux hormones ovariennes.

Observation :

Une infirmière de mon service à l'usine, Mlle O..., 27 ans, présenta **jusqu'en avril 1943** 4 cuti négatives. A cette date, une cuti réaction à la tuberculine vira au positif au moment d'une primo-infection, laissant d'ailleurs comme séquelles radiologiques, quelques calcifications sous-claviculaires à gauche et réveils à allures asthmatiques.

Une intradermo-réaction fut alors faite, se révéla positive et disparut.

Rien jusque là qui ne soit régulier et normal ; or, **en février 1945,** à l'emplacement précis de l'intradermoréaction, apparaissait à nouveau un point lenticulaire unique et très rose qui cessait quelques jours après ; en **juin 1945,** le 20, au même endroit, réapparaît, toujours unique, une tache grosse comme une lentille, très rose, qui atteignait, 2 jours après, les dimensions d'une pièce de 50 centimes pour diminuer progressivement et redevenir au 5e jour une lentille, qui disparaissait complètement au 20e jour.

Que penser de cette intradermoréaction que je nommerai à éclipses ?

Comment interpréter ces réapparitions ?

Cette infirmière est en excellente santé apparente. L'examen somatique ne montre aucune défaillance qui aurait pu être une explication peu classique d'ailleurs à un réveil passager de la réaction. La température est normale, une scopie pratiquée a montré le même aspect de sequelles calcifiées. Enfin l'intradermoréaction à éclipses est apparue hors de toute réaction génitale.

Dr A. BIDAULT.
Médecin d'usine

***

Nous avons soumis cette question, pour avis, au prof. Amsler, médecin-chef des dispensaires anti-tuberculeux de Maine-et-Loire, et voici sa réponse :

J'ai lu avec intérêt la note du docteur Bidault que vous avez bien voulu me communiquer. En ce qui concerne la réapparition des réactions tuberculiniques anciennes, c'est là un phénomène que l'on commence à connaître dans un cas précis :

lorsque par exemple la cuti-réaction vire, on peut voir de nombreuses cutis pratiquées antérieurement à des dates différentes devenir également positives. Le même phénomène est décrit aussi bien dans les cas de cuti-réactions devenues toutes positives après vaccination au B.C.G., malgré des délais parfois longs auxquels elles ont été réalisées.

D'autre part, on connaît aussi la contre-partie du problème exposé par le docteur Bidault, la disparition inexpliquée de la posivité aux réactions tuberculiniques alternant avec cette positivité. Le fait à été observé bien des fois, par exemple dans des préventorias sans que l'on en puisse donner aucune explication.

Il semble de plus en plus que les phénomènes d'allergie cutanée doivent expliquer les réactions tuberculiniques, cette allergie locale expliquant aussi d'ailleurs certaines modalités cliniques, telles que les phénomènes massifs d'épi-tuberculose et les réactions conjonctivales au cours de la primo-infection, etc., etc...

Ne peut-on, par conséquent, proposer une interprétation simple des phénomènes présentés par l'infirmière en question : déclenchement de cette allergie cutanée, cela sous l'influence de mise en liberté de toxine agissant à doses infinitésimales et ne donnant pas de phénomène clinique pathologique, ou peut-être même réaction d'allergie cutanée à des substances particulières que nous ne connaissons pas. N'est-on pas arrivé synthétiquement à mettre au point des produits qui sont susceptibles de conférer l'allergie tuberculinique, tout comme la tuberculine, et d'être interchangeables avec celle-ci pour provoquer toutes ses réactions.

Telles sont les explications que je me permets de suggérer, sans bien entendu leur donner d'autre valeur que celle d'hypothèses à la faveur des conditions actuelles en matière de réaction cutanée tuberculinique.

Docteur R. AMSLER,
Médecin-Chef des dispensaires
antituberculeux de Maine-et-Loire.

L'ALIMENTATION DES DÉPORTÉS EN ALLEMAGNE

A propos de l'article du docteur Denier, de la Tour-du-Pin (1), je dirai à notre confrère que s'il avait séjourné dans un camp de concentration, il aurait pu se rendre compte que pendant les cinq derniers mois : décembre, janvier, février, mars et une partie d'avril (jusqu'au 11 exactement pour Buchenwald), on ne touchait qu'un demi-litre de café, appelé café par euphémisme, non sucré naturellement ; 200 à 210 grammes de pain et trois quarts de litre de soupe de rutabaga le soir.

Le pain contenait 15 % de son et 40 % de fécule de pommes de terre. Les calculs les plus optimistes évaluaient à 400 calories la valeur de cette ration. La soupe de rutabaga avait une valeur de 50 calories environ, ce qui fait en tout un total de 450 calories. Nous sommes loin des 14 à 1.700 calories dont il a été question. Je ne parle pas de la margarine, qui, étant tirée de la houille, n'avait aucune valeur énergétique.

Il faudrait tout de même se rappeler qu'on donnait il y a peu de temps encore 1.500 calories par jour aux prisonniers allemands : leur menu aurait constitué un extra de superluxe à Buchenwald. Les déportés, au nombre de 40.000 en moyenne pendant les cinq derniers mois, ne pouvaient sortir du camp, qui était d'ailleurs entouré par un courant à haute tension.

La nature humaine ne résistait pas, elle flanchait. Elle flanchait à tel point, que dans les deux seuls mois de février et mars, plus de 11.000 hommes sont morts de maladie et que les autres ont perdu quelques 20 kg. de leur poids pendant le même temps.

Quant à ramasser des pousses d'arbres, du blé ou de l'orge en herbe, des betteraves sucrières, des pommes de terre crues et autres friandises, cela devait se passer dans un camp qui n'était pas le mien. Au mois de mars, il y a eu quelques pissenlits, mais combien rares ! Je ne sais pas si mon confrère se rend compte de la quantité qu'il en aurait fallu pour 35.000 hommes.

L'apport vitaminique était à peu près nul, le son du pain mis à part. Si, au début on touchait de temps en temps des navets crus, on ne mangeait plus aucune crudité pendant les derniers mois.

Et, malgré tout, la nature humaine est une chose si résistante et si belle, que, sur les 255.000 déportés, 24.000 sont quand même revenus.

Docteur G. ROOS (Noyon, Oise).
Président des Centres d'Entr'aide
des Déportés de l'Oise.

(1) *Concours Médical*, 20 décembre 1945, page 1012

SUR LA « THERMO-LABILITÉ » DE LA PÉNICILLINE

La lecture de plusieurs articles parus sur la pénicillinothérapie m'incite à faire quelques remarques, principalement en ce qui concerne le caractère « thermo-labile » et la « fragilité » du médicament.

Au mois d'avril dernier mon poste de secours s'étant trouvé à proximité d'une « Aid-Station » américaine, j'ai pu obtenir 15 flacons de pénicilline (soit 1.500.000 unités Oxford), fabriquée par deux laboratoires différents. Tous ces produits étaient périmés depuis décembre 1944 et, pour ce fait même, retirés de la glacière depuis la même date.

J'ai donc commencé — sans conviction aucune — un essai d'application locale chez un sujet porteur d'un sycosis récidivant de la barbe, rebelle à toute thérapeutique depuis cinq ans. Une concentration de 300.000 unités pour 30 cc. d'eau distillée pendant huit jours a fait disparaître **définitivement** toute trace de dermatose.

Dès lors, j'ai employé la voie musculaire, en pratiquant — chez des blennorragiques sulfamidoré-sistants — une injection de 10 ou 20.000 unités toutes les trois heures. Tous les malades traités, sans exception, guérirent — sans récidive — en vingt-quatre heures.

Il est à noter que dès février-mars le temps s'est considérablement adouci et qu'ayant assisté en avril à une véritable canicule, tout le lot de pénicilline conservé à la température ambiante eut dû perdre toute son efficacité. Or, pour un produit « périmé » il ne s'est pas trop mal comporté ! Et pourrait-on invoquer le hasard, quand il s'agit de deux souches nettement distinctes ?

Quoi qu'il en soit, je pense pouvoir conclure qu'il ne faudrait pas écarter systématiquement tout flacon de pénicilline (j'entends : pénicillate de sodium) dont la conservation ou la date limite d'utilisation ne répondent pas exactement aux principes généralement admis.

Dr J.-M.-L. DE LA CAFFINIERE,
(Saint-Nazaire, Loire-Inf.)

LES SOCIETÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

Influence défatigante de l'inhalation de mélanges riches en oxygène

(MM. Léon Binet, Daniel Bargeton et Cl. Laroche ; 11-6-1945)

Au cours de recherches antérieurement publiées, MM. Léon Binet et Daniel Bargeton avaient étudié l'action défatigante de l'inhalation de mélanges riches en oxygène au cours du travail d'un seul muscle. Ils reprennent cette étude au cours d'un exercice qui, comme la course, met en jeu un grand nombre de muscles simultanément. Le rat en expérience est contraint de courir dans un tambour tournant dont on ajuste la rotation de façon à obliger l'animal à fournir à chaque instant la vitesse maximum de course dont il est capable.

Un relai trace le diagramme d'espace parcouru en fonction du temps. Chez l'animal épuisé par une longue course et capable seulement de progresser très lentement, l'inhalation d'oxygène à 97 % provoque une restauration marquée de la capacité de course avec reprise de la vitesse et possibilité de parcourir une distance supplémentaire importante. Une action analogue mais moins marquée s'observe avec des mélanges à 60 % et 40 % d'oxygène. L'influence défatigante de l'inhalation de mélanges riches en oxygène se manifeste également, associée à celle du repos. L'animal épuisé par une course effectuée à l'air normal recouvre une capacité de course plus élevée après trois minutes de repos en atmosphère suroxygénée qu'après un repos de même durée à l'air ordinaire.

Les auteurs envisagent la portée pratique possible de ces résultats expérimentaux.

ACADEMIE DE MEDECINE

Etude de l'action biologique du bacillus subtilis.

(MM. H.-R. Olivier, L. de Saint Rat, P. Bonèt-Maury et E. Blanchon. — Présentation par M. Fiessinger ; 5-6-1945)

Les auteurs relatent leurs essais thérapeutiques, par ingestion de comprimés de B. subtilis, dans les diarrhées infantiles, les diarrhées toxi-infectieuses, les diarrhées par déséquilibre alimentaire et les infections urinaires à coli bacilles. Sur 24 cas de pyélonéphrites et de cystites à coli bacilles traités par le B. subtilis en ingestion, ou en injections vésicales, tous ont guéri, la guérison datant pour certains de quatre mois. Le B. subtilis avait déjà été employé en 1918, dans le traitement local des plaies de guerre. Son filtrat serait actif contre les trypanosomes (Levaditi, 1927).

Sur la teneur en bacilles de Koch et en bacilles de Bang des laits mis en vente dans la région parisienne.

(M. J. Verge ; 19-6-1945)

Sur 116 laits (16 laits crus et 100 laits pasteurisés) mis en vente dans la région parisienne de 1935 à 1939, examinés par M. Verge, aucun ne renfermait ni le bacille tuberculeux, ni le bacille de Bang. Des statistiques d'autres auteurs français portant sur 194 laits ont noté sept fois seulement la présence de bacille de Koch. Ces constatations apportent donc des apaisements réels à l'hygiéniste, du moins pour les laits pasteurisés et ceux provenant d'étables saines, mais il ne faut pas oublier que la virulence des laits, en matière de tuberculose comme en matière de brucellose, est intermittente et transitoire, ce qui atténue un peu la valeur absolue des constatations faites en cette matière.

Le métabolisme de base et la dépense de fond des personnes âgées : leurs variations.

(Léon Binet, Madeleine Bochet et François Bourlière ; 3-7-1945)

Le métabolisme de base n'est guère recherché que chez les sujets jeunes pour l'étude des troubles endocriniens, spécialement thyroïdiens. Les auteurs montrent l'intérêt de cette recherche chez les sujets âgés, dont 40 ont été étudiés dans ce but. Ils soulignent la valeur de la mesure de la dépense de fond, c'est-à-dire des échanges respiratoires par 24 heures, dans les conditions basales, non rapportées à la surface corporelle. Cette dépense de fond est très abaissée et voisine de 1.000 calories au-dessus de 70 ans. Cette chute des échanges respiratoires est réversible sous l'action de certaines thérapeutiques endocriniennes.

Production expérimentale d'œdèmes par déséquilibre alimentaire.

(M. Raoul Lecoq ; 3-7-1945)

L'auteur montre qu'il est possible de produire chez le jeune rat blanc, au moyen d'un régime artificiel de composition définie, et de manière très constante, des œdèmes par déséquilibre alimentaire. La déficience azotée, facteur essentiel, ne peut cependant aboutir à la formation d'œdèmes qu'autant qu'un facteur second vient en permettre le déclenchement. Le rôle de ce facteur second est tenu, expérimentalement, par les bases puriques et, cliniquement, par des troubles neuro-vasculaires ou endocriniens.

ACADEMIE DE CHIRURGIE

Le traitement des ostéomyélites aiguës par la pénicilline. Premiers résultats obtenus par l'incision large des abcès suivie de fermeture.

(M. Jacques Leveuf ; 13-6-1945)

On connaît la méthode de traitement de l'ostéomyélite aiguë défendue par l'auteur : l'immobilisation plâtrée suivie d'incision plus ou moins tardive des abcès. M. Leveuf rapporte 4 observations d'ostéomyélite aiguë, avec résultats favorables, où l'emploi de la pénicilline est venu s'ajouter à cette technique. Chez ces malades, au lieu d'attendre la cicatrisation spontanée du foyer suppuré, il a été procédé à la fermeture immédiate des parties molles après évacuation complète du contenu de l'abcès.

Considérations sur l'ulcère de l'estomac au Maroc, d'après l'étude de 190 observations.

(M. Dubois-Roquebert, de Rabat. — Rapport de M. Gueullette : 13-6-1945)

Sur un total de 190 observations, M. Dubois-Roquebert note 28 gastro-entérostomies avec un décès, 147 gastrectomies avec une mortalité de 4 p. 100, 13 perforations d'ulcus dont deux cas de mort vus trop tardivement.

Au Maroc, dit l'auteur, l'ulcère gastro-duodénal semble aussi fréquent que dans la Métropole et ce, chez les éléments chrétiens aussi bien que mulsulmans et israélites. Cette remarque n'est pas sans intérêt, étant donnée la diversité des régimes alimentaires de ces trois populations.

Arthrite suppurée à streptocoque du cou-de-pied traitée par la pénicilline.

(MM. Jacques Leveuf et Jean Judet ; 13-6-1945)

MM. Leveuf et Judet montrent les effets remarquables obtenus dans un cas d'arthrite suppurée du cou-de-pied post-traumatique, à streptocoque, par la pénicilline associée à l'évacuation de l'abcès.

— M. de Fourmestraux a obtenu les meilleurs résultats de la pénicilline chez deux malades atteints d'ostéomyélite aiguë. Le médicament a été utilisé par voie artérielle avec stase. P. L.

SOCIETE DE PATHOLOGIE COMPAREE
(Séance du 13-3-1945)

Contribution clinique à la maladie de la peur chez le chien, par le docteur Demont.

L'auteur rapporte une intéressante observation de maladie de la peur chez le chien, qui est une affection d'allure épidémique, débutant fin septembre, se prolongeant tout l'automne, pour disparaître en hiver. La maladie se traduit par l'apparition soudaine, pendant le repos ou pendant le sommeil, de crises nerveuses plus ou moins violentes et dramatiques, uniques ou répétées. Le caractère dominant de toutes les crises est une émotivité intense, une angoisse insurmontable : la peur. Le traitement consiste en repos, obscurité, glace sur la tête et administration de calmants.

Contribution à l'étude des syndromes aphteux de la bouche, par J. Delbos.

L'auteur examine successivement les deux groupes d'affections : d'une part, les aphtes vulgaires (aphtose commune, aphtes récidivantes de la bouche) et la sprue ; d'autre part, l'aphtose (Touraine) ou aphtosis acuta magna et la fièvre aphteuse (épizootie aphteuse) transmise de l'animal à l'homme et réinoculable à celui-ci. La question des aphtoses est très complexe, mais l'existence de plusieurs ultra-virus à l'origine de la fièvre aphteuse (la mieux étudiée des aphtoses), notion couramment admise, autorise à se demander s'il en est ainsi pour les autres aphtoses.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX DE LYON

Asthme mortel avec obstruction bronchiolaire. Collapsus cardiaque terminal.

(MM. P. Ravault, J. Bourret et L. Roche ; 13-2-1945.)

Les auteurs rapportent l'observation d'un malade qui a succombé au cours d'un état de mal asthmatique. Cliniquement, la gêne respiratoire semblait modérée et ce qui dominait était un tableau de collapsus cardiaque. L'autopsie mit en évidence un cœur hypertrophié, dilaté et hypotonique, et des poumons présentant les lésions histologiques habituelles dans l'asthme mortel.

— MM. J. Barbier, Plauchu, Pont et Barridon relatent, de leur côté, un autre cas de mort par état de mal asthmatique, avec lésions anatomiques typiques. Les cas de mort par état de mal asthmatique sont relativement rares.

LA PRESSE

Enfants dits « lymphatiques » et nonchalance thyroïdienne. — *Le Prof. Mouriquand et Mme Enselme* (Lyon) rappellent qu'à côté de certains états confirmés de myxœdème, d'insuffisance thyroïdienne nette, il existe des états de déficience thyroïdienne légère, pour lesquels on a décrit de petits signes qui peuvent se manifester sous des aspects cliniques divers. Tel enfant présentera un trouble de la croissance plus ou moins accentué pouvant réaliser parfois le type de l'infantilisme de Brissaud, tel autre une tendance à l'obésité, tel autre des troubles de l'activité générale. Chez tous ces malades, les signes d'insuffisance thyroïdienne peuvent être extrêmement larvés, demander un examen attentif et souvent c'est la recherche du métabolisme basal et son abaissement qui fixera une étiologie hésitante.

Plus spécialement, les troubles de l'activité apparaissent, vers l'âge de 10 à 12 ans, chez les enfants dits « lymphatiques » au moment où ils vont franchir le cap difficile de la puberté, où se manifeste toute la vitalité de leurs glandes. Le diagnostic d'insuffisance thyroïdienne viendra à l'esprit du médecin quand il observera la pâleur du visage avec bouffissure des paupières, quand il constatera une certaine frilosité et une sécheresse plus ou moins accentuée des cheveux, certains troubles de la croissance (obésité ou hypotrophie). La nonchalance psychique relève de la nonchalance physiologique, et le diagnostic pourra s'affirmer en se basant sur la coïncidence, avec le ralentissement du pouls, de l'abaissement du métabolisme de base. (*La Presse Médicale*, 6 *octobre* 1945.)

La valeur diagnostique du taux d'éosinophilie sanguine dans les helminthiases. — L'hyper-eosinophilie sanguine est une donnée classique au cours des helminthiases, mais, fait remarquer *G. Lavier*, celle-ci peut être mise en défaut si l'on ne prend garde de l'interpréter correctemnt. L'hyper-eosinophilie s'exprime, en effet, en fonction de certains facteurs. Elle n'a pas un caractère statique, elle est essentiellement évolutive ; quand un helminthe, quel qu'il soit, pénètre dans l'organisme, on assiste après un certain temps de latence à une ascension du nombre des eosinophiles, très rapide d'abord, puis se ralentissant pour atteindre un maximum après lequel il tombe vite d'abord, puis de plus en plus lentement pour se stabiliser pratiquement à un taux faible ; il décrit donc une courbe qui, pour tous les helminthes, est de même forme. L'espèce du ver détermine les points critiques de la courbe : date d'apparition de la montée (c'est-à-dire durée du temps de latence et date du taux maximum). Le nombre des parasites agit également sur la courbe. Sur cette évolution bien régulière, peuvent intervenir divers facteurs extrinsèques : une maladie infectieuse intercurrente, même légère, abaisse pendant toute sa durée, considérablement le taux ; des phénomènes anaphylactiques, par contre, peuvent l'exagérer ; enfin toute médication antiparasitaire augmente d'abord l'eosinophilie, après quoi se fait une chute plus rapide que la normale. Bref, un taux constaté d'hyperéosinophilie ne renseigne directement ni sur la nature du parasite, ni sur l'importance de l'infestation. (*La Presse Médicale*, 6 *octobre* 1945.)

G. F.

Rougeole

Bronchite - Broncho-pneumonie

Diénol

Dépressions Nerveuses

Surmenage surtout avec insomnie

Phosphoneurol

Laboratoire DEPRUNEAUX, 23, rue du Parc FONTENAY-SOUS-BOIS (Seine)


DÉMANGEAISONS
PRURITS

LACTACYD

PÂTE STABILISÉE A pH : 5,2

CONSTIPATION


Lactolaxine
COMPRIMÉS DE
FERMENTS LACTIQUES
LAXATIFS

1 à 3 comprimés par jour

Labres André PARIS, 4, rue de la Motte-Picquet - PARIS XVe



Toujours Active ...
La Jamais Nocive

NÉVROSTHÉNINE FREYSSINGE

tout

convient à

DÉPRIMÉ
SURMENÉ
CÉRÉBRAL

INTELLECTUEL
CONVALESCENT
NEURASTHÉNIQUE

LABORATOIRE FREYSSINGE - 6, RUE ABEL - PARIS

PARTIE PROFESSIONNELLE

PROPOS DU JOUR

LES PROBLEMES DE L'HYGIENE ET DE L'URBANISME

Sous ce titre *les Cahiers du Musée Social* (1) (N° 2, 1945) publient in extenso trois conférences, faites à la *Section d'Hygiène urbaine et rurale et de Prévoyance sociale du Musée Social*. La première de ces conférences a pour auteur M. Maurice BAUDOT, ancien élève de l'Ecole Polytechnique, directeur des Services d'Architecture et d'Urbanisme à la Préfecture de la Seine ; elle est intitulée : *L'Hygiène dans l'habitation populaire. Application au relogement des expropriés.* Elle est d'actualité bien qu'elle n'envisage que des problèmes parisiens. La seconde conférence est le corollaire, pour ainsi dire, de la première ; elle émane de M. Elie DEBIDOUR, Inspecteur général des Services de protection historique et esthétique de la Ville de Paris et Secrétaire général de la Commission municipale du Vieux Paris. Elle est intitulée : *La Conservation du Vieux Paris et l'Urbanisme.* Les moyens que M. E. DEBIDOUR préconise ne sont pas exclusivement applicables à Paris, mais ils le sont à toute ville d'art sinistrée telles que Rouen et Caen.

Quant à la troisième dont l'auteur est le professeur F. BEZANÇON, l'éminent phtisiologue, ancien président de l'Académie de Médecine, elle a trait aux *îlôts insalubres d'habitation et la tuberculose, et* sert de conclusion aux autres.

Nous nous bornerons à commenter la première conférence de M. BAUDOT qui rentre mieux dans le cadre que nous nous sommes tracé.

La maison de l'homme doit être construite spécialement pour l'homme. En proclamant cette vérité élémentaire, M. BAUDOT éloigne toute idée de spéculation dans l'édification de la maison (maisons de rapport, boites à loyers) : le domisme (le néologisme est dû à M. Joannon) exige la beauté et le confort et suppose la collaboration étroite de l'architecte et de l'hygiéniste.

On songera, en l'appliquant, d'abord à l'adduction des éléments vitaux tels que l'air, la lumière et l'ameublement, à l'élimination des nuisances tels que les fumées, les gaz, les eaux de pluie et les eaux ménagères, les ordures de toutes sortes. On veillera à assurer les protections essentielles contre la chaleur, le froid, le vent, contre l'humidité, contre les désagréments, les incommodités, la poussière et les bruits par exemple, contre les animaux nuisibles : rongeurs, insectes, vers, etc.

Le domisme sera distinct de l'urbanisme, mais s'y insère pour le bien commun de l'un et de l'autre et la perfection idéale de l'habitation humaine. L'éducation hygiénique individuelle, surtout en France, sera d'abord nécessaire. Combien de travailleurs dans notre pays regardent comme indispensable une salle de bains, réclamée comme tout à fait nécessaire dans les pays du Nord et chez les Anglo-Saxons ? La femme au foyer, la semaine anglaise sont des nécessités qui s'imposent pour le bon entretien de l'habitation.

Nous sommes en retard indiscutablement en France en ce qui concerne l'habitation ; c'est ainsi que nous consacrons seulement en moyenne le 1/15e de notre revenu à notre loyer, tandis qu'en Angleterre les frais de l'habitation s'élèvent au 1/5e ou 1/4 du revenu et même, en Suisse, au tiers.

La cité-jardin est l'idéal de l'habitation populaire mais ce système n'est pas toujours applicable. Les emplacements nécessitent une superficie de terrain très grande et le prix de revient est parfois trop coûteux. On a songé à grouper les cités-jardins en villages de manière à faire bénéficier leurs habitants de services collectifs communs. M. BAUDOT, préconise des maisons à trois étages qui éviteraient des fondations coûteuses et la nécessité d'ascenseurs qui seraient obligatoires dans les maisons de plus de quatre étages.

Il faut avant tout se préoccuper de reloger les sinistrés et les expropriés.

Rien que pour reloger les habitants des 17 ilôts insalubres de Paris qui doivent être supprimés, il faut prévoir des constructions aménagées pour 180.000 personnes, dont la moitié pourra être logée sur place. Il faudra construire ailleurs des habitations confortables pour 90.000 personnes. On y parviendra si la décentralisation industrielle peut être accomplie. Cela pose, à notre avis, un problème financier insoluble, du moins à l'heure actuelle. On évitera les erreurs funestes qui ont été commises après 1918.

Ainsi les grandes villes par le fait de la concentration des usines, ont vu leur population ouvrière augmenter et les maisons populaires surpeuplées. Si la décentralisation industrielle n'a pas lieu, on ne pourra mettre en pratique le projet de maisons à 3 ou 4 étages sur rez-de-chaussée, on sera obligé de construire des maisons à étages ayant la hauteur règlementaire actuelle. On limitera l'effort financier par la réalisation des constructions économiques par la normalisation qui implique la modernisation de l'équipement des chantiers, la standardisation des matériaux, des éléments, non pas de l'architecture. On a fait des progrès pour l'installation de l'eau, du gaz, de l'électricité. On utilisera des blocs standardisés : le bloc cuisine, le bloc salle de bains, le bloc toilette, le bloc W.C. Pour l'architecture, on créera une certain nombre de types agréés de constructions variées de manière à éviter l'uniformité et la banalité. On adaptera ces types au climat.

M. BAUDOT met en garde contre une trop grande liberté laissée aux architectes. Trop de liberté dégénère aux dépens de l'art en trop de facilités. Le curetage

(1) Musée social, 5, rue Las-Cases, Paris (7e).

des îlôts insalubres de Paris est une opération de longue haleine. Pour les deux tiers des maisons insalubres, néanmoins, l'assainissement s'impose.

L'habitat urbain n'est pas comme l'habitat rural. L'amélioration de la ferme du paysan est immédiatement payante. Dans les villes les effets économiques des améliorations de l'habitat sont longs à se produire. Ils consistent en une amélioration de l'état sanitaire qui se traduit par la suppression d'hôpitaux, d'asiles, de sanatoria, etc. Pour la population aisée qui fait en partie les frais de ces améliorations, le sacrifice est trop apparent.

Il est urgent de modifier le décret du 13 août 1902 qui fixe dans Paris la hauteur des immeubles et des saillies que ces derniers font sur la voie publique. Ce décret n'est pas seulement critiquable pour la capitale ; mais, en province et même à l'étranger, les villes ont la malencontreuse idée de prendre modèle sur les règlements administratifs de Paris. Les hauteurs des maisons doivent se baser sur la largeur des voies qui les bordent et, à l'intérieur, sur la superficie des cours.

M. BAUDOT appelle l'attention sur les logements des concierges généralement malsains et insuffisants. Il conclut en disant qu'il ne faut pas que la France et Paris se laissent devancer.

J. NOIR.

ACTUALITÉ PROFESSIONNELLE

L'ORDRE MODELE 46 EST ÉLU

Les élections aux Conseils départementaux de l'Ordre des Médecins viennent de se dérouler dans toute la France : la mise en place de cet organisme (qui dans la dignité doit assurer l'honneur et l'indépendance d'une des professions les plus nobles du pays) ne s'est pas partout faite dans des conditions compatibles avec la majesté souhaitée par tous ceux qui aimeraient pouvoir respecter les hommes et les institutions.

Dans plusieurs départements, le déclenchement des opérations électorales s'est fait *in extremis*, le délai expirant le 24 décembre selon les uns, le 28 selon les autres. Le Préfet de l'Oise, par exemple, par circulaire du 14 décembre, reçue le 17 décembre, invitait les médecins à voter avant le 23. Dans la Moselle, même précipitation ; dans la Seine, une circulaire préfectorale, reçue le jeudi, ouvrait les opérations le lundi suivant. Comment, dans de telles conditions, procéder à une consultation vraiment valable du corps électoral? Il y avait impossibilité pour un praticien se trouvant à l'écart des milieux officiels, de poser sa candidature et de la faire connaître. Seuls pouvaient faire acte de candidature ceux qui, par leur situation privilégiée de fait, étaient dans le secret des Dieux, ce qui leur permettait parfois de faire parvenir des professions de foi quasi-officielles le lendemain même de la circulaire préfectorale.

Nous aurions aimé entendre les Comités départementaux protester immédiatement contre de semblables caricatures du système électoral ; quand ils l'ont fait, ce ne fut qu'après que des groupes de confrères ou des syndicats eurent élevé des protestations véhémentes contre un tel mépris de l'électeur et du système électoral, instrument et symbole de la liberté reconquise si chèrement.

Ces incidents étaient-ils évitables ? Oui, si les Pouvoirs publics avaient commis une loi claire et complète. Or, la loi instituant l'Ordre est plus que vague sur ce point et sur bien d'autres.

Oui, si le Conseil Supérieur des Médecins avait pu faire entendre ses judicieuses remarques et faire admettre les modifications et compléments qu'il avait proposés au Ministère. L'impuissance totale dont il a fait preuve en la matière donne une piètre idée des moyens dont disposera le futur Conseil National de l'Ordre, flanqué de représentants du Pouvoir central, pour défendre la Cause médicale en toute indépendance et tout honneur.

Oui, si certains éléments actifs des Conseils en place n'avaient pas vu dans cette précipitation due à une carence des Pouvoirs publics, le moyen d'obtenir une sorte de plébiscite, de satisfecit pour la gestion dont ils s'étaient chargés lors de la Libération ; et, en même temps, à l'esbrouffe, dirent de mauvaises langues, ils pensaient enlever un vote qui les maintînt en place pour six ans.

Cette impression pénible a été aggravée dans la Moselle par l'intervention du Directeur départemental de la Santé qui, avec une intuition toute féminine, avait décrété qu'il y avait incompatibilité entre les fonctions syndicales et les fonctions de délégué à l'Ordre : le Syndicat étant un organisme de combat, l'Ordre un organisme de sereine juridiction. Les confrères si ardents de ce département toujours soumis à des lois abhorrées répondirent en élisant en tête le président et le secrétaire du Syndicat.

On a pu se demander dans quelle mesure de telles consignes ne reflétaient pas un secret espoir des Pouvoirs publics de voir éloigner de la scène professionnelle les syndicalistes épris de liberté au profit de tenants d'un Ordre hiérarchisé, soumis au contrôle gouvernemental par des protecteurs à tous les échelons, et, comme le disait naguère un de nos confrères, organisme plus apte à faire admettre par le Corps médical les adaptations nécessaires à l'évolution sociale.

Il faut dire que dans l'ensemble du pays, de telles intentions dans la mesure où elles correspondent à la vérité, échouèrent. Dans la quasi-totalité des départements, ce furent les mêmes personnalités qui se trouvèrent à la tête de l'Ordre et des Syndicats. La symbiose

indispensable était établie, et la dualité si néfaste prévue par la loi « organisant » la profession se trouva réduite à une éventualité redoutée et dépassée.

Dans la Seine, il n'en fut malheureusement pas de même. Nombreux sont les confrères de ce département qui se croient une situation particulière et se soucient fort peu de se plier aux disciplines syndicales. Le recrutement syndical y a toujours été beaucoup moins poussé qu'en province, alors même que les dangers menaçant la médecine y accusent une acuité singulièrement plus forte. Isolés dans la grande ville, ces médecins se complaisent dans leur isolement, ce qui ne les empêche pas de vitupérer la faiblesse d'organismes auxquels ils ne participent pas. Cette absence d'organisation, ou plutôt cette faiblesse d'organisation, permet le développement de clientèles personnelles pour les vedettes qui préfèrent une facile popularité à bases matérielles, à la défense des hauts intérêts de la profession : le jeune praticien, en butte aux difficultés de transport, voit plus de satisfactions immédiates dans un bidon d'essence que dans la défense de la Charte. C'est ainsi que des pourparlers furent engagés par les milieux syndicaux en vue de la constitution d'une liste d'entente, pourparlers sanctionnés par un refus des représentants du Conseil des Médecins l'avant-veille de l'envoi de la circulaire préfectorale, et trois jours avant l'envoi de la liste du Conseil sortant. Les protestations se multipliant, les démarches succédant aux démarches, un replâtrage fut opéré, les délais accrus de huit jours ; la tenue d'une Assemblée générale fut décidée, « conformément à la loi », mais avec tout le vague inséparable de cette loi.

A quoi répond une Assemblée tenue après l'envoi des votes par correspondance qui forment la grosse majorité de la minorité de votants dans la Seine (2.800 sur 7.188 inscrits) ? Une Assemblée digne de ce nom ne devrait-elle pas se tenir à l'*ouverture* de la campagne électorale, permettant :

1° La discussion de l'activité du Conseil sortant et de sa gestion financière : un Conseil ayant eu à gérer des sommes de l'ordre de 20 millions se doit et doit au Corps médical de demander un quitus ;

2° La présentation des candidats, l'exposé de leurs titres et de leurs conceptions. Il est en effet inadmissible de présenter parfois malgré eux, des candidats dont l'électeur ignore tout, ce qui se traduit par l'élection assurée des consultants et des officiels ;

3° De ne pas voir les candidats procéder eux-mêmes au dépouillement des bulletins (Paris, 23 décembre).

Que vîmes-nous le dimanche 23 décembre au Grand Amphithéâtre de l'Ecole Pratique de Paris ? 400 ou 500 médecins heureux de se retrouver sur ces bancs chargés de souvenirs des belles années, tout d'abord présidés par un aimable fonctionnaire de la Préfecture de Police. Impossible de trouver un représentant du Conseil sortant ; le public, peu habitué à ces manifestations de modestie, put apercevoir quelques instants le président à l'extrême montagne, et en fin de séance, le secrétaire général dans un coin discret de l'hémicycle

Après la difficile installation d'un bureau présidé par un doyen d'âge peu sensible à cet honneur, après diverses interventions d'orateurs très improvisés et du délégué du préfet, le Dr Cibrie, avec ses habituelles qualités de débater, fit à l'unanimité adopter une motion demandant la démission du Conseil élu dans des conditions aussi anormales, avec mission d'organiser dans le délai d'un mois des élections définitives et claires, et aussi d'expédier les affaires courantes. Il serait trop long d'épiloguer sur la valeur d'un tel mandat, les moyens de le faire respecter, sur la discrétion mise par des représentants nommés du Corps médical à présenter un compte rendu de mandat valable. Il nous suffira de constater que la majorité du Corps médical de la Seine se détourne de ces jeux, que des élections mal faites aboutissent à élire une représentation essentiellement composée d'officiels (16 sur 24), que les plus marquants des candidats élus avaient librement pris l'engagement formel de démissionner après avoir organisé des élections enfin régulières.

Si l'on veut garder quelque crédit à l'expression de la volonté populaire, pour nous essentielle, et qui trouve sa pleine valeur dans l'adhésion libre à un organisme librement choisi, il faut respecter les hommes et les institutions ; nous ne craignons pas les répétitions. Il faut jouer le jeu franchement, éviter les combinaisons de maquignons en foire. Pour cela, il faut d'abord la bonne volonté et le désintéressement des acteurs. Il faut aussi de bonnes institutions. La loi doit préciser les modalités d'expression des candidatures, la possibilité pour les candidats de faire connaître leur nom et leurs opinions sur les questions professionnelles : un tenant de la Charte ne doit pas être exposé à voter pour un tenant de la socialisation de la médecine, et vice versa. Un département comme la Seine, si important par sa densité médicale, si divers par la présence côte à côte d'académiciens et de médecins de banlieue, doit être organisé. Pourquoi ne pas distinguer Paris-ville et banlieue ? Pourquoi ne pas prévoir une proportion limitée de spécialistes et d'officiels ? A cela on reprochera évidemment l'éviction ou l'élection de telle personnalité ès qualités, ce qui est fâcheux. Ce qui l'est encore plus, c'est l'obscure confusion dans laquelle se trouve la ville dite Lumière. Beau prétexte pour imposer à la médecine le roi que réclament déjà d'actives grenouilles.

En manière de conclusion, on peut d'ailleurs se demander dans quelle mesure l'édification d'un Ordre puissant, efficace et respecté nécessitait la mise en place d'un élément aussi lourd que l'échelon départemental. Les matérielles et basses besognes étant réservées au Syndicat, l'échelon régional semble bien suffisant pour assurer la confection du tableau, la juridiction professionnelle et disciplinaire, la défense de l'honneur et de l'indépendance de la profession, favorisés par un sain et judicieux éloignement du justiciable et du juge.

Dr. R. Jodin.

LES ÉLECTIONS DIFFICILES

par le Dr Jean-Robert DEBRAY

La plupart des médecins, faute d'information, n'ont pu saisir exactement le sens des polémiques qui se sont élevées à propos des élections au Conseil départemental de la Seine.

Une loi — celle du 24 septembre 1945 — assez imprécise, prévoyait des élections dans les trois mois ; elles devaient avoir lieu sous la responsabilité du préfet ; la forme du scrutin n'était pas définie. .

Nous avons reproché au Conseil de l'Ordre sortant de ne pas avoir préparé ces élections, de ne pas les avoir organisées, de ne pas avoir consulté le corps médical sur la forme du scrutin.

Seule, en effet, l'organisation du boulevard Saint-Germain, avec les importants moyens dont elle dispose, pouvait alerter dès octobre les futurs électeurs et centraliser les différentes solutions qui n'auraient pas manqué d'être proposées.

Nous croyons ,en effet, que l'une des missions de l'Ordre réside dans une liaison entre les différents membres de la famille médicale. Si l'on veut que cette famille soit unie, il faut l'informer. Or, le problème de l'élection est un problème capital. Il faut reconnaître que c'est un problème difficile. Ne parler de rien est une attitude qui évite évidemment les polémiques. Nous venons de voir que c'est reculer pour mieux sauter.

⁂

Donc, pendant deux mois, entre la fin septembre et la fin novembre, on n'a pas abordé publiquement ce problème. On connaît la suite : l'envoi des enveloppes de la Préfecture le 6 décembre ; la réception le lendemain de la liste du Conseil de l'Ordre sortant.

Au reproche d élection sans préparation, nous avons ajouté celui d élection brusquée. Nous avons également beaucoup regretté le parrainage officiel donné à la liste sortante.

C'est alors que nous avons envoyé notre protestation au corps médical. Elle a été rédigée, imprimée, adressée et expédiée en 36 heures.

Le texte original commençait comme ceci : « Les différentes associations locales de la région parisienne dont les noms suivent tiennent à protester..., etc. » et il se terminait par la liste énumérative « Suresnes, Puteaux, Courbevoie, Asnières, etc. ». L'imprimeur qui avait mission de reproduire notre papier sur une seule page, a cru pouvoir l'écourter en supprimant cette énumération. Voilà pourquoi notre protestation a pris le caractère d'anonymat que l'on nous a reproché. Ajoutons qu'en syndicalistes disciplinés, nous avions soumis notre texte — en premier — à M. Fiessinger, qui l'avait vivement approuvé et nous avait conseillé de le diffuser.

Puis, ce fut :

— L'annulation des bulletins déjà envoyés ;
— La possibilité de nouvelles candidatures ;
— La reprise du vote.

Tout ceci dans la hâte puisqu'il fallait, du fait de la loi, finir avant le 24 décembre.

Enfin, l'assemblée générale si tumultueuse et si véhémente du 23 décembre où, à la quasi unanimité il fut décidé que de nouvelles élections auraient lieu dans un mois après démission des conseillers « mal élus ».

⁂

Comment auront lieu les prochaines élections ?

Elles doivent être organisées. Le corps médical de la Seine a des aspects si différents qu'on ne peut laisser au hasard des votes la composition de l'ensemble. La malice du sort pourrait faire qu'il n'y ait, par exemple, que des radiologistes et des laryngologistes, ce serait un abus — ou qu'il n'y en ait point du tout, ce serait une erreur.

Donc, représentation raisonnée : il faut un représentant de chaque spécialité.

La proportion des officiels pose un problème délicat. Que les titres figurent après les noms des candidats, cela évitera déjà un long maniement du Guide Rosenwald. Faut-il faire plus et définir à l'avance le nombre de professeurs, d'hospitaliers et de médecins avec titres ? Nous penchons personnellement pour cette solution qui nous paraît raisonnable.

Mais comment les non officiels peuvent-ils être distingués les uns des autres par les électeurs ? Il en est beaucoup parmi eux qui peuvent faire état de leur situation syndicale ; choisis comme président ou secrétaire de telle ou telle association locale, ils y ont pris connaissance des problèmes professionnels ; ils y ont fait leurs preuves. Ces états de services doivent figurer après leur nom, sur la liste des candidatures.

Les journaux médicaux, si nombreux et si copieux avant guerre et qui le redeviendront n'en doutons pas, avaient tous une rubrique professionnelle. Les futurs conseillers, en y publiant, pourront y développer leurs idées et retenir l'attention des confrères.

⁂

Débarrassé du travail matériel, que les circonstances lui ont imposé, de répartition des produits contingentés, l'Ordre reprendra un peu plus de dignité.

La « *Maison de l'Ordre* » devrait être également une possibilité de cohésion.

Il serait souhaitable que ce soit un lieu de rencontre des médecins. Une bibliothèque. Une salle de travail, de correspondance, un salon confortable et bien tenu, permettraient à tous de se retrouver, de se connaître, de confronter des idées. Régulièrement des conférences devraient y avoir lieu. Et Dieu sait s'il y a actuellement des sujets intéressant l'ensemble de la profession ! Les discussions pourraient y reprendre le ton de courtoisie qu'elles semblent avoir perdu dans les assemblées générales. Un club où nous aimerions voir nos élus, les informer, leur demander conseil. Club que tout le monde n'a pas la chance de trouver en milieu hospitalier ou dans les Sociétés savantes. Nous savons que c'est là un désir très cher à la plupart. Sa réalisation contribuerait pour beaucoup à l'union d'une famille où presque tout le monde pense de la même façon.

Bien élu, cohérent, en liaison fréquente avec les confrères, l'Ordre sera fort. Trop de médecins confondent Ordre et Syndicat. La place nous manque pour aborder ce long sujet, mais nous sommes de ceux qui croient que l'Ordre doit avoir une très grande importance. Laissant aux syndicats la défense quotidienne des intérêts de la profession, il doit les patronner et les aider. Gardien de la dignité de chacun et de l'ensemble, il ne peut laisser entamer le caractère libéral de notre profession sans y voir une grave offense à sa dignité et à son honneur.

Tout ce qui compromet le « Colloque singulier » du malade et du médecin doit être farouchement écarté. Tous ceux qui nous ont aidé dans notre effort, veulent, comme nous, que l'Ordre départemental de la Seine, pépinière de l'Ordre national, soit de taille à repousser les chaînes dont on veut nous charger.

LE MÉDECIN PRATICIEN DEVANT LA LONGUE MALADIE

par le Docteur GUEIT
Médecin-Conseil Régional des A. S.

Après avoir exposé, commenté et critiqué dans l'esprit du médecin praticien les dispositions de l'ordonnance du 19 octobre concernant la longue maladie, nous donnons ici bien volontiers la parole à un médecin-conseil des A. S. qui les examine de son point de vue.

Notre opinion personnelle n'en est en rien modifiée, mais il est loyal d'écouter l'autre partie et de laisser à chacun le soin de discerner où est le véritable, l'essentiel intérêt du malade.

N. D. L. R.

Le texte de la nouvelle ordonnance du 19 octobre 1945 apporte en son article 33, une innovation des plus heureuses, semble-t-il, par l'introduction, dans le plan de la Sécurité Sociale, des prestations de la *longue maladie.*

Cet article, en effet, stipule : « Que tout assuré ou bénéficiaire, sur sa demande ou celle de la Caisse, doit faire l'objet d'un examen spécial avant l'expiration du troisième mois de maladie. Il y est procédé conjointement par son médecin traitant et par un médecin-conseil, en vue de déterminer le traitement spécial dont l'intéressé doit faire l'objet.

« Cet examen permet, sur décision spéciale du Conseil de la Caisse, de laisser l'assuré sous le régime ordinaire de prestations dans la limite de six mois, ou de le faire passer immédiatement, sous le régime de trois ans. Ce régime comporte (article 35) la couverture des frais de toute nature permettant au malade de recouvrer sa capacité de gain. »

L'importance d'une telle décision n'échappera à personne et l'on conçoit de quel poids elle peut être pour l'avenir de l'intéressé et sa récupération comme *capital humain.* Elle ne pourra être prise à la légère et entraine pour ceux-là même qui seront appelés à la proposer une grave responsabilité.

Il n'est pas indifférent, en effet, à tel assuré social malade dont l'état de santé ne se rétablit pas au bout de plusieurs semaines de maladie, de se voir déclarer invalide ou présumé comme tel et par conséquent, ne pouvoir prétendre qu'aux arrérages d'une pension malheureusement insuffisante pour faire face à une maladie qui s'éternise, ou de bénéficier pendant plusieurs mois, plusieurs années peut-être, et tout au moins, pendant trois ans, des avantages substantiels accordés au titre de la longue maladie.

⁂

Or, si ces avantages sont suffisamment précisés par l'ordonnance ministérielle, celle-ci reste muette sur les conditions essentielles qui permettront à coup sûr, d'en faire la proposition. Le projet de règlement d'A. P. qui doit préciser l'application de l'ordonnance précitée garde la même réserve à ce sujet.

Force restera donc au corps médical de se mettre d'accord sur les cas dans lesquels il aura à en proposer le bénéfice.

Cependant, des termes mêmes de l'ordonnance se dégage une série de principes qui vont être pour nous des jalons précieux.

Il faut de toute nécessité que la maladie soit guérissable. Il faut que cette affection ne présente aucun caractère d'incurabilité.

Cependant, il ne convient pas d'accabler prématurément le malade de l'épithète d' « invalide » qui, avec les anciens textes lui donnait trop souvent une idée désespérante de son état. Il s'abandonnait ainsi, trop souvent, dans une situation qu'il considérait comme perdue ou stabilisée et contre laquelle il n'avait plus à lutter ou essayer de se remonter et d'en sortir.

En pareil cas, si le pronostic peut être fort délicat à établir, s'il s'agit de tuberculose, l'ordonnance prévoit obligatoirement, l'appréciation d'un spécialiste qualifié qui départagera le cas échéant médecin traitant et médecin conseil.

Mais il n'y a pas que la tuberculose et les formes curables de celle-ci qui puissent faire l'objet de la proposition des prestations de la longue maladie. Bien d'autres affections, non tuberculeuses, peuvent entrer dans ce cadre.

Mais tout d'abord, la durée de la maladie doit nécessairement être considérée comme devant excéder six mois sinon il n'y aurait pas de raison de faire application de la longue maladie.

D'autre part, elle doit comporter le repos complet et nécessiter ce repos par la nature même des soins qu'elle présente puisqu'elle entraine une indemnisation importante pour arrêt du travail.

Voilà donc restreint, dans une notable mesure, le champ d'application de cette longue maladie.

Cependant, il reste encore assez vaste puisqu'à côté des tuberculoses pulmonaires ou autres, de forme curable, nous pourrons trouver toute une série d'affections les plus diverses permettant de telles propositions. Malheureusement, il s'agira la plupart du temps, de cas d'espèce et nous ne pouvons ici les envisager tous.

⁂

Parfois, ce seront des maladies habituellement guérissables en moins de six mois pour lesquelles des complications imprévisibles ou l'intensité de l'affection n'aura pas permis cette guérison dans le temps présumé (fluxion de poitrine compliquée, pleurésie non tuberculeuse, abcès divers : ostéo-myélite par exemple, etc.).

Dans d'autres cas, il s'agira de suites opératoires pour affection grave ou ayant nécessité plusieurs interventions s'échelonnant sur plus de six mois (fracture compliquée, difformité congénitale, etc.) ; tout autant que les conditions princeps dont nous avons parlé plus haut seront maintenues : curabilité, évolution de l'état de maladie supérieure à six mois, absence de reprise du travail dans l'intervalle des diverses interventions.

Ou bien, on aura affaire à une maladie évolutive de longue durée, telles une fièvre typhoïde, une fièvre de Malte et leurs complications.

Ici, se pose la question de savoir quelle devra être l'attitude du Corps médical devant certaines affections chroniques : rhumatisme, diabète, cardiopathie, affections du foie, bronchite chronique, emphysème, etc.

La chronicité de ces maladies semble au premier abord, devoir les exclure de la longue maladie. Cependant, certaines d'entre elles, judicieusement traitées, sont susceptibles d'amélioration importante permettant, en quelque mesure, la récupération des intéressés et une activité plus ou moins marquée. Devra-t-on leur refuser le bénéfice de prestations susceptibles de leur donner

cette réadaptation ? Ici encore, cas d'espèce à préciser.

Mais, que penser de la syphilis et des nombreuses complications qu'entraine si souvent cette maladie ? D'aucuns prétendent qu'elle ne peut ouvrir aucun droit aux prestations de la longue maladie car elle est compatible le plus souvent avec l'exercice d'un travail normal. C'est vrai pour nombre de cas, mais l'ancienne législation qui refusait de déclarer invalides des syphilitiques susceptibles d'une activité normale, leur permettait de se faire traiter en sollicitant des Assurances Sociales, l'octroi de prestations spéciales (art. 6, parag. 1c, du décret-loi du 28 octobre 1935 modifié). Or, l'ordonnance du 19 octobre 1945 n'a pas maintenu ces prestations spéciales. Il n'est plus possible d'en faire application.

Il faudra donc pratiquer une discrimination minutieuse des cas de syphilis pour lesquels, par suite de complications sérieuses, il ne peut être question d'une reprise de l'activité qu'apres une période de soins en repos complet. Dans ces derniers cas seulement, on pourra penser à faire jouer la longue maladie si le repos envisagé pour l'application du traitement doit excéder six mois.

Dans tous les cas, c'est au chevet du malade qu'en accord avec le médecin-conseil, les médecins traitants devront fixer leur point de vue. En cas de divergences, ils feront appel à un médecin expert.

⁂

L'assuré malade classé dans la longue maladie, sera soumis à une discipline médicale très stricte que prévoit l'art. 33 de l'ordonnance. Certes, le médecin traitant restera le maitre absolu de l'orientation et de l'application des moyens thérapeutiques, mais ceux-ci auront été fixés par l'accord intervenu entre lui et le médecin-conseil ou, sur l'avis des experts désignés et des spécialistes. Des visites de contrôle devront avoir lieu pour préciser les modalités intervenues dans l'état de santé des interessés. Il se peut que soient prescrits à un certain moment, des exercices de rééducation ou des travaux de reclassement, qui ne supprimeront pas pour cela l'octroi des prestations accordées en vertu de la longue maladie. Mais ces exercices devront être particulièrement surveillés et dosés avec un soin minutieux. Ils devront faire fréquemment l'objet de nouvelles prises de contact entre le médecin traitant et le médecin-conseil ainsi qu'avec les services sociaux. Les centres d'orientation professionnelle devront fréquemment être consultés.

Il importe en effet, que pour être efficace, toute reprise du travail, toute réadaptation professionnelle, soient humainement établies et conduites et ne revêtent à aucun moment l'aspect d'une médecine *quasi militaire*. Ainsi posés, les contrôles ne pourront et ne devront avoir aucun caractère vexatoire. Les examens périodiques n'auront pour but que de vérifier les résultats des mesures prises et de s'assurer que les intéressés se conforment bien aux prescriptions des autorités sanitaires.

Ainsi, la récupération pourra suivant les cas être plus ou moins rapide pour faire cesser la période de longue maladie. D'autres fois, elle pourra être plus ou moins tardive, entrecoupée de nécessités de retour à un repos complet. Elle pourra comporter, pour se produire, un temps plus ou moins long mais qui ne pourra excéder trois années. Durant toute cette période, toute aggravation de l'état de maladie entrainant un caractère marqué d'incurabilité, en ouvrant des droits à une demande de pension d'invalidité, supprimera les avantages de la longue maladie.

Des instructions complémentaires pourront venir préciser quelques points laissés en suspens par le texte de l'ordonnance ministérielle du 19 octobre 1945 en ce qui concerne les conditions d'application de la longue maladie. Une collaboration franche et loyale des médecins praticiens et des médecins conseils s'impose pour justifier leurs propositions dans ce sens.

Quoi qu'il en soit, attendons pour les réaliser que le texte définitif du Règlement d'Administration Publique nous en donne les possibilités.

Libres Opinions

RÉPONSE A UN JEUNE MÉDECIN

Je ne suis plus un jeune, dans le sens que l'entend notre confrère Decamps, j'ai plus de 45 ans, j'ai fait les deux grandes guerres et la guerre clandestine, j'ai récolté deux blessures en 14-18, j'ai été ramassé en petits morceaux dans un tamponnement, sous l'occupation, en exerçant la profession dans la zone côtière interdite, par une nuit sombre, comme disent les poètes, et sans lumière naturellement. J'ai reçu, il est vrai, quelques rubans et médailles qui sont peut-être la seule ambition de quelques-uns, mais c'est tout. Aussi bien, puisque je suis un vieux, et que la première guerre a retardé mes études et mon installation, que la seconde m'a éloigné d'une clientèle que d'autres confrères, pendant ce temps, ont servie avec dévouement, que mes accidents me font réagir péniblement aux appels de nuit et aux visites trop éloignées je me permets de dire à notre jeune camarade que tout ce qui touche à la carrière et à notre avenir, ne me laisse pas indifférent.

Or donc, le jeune Decamps voudrait une association des jeunes médecins, dynamiques et révolutionnaires, des gars qui taperont de grands coups de poing sur les tables et qui sauront faire comprendre aux Pouvoirs publics que les jeunes médecins sont un peu là ! Bravo, bravo, mon cher confrère, allez-y, vous réussirez... peut-être... mais d'autres avant vous ont voulu en faire autant, et autant en a emporté le vent !

Nous avons eu l'occupation et l'usurpateur, nous avons eu des conseils, des ordres, des associations médicales, on s'est efforcé d'y grouper toutes les élites de la profession ; en général, elles ont bien voulu se laisser faire : dame, un peu plus d'honneur et une qualité de plus sur une carte de visite, ça plait aux médecins, qui se distinguent les uns des autres par la longueur de leur plaque et les affiches officielles que l'on placarde à leur porte ; il y a eu aussi le dévouement, chez beaucoup, c'est indéniable. Il n'en demeure pas moins que ces mêmes élites sont encore aujourd'hui dans le bain, c'est-à-dire aux leviers de commande des organisations.

Les médecins, en un mot, sont très conservateurs, dès qu'ils sont en place : c'est un fait, et il n'est pas besoin de plus de commentaires.

Nos anciens de Vichy, plus ou moins revenus,

qu'auront-ils à demander aux Pouvoirs publics : en résumé l'amélioration de la situation acquise.

A l'époque de l'avion-fusée, de la bombe atomique, de la nécessité d'une solidarité nationale très largement étendue, d'un certain collectivisme inévitable en raison des ruines, du prélèvement sur les fortunes indispensable, du développement de l'internationale ouvrière inéluctable, nos conseils et ordres joueront retrograde et n'entreront pas dans le mouvement... Ils suivront... malgré eux.

Si les jeunes voient autrement, ils feront autre chose, ils suivront en s'adaptant et en dirigeant l'évolution de la profession.

Je considère, pour ma part, que nous, médecins, presque tous d'ailleurs issus du peuple le plus humble et que beaucoup s'empressent d'oublier, je ne sais pourquoi, nous sommes des travailleurs comme les autres ; nous entrons dans la catégorie des prolétaires si l'on veut bien comprendre que notre activité sociale est absolument nécessaire à tous les régimes quels qu'ils soient ; et, par suite, nous devons nous mettre dans le mouvement de cette révolution qui se fera envers et contre tout, parce qu'il ne peut en être autrement à qui sait voir les choses comme elles sont.

Dès lors, mon cher confrère, une seule solution: adhérez à la C. G. T. !

Ne vous en faites pas, je ne suis pas fou, non, et malgré les rires et les cris, et les élucubrations plus ou moins savantes et astucieuses qui vont accueillir cette conclusion, je vous répète : adhérez à la C. G. T... Si ce ne sont pas les moins de 45 ans qui y vont en entraînant les autres, ce seront les moins de 30 qui s'y trouveront, bientôt, très à l'aise, au sortir de la Faculté.

ARY... FICHEZ,
Plougoulm (Finistère.)

CHRONIQUE AUTOMOBILE

LA MISE EN ROUTE PENDANT L'HIVER

par HENRI PETIT
Ancien élève de l'École Polytechnique. Rédacteur en Chef de la « Technique Automobile »

Mettre en route un moteur à explosion par le grand froid n'est pas toujours facile. Voici quelques tours de main, recettes et procédés qui pourront faciliter la tâche de mes lecteurs obligés par profession de circuler en voiture et de ne pas perdre de temps au moment du départ.

Pour pouvoir démarrer facilement, quatre conditions doivent être remplies :

1° L'huile de graissage du moteur doit être très fluide ;

2° La batterie doit être de capacité suffisante et bien chargée ;

3° L'essence doit être de bonne qualité et en particulier assez volatile ;

4° Enfin, carburateur et appareils d'allumage doivent être en bon état.

Mise en route. — Le procédé le plus commode et le plus élégant consiste à réchauffer le moteur avant de partir. Pour cela, vider l'eau de circulation en remisant la voiture au garage et remplir le radiateur avec de l'eau aussi chaude que possible au moment du départ.

N'essayer le démarrage que quelques minutes après avoir ainsi fait le plein.

Pour conserver l'eau chaude du soir au lendemain, mettre le récipient qui la contient, après vidage, dans une marmite norvégienne

Autre procédé pour réchauffer le moteur : placer sous le capot une résistance électrique branchée sur le courant du secteur : cette résistance peut être constituée par une ou plusieurs lampes à incandescence. Bien recouvrir le radiateur pour ne pas laisser la chaleur se dissiper.

On peut également employer un réchaud électrique placé sous le carter du moteur pendant la nuit.

Démarrage à froid. — L'huile actuelle est trop épaisse pour permettre un bon démarrage. On peut la mélanger avec un peu de pétrole ou de gas-oil : 10 % de gas-oil dans l'huile lui laisseront ses qualités lubrifiantes et la rendront beaucoup plus fluide.

On peut également, en remisant la voiture le soir, verser dans chaque cylindre par le trou de bougie un petit verre à liqueur de pétrole ou de gas-oil et tourner ensuite le moteur à la main. Si l'on a négligé cette précaution le soir, on peut pratiquer l'opération sur le moteur avant de démarrer. Profiter de ce qu'on a dévissé les bougies pour les maintenir pendant la nuit dans un endroit tiède afin d'éviter les condensations fréquentes avec les combustibles alcoolisés.

Pour entretenir la batterie chargée, l'utilisation d'un chargeur de garage est tout indiquée. Malheureusement il est difficile de se procurer ces appareils pour le moment.

Pour démarrer, on a intérêt à procéder ainsi : tirer le starter à fond et actionner le moteur au démarreur *sans allumage* et cela, pendant quelques secondes. Attendre environ une minute et recommencer la manœuvre *en mettant l'allumage pendant que le moteur tourne* : il est rare que l'opération ne réussisse pas.

Avoir soin de débrayer quand on actionne le démarreur, ce qui soulage celui-ci, l'arbre primaire de la boîte de vitesse ne tournant pas dans ces conditions.

Si la batterie paraît faible et que le moteur ne tourne que lentement, il est possible que la tension à la bobine soit insuffisante pour provoquer des étincelles aux bougies. On peut alors rapprocher leurs pointes jusqu'à deux dixièmes de millimètre : c'est un procédé à conseiller chaque fois qu'on a des démarrages difficiles.

Si l'on est fondé à croire que le carburant est en cause, on peut lui adjoindre 10 à 15 % d'éther. Bien entendu, cette adjonction n'est nécessaire qu'au moment du démarrage et peut être faite dans la cuve même du carburateur. On peut également envoyer l'éther avec une burette à l'intérieur des cylindres par le trou des bougies ou bien dans la tubulure d'aspiration, ce qui est facile avec un carburateur inversé.

Enfin, si l'on l'on n'est arrivé à rien par les procédés ci-dessus indiqués, l'ultime ressource sera de faire pousser la voiture débrayée en seconde et troisième et d'embrayer en mettant l'allumage.

Je ne parle que pour mémoire de la mise en marche à la manivelle ; cette manœuvre ayant en général été rendue impossible par construction par l'astuce de nos constructeurs qui considèrent sans doute la manivelle comme un accessoire inutile et d'un emploi humiliant. Autant vaudrait ne pas s'embarrasser de cet accessoire rendu ainsi inutile — (et cependant combien utile !).

ANEMIE

Ampoules buvables
Une ampoule avant chaque repas

HEPAMINE MAUCHANT

Comprimés
Quatre comprimés avant chaque repas

Acides aminés Hématogènes

LABORATOIRE MAUCHANT
GENNEVILLIERS (Seine)

INTESTARSOL

Granulé

TOXI INFECTION INTESTINALE

PARASITOSES

Laboratoire H. CALAS
162, Rue de l'HAY
GENTILLY (Seine)

CACODYLINE

JAMMES

A : 10 cgs.
B : 20 cgs. **D** : 50 cgs.
C : 30 cgs. **E** : 1 gr.

ET

MAGNÉSIO-CACODYLINE

IODINJECTOL

3 FORMES { SIMPLE / SALICYLÉ / GOUTTES

Une injection intramusculaire ou intraveineuse par jour. 60 à 100 gouttes par jour.

Laboratoires JAMMES
86, Rue Michel-Ange, 86
PARIS (16e)



L'ACCOUCHEMENT ÉLECTRIQUE

Méthode du Docteur Frédéric Benoit

Technique d'accouchement **Rapides et Analgésiques**

Épreuve du travail
LEVER PRÉCOCE

Appareil fonctionnant automatiquement

Modèle clinique : sur pied — Modèle praticien : en mallette
Nombreuses références

Pour toute documentation et références s'adresser à :

O. C. E. M.
Tel. { Ric. 94-34 / Ric. 32-81 OMNIUM CHIRURGICAL & MÉDICAL **PARIS** (2e)
26, rue du Quatre-Septembre, 26

A TRAVERS L'OFFICIEL

(Suite de la page 7)

Art. 22. — Le dépistage de la tuberculose, qui est partie intégrante du contrôle médical, est assuré dans chaque académie par un ou plusieurs médecins phtisiologues délégués, désignés par le recteur, sur proposition du médecin inspecteur régional et placés sous le contrôle de ce dernier. Ils sont engagés pour trois ans dans les conditions fixées aux articles 4 et 5 pour les médecins examinateurs.

Lorsque un médecin examinateur est compétent en phtisiologie, il peut être chargé de fonctions de phtisiologue délégué pour un secteur déterminé.

Le personnel auxiliaire nécessaire est engagé par le médecin phtisiologue délégué, avec l'approbation du médecin inspecteur régional.

Le dépistage radiologique de la tuberculose peut être confié à un organisme public ou privé, au moyen d'une convention passée par le recteur, sur proposition du médecin inspecteur régional de l'hygiène scolaire et universitaire, et en accord avec les services du ministère de la Santé Publique.

Art. 23. — Le dépistage de la tuberculose comporte annuellement une réaction tuberculinique (cuti-réaction ou percuti-réaction) et un examen radioscopique ou radiophotographique.

La réaction à la tuberculine est faite chaque année et lue par le phtisiologue délégué ou par le médecin examinateur, ou, à défaut, par une infirmière spécialement entraînée à cet effet et agissant sous la responsabilité du médecin phtisiologue délégué.

Chaque fois qu'est découvert chez un enfant un cas de tuberculose nécessitant une sanction immédiate, d'ordre prophylactique ou thérapeutique, le phtisiologue délégué convoque les parents et leur remet une lettre explicative à l'adresse du médecin traitant ou du dispensaire.

En cours d'année, le médecin phtisiologue délégué assure tout examen radiologique supplémentaire demandé par le médecin examinateur.

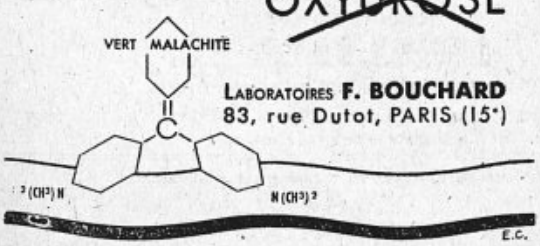
Les agents candidats à un emploi auxiliaire dans les établissements d'enseignement du second degré sont examinés par le phtisiologue délégué avant leur engagement par le chef d'établissement.

Art. 24. — En vue d'assurer la préparation de l'examen médical (interrogatoire, pesées, mensurations, etc.), d'assister le médecin durant cet examen et d'assurer le travail de secrétariat consécutif (liaison avec les familles, rédaction de l'extrait statistique, etc.) chaque médecin examinateur sera secondé par une auxiliaire, titulaire du diplôme d'aide médico-sociale de la Croix-Rouge, ou pouvant justifier d'une formation équivalente.

Dans les établissements du second degré, qui se sont assuré les services d'une assistante sociale suivant la proportion souhaitable d'une pour mille élèves, l'auxiliaire qui assurera le secrétariat médical travaillera sous la direction et la responsabilité de l'assistante sociale.

Les assistantes sociales et les auxiliaires sont engagées sur contrat par l'assistante sociale chef régionale de l'hygiène scolaire et universitaire, après approbation du médecin inspecteur régional. Elles sont réparties dans les divers établissements moyennant accord des chefs d'établissement. Elles sont placées sous l'autorité administrative du chef de l'établissement. Elles reçoivent des directives techniques du médecin examinateur et sont placées sous le contrôle de l'assistante sociale chef régionale de l'hygiène scolaire et universitaire.

Comme les médecins examinateurs, les assistantes sociales et les auxiliaires du médecin sont tenues



DIGIBAÏNE
remplace avec avantage digitale et digitaline

LABORATOIRES DEGLAUDE
15, Boulevard Pasteur — PARIS XVe

VERMALA
OXYUROSE
VERT MALACHITE
LABORATOIRES F. BOUCHARD
83, rue Dutot, PARIS (15e)
E.C.

PRODUITS SPÉCIALISÉS DES ÉTABLISSEMENTS KUHLMANN
MARQUE R. A. L.
H. DELOMÉNIE
Docteur en Pharmacie
15, Rue de La Baume, PARIS (VIIIe)
BINIDIA
Antiseptique génito-urinaire local
BINOXOL
Antiseptique gastro-intestinal
CHLORALOSANE
Hypnotique
DITHIORAL
Antirhumatismal
SUNALCOL
Antiseptique cutané
SUNOXIDON
Fébrifuge - Anti-infectieux
SUNOXOL
Antiseptique pour usage externe

au secret ; elles seront, autant que possible, recrutées en dehors du personnel de secrétariat de l'établissement.

Les médecins examinateurs de chaque établissement sont, de droit, médecins de l'association sportive de cet établissement.

Ils délivrent aux élèves qui en font la demande un certificat médical d'aptitude physique à la pratique des sports. A cette fin, l'examen général, tel qu'il est pratiqué pour la visite de contrôle médical semestriel est complété par une étude spécialement approfondie des appareils cardio-vasculaire (tension artérielle, épreuves cardiaques fonctionnelles) et pulmonaire (spirométrie).

Les vacations du contrôle médical ainsi complété par un examen physiologique sportif doivent être faites au rythme de six élèves par heure, moyenne qui ne doit pas être dépassée.

Dans chaque établissement, les élèves qui désirent adhérer à l'association sportive sont examinés par priorité dès le début de la session du contrôle médical. Ceux qui font la demande de licence au cours de l'année, sont examinés dans le moindre détail. Le médecin examinateur, responsable des conséquences physiques de la pratique des sports par les élèves de l'établissement, est tenu de procéder, par des visites périodiques en cours d'année, à une surveillance spéciale des élèves membres de l'association sportive. Il se tient à ce sujet en liaison avec le professeur ou moniteur d'éducation physique.

Art. 26. — Au siège de chaque Académie, le médecin inspecteur régional de l'hygiène scolaire et universitaire est assisté d'un médecin délégué régional aux sports scolaires et universitaires, qui est chargé de toutes les questions concernant la pratique des sports au sein des associations sportives des établissements d'enseignement. Il est nommé par le recteur de l'Académie, sur proposition du médecin inspecteur régional de l'hygiène scolaire et universitaire, après accord du directeur régional de l'éducation physique et des sports et du directeur régional de la santé.

Il assure notamment :

Le service médical des compétitions régionales les plus importantes ;

L'organisation et la surveillance médicale des épreuves physiques à l'occasion des examens ou des concours ;

L'examen des élèves dont l'aptitude physique à la pratique des sports est contestée ;

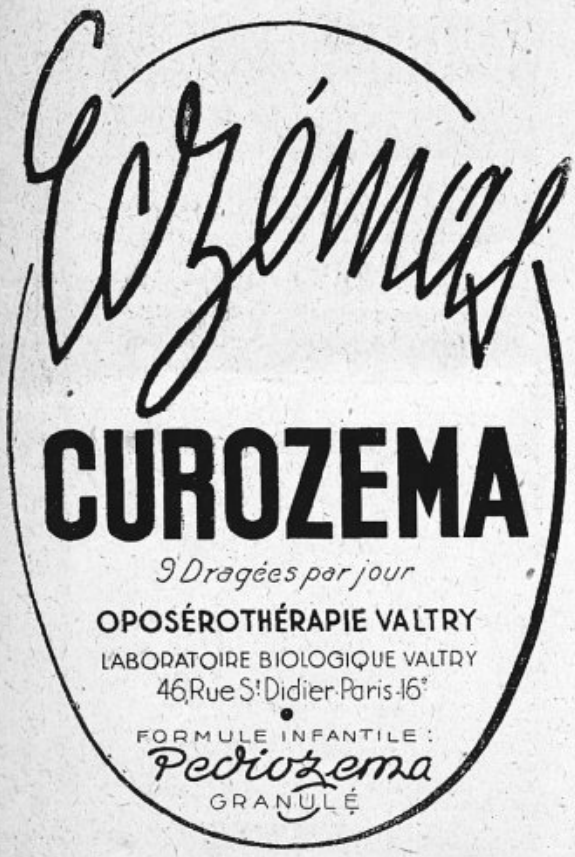
La vérification du contrôle médical au sein de toute association sportive scolaire.

Il se tient en liaison avec le médecin inspecteur régional de l'éducation physique et des sports, qui assure la surveillance médicale des activités physiques et sportives extra-scolaires, ainsi qu'avec les médecins examinateurs des établissements d'enseignement et, le cas échéant, avec les médecins de famille des élèves.

Art. 27. — Jusqu'à la mise en application des mesures obligatoires découlant de l'ordonnance du 18 octobre 1945 susvisée, le contrôle médical, tel qu'il est défini dans les articles précédents, pourra être étendu aux établissements privés d'enseignement du second degré après accord entre le recteur de l'Académie et les représentants qualifiés de l'enseignement privé dans l'Académie.

Art. 28. — A titre provisoire, pendant l'année scolaire 1945-46, les médecins chargés des examens médicaux et les secrétaires médicales restent en fonction jusqu'à ce que le personnel prévu au présent arrêté ait été désigné.

(*J. O.*, 21 décembre 1945.)







ECHOS & COMMENTAIRES

CONSTATATIONS ET INTERPRÉTATIONS.

Rendant compte des élections au Conseil départemental de la Seine, et constatant la présence, dans le nouveau et *tout provisoire* Conseil, de 18 conseillers sortants sur 33 nouveaux élus, certains en déduisent que le procès intenté contre les opérations électorales et les campagnes ou manœuvres qui les ont précédées est définitivement jugé et que tout est pour le mieux dans le meilleur des Conseils. C'est, selon nous, aller un peu vite en besogne.

Nous croyons bon à cet égard de rappeler quelques chiffres et quelques faits que peuvent recevoir une tout autre interprétation.

En premier lieu, sur 7.188 inscrits, 2.890 médecins seulement se sont intéressés aux élections du Conseil de l'Ordre. Le parti des abstentionnistes représente 60 % c'est-à-dire la très forte majorité du corps électoral.

En second lieu, sur les 40 % restant, le nombre des bulletins nuls est considérable et dépasse ce qu'il est normal d'attendre de toutes élections : 428, soit plus de 15 %. Il semble bien que le bulletin nul ait été non pas seulement accidentel mais aussi et surtout systématique. En sorte qu'il peut être considéré comme la pointe active du parti abstentionniste.

En troisième lieu, et mise à part la tête de liste qui se détache nettement du peloton, les nouveaux conseillers ne réunissent sur leurs têtes qu'une fraction très maigre des votants (en moyenne de 1.000 à 1.500 voix, soit de 38 à 52 %) et ne représentent qu'une fraction particulièrement faible du corps électoral (de 14 à 20 % environ).

Cette constatation par certains côtés affligeante a cependant d'heureux résultats : il sera fort difficile sinon impossible d'opposer le Conseil de l'Ordre aux Syndicats au point de vue capacité représentative — ce d'autant plus que les troupes syndicales ont fourni une bonne part des électeurs actifs. Et l'on peut espérer voir disparaître ainsi une des graves causes de division entre les deux organisations professionnelles de la médecine — division qui eut été particulièrement redoutable dans la Seine — : chacune d'elles réunit à peu près le même nombre d'adeptes : beaucoup sont au reste communs.

Elles sont ainsi sur pied d'égalité par rapport au tiers-parti qui est le grand triomphateur des élections.

Dernière constatation enfin : L'Assemblée générale, réunie *in extremis*, a clairement manifesté sa volonté de voir démissionner le nouveau Conseil dès qu'aura été préparé par lui un régime électoral clair et loyal. Il serait bon que le Conseil provisoire s'attelle sans tarder à ce qui est, avec l'expédition des affaires courantes, sa tâche essentielle, et qu'il ne perde pas le peu d'autorité dont il jouit, en traduisant dès ses premiers jours la volonté clairement exprimée des votants, (qui est sans nul doute aussi la volonté informulée des abstentionnistes, dégoûtés par des procédés électoraux indignes des médecins).

En dernière heure nous apprenons la décision de démission collective prise par le Conseil dès sa première réunion. Tout est donc pour le mieux.

GLOBIRON
AMPOULES BUVABLES DE 3 CC
HÉMOPYLORE "3"
ORGANOMÉTALLIQUE
Anémies hypochromes
Chlorose
Carences martiales
LABORATOIRE ROGER BELLON
Louis FERRAND

TIODINE COGNET
IODE + SOUFRE
par la
THIOSINAMINE IODÉE
Rhumatismes Chroniques
et toutes Scléroses

CALMOPELVINE
Dragées
ANTISEPTIQUE URINAIRE
LABORATOIRES FERGANT
81, Rue Réaumur, PARIS - Tél. : Central 37-91

Car en réalité, notre analyse nous conduit, mieux qu'un optimisme de commande, à connaître le vrai problème, dont devraient se soucier avant tout autre, Conseil et Syndicat : (Ils ne sont pas trop de deux, *unissant leur action*, pour tenter de le résoudre). Comment ne point susciter la méfiance de ce grand corps muet dont ils doivent exprimer la pensée ou les besoins ? Comment mieux encore le conduire à participer davantage à la vie et à l'organisation de la profession ?

Le premier moyen est, avant tout autre, de préparer une nouvelle consultation électorale, une nouvelle prise de contact avec le médecin parisien dans des conditions plus pures moralement, plus claires matériellement, et de mettre une sourdine à des rivalités partisanes qui font perdre plus que gagner à chacun de leurs protagonistes, en amenant les bonnes volontés à se réfugier dans l'abstention.

De qui se moque-t-on ?

Le Comité directeur de l'Union des Médecins Français a récemment pris — et imprudemment publié — une résolution intitulée « Pour la sécurité sociale », de laquelle nous détachons les extraits suivants :

« L'U.M.F. apporte son accord sur le principe même du projet d'organisation de la sécurité sociale, à savoir :

« 1° Extension des assurances sociales à l'ensemble des salariés du pays, en attendant son extension à l'ensemble de la population.

2° Elle se déclare satisfaite de l'assimilation et de l'incorporation des accidents du travail dans l'organisme de sécurité sociale.

3° Elle se déclare pleinement d'accord pour l'organisation fixant le régime de longue maladie. »

.....

« 5° Sur le point particulier des allocations familiales, elle estime qu'il est urgent qu'elles soient incorporées dans l'organisation de sécurité sociale. »

.....

« 6° L'U.M.F. admet la nécessité d'un accord entre les caisses de sécurité sociale et les syndicats médicaux pour la fixation des tarifs. »

Deux phrases nous frappent particulièrement :

1° La reconnaissance de la nécessité d'un accord entre les Caisses de sécurité sociale et les syndicats médicaux pour la fixation d'un tarif d'honoraires.

2° Le plein accord donné sur l'organisation du régime de longue maladie.

Il convient de se souvenir de ce que le fameux article 33 imposant à tout assuré social, avant l'expiration du troisième mois de maladie, une consultation par le médecin conseil et éventuellement par un sur-expert désigné par le directeur régional à la Santé, est la pièce maîtresse du régime d'assurance de la longue maladie. Or, c'est ce texte qui, à notre avis, contient la plus dangereuse atteinte à la Charte médicale. C'est contre lui que le corps médical unanime doit se dresser énergiquement.

OPOTHÉRAPIE ASSOCIÉE

PANCRÉPATINE
LALEUF
CAPSULES GLUTINISÉES

DIABÈTE

6 A 12 CAPSULES PAR JOUR
(AU COURS DES REPAS)
SUIVANT PRESCRIPTION MÉDICALE

LITTÉRATURE
LABORATOIRES LALEUF
51, RUE NICOLO, PARIS-16e



Troubles digestifs, cutanés, nerveux, Grossesse, Croissance

Laboratoires Pharma-France
43, rue de l'Ancienne Mairie
Boulogne-s-Seine - Mol 12-13



Infestations intestinales

Laboratoires Pharma-France
43, rue de l'Ancienne Mairie
Boulogne-s-Seine - Mol 12-13

On est donc étonné que le Comité directeur de l'U.M.P. ait pu, sans gêne apparente, annoncer *urbi et orbi* que même sur les points les plus discutables de la réforme récente des assurances sociales il donnait son agrément. On comprend d'autant moins que, si nos souvenirs sont exacts, au sein de ce Comité directeur siègent des confrères tels que Guyot Lafay, Milliez, Pilchet, Royer de Véricourt et Tissier-Guy, qui, tout récemment, par leurs propos, par leurs écrits, par leur action même pour quelques-uns, ou par les démarches de leur entourage, avaient montré une franche hostilité à la réforme et fondaient sur cette hostilité des programmes de défense énergique. On se demande par quel miracle, tous réunis au sein de l'U.M.F., ils ont pu changer aussi rapidement et aussi radicalement d'opinion.

A quelle majorité a donc été adoptée la résolution si inopportunément publiée ? Si, ce que nous ne pouvons croire, elle avait été prise à l'unanimité, force serait bien de se poser la question : Mais de qui donc se moque-t-on ?

La sécurité réglementée.

Si le grand plan de Sécurité sociale ne doit entrer en vigueur que le 1er juillet 1946, c'est au 1er janvier 1946 que le nouveau régime des assurances sociales organisé par l'ordonnance du 19 octobre 1945 doit prendre effet. Il était donc urgent et nécessaire que le règlement d'administration prévu par l'ordonnance paraisse avant cette date. C'est maintenant chose faite et l'*Officiel* du 30 décembre nous gratifie d'un décret en dat du 29, organisant en 155 articles le fonctionnement des divers services (maladie, maternité, vieillesse, invalidité), précisant le mécanisme des juridictions contentieuses (contrôle technique, contentieux judiciaire) et ménageant les transitions entre le régime des Caisses actuelles et le régime des Caisses uniques de Sécurité sociale, destinées à les relever à l'été prochain.

Nous publierons et commenterons les dispositions essentielles, au point de vue médical, de ce décret-fleuve.

Qu'il nous suffise aujourd'hui d'insister sur les dispositions relatives au *contrôle des malades* (qu'il importe de ne point confondre avec le contrôle technique), et au fonctionnement du régime de la *longue maladie*.

Nous espérions trouver dans le règlement des précisions sur le sens des fameux articles 33 et 35 de l'ordonnance relatifs à l'examen de tous les assurés par le médecin conseil au bout du troisième mois, et sur le rôle exact du médecin conseil.

Nous devons dire que nous nous inclinons devant la subtilité des rédacteurs du texte qui ont parfaitement esquivé toutes les difficultés en interdisant au médecin conseil de « s'immiscer dans les rapports du malade et du médecin traitant », *dans la mesure naturellement ou cette interdiction ne fait pas obstacle à l'application de l'article* 33. C'est, élégamment, résoudre ainsi la quadrature du cercle.

Notons enfin qu'une convention-modèle Syndicat-Caisse sera arrêtée par le ministre du Travail, et comportera des dispositions facultatives et obligatoires. Cette convention reproduira d'ailleurs la convention-type qui vient d'être élaborée par la Confédération en accord avec le Conseil supérieur des A. S.

Jusqu'au 1er juillet 1946, les attributions des Caisses régio-



Dernier paru
Bulletin n° 5

THÉRAPEUTIQUE IODÉE
RADIODIAGNOSTIC

LIPIODOL
LIPIODOL « F »
TÉNÉBRYL

Laboratoires A. GUERBET et Cie
22, Rue du Landy,
SAINT-OUEN (Seine)

GRIMAULT

DELBIASE

Stimulant biologique général
Dermatoses - Prophylaxie du cancer

★

LABORATOIRES GRIMAULT
51, RUE FRANÇOIS-Ier - PARIS

DIGESTION

du pain et des féculents
Fermentations et gaz gastro-intestinaux - Colites droites - Dyspepsie salivaire ou pancréatique - Maladies par carence

AMYLODIASTASE

DIASTASES & VITAMINES
de l'Orge et des céréales germées

2 Formes
Comprimés — Sirop

LABORATOIRES THÉPÉNIER
10, rue Clapeyron - Paris (8e)

nales en ce qui concerne la conclusion des conventions seront exercées par les Unions régionales. Les conventions conclues actuellement ne peuvent donc l'être qu'à titre précaire et provisoire, rien ne garantissant l'accord des futurs Conseils, sur les dispositions facultatives.

Dans tous les cas où aucune convention n'est encore conclue ou approuvée conformément au nouveau texte, les honoraires sont fixés par l'entente directe sur la base des tarifs syndicaux, et remboursés conformément aux anciens tarifs de responsabilité.

A PROPOS DU TARIF DES A. T.

Le plus grand désordre préside, du côté des Compagnies d'assurances A. T. ou des Caisses d'Assurances sociales faisant fonction d'assureurs, à l'exécution de l'arrêté du 25 septembre 1945. La majorité des Compagnies, se fondant sur la lettre de ce texte, refuse de régler les honoraires médicaux à un prix plus élevé que le tarif de responsabilité de la Caisse départementale d'Assurances sociales. Les 89 plafonds de notre ami Decourt sont donc invoqués d'un cœur léger... Complication supplémentaire même : comme l'augmentation accordée rétroagit au 1er avril 1945, et comme depuis cette date les tarifs de responsabilité ont, dans la plupart des cas, varié une ou deux fois entre le 1er avril et le 31 décembre 1945, le médecin est exposé à subir deux ou trois honoraires différents selon la date précise à laquelle les soins ont été donnés.

Voici toutefois une information importante que nous nous en voudrions de ne pas porter à la connaissance de nos lecteurs. De côtés et d'autres, il nous est signalé qu'un assez grand nombre de notes d'honoraires A.T. ont été réglées aux confrères sur la base de 40 francs la visite ou consultation, alors que le tarif de responsabilité des Caisses était inférieur à ce chiffre. Il y a là un avantage sérieux consenti spontanément (peut-être par inadvertance d'ailleurs), par les Compagnies, au corps médical, et dont celui-ci saura tirer profit, nous l'espérons.

Enfin, en sens contraire, nous attirons l'attention de nos confrères sur le fait que dans plusieurs départements les Caisses d'Assurances sociales, auxquelles Compagnies d'assurances et médecins demandaient quel était leur tarif de responsabilité, ont indiqué non pas ce tarif de responsabilité mais leur tarif de *remboursement* (inférieur de 20 % au premier). En toute bonne foi par conséquent certaines Compagnies d'assurances prétendaient ne régler les honoraires A. T. que sur la base du tarif communiqué, c'est-à-dire de 20 % trop faible. Après mise au point dûment faite, l'erreur a été redressée. Il est cependant essentiel que, si elle s'est produite ailleurs, elle soit également réparée.

TRAITEMENT DES
TROUBLES FONCTIONNELS
DU SYSTÈME SYMPATHIQUE

NEUROTENSYL

COMPRIMÉS DRAGÉIFIÉS

BOUFFÉES CONGESTIVES - VERTIGES
INSOMNIES TENACES - ÉMOTIVITÉ
HYPEREXCITABILITÉ - ANGOISSE
ARYTHMIE - TROUBLES DE L'HYPERTENTION
TROUBLES CARDIO - VASCULAIRES

4 à 6 comprimés par jour dans un peu d'eau avant les principaux repas

LABORATOIRES J. P. PETIT - 72, BOULEVARD DAVOUT - PARIS (XXe)

Coryza — Rhinites
Sinusites
Obstruction nasale, etc.

BALSAMORHINOL

LABORATOIRE FIDÈS
14, rue de la Comète,
PARIS (7e)

Inflammations
de la Gorge, des Bronches
des Fosses nasales

INHALANTYL

Comprimés

CORRESPONDANCE

APPLICATION DE TARIFS D'HONORAIRES

PENSIONNÉS DE GUERRE

3538. — **Pneumothorax et radioscopie de contrôle.**

Que dois-je demander comme honoraires pour examen radioscopique et insufflation d'un malade victime de guerre ? J'ai cru voir dans un de vos derniers numéros qu'il y avait lieu de compter :

1e Examen radioscopique	75
2e Insufflation	100
Soit au total	175

Est-ce exact ou faut-il comprendre seulement, comme dans la Nomenclature des A.S., l'insufflation seule qui comprend l'examen radioscopique ?

Dr G.

Réponse

Dans l'arrêté complémentaire du 27 octobre 1944, on lit : « Pneumothorax artificiel : première insufflation : 300 fr., les suivantes : 100 fr. »... Mais contrairement au paragraphe 4 du Titre II du tableau annexé à l'arrêté du 2 juin 1943, il n'est pas mentionné, cette fois avec radioscopie de contrôle. J'en conclus que la radioscopie du thorax (tarifée 75 fr.) doit être comptée en plus en matière de soins aux pensionnés de guerre, contrairement à ce qui se passe en matière d'A.S.

Dr F. DECOURT.

DEMANDES ET OFFRES

En raison du nombre important de petites annonces reçues et du manque de place, nous prions instamment nos abonnés de surseoir à leurs envois, jusqu'à nouvel ordre.

N° 1. — J. méd. opht. ch. trav. assist. Paris.

N° 2. — Le Dr A. Percheval de Neaufles-St-Martin (Eure), téléph. 15, informe ses confr. qu'il fait des remplacements tte l'année.

N° 3. — Médec. obligé d'habiter Paris, pour rais. de fam. (enfant), demande situat. sédent. médic. ou paramédic.

N° 4. — A vendre voiturette électr. Peugeot, bon état marche. Pneus neufs. Ecr. journ. qui trans.

N° 5. — Poste médic, à céder ch. l. de c. rég. tourist. Aude import., maison 7 p., jard., cond. intér. Ecr. journ. qui transm.

N° 6. — A vendre table d'exam médic. (bois ou tub. métal).

N° 7. — A vendre au plus offr., un appar. à transf. Henry et Jouvelet, un appareil caut. lumière, un thermo-caut. Ecr. journ. qui transm.

N° 8. — A céd. poste médic. import. plein rapp., ch. l. de c. rég. Toulouse. Prix à débattre, présent. sincère à la client.

N° 9. — Littoral normand, bourg 1.500 h. (non sinistré) avec appar. perm. télé-radio. Mais. tt conf. 2 jard., loyer 10.000 fr. A rep. diffr. appar., dont un radiolix Dutertre, Juva, biblioth. etc., ne cèd. qu'à célib. ou marié sans enf. Ecr. journ. qui transm.

N° 10. — A vendre lampe U.V. à mercure n'ay. servi que qq. heures, grand modèle de bonne marque. Dr Caillault, à Cognac (Charente).

N° 11. — Moto 4 CV, 4 t., culbut., marque Soyer, pneus neufs, parfait état. Ecr. M. Derbier, 10, quai Cypierre, à Orléans.

N° 12. — Fille et sœur de doct., ayant le permis de conduire, ferait la représentat. de produits pharmac. Mlle Suzanne Peyre, à Belpech (Aude). Visa n° 12.653.

N° 13. — Le Dr Borg informe ses conf. de l'ouvert. du préventorium Bel-Air, à Châteauneuf, près Grasse, pour j. gens à partir de 14 a., agréé par les A.S.

Gérant : J. MIGNON — Février 1879
G. BLANCHONG & Cie, 30, rue du Poteau, Paris (18e) 31.1044
Dépôt légal N° 5 — 1er trimestre 46

SILÉNAN
809 - SULFAMIDE CAMPHOSULFONIQUE
SOLUBLE - REMARQUABLEMENT TOLÉRÉ
Possède toutes les activités thérapeutiques du sulfamide, renforcées par la molécule camphre soluble qui lui confère une action tonique cardiaque, respiratoire et rénale.
ANTIBACTÉRIEN POLYVALENT
Exalte au maximum la capacité de défense de l'organisme
Comprimés: 2 Dosages: 0g .50 ou 0gr.25
Poudre : Très soluble dans l'eau
Tableaux de Traitements sur demande
Lab. S. COUDERC
9 et 9 bis, rue Borromée, PARIS-XVe
En Z. N. O. :
2, place Croix-Paquet, LYON



Boldolaxine

LABORATOIRE EMILE CHARPENTIER
2, RUE DU BOIS DE BOULOGNE PARIS XVI

NÉOSPLÉNINE



LA 1re SYNERGIE
À BASE D'EXTRAITS
DE RATE-FOIE
MUQUEUSE GASTRIQUE

TOUTES DÉFICIENCES ORGANIQUES
LABORATOIRE DU DOCTEUR E. AUBERT
71, RUE Ste-ANNE - PARIS 2e

Comprimés à croquer — Dragées

ULTRACALCIUM

PHOSPHORE • CALCIUM • VITAMINE D

RECALCIFIANT COMPLET ET ÉQUILIBRÉ

SPÉCIFIQUE DE LA CARENCE CALCIQUE

1° Grâce au rapport Ca/P le plus favorable (1,39)
2° Grâce au pouvoir régulateur et inducteur de la Vitamine D.

POSOLOGIE

Employé comme compensateur de la carence calcique l'Ultracalcium doit être absorbé aux doses suivantes.

Enfants jusqu'à 6 ans	1 à 3 comprimés par jour	
Enfants de 6 à 10 ans	2 à 6	—
Adolescents et Adultes	4 à 8	—
Femmes enceintes et nourrices	6 à 10	—
Employé dans les troubles aigus du métabolisme phospho-calcique	8 à 12	—

LAB. DEROL, 66ter, Rue Saint-Didier, PARIS-XVIe

On désinfecte avec le FUMIGATOR GONIN



60, Rue Saussure
PARIS (17e)

68e ANNÉE — N° 2 et 3 — 20 JANVIER 1946

379 à 381

LE CONCOURS MÉDICAL

37, RUE DE BELLEFOND • PARIS (9e) • TRU 33-66

SOMMAIRE

PARTIE SCIENTIFIQUE

Méditation sur les remèdes défunts (Dr Pierre MAURIAC) 41

Longue survie dans deux cas de leucémie lymphoïde (Prof. Maurice PERRIN) 43

Etudes scientifiques russes : Physiothérapie végéto-reflexe (Dr André DENIER) 45

LES LIVRES, 44. — LES SOCIÉTÉS SAVANTES, 46. — LA PRESSE, 47.

PARTIE PROFESSIONNELLE

PROPOS DU JOUR. — L'impôt sur la jeunesse (Dr G. LAVALÉE) 49

DROIT PROFESSIONNEL. — Assurances sociales : Qui est responsable du traitement? GNON) 51

A propos des élections au Conseil de l'Ordre de la Seine (Dr Ch. Dévé) 54

DOCUMENTATION PROFESSIONNELLE. — Assurances sociales. 54

DEMI-COLONNES

DERNIÈRES NOUVELLES, 34. — A TRAVERS L' « OFFICIEL », 37. — ECHOS ET COMMENTAIRES, 57. — CORRESPONDANCE, 61.

OUABAÏNE ARNAUD

Equilibre Phospho-calcique
TRICALCINE
Granulés IRRADIÉE *Cachets*
RECALCIFICATION de l'ORGANISME
Lab. SCIENTIA - Dr PERRAUDIN
21, rue Chaptal, PARIS

Antianaphylaxie polyvalente
PEPTALMINE
Migraine - Urticaire
Eczéma - Asthme
Lab. SCIENTA
Dr PERRAUDIN
21, rue Chaptal, PARIS

Toux *Coqueluche*
ÆTHONE
Laboratoire de l'ÆTHONE 35, rue Boissonnade, PARIS (XIVe)

Silicyl
Médication de BASE et de RÉGIME
des ÉTATS ARTÉRIOSCLÉREUX
et des carences siliceuses
18, Rue Ernest-Rousselle - PARIS-13e

PYRÉTHANE
Antinévralgique Puissant
18, Rue Ernest-Rousselle - PARIS-13e

DERNIÈRES NOUVELLES

Académie de Médecine.

M. Brumpt a été élu vice-président de l'Académie de Médecine pour 1946.

Jubilé du Médecin Général Inspecteur H. Vincent.

Une cérémonie officielle et une réception organisées à l'occasion du Jubilé de l'Enseignement au Val-de-Grâce du Médecin général inspecteur H. Vincent, professeur honoraire du Collège de France, membre de l'Institut et de l'Académie de Médecine, ont eu lieu le 5 janvier, à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, salle Laveran.

Hôpitaux communaux de la région sanitaire de Paris.

Les *concours spéciaux d'internat* prévus par l'arrêté du 9 août 1945 auront lieu : 1° Concours de remplacement, le 19 février 1946 ; 2° Concours supplémentaire, le 9 avril 1946. Inscriptions pour le premier concours, jusqu'au 28 janvier 1946 ; pour le deuxième concours, du 4 mars au 18 mars 1946.

S'adresser, pour renseignements, à la Direction Régionale de la Santé, 1, avenue Victoria, Paris (4e).

Comité de l'Empire Français : Commission de Médecine et d'Hygiène coloniales.

La Commission de Médecine et d'Hygiène coloniales du Comité de l'Empire Français, réunie le 20 novembre 1945, sous la présidence du professeur Pasteur Vallery-Radot, pour étudier les incidences possibles sur le fonctionnement des services sanitaires aux colonies du projet actuellement à l'étude de la fusion des armées coloniale et métropolitaine, après avoir entendu l'exposé fait par son président et en avoir discuté a, à l'unanimité, émis le vœu suivant :

1° En cas de fusion des armées métropolitaine et coloniale, il est souhaitable qu'à titre de disposition transitoire, le Corps de Santé colonial soit maintenu dans sa forme actuelle et avec ses attributions, tant qu'une nouvelle organisation n'aura pu être mise sur pied.

2° Pour faciliter ultérieurement le recrutement et la formation des médecins coloniaux, tant du point de vue technique que du point de vue moral, une Ecole de Médecine coloniale doit être créée, dont le siège et les modalités de fonctionnement seront étudiés par la suite.

Les médecins sortant de cette école, qui constitueront le cadre des médecins coloniaux, recevront un statut spécial.

3° En attendant que cette école soit réalisée et puisse assurer normalement le recrutement du personnel médical des colonies, un appel sera lancé aux médecins civils. Cet appel sera d'autant plus facilement entendu, que moyennant certaines conditions d'âge, de moralité, de compétence et de valeur scientifique, des situations matérielles convenables seront offertes à ces médecins. Ceux-ci devront être soigneusement sélectionnés.

(*Communiqué.*)

Comité de Coordination des Conseils départementaux des médecins de la région parisienne.

Le Comité de Coordination des Conseils Départementaux provisoires des Médecins de la Région Parisienne a tenu sa dernière séance le 25 novembre 1945 à son siège social, 28, rue Serpente, sous la présidence du Docteur Tissier-Guy, Président.

Seules, des questions ressortissant aux attributions du nouvel Ordre des Médecins ont fait l'objet des débats, les autres questions ayant été réservées pour la réunion du Comité Intersyndical des Médecins de la Région Parisienne qui devait se tenir immédiatement après celle du Comité de Coordination.

Avant de se séparer, les membres du Comité de Coordination ont à l'unanimité exprimé le désir de voir les futurs Conseils Départementaux de l'Ordre faire revivre le Comité de Coordination. A l'unanimité également, ils ont voté la motion suivante :

« Le Comité de Coordination des Conseils Départementaux des Médecins de la Région Parisienne constate que le nombre des plaintes portées par la Caisse d'Assurances Sociales contre les Médecins de la Région Parisienne, tant pour les dépassements abusifs d'honoraires que pour tout autre motif, est infime, eu égard aux quelques 8.000 médecins exer-





çant dans les cinq départements de la région parisienne. Il ne saurait porter atteinte à la dignité du Corps Médical, ni prouver que les conventions Union des Caisses et Conseils Départementaux de l'Ordre des Médecins, signées en avril 1942 et toujours en vigueur, n'ont pas été respectées. »

(Communiqué.)

Comité intersyndical des médecins de la région de Paris.

Le bureau provisoire a été ainsi constitué : *Président :* Dr Rouzaud (Seine-et-Oise) ; *Vice-Présidents :* Dr Dupas (Seine), Dr Pelbois (Seine-et-Oise) ; *Secrétaire Général :* Dr Drouet ; *Secrétaire Général adjoint :* Dr Gautrelet ; *Trésorier :* Dr Duvelleroy ; *Secrétaire Administratif :* Dr Coquin.

Confédération des syndicats médicaux français.

Le Conseil d'administration de la Confédération des Syndicats médicaux français, réuni les 15 et 16 décembre 1945, sous la présidence du professeur Noël Fiessinger, appelle l'attention de M. le Ministre de la Population, du Directeur de l'Assistance Publique à Paris et des Commissions administratives des hôpitaux en général, sur les faits suivants :

A l'heure actuelle, l'encombrement des hôpitaux est tel que nombre d'admissions utiles ne peuvent être effectuées ; que surtout certains traitements externes, en matière de radiothérapie spécialement, sont reportés à des dates éloignées.

Ceci tient à l'affluence à l'hôpital de nombre de malades dont la situation leur permettrait facilement de recevoir hors de l'hôpital les soins qu'ils viennent y réclamer.

En conséquence, le Conseil de la Confédération des Syndicats médicaux français demande formellement que, tant pour les admissions, sauf urgence, que pour les traitements externes, une priorité absolue soit réservée à tous ceux pour qui a été institué l'hôpital, c'est-à-dire : les économiquement faibles, spécialement les malades ressortissant de l'assistance médicale gratuite et les ouvriers ou employés ; les patentés, ou ceux qui appartiennent aux cadres, ne devant être admis qu'à la suite, et lorsque seront servis tous ceux pour qui l'hôpital constitue un droit.

(Communiqué.)

Aide suisse aux enfants de médecins français.

Le Dr Coutela, Président du Conseil supérieur des médecins, nous adresse le communiqué ci-après :

« Sur invitation de nos confrères suisses, 52 enfants de médecins français sont déjà partis en Suisse : ils y recevront pendant trois mois la plus gracieuse des hospitalités. Le Conseil supérieur a tenu à désigner par priorité des orphelins victimes de la guerre ; nous n'avions pas besoin, hélas ! de rédiger des appels dans la presse : il y en a au moins 325.

Au nom de tous, le Conseil supérieur adresse à nos confrères suisses, en particulier à leur Président, le docteur d'Ernst, de Genève, et à la Croix-Rouge suisse ses remerciements pour ce témoignage effectif de leur cordiale sympathie : qu'ils soient assurés de notre reconnaissance pour leur geste si délicat de fraternité médicale. »

Syndicat National des Chirurgiens français.

Le Conseil d'Administration du Syndicat National des Chirurgiens français est ainsi composé :

Président d'honneur, professeur Marquis (Rennes) ; Président, Professeur Leveuf (Paris) ; Vice-Présidents, MM. Deniker (Paris), Planson (Paris), Laffitte (Niort) ; Secrétaire général, M. Bergouignan (Evreux) ; secrétaire adjoint, M. Menegaux (Paris) ; Trésorier, M. Masmonteil (Paris) ; Membres du Conseil, MM. Ameline (Paris), Baranger (Le Mans), R. Bureau (Nantes), Delmas (Agen), Jeanbrau (Montpellier), Lamare (Saint-Germain), Luzuy (Blois), Métivet

Le Concours Médical
Fondé en 1879 par A. Cézilly.
Directeur honoraire : Docteur J. Noir.
Directeur : Dr G. Lavalée.
Rédacteur en Chef : Dr G. Fischer.
Rédaction, Administration et Publicité, 37, Rue de Bellefond, Paris (9e).
Téléphone : TRU 33-66. R. C. Seine 76.579.
Chèques postaux, Paris 167.95.
Abonnements : 1 an, 250 francs. - Etudiants, 125 fr. Le N° 10 fr. Changement d'adresse 5 fr.

PASSIFLORINE

Le médicament des cœurs instables

La PASSIFLORINE
par sa composition atoxique
PASSIFLORE, AUBÉPINE, SAULE
est un calmant
du Système végétatif
et un
Régulateur toni-cardiaque

La PASSIFLORINE
est le grand remède phytothérapique
de l'Eréthisme cardiaque
avec
Palpitations et Tachycardie

Laboratoire G. RÉAUBOURG, Dr en Phie
115, Rue de Paris - BOULOGNE-sur-SEINE

LABORATOIRE CORBIÈRE, PARIS



SERUM ANTI-ASTHMATIQUE
DE HECKEL

AMPOULES de 5cc adultes. 2cc enfants. Injection sous cutanée indolore

(Paris), Picard (Douai), Pouliquen (Brest), Piollet (Clermont-Ferrand), Woimant (Compiègne).

Conseil de surveillance de l'Office public d'hygiène sociale.

Par arrêté en date du 13 novembre 1945, le Préfet de la Seine a désigné le Docteur Rouèche, Secrétaire général adjoint du Comité National de l'Enfance, comme membre du Conseil de surveillance de l'Office public d'hygiène sociale, au titre de représentant de la Chambre syndicale des Médecins de la Seine.

Conseil départemental de l'Ordre des Médecins de Saône-et-Loire.

Le Conseil de l'Ordre de Saône-et-Loire est composé comme suit :

Président : Dr Manleux (Tournus) ; Vice-Président, Dr Cordier (Epinac-les-Mines) ; Secrétaire, Dr Burlats (Mâcon) ; Membres, Drs Armand (Mâcon), Janin (Brange), Mazuez (Montceau-les-Mines), Prieur (Châlon-sur-Saône), Sabatier (Paray-le-Monial), Sautier (Autun), Sorlin (Louhans), Tillier (Marcigny), Viellard (Châlon-sur-Saône).

Elections au Conseil départemental de l'Ordre de la Seine.

Sont élus :

Titulaires : MM. Ameuille, Balthazard, Bénard, Mme Bertrand-Fontaine, MM. Buvat, Cibrie, Coutela, Duvelleroy, Fanton d'Andon, Fiessinger, Funck-Brentano, de Gennes, Grasset, Huet, Lafay, Laporte, Lechelle, Le Lorier, Milliez, Moreau, Oberlin, Piedelièvre, Tissier-Guy, Wolfrom.

Suppléants : MM. Bezançon, Boelle, Boudin, Cherigie, Debray, Drouet, Guyot, Guillaumat, Lhermitte.

Conseil de l'Ordre du département de la Haute-Savoie.

A la suite des élections auxquelles les médecins inscrits au Tableau de l'Ordre ont procédé le 2 décembre 1945 le Conseil de l'ordre du Département de la Haute-Savoie est ainsi constitué : Président, Dr Picaud (Sallanches) ; Vice-Président, Dr de Chabanolle (Chamonix) ; Secrétaire, Dr Lathuraz (Annecy) ; Membres, Drs Desgeorges (Passy), Bernex (Evian), Louis Bouchet (Frangy), Deschamps (Annecy), Achard (Thonon), Chevalier (Thonon), Bonier (Saint-Julien), Lamson (Vinzier), Jean David (Saint-Julien) ; Membres suppléants, Dr Didierlaurent (Annecy), Ratie (Annecy), Ronzier (Annecy), Beretta (Cruseilles), Picon (Annecy), Jean Trombert (Evian).

« Techniques hospitalières ».

Nous souhaitons une cordiale bienvenue à la nouvelle revue « Techniques Hospitalières » (6, square Desaix, Paris), dont les deux premiers numéros sont une éclatante réussite.

Editée avec un goût sûr, parée de nombreuses et très belles illustrations, elle précise les techniques architecturales et administratives propres aux établissements et œuvres de cure, post-cure et prévention.

Elle complète, par un remaniement et une mise au courant périodique, le livre « L'Hôpital Français » de M. A. Thoillier, paru en 1943.

Naissances.

Nous apprenons la naissance d'Anita Valentini, troisième enfant du Docteur Valentini, de Bruges (Gironde) ; de Patrice Duhamel, quatrième enfant du docteur M. Duhamel (Le Perreux, Seine) ; de Philippe Chaillet, deuxième enfant du docteur J. Chaillet, de Paris ; de Monique Blancard, deuxième enfant du docteur Pierre Blancard, de Neuilly-sur-Seine, chef de clinique ophtalmologique à l'Hôtel-Dieu ; de Jean-Charles Vandenabeele, fils du docteur Georges Vandenabeele, de Lallaing (Nord).

Mariages.

Le docteur Jean Soleil, de Lille, fait part de son mariage, qui a eu lieu dans la plus stricte intimité le 21 décembre 1945, avec Mme Françoise Legendre.

Le docteur Gaston Tissot, de Bâgé-le-Châtel (Ain), fait part du mariage de sa fille Andrée, avec M. Georges Brun-Ney, diplômé de l'Ecole des Sciences Politiques et d'Etudes Supérieures d'Economie Politique.

Nécrologie.

Nous avons le regret d'annoncer la mort du docteur Henri Perreau, d'Ivry-sur-Seine, chevalier de la Légion d'Honneur, croix de guerre 1914-18.

Le docteur Zaepffel, de Granville, fait part du décès de sa fille Jacqueline, dans sa troisième année.

CHLORO - MAGNESION
Asthénie - Modificateur du Terrain
DRAGEVAL
Insomnies - Anxiété
FER-OVARINE VITALIS
Insuffisances ovariennes
TENSORYL
Hypertension artérielle
FER-ANDRINE VITALIS
Infantilisme Carence sexuelle
DESCOURAUX et Fils, 52, Boulevard du Temple, PARIS

Révulsif Fouchère
DEUX FORMES :
EMULSION : Adultes
POMMADE : Bébés, Enfants et Adultes à épiderme sensible
LABORATOIRES FOUCHÈRE
RIVE-DE-GIER (Loire)

TUBERCULOSES ET TOUTES DÉFICIENCES
OKAMINE
du Docteur DANI-HERVOUET
SIMPLE — CYSTÉINÉE — DRAGÉES
Laboratoire d'Oxyaminothérapie, 13, Rue Pavée, PARIS-4e

A TRAVERS L'OFFICIEL

EXERCICE DE LA MEDECINE

Arrêté du 24 décembre 1945 créant une Commission chargée d'émettre un avis sur les demandes de naturalisation présentées par des étrangers titulaires d'un diplôme de docteur en médecine ou de chirurgien dentiste.

Article premier. — Il est créé, au ministère de la Population, une Commission chargée d'émettre un avis sur les demandes de naturalisation présentées par des étrangers titulaires d'un diplôme de docteur en médecine ou de chirurgien dentiste ou postulant un de ces diplômes.

Cette Commission, présidée par le Directeur de la Santé, est composée ainsi qu'il suit :

— Pour les candidats docteurs ou étudiants en médecine :

Un représentant du Conseil national de l'ordre des médecins.

Un représentant de la Confédération des syndicats médicaux français.

Un représentant du Comité médical de la Résistance.

Un professeur de la Faculté de médecine de Paris désigné par le doyen.

Un représentant du ministère de la Justice (service des naturalisations).

— Pour les candidats chirurgiens dentistes ou étudiants en chirurgie dentaire :

Un représentant du Conseil national de l'ordre des chirurgiens dentistes.

Un représentant de la Confédération nationale des syndicats dentaires.

Un représentant du Comité dentaire de la Résistance.

Un professeur d'une école dentaire de Paris désigné par le doyen de la Faculté de médecine.

Un représentant du ministère de la Justice (service des naturalisations).

(*J. O.*, 27 décembre 1945.)

FISCALITE

Loi du 31 décembre 1945 portant fixation du budget général pour 1946.

(Extraits)

SECTION I. — Allègements fiscaux

Impôt sur les traitements et salaires.

. . . . . .

Art. 4. — Le troisième alinéa de l'article 65 du code général des impôts directs est remplacé par les dispositions suivantes :

« Pour tous les contribuables dont le revenu n'excède pas 100.000 francs, la fraction comprise entre le minimum exempté et 60.000 francs n'est comptée que pour la moitié.

« Toutefois, pour les contribuables dont le revenu est immédiatement supérieur à 100.000 fr., la déduction de l'impôt ne pourra avoir pour résultat de leur laisser un revenu net inférieur à celui des contribuables dont le revenu est égal à 100.000 francs.

« Le taux de l'impôt est fixé à 16 %.

Art. 5. — A titre transitoire, en attendant la distribution des barèmes qui seront établis conformément aux dispositions de l'article 4, les retenues seront calculées, sous réserve de régulari-

ASEPTARGOL
OXYQUINOLÉINE ARGENT - OXYQUINOLÉINE BISMUTH - SULFOSALICYLATE D'OXYQUINOLÉINE
TRAITEMENT PRÉVENTIF ET CURATIF des Toxi-infection gastro-intestinales
POSOLOGIE 4 A 8 GLOBOÏDES PAR JOUR
LABORATOIRES S.I.T.S.A. SITSA 15, r. des Champs ASNIÈRES
GRAEGER

PUISSANT TRAITEMENT PHYTO-OPOTHÉRAPIQUE
EXORPHYL
GOUTTES
CONCENTRATION MAXIMA
AFFECTIONS VEINEUSES — PHÉNOMÈNES CONGESTIFS
LABORATOIRE E. M. DAUMAS, 1, rue Méhul - PANTIN (Seine)

sation, d'après les barèmes établis pour l'application de l'ordonnance n° 45-2712 du 2 novembre 1945.

Art. 6. — L'article 69 (2e alinéa) du code général des impôts directs est modifié comme suit :

« Lorsque le montant des retenues mensuelles n'excède pas 500 francs pour la généralité des professions et 1.000 francs pour les professions agricoles, le versement peut n'être effectué que dans les quinze premiers jours de chaque trimestre civil pour le trimestre écoulé. Si les retenues mensuelles viennent à excéder ces chiffres... » (Le reste sans changement.)

Impôt général sur le revenu.

. . . . . .

Art. 8. — L'article 107 du code général des impôts directs relatif aux personnes affranchies de l'impôt général sur le revenu est modifié comme suit :

« Sont affranchies de l'impôt :

« 1° Les personnes dont le revenu imposable n'excède pas la somme de 40.000 francs ;

Art. 9. — Les Sections IV, IX et X du chapitre Ier du titre VI du code général des impôts directs sont modifiées ou remplacées par les dispositions suivantes :

SECTION IV. — Revenu imposable

L'article 109, paragraphe 3°, du code général des impôts directs définissant le revenu imposable est modifié comme suit :

« 3° Tous impôts directs et taxes assimilées acquittés par lui ou se rapportant aux déclarations par lui souscrites dans les délais légaux, au cours de l'année précédente, à l'exception de l'impôt général sur le revenu et, éventuellement, de la taxe de compensation familiale ainsi que des majorations de droits pour défaut ou inexactitude de déclaration.

« Toutefois, à titre exceptionnel et transitoire pour 1946, l'impôt général sur le revenu et, le cas échéant, la taxe de compensation familiale, seront admis en déduction du revenu net global pour la moitié de leur montant. »

(Le reste sans changement.)

SECTION IX. — Calcul de l'impôt

« Art. 115. — Pour le calcul de l'impôt, le revenu imposable, arrondi au millier de francs inférieur, est divisé en un certain nombre de parts fixé, conformément à l'article 113 ci-après, d'après la situation et les charges de famille du contribuable.

« Le revenu correspondant à une part entière est taxé par application du tarif prévu à l'article 118 bis.

« L'impôt dû par le contribuable est égal au produit de la cotisation ainsi obtenue par le nombre de parts.

« Art. 113. — Le nombre de parts à prendre en considération pour la division du revenu imposable prévue à l'article précédent est fixé comme suit :

« Célibataire, divorcé ou veuf sans enfants à charge	1
« Marié sans enfant à charge (après trois ans de mariage)	1,5
« Marié sans enfant à charge (avant trois ans de mariage)	2
« Célibataire ou divorcé ayant un enfant à charge	2
« Marié ou veuf ayant un enfant à charge	2,5
« Célibataire ou divorcé ayant deux enfants à charge	2,5
« Marié ou veuf ayant deux enfants à charge	3
« Célibataire ou divorcé ayant trois enfants à charge	3

PHOSPHAN CADUCIA
Ca + P
ASTHÉNIES-ALCALOSE



DRAINOCHOL
DRAINAGE BILIAIRE
INSUFFISANCE HÉPATIQUE

LABORATOIRES CADUCIA CLAMART

UROMIL
Éther Phényl Cinchonique — Pipérazine — Héxaméthylène Tétramine
Phosphate disodique — Salicylate de Lithine
MOBILISE
DISSOUT — ÉLIMINE L'ACIDE URIQUE
RÉGULARISE
L'ÉQUILIBRE ACIDO-BASIQUE
19, rue Drouot, Paris-9e

« Marié ou veuf ayant trois enfants à charge 3,5

« Célibataire ou divorcé ayant quatre enfants à charge 3,5

et ainsi de suite en augmentant d'une demi-part par enfant à la charge du contribuable.

« En cas d'imposition séparée des époux par application du paragraphe 3 de l'article 103 ci-dessus, chaque époux est considéré comme un célibataire ayant à sa charge les enfants dont il a la garde.

« Le veuf qui a à sa charge un ou plusieurs enfants non issus de son mariage avec le conjoint décédé est traité comme un célibataire ayant à sa charge le même nombre d'enfants.

« **Art. 117.** — Par dérogation aux dispositions qui précèdent, le revenu imposable des contribuables n'ayant pas d'enfant à leur charge est divisé par 1,5 s'il s'agit de contribuables célibataires, divorcés ou veufs et par 2 s'il s'agit de contribuables mariés, lorsque ces contribuables :

« a) Ont un ou plusieurs enfants majeurs ou faisant l'objet d'une imposition distincte ;

« b) Ont eu un ou plusieurs enfants qui sont morts, à la condition que l'un d'eux au moins ait atteint l'âge de seize ans ou que l'un d'eux au moins soit décédé par suite de faits de guerre ;

« c) Sont titulaires d'une pension prévue par la loi du 31 mars 1919 pour une invalidité de 40 % ou au-dessus ;

« d) Ont adopté un enfant, à la condition que, si l'adoption a eu lieu alors que l'enfant était âgé de plus de dix ans, cet enfant ait été à la charge de l'adoptant comme enfant recueilli dans les conditions prévues à l'article 118 ci-après depuis l'âge de dix ans. Cette disposition n'est pas applicable si l'enfant adopté est décédé avant d'avoir atteint l'âge de seize ans.

« **Art. 118.** — Sont considérés comme étant à la charge du contribuable, à la condition de n'avoir pas de revenus distincts de ceux qui servent de base à l'imposition de ce dernier :

« 1° Ses enfants, s'ils sont âgés de moins de vingt et un ans ou s'ils sont infirmes. La limite d'âge de vingt et un ans peut être prolongée de deux années au plus pour les enfants dont les études ont été retardées par des événements résultant des hostilités tels que refus du S. T. O., engagement dans les armées françaises et les organisations de la résistance ou internement consécutif à des actes de résistance ;

« 2° Sous les mêmes conditions, les enfants recueillis par lui à son propre foyer.

« **Art. 118 bis.** — L'impôt est calculé en tenant pour nulle la fraction de chaque part de revenu qui n'excède pas 40.000 francs et en comptant :

« Pour 20 %, la fraction comprise entre 40.000 et 100.000 francs ;

« Pour 50 %, la fraction comprise entre 100.000 et 300.000 francs ;

« Pour 75 %, la fraction comprise entre 300.000 et 500.000 francs,

la fraction de revenu excédant 500.000 francs étant comptée intégralement.

« Il est fait application au chiffre ainsi obtenu du taux de 60 %.

« Toutefois, en ce qui concerne les contribuables célibataires, divorcés ou veufs n'ayant pas d'enfant à leur charge et n'entrant pas dans l'un des cas énumérés à l'article 117 ci-dessus, ce taux est porté à 65 % sur la fraction du revenu comprise entre 300.000 francs et 500.000 francs et à 70 % sur la fraction dudit revenu dépassant 500.000 francs. »

Art. 10. — L'article 136 bis du code général des impôts directs relatif à la taxe de compensation familiale est abrogé.

(*J. O.*, 1er *janvier* 1945.)



TOPIQUE INTESTINAL
COLITES, ENTÉROCOLITES, INTOXICATIONS, INFECTIONS
LANCOSME - 71, Av. Victor Emmanuel III, Paris (8e)

OPOTHÉRAPIE SÉRIQUE
DÉCHÉANCES ORGANIQUES, ANÉMIES.



SÉRUM HÉMOPOIÉTIQUE FRAIS DE CHEVAL
(Sirop)
Agent de Régénération hématique, de Leucopoïèse et de Phagocytose
DESCHIENS, Docteur en Pharmacie, 9, Rue Paul Baudry, PARIS (8e)

Micliode
IODE COLLOIDAL MICELLAIRE ÉLECTRO-POSITIF
Toutes les Indications de l'IODE, SANS IODISME POSSIBLE
GOUTTES
Laboratoires de l'HÉPATROL _ 4 Rue Platon, PARIS (XVe)

ANÉMIES - ANOREXIE - AMAIGRISSEMENT
SURMENAGE INTELLECTUEL ET PHYSIQUE
CARENCES MARTIALE ET CALCIQUE
CONVALESCENCE

FERVALÈNE

Comprimés dragéifiés

Calcium et Fer assimilables + Kola

MODE D'EMPLOI

Adultes : 2 compr. avant chaque repas 2 à 3 fois par jour.
Enfants : 1 compr. avant chaque repas 2 à 3 fois par jour.

INSUFFISANCE RÉNALE - NÉPHRITES - AZOTÉMIE
ALBUMINURIES - HYPERTENSION - ŒDÈMES
MANIFESTATIONS ANAPHYLACTIQUES
ÉPANCHEMEMTS SÉREUX
MALADIES INFECTIEUSES - DÉMINÉRALISATION

NÉPHRALBINE

Cachets et comprimés

MODE D'EMPLOI { Adultes : 3 à 6 par jour. Enfants : 1 à 3 par jour.

La NÉPHRALBINE est, dans la plupart des cas, supérieure à la théobromine

LABORATOIRE ROBERT FAURE, 2, rue Carnot, MELUN (S.-et-M.)

---

un nouveau corps
DOUÉ D'UNE ACTIVITÉ REMARQUABLE
contre
l'asthme bronchique

ALEUDRINE

SULFATE DE DIOXYPHÉNYLÉTHANOLISOPROPYLAMINE

PRÉSENTATION
TABLETTES
POUR L'ADMINISTRATION PERLINGUALE
TUBES DE 20 TABLETTES À 0,02
SOLUTION
POUR PULVÉRISATIONS
FLACONS DE 10 g. DE SOLUTION À 1%

LABORATOIRES M. R. BALLU
104 RUE DE MIROMESNIL - PARIS 8e

NEO-CODION

— *Gouttes et Dragées* —

PUISSANT
SÉDATIF
DE LA TOUX

- *Le Camphosulfonate de Codéine*
- *Le Camphosulfonate de Dionine*

Laboratoires du
Dr BOUCHARA
47, Rue de Bretagne
PARIS-3e - Arch. 94-65

Diarrhées

DYSARIODE

à base de
Sels de **BISMUTH, QUINOLÉINE, Ipéca, Curcuma**

Adultes : 4 à 8 Comprimés par jour
Enfants après six ans : 1 à 2 Comprimés

Laboratoires du VIOPHAN - 44, Grande Rue - ARGENTEUIL - Téléphone : 506

PARTIE SCIENTIFIQUE

MÉDITATION SUR LES REMÈDES DÉFUNTS

Pierre MAURIAC

C'EST à une méditation austère sur les incertitudes de la thérapeutique que je convie le lecteur. Je lui demande de s'engager avec moi sur la voie des médicaments défunts et d'accorder un souvenir à leur renommée éphémère.

Il serait vain de les vouloir dénombrer et d'en réciter la litanie. Plus utiles seront les réflexions que nous inspirent leur succès et leur chute.

***

Les médicaments dont on use dans une maladie sont d'autant plus nombreux qu'ils sont moins efficaces : en matière de thérapeutique les chapitres les plus courts sont les meilleurs.

Ouvrons les livres qui traitent de la fièvre typhoïde ; si l'auteur s'est laissé gagner par un scepticisme bien compréhensible, quelques lignes suffiront à décrire la thérapeutique **minima** (diète, glace) à laquelle la plupart des médecins se sont ralliés. Si, au contraire, un reste de foi l'anime encore, il n'a que l'embarras du choix dans la liste des médicaments proposés.

Nous avons connu l'époque où l'on baignait les typhiques suivant la méthode de Brand ; et nous entendons encore notre maître le Pr Arnozan protester contre la fatigue ainsi imposée aux malades, et, de la manière conciliante qui était la sienne, s'en tenir aux lotions tièdes, apaisant ainsi ses scrupules de clinicien sans heurter de front la doctrine régnante. Puis nous avons vu prôner successivement la quinine, le salicylate, l'antipyrine, les antiseptiques intestinaux (iodoforme, naphtol, salol, calomel), l'uroformine, la sérothérapie, la vaccinothérapie, le bactériophage, la transfusion du sang, la médication de choc, etc., pour nous trouver en 1945 aussi avancé que du temps de Laënnec et de Louis.

L'apparition d'un seul médicament vraiment efficace contre une maladie consomme du même coup la déroute de tous les autres, et les rejette définitivement dans l'ombre. Les multiples médications que nos pères opposaient à l'angine couenneuse ou au croup n'ont pas survécu à la naissance du sérum antidiphtérique. La découverte des sulfamides a rendu inutiles et ridicules les innombrables et vains obstacles que nous dressions contre l'infection montante : le chevet des pneumoniques, bronchopneumoniques, méningitiques a vu s'évanouir le régiment de flacons, potions, pilules, piqûres qui ont cédé la place aux comprimés vainqueurs.

Mais sur bien des points ce n'est qu'une retraite ; il est encore des maladies infectieuses qui déjouent l'action des sulfamides ; les staphylococcies, les salmonelloses tiennent encore bon, même devant leur nouvel adversaire ; et nous n'avons alors d'autres ressources que les médications multiples et contradictoires, dont nous usons depuis vingt ans.

Et puis la victoire des nouveaux venus n'est jamais complète ; la griserie du succès peut n'être que passagère et la force du médicament faiblir doucement contre une résistance tous les jours accrue. La sérothérapie antiméningococcique a eu ses jours de gloire entre 1910 et 1925 ; elle a vieilli ensuite et perdu beaucoup de son pouvoir. Heureusement les sulfamides (et la pénicilline) ont pris la place laissée libre. Mais jusqu'à quand domineront-ils ? Si un jour, ils lâchent pied et qu'une relève efficace n'est pas assurée, alors ce sera le recours au dépôt des armes démodées, des vieux remèdes qui si longtemps apaisèrent notre soif d'action sans faire courir grand risque aux malades.

Tous les médicaments sont des poisons, disait Claude Bernard, d'autant plus dangereux qu'ils sont plus efficaces. Il a suffi de deux bombes atomiques pour clore une guerre interminable ; mais c'est au prix de quelques centaines de milliers de victimes qui elles-mêmes, par je ne sais quelle émanation mystérieuse, tuent, dit-on, les sauveteurs qui les veulent soigner ou ensevelir. Cette nouvelle méthode de " la guerre à la guerre " risque de laisser après elle plus de cadavres que si les hostilités avaient continué à coups de canons ou de bombes ordinaires.

Les médications puissantes dépassent, elles aussi, quelquefois les limites assignées à leur action ; il est déroutant d'assister à une anémie, ou à une agranulocytose irréversible parce qu'on a fait quelques applications de radium ou prescrit quelques comprimés de sulfamides.

Faisons quand même des vœux pour que anatoxines, sulfamides, pénicillines et autres streptomycines aient une nombreuse descendance qui vienne revigorer notre vieille thérapeutique.

***

Ne médisons pas trop d'elle ; elle est notre pourvoyeuse, et dans ses réserves bien hétéroclites nous pouvons encore utilement puiser. Il est vrai que nous piétinons bien des cadavres de médicaments défunts : le recensement en est impossible.

Quand on est un ancien dans la carrière et qu'on relit les " questions " traitées au dernier cri, les notes mises à jour pour les concours, on reste stupéfait du déchet thérapeutique, même en se limitant aux vingt dernières années.

Substance d'Oriel dans les états allergiques, corps immunisants de Spengler dans la tuberculose rénale, thorium x dans les leucémies, carbone

intraveineux dans les septicémies, extrait de bardane dans la furonculose, etc., qu'êtes-vous devenus ? Pourtant chacun eut son heure de vogue, et il n'eût pas fait bon de les omettre au chapitre du traitement : le jury des concours n'eût pas manqué de faire payer cher une telle négligence, et nos internes à l'affût de la dernière publication eussent jugé sévèrement leur patron attardé.

Quelle mouche nous pique donc pour nous montrer si disponibles à toute affirmation scientifique ou publicitaire ?

Il est une réponse qui vaut toutes les excuses à notre empressement : le sentiment que trop de maladies donnent de notre impuissance.

Quand un rhumatisme chronique, un eczéma rebelle, un parkinsonisme implacable, une urémie sans cesse ascendante ont dérouté notre petite science, que ne donnerions-nous pour avoir autre chose à tenter ! Le moindre espoir thérapeutique luisant au cours d'un article de journal ou dans une société dite savante est recueilli avec ferveur. Certes notre scepticisme n'abdique pas toujours ; mais il est si bon de ne plus aborder son malade les mains vides, et celui-ci nous en aura une telle reconnaissance !

Oh ! je sais ; il serait plus scientifique, ou simplement plus honnête de s'imposer l'expectative. Mais comment résister aux exigences d'un malade qui ne peut comprendre que nous soyons au fond de notre sac thérapeutique.

" Une chose déplorable, écrivait Sydenham il y a trois cents ans, c'est que la plupart des malades ne sachant pas qu'il est également du devoir d'un habile médecin de ne rien faire en certaines occasions, et d'employer en d'autres les plus puissants remèdes, ils attribuent à sa négligence ou à son impuissance ce qu'ils devraient regarder comme un effet de sa probité et de sa bonne foi. "

Et, pour ne pas encourir ces reproches et sauvegarder sa réputation, le médecin se laisse aller à formuler, sans illusions bien souvent. " Si cela vous amuse, faites-le ", disait Magendie sceptique à l'interne qui cherchait une approbation magistrale à un nouveau traitement.

Magendie était physiologiste. Claude Bernard aussi qui écrivait : " Le physiologiste, qui ne veut administrer un agent thérapeutique qu'autant qu'il en comprend l'action, arrive par un enchaînement logique à s'abstenir de donner des médicaments, comme font la plupart des praticiens ". Claude Bernard était peu familier avec la pratique médicale et prêtait à ses confrères les mêmes exigences que les siennes ; en fait, on prescrivait beaucoup, au XIXe comme au XXe siècle, et souvent les mêmes médicaments qu'aujourd'hui.

Car il en est qui résistent curieusement à toutes les vicissitudes et modes thérapeutiques.

Il y a quelque chose d'étonnant dans ma fidélité à prescrire l'hamamelis ou le viburnum dans les varices, la lithine dans la lithiase, les gouttes amères dans l'inappétence. Ai-je jamais attendu l'affaissement des veines, la dissolution du calcul, ou le réveil de l'appétit ? Bien plutôt une vieille habitude me tient... et l'embarras de trouver mieux. Aussi dégagés que nous soyons de la sujétion magistrale, aussi fermes que soient nos résolutions de passer nos ordonnances au crible d'une critique sévère, nous nous en laissons imposer par la tradition.

On se rappelle la pensée de Pascal : " ayant considéré d'où vient qu'on ajoute tant de foi à tant d'imposteurs qui disent qu'ils ont des remèdes, jusqu'à mettre souvent sa vie entre leurs mains, il m'a paru que la véritable cause est qu'il y en a de vrais ; car il ne serait pas possible qu'il y en eût tant de faux et qu'on y donnât tant de créance s'il n'y en avait de véritables... si un homme se vantait d'empêcher de mourir, personne ne le croirait, parce qu'il n'y a aucun exemple de cela. Mais comme il y a eu quantité de remèdes qui se sont trouvés véritables, par la connaissance même des plus grands hommes, la créance des hommes s'est pliée par là ; et cela étant reconnu possible, on a conclu de là que cela était. Car le peuple raisonne ordinairement ainsi : une chose est possible, donc elle est ; parce que la chose ne pouvait être niée en général, puisqu'il y a des effets particuliers qui sont véritables, le peuple, qui ne peut pas discerner quels d'entre ces effets particuliers sont les véritables, les croit tous. De même ce qui fait qu'on croit tant de faux effets de la lune, c'est qu'il y en a de vrais, comme le flux de la mer. "

Les médecins, même les plus grands, au lit du malade deviennent " peuple ", comme eût dit Péguy, et accordent une créance qu'ils n'oseraient pas analyser à des drogues consacrées par la tradition. J'ai même souvenir d'une famille médicale, et non des moindres, qui, dans le désarroi d'un pronostic fatal, et ne sachant à quel saint se vouer... se voua au radiesthésiste. L'angoisse est souvent plus forte que l'esprit critique.

Même de sang-froid, il n'est pas toujours facile de garder son libre jugement. Quand un nouveau médicament prend place au formulaire nanti de toutes les garanties magistrales et expérimentales, les objections meurent sur nos lèvres.

Pourtant les professeurs, les pontifes, comme les autres, et en toute bonne foi, peuvent se tromper ; et l'affirmation qu'ils lancent de l'efficacité d'un remède engage pour de longues années la cohorte médicale prête à faire confiance à ses maîtres.

Quand en 1928, nous avons lu que l'injection sous-cutanée d'acétylcholine détermine une amélioration plus ou moins rapide et considérable dans le syndrome de Raynaud, l'artérite à tendance sténosante des membres, les spasmes vasculaires variés, la sclérodermie, un grand espoir est né ; et la seringue fut maniée avec enthousiasme.

Aujourd'hui nous prescrivons encore l'acétylcholine ; mais une certaine tiédeur accompagne notre geste, la foi des premiers jours n'y est plus ; le champ reste libre à toutes les audaces chirurgicales, et malgré tout son train magistral et expérimental, la thérapeutique médicale des affections artérielles a dû baisser pavillon.

Mais tenue en échec sur ce point, elle triomphe sur d'autres, et c'est déjà beaucoup qu'en quelques années nous ayons eu l'occasion de hisser le grand pavois de l'anatoxine, des sulfamides et de la pénicilline.

*
* *

Ne nous laissons donc pas gagner par un scepticisme morose ; mais gardons-nous des enthousiasmes irréfléchis. Sachons, quand il le faut, résister au malade, à l'entourage, à nous-même, dans cette aspiration conjuguée de tous à accumuler toujours plus de remèdes et toujours plus nouveaux ; et relisons ces sages conseils de Malebranche : " Je crois qu'il faut suivre le conseil des médecins sages, qui ne vont point trop vite, qui n'espèrent point trop de leurs remèdes, et qui ne sont point trop faciles à laisser des ordonnances; car lorsqu'on est malade, pour un remède qui fait du bien, il y en a toujours plusieurs qui font du mal. Comme ceux qui souffrent sont impatients, et qu'il n'est point avantageux à l'honneur des médecins, ni au profit des apothicaires, de voir des malades sans leur rien ordonner, les médecins ne visitent point assez et ordonnent trop. Ainsi lorsqu'on est malade, on doit prier son médecin de ne rien hasarder, de suivre la nature et de la fortifier s'il le peut. Il faut lui faire connaître qu'on a assez de raison et de patience pour ne pas trouver mauvais de ce qu'il nous voit souvent sans nous soulager ; car dans ces rencontres, c'est quelquefois beaucoup lorsqu'on ne gâte rien ".

LONGUE SURVIE DANS DEUX CAS DE LEUCEMIE LYMPHOIDE

Par le Professeur honoraire Maurice PERRIN,
Membre correspondant de l'Académie de Médecine

Il est classique d'évaluer à deux ans la durée moyenne des cas de leucémie lymphoïde, et de considérer comme exceptionnelles les évolutions plus longues et l'échéance tardive des complications terminales. Cependant, il semble que le pronostic général de la leucémie lymphoïde, comme celui de la leucémie myéloïde, a été amélioré depuis une cinquantaine d'années par l'utilisation de médications anti-anémiques plus actives et par l'emploi systématique et rationnel de la radiothérapie.

Nous voyons donc moins exceptionnellement des cas de longue durée. En voici deux, dont j'ai déjà parlé à la **Société de Médecine de Nancy** le 13 juin 1928 et dont j'apporte aujourd'hui l'épilogue.

⁂

I. — Un professeur de collège en retraite était atteint de myocardite chronique depuis la grippe de 1919, et avait déjà eu à plusieurs reprises des accès d'hyposystolie. Au début de 1922, à l'âge de 60 ans, il constata un ganglion cervical dont il ne se préoccupa pas ; ce n'est qu'un an après, au début de 1923, que des ganglions multiples furent remarqués et grossirent rapidement des deux côtés du cou, aux aisselles, aux aines, la rate restant normale ; le malade devint pâle et bouffi ; il fut alors traité comme leucémique par le Dr Cahen d'Epinal.

Son sang put être examiné le 9 avril 1923 : il contenait 25.600 leucocytes dont 74 % de la série lymphoïde. L'emploi combiné du benzol et de la radiothérapie améliora rapidement l'état clinique, et fit diminuer les ganglions. Il supporta plusieurs fléchissements de son cœur, une poussée de purpura aux membres inférieurs, plusieurs éruptions prurigineuses.

Après une longue accalmie, en mai 1925, les ganglions grossissent de nouveau ; il reprend du benzol et des médicaments anti-anémiques ; en un mois, les leucocytes retombent de 24.000 à 6.700, les ganglions n'étant pas modifiés. On recommence un traitement radiothérapique. A la fin de 1925, il ne reste plus que des ganglions minimes aux aisselles et aux aines.

Une nouvelle poussée ganglionnaire survient en mars 1927, au cours de laquelle on constate seulement 6.000 leucocytes. Nouvelle cure de rayons, nouvelle amélioration, lui permettant de résister à des accidents cardiaques, à des coliques néphrétiques, à une gastrite aiguë, à une broncho-pneumonie compliquée de muguet. Toutes ces maladies le laissèrent très affaibli et constamment dyspnéique ; à partir de l'automne de 1927 il ne quitta plus son village de la montagne.

J'ai appris qu'il avait succombé à une nouvelle broncho-pneumonie à l'automne de 1928, à l'âge de 67 ans, plus de six ans et demi après les premiers symptômes de sa leucémie lymphoïde.

⁂

II. — La seconde malade a survécu plus longtemps encore, puisque quatorze ans et dix mois se sont écoulés entre les premiers symptômes de sa leucémie et le terme fatal.

C'était une femme robuste, congestive, artérioscléreuse, lithiasique biliaire et rénale ; ayant eu, en outre, depuis 1928, de l'infection nasale consécutive à un traumatisme local, restée rebelle et se compliquant souvent de bronchites, dont l'une fut particulièrement grave pendant l'hiver 1925-26.

Au nouvel an 1926-27, alors qu'elle avait 67 ans, elle fut reprise de douleurs lombaires gauches qui parurent d'abord lithiasiques, d'autant plus qu'une radiographie antérieure avait montré un petit calcul de ce côté et que la malade rendait constamment du sable. Il ne fut rien constaté de plus, le 14 janvier 1927, à l'occasion d'un examen urologique fait par le professeur André, la rate étant de dimensions normales. Le 22, je trouvai sa matité augmentée; le 27, je la perçus sous le rebord costal; il n'y avait que des ganglions minimes, conservant leur aspect de séquelles de divers accidents.

Le lendemain, le Dr Vérain examina son sang et compta 4.230.000 hématies et 295.000 globules blancs, dont 96 % de la série lymphoïde ; le sang avait une coloration de 80 % à l'échelle de Talqvist. Un essai de benzol par voie stomacale fut mal supporté ; la radiothérapie (Dr Hanriot) commencée en fin janvier, fut interrompue le 12 février à cause d'une poussée de bronchite avec congestion de la base gauche et fléchissement du cœur.

Le 19 mars, il y avait 3.090.000 hématies et 347.000 leucocytes, dont 86 % de la série lymphoï-

de. Ce nombre très élevé de globules blancs était survenu malgré des injections huileuses de benzol, faites en attendant la possibilité de reprendre les séances de rayons. Ceux-ci purent être utilisés de nouveau à partir du 4 avril, deux fois par semaine ; la rate, qui débordait de 4 travers de doigt diminua de volume après la deuxième séance, mais elle devint plus douloureuse après la sixième ; et la malade ne voulut plus de rayons. Le 26 avril, il y avait 3.480.000 hématies, et 188.000 leucocytes, dont 81 % de mononucléaires ; le 31 mai, les chiffres étaient 2.890.000, 435.000, 88 % ; entre temps il avait été donné satisfaction au désir de la malade de recevoir encore des injections de benzol en solution huileuse ; il n'en a plus été fait depuis, car j'ai conclu que ce médicament, bien qu'ayant parfois eu des effets favorables, ne convenait pas dans ce cas de leucémie lymphoïde à forme splénique.

La radiothérapie fut reprise le 1er juin ; à la fin du mois, la matité splénique était à un travers de doigt au-dessus du bord costal ; le 13 août, elle débordait de nouveau de deux travers de doigt ; elle rediminua après une nouvelle cure de rayons.

En 1928, la malade fut surtout incommodée par sa lithiase, par des troubles digestifs, par du prurit, par de l'urticaire, et par une bronchite, grave et longue, au cours de l'hiver. Après une autre poussée de bronchite, en 1930, elle commença à présenter des signes de dilatations bronchiques.

A la fin de 1933, début d'un petit diabète.

Entre temps, sa rate et sa leucémie présentèrent des alternatives diverses. J'ai retrouvé 26 numérations avec pourcentages, de 1927 à 1941. C'est dans la première année que nous avons eu les chiffres les plus élevés : 295.000, 347.000, 188.000, 435.000 leucocytes par millimètre cube. Les chiffres les plus bas furent 10.700 en octobre 1928 et 11.400 en juillet 1936. Nous eûmes surtout des chiffres compris entre 20.000 et 50.000, sauf en 1934 et 1935, où il y eut 175.000 et 179.000 leucocytes, et à partir de la fin de 1937 : chiffres compris entre 70.000 et 80.000.. Les circonstances firent suspendre les analyses à l'automne de 1939, sauf une en 1941, dont nous reparlerons. Les chiffres les moins élevés ont été en général le résultat des cures radiothérapiques ou de l'usage de médications anti-anémiques.

Quant au pourcentage des mononucléaires, il a varié entre 75 et 96 % ; parfois diminué lors de poussées de bronchite augmentant un peu les polynucléaires ; mais le plus souvent le pourquoi des différences n'a pas été apparent. Les mononucléaires appartenaient surtout aux types normaux, mais à maintes reprises, il y a eu des formes anormales ou des leucocytes dégénérés.

La malade a poursuivi sa vie de valétudinaire, partagée entre sa leucémie, sa diathèse arthritique, son petit diabète, ses troubles circulatoires ou respiratoires, des troubles digestifs intermittents ordinairement accompagnés d'une constipation gênante, des poussées de prurit et d'urticaire, des blessures par accidents de la rue, et de longues et graves préoccupations familiales.

Le dernier examen de son sang fait à Nancy par le Dr Vérain a montré 4.340.000 hématies et 76.000 leucocytes, dont 81 % de mononucléaires ; il y avait 140 grammes d'hémoglobine (V. G. = 1,14); c'était le 20 juin 1939. A cette époque, sa rate était de dimensions moyennes et ne la faisait pas souffrir, mais elle avait des douleurs lombaires, articulaires et gastriques, ses bronches dilatées l'incommodaient et imposaient l'emploi d'injections huileuses de médicaments balsamiques.

Au début de septembre 1939, inquiète des menaces de bombardements, des conseils de « dispersion » donnés par les autorités et des risques d'évacuation forcée, que ces conseils semblaient préparer, elle se fit conduire au loin. Un seul examen de sang put être fait, ensuite, le 19 août 1941; elle avait alors 3.800.000 hématies, 95.000 leucocytes, dont 81,5 % de mononucléaires ; l'hémoglobine était abaissée à 60 %, donnant une valeur globulaire de 0,80. La glycémie était à 1 gr. 35. Notons qu'elle était alors atteinte du mal qui devait l'emporter.

Dans cet exode, elle continua à souffrir de poussées bronchiques, de douleurs diverses, de sable urinaire, de prurit paraissant dû à son diabète, de douleurs diverses ; elle reçut des soins très dévoués et très judicieux d'un de mes anciens élèves. A l'automne de 1940, alors qu'elle était très soucieuse de la disparition d'un fils (dont la mort devait être confirmée à la fin de l'année), elle présenta une violente poussée d'entéro-colite, avec des symptômes de pérityphlite et un début d'obstruction intestinale. Vers cette époque, elle se plaignit aussi de douleurs dans une parotide, qui se tuméfia : c'était le début d'un carcinome parotidien, qui s'ulcéra et la fit extrêmement souffrir ; elle succomba cachectique à la fin d'octobre 1941, à l'âge de 81 ans, quatorze ans et dix mois après les premiers symptômes de sa leucémie lymphoïde à forme splénique.

♣

Ces deux observations sont les deux plus longues survies qu'il m'ait été donné d'observer chez ce genre de malades. Elles peuvent servir d'argument pour soutenir le moral des malades qui se sauraient atteints de leucémie lymphoïde et auraient été inquiétés par des lectures ou par des conversations intempestives. Elles peuvent aussi montrer aux médecins qu'il ne faut pas se laisser décourager par des constatations cliniques ou hématologiques incitant au pessimisme, et qu'il faut mener parallèlement la lutte contre les diverses affections existant simultanément chez certains malades.

Il est évident que l'emploi des médications anti-anémiques actuelles et le recours opportun à la radiothérapie perfectionnée d'aujourd'hui contribuent à de telles survies, qu'on n'aurait pas osé espérer autrefois (1).

(1) Société de Médecine de Nancy, 7 nov. 1945.

LES LIVRES

LIVRES RECEMMENT PARUS

Editions de la Librairie des Sciences et des Arts
106 bis, rue de Rennes, Paris

P. Foucault, Professeur à l'Ecole de Médecine de Poitiers. — **Planches coloriées d'anatomie : Membre supérieur.** 1er série, 160 fr.

Les Editions Médicales Flammarion

Dr J. Grislain et Dr R. Pichon. — **Puériculture** (Croix Rouge française. Enseignements complémentaires du Secourisme). Un volume, 48 pages, 22 fr.

Dr J. Barbet et Dr J. Moulin. — **Hygiène** (Croix Rouge française, Enseignements complémentaires du Secourisme). Un volume, 68 pages, 28 fr.

Aide-Mémoire des Secouristes (Croix-Rouge française). Un volume, 46 pages, 15 fr.

ÉTUDES SCIENTIFIQUES RUSSES

PHYSIOTHÉRAPIE VÉGÉTO-RÉFLEXE

(suivant la doctrine du Professeur TSCHERBACK) (1)

C'est à l'Institut de Physiothérapie Setchnoff à Sébastopol (1) créé en 1914 que j'ai pris connaissance de ces travaux. Setchnoff est le père spirituel de Pavlow. L'Institut, qui traite 11.000 malades par an provenant de toute la Russie, fut, il y a 30 ans, dirigé par le Prof. Tscherback, aujourd'hui par le Prof. Nilsen.

Tscherback pose comme base que le système nerveux est un appareil réflexe, d'où la nécessité d'étudier les réflexes végétatifs segmentaires et généralisés pour éclairer la pathogénie des diverses affections et pour appliquer judicieusement les techniques physiothérapiques afin de normaliser les fonctions déréglées.

Les agents physiques, outre leur action locale, ont une action réflexe par l'intermédiaire du système nerveux végétatif : un récepteur peau, muqueuse, parois des vaisseaux transmet à travers la moëlle et le système nerveux végétatif les excitations au diencéphale.

Il existe une résonance biologique d'où il découle une sensibilité élective pour des agents déterminés suivant une intensité et une fréquence données.

On utilise plusieurs Tests : le 1er est « la méthode du réflexe de Thermo-régulation ». L'individu, une heure après le petit déjeuner du matin, est placé vêtu d'une chemise et d'un caleçon sur un lit en chambre isolée. Au bout de 20 minutes de repos absolu on prend la température rectale, à ce moment la main est trempée 20 minutes dans un bain dont la température est portée progressivement de 37° à 45°, on prend la température rectale de 10 en 10 minutes jusqu'au retour à la température initiale. On a ainsi une courbe qui définit le type propre de température de l'individu.

Ce test présente un intérêt diagnostic important des affections du système nerveux végétatif et sert au contrôle de la thérapeutique.

2° Test de l'Excitabilité aux décharges de condensateurs. Chez un malade cette excitabilité diminue plus vite que l'excitabilité au galvanique. Dans les affections du système nerveux central l'excitabilité au condensateur persiste plus longtemps que celle au galvanique.

3° Test du réflexe calcique cutanéo-musculaire. On fait pénétrer par ionisation une solution de Ca Cl2 à 1 % au moyen d'une électrode 10 × 18 cm., cette électrode devant agir sur l'ensemble du système nerveux végétatif le lieu d'application est indifférent, habituellement l'application est faite sur une face du bras pendant 25 minutes sous 40 milliampères.

Au bout de ce temps l'excitabilité au condensateur est augmentée dans tous les muscles. Ce réflexe est utilisé surtout dans les troubles du métabolisme du calcium : rachitisme, tétanie, spasmophilie et dans les dystrophies musculaires progressives, dans les myocardies congénitales et chez les hérédo-syphilitiques. D'où l'application heureuse de l'ionisation calcique dans ces cas-là, ainsi que dans les spondyloses et arthroses.

Au contraire l'ionisation au zinc ou à l'iode crée une action inverse, ce qui a poussé à leur emploi avec succès dans la maladie de Parkinson pour agir sur les contractures.

A signaler que l'usage prolongé de l'ionisation calcique conduit à l'ostéoporose.

Dans le groupe des affections traitées par la physiothérapie végéto-réflexe on peut signaler :

L'ionisation au zinc pour agir sur la trophicité de la peau d'où son utilisation dans les ulcères des jambes, du duodénum. Associée à l'ionisation au magnésium les résultats sont heureux dans l'artérite oblitérante.

Dans les maladies de foie, ionisation par le sulfate de magnésie sur le foie associée à la diathermie.

Dans le rhumatisme aigu ionisation au salicylate associé au calcium, mais action nulle dans le rhumatisme chronique.

Dans les applications segmentaires, la plus couramment utilisée est l'application dite « méthode du collier », c'est-à-dire sur le cou, les épaules et la et partie supérieure du thorax; elle permet d'agir sur l'appareil végétatif du cou qui se compose suivant Tscherback de la partie cervicale de la moëlle, du tissu végétatif des noyaux pneumogastriques et des. 2 segments supérieurs de la zone dorsale de la moëlle, des « rami communi albi et grisei » et des ganglions sympathiques du cou. De plus par l'intermédiaire du cou on peut agir sur le centre végétatif supérieur de la région sous-thalamique.

Comme agent d'excitation, on emploie soit les colliers de boues galvaniques, ou faradiques, qui remplacent les électrodes courantes, soit l'érythème ultra-violet, soit la radiothérapie, la ventouse de Bier, les applications froides, l'ionisation à l'iode ou au calcium, la diathermie, les ondes courtes.

Les colliers intensifient les échanges, modifient la circulation du cerveau et l'aspect du fond de l'œil, agissent sur la barrière hémato-encéphalique, influencent l'évolution des réactions inflammatoires, d'où l'action heureuse dans les affections organiques du cerveau, des organes des sens, particulièrement des yeux, des maladies des endocrines, des migraines.

Ils sont associés aux traitements anti-syphilitiques dans le tertiarisme, du fait des modifications qu'ils apportent à la barrière hémato-encéphalique (Institut Sematchko à Moscou).

Il y a aussi la méthode de la ceinture inférieure; ceintures-culottes pour modifier les fonctions sexuelles, les adhérences abdominales et la circulation des membres inférieures. Les résultats sont très favorables dans les névroses sexuelles, l'aménorrhée, dans l'eczéma et le prurit génito-anal, dans les péricolites et le périviscérites, les endartérites (maladie de Burger). La méthode de la ceinture a modifié heureusement des myélites, hématomyélites et poliomyélites.

En résumé les travaux de Tscherback et de ses élèves ont conduit à des hypothèses originales qui expliquent l'action sur l'organisme de nombreuses méthodes de traitements physiques par la voie réflexe à travers le système nerveux végétatif, méthodes que l'on peut donc appeler réflexo-végétatives.

Dr André DENIER.
La Tour-du-Pin.

(1) L'auteur de cet article, notre confrère André Denier, a pris contact avec les savants et la science russes pendant un séjour de deux mois qu'il fit en U.R.S.S., en 1936, dans les Laboratoires de physiologie et les Instituts de physiothérapie. Il a continué, depuis, à s'intéresser au mouvement scientifique russe, insuffisamment connu encore, en France.

LES SOCIETÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

Correction par les sucres des effets excitants de la caféine ou de la théobromine sur le système nerveux.

(M. P. Chauchard, Mme Mazoué et M. R. Lecoq ; 3-7-1945)

Les auteurs établissent que l'effet excitant des bases puriques (caféine et théobromine) se trouve expérimentalement compensé par une addition opportune au régime ou par une injection de lait. Cette action inhibitrice doit être rapportée au lactose, mais le saccharose, le galactose ou le glucose donnent des résultats identiques.

L'antagonisme physiologique sucres-bases puriques paraît d'une spécificité assez grande ; il s'exerce non seulement sur le système nerveux périphérique, mais encore sur l'excitation cardiaque.

Il serait intéressant d'en rechercher, chez l'homme, par des observations multipliées, les répercussions thérapeutiques.

Les longues incubations de récidives d'épithélioma, ganglionnaire, régionale ou métastatique, sans récidive du premier cancer.

(MM. H. Gougerot et A. Carteaud ; 6-11-1945)

Déjà M. Gougerot avait étudié, en 1938, ce problème pathogénique, émettant différentes hypothèses : équilibre des forces physico-chimiques, résistance ou immunité tissulaire ou humorale, sensibilisation par les cellules cancéreuses, maturation et germination des cellules précancéreuses ou paracancéreuses. Avec Carteaud, il revient sur la question et rapporte le cas d'une femme qui fit une récidive nodulaire disséminée de la paroi thoracique, 3 ans après l'ablation d'un cancer du sein et sans récidive dans la cicatrice opératoire.

ACADEMIE DE CHIRURGIE

Hypertension artérielle permanente due à une hydronéphrose. Disparition de l'hypertension après néphrectomie.

(MM. R. Fontaine et D. Ambard. — Présentation par M. Leriche ; 20-6-1945)

Une femme de 58 ans ayant subi cinq ans auparavant une hystérectomie subtotale pour fibrome présente, en 1942, à la fois des signes d'hypertension artérielle (20 à 23 Mx et 11 à 15 Mm.) et une douleur rénale à gauche. Le rein de ce côté est volumineux. On enlève ce rein transformé en une poche hydronéphrotique à la suite d'une ligature accidentelle et méconnue de l'uretère au cours de l'opération antérieure. Après la néphrectomie, la tension artérielle baisse immédiatement et se maintient normale trois ans plus tard. Ce cas est une contribution intéressante à l'étude des hypertensions artérielles dans les affections rénales du type chirurgical.

Traitement par la diathermo-coagulation des cancers ano-rectaux extériorisés au périnée.

(M. P. Moulonguet ; 20-6-1945)

Gernez, et après lui M. Moulonguet, ont obtenu avec la diathermo-coagulation, dans les cancers ano-rectaux ulcérés, extériorisés au périnée, des résultats encourageants et relativement durables. Certes, la destruction par diathermo-coagulation de tels néoplasmes comporte des risques et il y a des morts post-opératoires. La gravité de cette technique, toutefois, est beaucoup moindre que celle de la chirurgie sanglante (suppression des hémorrhagies, absence de résorptions toxiques, douleur à peu près nulle). M. Moulonguet rapporte un cas, avec survie datant de huit ans, dans lequel la destruction de la tumeur par diathermo-coagulation fut complétée ultérieurement par une opération plastique.

P. L.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX DE PARIS

Formes difficiles et larvées de l'amibiase et du paludisme réactivées par l'émétine et le cacodylate de soude.

(M. Pervès. — Présentation par M. J. Huber ; 30-11-1945)

Intoxication par le Novar.

(M. Pervès. — Présentation par M. J. Huber ; 30-11-45)

Impédance cutanée des eczémateux mesurée en courant alternatif de basse fréquence.

(M. H. Gougerot ; 30-11-1945)

L'angle de phase est fortement abaissé dans les lésions d'eczéma en activité. Chez les malades en voie de guérison, 2 évolutions sont possibles : l'angle de phase peut remonter à une valeur normale, témoignant de la guérison complète ; il peut aussi conserver une valeur basse.

Cet abaissement est en rapport avec une baisse de la résistance électrique propre de la peau, témoignant de la porosité cutanée.

J. Ch.

SOCIETE DE MEDECINE DE PARIS

(Séance du 4-3-1945)

Réflexions sur les groupes sanguins. A propos de l'agglutinogène Rhésus.

M. Georges Rosenthal insiste sur la multiplication des agglutinogènes du sang humain qui compliquent étrangement les examens de sécurité de la transfusion. Il précise la conception du facteur Rhésus, né dans l'organisme du lapin par l'injection de sang de Macacus Rhesus.

Les facteurs Rh. et anti-Rh. seraient à la base de l'ictère grave des nouveau-nés. De nouvelles recherches rigoureuses sont nécessaires, pour contrôler ces faits, qui au premier abord provoquent plus d'étonnement que de confiance, mais confirment la nécessité des épreuves directes avant la transfusion.

Traitement chirurgical de la maladie de Basedow. Résultats éloignés. Projections et présentation de malades guéris.

M. F Gentil montre l'excellence des résultats de la thyroïdectomie sub-totale dans le traitement de la maladie de Basedow et indique les conditions dans lesquelles cette opération doit être pratiquée et qui sont : bonne préparation médicale pré-opératoire ; ligatures des pédicules thyroïdiens supérieurs dans les cas graves ; huit jours après, ablation en un temps et une seule masse du corps thyroïde dont on conserve une très faible partie, de préférence dans sa portion postérieure.

L'auteur condamne la radiothérapie appliquée aux cas opérables car elle rend les opérations toujours difficiles, souvent dangereuses ou impossibles.

Douze années d'urologie infantile.

M. J.-E. Marcel expose l'activité de ses deux consultations des hôpitaux Trousseau et Bretonneau et son expérience basée sur l'examen de près de 2.500 enfants ou nourrissons, qui a nécessité 1.050 urographies intraveineuses, 465 cystocopies, 215 cathétérismes urétéraux, 158 pyélographies, 70 cystographies, 25 urétrographies, 40 vaginoscopies. Pratiquées sans anesthésie générale et sans danger, ces explorations permettent souvent de diagnostiquer **in vivo** de nombreuses affections jusqu'alors restées latentes ou découvertes sur la table d'autopsie. Les affections les plus souvent rencontrées sont : l'énurésie, les malformations diverses et nombreuses (en particulier, les hydronéphroses, la maladie du col vésical), les pyélonéphrites à colibacilles, la tuberculose assez souvent bilatérale, les tumeurs, la lithiase, les vulvo-vaginites, etc...

SOCIETE FRANÇAISE DE PODOLOGIE MEDICO-CHIRURGICALE

(Séance du 13-3-1945)

Les Indications opératoires dans l'hallux Valgus.

M. V. Charry précise que ces indications opératoires doivent être posées en tenant compte de deux facteurs :

1° L'état local des parties molles (bourses séreuses, infectées ou non).

2° Les lésions osseuses et tendineuses.

Les interventions doivent toujours être rigoureusement adaptées aux lésions constatées cliniquement et radiologiquement.

Les résections osseuses seront « économiques ». L'auteur insiste sur deux procédés personnels :

L'arrimage interne de l'extenseur propre du premier orteil et la mise en place après ;

L'intervention d'une semelle spéciale permettant l'extension continue de l'orteil opéré.

Fractures spontanées du métatarse.

M. Dolto présente les observations d'un ingénieur et d'un médecin atteints de fractures spontanées du deuxième métatarsien sans autre cause que la simple marche en chaussures de ville.

Ainsi, l'origine de certaines de ces fractures ne serait pas un pied surchargé, mais une architecture et une physiologie défectueuses du deuxième métatarsien.

LA PRESSE

Le rôle de la syphilis dans l'étiologie des hypertensions et des néphropathies gravidiques. — MM. *Pigeaud et Magnin* (Lyon) étudient les rapports étiologiques, susceptibles d'exister entre la syphilis acquise et héréditaire, et certains syndromes morbides observés au cours de la gestation. Si la syphilis joue un rôle étiologique dans la genèse de certaines hypertensions essentielles ou d'autres hypertensions liées à une néphrite chronique antérieure à la gestation, elle ne possède pas d'action ou n'a qu'une action très modeste dans l'étiologie des néphropathies gravidiques, quelle que soit la forme clinique envisagée. Cette notion paraît solidement établie par les observations de ces auteurs ; elle est intéressante à deux points de vue :

En premier lieu, nous savons que la néphropathie gravidique est une maladie qui frappe les primigestes et qui, habituellement ne récidive pas au cours des gestations ultérieures; un traitement spécifique, institué chez de semblables malades et donnant, en apparence, un bon résultat qui, en tout état de cause, aurait été obtenu sans le recours à une pareille thérapeutique, conduit à fournir au médecin traitant une apparence de preuve en faveur d'une syphilis, qui n'existe pas et à juger de ce faux point de vue tous les accidents pathologiques pouvant se manifester chez un enfant classé à tort comme hérédo-syphilitique.

En second lieu, nous savons qu'un traitement spécifique actif est nettement dangereux chez une femme atteinte de néphropathie syphilitique ; ce risque peut être affronté dans les rares cas où une pareille thérapeutique est justifiée ; il ne doit pas être couru dans les cas, beaucoup plus fréquents, où ce traitement ne peut être qu'inefficace. (*Rev. Fr. de Gynécologie, juin* 1945.)

Le typhus murin. — *F. Le Chulton* base son travail sur les cas de typhus nautique observés sur des matelots, appartenant à des bâtiments stationnés à Toulon. L'agent de transmission n'est pas le pou, ainsi qu'il advient pour le typhus exanthématique ; il s'agit uniquement du rat. Le typhus murin ne doit pas être confondu avec la fièvre boutonneuse du littoral méditerranéen, dont l'origine est tout autre. Contrairement au typhus historique, le typhus murin n'est pas une maladie à caractère épidémique massif. La maladie se présente en cas isolés ou groupés dans le temps et dans l'espace ; de plus, elle présente un caractère saisonnier. Tout ceci s'explique fort bien d'après ce que nous savons du mode de transmission. L'incubation chez l'homme varie de dix à trente jours. La mortalité est presque nulle, sauf chez des sujets âgés, présentant des déficiences organiques. Les méthodes biologiques de diagnostic sont les mêmes que celles utilisées pour celui du typhus exanthématique : procédé sérologique par réaction de Weil-Félix.

L'auteur étudie ensuite en détail, les procédés actuels de vaccination, contre le typhus. Enfin, les typhus murin et historique présentant vis-à-vis l'un de l'autre une immunité croisée, l'utilisation du virus de typhus murin s'est imposée (avec différentes variantes de préparation) pour la vaccination contre le typhus épidémique. C'est d'ailleurs le même problème que nous trouvons posé à propos de la variole et de la vaccine. L'avenir de la vaccination réside certainement dans l'utilisation des vaccins tués, type vaccin de Durand-Giroud (*Paris-Médical*, 20 et 30 octobre 1945.)

G. F.

MORRHUËTINE VITAMINÉE JUNGKEN

Toutes les vitamines de l'Huile de Foie de Morue

Véritable **SUCRE VITAMINÉ**

Laboratoires **BRACQUEMOND & Cie**, 105, Rue de Normandie, **Courbevoie** (Seine)



Eubine

MIEUX QUE LA MORPHINE
SANS SES INCONVÉNIENTS

ANALGÉSIQUE, ANTISPASMODIQUE
SÉDATIVE, HYPNOTIQUE
CHL DE DIHYDROOXYCODÉINONE
TABLEAU 'B'

AMPOULES, CACHETS, SUPPOSITOIRES

LABORATOIRE J. KŒHLY
R. LÉPICE, DOCT. EN PHARMACIE
18, RUE DE MÉNILMONTANT, PARIS (XXe)
TÉLÉPHONE : MÉNILMONTANT 63-95

OXYURYL

VIOLET ou GENTIANE

estomac

sel de hunt

laboratoire alph. Brunot,
16, r. de boulainvilliers,
paris-XVIe

PARTIE PROFESSIONNELLE

PROPOS DU JOUR



L'IMPOT SUR LA JEUNESSE

Jusqu'a présent la première redevance qu'un Français se voyait réclamer par l'Etat, c'était, vers l'époque de ses vingt ans, la conscription. Pour accéder à la qualité de citoyen il lui fallait d'abord acquitter « l'impôt du sang ». C'est sous ces sévères auspices que la jeunesse faisait connaissance avec la nation.

Depuis qu'il y a des hommes sur terre, et qui se battent, toutes les raisons possibles, des plus valable aux plus spécieuses, ont été développées pour soutenir la nécessité d'une armée. Sont-elles encore de saison aujourd'hui ? Beaucoup de gens ont sur ce point une opinion qu'il leur appartiendra de défendre pour leur compte et que je n'ai pas à envisager ici. Par contre que le recrutement, l'entraînement et l'emploi de l'armée doivent radicalement changer leurs méthodes, ce sont des nécessités résultant des événements qui viennent de se passer sous nos yeux et sur lesquelles les médecins peuvent exprimer un avis particulier.

Les premières estimations que l'on ait vu rapporter çà et là dans la presse situent aux environs de 50 millions le nombre des morts dus à la guerre qui se termine. L'impression paraît unanime que les armées ont sensiblement moins souffert que dans le conflit précédent. Par contre les populations civiles ont été terriblement éprouvées. La guerre totale se mène non à coups de stratégie mais d'extermination, c'est-à-dire que dorénavant la partie se jouera non plus le long de fronts de bataille mais sur la totalité des territoires adverses : dans le tableau le plus récent que nous ayons eu de la guerre, la résistance japonaise s'est effondrée non pas du fait d'un revers militaire, mais sous la menace d'une destruction totale du pays. Même si une parade est trouvée à la bombe atomique et aux perfectionnements qui ne peuvent manquer de lui être apportés, la guerre est vraisemblablement vouée à procéder dorénavant par cataclysmes. Les belligérants en feront les frais, les voisins aussi sans doute. Et comme la valeur offensive d'un pays sera fonction non plus du chiffre de sa population ni de l'étendue de son territoire mais de l'ingéniosité de ses savants, le plus chétif pourra efficacement riposter aux attaques du plus puissant. Tous les deux seront donc ravagés en moins de temps qu'il n'en fallait, jusqu'ici pour achever la mobilisation, et les quelques survivants, s'il en reste, n'auront plus qu'à constater qu'ils sont hors d'état de mener leur querelle à son terme. Rien ne vaut l'éloquence des ruines pour inciter les esprits à la paix.

Ces perspectives donnent à penser sur le rôle futur des armées. Ce n'est pas cependant sur de simples anticipations que l'on peut décider si elles subsisteront ou non. Au reste elles ont à assumer, dans l'état présent du monde, une mission de police qui croîtra peut-être en importance avec le temps, et en vertu de laquelle leur place devra sans doute être réservée. La conférence de San Francisco, a, en tous les cas, conclu dans ce sens. Toutefois c'est chose essentiellement différente de maintenir l'ordre ou de faire campagne : l'instant décisif de la réforme, si elle s'accomplit, sera d'obtenir l'abandon de leurs anciennes conceptions d'armées férues de leur rôle historique.

Dans ce pays même, sous nos yeux, se manifeste une incompréhension à la fois obtuse et têtue. La besogne la plus urgente, pour certains, c'est de nous reconstruire une armée et de la faire en tous points semblable à celle de 1939. Que la France soit ravagée, dépeuplée, plongée dans le plus affreux dénuement cela importe peu pourvu que nous ayons de nouveau des casernes remplies. Or l'immensité de nos ruines impose avant tout de réserver le plus de bras possible à la reconstruction et par conséquent de limiter l'armée au strict minimum. Notre situation démographique exige en outre que nous fassions de nos jeunes gens militaires autre chose que des manipulateurs d'armes pour la plupart désuètes. C'est pour nous une question vitale que l'armée soit désormais recrutée et entraînée selon des normes entièrement nouvelles.

Jusqu'à présent les conseils de révision avaient cet objectif particulièrement insane de sélectionner les mieux bâtis du contingent pour les envoyer, dès la première alerte, aux massacres du champ de bataille. Une nation tant soit peu guerrière se vouait ainsi à l'abâtardissement progressif et au déclin. C'est exactement ce que, depuis cent cinquante ans, ont réalisé pour nous les guerres de la Révolution et de l'Empire, les expéditions coloniales et les trois conflits franco-allemands. La race n'a pu résister à ces coups redoublés dont chacun marquait un avantage des laissés-pour-compte : ils survivaient, eux, au carnage et donnaient le jour à des rejetons de basse qualité ; les meilleures souches étaient détruites. La qualité biologique de la nation ne pouvait donc que péricliter.

Notre situation démographique, plus alarmante encore que l'économique, exige que nous considérions notre jeunesse d'un tout autre œil que ne faisaient les recruteurs d'autrefois. Au reste peu importe dans l'armée moderne l'aptitude à faire de longues marches et défiler en rangs. Le conseil de révision devrait être aujourd'hui l'occasoin de « réviser » (il n'y a pas de mot plus adéquat) la génération qui atteint sa vingtième année. A cet effet, le coup d'œil de maquignon que promenait sur les nudités le médecin adjoint au conseil de révision serait assurément dérisoire. C'est un exament corporel complet qui convient, avec les mensurations d'usage, l'auscultation, la spirométrie, le passage à l'écran et peut-être quelques examens de

laboratoire judicieusement choisis. Tous les résultats dûment consignés sur une fiche et sur le carnet de santé constitueraient une évaluation précieuse de la valeur physique du sujet : ce serait la réalisation enfin obtenue de ces examens de santé dont il est question depuis des années. Tous les chétifs et anormaux dépistés feraient l'objet d'un examen spécial sanctionné par un conseil médical. Ainsi les imperfections et lésions latentes, au lieu d'être avec désinvolture jetées au rebut, comme autrefois, seraient étudiées en vue d'une amélioration ou, si elles sont définitives, d'une classification parmi les diverses activités possibles.

Il n'y a aucune raison pour réserver cet examen aux seuls jeunes hommes. Les armées actuellement mobilisées comptent toutes des femmes et l'armée de demain (si armée il y a !) leur ouvrira très vraisemblablement ses rangs. En outre si l'on entend donner aux futurs conseils de révision la tâche auguste de relever le tonus biologique de la nation il serait stupide de borner leurs investigations aux seuls procréateurs mâles. La « classe » doit désormais comprendre les filles comme les garçons.

A ce prix chaque génération sera, l'année de ses vingt ans, évaluée, triée, catégorisée, et les statistiques pourront alors construire des graphiques ne comportant pas seulement des données sur le nombre, mais aussi sur la qualité des jeunes couches. Depuis des années les médecins français ne se lassent pas de répéter que le repeuplement de ce pays n'est pas seulement une question de chiffres, mais aussi de valeur intrinsèque des individus.

A cette modernisation des méthodes dans les conseils de révision devraient correspondre des conceptions rajeunies sur l'entraînement et l'emploi de l'armée. Pour un nombre d'années encore imprécisé celle-ci n'aura d'autre rôle défini que faire l'occupation de la zone allemande et assurer l'ordre dans les territoires coloniaux. On voudrait croire que le ministère et l'Etat-Major y regarderont à deux fois avant d'édicter les directives nouvelles pour la préparation à la guerre dans un moment où l'on envisage à bon droit que le conflit futur sonnerait la fin des temps. Il est moins que jamais concevable de renouveler la bourde deux fois commise sous nos yeux qui consista à préparer l'armée à la guerre.... précédente. En attendant que s'éclaircisse tout ce qui est encore incertain en cette matière le temps d'enrôlement sous les drapeaux serait plus judicieusement employé à de tout autres besognes.

Il va sans dire que l'éducation physique devrait être inscrite en tête du programme. Et par éducation physique je n'entends pas seulement le sport mais encore le travail manuel. En tête des sports devrait être inscrite la natation ; en tête des travaux manuels le travail de la terre sottement méprisé par trop de Français et qui est le dernier bastion où le bras de l'homme tienne encore tête à la machine. Le travail artisanal du fer et du bois pour les hommes, les besognes fermières et ménagères pour les femmes compléteraient l'éducation pratique. Grâce à une telle formation le contingent de chaque année serait apte à intervenir dans tous les cas urgents de calamité (inondations, tornades, incendies, catastrophes ferroviaires), et, en premier lieu, pour bon nombre d'années sans doute, dans la reconstruction et les grands travaux de voierie, d'équipement, de reboisement qui en découleront.

A côté de cet entraînement aux sports et aux tâches manuelles pourraient figurer des conférences d'instruction complémentaire adaptée à l'âge de ces jeunes gens en passe de devenir des citoyens. L'éducation civique est un domaine où les bacheliers et licenciés n'en savent guère plus que les primaires : les divers stades d'instruction pourraient s'y coudoyer à peu près à égalité. Or, dans le monde de demain elle va être singulièrement complexe l'éducation civique. Car les divers pays se trouveront pris dans un réseau si serré de préoccupations et de nécessités communes que dans chacun d'eux les problèmes politiques et sociaux ne pourront se concevoir qu'à la faveur de vues d'ensemble englobant tous les continents. Il conviendrait d'exposer aux jeunes gens et aux jeunes filles les divers régimes politiques (dont les incomptabiiités furent, pour une bonne part, cause de la dernière guerre), les grands courants économiques (autre source de conflits), l'évolution et le fonctionnement des œuvres sociales de prévoyance et d'assistance (les caisses d'Assurances sociales ne vont-elles pas englober sous peu l'ensemble de la population ?) Des notions d'hygiène privée et publique, des études sur les fléaux sociaux (au nombre desquels il faudrait comprendre les maladies vénériennes et l'avortement provoqué) et, pour les jeunes filles, un cours de puériculture mettraient les recrues en mesure d'aborder avec lucidité la vie conjugale et de fonder une famille en connaissance de cause. Enfin le temps de service devrait être l'occasion de déployer en grand les techniques de l'orientation professionnelle et d'indiquer à chacun l'ordre d'activités pour lequel il est le mieux pourvu.

Cet entraînement global pourrait encore s'étoffer de cycles spéciaux ou des groupes, constitués par une similitude d'affinités ou d'origines, s'intéresseraient à telle ou telle forme, spirituelle ou manuelle, de l'activité humaine. Depuis quelques dizaines d'années tant d'œuvres, plus ou moins inspirées du scoutisme, se sont consacrées à la jeunesse que toutes les expériences possibles ont été faites et déblaieraient le terrain pour une organisation de ce genre. D'ores et déjà nous possédons certainement les cadres nécessaires parmi les anciens animateurs des centres, chantiers et auberges de jeunesse.

On ne peut se dissimuler les résistances que susciterait une telle innovation. Avant la guerre le seul fait de la proposer eut été considéré comme un dévergondage et, par beaucoup, comme un sacrilège : le concept traditionnel de l'armée était de taille à résister à toutes les fluctuations politiques et même les violences partisanes de l'antimilitarisme ne l'avaient en aucune façon ébranlé. Depuis, la situation a changé du tout au tout. Constituée sur les normes encore en honneur au début

de la guerre une armée apparaîtrait tout juste bonne à un défilé historique, et probablement les armées actuellement en voie de démobilisation sont-elles déjà démodées. En outre la France se trouve dans cette situation exceptionnelle que le conflit lui a coûté la destruction totale de son armature militaire. Il ne nous reste rien : les quelques divisions qui portent aujourd'hui nos couleurs sont habillées, équipées et armées par l'étranger. Les usines ont cessé de tourner, les arsenaux sont pour la plupart démunis, les magasins sont vides, la flotte est au fond de l'eau, les archives sont détruites, l'administration a été dispersée. Depuis le 11 novembre 1942, la France n'a plus qu'un rang médiocre parmi les puissances militaires. C'est un lourd handicap pour le présent, car nous faisons chaque jour l'expérience qu'une nation désarmée a bien de la peine à se faire respecter. Mais cette infortune actuelle peut tourner à notre avantage dans l'avenir : aucun héritage du passé ne s'oppose aux innovations les plus hardies. Nous sommes disponibles pour toutes les initiatives.

Encore faut-il ne pas laisser échapper le moment favorable. Or il est visible que, si nous n'y veillons pas, c'est en face de vieilleries reconstituées à grands frais que l'on nous placera bientôt. Le Ministère de la Guerre et les séniles débris de l'Etat-Major s'évertuent fébrilement autour d'un embryon d'armée encombrant, désœuvré, insatiable, qui râfle avec une déconcertante effronterie les hommes, les matières premières, les usines, les vivres et sans savoir exactement (sauf pour les vivres !) ce qu'il veut en faire. L'opinion, inquiète et indignée, proteste en vain contre ce parasitisme qui semble un défi à la misère nationale.

Il est grand temps d'avoir d'autres plans à proposer avant que des ordonnances ou des lois aient exhumé de la poussières des conceptions condamnées par les événements. La jeunesse de France ne doit plus être astreinte à perdre de précieuses années en exercices qui n'ont manifestement plus ni queue ni tête. Le service que lui impose la nation, il faut faire en sorte qu'il soit profitable et à la nation et à la jeunesse elle-même.

Afin que cet impôt-là, du moins, nous console quelque peu de tous les autres et nous donne la résignation pour les payer.

G. LAVALÉE.

DROIT PROFESSIONNEL

ASSURANCES SOCIALES

QUI EST RESPONSABLE DU TRAITEMENT ?

UNE telle question a de quoi surprendre. Le responsable n'est-il point d'évidence celui qui dirige le traitement, c'est-à-dire le médecin traitant librement choisi par l'assuré ? Il l'est sans conteste ; mais est-il le seul ? D'autres médecins ne prennent-ils pas leur part, plus grande encore aujourd'hui qu'hier, à cet acte médical, source de toute responsabilité ? La question se posait déjà sous le régime de 1928-1930 à propos du médecin-*contrôleur*. Elle est devenue plus aiguë que jamais depuis l'institution des médecins-*conseils* par l'ordonnance du 19 octobre 1945, depuis surtout les articles 33 à 35, relatifs aux maladies de longue durée.

ON se rappelle sans doute que selon l'article 15 du R.A.P. du 19 mars 1936 (repris au reste par le R.A.P. du 11 juillet 1939), le médecin-*contrôleur*, chargé de la *surveillance* des malades ne pouvait donner de *soins* aux assurés affiliés à sa Caisse, ni *s'immiscer dans les rapports du malade et du médecin traitant*. En cas de désaccord avec ce dernier, son rôle se bornait à informer la Caisse qui statuait sur les droits de l'assuré, lequel en cas de refus pouvait saisir du litige suivant le cas, la *Commission technique* des trois médecins ou la Commission d'arrondissement.

La pratique eût rapidement tendance à déborder ce cadre théorique. Les médecins-contrôleurs se sentirent des réflexes plus médicaux que policiers et se préoccupèrent des résultats techniques et sociaux de leurs interventions. Ainsi mis en vedette devant les assurés, ils ne tardèrent point à voir leur responsabilité personnelle mise en cause.

L'affaire la plus typique à notre sens fut jugée par le Tribunal civil de la Seine, le 21 décembre 1937. Un assuré victime selon lui, d'un refus de prestations à la suite d'un avis erroné du médecin-contrôleur, demanda réparation du préjudice subi tant audit médecin pris en son nom personnel, qu'à la Caisse responsable des fautes de son préposé. La demande fut rejetée ; mais ce qui importe, davantage encore que la décision elle-même, ce sont les motifs qui l'ont déterminée :

Le Tribunal fit observer tout d'abord qu'il ne pouvait être question d'appliquer les principes ordinaires de la responsabilité médicale (qui est de nature *contractuelle*), aucun lien de droit n'existant entre l'assuré et le médecin-contrôleur. N'oublions pas en effet que ce dernier n'a pas à traiter ou à conseiller techniquement le malade auquel il ne doit même pas faire connaître son avis, la loi ayant expressément réservé le libre choix du médecin traitant.

Sur le plan de la responsabilité *délictuelle* la question est plus complexe. Pour que la responsabilité du médecin-contrôleur soit engagée, il faut qu'il y ait tout à la fois *faute*, et lien de cause à effet entre la faute et le préjudice. La faute (erreur technique consistant en une méconnaissance des données acquises de la science) n'appelle point d'observations particulières. Par contre le *lien de cause à effet* fait défaut. En effet, d'une part la Caisse n'assume pas directement les soins et ne fait que rembourser les dépenses de l'assuré ; rien n'empêche ce dernier de suivre purement et simplement les prescriptions de son médecin traitant. D'autre part les décisions de la Caisse *ne sont pas sans voies de recours*. En l'espèce l'assuré avait omis de les exercer.

QUELS sont aujourd'hui d'après les textes et les commentaires officiels les fonctions exactes des médecins-*conseils* ? Le premier de ces textes est l'article 6 toujours en vigueur de la loi du 29 mai 1941, abrogée ou plutôt annulée dans ses autres articles par l'ordonnance du 3 mars 1945 (art. 4). Aux termes de cet article, le *contrôle médical* porte sur « *la valeur, l'opportunité, l'étendue et la durée des soins nécessaires aux assurés sociaux* ».

L'ordonnance du 19 octobre 1945, qui rappelle dans son article 8 § 1 que l'assuré choisit librement son praticien, n'aborde pas sous l'angle général le contrôle médical, mais reconnaît aux médecins-*conseils*, à l'occasion de l'assurance de la longue maladie — et, en réalité, pour toute maladie durant plus de trois mois — des pouvoirs considérables qui tendent à transformer complètement la nature même de leur rôle.

Avant l'expiration du troisième mois, l'assuré doit sur l'invitation de la Caisse (1), faire l'objet d'un *examen* spécial, opéré *conjointement* par le médecin traitant et le médecin-conseil, *en vue de déterminer le traitement spécial dont l'intéressé doit faire l'objet*. En cas de désaccord, un nouvel examen est confié à un *expert* désigné par les deux médecins, ou à défaut, par le Directeur régional sur une liste établie par lui. L'avis technique de l'expert *ne peut faire l'objet d'aucun recours* (art. 33).

Marquons immédiatement l'innovation :

L'ancien *contrôleur* est devenu dans ce cas plus même qu'un *conseil*, puisqu'il participe au traitement sur le même plan, d'égal à égal avec le médecin traitant ; il entre dans l'action quasiment à titre de consultant dès lors que le médecin traitant l'accepte comme tel. S'il y a désaccord, l'expert choisi par eux ou par le Directeur régional, est bel et bien un consultant officiel des Caisses. Quant à l'ancienne *commission technique*, de simple juridiction à laquelle les parties pouvaient avoir éventuellement recours, elle devient une *équipe médicale de traitement*, dirigée et dominée par l'expert dont l'avis ne peut être que *sans recours*.

Quel lien y a-t-il entre la décision de l'équipe de traitement ainsi constituée et le traitement effectif de l'assuré ? Les articles 34 et 36 nous le précisent : le conseil de la Caisse statue sur les prestations à allouer à l'assuré, au vu de l'avis émis par ladite équipe (art. 34). L'attribution de ces prestations est subordonnée à l'obligation pour le « bénéficiaire » de se *soumettre* aux *traitements* et mesures de toute nature prescrits dans les conditions prévues à l'article 33 (c'est-à-dire par l'équipe de traitement) ainsi qu'aux visites médicales et aux contrôles organisés par la Caisse.

L'un des principaux auteurs de la réforme, M. Laroque, dans une conférence que nous avons déjà citée (1), a au reste, lui-même précisé sans détours le nouveau rôle dévolu aux médecins-conseils : il attend de ceux-ci qu'ils « *collaborent au traitement* » en « *aidant le médecin traitant* ». « *Il peut mettre à sa disposition des moyens de diagnostic, voire même dans certains cas des moyens de traitement.* » Au terme de l'examen médical prévu par l'article 33, « *on doit arriver à déterminer un traitement* ». « *En même temps l'intéressé va se voir imposer l'obligation de suivre ce traitement.* »

(1) Notons que l'art. 37 du R.A.P. du 29 décembre fait une obligation à la Caisse si l'assuré n'en a pas fait lui même la demande, d'inviter le médecin-conseil a faire procéder à cet examen.

(1) Archives de médecine sociale. — Septembre 1945.

A-T-ON cependant, dans la doctrine officielle, tiré de cette conception, toutes les conséquences logiques qui en découlent, et est-on prêt à les accepter ? Il ne le semble pas. Dans la même conférence, M. Laroque, précise que « *le médecin-conseil, dans l'exercice de cette collaboration, doit montrer un tact tout particulier, car il ne doit en aucun cas, se substituer au médecin traitant. Son rôle n'est pas de soigner, mais de servir d'intermédiaire...* ». Répondant d'autre part, le 14 décembre dernier, à une question à lui posée à ce sujet par la Confédération, le Directeur général des Assurances sociales définit ainsi la double fin de l'intervention du médecin-conseil : « fournir à la Caisse les garanties indispensables avant l'engagement de dépenses souvent élevées, *et donner à l'assuré malade la garantie qu'il bénéficie des meilleurs moyens techniques existants* ».

Dans un but « d'apaisement », M. Laroque indique que « si le médecin-conseil a des doutes sur l'exactitude du diagnostic du médecin traitant ou l'opportunité du traitement spécial prescrit, il ne peut *à défaut d'accord, que demander l'intervention du médecin consultant. En aucun cas il ne peut se substituer au médecin traitant, ni pour le diagnostic ni pour la prescription* ». Il espère enfin, de cette « collaboration confiante » qu'il souhaite, la mise à la disposition des praticiens comme des assurés de « *tous les moyens* administratifs, financiers ou *techniques* » dont disposent les Caisses.

Le règlement d'administration publique, en son article 23, répond visiblement au même souci d'apaisement, en reprenant les anciens termes de l'article 15 précité et en stipulant que « *le médecin-conseil ne peut s'immiscer dans les rapports du malade et du médecin traitant. Il doit s'abstenir de formuler devant le malade un diagnostic ou une appréciation sur le traitement* ». Le même article ajoute toutefois un § 3 d'apparence anodine, mais qui modifie du tout au tout l'esprit même de l'ancien article 15. « *Les présentes dispositions ne font pas obstacle à l'application des dispositions de l'article 33 de l'ordonnance du 19 octobre 1945.* »

IL importe, de remettre un peu de clarté dans un débat qui touche à l'essentiel.

La Caisse ne donnera à l'assuré les moyens économiques lui permettant de continuer à se soigner, après 3 mois, que s'il consent à suivre très exactement le traitement imposé par *l'équipe composée du médecin traitant et du médecin-conseil dont elle prend à son compte la décision* (art. 34).

Au sein de cette équipe, le médecin-conseil ne se substitue pas au médecin traitant, certes, ou plutôt, chacun d'eux ne se substitue pas à l'autre. Mais *l'équipe se substitue à chacun d'eux*, puisqu'ils jouissent tous deux d'un droit de veto et d'un strict pied d'égalité. Si ce droit est exercé, l'équipe s'enrichit alors d'un troisième membre *l'expert*, dont l'avis prédomine en dernier ressort et que la Caisse reprend également à son compte.

Le respect prétendûment accordé au rôle du médecin traitant, jusqu'à maintenant seul directeur du traitement, se borne en réalité à maintenir des *apparences*. Le médecin-conseil ne s'immisce pas *dans les rapports du malade et du médecin traitant*, au point de vue psychologique ou moral, *mais il est évident qu'il s'immisce* (comme l'expert) *dans le traitement*. Il s'abstient *devant le malade* de formuler un diagnostic ou une appréciation sur le

traitement. Mais il *doit* juger, apprécier traitement et diagnostic, et prendre toutes mesures utiles pour faire substituer le diagnostic ou le traitement de l'expert à ceux du praticien traitant s'il les désapprouve. Il n'est même plus tenu d'observer ces *apparences* si leur respect mettait obstacle *aux examens médicaux prévus par l'article* 33. Enfin, pense-t-on que les apparences puissent longtemps duper le malade sur le cas que l'on fait des décisions du médecin choisi par lui, puisque de l'aveu même de M. Laroque, il s'agit de lui apporter des *garanties techniques*, ce qui laisse supposer que la médecine libre n'est pas à même de les lui offrir naturellement ?

Reprenons le raisonnement du Tribunal civil de la Seine.

En premier lieu peut-on rejeter d'emblée toute idée de responsabilité *contractuelle*, sous prétexte que les médecins-conseils n'ont pas à traiter ou à consulter techniquement le malade ?

Selon M. Laroque, ils doivent au contraire, « donner *à l'assuré malade* la garantie qu'il bénéficiera des meilleurs moyens *techniques* existants ». Bien plus même, lorsqu'il y a lieu à application de l'article 33, rien ne met plus obstacle à ce que le médecin-conseil s'immisce dans les rapports du malade et du médecin traitant, ou fasse connaître devant lui, un diagnostic ou une appréciation sur le traitement. Il en va *a fortiori* ainsi pour le *médecin expert*, qu'il soit choisi par les deux premiers ou par le Directeur régional.

D'autre part, lorsque la Caisse a repris à son compte les décisions de l'équipe soignante, elle offre en quelque sorte à l'assuré une sorte de *contrat d'adhésion* : vous suivrez les prescriptions médicales de l'équipe et, de mon côté, je vous allouerai mes prestations. Il y a effectivement consentement — ou refus — de l'assuré. S'il accepte, ce qui sera, pour d'évidentes raisons économiques, le cas le plus fréquent, et que le traitement ainsi imposé lui cause un préjudice, l'équipe ou l'expert qui aura établi le traitement, et la Caisse qui l'aura imposé, pourront voir leur responsabilité contractuellement mise en cause.

En second lieu, sur la base de la responsabilité *délictuelle*, on ne saurait plus invoquer l'absence de lien de cause à effet entre la faute et le préjudice.

1° Il n'est plus possible en effet de soutenir que les Caisses n'assument pas directement les soins, alors que leurs médecins-conseils sont chargés, selon le Directeur général des Assurances sociales, de « mettre à la disposition des malades assurés sociaux tous les moyens techniques dont elles disposent », et que d'autre part, les mêmes médecins-conseils, comme membres de l'équipe soignante, ont pour rôle «d'imposer à l'assuré un traitement ».

2° On peut certes encore dire, *juridiquement*, que « rien n'empêche l'assuré de renoncer aux prestations et de se faire soigner comme il l'entend en suivant uniquement les prescriptions du médecin librement choisi par lui ». *Rien* en théorie ne s'oppose à cette option. Mais *tout* s'y oppose en fait, tant au point de vue économique que social.

3° D'autre part le problème ne se pose plus sous l'aspect *négatif* d'avant guerre. Il ne s'agit plus de reprocher au médecin-conseil ou à la Caisse un refus erroné de prestations. Le préjudice, s'il survient, aura pour cause aujourd'hui une volonté *positive* d'intervention, à laquelle une erreur technique aura donné des conséquences néfastes.

4° Enfin on ne saurait remettre à une instance supérieure le soin de trancher le litige puisque selon la loi elle-même, l'avis de l'expert est *sans recours*.

En conclusion donc, soit sur le terrain contractuel, soit sur le terrain délictuel, la responsabilité du traitement institué sous le régime de l'article 33 incombe, selon nous, non plus au médecin traitant seul, mais à l'équipe soignante, dont les membres peuvent être recherchés par l'assuré d'une manière conjointe et solidaire. Elle incombe même à l'expert désigné par le Directeur régional, au cas où le médecin- conseil mettrait en doute l'exactitude du diagnostic du médecin traitant ou l'opportunité de ses prescriptions.

Un dernier problème reste à élucider. Dans quelle mesure la responsabilité de la Caisse serait-elle engagée ?

Le problème de la responsabilité des Administrations du fait de leur corps médical a déjà été tranché par la jurisprudence. La décision administrative qui investit un médecin d'une fonction médicale ne crée aucun lien de subordination entre lui et l'Administration dans le domaine de la technique et de l'art médical. Le médecin intéressé ne saurait donc, sous cet angle, être considéré comme son préposé, et par suite elle ne peut être déclarée responsable, en tant que commettant, des actes accomplis par lui dans l'exercice de sa fonction médicale. La responsabilité délictuelle du fait d'autrui ne reprend tous ses droits que s'il s'agit d'une faute étrangère à la technique médicale, tel qu'un refus de soins (Trib. civ. Marseille, 10 février 1938). Etudiée sous cet aspect, la responsabilité de la Caisse du fait du médecin-conseil ou du médecin-expert paraît difficile à mettre en jeu, sauf cas exceptionnels.

Mais il est un autre principe juridique auquel il faut ici avoir recours : c'est celui de la *responsabilité contractuelle du fait d'autrui*. Il est admis en effet par la jurisprudence que lorsqu'une partie souffre d'un dommage par la faute d'une personne que son co-contractant a appelée à concourir à l'exécution du contrat, c'est le co-contractant auquel ladite partie a fait confiance, qui encourt, en cas de dommage, une responsabilité Faisant application de ces principes, la Cour de Cassation, par un arrêt en date du 30 novembre 1937, a décidé que « lorsqu'une Compagnie de chemin de fer avant d'engager un employé, exige qu'il soit vacciné par un médecin attaché à son service, elle prend à l'égard du postulant l'engagement de faire procéder à cette opération sans conséquence dommageable pour lui. Dès lors, elle est directement responsable envers lui de l'incapacité de travail qu'il a subie par suite du caractère défectueux de cette vaccination ».

Nous pouvons étendre facilement le même raisonnement au cas qui nous occupe. La Caisse, nous l'avons vu, en proposant à l'assuré l'application de l'article 36, c'est-à-dire en lui imposant le traitement arrêté par l'équipe soignante ou l'expert, moyennant le versement des prestations de longue maladie, conclut avec lui un contrat *sui generis*, qui comporte la clause de garantie et entraîne sa responsabilité contractuelle en cas de dommages.

Peut-être cette perspective — grave étant donné le prix actuel de la vie humaine — fera-t-elle réfléchir les Conseils des Caisses, avant qu'ils ne s'engagent allègrement sur la voie de la médecine autoritaire que le texte légal leur a préparée.

Jean Mignon.

A PROPOS DES ÉLECTIONS AU CONSEIL DE L'ORDRE DE LA SEINE

Par le Dr Ch. DEVE

Si l'écho paru dans le CONCOURS MÉDICAL du 20 décembre 1945, trois jours avant le vote en Assemblée générale (et probablement composé avant le changement de mode de scrutin) avait dû paraître non pas avant, mais après l'Assemblée générale du 23 décembre 1945, il eût été certainement différent, pour partie du moins.

En effet, la division du Corps Médical de notre département, à laquelle aurait fatalement conduit la confrontation de plusieurs listes de candidats, a pu être évitée très opportunément — « in extremis », il est vrai — grâce au moyen employé pour porter le nom des candidats à la connaissance des électeurs et à la façon dont ceux-ci ont exprimé leur vote : la simple énumération des candidats dressée par ordre alphabétique en une liste unique portée sur une feuille qui, sous réserve de comporter au maximum 33 noms non rayés, devait servir de bulletin de vote à l'exclusion de tout autre mode d'expression du vote. Le procédé présentait en outre l'avantage de porter à la connaissance des électeurs les candidatures des isolés, ce qui eût été impossible sans cela.

Sans doute le dépouillement a un peu compliqué la tâche des scrutateurs, puisqu'il a obligé à des contrôles minutieux, et nombreux, en particulier pour s'assurer de la validité des bulletins (2.90. seulement hélas, tant il y a eu d'abstentions) et de l'exactitude des totalisations de voix obtenues par 134 candidats ! Mais ce type de bulletin de vote a sauvegardé au maximum les droits des candidats et ceux des électeurs : cela a bien quelque prix dans un pays et dans une profession où, pour la première fois depuis tant d'années, nous avons respiré à pleins poumons — et dans la concorde — l'air pur de la liberté.

Puisque, à l'unanimité (moins 4 à 5 voix contre), l'Assemblée générale s'est prononcée pour la démission immédiate des élus, à charge pour le Conseil nouveau (démissionnaire sitôt que né) non seulement d'expédier les affaires courantes, mais de préparer dans le plus bref délai possible le deuxième Conseil de l'Ordre de la Liberté, il paraît souhaitable que les élections se fassent par le moyen du bulletin de vote qui a très heureusement fait ses preuves le 23 décembre.

Il est trop tôt encore pour tirer quelques enseignements de ce vote d'attente : ce qui semble bien résulter, cependant, du dépouillement d'un grand nombre de bulletins, c'est que sera mis en évidence, une fois de plus, le nombre important de nos Maîtres de la Faculté et des Hôpitaux sur les noms desquels s'est porté en force le choix des électeurs, par rapport au nombre des praticiens candidats : en raison, d'abord, de l'estime et de la reconnaissance auxquels nos Maîtres ont bien droit et aussi parce que nombre d'électeurs, ne connaissant que peu ou prou beaucoup des praticiens candidats, ne se sont guère souciés de voter « dans la nuit » et ont préféré favoriser de leur vote des candidats bien connus d'eux : en quoi ils n'ont pas eu tort.

En ce qui concerne les élections au Conseil de l'Ordre, chargé surtout de défendre les principes qui honorent l'exercice de la médecine, il n'en peut résulter qu'un surcroît de lustre pour notre Ordre. Mais s'il s'agissait de défendre les intérêts matériels auxquels, pour un grand nombre d'entre nous, sont étroitement liés certains intérêts moraux, non moins respectables, il serait nécessaire d'adapter aux circonstances le mode d'établissement de la liste des candidats afin d'avoir un mode de représentation dans l'ensemble plus qualifiée pour la défense d'intérêts qui touchent plus directement la masse des médecins praticiens qui constituent la grosse majorité de nos confrères.

Mais c'est là un problème qui ne se posera guère que lors des élections au Conseil de la Chambre syndicale : sa solution serait sans doute facile à trouver.

DOCUMENTATION PROFESSIONNELLE

ASSURANCES SOCIALES

Décret n° 45-2179 du 29 décembre 1945 portant règlement d'administration publique pour l'application de l'ordonnance du 19 octobre 1945 fixant le régime des Assurances Sociales applicable aux assurés des professions non agricoles. (Extraits)

. . . . . .

TITRE II

PRESTATIONS

CHAPITRE PREMIER

Dispositions générales relatives aux soins

Art. 7. — Le ministre du Travail arrête, après avis du Conseil supérieur de la sécurité sociale :

a) Les modèles de conventions à intervenir, en application des articles 10 et 11 de l'ordonnance du 19 octobre 1945, entre, d'une part, les caisses régionales de sécurité sociale et, d'autre part, les syndicats de praticiens ou les dispensaires, notamment pour la fixation des tarifs d'honoraires dus par les assurés sociaux à l'occasion de soins de toute nature donnés au cabinet du praticien, au domicile de malade, dans un établissement privé ou dans un dispensaire et en cas de maternité ;

b) Les modèles de conventions à intervenir, en application de l'article 18 de l'ordonnance susvisée, entre, d'une part, les caisses régionales de sécurité sociale et, d'autre part, les établissements privés de cure et de prévention, notamment pour la fixation des tarifs d'hospitalisation applicables aux assurés sociaux soignés dans lesdits établissements ;

c) Les modèles de conventions à intervenir, en application de l'article 14 de l'ordonnance du 19 octobre 1945, entre, d'une part, les caisses régionales de sécurité sociale et, d'autre part, les syndicats de fournisseurs, notamment pour la fixation des tarifs de responsabilité servant de base au remboursement des frais d'acquisition et de renouvellement des appareils ;

d) Les tarifs-limites de responsabilité prévus à l'article 14 de l'ordonnance du 19 octobre 1945.

Les conventions modèles prévues au présent article comportent des dispositions obligatoires et des dispositions facultatives.

L'arrêté approuvant chaque modèle de convention, détermine, parmi les clauses de la convention, celles qui ont un caractère facultatif.

Art. 8. — § 1er. — Les tarifs établis conformément aux prescriptions de l'article 10 de l'ordonnance du 19 octobre 1945 et inscrits dans les conventions conclues entre les syndicats professionnels de praticiens et les caisses régionales de sécurité sociale sont adressés en triple exemplaire par chaque syndicat professionnel intéressé à la commission nationale prévue au deuxième alinéa dudit article 10.

Cette commission nationale comprend :

Un représentant du ministre du Travail ;

Un représentant du ministre de la Population ;

Un représentant des caisses régionales de sécurité sociale ;

Trois représentants des organisations syndicales nationales de praticiens, dont :

Un médecin siégeant à titre permanent ;

Deux représentants du ou des syndicats professionnels intéressés.

Lorsque la commission nationale examine les tarifs d'honoraires des dentistes, les deux membres non permanents de la commission comprennent un chirurgien dentiste et un stomatologiste. Lorsqu'elle examine les tarifs d'honoraires des sages-femmes, le médecin siégeant à titre permanent est remplacé par un médecin accoucheur désigné dans les mêmes conditions que ce dernier.

En ce qui concerne la représentation des caisses régionales de sécurité sociale et des organisations professionnelles de praticiens, des membres suppléants en nombre égal sont désignés dans les mêmes conditions que les membres titulaires.

§ 2. — Les rapporteurs devant la commission sont choisis parmi les rapporteurs devant le Conseil supérieur de la sécurité sociale.

Le secrétariat de la commission est assuré par le secrétariat général du Conseil supérieur de la sécurité sociale.

§ 3. — Un arrêté du ministre du Travail, du ministre de la Population et du ministre de l'Economie nationale fixe les modalités suivant lesquelles sont désignés les membres de la commission et choisit le président et le vice-président, ainsi que la procédure d'approbation des tarifs par ladite commission.

Art. 9. — En cas de séjour dans les services de chirurgie des établissements hospitaliers publics ou privés, le tarif des honoraires à l'acte opératoire comprend les honoraires de la période préopératoire et ceux de la période post-opératoire, dans la limite d'une durée fixée forfaitairement par la nomenclature générale des actes professionnels.

Les honoraires afférents à la période non comprise dans le forfait visé à l'alinéa précédent sont remboursés :

1° Sur la base d'un tarif journalier fixé d'après le tarif réglementaire en ce qui concerne les hôpitaux publics ;

2° Sur la base des tarifs prévus dans les conventions conclues entre les caisses régionales de sécurité sociale et les syndicats de praticiens pour les hôpitaux privés.

Art. 10. — L'assuré ne peut obtenir le remboursement de ses frais de transport et de séjour en préventorium, en sanatorium, en aérium ou dans une maison de convalescence, ainsi que de ses frais de cure thermale ou climatique que s'il a obtenu l'accord de la caisse dans les conditions prévues à la nomenclature générale des actes professionnels.

Art. 11. — En ce qui concerne les analyses et examens de laboratoires, l'assuré a le libre choix entre les laboratoires agréés, pour chaque catégorie d'analyses, quelle que soit la qualité de l'exploitant.

Les conditions d'agrément sont fixées par un arrêté du ministre du Travail et du ministre de la Population.

. . . . . .

Art. 13. — La participation des caisses aux dépenses médicales et pharmaceutiques ne peut, en aucun cas, même lorsqu'elle est fixée forfaitairement, excéder le montant des frais exposés par l'assuré.

Art. 14. — Chaque maladie ou accident donne lieu :

1° Pour permettre la liquidation des droits de l'assuré, à l'établissement de feuilles de soins et d'incapacité de travail dont la durée de validité est de huit jours au maximum pour les deux premières, quinze jours pour les suivantes, s'il y a lieu, et d'un mois en cas de longue maladie ;

2° A l'envoi par l'assuré à la caisse primaire de sécurité sociale, dans les trois jours suivant la première constatation médicale, sous peine des sanctions prévues à l'article 29 de l'ordonnance du 19 octobre 1945, d'une lettre d'avis de maladie indiquant, s'il y a lieu, d'après les prescriptions du médecin, la durée probable de l'incapacité de travail ;

3° Lorsque l'interruption de travail est postérieure à la date de la première constatation médicale, à l'envoi par l'assuré à la caisse primaire de sécurité sociale, dans les trois jours suivant la date d'interruption et sous les mêmes sanctions, d'une lettre d'avis d'interruption de travail indiquant, d'après les prescriptions du médecin, la durée probable de l'incapacité de travail.

La caisse fixe dans son règlement intérieur les modalités selon lesquelles ces lettres et feuilles lui sont envoyées ou remises.

La caisse est fondée à refuser à l'assuré le bénéfice des indemnités journalières ou des allocations mensuelles afférentes à la période pendant laquelle son contrôle aura été rendu impossible, sans préjudice des dispositions de l'article 33 de l'ordonnance du 19 octobre 1945 et des articles 38 et 43 du présent décret.

NOTE. — Le décret du 20 décembre est d'une ampleur considérable. Nous continuerons, dans nos prochains numéros, la publication des extraits essentiels de ce texte.

DIASTOGÈNE F

AMAIGRISSEMENTS, ASTHÉNIES, CONVALESCENCES

2 à 3 cachets ou 4 à 6 comprimés par jour à prendre au milieu des repas



LABORATOIRES DEHAUSSY, 50, rue Nationale, LILLE
Pour la France sud : 21, Av. Saint-Sulpice - LAVAUR (Tarn)

DERMATOSES - HYPERTENSION

pilules glut. par jour - 2 à 3 I. V. par semaine

HYPOSULFÈNE

Laboratoires TORAUDE
22, Rue de la Sorbonne, PARIS
2, Rue du Pensionnat, LYON

Maladies du Foie et des Voies biliaires

PANBILINE

Pilules et Solution

Auto-intoxication intestinale - Constipation

RECTOPANBILINE

Suppositoires, Solution

Anémies - Convalescence

HÉMOPANBILINE

Comprimés et Solution

Lab. du Docteur PLANTIER, à Annonay (Ardèche

GÉLYSINE

PRÉVENTIF-CURATIF

ÉPHÉDRINE — VITAMINE B_1 — VITAMINE NICOTINIQUE PP

Asphyxies locales - Érythémies - Engelures - Troubles dus aux sulfamides - Aphtes - Syndromes pellagroïdes

4 COMPRIMÉS BLANCS le matin
4 COMPRIMÉS ROSES le soir

Laboratoire FABOL, 1, Rue Gounod, **PARIS (XVIIe)** — Tél. : **CAR. 59-51**

ECHOS & COMMENTAIRES

La première séance du Conseil départemental de l'Ordre de la Seine.

Nous avons publié dans notre dernier numéro le communiqué du Conseil départemental de l'Ordre de la Seine. Démission collective, gestion des affaires courantes, préparation de nouvelles élections : telles sont les trois décisions importantes qui, d'après ce communiqué, ont été prises.

Nous sommes à même de préciser qu'une Commission spéciale a été nommée pour étudier attentivement les modalités de la procédure électorale qui devra être utilisée dans un avenir que nous espérons proche.

Une autre Commission a été désignée, avec mission d'enquêter très sérieusement sur les conditions dans lesquelles ont été gérés et employés, par le Conseil départemental des Médecins sortant, les fonds provenant de l'utilisation du timbre-certificat. Nous nous sommes laissé dire qu'une attaque très vive avait été menée contre l'assemblée sortante par plusieurs nouveaux conseillers.

Nous sommes particulièrement heureux de la décision prise le 3 janvier. Il faut que, dans un bref délai, des comptes soient fournis au Corps médical parisien. Le Conseil supérieur des Médecins a montré l'exemple en publiant, dans son Bulletin de l'Ordre de décembre dernier, un compte rendu financier complet et détaillé Cet exemple doit être suivi par le Conseil départemental de la Seine. On s'étonne même du retard apporté à accomplir cette formalité essentielle.

La sécurité sociale sur la sellette.

Parmi l'ensemble des articles consacrés actuellement, dans la grande presse et dans les revues touchant le grand public, à l'ordonnance sur la sécurité sociale, nous détacherons les deux articles suivants : « Une ordonnance néfaste pour l'exercice de la médecine » sur lequel la qualité de l'auteur le Pr Pasteur Vallery-Radot, (1) ancien ministre de la Santé, attire immédiatement l'attention, et les trois études très complètes publiées par la *Semaine économique et financière* du 15 décembre dernier, qui nous donnent — elles — le point de vue du sociologue et de l'économiste.

Le premier article souligne, avec une autorité toute particulière, l'erreur des « dirigistes » du Ministère du Travail qui, confondant la médecine avec une science exacte relevant de la mathématique ou de l'algèbre, croient possible de tout règlementer de tout tarifer et de tout contrôler ! Un acte médical n'en vaut point un autre, et la médecine ne peut être exercée indifféremment par tous. Et pourquoi cela, parce que cet acte est la traduction même de la personnalité morale de celui qui l'accomplit — Les soins qui font appel aussi aux qualité de cœur ne se débitent pas comme une quelconque épice. Départager les médecins, en matière de diagnostic ou de traitement par un expert désigné par le Directeur régional à la Santé fait sourire quiconque exerce ou enseigne la médecine. Et l'article se termine par un cri d'angoise : « on est en train de tuer la médecine française ».

Ce langage auquel tous les médecins souscriront sera,

(1) Revue de Paris - Janvier 1946.

RHUMATISMES
MAGSALYL
Association Soufre Salicylate
Solution de goût agréable
Comprimés glutinés
Laboratoires du MAGSALYL
8, rue Jeanne-Hachette, IVRY (Seine)
Tél. : ITA 16-91

LES 3 META
META VACCIN suppurations
META TITANE dermatoses
METASPIRINE asphyxiantes
LABORATOIRES PAUL MÉTADIER, TOURS

Eczéma
CUROZEMA
9 Dragées par jour
OPOSÉROTHÉRAPIE VALTRY
LABORATOIRE BIOLOGIQUE VALTRY
46, Rue St Didier-Paris-16e
FORMULE INFANTILE :
Pédiozema
GRANULÉ

espérons-le, entendu dans les cercles responsables. Mais son poids serait plus grand encore s'il ne se glissait point parmi les arguments majeurs, des considérations mineures d'une exactitude moins certaine. L'existence d'une nomenclature détaillée remonte à plus d'une décade. L'économie dans le traitement était déjà préconisée par le texte de 1935 ; il est inopportun de s'en indigner au jour où les Assurances sociales sont étendues à d'autre classes sociales que les « économiquements faibles ». Enfin prenons-nous-en à la note de la rédaction à la fois erronée et maladroite lorsqu'elle affirme que les Caisses d'Assurances sociales étaient en état de déficit chronique. Nous avons déjà démontré chiffres en mains, quelle fut, jusqu'à ces toutes dernières années, leur prospérité et comment celle-ci s'est transformée en déficit. Rappelons seulement que le principal responsable est l'Etat et ses massives ponctions, mais non les prestations toujours inférieures à ce qu'elles auraient pu être sans cela. N'abîmons pas une belle cause par des maladresses de ce genre !

L'ÉCONOMIE HUMAINE ET LA SÉCURITÉ SOCIALE,

Il est fort instructif, pensons-nous, pour le Corps médical de considérer les problèmes de sécurité sociale sous d'autres angles que celui de la médecine. Si l'on veut, en effet, agir avec efficacité en vue de transformer les solutions actuelles, il est nécessaire de connaître la psychologie des autres parties et les idées qui les meuvent. L'étude en trois parties (sociale, médicale, statistique) que la *Semaine Economique et Financière* nous propose est, à cet égard, très précieuse.

Un premier titre, à la typographie significative, se place sous l'angle du « maintien du rendement humain » tout en se flattant « d'obéir à des intérêts humanistes » (forme nouvelle de « l'humanitarisme » démodé). L'article présente avec chaleur le mythe qui anime les masses modernes et dont les lois sociales actuelles ne sont que des traductions fragmentaires : la recherche d'une assurance contre la misère, dont la peur hante le prolétaire et sa famille. Et cette assurance doit faire partie d'une nouvelle « Déclaration des droits » prolongeant celle de 1789 et donnant un sens concret à ce troisième terme — un peu effacé — de notre devise nationale : la fraternité. Ce qui conduit à donner à l'organisation nouvelle une double base : assurance et solidarité. (Nous regrettons avec l'auteur que ces deux modalités n'aient point été distinguées.) La sécurité sociale apparaît ainsi sous son vrai jour, qui n'est pas seulement technique ou administratif, mais aussi et surtout politique et quasiment constitutionnel : « Désormais la société tout entière est tenue comptable vis-à-vis de quiconque subit un préjudice en la servant. » Pour ceux que ces considérations laisseraient froids, il est rappelé (et c'est, au reste, selon nous, le véritable objet du « Plan Parodi ») qu'il s'agit également de préserver le capital humain, et que la dépense est rentable.

HYPERCHLORHYDRIE
TOUTES DOULEURS GASTRIQUES
GASTROSEDYL
GOUTTES
Le grand remède de toutes les
– GASTRALGIES
COMPOSITION INCHANGÉE
Teinture Dausse de belladone..... 46
Teinture Dausse de jusquiame..... 20
Liqueur ammoniacale anisée..... 20
Bromure de Sodium. 13
Phosphate de codéine
Antispasmodique certain
Régulateur de l'acide gastrique
Sédatif à effet immédiat
POSOLOGIE
10 à 30 gouttes dans un peu d'eau sucrée après les repas et au moment des douleurs
LABORATOIRES J. LANDRIER
— Coulange-sur-Yonne (YONNE) —

AMPHO-VACCINS RONCHÈSE
à ingérer
injectables
pansements
21, Bd de Riquier, à NICE (A.-M.)
— 62, Rue Charlot, PARIS (3e) —

CARDIALGINE
CAMPHO-SPARTEINE
COLLO-IODE • IODOTENSYL
Laboratoires DUBOIS
— R. DUBOIS, Docteur en Pharmacie —
52, rue Montesquieu, ASNIÈRES (Seine)
Téléphone : GRÉ. 03-92

L'étude médicale offre la particularité d'être faite « de l'extérieur ». Mention est faite objectivement des raisons de l'opposition médicale (refus du tiers-payant, crainte de la fonctionnarisation, défense du libre-choix). La réponse qui leur est faite, quoique bien souvent à côté de la question, traduit très exactement la pensée commune de bien des chefs d'entreprises ou dirigeants syndicalistes ; la médecine moderne apparaît surtout comme étant la médecine de prévention, la médecine du travail qui devrait relever, selon eux, des groupements professionnels et des collectivités publiques. L'on propose, en outre, en termes au demeurant fort vagues, aux médecins praticiens des idées de forfait et d'équipe, de liberté dans l'organisation ; au nom de la synthèse des traditions humanistes et des impératifs catégoriques du XXe siècle, on les invite à ne pas ouvrir une ère de lutte dont la profession et le pays ne manqueraient point de souffrir.

Enfin, des statistiques sur l'évolution des frais médicaux et chirurgicaux de l'assurance maladie de 1942 à 1945 rendent manifeste une très forte croissance en valeur absolue, que l'on attribue un peu vite à l'augmentation des tarifs à l'acte et au nombre des actes eux-mêmes, alors qu'elle est due surtout au relèvement du tarif de responsabilité scandaleusement bas et... à la dévaluation du franc. On en conclut (et cet argument doit être connu car il est souvent employé), que « les revenus des médecins n'ont pas été affectés par l'institution des assurances sociales », figure de rhétorique qui veut dire évidemment dans la pensée de ses auteurs, que ladite institution les a très sérieusement accrus.

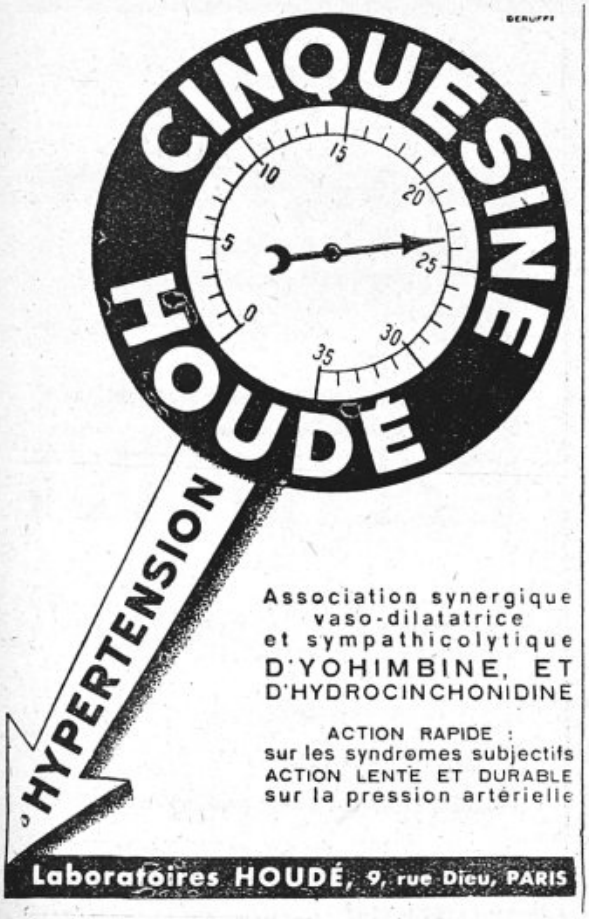
Cette rapide incursion en « terres étrangères » n'était pas, croyons-nous, entièrement inutile.

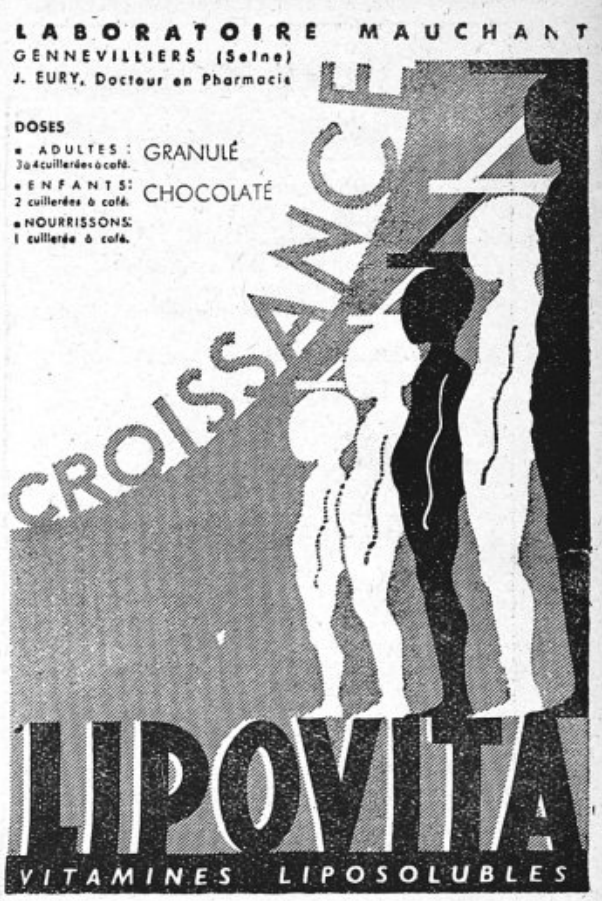
Le retour des médecins étrangers ou israélites interdits sous l'occupation.

Dans un article publié sous ce titre dans notre numéro du 20 septembre dernier, nous avons examiné, entre autres la situation du médecin ex-interdit qui, ayant vendu sa clientèle sous l'occupation prétend aujourd'hui contester la validité du contrat qu'il a signé. Nous avons indiqué que, selon nous, le médecin ex-interdit ne peut utiliser à cette fin l'ordonnance du 21 avril 1945, qui permet de faire déclarer nuls les actes de spoliation accomplis par l'ennemi ou sous son contrôle, et nous en indiquions les raisons.

Nous sommes heureux de reproduire ci-dessous les attendus d'une ordonnance de référé rendue le 15 novembre dernier par le président du Tribunal civil de Bernay, qui confirme en tous points notre argumentation. Elle est d'autant plus importante qu'elle est aujourd'hui devenue définitive, n'ayant pas été frappée d'appel.

« Attendu, tout d'abord, qu'il ne s'agit pas, en l'espèce et en droit, d'une cession de cabinet médical qui serait nulle comme vente d'une chose hors commerce ; mais qu'il est en fait et juridiquement exact qu'à la date du 9 août 1941, X... a cédé à Y... son matériel médical et le droit au bail de la maison qu'il occupait à Z.. pour le prix de 15.000 francs en s'engageant à s'abstenir de toute activité médicale et à ne pas se réinstaller comme médecin dans un rayon déterminé ; qu'il s'agit donc, en définitive : 1° D'une vente de meubles corporels ; 2° De la cession d'un droit au bail.





3° D'une obligation contractée de ne pas exercer une profession non commerciale, suivant des conditions déterminées.

« Attendu que, sans qu'il y ait lieu de rechercher si les actes juridiques sus-énoncés ont été passés par X... comme conséquence de la loi du 16 août 1940 réglementant la profession de médecin, et si cette loi doit être considérée comme une mesure exorbitante du droit commun et comprise dans celles visées par l'article 1er de l'ordonnance du 21 avril 1945, ou bien s'ils l'ont été parce qu'étant israélite, il se voyait exposé aux persécutions dont les israélites étaient l'objet et, par conséquent, sous l'empire de la contrainte, il suffit de constater que lesdits actes ne sont pas compris dans l'énumération limitative de l'article 11 de l'ordonnance ; que cet article vise seulement les contrats et actes juridiques portant sur des immeubles et des droits immobiliers, des baux de commerce, des droits de propriété industrielle, littéraire ou artistique, des parts d'intérêts dans des sociétés de commerce, des transactions opérées sur des valeurs mobilières, représentées par des titres nominatifs ou au porteur.

« Attendu qu'il en résulte que X... est irrecevable à agir en vertu de l'ordonnance du 21 avril 1945 ; qu'il a seulement le droit d'agir en vertu du droit commun défini par l'art. 1109 du Code civil, et devant la juridiction du droit commun, en apportant la preuve que son consentement a été vicié par contrainte ou violence morale. »

Cette décision est à rapprocher d'une ordonnance rendue par le président du Tribunal civil de la Seine le 26 octobre 1945 qui a décidé elle aussi que « l'article 1er de l'ordonnance du 21 avril 1945 n'est pas applicable aux ventes de clientèle médicale ; et que l'article 11 de ladite ordonnance ne l'est pas davantage, un cabinet médical, qui n'a rien de commun avec un fonds de commerce, n'étant pas compris dans la liste limitative que donne cet article des objets sur lesquels doivent porter les actes juridiques pour tomber sous le coup de la nullité que l'article 11 présume et édicte. »

Voilà donc une question bien tranchée maintenant par la jurisprudence. Reste à savoir ce qui sera décidé sur les instances introduites en vertu du droit commun.

Un peu de logique, s. v. p.

Lorsque, nous écrit un assistant de cardiologie des hôpitaux, les praticiens accusent les consultations hospitalières de leur « voler » leurs clients, ce n'est pas tout à fait sans raison.

Mais alors pourquoi celui-ci envoie-t-il à la consultation de cardiologie un boxeur professionnel 1re catégorie (on sait ce que rapporte chaque combat !) ; cet autre, un jeune homme qui boit quotidiennement ses dix à vingt apéritifs dans les bars à la mode (on sait à combien y est le moindre verre !) cet autre, un négociant en vins (quelle mine d'or ces vins à appellation contrôlée !) ; cet autre, un propriétaire de café-restaurant ; cet autre, un boucher patenté ; cet autre, de province, le propriétaire d'une ferme de 50 hectares ?

Oui, pourquoi cette basse et révoltante démagogie faite aux dépens des spécialistes et, en définitive, du Corps médical tout entier ? Car le public s'ancre ainsi peu à peu dans cette idée que la médecine doit être gratuite et que l'hôpital doit accueillir tout le monde.

Où veut-on en venir ?

EXTRASYSTOLES des CARDIAQUES

Schéma d'Ordonnance

I Eviter la fatigue et proportionner les efforts et le genre de vie à la capacité cardiaque, en modérant l'activité habituelle, en s'imposant un repos suffisant, séjour au lit plus prolongé, séjour à la chambre, en évitant tout effort, toute fatigue inutiles.

II Régime normal, léger mais assez substantiel sous un petit volume, user volontiers de mets sucrés. Limiter le volume total des boissons qui ne devra pas dépasser 1200 cc. à 1500 cc. tout compris.

III Pour atténuer l'excitabilité neuro-cardiaque et faciliter le travail du myocarde par un médicament à la fois sédatif et toni-cardiaque indirect, prendre :

COROSÉDINE * : *2 comprimés avant chacun des trois repas 4 à 5 jours par semaine.*

En cas de signes plus accusés d'insuffisance cardiaque, prendre les deux ou trois derniers jours de la semaine, un toni-cardiaque : strophantus, ouabaïne ou digitaline.

* La COROSÉDINE est une spécialité des Laboratoires MONAL, 13, av. de Ségur, PARIS

OPOTHÉRAPIE ASSOCIÉE

Hormones folliculaires ovariennes + Lobe antérieur hypophysaire

= FOLLI-LOBINE

DU Dr FRAYSSE

DÉCLANCHE ET RÉGULARISE LE FLUX MENSTRUEL

2 FORMES : PILULES ACTIVES PAR VOIE BUCCALE AMPOULES INJECTABLES 2cc INDOLORES

LABORATOIRE FRAYSSE ET Cie NANTERRE (SEINE)



DÉCOURAGEMENT.

Il doit bien exister à la Chambre des Députés, une Commission médicale quelconque. Le contraire serait anormal. Elle est certainement composée d'éminents médecins, dont les travaux sont honorés par une confortable enveloppe mensuelle.

Ces confrères auraient-ils l'obligeance de faire savoir aux pauvres bougres de praticiens, la quantité exacte de farine de soja qu'il faut faire absorber à un malade pour remplacer 100 grammes de viande crue ? A l'heure, en effet, où l'on ne parle que de la lutte antituberculeuse, on diminue sensiblement le nombre des tickets de viande des régimes de suralimentation. Et l'on octroie généreusement 15 grammes de viande par jour, à un malade qui a besoin d'être suralimenté. Vous entendez bien, 15 grammes ! ! !

Il est vrai que, dans sa sollicitude le Service du Ravitaillement remplace les tickets déficients par de la farine de soja. De qui se moque-t-on, des médecins ou des malades ? On ne peut alléguer le manque de viande. Il suffit de contempler les étalages de nos boucheries, où l'on peut se procurer tout ce que l'on désire à la seule condition d'avoir à sa disposition beaucoup de francs Pleven. Alors ! On ne comprend pas.

Et tout cela est infiniment triste et décourageant.



CORRESPONDANCE

QUESTIONS DIVERSES

3582. — **L'ordonnance du 28 juin 1945 et l'augmentation de 30 % sur les loyers.**

Ayant lu avec beaucoup d'intérêt votre article sur les loyers dans le CONCOURS MÉDICAL du 31 juillet 1945, je me permets de vous demander comment mon cas particulier peut être réglé à la lumière de l'ordonnance du 28 juin.

Voici, schématisées, mes conditions de location : immeuble construit avant 1914, bail écrit neuf ans à dater de l'entrée en jouissance le 15 janvier 1941.

J'ai payé l'augmentation de 30 %, et cela me semble en accord avec votre interprétation. Mais le juge de paix de mon arrondissement me donne une interprétation différente que je vous soumets, en ce qui concerne les immeubles construits avant 1914 :

1° Entrée en jouissance après le 30 juin 1937 : augmentation de 15 % ;

2° Entrée en jouissance avant le 30 juin 1937 :

a) Loyer supérieur à 300 fr. par an en 1914 : augmentation 15 % ;

b) Loyer inférieur à 300 fr. par an en 1914 : augmentation 30 %.

A noter que je paye un loyer supérieur à ce que payait mon prédécesseur le 1er septembre 1939.

A ce titre dois-je me considérer comme faisant partie des cas particuliers faisant l'objet de la deuxième difficulté que vous signalez dans votre article, et au sujet de laquelle vous répondez par la négative en ce qui concerne l'augmentation de 15 %.

ENTEROSPASMYL
Logeais
GRANULÉ VITAMINÉ
n'est pas un charbon
DEUX FORMES
SIMPLE HEPATIQUE • MUCILAGINEUX INTESTINAL
LABORATOIRES JACQUES LOGEAIS, ISSY-LES-MOULINEAUX, PARIS

Régulateur du travail du cœur
GUIPSINE
4 à 10 pilules par jour
Laboratoires du Dr M. LEPRINCE
62, Rue de la Tour, PARIS (XVIe)

GASTRHÉMA
Anémies — Anorexie
Hémogénie — Hypopepsie
GASTRHÉMA
Asthénie — 1 à 3 ampoules buvables par jour
Méthode de Castle — 17, Av. de Villiers, Paris-17e
GASTRHÉMA

Enfin je me permets de vous demander si vous avez d'autres renseignements en ce qui concerne la phrase suivante de votre commentaire qui évidemment soulève un problème très grave : « Certains commentateurs prétendent que les majorations ne seraient pas dues pour les locations en cours : bail ou location verbale non dénoncée ».

Dr P.

Réponse

Je ne suis pas d'accord avec votre conseil local sur la détermination des loyers qui doivent supporter l'augmentation de 30 % prescrit par l'article 3 de l'ordonnance du 28 juin 1945.

Il importe en effet de remarquer tout d'abord que, sans pouvoir sans doute bénéficier des prorogations légales, les locataires qui étaient entrés en jouissance postérieurement au 1er juillet 1937 de locaux soumis à l'application de la législation spéciale des loyers résultant de la loi du 1er avril 1926, ne restaient pas moins bénéficiaires des dispositions du dernier alinéa de l'article 11 qui interdisaient aux propriétaires de percevoir, jusqu'au 1er juillet 1943, un loyer supérieur à la valeur locative au 1er août 1914 majorée de 300 % pour les locaux d'habitation et de 325 % pour les locaux à usage professionnel, compte tenu des impôts et prestations. Ces nouveaux locataires bénéficient donc, eux aussi, d'une taxation établie par la loi du 1er avril 1926 modifiée.

De plus, ces locataires pouvaient, en vertu de l'article 14, dans les six mois de la date de la première quittance du loyer majoré payé par eux, demander la réduction du loyer au prix licite.

Or, l'article 2 de la loi du 30 mai 1943 a formellement abrogé les articles 10, 11, 13 et 14 de la loi du 1er avril 1926 et les a remplacés par un nouvel article 10 aux termes duquel, à dater du 1er juillet 1943, il était interdit aux propriétaires de percevoir un montant des loyers et des charges supérieur à celui au 30 juin 1943.

Il est résulté de cette nouvelle rédaction de la loi, que le seul prix légal — en application de la loi du 1er avril 1926 et des lois qui l'ont modifiée — lorsqu'a été promulguée l'ordonnance du 28 juin 1945, était le loyer qui se trouvait effectivement payé au 30 juin 1943. Dans votre cas personnel, le loyer effectivement payé au 30 juin 1943 était celui qui avait été stipulé au bail du 15 janvier 1941.

Dans vos rapports avec votre propriétaire, ce loyer est devenu le loyer légal et licite par l'effet de la loi du 30 mai 1943, d'où nous concluons et que vous avez à supporter une augmentation de 30 % et que cette augmentation de 30 % porte sur le loyer stipulé au contrat.

Reste la question beaucoup plus délicate à mon sens, de savoir si l'augmentation joue pour les baux qui restent en cours, comme c'est votre cas.

Dans l'article que j'ai fait paraître dans le Concours médical, *j'ai conclu par l'affirmative, en m'entourant cependant de réserves, car d'autres sont d'un avis différent. Depuis la question a peu évolué et la jurisprudence n'a pas encore eu le temps de se prononcer. Mais je dois vous signaler toutefois que, suivant une réponse ministérielle repoduite dans l'organe de la Propriété bâtie de France, l'ordonnance du 28 juin s'appliquerait à tous les locaux d'habitation ou à usage professionnel,* baux y compris, *de plein droit.*

Cette réponse viendrait donc à l'appui de la thèse que j'ai soutenue.

★

LA CAISSE D'ESCOMPTE MÉDICO-PHARMACEUTIQUE (C.E.M.P.)
13, rue Auber, PARIS (IXe)

Règle *immédiatement* toutes les notes d'honoraires d'*Accidents* du *Travail*.

Taux d'Escompte : 10 % (dix pour cent) du montant des notes.

Demander Imprimés et documentation à la **C.E.M.P.**
13, rue Auber, **Paris (IXe)** — Tél. : **OPÉra 56-13**

Pour soulever MALADES et BLESSÉS
LITS-DUPONT
10, rue Hautefeuille (6e)
Location: Paris et Province
Tél : Danton 05-61 05-62

Migraines, Rhumatismes
Toutes Algies
CURATINE BRUNET
1 à 4 cachets par jour
LABORATOIRE BRUNET
23, rue des Ecouffes - PARIS-4e

DEMANDES ET OFFRES

En raison du nombre important de petites annonces reçues et du manque de place, nous prions instamment nos abonnés de surseoir à leurs envois, jusqu'à nouvel ordre.

N° 14. — La commune de Bussière-Badil (c. l. cant.) (Dordogne) demande jeune médecin. Un logement très confort avec garage lui est réservé. Pour tous renseig. s'adress. à la Mairie de Bussière-Badil (Dordogne).

N° 15. — Confr., obligé de se retirer pour rais. de santé, serait heureux de trouver chez lui, occupations de bureau, mémoires divers, fiches, observat., etc. Peu exigeant.

N° 16. — J. médec. A.E.H.P. cherche cabin. médic. à remonter Paris banl. ou associat. avec confr. en vue succes.

N° 17. — J. chirurg. démobilisé cherche assist. ou associat. avec confr. surchargé.

N° 18. — Médec. 38 a. libéré, dispos. capit., spécial. radiologie désire poste assist. ou associat. avec radiolog. Paris ou banl. en vue reprise au non. Ecr. Harnould, 1, avenue Chateau-Léon à Enghien (S.-et-O.).

N° 19. — Cause santé recherche client. Alpes, Centre ou Sud-Ouest. Echanger. au besoin client. dans grande ville de l'Ouest. Ecr. journ. qui transm.

N° 20. — Cherche à Paris ou banl. immédiate, poste assist. ou associat. avec confr. spécialiste âgé, en vue de reprise ultérieure.

N° 21. — Méd. 29 a. ex-int. 2 a. sana-hélio-marin, 2 a. prat. rurale, b. santé, cherche poste ass. sana pulm. cède poste méd., ch.-l. cant. Bourgogne, bonne client. Prix habituel. Ecr. journ. qui transm.

N° 22. — A céder poste médic. bon rapp. dans cant. de Savoie, accouch. radiol. Logement tt conf. 10 p. Prix à débattre. Cherche poste pet. ville ou banl. bon rapp., médec. génér., radiol., appartem. tt confort

N° 23 — Achète bascule médec. portat. et toises.

N° 24. — Instrum. chirurg. à céder, oscill. Pachon, forceps, therm. S'adr. de la Laurencie, 3, pl. de l'Eglise à Savigny-sur-Orge (S.-et-O.).

N° 25. — Médec. 62 a. A.E.H. et L.H., apr. exerc. dans usine pend. 10 a. cherche situat. médec. usine ou simil. rég. Rhone, Loire, ser. reconn. à confr. qui renseign. Ecr. journ. qui transm.

N° 26. — A v. thermocautère, forceps, aspirateur Potain, table exm., etc. Dr Molumar à Aulnay-sous-Bois (S.-et-O.).

N° 27. — Poste médec. résid. Préventor. enfants, rég. parisienne. Adress. demande avec titres et référ. à M. le Médec. Chef de la Caisse Interdépartement. des Assur. Soc. de Seine et S.-et-O., 60 bis, rue de Dunkerque, Paris (9e).

N° 28. — Grosse client. mi-rurale, mi-ouvrière à céder. Rég. exceptionnellem. riche.

N° 29. — Bon poste médic. Drôme à céder. Facilit. de palem.

N° 30. — 1° Achète méthode Linguaphone « Allemand ». 2° Pour rais. de famille, échanger. grosse client. médec. génér. rég. Est, contre situation équival. Paris ou proche banl. ou gr. ville Midi, ou Sud-Ouest.

N° 32. — Médec. céder. poste médec. génér. à Le Palais-Belle-Ile-en-Mer (Morbihan). Fixe import.

N° 33. — Désirer. acheter *Manuel des Maladies de l'œil* de Ch. H. May, Masson, édit.

N° 34. — Confr. libéré recherche remplacement en vue sucess. Rég. parisienne ou proch. banl. Ecr. journ. qui transm.

N° 35. — J. médec. très au cour. client. cherche, pour rais. de santé (aném. des radiol.) remplacem. ou aide à confr., dans pays de montagne, bien ravit.

N° 36. — Cherche occas. poste scopie vertic. à usage cabin. méd. gén.

N° 37. — A céd. dans ville Côte d'Azur, install. médic. O.R.L. S'adr. journ. qui transm.

N° 38 — Echanger. poste rural, Centre, grosse client. contre poste ville Ouest.

Gérant : J. MIGNON
Février 1879
G. BLANCHONG & Cie, 30, rue du Poteau, Paris (18e) 31.1044
Dépôt légal N° 5
1er trimestre 46.



LACTACYD
PÂTE STABILISÉE A pH : 5,2

EUCALYPTINE LE BRUN
AMPOULES
CAPSULES
SIROP
SUPPOSITOIRES

MICTASOL
COMPRIMÉS
MICTASOVULES
SUPPOSITOIRES
MICTASOLBLEU
MICTAZINE

PANCALCION
GOUTTES
DE CHLORURE
DE CALCIUM
D'ACTION
RAPIDE & SURE

LABORATOIRES LE BRUN
5, rue de Lubeck — PARIS-XVIe

ÉTABLISSEMENTS SOUDAN
48, rue d'Alésia - PARIS-XIVe

NITRITE D'AMYLE BOISSY
EUONYMINE PAUL THIBAULT
(Pilules)
GRAINS MIRATON
(Laxatif)
VIN GIRARD
Iodotannique phosphaté
SIROP GIRARD
Iodotannique phosphaté
BIOPHORINE GIRARD
(Granulé)
IODOMAISINE Globules
IODOMAISINE Pommade
LACTAGOL

Toutes ces spécialités sont enregistrées au Laboratoire National de Contrôle des Médicaments et peuvent être prescrites aux Assurés sociaux.


NÉOSPLÉNINE
NÉOSPLÉNINE
LA 1E SYNERGIE
À BASE D'EXTRAITS
DE RATE-FOIE
MUQUEUSE GASTRIQUE
TOUTES DEFICIENCES ORGANIQUES
LABORATOIRE DU DOCTEUR E. AUBERT
71, RUE STE-ANNE - PARIS 2


Sulfamidothérapie spécifique
des INFECTIONS INTESTINALES
GANIDAN
Sulfaguanidine 2275. R.P.
(para-aminobenzène sulfonylguanidine)
TUBE DE 20 COMPRIMÉS À 0g50
8 à 12 comprimés par jour en 2 prises
SOCIÉTÉ PARISIENNE
marques Poulenc frères
21, RUE JEAN GOUJON PARIS-8e
Spécia
D'EXPANSION CHIMIQUE
et Usines du Rhône
TÉLÉPHONE BALZAC 22-94


VALS SOURCE LA REINE
ARTHRITISME - DYSPEPSIE
DIARRHÉE INFANTILE
GASTRO-ENTÉRITES
DIABÈTE
Cure de boisson dans les Maladies infectieuses
Eau de table remarquable
Sté VALS-REINE
à Vals-les-Bains
(Ardèche)

68e ANNÉE — N° 4 — 31 JANVIER 1946

LE

CONCOURS MÉDICAL

37, RUE DE BELLEFOND • PARIS (9e) • TRU 33-66

379 à 381

SOMMAIRE

PARTIE SCIENTIFIQUE

Les fausses alertes urinaires après hystérectomie (Miction dans le vagin ou par le vagin) (Dr Fiolle et Dr A. Dor) 73

Traitement des rhinites aigues (Dr Gabriel Franck) 74

Ce que pratiquement il faut savoir de l'impaludation dans la neuro-syphilis (Dr Fischer).. 76

Les Sociétés Savantes, 78. — La Presse, 79.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Propos du Jour : Le XIXe siècle a vu l'apogée de la médecine française. Des causes de son fléchissement au XXe siècle (Dr J. Noir) 81

Organisation professionnelle : Le rôle du syndicat en matière de déontologie (P. Dourier) 82

Cronique fiscale : L'impôt de solidarité nationale (S. Martinot et L. Parodi) 84

Documentation professionnelle : Assurances sociales (suite) 86

DEMI-COLONNES

Dernières nouvelles, 66. — A travers l'officiel, 69. — Echos et commentaires, 91. — Correspondance, 93 93

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

NATIBAÏNE
NATIVELLE

Traitement Spécifique de l'Acné
SACNEL
Laboratoires DUMESNIL, 10, Rue du Plâtre, Paris 4e

Toux Coqueluche
ÆTHONE
Laboratoire de l'ÆTHONE 35, rue Boissonnade, PARIS (XIVe)

Opothérapie Hématique (amp. buv.)
GLOBEXINE
Anémies - Etats infectieux
Misère physiologique
Labor. SCIENTIA
Dr PERRAUDIN
21, rue Chaptal, PARIS

PYRÉTHANE
Antinévralgique Puissant
18, Rue Ernest-Rousselle - PARIS-13e

Huile de Foie de Morue - Calcium - Vitamines A.B.D
CALCOLEOL
AVITAMINOSES — RACHITISME
DÉMINÉRALISATION
Laboratoires SCIENTIA, 21, Rue Chaptal, PARIS-9

DERNIÈRES NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris.

Clinique médicale propédeutique de l'hôpital Broussais. — Des conférences, faisant suite à une série antérieure, auront lieu le mercredi à 10 h. 45, à l'amphithéâtre de l'hôpital Broussais, sur : « Quelques-unes des grandes découvertes françaises en biologie depuis 60 ans. »

La conférence du 6 février 1946 sera faite par le professeur Pasteur Vallery-Radot sur le sujet suivant : « Découverte de l'agent transmetteur du typhus exanthématique. »

Faculté de médecine de Strasbourg.

La Faculté de Médecine de Strasbourg, repliée pendant l'occupation à Clermont-Ferrand, a repris son enseignement normal à Strasbourg le 5 novembre dernier.

Médaille du professeur Villaret.

Les amis, collègues et élèves du professeur Maurice Villaret ont l'intention, à l'occasion du cinquantenaire de sa vie médicale, de lui offrir une Médaille dont l'exécution a été confiée au Maître graveur Dropsy. Tout souscripteur de 300 francs recevra un exemplaire de la médaille.

Les souscriptions sont reçues par le docteur A. Roux-Dessarps, librairie J.-B. Baillière et Fils, 19, rue Hautefeuille, Paris (6e).

Hôpitaux de Paris.

Le *concours d'assistant en chirurgie*, réservé aux candidats empêchés par suite d'événements de guerre de prendre part au concours d'assistanat de 1944, s'ouvrira le 8 février 1946.

Hôpital Saint-Joseph.

Un *Concours d'internat* sera ouvert à l'hôpital Saint-Joseph, 7, rue Pierre-Larousse, Paris (14e), le *lundi* 1er avril 1946.

Ne sont admis à concourir que les Etudiants en Médecine ayant au moins seize inscriptions et présentant un des titres suivants : Externe des Hôpitaux de Paris ; Interne d'une ville de Faculté ou d'une Ecole de plein exercice. Les inscriptions sont reçues jusqu'au 24 mars inclus.

Pour tous renseignements, s'adresser à l'Administrateur de l'Hôpital.

Clinique nationale des Quinze-Vingts.

Le Dr Dubois-Poulsen a été nommé médecin ophtalmologiste de la Clinique Nationale des Quinze-Vingts.

Hôpitaux de Bordeaux.

Enseignement hospitalier de la Radiologie. — M. Mathey-Cornat, radiologiste des Hôpitaux de Bordeaux, a repris ses conférences de radiodiagnostic (premier cycle) le 17 janvier 1946 à l'Hôpital du Tondu et les continuera tous les jeudis à 9 h. 30. Sujet : *Radiodiagnostic des affections pulmonaires (tuberculose comprise).*

Institut d'Actinologie.

L'Institut d'Actinologie vient de reprendre son activité dans des locaux situés 40, boulevard Suchet (Métro : Muette ou Ranelagh).

Des conférences de perfectionnement destinées aux Médecins auront lieu toutes les 3 semaines. Les premières conférences seront les suivantes : 1° Pathogénie, prévention et traitement des engelures (dimanche 3 février, à 10 heures). Rapporteur : Dr Jean Saidman ; 2° Physiothérapie des dermatoses (dimanche 24 février, à 10 heures). Rapporteur : Dr Jean Meyer.

L'accès de ces conférences est libre pour les Médecins et les Etudiants en Médecine, mais, le nombre des places étant limité, on est prié de s'inscrire d'avance.

Communiqué du Conseil départemental de la Seine de l'Ordre des Médecins.

Le Conseil départemental de la Seine de l'Ordre des Médecins est heureux d'informer le Corps Mé-

Oui, les sulfamides font des prodiges...
Oui, la penicilline fait des miracles...

... cependant le vieux

NÉOL

a conservé ses modestes mais classiques propriétés

en **gargarismes** dans les angines
en **lavages** dans les affections et les ulcérations bucco-pharyngées

LABORATOIRES BOTTU
115, Rue Notre-Dame-des-Champs, PARIS VIe

AÉROCID Aérophag Aérocolit
CACHETS COMPRIMÉS

AQUINTOL Coqueluche Toux spasmodique
EN GOUTTES

HEP'ACTI Méthode de Whipple et de Castle Tréphones embryonnaires amino-acides
anciennement HEPASERUM
AMPOULES DE 10 cc.

OPOCÉRÈS Simple et vitaminé Fortifiant biologique général
AMPOULES BUVABLES
COMPRIMÉS FRIABLES

LABORATOIRES DE L'AÉROCID
20, rue de Pétrograd, PARIS (8e)

dical qu'il vient d'obtenir de la répartition du charbon qu'une deuxième attribution, d'importance égale à celle qui lui a déjà été consentie au début de l'hiver, soit faite aux médecins.

Cette seconde attribution sera, en conséquence, de 300 kg. de charbon, ou 6 hectolitres de coke, ou 450 kg. de briquettes de lignite.

Les confrères peuvent, dès maintenant, retirer leur titre d'approvisionnement, au Bureau du charbon de la mairie dont ils dépendent.

Communiqué du Conseil Départemental de la Seine de l'Ordre des Médecins.

Le Conseil départemental de la Seine de l'Ordre des Médecins rappelle aux bénéficiaires du permis de circuler en automobile, motocyclette ou vélomoteur, qu'il a obtenu de l'Administration des Ponts-et-Chaussées (service du Roulage), la possibilité pour les médecins de retirer leur allocation d'essence dès le 6 de chaque mois, de façon à éviter les longues attentes provoquées par l'affluence dans la 2e quinzaine du mois.

Communiqué du Conseil Départemental de la Seine de l'Ordre des Médecins.

En vue de pourvoir aux nominations rendues nécessaires par les vacances actuelles ou éventuelles, le Conseil départemental de la Seine de l'Ordre des Médecins doit présenter à M. le ministre de la Justice les noms des praticiens de médecine générale qui seraient candidats à un poste de médecin de la Maison d'Arrêt de la Santé (trois praticiens) ou des Prisons de Fresnes (quatre praticiens).

Les confrères désireux de concourir à ces désignations sont priés d'adresser leur demande au Secrétariat (242, boulevard Saint-Germain), en y joignant leur curriculum vitae, qui est réclamé par le Ministère.

D'autre part, le Conseil départemental a signalé à M. le Ministre de la Justice l'insuffisance des indemnités proposées.

Secrétariat général des anciens combattants et victimes de la guerre.

Les docteurs en médecine, hommes ou femmes, de nationalité française, habitant la région parisienne, qui désireraient prêter leur concours à la Commission consultative médicale auprès du Secrétariat général des anciens combattants et victimes de guerre, sont priés d'adresser au Président de cette Commission, 139, rue de Bercy, à Paris, une demande dans laquelle ils indiqueraient succinctement leur spécialisation ainsi que le temps dont ils seraient susceptibles de disposer.

En cas de réponse affirmative, ils recevraient une convocation et obtiendraient tous renseignements complémentaires.

Le travail (étude de dossiers de pension) peut s'effectuer à domicile par vacation horaire au tarif de 60 francs. (*Communiqué.*)

Syndicat des Médecins de la Somme.

L'Assemblée Générale des Médecins de la Somme, connaissance prise de l'ordonnance du 19 octobre 1945 et de la convention type proposée à son vote, regrette que la Confédération ait renoncé au principe de l'entente directe, déclare s'opposer à l'ordonnance et à la convention-type dans leur esprit, fait confiance à son bureau pour envisager l'acceptation du tarif limitatif uniquement pour les économiquement faibles, et lui laisse toute liberté pour établir avec le Comité médical de coordination syndicale interdépartemental de la région du Nord, une Convention nouvelle respectant l'entente directe pour toutes les autres catégories de malades.

(*Communiqué.*)

Comité médical de coordination syndicale interdepartemental de la région du Nord.

Le Comité médical de coordination syndicale interdépartemental de la région du Nord (Aisne, Nord,

Le Concours Médical
Fondé en 1879 par A. Cézilly.
Directeur honoraire : Docteur J. Noir.
Directeur : Dr G. Lavalée.
Rédacteur en Chef : Dr G. Fischer.
Rédaction, Administration et Publicité, 37, Rue de Bellefond, Paris 9e).
Téléphone : TRU 33-66. R. C. Seine 76.579.
Chèques postaux, Paris 167-95.
Abonnements : 1 an, 250 francs. - Etudiants, 125 fr. Le N° 10 fr. Changem. d'adresse 5 fr.

SULFURYL MONAL
MÉDICATION SULFUREUSE par l'Hydrogène Sulfureux naissant, principe actif des eaux minérales sulfureuses
8 Formes

SULFURYL MONAL 1	Pastilles	Pharyngites - Angines - Rhumatismes.
2	Granulé	
3	Comprimés inhalants	Rhinites - Sinusites - Bronchites chroniques - Otites.
4	Bain	Dermatoses - Gale - Rhumatisme.
5	Savon	Toilette de la peau - Affections cutanées.
RHINO - SULFURYL 6	Gouttes	Coryza - Sinusites - Rhino-pharyngites - Otites.
DERMO - SULFURYL 7	Pommade	Maladies de la peau et du cuir chevelu - Gale.
LAXO - SULFURYL 8	Dragées	Constipation - Hémorroïdes - Colibacillose.

Laboratoires MONAL, 13, Avenue de Ségur, PARIS

cérésine
Cachets, Comprimés, Granulés
SIMPLE ET SURVITAMINÉE
LABORATOIRES DEHAUSSY
50, rue Nationale - LILLE
POUR LA FRANCE SUD
21, Av. Saint-Sulpice, LAVAUR (Tarn)

Pas-de-Calais, Somme), réuni à Lille le 6 janvier 1946, a été unanime à regretter que la Confédération des Syndicats Médicaux Français ait été mise devant un fait accompli par la publication de l'ordonnance du 19 octobre 1945 et que, de ce fait, elle semble avoir été placée dans l'obligation d'abandonner le principe de l'entente directe, abandon aussi préjudiciable au malade qu'au médecin.

Le Comité s'insurge contre l'ordonnance du 19 octobre ; il précise que sa protestation n'est pas liée à une question matérielle d'honoraires, mais à la suppression d'un principe fondamental de la Charte médicale : l'Entente directe.

Le Comité ne peut envisager de signer la Conventions, telle qu'elle est présentée comme conséquence de l'ordonnance du 19 octobre.

Il est prêt à donner son adhésion à une formule qui, reconnaissant à la médecine un secteur libre, prévoierait une Convention pour un secteur contrôlé.

(*Ordre du jour.*)

Direction de la Santé du département de l'Aisne.

Des *postes d'assistantes sociales et d'auxiliaires médico-sociales* sont actuellement vacants à l'Office départemental d'hygiène sociale de l'Aisne.

Traitements mensuels de 3.300 à 7.000 francs, plus indemnités de résidence.

S'adresser à la Direction de la Santé, à la Préfecture, à Laon.

Connaître

Cahiers de l'Humanisme médical

Le Cahier N° 2 « Familles, Peuples et Médecine » vient de paraître. Il comporte le sommaire suivant :

Editorial (Biancani) ; La Biologie sociale (Sauvy) ; Politique médicale de la natalité (Lesné) ; Natalité, morti-natalité, Avortement (Varangot) ; Importance de la natalité différentielle (Gillon) ; Politique familiale (Monsaingeon) ; Notre patrimoine héréditaire (Turpin) ; Politique médicale des migrations humaines. Assimilation des allogènes (Gessain) ; Le rôle des médecins dans le développement démographique de la France d'Outre-Mer (Sicé) Médecine de masse, Médecine de groupe, Médecine de familles (Mignon) ; Politique modiale : nombre, richesse puissance (Toledano) ; Science : Monogénisme, polygénisme. L'unité humaine (Piveteau) ; Chroniques : Les expositions (Mornand) ; La Musique (Genty) ; Théâtre (Le Vallois) ; Les courants de pensée : matérialisme dialectique (Simon) ; Perspectives existentielles (Misrahi) ; La notion de vie dans la philosophie spiritualiste contemporaine (Pierre Bernard) ; Bibliographie ; Revue des revues.

En vente au « Concours Médical » au prix de 150 francs. — 37, rue de Bellefond, Paris (9e). Tél. TRU. 33-66. Chèques postaux PARIS 167-95.

Rappel. Le premier Cahier de la série « CONNAITRE » : « La Médecine et l'Homme », est en vente aux bureaux du « CONCOURS MEDICAL » au prix de 100 francs.

Naissances.

Nous apprenons la naissance de Franck-Joseph Baciu, fils du docteur Jude Baciu, de Saint-Firmin (Hautes-Alpes) ; de Vincent Morinière, troisième enfant du docteur Jean Morinière, de Saint-Florent-le-Vieil (Maine-et-Loire), et 44e petit-enfant du docteur Victor Morinière, d'Angers ; de François-Xavier Péguret, troisième enfant du docteur Pierre Péguret, de Cazouls-lès-Béziers (Hérault) ; d'Elisabeth Bureau, fille du docteur Jean Bureau, de Pont-l'Evêque (Calvados) ; de Jean-Pierre Gantois, cinquième enfant du docteur Michel Gantois, de Waten (Nord) ; de Francis Hermant, sixième enfant du docteur Hermant, d'Albert (Somme).

Mariages.

Le docteur Robert Deguy, de Paris, fait part du mariage, célébré le 11 décembre 1945 dans l'intimité, de sa fille Geneviève, avec M. Yves Loyer, Ingénieur civil des Mines.

Le docteur J. Picard, d'Arles (Bouches-du-Rhône), fait part du mariage de son fils, Jean-Jacques Picard, interne des hôpitaux de Montpellier, Croix de guerre 1945, avec Mlle Janine Bouny.

Nécrologie.

Nous avons le regret d'annoncer la mort, à l'âge de 69 ans, du docteur Amédée Chuffart, de Pont-à-Marcq (Nord), père du docteur Ch. Chuffart.

Le docteur Jules Sourice, de Saint-Florent-le-Vieil (Maine-et-Loire) fait part du décès de sa femme, survenu le 11 décembre 1945.

PULMONE
ELIXIR - CACHETS - AMPOULES
VOIES RESPIRATOIRES

GOUTTES IONISÉES
ALCALOSE

CARBONEX
ESTOMAC-FOIE-INTESTIN

LABORATOIRES BIOS
10, RUE VINEUSE PARIS
TRO. 57-44

DUNA-PHORINE
SELS ORGANIQUES DE MORPHINE
ADAPTÉS A CHAQUE EXIGENCE
RAPIDE
MIXTE
LENTE
3 formules
Ampoules de 1 cc. à 1 % et 2 %
Tableau B
LES LABORATOIRES BRUNEAU & Cie
17, RUE DE BERRI — PARIS

A TRAVERS L'OFFICIEL

ASSURANCES AUTOMOBILES

Arrêté du 31 Décembre 1945, autorisant les relèvements de tarifs, en matière d'assurance de responsabilité civile et de vol.

Article premier. — Les sociétés pratiquant les opérations d'assurances contre les risques de responsabilité civile des automobilistes sont autorisées, pour les contrats couvrant ces risques et dont la conclusion est postérieure au 1er janvier 1946, à pratiquer un tarif maximum égal au tarif en usage au 1er septembre 1939 dont un exemplaire est déposé à la direction des assurances et majoré :

a) De 300 p. 100 pour les véhicules automobiles de plus de 4 tonnes ;

b) De 250 p. 100 pour les autres véhicules automobiles.

Art. 2. — Le tarif maximum prévu par l'article 3 de l'arrêté du 3 juillet 1945 en ce qui concerne les contrats d'assurances contre les risques de vol des véhicules automobiles est applicable aux contrats dont la conclusion est postérieure au 1er janvier 1946.

Ce tarif sera déposé à la direction des assurances.

Art. 3. — Les tarifs maxima fixés par les articles premier et 2 ci-dessus ne sont applicables qu'aux contrats qui comportent, au bénéfice des deux parties, une clause de résiliation annuelle moyennant préavis d'un mois.

(*J. O.*, 13 Janvier 1946.)

ASSURANCES SOCIALES

Un décret du 29 décembre 1945, portant règlement d'administration publique fixe les modalités d'application de l'ordonnance du 19 octobre 1945 qui a modifié le régime des Assurances Sociales applicable aux assurés des professions non agricoles.

En raison de son ampleur, ce texte ne peut être intégralement publié à cette place. Nous en publions de larges extraits dans le corps du journal. Il sera reproduit d'ici peu dans un supplément documentaire sur les Assurances Sociales.

(*J. O.*, 30 décembre 1945.)

CAISSES DE SOLIDARITE DES PROFESSIONS LIBERALES

Arrêté du 29 décembre 1945 désignant les professions auxquelles est applicable l'ordonnance du 2 novembre 1945.

Article premier. — L'ensemble des dispositions de l'ordonnance susvisée est applicable aux professions et aux organisations professionnelles suivantes :

Médecins : Conseil national de l'ordre.

Chirurgiens - dentistes : Conseil national de l'ordre.

Pharmaciens : Conseil supérieur de l'ordre.

Vétérinaires : Conseil supérieur de l'ordre

(*J. O.*, 30 décembre 1945.)

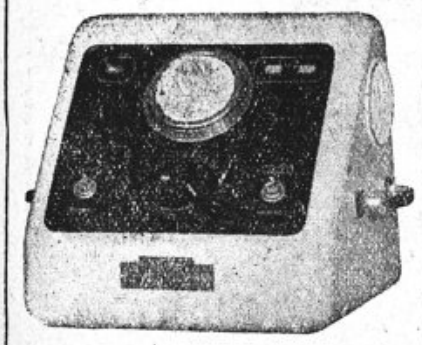
HOPITAUX ET HOSPICES

Arrêté du 7 décembre 1945 organisant des concours spéciaux de médecins, chirurgiens, spécialistes et assistants des hôpitaux.

Article premier. — Des concours spéciaux seront organisés suivant les modalités fixées ci-après en

MIGRAINES — GRIPPES
DOULEURS CATAMÉNIALES
ALGIES
ALGOCRATINE
Un cachet dès la première sensation de douleur
LANCOSME. 71, Avenue Victor-Emmanuel III — PARIS

KAOSYL
DESLEAUX
PANSEMENT GASTRO-INTESTINAL
LANCOSME. 71 Av Victor Emmanuel III. Paris (8e)



L'ACCOUCHEMENT ÉLECTRIQUE
Méthode du Docteur Frédéric Benoit
Technique d'accouchement Rapides et Analgésiques
Épreuve du travail
LEVER PRÉCOCE
Appareil fonctionnant automatiquement
Modèle clinique : sur pied — Modèle praticien : en mallette
Nombreuses références
Pour toute documentation et références s'adresser à :
Tel. Ric. 94-34 / Ric. 32-81
O. C. E. M.
OMNIUM CHIRURGICAL & MÉDICAL
26, rue du Quatre-Septembre, 26
PARIS (2e)

vue du recrutement des médecins, chirurgiens, spécialistes et assistants des hôpitaux publics.

Art. 2. — Les concours spéciaux seront ouverts aux candidats qui se sont trouvés dans l'une des situations suivantes et, de ce fait, n'ont pu se présenter au dernier concours normal :

1° Les déportés ou internés pour des motifs politiques ou militaires ;

2° Les prisonniers de guerre ;

3° Les mobilisés ou engagés dans les formations militaires françaises de terre, de mer et de l'air ;

4° Les mobilisés ou engagés dans les forces alliées ayant réintégré les forces françaises avant le 1er décembre 1942 ;

5° Les combattants des forces françaises de l'intérieur ou assimilés dont la qualité a été homologuée par l'autorité militaire ;

6° Ceux qui pendant six mois au moins se sont soustraits aux recherches ou aux réquisitions des autorités ennemies ou du pseudo-gouvernement de Vichy ;

7° Ceux qui n'ont pu faire acte de candidature en raison des mesures prises contre certaines catégories de Français ;

8° Ceux qui ont dû travailler pendant six mois sous la contrainte de l'ennemi (S. T. O.) ;

9° Ceux qui ont été atteints d'infirmités dans les conditions prévues par la législation en vigueur sur les victimes civiles de la guerre.

Art. 3. — Les candidats bénéficieront de majorations dont le taux variera suivant la nature et la durée du préjudice qu'ils ont subi, ainsi que des mérites patriotiques exceptionnels dont ils pourraient, le cas échéant, faire la preuve.

Une majoration supplémentaire pourra être également prévue au profit des candidats déjà inscrits avant la guerre et qui se trouvent désavantagés par rapport aux plus jeunes concurrents.

Art. 4. — Les candidats pourront, en outre, bénéficier de dispenses portant sur tout ou partie du temps minimum d'internat, de clinicat ou d'assistanat requis par les règlements en vigueur pour l'accès aux concours normaux.

Art. 5. — Les dispositions ci-dessus ne seront pas applicables aux candidats qui, par suite d'échecs successifs avaient antérieurement perdu le droit de se représenter au concours.

Art. 6. — Une commission nationale de cinq membres sera constituée par le ministère de la Population pour examiner les propositions visées à l'article 7 ci-après et statuer sur les contestations auxquelles la vérification des titres pourrait donner lieu.

Art. 7. — Dans un délai de quinze jours à dater de la constitution de la commission nationale, les directeurs régionaux de la santé et de l'assistance devront, conformément aux articles 114 et 180 du règlement d'administration publique provisoirement applicable du 17 avril 1943, adresser au ministre leurs propositions en vue de l'organisation des concours spéciaux prévus par le présent arrêté.

Le ministre statuera, après avis de la commission nationale, sur ces propositions qui devront préciser notamment la nature et la durée des épreuves, le mode de cotation et le taux des majorations envisagées.

Elles seront accompagnées d'une liste de candidats avec mention, pour chacun d'eux, des justifications qu'il aura produites en vue de bénéficier des dispositions du présent arrêté.

Art. 8. — La commission nationale devra être également consultée pour tous les concours sur titres ouverts dans les conditions prévues à l'article 219 du règlement d'administration publique du 17 avril 1943, lorsque parmi les candidats au poste vacant figureront des médecins qui se sont trouvés dans l'une des situations énumérées à l'article 2 ci-dessus.

Art. 9. — Les mesures prises conformément aux directives formulées ci-dessus pour les hôpitaux

INTESTARSOL
Granulé
TOXI INFECTION INTESTINALE
PARASITOSES
Laboratoire H. CALAS
162, Rue de l'HAY
GENTILLY (Seine)

ORGANOTHÉRAPIE
ET
CHIMIOTÉRAPIE
DRAGÉES DE
PLEXALGINE
LALEUF
RÉGULATEUR CIRCULATOIRE ET VAGO-SYMPATHIQUE
SÉDATIF DES PLEXUS DOULOUREUX
LABORATOIRES LALEUF
Georges DUGUÉ, Docteur en Pharmacie
51, Rue NICOLO, PARIS-16e
Téléphone : TROcadéro 62-24

relevant des administrations de l'Assistance Publique de Paris, Lyon et Marseille seront homologuées par le ministre de la Population après avis de la commission nationale.

(*J. O.*, 14 décembre 1945.)

LUTTE CONTRE LE CANCER

Arrêté du 30 octobre 1945 fixant le ressort de chaque centre régional de lutte contre le cancer.

Art. 1er. — Pour l'application de l'article 10 de l'ordonnance n° 45-2221 du 1er octobre 1945, les départements de la France métropolitaine sont rattachés aux centres régionaux de lutte contre le cancer, dans les conditions fixées ci-après :

Centre régional de lutte contre le cancer de la région parisienne. — Seine, Seine-et-Oise, Seine-et-Marne, Oise, Seine-Inférieure, Eure-et-Loir, Loir-et-Cher, Indre, Cher, Nièvre, Loiret, Yonne, Aube.

Centre de Lille. — Nord, Pas-de-Calais, Somme.

Centre de Caen. — Calvados, Orne, Eure, Manche.

Centre de Rennes. — Mayenne, Ille-et-Vilaine, Côtes-du-Nord, Morbihan, Finistère.

Centre d'Angers. — Maine-et-Loire, Sarthe, Indre-et-Loire.

Centre de Nantes. — Loire-Inférieure, Deux-Sèvres, Vendée.

Centre de Bordeaux. — Gironde, Charente-Maritime, Charente, Haute-Vienne, Vienne, Dordogne, Lot-et-Garonne, Landes, Basses-Pyrénées.

Centre de Toulouse. — Gers, Haute-Garonne, Hautes-Pyrénées, Ariège, Tarn, Tarn-et-Garonne, Lot, Corrèze, Cantal, Creuse.

Centre de Montpellier. — Hérault, Aude, Pyrénées-Orientales, Gard, Lozère, Aveyron.

Centre de Marseille. — Vaucluse, Bouches-du-Rhône, Var, Alpes-Maritimes, Basses-Alpes, Hautes-Alpes, Corse.

Centre de Lyon. — Rhône, Loire, Haute-Loire, Ardèche, Puy-de-Dôme, Allier, Saône-et-Loire, Jura, Côte-d'Or, Doubs, Ain, Haute-Savoie, Savoie, Isère, Drôme.

Centre de Nancy. — Meuthe-et-Moselle, Meuse, Vosges, Haute-Saône, Haute-Marne.

Centre de Reims. — Marne, Ardennes, Aisne.

Centre de Strasbourg. — Moselle, Haut-Rhin, Bas-Rhin, Territoire de Belfort.

Art. 2. — Les bénéficiaires de l'assistance médicale gratuite seront admis à l'institut du cancer de Villejuif et à la fondation Curie, quel que soit leur département d'origine.

(*J. O.*, 11 novembre 1945.)

SERVICES MEDICO-SOCIAUX DE LA MAIN-D'ŒUVRE.

Arrêté du 14 décembre 1945 sur l'organisation des services médico-sociaux de la main-d'œuvre.

Article premier. — Les services médicaux et les services sociaux de la main-d'œuvre visés par l'acte dit loi du 7 mars 1944 et dont le fonctionnement a été pratiquement suspendu par suite de l'application de l'arrêté du 28 novembre 1944, reprendront leur activité à la date du présent arrêté.

Art. 2. — Les services médicaux et les services sociaux susvisés sont rattachés à la direction générale de la main-d'œuvre. En conséquence, tous les éléments de ces services dispersés par suite de l'application des arrêtés des 21 et 28 novembre 1944 seront regroupés sous l'autorité du directeur général de la main-d'œuvre. Le médecin inspecteur général du travail conserve pour ces services le rôle qui lui a été dévolu pour l'ensemble des services médicaux du ministère par l'arrêté du 25 octobre 1945.

Art. 3. — Toutes les dispositions réglementaires antérieures, contraires au présent arrêté, sont annulées.

(*J. O.*, 21 décembre 1945.)



MÉTHODE DE WHIPPLE
TECHNIQUE DE MINOT ET MURPHY

SYNDROMES ANÉMIQUES
INSUFFISANCES HÉPATIQUES

HÉPATHÉMO
DESCHIENS

EXTRAIT CONCENTRÉ DE
FOIE DE VEAU FRAIS
Hémoglobine, Vitamines Hépato-Sanguines
Ampoules buvables de 10 cc. et 3 cc. - Sirop

DESCHIENS, Docteur en Pharmacie, 9, Rue Paul-Baudry - PARIS (8e)

PHYTOMENSYL
médication toni-veineuse, à base de
vigne rouge

POSOLOGIE MOYENNE : 30 gouttes 2 fois par jour.
DOSES FORTES : 50 gouttes 6 fois par jour, durant 6 jours.

LABORATOIRES BLAQUE, 59 RUE BOISSIÈRE, PARIS (16e). KLÉ 88-70



CORYDRANE CRISTALLISE EN UNE MOLÉCULE LES VERTUS APAISANTES DE L'ASPIRINE ET LA FORCE TONIQUE DU NORÉPHÉDRANE.

AINSI LES TROUBLES S'EFFACENT AU MOMENT MÊME OU L'HOMME RETROUVE L'ÉNERGIE DE LES DOMINER.

L'INTELLIGENCE ET LA LIBERTÉ DE RESPIRER REVIENNENT A L'ENRHUMÉ, ET LE GRIPPÉ SENT FUIR SA FIÈVRE.

QUI SOUFFRE DANS SES NERFS OU DANS SES OS ACCUEILLE LE CORYDRANE AVEC GRATITUDE. GRACE A LUI LE MIGRAINEUX SE RÉJOUIT D'UNE LUCIDE DÉTENTE.

SOULAGER ET SOUTENIR, LOI IMMUABLE D'ÆSCULAPE QUI S'OPPOSE AU PRINCIPE D'EPICTÈTE

Ἀνέχου καί ἀπέχου

HIPPOCRATE APPLIQUAIT CETTE RÈGLE D'OR A SES ASTHÉNIQUES, GALIEN A SES RHUMATISANTS.

ET TOI-MÊME, UN JOUR, CLINICIEN AVERTI. SI QUELQUE MALAISE T'ASSAILLE, PRENDS PLUTOT UN COMPRIMÉ DE

CORYDRANE

PARTIE SCIENTIFIQUE

LES FAUSSES ALERTES URINAIRES APRÈS HYSTÉRECTOMIE

(Miction **dans** le vagin ou **par** le vagin)

par le professeur J. FIOLLE et le Dr A. DOR (Marseille)

LES accidents urinaires après hystérectomie (fistules vésicales ou urétérales) sont plus fréquents qu'on ne l'avoue. Mais ces accidents peuvent être **simulés** par de faux symptômes, et nous en donnerons ici un exemple typique.

Le dimanche 3 juin 1945, Mme X..., quarante ans, est opérée par l'un de nous pour un fibrome de moyen volume.

Mme X... a reçu l'assurance que son fibrome est mobile, ce qui se révèle exact au cours de l'opération. Mais une difficulté se présente, qu'on n'avait pas prévue : si le fibrome est libre, les annexes, surtout du côté droit, sont extraordinairement adhérentes, plutôt fibrosées qu'enflammées, prolabées en arrière où elles font corps avec le rectum et la paroi pelvienne. Comme cette malade a des antécédents bacillaires, on songe à la possibilité d'une tuberculose annexielle ancienne, actuellement guérie ; toutefois, il ne reste aucune trace de bacillose, ni sur le péritoine voisin, ni sur la pièce péniblement enlevée.

Le rectum est soigneusement revu ; on constate qu'il n'est pas ouvert ; la séreuse seule a subi quelques éraillures. Quant aux urétères, rien n'attire sur eux l'attention, d'autant que l'hystérectomie, pratiquée en subtotale, ne semble pas les avoir exposés sérieusement. En fin d'opération, le cathétérisme vésical, systématiquement pratiqué, ramène de l'urine claire.

Les suites immédiates sont favorables et ne sont marquées que par quelques troubles banaux de parésie intestinale qui cèdent vers le quatrième jour. Le vendredi cependant, la température remonte à 38°3, 38°4, pour revenir à 37°3, au matin du dimanche 10 juin, septième jour. Mais, ce même dimanche, on s'aperçoit, dans l'après-midi, que le lit est **abondamment mouillé**, et la malade précise que, depuis quarante-huit heures, elle a la sensation, après avoir uriné volontairement, qu'un écoulement de liquide se fait par la vulve.

La situation est sans changement le lundi, et rendez-vous est pris par nous, le mardi matin, pour consultation.

Il apparaît à ce moment qu'il ne peut être question d'une fistule vésicale, puisque nous savons que les urines, après l'opération, n'étaient pas teintées de sang. Toutefois, pour plus de certitude, une injection colorée est poussée sous forte pression dans la vessie : rien ne ressort par le vagin.

La vessie ne peut donc pas être en cause. Mais la manœuvre n'éclaire en rien la situation des uretères. Pour ce qui concerne ces conduits, nous sommes certains qu'il ne s'agit pas d'une section véritable, étant donné que l'écoulement n'est pas considérable et qu'il paraît intermittent, ce qui n'est pas habituel dans ces fistules. Néanmoins, une fissuration minime est possible : rien n'empêche en effet que l'urine filtre lentement à travers une déhiscence punctiforme pour s'accumuler dans le vagin ; et ce qui rend la chose encore plus plausible, c'est que l'on perçoit, au toucher vaginal, dans les culs-de-sac latéraux, une tuméfaction œdémateuse, peut-être simplement inflammatoire, mais peut-être aussi due à une infiltration de liquide (?). Ce qui est certain, c'est qu'un tampon placé au fond du vagin est retiré, au bout de quelques heures, tout à fait trempé, et qu'en déprimant la fourchette vulvaire, on fait s'écouler du vagin une certaine quantité d'urine. L'idée que la fissuration urétérale (si elle existe) n'est pas très grande, et qu'avec un peu de chance les choses peuvent s'arranger spontanément, n'apaise que de façon médiocre les appréhensions de l'opérateur.

Nous avons songé, mais pour en repousser l'adoption, au cathétérisme urétral qui pourrait aggraver les lésions présumées du conduit.

Le mercredi et le jeudi, l'écoulement diminue un peu, semble-t-il, mais on constate toujours que du liquide stagne dans la partie supérieure du vagin, qui fait en quelque sorte cuvette.

Aussi décidons-nous, le vendredi 15, pour en avoir le cœur net, de drainer la vessie. Nous sommes toujours perplexes, mais l'impression favorable, malgré tout, domine. Nous avons en effet le souvenir d'un incident analogue chez une de nos anciennes opérées qui, pendant quarante-huit heures, avait uriné, si l'on peut dire, dans son vagin, et qui ne nous avait pas trop inquiétés, parce que toute lésion urétérale était impossible dans son cas, beaucoup plus simple que le cas actuel.

Une Malecot est donc placée le 15 juin, dans la vessie, et un tampon tassé dans le vagin. Le lendemain, 16, rien n'a coulé ; et le tampon que nous retirons, non sans angoisse, est absolument sec. La preuve semble faite qu'il n'existe aucune sorte de fistule. Les reins ne sont, au surplus, ni sensibles, ni augmentés de volume.

La sonde est enlevée. Mais pour continuer l'expérience sous une autre forme, nous demandons à l'opérée, maintenant convalescente, de se lever pour chaque miction et d'uriner en position accroupie. Tout alors redevient normal. Pas tout à fait cependant ; il nous restait encore à subir une émotion, mais courte, et qui apportait avec elle une sorte de contre-épreuve. Le dimanche 17 juin (quatorzième jour), le drap de lit est de nouveau trempé. Grand émoi pour nous, naturellement. Mais l'opérée elle-même nous rassure : on lui a fait, il y a une heure, un lavage intestinal, et, en rendant ledit lavage dans le bassin de lit, elle a uriné sans quitter la position horizontale.

Ainsi, la situation s'éclaire de plus en plus ; il existe, quand Mme X... urine au lit, un reflux partiel d'urine, du méat urétral vers le vagin. En position verticale, au contraire, la vessie se vide entièrement à l'extérieur.

La suite confirme entièrement cette façon de voir. Depuis que notre malade a repris ses attitudes et habitudes normales, tout incident au pseudo-incident urinaire a disparu.

Nous l'avons revue récemment, ce qui nous a permis de faire une observation peut-être moins accessoire qu'il ne le semble au premier abord. Pendant les huit jours d'alerte, l'ouverture vulvaire paraissait atone et anormalement béante. A sa récente visite, au contraire, la tonicité des muscles s'était rétablie.

Nous ignorons l'action possible des sections nerveuses dans l'hystérectomie et leurs effets de relâchement (momentanés, il y a lieu de le croire) sur les sangles vulvo-périnéales. Mais la béance de l'orifice génital a certainement joué un rôle dans cette **réabsorption** par le vagin d'une partie de l'urine sortant du méat.

Il est probable que tous les éléments tissulaires, et surtout les muscles, dans les zones voisines, subissent un certain effet de stupeur après l'hystérectomie. La vessie elle-même se contracte plus mollement, le jet urétral se fait avec moins de force. On comprend dès lors qu'une partie de l'urine, principalement à la fin de la miction, suive en bavant la paroi antérieure du vagin et, ne rencontrant pas l'obstacle dynamique constitué par une tonicité musculaire normale, s'accumule dans l'intérieur du conduit.

M. Leriche, à qui nous avons fait part de ces constatations, n'a jamais rien observé de tel, mais nous approuve de poser le problème.

***

Nous pensions, une fois dissipées nos inquiétudes, que de tels faits devaient être d'observation courante. Cependant, les recherches faites par l'un de nous dans les ouvrages d'urologie, ont été négatives, ce qui nous a déterminés à écrire cette note.

Il arrive que, dans l'évolution des suites opératoires, les infirmières fassent des remarques qui nous échappent. L'infirmière de notre opérée était persuadée, dès le début, que nous en serions quittes pour la peur. " Ces petits écoulements, disait-elle, ne sont pas rares chez les hystérectomisées, bien qu'à un degré moindre ; cela passe tout seul quand les malades se lèvent ". Nous ne pouvons, en la circonstance, que nous incliner devant cette perspicacité indubitable bien qu'empirique.

***

Il ne nous est pas possible, en l'état actuel, d'apporter même une ébauche de bibliographie. Nous ignorons si le sujet traité ici est neuf, ou esquissé, ou peut-être épuisé ? Il n'importe. Cette brève note sera justifiée si elle épargne, un jour, à quelqu'un d'entre nous, les vives et inutiles inquiétudes que nous avons subies nous-mêmes. Evitons les fausses alertes : les vraies suffisent

TRAITEMENT DES RHINITES AIGUES

Par le docteur Gabriel FRANCK
Assistant O.R.L. de l'Hôpital Hérold

Les rhinites, depuis les simples **rhumes de cerveau** jusqu'aux rhinites muco-purulentes, sont des affections aussi fréquentes que mal traitées. Elles le sont, du reste, il faut bien l'avouer, autant par le malade qui s'empresse de courir chez son pharmacien chercher « n'importe quelle spécialité », quelle que soit la forme de rhinite dont il est atteint, que par le médecin lui-même qui n'accorde souvent à « ce nez qui coule » qu'une attention distraite pour prescrire à son tour la classique instillation de sels d'argent. Nous ne saurions trop nous élever contre cette façon de faire.

La rhinite n'est pas seulement une affection simplement désagréable qu'il faut traiter par le mépris. C'est une affection qui, sans être grave, peut occasionner des troubles sérieux, du point de vue général puisqu'elle est la porte d'entrée de nombreuses maladies, du point de vue local par ses complications sinusiennes et auriculaires. Aussi, toute rhinite devrait-elle être soignée... et bien soignée. Or, pour traiter correctement une rhinite, il faut connaître un certain nombre de faits :

La muqueuse pituitaire est une muqueuse fragile, d'où l'importance d'éviter les substances toxiques ou d'en prolonger l'emploi. Il faut avoir vu le nez d'un enfant qu'une mère parfaitement satisfaite vous amène après des années d'instillations nasales d'argyrol sous prétexte de rhumes répétés, pour apprécier les conséquences désastreuses de pareils abus.

Les médicaments perdent rapidement dans le nez plus qu'ailleurs leur efficacité, d'où la nécessité de varier la thérapeutique nasale.

Les médicaments ne s'adressent pas indifféremment à telle ou telle forme de rhinite, à un début de rhinite ou à une rhinite traînante. Nous verrons, en effet, que les rhinites passent par trois phases auxquelles, évidemment, correspond une thérapeutique appropriée. Donner de l'argyrol à un rhume de cerveau qui commence, c'est jeter de l'huile sur le feu.

Certains médicaments, telle l'éphédrine, par exemple, ne sont pas inoffensifs, surtout dans le nez des enfants et à dose prolongée, mais d'autres sont nettement dangereux, et en particulier les huiles minérales pourtant si fréquemment employées chez le nourrisson, car elles peuvent être à l'origine de complications plus ou moins redoutables. Rappelons-nous que le meilleur véhicule pour les médicaments nasaux, c'est le sérum physiologique.

Ces quelques points étant précisés, nous envisagerons successivement le traitement de la rhinite aiguë du nourrisson, puis celle de l'enfant et de l'adulte.

I. — **La rhinite aiguë du nourrisson** est l'affection la plus courante des premiers mois de la vie. Mais

c'est aussi la plus importante par ses complications auriculaires et pulmonaires. La nécessité de désinfecter les yeux du nouveau-né devrait s'étendre aux fosses nasales. Cette manière d'agir éviterait certainement un grande nombre d'otites plus ou moins latentes du nourrisson, plus fréquentes qu'on ne le pense, en milieu hospitalier tout particulièrement. La rhinite, et plus souvent encore la rhino-pharyngite du nourrisson, est toujours une affection sérieuse, en raison de la fragilité plus grande encore à cet âge de la muqueuse pituitaire, par suite aussi de la gêne à la succion qu'entraîne l'obstruction nasale.

C'est avant tout contre ce facteur qu'il faut intervenir sans tarder, d'une part pour éviter une déshydratation rapide, et d'autre part pour permettre une antisepsie qui serait illusoire sur ces grosses glaires muco-purulentes. Il faut donc évacuer ces croûtes au moyen d'un mouchage artificiel que réalise le mouche-bébé. A l'hôpital, nous avons recours depuis quelque temps aux lavages des fosses nasales et du cavum suivant la méthode de Proëts : nous injectons par une fosse nasale une solution de sérum physiologique, tandis que nous faisons de l'aspiration par la narine opposée. Dans les cas très infectés nous pouvons, du reste, remplacer avantageusement le sérum physiologique par une solution sulfamidée telle que la solufontamide à 33 %. Contre le phénomène d'obstruction nasale, on instillera, cinq minutes avant les tétées, quelques gouttes de sérum adrénaliné qui, en réalisant une vaso-constriction passagère de la muqueuse pituitaire, permettra la succion.

Quant à l'antisepsie proprement dite, s'il s'agit d'un coryza séreux, contentons-nous de quelques gouttes d'huile eucalyptolée, trois fois par jour, à condition qu'il s'agisse d'huile végétale, par exemple :

Eucalyptol ..... 0 gr. 30
Huile d'olive ..... 30 gr.

Si le coryza est franchement purulent, on pourra alors prescrire de l'argyrol à 1 %, à condition de ne pas prolonger trop longtemps cette médication.

Il est évident qu'en cas d'obstruction nasale permanente avec troubles graves de la succion ou complications auriculaires, les végétations seront curetées, quelque soit l'âge de l'enfant. Avant six mois, cependant, ce curetage nous semble difficile à réaliser.

II. — **La rhinite aiguë de l'enfant et de l'adulte.**

Il s'agit du coryza banal qui désespère tant de malades et aussi... tant de médecins. Rappelons donc que ce coryza évolue généralement en trois phases : une phase vaso-motrice, une phase d'inflammation et une phase de suppuration. A chacune de ces phases doit correspondre une thérapeutique spéciale.

1° **La phase vaso-motrice,** « la phase du pharmacien », est caractérisée par des troubles de vaso-dilatation avec éternuements, obstruction nasale et hydrorrhée abondante. La muqueuse est alors en état d'hyperexcitabilité, ce qui explique le résultat désastreux des médicaments employés, qu'il s'agisse des lavages qui sont dangereux, des antiseptiques habituels ou même des inhalations qui sont irritantes.

Il faut donc laisser cette muqueuse au repos et s'attaquer uniquement à l'élément vaso-dilatateur qui provoque l'obstruction nasale et sa conséquence immédiate, la rétention. On agira par des vaso-constricteurs locaux : l'adrénaline, l'éphédrine ou la cocaïne. La formule suivante permet l'emploi de ces trois substances :

Chlorydrate de cocaïne ..... trente centigr.
Chlorydrate d'éphédrine ..... soixante centigr.
Solution d'adrénaline 1/1000 ..... XX gouttes
Sérum physiologique ..... trente grammes

La cocaïne est un bon vaso-constricteur pour lequel il faut seulement redouter les effets d'accoutumance. L'adrénaline est un vaso-constricteur puissant, mais son effet est passager, de sorte qu'il est bon de lui adjoindre l'éphédrine dont l'effet moins intense, mais plus prolongé, combat l'action vaso-dilatatrice soudaine de l'adrénaline. Cette solution doit être employée en pulvérisations afin de lui assurer une meilleure diffusion, et répétée fréquemment dans la journée. On lui pourra lui adjoindre un traitement général, dont l'aspirine ou mieux le corydrane reste le médicament de choix, agissant à la fois contre la céphalée et l'élément infectieux.

2) **La phase inflammatoire,** « la phase du médecin », fait suite à ces troubles vaso-moteurs. Les phénomènes désagréables du début ont disparu, mais alors s'est installée une sécrétion muqueuse abondante qui désespère le malade. On continuera encore à cette période la médication vaso-constrictive du début afin de lutter contre l'obstruction nasale.

Contre l'état inflammatoire, trois sortes de médicaments seront essayés :

1) Les antiseptiques, et en particulier les sels d'argent colloïdal à 1 %. Il faut en effet éviter des doses fortes, et surtout ne pas prolonger trop longtemps la médication.

2) Les sulfamides, sous forme de pulvérisations nasales de poudre de 1,162 F ont été essayés avec succès. Nous avons eu également des échecs dus probablement à la difficulté pour la poudre de rester en contact avec la muqueuse dans « cette cheminée à courant d'air » qu'est le nez.

3) Les vaccins, et en particulier le bactériophage suivant la méthode d'Hérelle, nous ont donné quelques succès. Nous employons dans ce cas le Bacté-Rhino-Phage en pulvérisations nasales tous les deux jours. Le propidon injectable nous a, de même, donné d'heureuses surprises en instillations nasales et permis une vaccinothérapie locale pourtant difficile à réaliser.

C'est volontairement que nous ne parlons pas des inhalations qui, trop souvent, sont irritantes. On pourra, néanmoins, prescrire des inhalations de benjoin et d'eucalyptus. Mais ces inhalations seront courtes et ne devront pas contenir de menthol.

3) **La phase de suppuration,** « la phase du spécialiste », n'est que la prolongation de l'état précédent, peu ou mal soigné. Ce sont généralement des rhinites d'abord méprisées, puis mal soignées, et qui se vengent ainsi du dédain dont elles ont été l'objet : l'obstruction nasale et la rhinorrhée purulente, postérieure la nuit, antérieure le jour, finissent par alarmer le malade qui, bien entendu, a déjà usé tout son arsenal thérapeutique avant de venir consulter le spécialiste.

Il sera bon chez ces malades de s'assurer qu'une malformation nasale, une sinusite, une ethmoïdite, des polypes ou des végétations ne sont pas à l'origine de cette rhinorrhée tenace.

Pour agir efficacement sur la muqueuse nasale, il faut avant tout débarrasser les fosses nasales des mucosités qui l'encombrent en prescrivant des petits lavages de sérum isotonique de sel marin à 7 pour 1000. Ces lavages pratiqués avec prudence et douceur au moyen d'une pipette nasale présentent une action mécanique en nettoyant les fosses nasales des sécrétions qui l'encombrent en même temps qu'ils agissent favorablement sur la mu-

queuse pituitaire. Ils permettront, enfin, aux antiseptiques d'agir directement sur cette muqueuse.

Quel est le médicament de choix de ces rhinites rebelles ? Quatre peuvent être essayés :

1) Les sels d'argent en solution plus concentrée. Les badigeonnages de nitrate d'argent au 1/50, en particulier, donnent parfois des résultats inespérés.

2) Les sulfamides, à cette période, peuvent encore donner de bons résultats, surtout lorsqu'il existe des ulcérations de la muqueuse, sous forme de pulvérisations nasales de poudre de 1162 F fréquemment renouvelées. De nombreuses préparations sulfamidées sont entrées dans le commerce depuis quelques années. Mais elles ne présentent qu'une efficacité très relative en raison de leur faible concentration. Une pommade sulfamidée à 50 % nous a par contre donné de bons résultats. Mais il est bon, dans ce cas, d'y adjoindre une médication sulfamidée générale.

3) Le soufre reste le grand médicament des affections purulentes subaiguës et chroniques du nez. « Le pus appelle le soufre », dit-on parfois. On pourra commencer par des instillations nasales d'une solution soufrée auxquelles on adjoindra des inhalations de soufre, et même le cas échéant, un traitement général soufré. Si la rhinite est particulièrement rebelle, on conseillera alors une cure thermale dans l'une des nombreuses stations sulfureuses.

4) La vitamine A enfin a été préconisée par H. Bourgeois qui l'a employée sous forme d'huile de foie d'Halibut en instillations nasales. Mais, pour avoir une action efficace, la concentration en vitamine A doit être importante. Son odeur particulièrement désagréable n'est pas supportée par tout le monde, et, du reste, les circonstances présentes n'en permettent plus son emploi. Avant la guerre, pourtant, elle nous avait donné de très bons résultats.

Affection que le malade méprise et que le médecin dédaigne, telle semble être souvent la rhinite aiguë. Pourtant le médecin ne doit pas se trouver désarmé devant une affection aussi fréquente qui réclame, ainsi que vous venez de le voir, une thérapeutique plus scientifique que celle qui lui est généralement accordée. Le médecin y gagnera la reconnaissance de son malade qui, peu soucieux au début de son « rhume de cerveau », en a vite assez de l'obstruction nasale et du « nez qui coule ».

CE QUE PRATIQUEMENT IL FAUT SAVOIR DE L'IMPALUDATION DANS LA NEURO-SYPHILIS

L'Impaludation en deux temps.

Si les premiers essais de cette méthode remontent à 1913 (Emile Legrain), et sa réalisation systématique à 1917 (Wagner von Jauregg), depuis une dizaine d'années on connait bien ses indications dans le traitement de la neuro-syphilis. Celles-ci sont formelles dans la paralysie générale. Le tabès reste discuté ; mais les myélites syphilitiques, les artérites syphilitiques cérébrales ne relèvent plus de semblables thérapeutiques; il en est de même pour la sclérose en plaques, la maladie de Parkinson, la chorée de Sydenham, l'épilepsie. Quant à la démence précoce, l'impaludation est reléguée au second plan en raison des traitements actuels (cardiazol, insuline, électrochoc).

Pour la **paralysie générale**, il suffit de discuter l'opportunité du moment, et celle-ci est fonction de **certaines contre-indications**, actuellement bien connues. Tout d'abord, d'une manière absolue, c'est la **tuberculose pulmonaire**, ce sont aussi les **grandes insuffisances hépatiques, cardiaques ou rénales, les états hémorragiques**, c'est enfin une cachexie trop avancée. On devra tenir compte également de la possibilité d'un diabète, de troubles sphinctériens, de lésions vasculaires cérébrales. Quant à l'âge, celui de soixante-cinq ans constitue une limite raisonnable, mais non absolue ; inversement, on sera réservé en présence de sujets moins âgés, mais atteints de sénilité précoce.

En pratique, d'après les travaux antérieurs du Professeur A. Mollaret, et plus spécialement de son étude détaillée sur « Le Paludisme thérapeutique » (1) « toutes ces contre-indications impliqueront, soit de faire précéder l'impaludation d'un traitement symptomatique et chimiothérapique susceptible d'atténuer les risques, soit de prendre pendant les accès des précautions supplémentaires ». Pour cet auteur, la vraie solution sera sa **méthode d'impaludation en deux temps.**

Le choix de la souche de Plasmodium vivax est de première importance. Le plus simple est de s'adresser à un centre spécialisé, où sont entretenues des souches, dont les caractères sont définitivement connus, et dont l'emploi a été entouré au départ de toutes les garanties désirables.

Il serait très dangereux de prendre directement du sang à un ancien colonial, venant de présenter un réveil de paludisme, un simple examen des lames de sang n'ayant paru montrer chez lui que des plasmodies de tierce bénigne ; la méconnaissance d'un Plasmodium falciparum pourrait entraîner une tierce maligne rapidement mortelle. « Par ailleurs, les souches longuement entretenues acquièrent peu à peu les caractères d'un véritable virus fixe, caractères représentant une sécurité de maniement extrêmement précieuse autant qu'un véritable bénéfice naturel de temps. » C'est ainsi que la souche que M. Mollaret entretient à la Salpêtrière depuis plus de douze ans, par transmission exclusive d'homme à homme, a vu progressivement sa période d'incubation se réduire à moins d'une semaine, en même temps que l'intervalle des accès tombait à moins de quarante heures ; de plus, un bénéfice total de près de 50 p. 100 a été ainsi réalisé sur la durée obligatoire de l'hospitalisation. D'autre part, le pouvoir pyrétogène de ce Plasmodium et son degré d'agressivité pour l'organisme ont permis de fixer la limite de tolérance du maximum thermique à 41°7 ; pareille latitude serait plus que dangereuse avec une souche neuve.

Pratique de l'impaludation.

Deux modes : la transmission directe à la seringue ; la transmission indirecte par moustique.

Ce dernier n'a pas encore été réalisé de façon suivie en France ; il est organisé d'une manière complète à Epsom en Angleterre ; dans un bâtiment spécial, annexé aux services hospitaliers est installé un insectarium, groupant une série de pièces adaptées et protégées contre les entrées et les sorties des moustiques, que l'on y élève pour être soumis à un repas infectant grâce à un sujet ayant dépassé le sixième accès, dont le sang est, par conséquent, déjà riche en gamétocytes. Ces gamétocytes donneront par conjugaison, chez le moustique, les ookinites, puis les ookystes, d'où naîtront

(1) Revue du Paludisme et de la Médecine tropicale, 15 *novembre* 1945.

les sporozoïtes gagnant les glandes salivaires. Il s'agit d'une transmission utilisant la reproduction sexuée à partir des sporozoïtes, exactement comparable à celle de la maladie naturelle.

Transmission directe à la seringue.

Le réservoir de virus est représenté par les malades eux-mêmes, mais ceux-ci doivent être des sujets neufs, nécessité absolue pour maintenir la fixité des caractères des virus. Rien n'empêche, le cas échéant, de réimpaluder des malades, mais ceux-ci feront alors leurs accès pour eux-mêmes, sans jamais servir de donneurs.

Même exclusive pour des sujets neufs, mais ayant dû recevoir une dose de quinine, même réduite à quelques centigrammes. Les sujets neufs en période d'accès joueront donc le rôle de donneurs, le moment du prélèvement pouvant s'étendre, chez eux, depuis la veille du premier accès jusqu'à l'administration de quinine succédant au dernier accès. Le déclin de l'accès semble préférable, car de nombreux mérozoïtes circulent à ce moment dans le sang. Inutile de se préoccuper des groupes sanguins, même pour inoculation intraveineuse ; l'incompatibilité semblerait même préférable, car le nombre des insuccès est apparu moindre en cas de sangs hétérologues (tout se passant comme si une petite hémolyse immédiate facilitait l'action des métozoïtes). Le sang du donneur, placé à proximité du receveur, est recueilli à la seringue par ponction veineuse, et injecté à ce dernier à la dose de 5 à 10 cc. L'adjonction d'un anticoagulant serait indispensable si l'impaludation devait avoir lieu à distance. La voie intra-musculaire est habituelle ; la voie intra-veineuse exceptionnelle.

En somme, il s'agit ici d'une transmission de mérozoïtes, n'utilisant que la reproduction asexuée.

La température expérimentale.

M. Mollaret, avec la souche fixe de la Salpêtrière, obtient une période d'incubation devenue remarquablement brève, à peine une semaine, et celle-ci est muette : pas de fièvre d'invasion ; à peine un petit clocher fébrile inconstant, à 38°, vers le troisième jour. La période d'état commence donc après un premier accès valable, qui atteint ordinairement 39°. Les accès se succèdent dès lors à un rythme très régulier ; ils sont typiques (frisson, chaleur et sueurs); l'élévation maxima de la température tend à croître régulièrement et à dépasser 40°, puis 41°. Dans l'intervalle des accès la température tombe à 37°, et même au-dessous. A noter que l'importance du décalage thermique ainsi obtenu en même temps que la rapidité des dénivellations, paraissent être des facteurs influençant réellement le bénéfice thérapeutique.

La **surveillance du sujet** s'impose rigoureuse, surtout à partir du cinquième ou sixième accès : asthénie ; état sabural des voies digestives ; oligurie; subictère et urobilinurie ; anémie, avec petits phénomènes d'hémolyse, lors des derniers accès, pouvant aller jusqu'à une discrète hémoglobinurie ; herpès labial, parfois profus ; affaissement tensionnel précoce. D'où la nécessité d'administration systématique d'extrait surrénal dès le cinquième accès ; si celui-ci tend à dépasser la température limite, donner une très petite dose de quinine (5 cgr.).

Les **complications** proprement dites peuvent être les suivantes : **fièvre tendant à prendre le type continu** ; complications pulmonaires (pneumonie); insuffisance hépatique ou rénale ; hémorragie intestinale ; exceptionnellement, rupture de la rate. Ces accidents commandent l'arrêt immédiat des accès par la quinine ; ils expliquent les risques de mortalité de la méthode (5 p. 100). En principe, on arrêtera les accès après le dixième, par la seule administration de quinine, à raison d'un gramme en deux ou quatre prises par voie buccale, au besoin par voie intra-musculaire. Une thérapeutique reconstituante (AS, etc.) sera prescrite chez le convalescent.

Certaines anomalies peuvent être observées dans le déroulement de la maladie expérimentale (anciens paludéens méconnus ; traitement trop récent par le stovarsol sodique). Il conviendra alors de prendre toutes mesures utiles (attente ; déclenchement artificiel des accès, par exemple, par une auto-hémo-injection de 20 centimètres cubes, ou par une injection d'adrénaline, de strychine, etc.).

L'impaludation en deux temps.

Déjà on avait observé que les complications éventuelles n'apparaissaient jamais que dans la deuxième moitié des accès, et l'on pensait scinder en deux le déroulement total par une période d'apyrexie intercalaire, grâce à l'administration de quinine. Cette solution exigeait une double impaludation (moins efficace), imposait un allongement considérable de la cure (2 à 3 mois au total), et risquait de diminuer la valeur du geste thérapeutique.

P. Mollaret et J. Schneider (2) ont réalisé en 1938 le procédé de l'impaludation en deux temps, permettant une reprise certaine des accès, sans réimpaludation (avec apyrexie intercalaire, très brève, et réglable à volonté, pour qu'elle puisse s'adapter à chaque cas particulier). Ils ont utilisé, pour agir sur les gamétocytes, le mélange à parties égales de deux médicaments synthétiques classiques de la lutte antiplasmodiale et appartenant à la même série chimique : la praequine et la rhodoquine. Ils prescrivent 3 centigrammes du mélange par jour, pendant trois jours consécutifs, en injections sous-cutanées ; la moindre modification de cette formule fait tout échouer. Cette dose entraîne la disparition de tous les gamétocytes du sang circulant. Par contre, si elle n'entraîne pas la destruction parallèle des schizontes, elle va suspendre le développement de ceux-ci. Sur la courbe de température, au cours des trois jours d'administration du médicament, le malade fait un dernier accès, qui est retardé de quelques heures par rapport aux précédents et atténué dans son maximum thermique. Le malade entre alors dans une période d'apyrexie, qui marque, non une stérilisation, mais une inhibition de la segmentation des corps amiboïdes. Cette période cessera de deux manières différentes.

Si le médicament a été administré avant le cinquième accès, l'apyrexie cesse spontanément après une semaine et le malade commence son second cycle d'accès sans qu'il soit nécessaire d'intervenir.

Si le médicament a été donné après le sixième accès, l'apyrexie se prolongera et ne cessera que si l'on fait jouer, par exemple, l'auto-hémo-injection de 20 centimètres cubes pour déclencher les accès; ceux-ci reprendront après quelques heures ou 4 jours au maximum. Dans les deux cas, les accès tendront à s'éteindre spontanément après s'être répétés trois ou quatre fois. Si l'on ne pratique pas la stérilisation définitive par la quinine, le sujet deviendra un paludéen chronique, ne faisant aucun crochet, mais conservant sur les lames de sang faites quotidiennement des schizontes figés dans leur stade préparatoire à la segmentation.

Cette technique, conclut le Professeur Mollaret, doit être envisagée comme la technique de l'avenir pour l'impaludation thérapeutique : on peut considérer qu'avec elle la mortalité et les contre-indication tendront pratiquement vers zéro. G. FISCHER.

(2) Société Médicale des Hôpitaux de Paris, 7, novembre 1939. et Congrès International neurologique, Copenhague, 1939.

LES SOCIETÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

Prévention de la syphilis expérimentale du lapin par la pénicilline.

(MM. C. Levaditi et A. Vaisman ; 9-10-1945)

D'une série d'expériences ayant porté sur 12 lapins, les auteurs concluent que la pénicilline se révèle capable de prévenir l'infection syphilitique chez cet animal dans 100 p. 100 des cas si elle est injectée par voie intra-musculaire à des doses suffisamment élevées (au total 40.000 unités par kilogramme) et à un rythme accéléré. L'action médicamenteuse est à la fois, antichancreuse et radicalement immunisante. Des recherches en cours montreront si l'administration du médicament « per os » est capable de produire le même effet.

Les altérations des voies bronchiques dans les pneumoconioses.

(M. A. Policard ; 16-10-1945)

M. Policard décrit les altérations histo-pathologiques des voies bronchiques rencontrées dans la silicose et la silico-tuberculose. La part des lésions bronchiques dans le déterminisme des symptômes des pneumoconioses, dit-il, est importante et ne doit pas être méconnue.

P. L.

SOCIETE FRANÇAISE DE GYNECOLOGIE

Vaginites de causes exceptionnelles.

(M. J.-E. Marcel ; 15-3-1945)

L'auteur présente :

a) L'observation d'une fillette de huit ans, atteinte de « vulvo-vaginite » avec périvulvite ancienne par abouchement de l'uretère droit dans le vagin ; elle était traitée pour énurésie.

b) Le cas d'une vaginite aiguë importante se traduisant par un abondant écoulement séro-purulent et surtout par des îlots leucoplasiques (histologiquement confirmés), disséminés sur le col et le vagin, en rapport avec 5 applications intra-vaginales 15 jours auparavant de comprimés d'aspirine, dans le but de « traiter » une métrite cervicale. Cette observation peut éclairer dans une certaine mesure la pathogénie de certaines leucoplasies du col.

SOCIETE DES CHIRURGIENS DE PARIS

La subluxation congénitale de l'adulte, vue par l'examen radiographique de la hanche de profil.

(M. Charry, de Toulouse ; 20-4-1945)

L'auteur montre, en présentant une série de clichés de hanche de face et de profil, que ces lésions passent par deux phases : l'une, souvent silencieuse, de subluxation pure ; l'autre, douloureuse, accompagnée de boiterie, liée à un processus d'arthrite déformante.

L'intervention varie selon la phase envisagée.

L'examen de profil permet de préciser les indications opératoires et de contrôler l'efficacité de la thérapeutique.

SOCIETE MEDICALE ET ANATOMO-CLINIQUE DE LILLE

Séance du 20-3-1945

Infarctus du myocarde à forme abdominale
Vérification anatomique

(MM. L. Langeron, V. Nolf et J. Legrand)

Homme de 44 ans ayant présenté une brusque crise douloureuse abdominale, avec vomissements alimentaires. Foie douloureux et très volumineux. Gros souffle systolique de la pointe. Leucocytose avec polynucléose. A la radio, le cœur et les poumons semblent normaux. Malgré toute thérapeutique, le malade meurt. A l'autopsie on trouve un gros foie cardiaque et surtout un infarctus du myocarde.

Profitant de cette observation, les A. discutent le diagnostic de cette forme anormale d'infarctus avec les perforations d'ulcus, l'abcès sous-phrénique et, accessoirement, l'hépatite amibienne.

Etude de l'eczéma expérimental

(MM. V. Cordonnier et J. Leroy)

Après différents essais, les auteurs se sont servis de la paraphénylène diamine pour provoquer un eczéma expérimental chez le cobaye. Une première série d'applications entraîne une eczématisation ; une seconde série donne des résultats plus rapides, l'allergie se surajoutant à l'idiosyncrasie. Mais un facteur individuel n'en subsiste pas moins ; il se trouve même des animaux absolument réfractaires.

L'infiltration anesthésique de la zone traitée aggrave l'eczéma et le rend plus précoce. Hypothèse de travail : l'infiltration anesthésique, en paralysant le sympathique, augmente la vaso-dilatation et l'œdème papillaire qui appartiennent en propre à l'eczéma.

Des tentatives de sensibilisation de l'animal par dépôt de paraphénylène diamine sur le tronc nerveux du sympathique lombaire, suivant la technique de Reilly, ont été négatives.

Séance du 24-4-1945

Présentation de photographies d'une série de monstres doubles ayant vécu

(M. M. D'Halluin)

L'A. présente 17 photographies de monstres doubles vivants ou ayant vécu. Il en résume l'histoire et insiste sur leur double personnalité, malgré les associations fonctionnelles constatées chez les pygophages et les monstres en gamma. Il évoque, en terminant, le problème endocrinien que posent certains de ces monstres : chez Hélène et Judith, les règles ne se produisaient pas en même temps et variaient de quantité pour chacune ; Rosa étant devenue enceinte, les deux sœurs eurent de la congestion des seins, les règles persistèrent durant sept mois chez Joséphe et la montée laiteuse se produisit chez les deux sœurs.

REUNION LYONNAISE DE LA SOCIETE FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Séance du 19-4-1945

Le traitement de Charpy dans un cas de maladie de Besnier-Bœck et dans un cas de sarcoïdes hypodermiques

On connaît les résultats remarquables obtenus par Charpy (de Dijon) dans le traitement du lupus tuberculeux et des tuberculoses cutanées par la vitamine D. M. J. Gaté a appliqué ce traitement dans un cas de maladie de Besnier-Bœck confirmé par la biopsie et la cuti-réaction négative. Le résultat a été nul, argument contre l'hy-

pothèse de la nature tuberculeuse de la maladie de Besnier-Boeck. En revanche, le traitement de Charpy a fait merveille chez une malade atteinte d'écrouelles dans l'enfance et qui présentait aux cuisses des sarcoïdes sous-cutanées du type Darier-Roussy, résultat en faveur du rôle fréquent de la tuberculose dans ces sarcoïdes.

Un cas d'arsenicisme professionnel

MM. J. Gaté et J. Gallet ont observé une femme de 46 ans chez laquelle étaient apparues depuis trois ans une pigmentation brun-noirâtre de tout le tronc et de l'hyperkératose palmaire. Chute des ongles et des cheveux. Examen général négatif, sauf une abolition des réflexes achilléens. Il s'est agi d'une intoxication arsenicale professionnelle, la malade manipulant de l'arséniate de chaux destiné au traitement de ses vignes.

SOCIETE DES SCIENCES MEDICALES DE GANNAT

Réunion du 15-4-1945

Traitement chirurgical de l'hypertension artérielle

M. Murard, à l'occasion d'un cas d'hypertension artérielle grave opéré par lui, il y a quelque temps, présente quelques considérations sur le traitement chirurgical de cette affection.

Les opérations chirurgicales dirigées contre l'hypertension artérielle sont de deux ordres : les unes portent sur la surrénale, visant à réduire la sécrétion d'adrénaline (surrénalectomie) ; les autres tendent à agir sur le système nerveux du rein et sur le système circulatoire (sympathectomies, résection du ganglion aortico-rénal, splanchnicectomies, etc.). Les deux groupes d'opérations sont d'ailleurs assez généralement associés.

Le traitement chirurgical en question ne saurait s'adresser qu'aux hypertensions élevées, permanentes et même progressives, s'accompagnant de symptômes généraux importants, céphalées, vertiges, dyspnée, résistant à tous les traitements médicaux. Les indications opératoires sont tirées de l'évolution de la maladie, des troubles fonctionnels particulièrement pénibles qu'elle peut provoquer, de leur résistance au traitement. Les grandes insuffisances cardiaques et rénales, les lésions du fond de l'œil, les grands accidents nerveux (hémiplégie) sont des contre-indications.

On peut donc recourir à la chirurgie en présence de certaines formes graves de l'hypertension artérielle. Elle peut, sans prétendre à une guérison, donner des résultats appréciables, principalement sur les troubles fonctionnels, comme l'indiquaient MM. Lian, Welti et Gagnière à la séance du 23 juin 1943 de l'Académie de chirurgie.

LA PRESSE

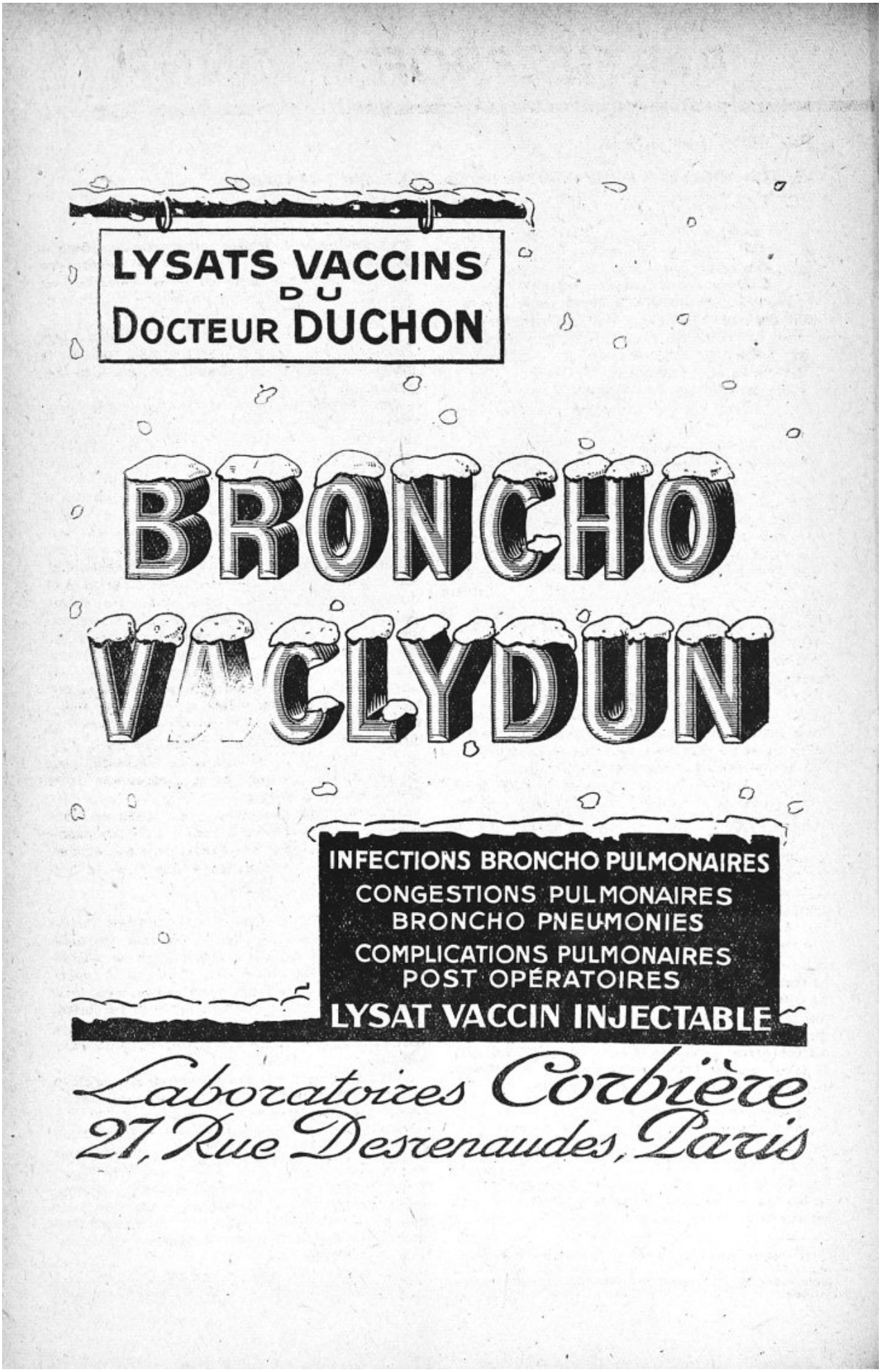
Données nouvelles sur la poliomyélite aiguë. — Dans son étude, **F. Kleyntjens** rappelle que le virus de cette affection est largement répandu dans la nature, mais beaucoup plus nombreux sont les porteurs de germes restés sains que ceux devenus malades. La contamination par contact direct est relativement peu fréquente. Le siège du virus est l'intestin; on le retrouve dans les selles et dans les eaux polluées. La contagion s'opère vraisemblablement par l'eau d'alimentation, accessoirement peut-être par la voie nasale.

La poliomyélite humaine et l'encéphalomyélite de la souris présentent de très grandes analogies cliniques, anatomo-pathologiques, épidémiologiques et immunologiques. L'étude comparative des deux affections porte à croire que la poliomyélite est causée par une infection intestinale, le virus ne présentant un caractère neurotrope que dans certaines conditions. L'efficacité de la sérothérapie (sérum de convalescents) à titre préventif permet quelqu'espoir, mais son application sur une grande échelle nécessiterait de très grandes quantités de sérum ; son efficacité après le début de la maladie est des plus douteuse. L'absence d'autre moyen thérapeutique efficace justifie provisoirement son utilisation. Il y a lieu de rechercher un sérum anti-poliomyélitique par inoculation animale. (*Bruxelles Médical, 9 septembre* 1945.)

Le diagnostic précoce du cancer de l'estomac. — **M. Girard** (de Lyon), précise que les premiers troubles cliniques peuvent être de deux ordres : tantôt et surtout l'apparition de troubles digestifs, tantôt une atteinte persistante générale. Ce sera, par exemple, chez un sujet autour de la quarantaine, sans antécédents digestifs, un classique syndrome dyspeptique suspect ; ce sera aussi un syndrome douloureux épigastrique post-prandial tardif rappelant plus ou moins nettement le tableau de l'ulcère digestif ; très caractéristique sera le groupe des vomisseurs, vomissements alimentaires quotidiens associés à de vives douleurs épigastriques post-prandiales et parfois à des ondes péristaltiques évoquant d'emblée la sténose du pylore. Enfin, dans 3 à 4 % des cancers gastriques, une hématémèse ouvrira la scène. Mais toujours, plus que la radioscopie, la radiographie et la gastrocopie viendront lever le doute. C'est dire qu'il faut rendre hommage à la méthode radio-clinique de Gutmann qui assure le diagnostic précoce du cancer de l'estomac, à ce stade qui permet d'employer la seule arme thérapeutique effective : l'exérèse chirurgicale. Ce cancer n'a pas une évolution rapide, mais bien latente au cours de longs mois. (*Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques, avril* 1945.)

Le caoutchouc détruit la pénicilline. — Lorsque la pénicilline reste un certain temps en contact avec du caoutchouc, elle peut être partiellement ou complètement inactivée. **Cowan** a remarqué qu'il en était ainsi pour les tubes de caoutchouc naturel, tout particulièrement lorsqu'ils ont été stérilisés plusieurs fois ; lors d'un goutte à goutte, le médicament est assez longtemps en contact avec le caoutchouc du tube pour perdre 25 à 50 % de son efficacité, d'où l'explication de divers insuccès, jusqu'alors incompréhensibles, de la pénicillithérapie par goutte à goutte. D'après **Stammers**, le caoutchouc synthétique inactiverait complètement la pénicilline en moins de deux heures, alors que le caoutchouc naturel serait inoffensif. (*Médecine et Hygiène*, 15 *décembre* 1945.)

G. F.


LYSATS VACCINS
DU
DOCTEUR DUCHON
BRONCHO
VACLYDUN
INFECTIONS BRONCHO PULMONAIRES
CONGESTIONS PULMONAIRES
BRONCHO PNEUMONIES
COMPLICATIONS PULMONAIRES
POST OPÉRATOIRES
LYSAT VACCIN INJECTABLE
Laboratoires Corbière
27, Rue Desrenaudes, Paris

PARTIE PROFESSIONNELLE

PROPOS DU JOUR

LE XIXe SIÈCLE A VU L'APOGÉE DE LA MÉDECINE FRANÇAISE.
DES CAUSES DE SON FLÉCHISSEMENT AU XXe SIÈCLE.

LA médecine française a atteint son apogée au XIXe siècle. Ce fut la période d'inauguration des recherches scientifiques avec BICHAT, LAENNEC, plus tard avec MAGENDIE et CLAUDE BERNARD, puis PASTEUR et son école, MAREY et tant d'autres. La clinique était exclusivement française. La chirurgie était brillamment représentée par DUPUYTREN, PEAN et quand les découvertes de PASTEUR eurent révolutionné les méthodes, par LUCAS-CHAMPIONNIÈRE et TERRIER. D'où vient que la médecine française ait subi une éclipse au XXe siècle ?

Les sciences médicales pendant tout le XIXe siècle étaient à la période que nous désignerons par *période artisanale* ; ce qualificatif que nous adopterons à défaut d'autres, peint exactement notre pensée. Les laboratoires à cette époque étaient improvisés et pourvus d'un appareillage sommaire. Les administrations de qui ils dépendaient n'étaient pas convaincues de leur utilité. MAGENDIE, eut toutes les peines du monde à obtenir « la tanière obscure et humide du Collège de France. selon les termes de PAUL BERT, qui fut pendant longtemps le seul laboratoire de vivisection de France ». La direction de l'enseignement donnait une faible importance aux expériences de physiologie. « Lorsque j'étais préparateur de MAGENDIE, écrit Cl. BERNARD, lui-même, je pus être témoin de toutes les tracasseries que lui suscita l'administration. » Il en était de même plus tard de PASTEUR. Quand l'illustre savant était à l'Université de Strasbourg l'allocation faite à son laboratoire était de 1.200 fr. En 1857 quand il fut nommé sous-directeur des Etudes Scientifiques à l'Ecole Normale Supérieure, il ne fut pas mieux partagé, on lui attribua une soupente pour laboratoire (1). Plus tard quand il commença à appliquer le traitement de la rage on lui construisit un laboratoire constitué de baraquements en planches, rue Vauquelin, avec des cages, un poulailler, des niches adossées à la cloison lézardée. En 1857, PASTEUR se fait le défenseur des laboratoires. Dans un article sur le *Budget de la science* que refusa d'insérer LE MONITEUR, organe officieux du gouvernement, il disait, en parlant des laboratoires : « Ce seront les temples de l'avenir, de la richesse, du bien-être. C'est là que l'humanité grandit, se fortifie et devient meilleure. » Il fallut une intervention personnelle de l'Empereur pour obtenir l'insertion de l'article. ,

On objectera comment les savants purent faire les plus belles découvertes avec des moyens aussi réduits ? C'est qu'ils suppléèrent par leur ingéniosité à la pénurie des moyens mis à leur disposition. Nul doute qu'ils auraient poussé plus avant leurs recherches et leurs découvertes si on avait donné satisfaction à leurs récriminations.

(1) Claude Bernard obtint de l'Académie des Sciences, pour Pasteur à cette époque, le Prix de Physiologie expérimentale, pour ses travaux sur les fermentations.

AU XXe siècle la *période industrielle* succède à la période artisanale. Le laboratoire est devenu une usine. Nous avons quelques rares exemples en France ; ce sont l'Institut Pasteur et l'Institut du Cancer de Villejuif.

Le triomphe de la clinique était révolu avec POTAIN et J.-M. CHARCOT, deux grands noms de la médecine française qui, depuis, n'eurent pas d'égaux.

Les progrès de la technique furent tels qu'on changea de méthode pour l'examen et le traitement des malades. Le travail des médecins se fit en équipes et on fit intervenir pour l'examen des malades de nombreux spécialistes et des analyses de laboratoire. Tout cela nécessita un outillage spécial et des frais considérables, que la France ne voulait pas ou ne pouvait pas faire. Les médecins français ou du moins parisiens ne les demandaient pas d'ailleurs. Chaque chef de service se contentait de son laboratoire exigu avec des subventions de quelques milliers de francs pour aider ses élèves. Alors qu'on aurait pu faire un laboratoire modèle et outillé suffisamment pour chaque grand hôpital en additionnant cette poussière de subventions, les chefs de service s'y opposèrent toujours. Les mauvaises langues prétendirent qu'en augmentant judicieusement de quelques milliers de francs les subventions des petits laboratoires privés, un directeur de l'Assistance Publique de Paris s'assura un fauteuil à l'Académie de Médecine, pour laquelle ni ses travaux ni sa compétence ne le désignaient spécialement.

On avait beau proclamer : La médecine française est la première du monde ! ! Ce cri triomphal n'avait pas d'écho en dehors de nos frontières. Les étudiants et les malades étrangers ne se dirigeaient plus sur la France.

LA guerre, l'occupation, le gouvernement de Vichy sonnèrent le glas de la médecine française dont l'état n'était pas brillant depuis les premières années du XXe siècle. Les Etats-Unis d'Amérique avec leurs Universités somptueuses, avec leurs fondations richement outillées, attirent les médecins étrangers et même les médecins français qui veulent compléter leurs connaissances professionnelles.

Pour retrouver à Paris une partie de son prestige disparu, il nous faut changer nos méthodes, imiter l'Amérique dans une certaine mesure.

Nous n'égalerons pas la Fondation ROCKEFELLER et la clinique MAYO de ROCHESTER, mais en nous servant judicieusement des qualités que personne ne nous conteste, de clarté, de synthèse et de généralisation, et en faisant jouer le sentiment qui, à lui seul, est impuissant en pareille matière, nous parvindrons à suppléer, et non remplacer, les Etats-Unis d'Amérique.

C'est la tâche que doit réaliser l'A. D. R. M.

J. NOIR.

LE ROLE DU SYNDICAT EN MATIÈRE DE DÉONTOLOGIE

II. HOMOLOGATION DES CONTRATS (1)

Les Syndicats sont-ils fondés à inclure dans leurs statuts une clause obligeant leurs adhérents à communiquer au Conseil d'administration du Syndicat, avant signature, le texte de toute convention conclue par eux à l'occasion de leur exercice professionnel ?

Un bref historique est nécessaire pour préciser en quels termes se pose le problème.

Le Code de déontologie élaboré par le Conseil supérieur de l'Ordre des Médecins sous le Gouvernement de Vichy contenait un article 67 ainsi conçu :

« *Toute convention relative à des actes médicaux à accomplir au profit de collectivités ou d'établissements doit être homologuée par le Conseil de l'Ordre des Médecins. En conséquence, l'exécution des traités passés par des médecins, avec des collectivités ou des établissements, doit être subordonnée à la condition que ce traité recevra l'homologation requise dans un délai de six mois à dater de la promulgation de ce Code.* »

Alors que bon nombre de règles édictées par ce Code ont fait l'objet de sévères critiques, personne n'a cru pouvoir s'élever contre l'exigence ainsi manifestée par le Conseil supérieur

Sous le règne de l'Ordre modèle 1942, cet article 67 a été généralement observé. Par suite de la vitesse acquise, depuis la libération, les médecins ont également soumis aux organismes transitoires créés par l'ordonnance du 11 décembre 1944, les contrats qu'ils envisageaient de souscrire

Dans l'ordonnance du 24 septembre 1945 réorganisant la profession médicale, une série d'articles nous intéresse : *a)* L'article 67 ainsi conçu :

« *Les médecins... les personnes qui demandent leur inscription au tableau de l'Ordre des Médecins... devront communiquer au Conseil de l'Ordre intéressé les contrats ayant pour objet l'exercice de leur profession, et s'ils ne sont pas propriétaires de leur matériel et du local dans lequel ils exercent ou exerceront leur profession les contrats leur permettant l'usage du matériel et du local. Seront également communiqués les contrats transmettant sous conditions résolutoires la propriété du matériel et du local.*

Cette communication devra être faite pour les médecins... dans les trente jours du contrat ou de la constitution des Conseils départementaux prévus par la présente ordonnance.

Les personnes qui demandent leur inscription au tableau de l'Ordre des Médecins... l'annexeront à leur requête. Elles communiqueront sans délai les contrats visés aux alinéas 1er et 2e qu'elles auraient passés après leur demande d'inscription, mais avant ladite inscription.

Tous les contrats dont la communication est exigée devront être passés par écrit. Le manquement à cette obligation constituera une faute disciplinaire susceptible d'entraîner les sanctions prévues à l'article 36 ou de motiver le refus de l'inscription au tableau. »

b) L'article 68 :

« *L'absence de communication ou la communication mensongère exposera son auteur aux sanctions prévues à l'article 36. Le Conseil de l'Ordre pourra, d'autre part, refuser d'inscrire au tableau des candidats qui auront contracté des engagements incompatibles avec les règles de la profession ou susceptibles de priver le praticien de l'indépendance professionnelle nécessaire.* »

c) L'article 69 :

« *Les médecins... visés à l'alinéa 1er de l'article 67 pourront soumettre au Conseil de l'Ordre les projets visés aux alinéas 1er et 2e du même texte. Le Conseil de l'Ordre devra faire connaître ses observations dans le délai d'un mois.* »

De cette imposante citation, il résulte que l ordonnance semble avoir réservé formellement à l Ordre l'examen des contrats médicaux L'article 67 emploie même une expression singulièrement extensive : « *les contrats ayant pour objet l'exercice de la profession* », c'est-à-dire à n'en pas douter les contrats de présentation à clientèle, d'association entre médecins, d'assistance d'un médecin par un autre médecin, de remplacement, les contrats de médecine d'entreprise, les conventions avec les organismes mutualistes, etc. De mauvais esprits ont soutenu que la formule légale obligeait même tous les médecins à communiquer au Conseil de l'Ordre leurs baux à loyer, les contrats passés avec leurs infirmières, aides, etc., non médecins, et aussi, pourquoi pas, avec leurs domestiques... Ainsi, un mois après leur constitution, les Conseils départementaux seraient-ils enfouis sous une avalanche de paperasses Nous ne pensons pas qu'il faille aller si oin. Certes, le bail à loyer professionnel a pour objet 'exercice de la profession Mais le plus souvent il n'a pas que cet objet, il est mixte, c'est-à-dire également à usage d'habitation. Et par ailleurs, l'article 67 ajoute à la règle générale que nous commentons une précision importante : « et *s'ils ne sont pas propriétaires de leur matériel et du local dans lequel ils exercent ou exerceront, les contrats leur permettant l'usage du matériel et du local.* » Quand le contrat ne porte que sur l'usage soit du matériel, soit du local, il ne doit pas être communiqué. Ne sont sujets à communication que les contrats permettant à la fois l'usage du matériel *et* du local. Cette clause a pour but de déceler les contrats passés par certains médecins avec des organismes de soins, au service desquels le médecin devient un simple préposé dépendant moralement, techniquement et économiquement du locateur d'appareils, sans lequel il ne peut vivre. Quant aux contrats passés avec aides, domestiques, etc., ils n'ont pas pour objet l'exercice professionnel. Certes ils ont pour objet de le *faciliter*, mais ils ne le conditionnent pas. Aux termes « exercice de la profession » doit toujours être étroitement liée la notion « d'acte médical ». Ni l'aide, ni le domestique ne pratiquent l'acte médical. Ils lui sont totalement étrangers. Le contrat qui les unit au médecin n'ayant pas pour objet l'exercice professionnel ne doit donc pas être communiqué.

Il n'en demeure pas moins que l'Ordre a un pouvoir considérable d'investigation dans le domaine des contrats. Sa compétence est encore précisée par l'article 68 qui l'habilite à refuser d'inscrire au tableau « *les candidats qui auront contracté des engagements incompatibles avec les règles de la profession ou susceptibles de priver le praticien de l'indépendance professionnelle nécessaire.* » Si, en ce qui concerne le médecin déjà inscrit au tableau, seule l'absence de communication est réprimée par l'ordonnance, et si aucune disposition spéciale ne permet à l'Ordre d'user de peines disciplinaires contre celui qui a passé une convention critiquable, c'est que le redressement de tels manquements entrant tout naturellement dans la compétence disci-

(1) Voir *Concours Médical* du 31 Décembre 1945.

plinaire générale des Conseils de l'Ordre, la chose allait évidemment de soi.

Les prérogatives de l'Ordre ainsi définies, que peut-il bien rester dans ce domaine pour le Syndicat ? Ne faut-il pas conclure à son incompétence en matière d'homologation de contrats ? Pas le moins du monde. Si la loi a prévu formellement le contrôle de l'Ordre, elle ne lui en a pas réservé l'exclusivité. Ce contrôle ordinal ne peut et ne doit s'exercer que dans le cadre de la mission de l'Ordre : maintien des principes de moralité, observation des devoirs professionnels, défense de l'honneur et de l'indépendance de la profession. Mais le contrôle de la régularité des conventions peut et doit aussi être effectué sous l'angle de la défense des intérêts matériels, économiques de la profession : ressort par excellence du syndicat. Cet organisme est particulièrement compétent pour apprécier si et dans quelle mesure un contrat est orthodoxe, puisque dans la majorité des cas c'est le syndicat qui aura établi les conventions collectives et les contrats-types, c'est lui qui par discussion avec les diverses parties intéressées aura dégagé les lignes directrices à respecter, les points sur lesquels il est impossible de transiger.

En gros, l'on peut d'ailleurs admettre que tous les contrats « intérieurs à la profession », c'est-à-dire ne mettant en présence que des médecins, doivent être considérés comme ne relevant que du seul contrôle de l'Ordre : contrats de présentation à clientèle, de remplacement, d'assistance, etc. Par contre, les contrats « extérieurs à la profession », c'est-à-dire mettant en présence un médecin et un étranger à la profession (collectivité publique ou privée, chef d'entreprise, etc.), sans échapper au contrôle de l'Ordre puisque pouvant mettre en cause l'indépendance de la profession, doivent être soumis en premier lieu au contrôle syndical.

Ainsi est-on conduit à admettre pour cette seconde catégorie de contrats un double contrôle, à la fois ordinal et syndical, axé sur des préoccupations différentes, assorti de sanctions également différentes. Dans bien des cas, en effet, le contrôle syndical permettra de détecter des irrégularités qui auraient échappé à l'Ordre. Et le Syndicat après avoir frappé syndicalement le contrevenant, pourra, si la sanction n'est pas suffisamment efficace et si l'infraction relève également de la compétence de l'Ordre, déclencher de la part de l'Ordre des moyens de retorsion plus sérieux.

Prenons quelques exemples concrets :

Dans les contrats de médecine d'entreprise, incombe tout naturellement à l'Ordre le contrôle des clauses relatives à l'observation du secret professionnel vis-à-vis du chef d'entreprise, à l'interdiction de faire de la médecine de soins, à l'engagement de ne pas s'installer en fin de contrat à titre de médecin praticien pendant un temps et dans un rayon déterminés autour de l'entreprise, etc. Par contre le syndicat, à notre avis, peut valablement stipuler que tous les contrats passés par ses adhérents doivent lui être soumis afin de lui permettre de s'assurer que la rémunération du médecin correspond aux traitements minima fixés par le contrat-type, que la durée du délai-congé est suffisante, que sont correctes les stipulations relatives aux conditions de travail du médecin, à la durée de ses vacances, aux avantages à lui consentis en cas de maladie ou d'accident, etc. En gros, tout ce qui est du domaine matériel et économique relève de préférence du contrôle du syndicat, sans que pour cela l'Ordre se voit contraint d'abandonner la plénitude de compétence que la loi lui a attribuée.

Le Syndicat peut-il — comme le cas s'est produit déjà — aller jusqu'à stipuler que toute nomination aux fonctions de médecin d'entreprise à temps plein ou partiel devra obligatoirement être faite par lui, et que tout médecin passant outre à cette décision et traitant directement avec un chef d'entreprise sera exclu du syndicat ? Nous ne le pensons pas, car un tel « ukase » sort des limites du contrôle et porte une grave atteinte au libre choix, qui, dans ce domaine aussi, mérite bien le respect. Un syndicat n'a le droit, ni d'imposer un candidat au chef d'entreprise, ni même de le proposer à son choix. Certes, nous ne méconnaissons pas la valeur des arguments présentés pour justifier une nomination syndicale. Dans la région parisienne notamment, nous nous sommes laissé dire qu'il était pratiquement impossible à un jeune médecin sans appui de traiter de gré à gré avec le chef d'une entreprise moyenne pour un poste de médecin du travail. Certaines organisations dites inter-entreprises truste-raient, paraît-il, tous les postes en offrant aux patrons, à des conditions particulièrement avantageuses, les services à temps partiel d'un de leurs nombreux médecins, véritables sous-traitants de ces organisations d'allure commerciale. Il y aurait beaucoup à dire sur la qualité du recrutement ainsi fourni, sur le sérieux et la conscience avec lesquels ces « nègres » peuvent s'acquitter de leur mission, sur l'indépendance morale et technique dont ils peuvent jouir, tant vis-à-vis du patron que de l'organisme-inter qui pratiquement les emploie... Il n'en demeure pas moins que pour empêcher de tels abus le recours par les syndicats à la clause que nous critiquons vaut l'emploi du marteau-pilon pour écraser une mouche. Il existe d'autres armes contre les médecins qui se prêtent à de telles pratiques. Et les syndiqués, à bon escient, peuvent, à notre avis, secouer sur ce point le joug dictatorial qu'on veut leur imposer.

Dans les contrats liant corps médical et mutualité, le contrôle syndical est de toute évidence primordial, Chaque syndicat départemental des médecins aura, en effet, à cœur de passer au plus tôt avec les représentants des organisations mutualistes du ressort une convention-type, à laquelle les médecins auront intérêt et obligation à se référer. Chaque contrat individuel devra être examiné particulièrement sous l'angle de la tarification moyenne des honoraires, des possibilités de dépassement de l'honoraire moyen fixé, des modalités de paiement des honoraires, de la durée pour laquelle le contrat a été souscrit, etc... Il en est de même pour les contrats passés entre chirurgiens et organisations mutualistes qui, tout naturellement devront être conformes aux normes de la convention-type passée entre le Syndicat national des chirurgiens et la Fédération des caisses chirurgicales mutualistes.

Nous pourrions allonger la liste des cas dans lesquels il est souhaitable, et même nécessaire pour la défense des intérêts de la profession, que les médecins acceptent de bon cœur de soumettre leurs contrats au contrôle de leur syndicat.

Qui pourra se défendre d'un geste d'impatience à l'évocation de cet enchevêtrement de réglementations, de contrôles, de sanctions qui pèsent de plus en plus lourd sur les épaules du praticien ? Combien fragile

et menacée dans son caractère *libéral* apparaît cette profession médicale, travaillée non seulement de l'extérieur, mais de l'intérieur même, puisque les interventions d'autorités diverses s'y multiplient, on le voit, pour troubler le colloque singulier. L'asservissement des professions à des puissances non seulement étatiques ou administratives, mais professionnelles, n'est pas le seul fait de la médecine. Mais pour la médecine *libérale* plus que pour tout autre métier, pour le médecin plus individualiste que tout autre Français, cette domination paraît intolérable. La question est de savoir si, dans la conjoncture actuelle, il est possible de l'éviter. De plus en plus l'évolution politique, économique et sociale y pousse, et ce n'est pas d'hier. Dans ses essais REGARDS SUR LE MONDE ACTUEL, Paul Valéry, dès 1938, sous le titre évocateur « Fluctuations sur la liberté », soupirait déjà : *Il faudra bientôt construire des cloîtres rigoureusement isolés, où ni les ondes, ni les feuilles n'entreront ; dans lesquels l'ignorance de toute politique sera préservée et cultivée. On y méprisera la vitesse, le nombre, les effets de masse, de surprise, de contraste, de répétition, de nouveauté et de crédulité. C'est là, qu'à certains jours on ira, à travers les grilles, considérer quelques spécimens* d'hommes libres. »

P. DOURIEZ.

CHRONIQUE FISCALE

L'IMPOT DE SOLIDARITÉ NATIONALE

par S. MARTINOT et L. PARODI, Conseillers Fiscaux.

L'impôt de solidarité nationale institué par l'ordonnance n° 45.1820 du 15 août 1945 est un impôt sur le capital qui doit atteindre les biens existant en France à la date du 4 juin 1945, époque à laquelle l'échange des billets de banque a obligé une importante fraction de la partie anonyme des fortunes à se révéler. Il est comparable à l'impôt de mutation, mais au lieu de frapper les fortunes à la mort de leur propriétaire, il les frappe à la date du 4 juin 1945.

Il en résulte que ne seront atteints par le nouvel impôt que les biens qui le seraient par l'impôt de succession, et que les biens qui échappent à celui-ci (par exemple les immeubles sis à l'étranger) échapperont également à celui-là. Il faut donc déterminer la consistance du patrimoine taxable.

Ce patrimoine, ainsi que sa valeur au 4 juin 1945, étant déterminés, l'impôt frappera celui-ci deux fois :

— une première fois sur la totalité, tel qu'il existait au 4 juin 1945 au moyen du prélèvement sur les patrimoines ;

— une deuxième fois, sur sa fraction correspondant à son augmentation pendant la période de guerre, c'est-à-dire sur les éléments nouveaux dont il s'est enrichi entre le 1er janvier 1940 et le 4 juin 1945, au moyen de la contribution sur l'enrichissement.

La déclaration n'est exigée que si l'ensemble des patrimoines ancien et nouveau a une valeur supérieure à 200.000 fr., ou si l'enrichissement dépasse 50.000 francs.

Pour les contribuables mariés, qui doivent faire une déclaration unique pour leurs patrimoines confondus (sauf pour ceux mariés sous le régime de séparation de biens lorsque les époux vivent séparément et ont souscrit une déclaration distincte pour l'impôt général), ces limites sont portées respectivement à 400.000 et 100.000 francs.

La déclaration doit être déposée dans un délai de six mois à dater de la publication de l'ordonnance, c'est-à-dire le 17 février 1946 au plus tard. Celle-ci doit être rédigée en double exemplaire pour les déclarants dont le patrimoine est supérieur à 500.000 francs. Les formules de déclaration se trouvent au bureau de l'enregistrement où elles devront être remises après rédaction et signature. Si un contribuable décède avant d'avoir fait sa déclaration, le délai est de six mois à dater du jour du décès. Les héritiers légataires ou donataires et la veuve s'il était marié, sont solidairement tenus de souscrire cette déclaration.

PRELEVEMENT SUR LE PATRIMOINE

Pour déterminer l'actif au 4 juin 1945, nous conseillons au contribuable de demander le relevé de ses comptes de banques, chèques postaux, Caisse d'épargne au 1er janvier 1940 (renseignements utiles pour la contribution sur l'enrichissement) et au 4 juin 1945, ainsi que le relevé des valeurs mobilières estimées au cours du 4 juin 1945, si elles font l'objet d'un dépôt dans un établissement bancaire ; sinon c'est au contribuable lui-même de l'établir.

Les billets de banque sont retenus pour leur valeur.

Les billets étrangers pour la valeur résultant du cours des changes au 4 juin 1945.

Les titres de capitalisation ou d'épargne sont retenus pour leur valeur de rachat au 4 juin 1945 (les redevables pourront connaître cette valeur d'après les indications de leur police où auprès des organismes chez lesquels ils les ont souscrits). Les assurances sur la vie doivent faire l'objet d'une déclaration estimative basée sur les primes versées jusqu'au 4 juin 1945, chaque prime étant préalablement multipliée par un coefficient variable suivant l'échéance et suivant la durée totale du paiement des primes prévue au contrat, et dont la quotité est indiquée dans l'arrêté du 20 septembre 1945.

En ce qui concerne les immeubles, leur estimation doit être faite comme en matière de succession, c'est-à-dire à leur valeur vénale au 4 juin 1945. Il y a lieu de tenir compte non seulement de leur valeur intrinsèque calculée d'après le coût de revient actuel, sous déduction de la vétusté, mais surtout, lorsque l'immeuble est loué, de sa valeur de rendement, c'est-à-dire par la capitalisation à un taux raisonnable des revenus bruts dont il est productif. Lorsque l'immeuble est occupé par son propriétaire, le revenu servant de base au calcul sera déterminé par comparaison avec celui de propriétés similaires. Pour les meubles meublants (mobilier personnel et professionnel), ainsi que l'appareillage (instruments, appareils, automobile, moto, etc...), il y a lieu de tenir compte des valeurs mentionnées sur les polices d'assurances dans les proportions suivantes :

120 % de cette valeur si les contrats ou avenants sont antérieurs au 1er janvier 1941 ;

60 % de cette valeur si les contrats ou avenants sont postérieurs au 31 décembre 1940.

La valeur de la clientèle médicale ne doit pas être mentionnée dans l'actif du contribuable et ***nous insistons particulièrement sur ce point, celle-ci*** *n'étant pas légalement cessible.*

Les cliniques médicales constituent des exploitations commerciales qui doivent être évaluées comme les fonds de commerce.

La déclaration doit donc indiquer séparément la valeur des éléments incorporels (clientèle, droit au bail, etc...) et des éléments corporels (installation, meubles de toute nature, lingerie, matériels de cuisine, de salle d'opération, de traitement), ainsi que les approvisionnements (objets de pansement, produits pharmaceutiques, provisions alimentaires, de nettoyage et de chauffage). C'est la valeur réelle au 4 juin 1945 de tous ces éléments qui doit être déclarée et non pas en ce qui concerne les biens corporels leurs valeurs assurées.

Le taux du prélèvement est fixé à :

3 % pour la fraction de valeur taxable inférieure ou égale à 500.000 francs ;

4 % pour la fraction de valeur taxable comprise entre 500.000 et 2.000.000 francs ;

5 % pour la fraction de valeur comprise entre 2.000.000 et 5.000.000 francs ;

7,5 % pour la fraction de valeur taxable comprise entre 5.000.000 et 10.000.000 francs ;

10 % pour la fraction de valeur taxable comprise entre 10.000.000 et 25.000.000 francs ;

12,5 % pour la fraction de valeur taxable comprise entre 25.000.000 et 75.000.000 francs ;

15 % pour la fraction de valeur taxable comprise entre 75.000.000 et 150.000.000 francs, etc...

L'abattement général s'élève à 200.000 francs et est majoré de :

25.000 pour le premier enfant ; 50.000 pour le deuxième enfant ; 100.000 pour chacun des suivants ; pour les enfants à charge ces majorations d'abattement sont doublées.

Les abattements précités sont : 1° appliqués à chacun des contribuables mariés ; 2° doublés pour les veufs ou veuves non remariées et pour les femmes célibataires ; 3° quadruplés pour les veufs ou veuves non remariées de militaires ou civils morts pour la France.

Le paiement du prélèvement sur le patrimoine se fera en quatre fractions égales : la première un mois après réception de l'avis d'imposition ; les seconde, troisième et quatrième : les 17 février 1947, 1948 et 1949.

Pour les contribuables âgés de plus de soixante ans, et dont le patrimoine a une valeur nette inférieure à 500.000 francs, s'ils ne sont pas passibles de la contribution sur l'enrichissement et s'ils donnent des garanties suffisantes, le paiement de l'impôt de solidarité peut être reporté après leur décès. Un escompte de 10 % est accordé à ces personnes lorsqu'elles ne demandent pas le bénéfice de ces prorogations.

CONTRIBUTION SUR L'ENRICHISSEMENT

La contribution sur l'enrichissement porte sur la valeur des éléments nouveaux, c'est-à-dire de ceux qui, existant au 4 juin 1945, ne peuvent être classés comme éléments anciens parce qu'ils n'existaient pas au 1er janvier 1940, ou qui ne peuvent y être assimilés dans les conditions prévues par l'ordonnance, ou, encore, parce que le contribuable ne peut justifier dans les formes légales de leur possession au 1er janvier 1940. Parmi les éléments anciens figurent donc les biens qui existaient déjà au 1er janvier 1940 en pleine propriété, en nue propriété, ou en usufruit, ceux que le contribuable a reçus depuis cette même date par donation ou don manuel ayant supporté le droit de mutation et enfin ceux qu'il a acquis en premier emploi ou en premier remploi des biens susvisés qui auraient été aliénés depuis le 1er janvier 1940.

Tous les autres éléments du patrimoine constituent les éléments nouveaux passibles de la taxe d'enrichissement.

Comme dans de nombreux cas, le contribuable se trouve dans l'impossibilité de justifier l'importance de son avoir au 1er janvier 1940, soit en ce qui concerne les liquidités (espèces ,bons du trésor à court terme) ou les valeurs mobilières, l'ordonnance a prévu deux forfaits dont le montant est à déduire de la valeur des éléments nouveaux déclarés :

a) pour le numéraire, effets publics du trésor à échéance de trois ans au plus, une somme égale au revenu global net effectivement déclaré par lui pour l'assiette de l'impôt général sur le revenu dû, soit en 1939, soit en 1940 (correspondant aux sommes encaissées en 1938 et 1939) augmentée s'il y a lieu des allocations et pensions exonérées de cet impôt en vertu de l'article 61 du Code Général des impôts directs. En toute hypothèse, une somme minima de 50.000 francs sera déduite, même si le revenu de l'une ou l'autre des années prises en considération n'atteint pas cette somme ;

b) pour les valeurs mobilières autres que les bons du Trésor et Emprunts 4 % 1925 ;

— Si le contribuable a été passible de l'impôt général sur le revenu en 1939 ou 1940, le forfait sera égal à trente fois les sommes déclarées par lui comme ayant été encaissées soit en 1938, soit en 1939 à titre de produit de ses valeurs mobilières (dividendes et intérêts d'actions et de parts, remboursements d'actions ou de parts, intérêts d'obligations, lots et primes de remboursement, etc., etc...) ;

— Si le contribuable n'a pas été passible de l'impôt général sur le revenu en 1939 ou 1940, le forfait sera égal à trente fois le montant des produits des valeurs de cette nature qu'il a encaissées soit en 1938, soit en 1939.

La preuve des encaissements se fera essentiellement, semble-t-il, grâce au relevé de coupons institué par le décret-loi du 8 juillet 1937.

Du montant de l'enrichissement, le contribuable peut obtenir la déduction :

1° Du montant des réalisations effectuées depuis le 1er janvier 1940 d'éléments anciens et qui n'ont pas été remployés ;

2° D'une somme égale à la moitié des revenus nets qu'il a déclarés pour l'assiette de l'impôt général sur le revenu dû au titre des années 1941, 1942, 1943, 1944 et 1945.

Sur l'enrichissement ainsi déterminé, le contribuable a droit à un abattement de 50.000 francs (100.000 francs pour les contribuables mariés faisant l'objet d'une déclaration globale).

L'enrichissement imposable est soumis à la taxe :

1° Au taux de 5 % pour la fraction égale ou inférieure à 150.000 francs ;

2° Au taux de 10 % pour la fraction comprise entre 150.000 et 300.000 francs ;

3° Au taux de 20 % pour la fraction comprise entre 300.000 et 500.000 francs ;

4° Au taux de 25 % pour la fraction comprise entre 500.000 et un million de francs ;

5° Au taux de 40 % pour la fraction comprise entre un million et deux millions de francs ;

6° Au taux de 60 % pour la fraction comprise entre deux millions et trois millions de francs, etc... etc...

Le paiement se fera en deux fractions égales aux mêmes dates que la première et deuxième fractions du prélèvement sur le patrimoine.

UNE GRAVE ATTEINTE AU LIBRE CHOIX

Une note, parue dans un journal local, informe le public qu'un régime de suralimentation spécial va être instauré, en faveur des tuberculeux civils, par le Ministre du Ravitaillement. C'est bien. Mais cette même note ajoute : « Seuls pourront prétendre à ce régime les tuberculeux civils pris en charge par le Dispensaire départemental d'Hygiène Sociale. » Et cette petite addition me laisse rêveur,

C'est-à-dire qu'elle fait naître, en mon esprit, un certain nombre d'images incoordonnées et diverses pareilles aux images de nos rêves, et dont vous me permettrez de citer quelques-unes, en decrescendo.

Bibliques :

« Et les convives s'avancèrent dans la salle du festin, revêtus de la robe nuptiale, et ceux qui n'avaient pas revêtu la robe nuptiale furent rejetés dans les ténèbres extérieures, là où il y a des pleurs et des grincements de dents... »

Militaires :

« Rassemblement, scrongneugneu, et en rang ! vous foutrai dedans, moi, si vous essayez de couper à l'inspection... »

Impudiques :

« Viens chez moi, mon chéri, y a du feu... et l'on touche quinze grammes de plus... »

Ainsi donc la médecine officielle de la tuberculose, ayant vu consacrer son monopole, endosse l'uniforme, parle haut, et bat du tambour. Entrez, entrez, Mesdames et Messieurs, c'est ici qu'on vous montre la lune, et le Monsieur d'à côté n'y connaît absolument rien. Vous le voyez bien d'ailleurs, c'est à nous que l'Etat réserve le droit de vous donner votre pitance. Entrez, entrez, vous toucherez une surprime et par dessus le marché le spectacle est gratuit.

Pauvres de nous, qui avons cru naguère à la médecine, profession libérale, et nous sommes imaginé que notre diplôme avait quelque valeur.

Pauvres malades, qui nous témoignent encore, et malgré tout, leur confiance.

Pauvre pays, qui brise ce ressort magnifique qui fit sa grandeur passée, et qui s'appelait la liberté...

Serions-nous désormais de la race des esclaves ?

Dr Le Droumaguet (Nevers)

Note. — *Nous n'entendons pas nous borner à l'insertion platonique de ce cri d'alarme.*

Un confrère parisien nous a confirmé à son tour l'information dont fait état notre confrère Le Droumaguet. Ceux de nos lecteurs dont un client tuberculeux se serait heurté, pour l'obtention d'un régime de suralimentation, à un refus motivé par le fait qu'il ne se fait pas soigner par un dispensaire départemental, voudront bien nous informer du cas précis avec toutes explications utiles. Nous nous efforcerons, à l'amiable, de créer dans les services du ravitaillement une meilleure conception des droits du citoyen français et de la liberté de la médecine. Au cas où nous échouerions, le Sou Médical *se ferait certainement un devoir de déférer au Conseil d'Etat, pour excès de pouvoir, la décision du Ministre du Ravitaillement.*

DOCUMENTATION PROFESSIONNELLE
ASSURANCES SOCIALES

Décret n° 45-0179 du 29 décembre 1945 portant règlement d'administration publique pour l'application de l'ordonnance du 19 octobre 1945 fixant le régime des Assurances Sociales applicable aux assurés des professions non agricoles. (Extraits)

(*Suite*) (1)

CHAPITRE II. — *Contrôle des malades*

. . . . . .

b) Contrôle médical.

Art. 16. — Les caisses régionales de sécurité sociale organisent le contrôle médical pour l'ensemble des caisses primaires de la région.

Sans préjudice des dispositions de l'article 33 de l'ordonnance du 19 octobre 1945, le contrôle médical porte sur l'appréciation faite par le médecin traitant de l'état de santé de l'assuré et de sa capacité de travail, sur la constatation des abus en matière de soins, ainsi que sur la prévention de l'invalidité et la possibilité de réadaptation professionnelle.

Art. 17. — Dans chaque région, la direction du contrôle médical est confiée, par le conseil d'administration de la caisse régionale de sécurité sociale, à un médecin-conseil régional nommé par lui et agréé par la section du contrôle médical du comité technique d'action sanitaire et sociale.

Art. 18, § 1er. — Le contrôle médical est effectué par des médecin-conseils nommés par le conseil d'administration de la caisse régionale, sur proposition du médecin-conseil régional sous l'autorité duquel ils exercent leurs fonctions.

Les médecins-conseils sont obligatoirement choisis sur une liste d'aptitude établie et tenue à jour par la section du contrôle médical du comité technique d'action sanitaire et sociale. Les conditions d'inscription sur cette liste d'aptitude sont fixées par arrêté du ministre du Travail et du ministre de la Population.

§ 2. — Pour l'exercice du contrôle médical, les caisses régionales de sécurité sociale font appel, en outre, à titre d'experts, à des médecins consultants dont la liste est dressée, dans chaque région, par une commission et agréés par la section du contrôle médical du comité technique d'action sanitaire et sociale.

La composition de la commission régionale est fixée par arrêté du ministre du Travail et du ministre de la Population.

. . . . . .

Art. 20. — Un arrêté du ministre du Travail pris sur avis conforme de la section du contrôle médical du comité technique d'action sanitaire et sociale, fixe le statut des médecins-conseils et des chirurgiens dentistes conseils. Il détermine notamment les conditions de rémunération, d'avancement, de congé, de perfectionnement de ceux-ci, ainsi que les mesures disciplinaires dont ils pourraient, le cas échéant, être l'objet.

Le même arrêté fixe les conditions de rémunération des médecins et chirurgiens dentistes consultants.

Art. 21. — Le conseil d'administration de la caisse régionale de sécurité sociale fixe, sur la proposition du médecin-conseil régional, l'ensemble des règles applicables au fonctionnement du contrôle médical dans la région.

(1) Cfr *Concours Médical*, 20 janvier 1946, page 54.

Art. 22. — Le contrôle médical est exercé soit à la demande de la caisse intéressée, à laquelle le médecin-conseil est tenu de déférer sans délai, soit sur l'initiative du médecin-conseil, à la disposition duquel la caisse doit tenir tous les éléments nécessaires.

Art. 23. — Le médecin-conseil ne peut s'immiscer dans les rapports du malade et du médecin traitant ; il doit s'abstenir de formuler devant le malade un diagnostic ou une appréciation sur le traitement.

Toutes les fois qu'il le juge utile dans l'intérêt du malade ou du contrôle, le médecin-conseil doit entrer en rapport avec le médecin traitant, toutes les précautions étant prises pour que le secret professionnel soit respecté.

Les dispositions du présent article ne font pas obstacle à l'application des dispositions de l'article 33 de l'ordonnance du 19 octobre 1945.

Art. 24. — Conformément aux dispositions de l'article 378 du code pénal, les agents des caisses de sécurité sociale sont, le cas échéant, astreints au secret professionnel.

Art. 25. — Sauf dans les départements où des dispositions contraires ont été arrêtées conformément aux dispositions de l'article 87 de l'ordonnance du 19 octobre 1945, les assurés bénéficiaires des lois d'assistance sont soumis au contrôle médical des caisses primaires de sécurité sociale au même titre que les autres assurés.

La déclaration de la première constatation médicale de la maladie doit être adressée par le praticien traitant à la mairie de la résidence de l'assuré assisté pour être transmise à la caisse primaire de sécurité sociale et au service départemental d'assistance, selon les modalités fixées dans chaque département, d'accord entre les services intéressés et les syndicats de praticiens.

En cas d'interruption de travail, les assurés assistés sont tenus à l'accomplissement des mêmes formalités que les autres assurés.

Les caisses de sécurité sociale et les services départementaux d'assistance doivent se tenir réciproquement au courant des abus constatés.

Art. 26. — Les caisses doivent éviter que l'exercice de leur contrôle n'ait pour conséquence d'occasionner une perte de salaire pour l'assuré. Si la maladie entraîne la cessation de travail, le contrôle peut être effectué aux lieux de visite fixés par la caisse quand l'assuré n'est pas dans l'incapacité physique de se déplacer.

Les caisses remboursent aux assurés, dans la limite d'un tarif fixé par arrêté du ministre du Travail, les frais qui résultent pour eux de l'exercice du contrôle médical et, éventuellement, la perte de salaire subie par eux à cette occasion.

Chapitre III. — *Assurance-maladie*

Art. 27. — La commission prévue par l'article 22 de l'ordonnance du 19 octobre 1945 pour la délivrance des appareils de prothèse dentaire comprend :

1° Un membre désigné par le conseil d'administration de la caisse intéressée ;

2° Un médecin désigné par le ou les syndicats médicaux ;

3° Un chirurgien dentiste désigné par le ou les syndicats de chirurgiens dentistes.

La demande de l'assuré tendant à la délivrance des appareils de prothèse dentaire est transmise par la caisse primaire de sécurité sociale, dans les cinq jours de sa réception, à la commission qui statue dans le délai de vingt jours.

Les décisions de la commission de prothèse dentaire ne sont pas susceptibles d'appel.

Art. 28. — L'indemnité journalière ne peut, pour une même maladie, être attribuée postérieurement à l'expiration du délai de six mois de soins prévu à l'article 34 de l'ordonnance du 19 octobre 1945.

. . . . . .

Art 36. — L'examen de santé gratuit prévu par l'article 31 de l'ordonnance du 19 octobre 1945 doit être pratiqué à certaines périodes de la vie, déterminées par un arrêté du ministre du Travail et du ministre de la Population.

Ledit arrêté fixe également la nature de cet examen et les modalités selon lesquelles il est effectué, compte tenu des examens médicaux auxquels les intéressés sont tenus de se soumettre en application de dispositions légales ou réglementaires autres que celles relatives aux assurances sociales et des examens préventifs auxquels ils se soumettent, volontairement.

Les caisses de sécurité sociale se mettront en rapport, dans chaque région, avec la commission prévue à l'article 10 (3e alinéa) de l'ordonnance du 4 octobre 1945 portant organisation de la sécurité sociale, en vue de prendre toutes mesures de coordination destinées à éviter que les intéressés ne subissent plusieurs fois des examens de santé identiques aux mêmes périodes de la vie.

Chapitre IV. — *Assurance de la longue maladie*

Art. 37. — Tout assuré ou membre de la famille de l'assuré doit, s'il le demande, faire l'objet de l'examen spécial prévu à l'article 33 de l'ordonnance du 19 octobre 1945.

Si aucune demande n'a été faite par l'assuré, la caisse primaire de sécurité sociale doit, avant la fin du troisième mois de maladie, inviter le médecin-conseil des assurances sociales à prendre toutes dispositions utiles en vue de faire procéder à cet examen.

Art. 38. — Le règlement intérieur de la caisse primaire de sécurité sociale fixe les conditions dans lesquelles ont lieu l'examen spécial et l'expertise prévus à l'article 33 de l'ordonnance du 19 octobre 1945.

Il détermine les modalités selon lesquelles le conseil d'administration de la caisse ou le comité délégué par ledit conseil statue sur la nature et la durée des prestations à accorder à chaque assuré admis au bénéfice de l'assurance de longue maladie.

Il indique les horaires des visites et contrôles auxquels doivent se soumettre les assurés, sous peine d'encourir les sanctions qu'il fixera et qui peuvent aller jusqu'à la suppression des prestations tant en nature qu'en espèces afférentes à la période pendant laquelle le refus d'examen aura rendu le contrôle de la caisse impossible.

Il y a refus d'examen si l'assuré ne répond pas à la convocation par lettre recommandée du médecin-conseil ou s'il s'oppose à la visite de ce dernier.

Art 39. — En vue de statuer sur les prestations dont les assurés doivent bénéficier en cas de longue maladie, le conseil d'administration de la caisse primaire de sécurité sociale ou le comité délégué par ce conseil se réunit au moins deux fois par mois.

Le comité est composé d'administrateurs soit de la caisse, soit d'une des sections de la caisse. Ceux-ci doivent être au moins au nombre de trois.

Art. 40. — La décision de la caisse statuant sur les prestations de l'assurance de longue maladie est notifiée à l'assuré par lettre recommandée avec demande d'avis de réception. Une copie de cette décision est adressée au médecin traitant.

Dans le cas où le bénéfice de l'assurance de longue maladie est demandé par l'assuré, la caisse

Micelliode

IODE COLLOIDAL MICELLAIRE ÉLECTRO-POSITIF

Toutes les Indications de l'IODE, SANS IODISME POSSIBLE

GOUTTES

Laboratoires de l'HÉPATROL _ 4 Rue Platon . PARIS (XVe)

FRANCALCIUM

ACETYLGLYCOCOLLATE DE CALCIUM



AMPOULES INJECTABLES I-V ET I-M — COMPRIMÉS — SOLUTION BUVABLE

LABORATOIRES DU MYORAL
3, RUE S'-ROCH, PARIS



OXYURYL

VIOLET DE GENTIANE

Laboratoires A. MARIANI, 10, rue de Charles-NEUILLY-PARIS

GASTRHÉMA

Anémies — Anorexie
Hémogénie — Hypopepsie

GASTRHÉMA

Asthénie — 1 à 3 ampoulés buvables par jour
Méthode de Castle — 17, Av. de Villiers, Paris-17e

GASTRHÉMA

FRÉNASMA

Asthme • Emphysème
Bronchites chroniques

FRÉNASMA

Médication préventive des crises — 3 à 4 comprimés par jour
17, Av. de Villiers - PARIS-17e

FRÉNASMA

est tenue de répondre dans le délai d'un mois à compter de la date de réception de la demande. Le défaut de réponse dans ce délai vaut décision de rejet et ouvre droit au recours de l'assuré.

Art. 41. — La commission prévue à l'article 37 de l'ordonnance du 19 octobre 1945, chargée de donner un avis à la caisse en cas d'affection tuberculeuse, comprend :

Le médecin phtisiologue départemental ou un spécialiste désigné par lui ou, à défaut, un représentant de l'autorité sanitaire habilité à cet effet ;

Un médecin-conseil des assurances sociales désigné par le médecin-conseil régional.

Le médecin de l'entreprise dans laquelle travaillait l'assuré, lorsque cette entreprise possède un service médical, et le médecin traitant désigné par l'assuré peuvent assister aux séances de la commission avec voix consultative.

Art. 42. — Le service des prestations peut être suspendu mais non supprimé tant que l'amélioration de l'état de santé de l'intéressé ne peut être, du point de vue médical, présumée consolidée. Il est repris si l'assuré se trouve à nouveau atteint de la même affection, dans le délai de trois ans prévu à l'article 37 de l'ordonnance du 19 octobre 1945.

Art. 43. — Les décisions du conseil d'administration de la caisse primaire de sécurité sociale ou du comité délégué par ledit conseil tendant à suspendre, réduire ou supprimer les prestations ou à prolonger la durée de leur service, en application de l'article 37 de l'ordonnance du 19 octobre 1945, sont prises après avis formulé par le médecin-conseil des assurances sociales, compte tenu de l'évolution de la maladie et, en cas d'affection tuberculeuse, après avis d'une commission composée comme il est prévu à l'article 41 ci-dessus.

Ces décisions sont notifiées à l'assuré par lettre recommandée avec demande d'avis de réception. Une copie est adressée au médecin traitant.

Art. 44. — L'allocation mensuelle prévue à l'article 35 de l'ordonnance du 19 octobre 1945 est égale à trente fois le montant de l'indemnité journalière.

Lorsque l'interruption de travail est d'une durée inférieure à un mois, l'assuré a droit à une allocation égale à autant de trentièmes de l'allocation mensuelle qu'il justifie de jours, ouvrables ou non, de repos de maladie.

. . . . . .

TITRE VII

DISPOSITIONS TRANSITOIRES

Art. 132. — § 1er. — Les fonctions des directions régionales de la sécurité sociale sont exercées transitoirement par les services régionaux des assurances sociales

§ 2. — Les fonctions du conseil supérieur de la sécurité sociale sont exercées transitoirement par le conseil supérieur des assurances sociales.

Art. 133. — § 1er. — Jusqu'au 1er juillet 1946, la gestion des risques maladie-maternité et longue maladie est assurée par les caisses primaires maladie-maternité.

Art. 134. — Jusqu'au 1er juillet 1946, les attributions des caisses régionales de sécurité sociale en ce qui concerne le contrôle médical et la conclusion de conventions soit avec les syndicats de praticiens, soit avec les établissements hospitaliers sont exercées par les Unions régionales.

Art. 135. — Le comité provisoire du contrôle médical ou l'organisme qui lui serait éventuellement

SILÉNAN
809 - SULFAMIDE CAMPHOSULFONIQUE
SOLUBLE - REMARQUABLEMENT TOLÉRÉ
Possède toutes les activités thérapeutiques du sulfamide, renforcées par la molécule camphre soluble qui lui confère une action tonique cardiaque, respiratoire et rénale.
ANTIBACTÉRIEN POLYVALENT
Exalte au maximum la capacité de défense de l'organisme
Comprimés: 2 Dosages: 0g .50 ou 0gr .25
Poudre : Très soluble dans l'eau
Tableaux de Traitements sur demande
Lab. S. COUDERC
9 et 9 bis, rue Borromée, PARIS-XVe
En Z. N. O. :
2, place Croix-Paquet, LYON

GLOBIRON
AMPOULES BUVABLES DE 5 CC
HÉMOPYLORE "S"
ORGANOMÉTALLIQUE
Anémies hypochromes
Chlorose
Carences martiales
LABORATOIRES ROGER BELLON
Louis FERRAND

substitué avant la mise en vigueur des dispositions de l'article 28 de l'ordonnance du 4 octobre 1945 exerce transitoirement les attributions de la section du contrôle médical du comité technique d'action sanitaire et sociale institué auprès du conseil supérieur de la sécurité sociale.

Art. 136. — Les dispositions du titre Ier du présent décret entreront en vigueur le 1er janvier 1946. Toutefois, jusqu'à une date qui sera fixée par décret rendu sur la proposition du ministre du Travail, les déclarations prévues aux articles 1er et 2 seront adressées au directeur régional de la sécurité sociale qui procédera à l'immatriculation et à l'affiliation des assurés.

Art. 137. — Tant que les tarifs prévus aux articles 10, 11 et 16 de l'ordonnance du 19 octobre 1945 ne seront pas établis conformément aux dispositions desdits articles, les honoraires dus aux praticiens et aux auxiliaires médicaux et les frais d'hospitalisation seront remboursés dans les conditions prévues par les dispositions en vigueur avant l'application du présent décret.

Art. 138. — Les dispositions de l'article 17 de l'ordonnance du 19 octobre 1945 entrent en vigueur à partir de la date à laquelle la Commission régionale prévue à cet article s'est prononcée pour chacun des établissements de la région et, au plus tard, à l'expiration du délai de six mois à compter de la publication du décret visé audit article.

Art. 139. — Jusqu'à la publication de la liste des spécialités pharmaceutiques agréées à l'usage des collectivités et des divers services publics, les médicaments spécialisés continuent d'être remboursés dans les conditions antérieurement applicables.

Toutefois, la réduction prévue à l'article 6, paragraphe 9 (1er alinéa), du décret du 28 octobre 1935 pour la part des frais excédant 25 francs par ordonnance est supprimée.

Le remboursement de certaines spécialités pourra être supprimé par arrêté du ministre du Travail.

Art. 141. — § 1er. — Les prestations de l'assurance-maladie afférentes à une période postérieure au 31 décembre 1945 servies aux assurés dont le droit s'est ouvert antérieurement à cette date sont celles que prévoit l'ordonnance du 19 octobre 1945.

Toutefois, les indemnités journalières sont calculées sur le salaire de la période de référence retenue antérieurement au 1er janvier 1946, sauf dans les cas prévus à l'article 30 du présent décret.

§ 2. — Les dispositions de l'assurance de longue maladie ne sont applicables qu'aux assurés dont la maladie a été médicalement constatée pour la première fois après le 31 décembre 1945.

Art. 153. — Les dispositions des articles 127 à 131 du présent décret entreront en vigueur le 1er juillet 1946. Jusqu'à cette date, les dispositions de l'article 36 du décret du 28 octobre 1935 modifié resteront provisoirement applicables et les membres assesseurs des commissions d'arrondissement désignés pour l'année 1945 demeureront en fonctions.

Art. 154. — Sont abrogées toutes dispositions contraires au présent décret, notamment les dispositions contraires du décret du 11 juillet 1939 portant règlement général d'administration publique pour l'application du décret du 28 octobre 1935 modifié.

(J. O., 30 Décembre 1945.)

PANTOPON ROCHE OPIUM TOTAL
SOMNIFÈNE ROCHE HYPNOTIQUE
SÉDOBROL ROCHE TRAITEMENT BROMURÉ
SÉDORMID ROCHE HYPNOGÈNE
VERONAL ROCHE ANALGÉSIQUE
PRODUITS "ROCHE" 52 RUE CAILLOU PARIS

Coryza — Rhinites
Sinusites
Obstruction nasale, etc.
BALSAMORHINOL
LABORATOIRE FIDÈS
14, rue de la Comète,
PARIS (7e)
Inflammations
de la Gorge, des Bronches
des Fosses nasales
INHALANTYL
Comprimés

ECHOS & COMMENTAIRES

Les Syndicats provinciaux et la Réforme des A.S.

A l'Assemblée générale de la Confédération, tenue les 5, 6 et 7 octobre dernier, la majorité des délégués avait voté l'ordre du jour balancé et nuancé présenté par le Bureau sur le projet de texte qui devait devenir l'ordonnance du 19 octobre 1945 réformant les A. S. Certes, deux conditions formelles avaient été posées : 1° application des lois médico-sociales françaises aux trois départements d'Alsace et de Lorraine ; 2° alignement de la cédule des médecins sur celle des traitements et salaires, le tout avant l'expiration d'un délai de six mois. Mais en gros, l'assemblée était prête à un essai loyal, à l'exception des délégués des Landes, de la Drôme, de la Somme, de la Haute-Vienne, du Calvados, du Cher et de la Seine, qui avaient voté contre, et de ceux des Deux-Sèvres de l'Orne et de la Vienne qui s'étaient abstenus.

Or, voici que le texte de l'Ordonnance a été publié ; que son règlement d'administration publique a paru ; que la convention-type a été communiquée à l'*Officiel*, et que, somme toute, le corps médical est maintenant au pied du mur. Faut-il, ne faut-il pas signer les conventions Syndicat-Caisses calquées sur la convention-type ? Chose digne d'être notée, une résistance se dessine, des répugnances s'expriment, et pas seulement dans les départements qui, à l'Assemblée, ont voté contre l'ordre du jour ou se sont abstenus.

Dans les Ardennes on se refuse à signer pour le moment, parce que les Caisses n'acceptent pas les tarifs minima proposés par les médecins, et l'on fait un referendum auprès du corps médical du département sur l'ordonnance du 19 octobre.

Dans le Loir-et-Cher on s'inquiète de savoir si la loi doit dès à présent être appliquée, ou si l'on peut gagner du temps.

En Seine-Inférieure, même préoccupation, assortie de critiques fort violentes contre le texte de la convention-type, qui évidemment présente des lacunes graves sur lesquelles nous reviendrons, mais lesquelles, nous tenons d'ores et déjà à l'indiquer, peuvent être comblées par les conventions syndicat-Caisses.

Enfin, la Somme, qui n'a jamais caché son hostilité à l'ordonnance du 19 octobre, paraît avoir entraîné les groupements syndicaux de la région du Nord (Nord, Pas-de-Calais, Aisne, etc.), dans une coalition dressée contre l'attitude de conciliation préconisée par la Confédération, soucieuse d'obtenir certains avantages politiques. Cette résistance va-t-elle encore gagner du terrain ? La chose est possible. En tout état de cause, le conseil que nous pouvons donner aux dirigeants syndicalistes est de ne surtout pas se lier pour une durée supérieure à six mois.

Les prochaines élections parisiennes

Les provinciaux s'étonnent de la place que tiennent dans nos colonnes et dans nos préoccupations les élections au Conseil départemental de la Seine. Il faut cependant que nous en parlions à nouveau, car les deuxièmes élections ont eu le même résultat pratique que les premières, et l'on prépare aujourd'hui

HYPERCHLORHYDRIE
TOUTES DOULEURS GASTRIQUES

GASTROSEDYL

GOUTTES

Le grand remède de toutes les
GASTRALGIES

COMPOSITION INCHANGÉE

Teinture Dausse de belladone.....	46
Teinture Dausse de jusquiame.....	20
Liqueur ammoniacale anisée.....	20
Bromure de Sodium.	13
Phosphate de codéine	

Antispasmodique certain

Régulateur de l'acide gastrique

Sédatif à effet immédiat

POSOLOGIE

10 à 30 gouttes dans un peu d'eau sucrée après les repas et au moment des douleurs

LABORATOIRES J. LANDRIER
— Coulange-sur-Yonne (YONNE) —

Pulmosérum

SOLUTION CODÉINÉE AU GAIACOL
ACIDE PHOSPHORIQUE

Expectorant
Anti-dyspnéique
Tonique général

AFFECTIONS des VOIES
RESPIRATOIRES

GRIPPE ET COMPLICATIONS

3 à 5 cuillerées à soupe par jour.

LABORATOIRES A. BAILLY
· SPEAB · 15, RUE DE ROME · PARIS 8e

les troisièmes. D'autre part, le cas parisien est plus typique que particulier. Les difficultés furent en effet plus nombreuses qu'on ne s'y attendait et l'on peut se demander s'il n'y aurait pas intérêt à « nationaliser » la procédure électorale expérimentée dans la Seine, lorsqu'elle aura donné satisfaction.

Rappelons que le Conseil provisoire démissionnaire s'est donné pour tâche au cours de sa réunion du 17 janvier de préparer dans des conditions meilleures que les précédentes la future consultation électorale qui aura lieu le 3 mars prochain.

L'idée essentielle a été d'allonger les délais de telle sorte que les candidats puissent officiellement se faire connaître tant de l'Administration que des électeurs.

Du 27 janvier au 9 février serait ouvert au Conseil départemental un registre pour l'inscription des candidatures, un contrôle serait effectué alors, portant sur l'éligibilité des candidats. Le 17 février la liste des candidats, comportant outre le nom et les prénoms, la date de thèse, l'adresse, et trois lignes d'auto-présentation préparées par le candidat, serait affichée au Conseil et adressée aux électeurs. La période électorale ainsi ouverte durerait quinze jours, pour se clôre le 3 mars par l'Assemblée générale ou s'effectuerait le dépouillement. Le bulletin devrait être rempli de la main du candidat.

Etant donné les prescriptions impératives de la loi, il n'a pas été possible de revenir au rythme, préférable à notre sens, de sections de vote et de donner une proportion fixe de sièges aux « patrons » aux « officiels » ou aux spécialistes.

Le Ministère de la Population aurait paraît-il également ses idées propres sur la question et se réserverait de les faire connaître ou de ratifier celles des autres... Mais, au fait, existe-t-il encore un Ministère de la Population ?

A PROPOS DES NOMINATIONS AUX COMMISSIONS ADMINISTRATIVES HOSPITALIÈRES.

Une ordonnance du 15 juin 1945 a inconsidérément modifié la législation hospitalière en donnant au Conseil départemental des médecins (organisme transitoire) la mission de proposer au préfet les noms des candidats aux fonctions de membres médecins des Commissions administratives hospitalières. Après la reconstitution des syndicats, pareille procédure était inadmissible. La Confédération l'avait clairement fait entendre au ministre de la Santé Publique qui, paraît-il, avait bien voulu se dire d'accord et envoyer aux préfets une circulaire reconnaissant compétence aux syndicats pour la présentation aux fonctions litigieuses.

De côtés et d'autres on nous signale que les préfets font obstacle à l'exécution de cette circulaire, les uns prétendant ne l'avoir pas reçue, les autres soutenant qu'ils n'ont pas à y obtempérer... La Confédération, à notre connaissance, est revenue à la charge auprès du ministre. Nous espérons que ses efforts seront couronnés de succès, car il faut bien tout de même admettre que les Conseils départementaux des médecins organismes essentiellement temporaires, *n'existant plus aujoud'hui*, il leur serait difficile de procéder aux présentations hospitalières.





TOUT DOCTEUR EN MÉDECINE N'EST PAS NÉCESSAIREMENT MÉDECIN.

Parmi les inappréciables bienfaits de la copieuse législation sur l'organisation professionnelle, il faut mettre à l'honneur la nouvelle et subtile définition du médecin que contient implicitement l'ordonnance du 24 septembre 1945 sur l'exercice et l'organisation de la profession de médecin.

L'article 67 distingue en effet « les médecins » d'une part, et « les personnes qui demandent leur inscription au tableau de l'Ordre des médecins » d'autre part. A première vue cette périphrase déconcerte, puis l'on songe qu'elle n'est pas dépourvue d'opportunité quand on se souvient de l'article 1er de l'Ordonnance : « Nul ne peut exercer la profession de médecin s'il n'est : 1° muni du diplôme d'Etat ; 2° citoyen ou sujet Français ; 3° inscrit à un tableau de l'Ordre ». Cette troisième condition non remplie par hypothèse dans le cas visé par l'article 67, permet à celui-ci d'opposer « médecin » et « personne non inscrite ».

Il y a donc maintenant une définition juridique du médecin, distincte de celle à laquelle le langage courant nous avait habitués, et beaucoup plus restrictive. N'est pas nécessairement médecin au sens strict du terme, tout docteur en médecine. Autrefois, les médecins avaient l'habitude de mettre sur leur plaque « X., docteur en médecine ». C'est maintenant « médecin » qu'il faudra afficher sous peine d'être à priori suspect d'exercice illégal...

Rappelons incidemment que pareille réforme a été apportée il y a maintenant près de trente ans au titre d'avocat, et bénissons une fois de plus le providentiel législateur qui, par touches successives, nous fait apprécier toutes les nuances du vocabulaire français.

CORRESPONDANCE

EXERCICE DE LA MÉDECINE

3621. — Exercice illégal de la profession d'infirmière.

Je serai très heureux d'avoir l'avis du *Concours Médical* au sujet de la lettre de la Croix-Rouge dont je vous joins sous le même pli la copie.

Sans nier l'excellence de l'intention ainsi manifestée, sans être opposé le moins du monde à la réalisation de cours spéciaux, je serai infiniment plus réticent sur la délivrance d'une *attestation spéciale*, qui me semble engager terriblement la responsabilité du médecin qui la délivrera :

1° Responsabilité devant la loi, en créant une sorte de sous-diplôme en concurrence avec les diplômes d'Etat exigés pour la profession d'infirmier ou d'infirmière ;

2° Responsabilité civile et même pénale en cas d'accidents toujours possibles, et pouvant donner lieu à poursuites et indemnités.

Les Secouristes de la Croix-Rouge dont ma femme et moi avons formé des équipes entières doivent à mon avis rester des secouristes, c'est-à-dire des personnes auxquelles ont été inculquées certaines notions théoriques et qui ont pu acquérir quelques connaissances pratiques leur permettant d'intervenir utilement en cas d'urgence, mais en cas d'urgence seulement, et dans des conditions exceptionnelles, et en attendant l'arrivée du médecin et ses décisions.

Vouloir créer un service de piqueurs et de piqueuses quasi-officiels semble devoir entraîner non seulement des complications avec le corps infirmier en exercice, mais aussi des responsabilités inattendues.

SARCOPTOL
LOTION (Formule d'avant-guerre) GALE - PARASITOSES DIVERSES PITYRIASIS - SÉBORRHÉES, etc. Flacons de 125 et 90 c.c.
POMMADE ECZÉMAS - PRURITS - ACNÉS - FURONCULOSES DÉMANGEAISONS - TOUTES DERMATOSES Tube de 45 c.c.
LASSA - 31, RUE CHARDON-LAGACHE - PARIS 16e
LABORATOIRES DE SPÉCIALITÉS S.A. LASSA

FOIE ET REIN DEFICIENTS
CHOPHYTOL
AMPOULES INJECTABLES
DRAGÉES . GOUTTES per os
Laboratoires ROSA 11 Rue Roger Bacon - PARIS 17e -

A l'heure actuelle, surtout dans nos campagnes, il existe à peu près partout des personnes qui sont réputées savoir faire des piqûres et le malade s'adresse lui-même à ces personnes sans la moindre intervention du médecin, qui se contente de prescrire l'ordonnance notifiant les ampoules, mais ne désigne nullement qui les utilisera. En général, il n'y a pas d'accidents sérieux, mais si un cas grave se présentait, le praticien n'en aurait qu'une responsabilité lointaine, le client restant entièrement libre de faire faire ses piqûres par qui bon lui semble, sauf bien entendu, les intraveineuses que tous nos confrères et moi-même faisons nous-mêmes.

En conclusion, j'estime qu'il ne s'agit pas en l'occurrence d'être en règle avec le Corps médical, mais de l'être avec la loi, et de ne pas créer pour ce Corps médical un nouveau sujet de responsabilités et d'ennuis.

Dr G.

COPIE DE LA LETTRE SOUMISE

Equipes Croix-Rouge de X

N..., le 14 août 1945

N° X... : Responsable local des E.C.R.S.

Cher responsable,

Vous savez que de plus en plus les maladies sont traitées par des piqûres.

Le manque de personnes capables de faire des piqûres se fait sentir aussi bien à la ville qu'à la campagne.

Il me semblerait désirable que dans chaque localité où existent des équipes Croix-Rouge, le responsable local détecte les meilleurs éléments variant de 2 à 6 suivant l'importance du pays, leur fasse suivre quelques cours complémentaires de piqûres, par des infirmiers ou docteurs qualifiés.

Ces secouristes passeraient ensuite devant un docteur qui, après examen, leur donnerait une attestation les autorisant à faire des piqûres.

Mettez-vous en rapport avec le docteur du Comité ou celui qui a fait les cours. C'est lui qui ferait passer l'examen à vos secouristes choisis et qui délivrerait l'attestation *indispensable.*

Faites ensuite connaître cette activité, vous rendrez beaucoup de service et vous serez quand même en règle avec le Corps médical.

Signé X.

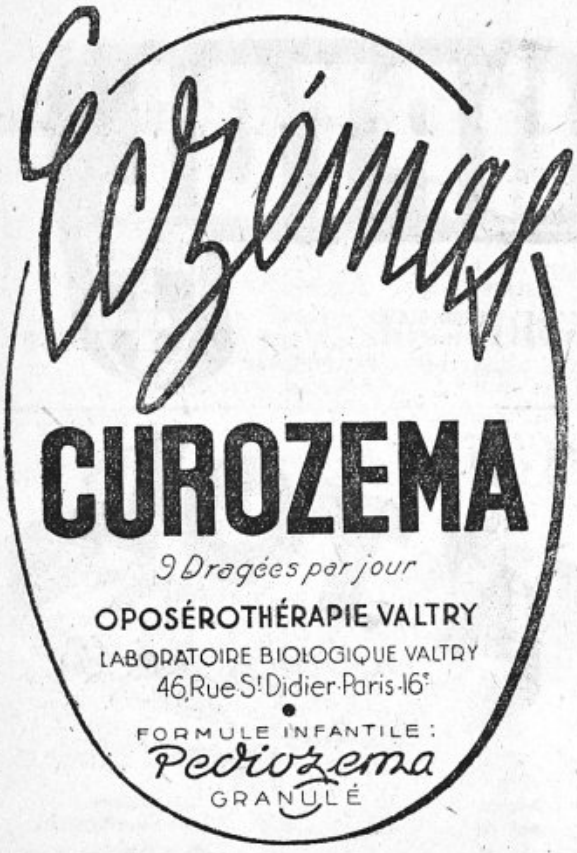
Réponse

Nous partageons tout à fait l'avis que vous exprimez sur le caractère au moins audacieux de l'initiative prise par un représentant local de la Croix-Rouge.

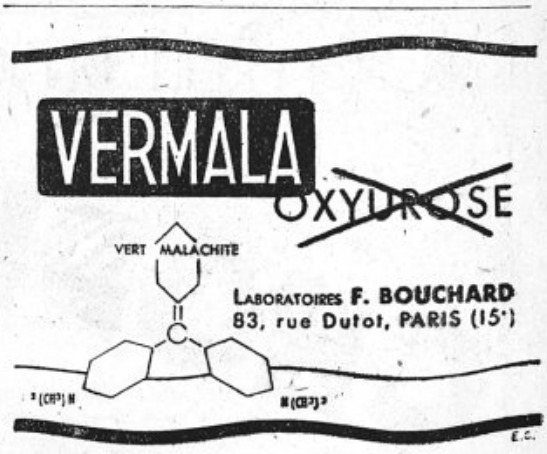
Du point de vue juridique, il convient d'ailleurs de remarquer qu'effectuer d'une façon habituelle des piqûres sans être pourvu du diplôme d'infirmière ou d'infirmier, constitue actuellement un délit prévu et réprimé par la loi du 15 juillet 1943 relatif à l'exercice de la profession d'infirmière.

Suivant l'article premier de cette loi, est considéré en effet comme relevant de la profession d'infirmière ou d'infirmier, tout emploi dont le titulaire donne habituellement, soit à domicile, soit dans les services publics ou privés d'hospitalisation ou de consultation, les soins prescrits ou conseillés par un médecin, et l'article 9 punit d'une amende de 500 à 2.000 francs et en cas de récidive d'une amende de 2.000 à 5.000 francs et d'un emprisonnement d'un mois à un an, ou de l'une de ces deux peines seulement, l'exercice illégal de la profession d'infirmière.

D'autre part, le fait de délivrer une attestation sur la capacité d'une personne déterminée pour faire des piqûres, pourrait être considéré comme une délivrance illégale de diplôme et exposer son auteur à des poursuites correctionnelles. L'abstention s'impose donc de la façon la plus rigoureuse.







DEMANDES ET OFFRES

En raison du nombre important de petites annonces reçues et du manque de place, nous prions instamment nos abonnés de surseoir à leurs envois, jusqu'à nouvel ordre.

N° 39. — **Clinique** (Char.-Marit.) cherche directrice. Ecr. S. D. M. O., La Rochelle, 24, rue Albert-1er. Visa. n° 10.101.

N° 40. — Désire acheter chiot Griffon Korthals, Epagneul ou Braque du Bourbonnais, parents bons chasseurs.

N° 41. — Urg. A vendre matériel chirurg. (table opérat., etc...), Dr Boussauges, 68, avenue de Saint-Ouen, Paris.

N° 42. — A céder client. rurale, médec. génér. (raison éloign. collège pour enfants). Peu exigeant pour cession.

N° 43. — Jeune médec. franç. célibat. grande hab. client., cherche poste ville Sud-Ouest. Accepter. collab. en vue succes. Ecr. journ., qui transm.

N° 44. — Médec. 45 a. ne voulant plus faire client., accepter. poste dans clinique, laboratoire, sanatorium. Ecr. journ. qui transm.

N° 45. — A vendre au plus offrant, différents livres de médecine et chirurgie.

N° 46. — Poste à céder campagne agréable Centre, grande maison, petit loyer. Conviendr. à médec. fatigué. Facilit. paiement.

N° 47. — A céder client. campagne propharm. ch.-l. cant. Val de Loire.

N° 48. — A céder, import. poste médic., ch.-l. de cant. 18 km. préfect. Rég. Sud-Ouest. Ecr. journ. qui transm.

N° 49. — A vendre cause double emploi, appar. diathermie Walter M.V.14 neuf, électro-coagulation, bistouri électrique.

N° 50. — A céder poste méd. gén. proph. seul médec., grande maison, petit loyer.

N° 51. — A vendre vitrine 2 p., fer, peint. blanc., larg. 102, prof. 37, haut. 130, au plus offr.

N° 52. — Jeune médec. désire faire remplacement. Dr Bourgat, 10, allée des Soupirs, à Toulouse.

N° 53. — On demande appareillage récent de radiothérap. prof. et transfo-oléobloc, 4 kénotrons. Ecr. journ. qui trans.

N° 54. — Femme médecin, spécial. gynécol., demande jours libres dans clin. acouch. ou autre à Paris, pour y organiser consult. gynécol. et endocrinol.

N° 55. — M. A. Daniel, boîte postale 149, Clermont-Ferrand, demande communication ou achat thèse M. Hirsch, Paris 1928. « Cellulite et ménopause ».

N° 56. — A vendre vitrine médicale, haut. 180, larg. 60, prof .40, montants fer forgé, dos en tôle, ray. verre mobile. S'adress. Mme Raymond Gilbert Le Donjon (Allier).

N° 57. — Doct. installé Paris, achèter. cabinet médic. dans ville du Midi, préférence Côte d'Azur. Ecr. Quennesson, 41, aven. Marceau, Paris.

N° 58. — Poste et cab. médic. à céd. petite ville Savoie, ray. U.V. et diatherm. Ecr. journ. qui transm.

N° 59. — Clinique chirurg. rég. Jura demande : 1° dame pouvant assurer direction, connaiss. médic. spéc. non exigées ; 2° infirm. expérimentée de préfér. diplôm. d'Etat. Ecr. S.D.M.O., 8, rue des Cordeliers, Lons-le-Saunier (Jura) Visa n° 10.041.

N° 60. — J. médec. act. trouvera situation intéress. dans l'Est, dans des condit. except., beau logement assuré. Ecr. journ. qui transm.

N° 61. — Vosges. A céder, après décès mobil. médical, livres et instrum.

N° 62. — Doct. surchargé céder. très import. partie de sa client. dans centre minier, avec avant. en nature, charb.

N° 63. — A vendre appar. compl. Dutertre, scopie, graphie, table bascul., tube neuf. Dr Delian, Creil (O.).

N° 64. — Confr. cherche propharmacie toute région. Ecr. Journal qui transmettra.

Gérant : J. MIGNON
Février 1879
G. BLANCHONG & Cie, 30, rue du Poteau, Paris (18e) 51.104e
Dépôt légal N° 8
1er trimestre 46

ARHEMAPECTINE
GALLIER
Prévient et arrête les HEMORRAGIES de toute nature
Laboratoire R. GALLIER, 1 *bis*, Place du Président-Mithouard, PARIS (7e)



Sous-Alimentation
Croissance, Grossesse
Laboratoires Pharma-France
43, rue de l'Ancienne Mairie
Boulogne-s-Seine - Mol 12-13



Hypertension
Artério-sclérose,
Angine de poitrine,
Aortites, Asthme, Emphysème
Laboratoires
PHARMA-FRANCE
43, rue de l'Ancienne Mairie
Boulogne-s-Seine - Mol 12-13

Boldolaxine

LABORATOIRE EMILE CHARPENTIER
8, RUE DU BOIS DE BOULOGNE PARIS XVI

La grande marque
des antiseptiques urinaires et biliaires

URASEPTINE
ROGIER

Laboratoires Henry ROGIER, 56, Bd. Péreire, Paris

Specia tient
à votre disposition

SES SERVICES
BIBLIOGRAPHIQUES
D'INFORMATION MÉDICALE

Pour toutes questions concernant sa production

ARSÉNOTHÉRAPIE-AUROTHÉRAPIE
ANTIHISTAMINIQUES-ANTITHYROÏDIENS
BISMUTHOTHÉRAPIE-STIBIOTHÉRAPIE
SULFAMIDOTHÉRAPIE-VITAMINOTHÉRAPIE
VACCINOTHÉRAPIE

ADRESSER LES DEMANDES A
SERVICE D'INFORMATION MÉDICALE
— Specia —
21, rue Jean-Goujon, PARIS-8e

Société Parisienne d'Expansion Chimique
21, rue Jean Goujon - Paris-8e
Specia
Marques Poulenc Frères et Usines du Rhône
Téléphone : Balzac 22-94

NÉOSPLÉNINE



LA 1re SYNERGIE
A BASE D'EXTRAITS
DE RATE-FOIE
MUQUEUSE GASTRIQUE

TOUTES DÉFICIENCES ORGANIQUES

LABORATOIRE DU Docteur E. AUBERT
71, RUE Ste-ANNE - PARIS 2e

68e ANNÉE — N° 5 et 6 — 10 FÉVRIER 1946

LE

CONCOURS MÉDICAL

37, RUE DE BELLEFOND - PARIS (9e) - TRU 33-66

379 à 381

SOMMAIRE

PARTIE SCIENTIFIQUE

Inconvénients et avantages des soins donnés à la chevelure (Dr P. Louyot) 105

Conférences médicales genevoises 107

A l'actif de la novocaïne intraveineuse (Drs H. Rouèche et W. Pescarolo) 108

Les Sociétés Savantes, 110. — La Presse, 111. — Les Livres, 109.

PARTIE RROFESSIONNELLE.

Propos du Jour : Quelques réflexions sur la situation démographique de la France .... (Dr G. Lavalée) 113

Organisation Professionnelle : Assurances sociales. Avantages et inconvénients de la convention syndicat-caisse (J. Mignon) 115

Un exemple à suivre : Il nous vient de Grande-Bretagne 119

Documentation Professionnelle : Convention-type 117

DEMI-COLONNES

Dernières Nouvelles, 98. — A travers l'Officiel 102. — Echos et Commentaires, 121. — Correspondance .....

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
BIBLIOTHÈQUE

DIGITALINE NATIVELLE

Silicyl

Médication de BASE et de RÉGIME des ÉTATS ARTÉRIOSCLÉREUX et des carences siliceuses

18, Rue Ernest-Rousselle - PARIS-13e

Chl. de Ca. Gluconate de Ca. phosph. di-acide de Ca.
(Gouttes)

POLYCALCION

Antihémorragique
Déchlorurant
Neuro-Sédatif

Labor. SCIENTIA
Dr PERRAUDIN
21, rue Chaptal, PARIS

Antianaphylaxie polyvalente

PEPTALMINE

Migraine - Urticaire
Eczéma - Asthme

Lab. SCIENTA
Dr PERRAUDIN
21, rue Chaptal, PARIS

Toux — Coqueluche

ÆTHONE

Laboratoire de l'ÆTHONE 35, rue Boissonnade, PARIS (XIVe)

OUABAÏNE ARNAUD

DERNIÈRES NOUVELLES

Académie de Chirurgie.

La séance annuelle de l'Académie de chirurgie a eu lieu le 30 janvier 1946, dans la salle du Conseil de la Faculté de Médecine. M. Brocq, secrétaire général, a prononcé l'éloge de Pierre Duval.

Hôpitaux de Paris.

Des *concours* pour huit places d'*assistant en chirurgie* et pour six places de *chirurgien des hôpitaux de Paris* s'ouvriront le 4 mars 1946. Inscriptions jusqu'au 18 février inclusivement, à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria.

Hôpitaux communaux de la région sanitaire de Paris.

Les *concours spéciaux de médecins, chirurgiens et spécialistes* des hôpitaux communaux de la région de Paris (concours réservés aux déportés, aux prisonniers de guerre, aux mobilisés, aux réfractaires), auront lieu en mai 1946.

Les candidats qui désirent prendre part à ces concours devront, avant le 16 février 1946, adresser à la Direction régionale de la Santé et de l'Assistance, 1, avenue Victoria, une demande d'autorisation d'inscription.

Société de Neurologie de Paris.

Le docteur Daniel Ferey, de Saint-Malo, dont on connaît les importants travaux de neuro-chirurgie, a été élu membre correspondant de la Société de Neurologie de Paris.

Croix de la Résistance.

Mlle Geneviève Janin, étudiante en médecine, fille de notre confrère, le docteur L. Janin, vient de recevoir la Croix de la Résistance pour services rendus pendant deux ans et demi dans la clandestinité et ensuite dans la Division Leclerc. Démobilisée en septembre 1945, Mlle Janin a repris ses études médicales. Nous sommes heureux de lui adresser, ainsi qu'à son père, nos sincères félicitations.

Conseil de l'Ordre des Médecins de l'Oise.

A la suite des élections qui ont eu lieu le 29 décembre 1945, le bureau du Conseil de l'Ordre des Médecins de l'Oise a été composé ainsi qu'il suit : Président, docteur Chenier (Beauvais) ; Vice-président, docteur Baranger (Beauvais) ; Secrétaire, docteur Rimetz (Clermont) ; Trésorier, docteur Wolmant (Compiègne).

Hôpital de Limoux (Aude).

Un *concours sur titres* est ouvert pour un poste de *médecin-accoucheur* de l'hôpital-hospice de Limoux. Adresser les candidatures et exposés de titres à M. le Directeur régional, 14, rue Marcel-de-Serres, à Montpellier.

Laboratoire municipal de la Ville de Troyes.

Un *poste de chef du Laboratoire* municipal de la Ville de Troyes est actuellement vacant. Traitement de 132.000 à 210.000 fr. Fonction exclusive de toute clientèle. Adresser les candidatures à la Direction départementale de la Santé, à Troyes (Aube).

Dispensaires anti-tuberculeux des Deux-Sèvres.

Un *concours sur titres* est ouvert en vue du recrutement d'un médecin des dispensaires antituberculeux des Deux-Sèvres. Le registre des inscriptions sera clos le 23 février 1946. Pour tous renseignements, s'adresser à la Direction départementale de la Santé, 5, rue Duguesclin, à Niort.

Médecins inspecteurs des écoles de la Marne.

Un *concours sur titres* est ouvert à l'Inspection de la Santé de la Marne pour 3 postes de Médecins Inspecteurs des Ecoles.

Traitement de 120.000 à 150.000 francs auquel s'ajoutent l'indemnité de résidence et les avantages prévus par le Code de Famille (fonction exclusive de l'exercice de la clientèle).

Adresser les candidatures à l'Inspection Départementale de la Santé, 4, rue Varin, à Châlons-sur-Marne, avant le 20 février 1946.

TRINITRINE

ET ASSOCIATIONS

(DRAGÉES A NOYAU MOU)

TRINITRINE SIMPLE

TRINITRINE CAFÉINÉE DUBOIS

TRINITRINE PAPAVÉRINE LALEUF

TRINITRAL LALEUF

TRINIBAÏNE LALEUF

ANGINE DE POITRINE

CRISES VASCULAIRES SPASMODIQUES

LABORATOIRES LALEUF

Georges DUGUÉ, Docteur en Pharmacie

51, R. NICOLO, PARIS-16e

Téléphone : TROcadéro 62-24



CRINEX stimule

EXTRAIT OVARIEN TOTAL STANDARDISÉ

OREX équilibre

EXTRAIT ORCHITIQUE TOTAL STANDARDISÉ

FRÉNOVEX freine

EXTRAITS MAMMAIRE ET LUTÉINIQUE

la fonction ovarienne

LABORATOIRES CRINEX-UVÉ

1, AVENUE DU DOCTEUR LANNELONGUE, PARIS (XIVe)

Caisses d'Assurance-Maladie de Normandie.

Des postes de Médecins conseils des Assurances sociales sont à pourvoir en Normandie. Les candidatures sont à adresser au Médecin régional, 71, rue Thiers, Rouen (Seine-Inf.).

Association corporative des étudiants en médecine de Paris.

L'Association Corporative des Etudiants en Médecine de Paris, reconnue d'utilité publique, fournit dans le plus bref délai aux médecins des remplaçants remplissant toutes les conditions légales. Pour tous renseignements, s'adresser à l'Association, 8, rue Dante, Paris (5e). Tél. ODEon 58-90.

Conseil départemental de l'Ordre des médecins de la Somme.

Les élections au Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de la Somme ont eu lieu le 16 décembre 1945. Ont été élus membres titulaires : Docteurs Maës, Delarue (Corbie), Carton père, Macqueron, Masson, Darène, Filachet, Fernet, Monflier Jean, Sourdat, Hetroy, Bernard ; Membres suppléants : Docteurs Leforestier, Eissendeck, Routier, Blondel, Poissonnier Gonzague, Caraven.

Syndicat des Médecins de l'Aisne.

Le Bureau du Syndicat des Médecins de l'Aisne, dans sa réunion du 15 décembre 1945, a décidé une augmentation des honoraires qui est applicable à partir du 1er janvier 1946 : Consultation, 80 fr. ; Visite, 100 fr. ; P. C., 80 fr. ; K, 75 fr. ; Kilomètre, 10 fr.; Visite du dimanche, 150 fr. ; Visite de nuit, 200 fr.

Conventions Caisses-Hôpitaux. — A l'unanimité, le Bureau du Syndicat des Médecins de l'Aisne, dans sa réunion du 15 décembre 1945, a voté la motion suivante :

« Les Médecins de l'Aisne ne considéreront pas comme valables les articles des Conventions Caisses-Hôpitaux, traitant des honoraires des Médecins, Chirurgiens et Spécialistes des Hôpitaux, qui auront été établis en dehors de l'accord de leurs représentants syndicaux.

Ils considèrent que ces honoraires doivent être établis sur les bases suivantes : Malades de la catégorie I, Tarif Syndical minimum ; Malades de la Catégorie II, Tarif de responsabilité des Caisses ; Malades de la Catégorie III, Tarif de remboursement des Caisses. »

(Communiqué.)

Union fédérative Nationale des Médecins de réserve.

Les « Journées médico-militaires », organisées par l'U.F.N.M.R. (Président : M. le docteur Julien Huber) ont eu lieu à la Faculté de médecine de Paris les 26 et 27 janvier, sous la présidence de M. Michelet, ministre des Armées, en présence du professeur Baudouin, doyen de la Faculté, et du Médecin général Inspecteur Rouvillois, président de l'Académie de Médecine.

Association des médecins de la Seine.

La souscription, ouverte à l'Association des Médecins de la Seine en faveur des médecins, veuves ou familles de médecins, de la Seine, victimes de la guerre, est close. Les candidats aux Bourses, qui seront incessamment distribuées, sont priés de se faire connaître dans un délai maximum de 15 jours au trésorier de l'Association, le Dr Pège, 5, rue Lauriston.

Pro-pharmaciens.

Valeur des tickets pro-pharmaciens pour le 1er trimestre 1946 : Acide borique, 50 gr. ; Ampoules de morphine, 1 gr. ; Benzoate de soude, 100 gr. ; bismuth, 50 gr. ; Borate de soude, 100 gr. ; Cocaïne, 1 gr. ; Essence de térébenthine, 500 c. c. ; Farine de moutarde, 250 gr. ; Glycérine, 500 gr. ; Huile

Le Concours Médical
Fondé en 1879 par A. Cézilly.
Directeur honoraire : Docteur J. Noir.
Directeur : Dr G. Lavalée.
Rédacteur en Chef : Dr G. Fischer.
Rédaction, Administration et Publicité, 37, Rue de Bellefond, Paris 9e).
Téléphone : TRU 33-66. R. C. Seine 76.579.
Chèques postaux, Paris 167-95.
Abonnements : 1 an, 250 francs. - Etudiants, 125 fr. Le No 10 fr. Changem. d'adresse 5 fr.

SPASMOSÉDINE
sédatif et antispasmodique cardio-vasculaire
LABORATOIRES DEGLAUDE
15, Bd Pasteur - PARIS-XVe





de vaseline, 2 litres; Sirops médicamenteux, 2 litres; Thermomètre, 1 unité ; Vaseline, 1.000 gr. ; Alcool, 3 litres ; Coton hydrophile, 4.000 gr. ; Insuline, 2 tubes de 100 U., etc.

Dons d'instruments.

Un généreux confrère, le Dr H. Mathieu, de Wassy, et la veuve d'un confrère, Mme Jully, impasse des Capucines, à Châtillon-sur-Seine, nous ont adressé les instruments suivants à l'intention des médecins sinistrés :

2 spéculums fixes ; 1 spéculum démontable à vis; 1 pince Chéron pour pansements utérins ; 1 forceps Tarnier-Simal normal démonté ; 1 aiguille Emmet périnée ; 2 sondes dilatatrices Doléris ; 2 curettes utérines mousses ; 1 sonde Budin pour lavages utérins ; 8 daviers ; 1 élévateur droit ; 1 griffe pour fractures de rotule.

Les médecins sinistrés que ces instruments intéressent peuvent nous adresser leurs demandes. Nous les invitons à spécifier ceux qui leur font le plus défaut. Nous nous efforcerons de faire une équitable répartition entre les divers candidats.

Association générale des Médecins de France.

Bourses Familiales du Corps Médical. (Fondation du Dr Roussel). — L'Association Générale des Médecins de France, sous la présidence du professeur Baudouin, a réuni le Jury chargé de répartir les Bourses de 10.000 francs. Le Jury, où figuraient, avec le délégué du Dr Roussel, des membres de l'A. G., du Conseil de l'Ordre, de la Société F. E. M., de Médecine et Famille, et de l'Association des Médecins de la Seine, a tenu ses séances au cours du mois de novembre.

Seize bourses ont été attribuées en faveur de médecins ou veuves de médecins chargés de familles. Quarante-cinq demandes ont été examinées, parmi lesquelles ont été retenues les plus dignes d'intérêt par le nombre des enfants, les difficultés matérielles, la maladie et les conditions particulières d'existence.

Académie Duchenne de Boulogne.

Le prix 1944 de l'Académie Duchenne de Boulogne, d'une valeur de 10.000 fr., a été attribué à M. Jacques Charpy, pour sa méthode de traitement du lupus tuberculeux.

Rappelons que le but de l'Académie est de récompenser un travailleur indépendant qui, par ses propres travaux, aura fait progresser la science médicale.

Naissances.

Nous apprenons la naissance de Dominique Bosvieux, quatrième enfant du docteur Charles Bosvieux, de Coubert (S.-et-M.) ; de Marie-Christine Gros, fille du docteur Emile Gros, d'Alban (Tarn) ; de Nicole Boulangé, fille du docteur Pierre Boulangé, de Longwy (Meurthe-et-Moselle) ; de Vincent Meurice, cinquième enfant du docteur Michel Meurice, de Lamarque-Pontacq (Basses-Pyrénées) ; d'Olivier Diaz de Soria, fils du docteur Maurice Diaz de Soria ; de Gilles de Mestier du Bourg, fils du docteur Robert de Mestier du Bourg de Paris ; de Pierre-Jean Couderc, deuxième fils du docteur F. Couderc, de Montarnaud (Hérault) ; de Lyliane Chatonet, troisième enfant du docteur Guy Chatonet, stomatologiste à Lesparre (Gironde) ; de Catherine Le Séac'h, fille du docteur G. Le Séac'h, des Sorinières (Loire-Inférieure) ; d'Yvon et Hervé Férec, deuxième et troisième enfants du docteur Férec, de Châteaulin (Finistère).

Nécrologie.

Le docteur Jean Lafue, de Foix (Ariège), fait part du décès de Madame Jean Lafue.

Le docteur Gaston Flament, de Montrouge (Seine), fait part du décès, à l'âge de 68 ans, de Madame Gaston Flament, sa femme.

Le docteur Jean Bureau, de Pont-L'Evêque (Calvados), fait part du décès de Madame Veuve Camille Bureau, sa mère.

Nous avons le regret d'annoncer la mort du docteur Georges Pouvreau, de Châtellerault (Vienne), fils du docteur Gabriel Pouvreau, d'Archigny (Vienne).

Le docteur Maurice Le Hir fait part du décès, à l'âge de 24 ans, de Mme Maurice Le Hir, sa femme.

Nous apprenons la mort, à l'âge de 67 ans, du docteur R. Peyron, de Montcornet (Aisne), chevalier de la Légion d'honneur, croix de Guerre 1914-1918. Il était le père du docteur Paul Peyron, de Laon, et du docteur Jean Peyron, de Montcornet (Aisne).





Honoraires hospitaliers pour les assurés sociaux.

En raison de l'enchevêtrement des dispositions législatives sur ce point et du retard apporté à la publication des nomenclatures prévues par les décrets, la question des honoraires hospitaliers pour les assurés sociaux est extrêmement confuse. Nous publions à l'intention de nos lecteurs les extraits ci-dessous d'une circulaire ministérielle qui fait assez clairement le point de la question :

Paris, le 5 novembre 1945.

. . . . . .

... Aux termes des articles 11 et 12 de l'ordonnance du 19 octobre 1945 ayant modifié le régime des assurances sociales, les tarifs des honoraires et frais accessoires dus aux praticiens et aux auxiliaires médicaux à l'occasion des soins médicaux donnés dans un établissement public, sont établis sur la base d'un forfait journalier et « correspondant à la catégorie dans laquelle l'assuré est classé ». Ces derniers tarifs seront fixés par les textes à intervenir sur la réforme du régime hospitalier.

Le montant des tarifs d'honoraires à appliquer par les Caisses en matière de soins médicaux à l'hôpital public sera donc déterminé d'une manière fixe, sans qu'un accord soit nécessaire entre la Caisse régionale de Sécurité sociale et les Commissions administratives des hôpitaux.

Mais, en attendant que la réforme du régime hospitalier soit réalisée, et que les tarifs d'honoraires soient déterminés pour les diverses catégories de malades soignés à l'hôpital public, les tarifs des Caisses continuent à résulter d'accords intervenus entre les établissements hospitaliers et les organismes d'assurances sociales. Sur ce point, je crois devoir vous rappeler les indications contenues dans ma circulaire du 3 septembre 1945, N° 77.

En second lieu, je vous précise que les tarifs d'honoraires pour soins chirurgicaux à l'hôpital public seront établis d'après la nomenclature générale des actes professionnels institués par l'arrêté du 29 octobre 1945 et en cours d'impression qui sera adaptée par une Commission spéciale au cas particulier de l'hospitalisation.

Enfin, l'article 16 de l'ordonnance précise que les assurés sociaux seront hospitalisés dans les établissements hospitaliers publics au tarif prévu pour les malades payants de la catégorie à laquelle ils appartiennent et que le tarif de responsabilité des Caisses sera égal à ce tarif.

Le tarif des malades payants résultant de l'application de la législation hospitalière en vigueur, le tarif de responsabilité des Caisses se trouve donc automatiquement connu, sans l'intervention obligatoire d'une convention.

J'estime, toutefois, qu'il y aura le plus grand intérêt à ce que des conventions soient passées en vue de régler les rapports entre les hôpitaux et l'organisme — tiers payant, ainsi que les conditions générales dans lesquelles les assurés sociaux sont traités à l'hôpital.

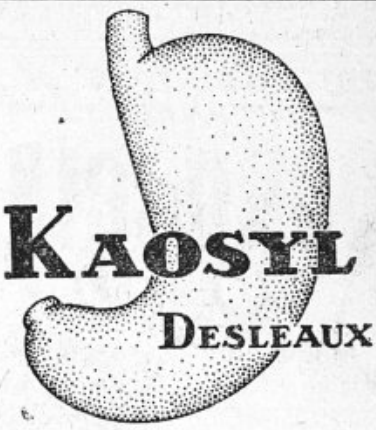
J'ai établi à cet effet un type de convention, qui vous sera notifié dès que j'aurai recueilli l'avis du Conseil supérieur des Assurances Sociales. Pour l'instant, les conventions déjà intervenues peuvent rester en vigueur.

Je vous serais obligé de bien vouloir porter ces diverses instructions à la connaissance des organismes d'Assurances Sociales de votre circonscription.

Pour le Ministre Signé : LAROQUE.

MIGRAINES — GRIPPES
DOULEURS CATAMÉNIALES
ALGIES

ALGOCRATINE
Un cachet dès la première sensation de douleur
LANCOSME, 71, Avenue Victor-Emmanuel III — PARIS


KAOSYL
DESLEAUX
PANSEMENT GASTRO-INTESTINAL
LANCOSME 71 Av Victor Emmanuel III, Paris (8e)

GASTRHÉMA
CONTRE LES ANÉMIES
ASTHÉNIE - ANOREXIE - HYPOPEPSIE
17, Avenue de Villiers — PARIS (17e)
EXTRAIT DE MUQUEUSE D'ANTRE PYLORIQUE
1 à 3 amp. buvables, par jour
FRÉNASMA
TROIS A QUATRE COMPRIMÉS PAR JOUR. UN A DEUX DÈS LE DÉBUT DE LA CRISE.
LABORATOIRES DU GASTRHÉMA
17, AVENUE DE VILLIERS
PARIS (17e)
ASTHME - EMPHYSÈME - BRONCHITES CHRONIQUES - MÉDICATION PRÉVENTIVE, ABORTIVE ET CURATIVE DES CRISES

A TRAVERS L'OFFICIEL

EXERCICE DE LA MEDECINE

Arrêté du 6 décembre 1945 accordant ou refusant à des praticiens étrangers l'autorisation d'exercer la médecine.

Article premier. — Les praticiens étrangers dont les noms suivent, titulaires du diplôme d'Etat français de docteur en médecine, sont autorisés à exercer la profession de médecin pour une durée de six mois renouvelable dans les conditions des articles 1er et 4 de l'ordonnance du 6 août 1945 et sur toute l'étendue du territoire français métropolitain :

M. Gherstenstein (Ghers), né le 16 juin 1906, à Crocmaz (Roumanie), demeurant 14, rue de la Nauvendière, à Limoges (Haute-Vienne).

M. Kreidman (Bernard), né le 1er août 1910 à Craïova (Roumanie), demeurant 33, rue de Saverne, à Nancy (Meurthe-et-Moselle).

M. Silberman (Alfred), né le 6 décembre 1903 à Craïova (Roumanie), demeurant à Coutouvre (Loire).

M. Sterimbaum (Mendel), né le 12 août 1907 à Falticeni (Roumanie), demeurant 10 *bis*, rue Bourg-les-Bourgs, à Quimper (Finistère).

M. Tuchwerger (Michel), né le 23 janvier 1908 à Varsovie (Pologne), demeurant à Sereilhac (Haute-Vienne).

M. Weintraub (Samuel), né le 14 novembre 1912 à Gorlice (Pologne), demeurant 20, rue de France, à Nice (Alpes-Maritimes).

Art. 2. — Le praticien français dont le nom suit, titulaire du diplôme d'université de docteur en médecine, est autorisé à exercer provisoirement la profession de médecin, jusqu'à la fin légale des hostilités, dans les conditions des articles 2 et 4 de l'ordonnance du 6 août 1945 et suivant les conditions indiquées :

Mme Salacroup, née Tudiwer (Anna), née le 12 avril 1911 à Todinesti (Roumanie) (demande déposée dans le département de l'Isère). — A la disposition du ministre de la Population.

Art. 3. — Les demandes présentées par les praticiens suivants, en vue d'être autorisés à exercer provisoirement en France, sont rejetées :

M. Storch (Eugène), né le 14 juillet 1909 à Ojdula (Roumanie), demeurant 52, rue Berthelot, à Courbevoie (Seine).

M. Salzmann (Miron), né le 25 décembre 1920 à Berlin (Allemagne), demeurant 93, rue Cuvier, à Lyon (Rhône).

Mme Strem (Violetta), née le 7 mai 1901 à Budapest (Hongrie), demeurant 50, avenue Sainte-Foy, à Neuilly-sur-Seine (Seine).

(*J. O.*, 9 décembre 1945.)

Arrêté du 9 janvier 1946 accordant ou refusant à des praticiens étrangers le droit d'exercer la médecine.

Article premier. — Les praticiens étrangers dont les noms suivent, titulaires du diplôme d'Etat français de docteur en médecine, sont autorisés à exercer la profession de médecin pour une durée de six mois renouvelable dans les conditions des

ne manquent pas
HORMOCRINOL
♀ et ♂
Médication Thyro-génitale
associée aux électrolytes activateurs
PHOSPHORE et POTASSIUM
TROUBLES DU MÉTABOLISME
RHUMATISME ENDOCRINIEN
TROUBLES GÉNITAUX ET
CIRCULATOIRES
6 à 8 comprimés par jour
GOSSYPIOL
MAURIN
16 DRAGÉES en deux jours
déterminent les règles et
calment les douleurs
Laboratoires JAMMES, 86, r. Michel-Ange, Paris

DÉMANGEAISONS
PRURITS

LACTACYD
PÂTE STABILISÉE A pH : 5,2

articles premier et 4 de l'ordonnance du 6 août 1945 et sur toute l'étendue du territoire français métropolitain :

M. Bekian (Allahverdi), né le 12 août 1900 à Choucha (Russie), demeurant à Pin-aux-Haras (Orne).

M. Grodzenczyk (David), né le 16 février 1905 à Wilno (Pologne), demeurant 27, rue de la Liberté, Amiens.

M. Litman (Sloïm), né le 14 juin 1908 à Foscani (Roumanie), demeurant à Francheville (Rhône).

M. Marcovitch (Mathieu), né le 18 décembre 1908 à Richon-le-Zion (Palestine), demeurant 39, rue des Saules, à Paris (18e).

M. Ziberman (Oscar-User), né le 10 mars 1901 à Botosani (Roumanie), demeurant à Saint-Martin-de-Valamas (Ardèche).

Art. 2. — Les praticiens français dont les noms suivent, titulaires du diplôme d'université de docteur en médecine, sont autorisés à exercer provisoirement la profession de médecin, juqu'à la fin légale des hostilités, dans les conditions des articles 2 et 4 de l'ordonnance du 6 août 1945 et suivant les conditions indiquées :

M. Crauss (Bénédict), né le 14 mars 1917 à Bacau (Roumanie) (demande déposée dans le département du Rhône). — A la disposition du ministère de la Population.

M. Finkelstein (Henry), né le 3 novembre 1910 à Bivolari (Roumanie) (demande déposée dans le département de l'Isère). — A la disposition du ministère de la Popuation.

M. Moscovici (Simon), né le 30 août 1914 à Bucarest (Roumanie) (demande déposée dans le département de la Haute-Savoie). — A la disposition du ministère de la Population.

M. Sztatier (David-André), né le 24 mai/6 juin 1909 à Lodz (Pologne) (demande déposée dans le département de l'Isère). — A la disposition du ministère de la Population.

M. Zakrojczyk (Srul), né le 20 janvier 1911 à Ostrow-Siedlecki (Pologne) (demande déposée dans le département de l'Isère). — A la disposition du ministère de la Population.

M. Zilberman (Gdalja-Georges), né le 14 mars 1903 à Lida (Pologne) (demande déposée dans le département du Rhône). — A la disposition du ministère de la Population.

M. Wachs (Isak-René), né le 20 juin 1909 à Rzeszow (Pologne) (demande déposée dans le département de l'Isère). — A la disposition du ministère de la Population.

Art. 4. — Les demandes présentées par les praticiens suivants en vue d'être autorisés à exercer provisoirement en France, sont rejetés :

Mme Bratman (Szandla), née Tenenbaum, née le 10 février 1913 à Koniecpol (Pologne), demeurant 15, villa Verlaine, à Paris.

Mme Hugonie (Maria), née Lubiez, né le 1er août 1917 à Grodno (Pologne), demeurant 16, rue des Wallons, à Paris.

Mme Toubkice (Rutiléa), née Guléac, née le 24 février 1902 à Kichineff (Roumanie), demeurant 54, rue Clignancourt, à Paris.

M. Tchackmichian (Zareh), né le 22 mai 1903 à Constantinople (Turquie), demeurant 18 bis, rue de Liége, à Bois-Colombes (Seine).

Mme Wolikow, née Fuks (Bronislawa), née le 3 octobre 1910 à Zamosc (Pologne), demeurant 11, villa de la Gare, à Vanves (Seine).

(*J. O.*, 12 janvier 1946.)





Micelliode

IODE COLLOIDAL MICELLAIRE ÉLECTRO-POSITIF

Toutes les Indications de l'IODE, SANS IODISME POSSIBLE

GOUTTES

Laboratoires de l'HÉPATROL _ 4 Rue Platon . PARIS (XVe)

ACTIPHOS

AMPOULES BUVABLES DE 3 CC

SOLUTION STABLE ET ÉQUILIBRÉE DE PHOSPHATES DIACIDES

alcalose

LABORATOIRE ROGER BELLON

Louis FERRAND

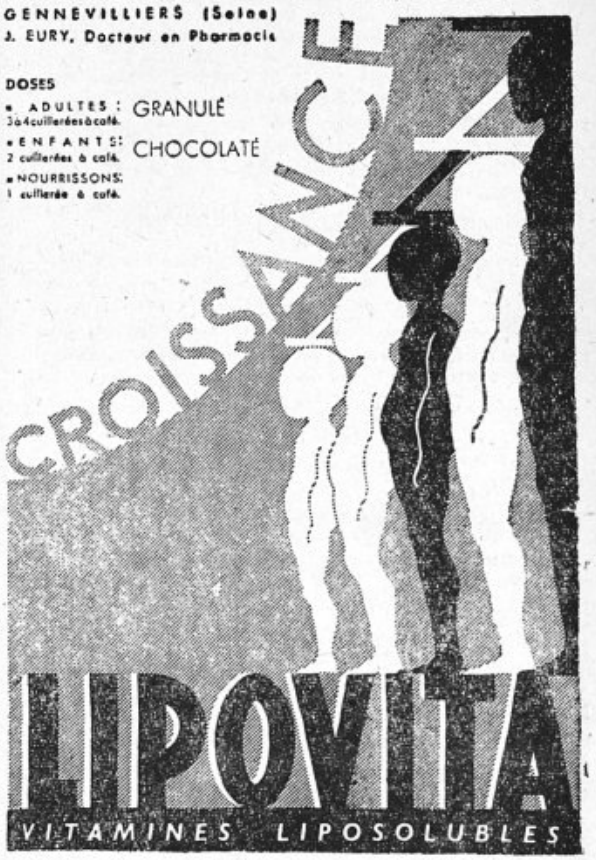
LABORATOIRE MAUCHANT

GENNEVILLIERS (Seine)

J. EURY, Docteur en Pharmacie

DOSES

- ADULTES : 3 à 4 cuillerées à café. GRANULÉ
- ENFANTS : 2 cuillerées à café. CHOCOLATÉ
- NOURRISSONS : 1 cuillerée à café.



LIPOVITA

VITAMINES LIPOSOLUBLES

---

estomac

sel de hunt

laboratoire alph. Brunot,
16, r. de boulainvilliers,
paris-xvi^e

PARTIE SCIENTIFIQUE

INCONVÉNIENTS ET AVANTAGES DES SOINS DONNÉS A LA CHEVELURE

par P. LOUYOT Médecin des Hôpitaux de Nancy

LES progrès de la physique et de la chimie modernes sont entrés partout et ont même franchi le seuil de l'artiste capillaire; mais, comme en toutes choses, chaque procédé nouveau comporte ses avantages et ses inconvénients, et le sexe faible doit parfois mesurer à ses dépens les risques que lui fait courir son désir d'accroître le potentiel de ses charmes. Avec le recul, il est possible de faire maintenant le bilan des gains et des pertes dans ce domaine.

Les soins donnés à la chevelure sont d'ordre chimique, par l'usage des shampooings et des teintures, et d'ordre physique, par l'emploi des appareils électriques chauffants utilisés pour obtenir l'ondulation indéfrisable.

Action des produits chimiques

Les produits chimiques utilisés sont : le shampooing, additionné ou non d'eau de Javel pour obtenir un effet décolorant, l'eau oxygénée, l'ammoniaque ; les colorants tels que le henné naturel ou le henné blanc (à base de sels de Ca ou de Na), des teintures artificielles à base de paraphénylène diamine, de sels de cuivre, d'argent, de plomb, de fer, enfin de cosmétiques et des parfums variés d'origine plus ou moins naturelle.

Parmi ces substances, certaines montrent quelque nocivité, soit pour le praticien, soit pour sa cliente.

1° **Pour le praticien.** La manipulation prolongée des produits chimiques précités peut provoquer des dermatoses soit chez des apprentis en état d'idiosyncrasie, soit chez des coiffeurs ayant déjà une longue pratique, mais sensibilisés, par une réaction médicamenteuse ou alimentaire, ou par un état endocrinien particulier (ménopause chez es coiffeuses). Les lésions cutanées apparaissent sur les mains et les avant-bras, et se présentent sous forme d'eczéma sec ou suintant, d'intensité variable et d'une durée allant de quelques jours à quelques mois.

Tzanck et Sidi ont fait une bonne étude de ces dermatoses en 1940 et considèrent celles-ci comme une réaction d'intolérance vis-à-vis des produits utilisés professionnellement, dont la preuve est faite par les tests cutanés. Les substances les plus nocives sont en général : la teinture à base de paraphénylène diamine, l'eau de Javel, certains cosmétiques ou certains parfums tels que la violette. Certaines dermatoses peuvent guérir facilement ou être évitées, mais, devant des intolérances rebelles ou récidivantes, un changement de métier est parfois nécessaire.

Ces accidents ne sont pas tellement rares puisqu'une statistique de Hausser aux Etats-Unis rapporte qu'en 1937 on a observé 38 cas de dermatoses chez les coiffeurs sur un total de 690 cas de dermatoses professionnelles de toutes sortes, soit 5,5 % des cas de dermatoses totales. Et pour ces accidents les caisses d'assurances ont dû verser 10,297 dollars d'indemnité.

2° **Pour la cliente,** les inconvénients sont plus désagréables, parce que plus visibles. On retrouve sur son cuir chevelu les mêmes manifestations morbides que sur les mains de son coiffeur : lésions eczémateuses prurigineuses, d'intolérance souvent avec suintement, dermatoses occasionnées par l'eau de Javel (Rabeau et Ukrainczyk) ou l'usage intempestif d'eau oxygénée ; ce produit peut rendre le cheveu cassant à quelques centimètres de sa racine (Duvoir et Derobert), et il doit être fort désagréable de se réveiller au lendemain d'une séance de teinture avec une tête de garçonnet ! Quant au colorant à base de paraphénylène diamine, son action est particulièrement redoutable, et Duquenois rapportait jadis l'histoire d'une femme dont le cuir chevelu, irrité par ce produit, fut l'objet d'un prurit intense et d'un suintement séreux et noirâtre s'épanchant sur un visage gonflé d'œdème.

Traitement et Prévention des accidents dûs aux substances chimiques

Tout d'abord, rappelons que l'Académie de Médecine, par la voix de Breteau rapporteur, a compati aux dangers que courait le sexe faible en émettant le 5 mai 1931 le vœu que " sur le territoire de la République soient interdits, par une loi, le commerce, la détention, l'emploi de tous liquides ou mélanges de liquides inflammatoires ou toxiques destinés au lavage de la chevelure ".

Outre la suppression des liquides inflammables, les coiffeurs ont appris à se servir judicieusement des substances chimiques à leur portée : ils savent que le contact prolongé d'eau oxygénée à 20 volumes rend le cheveu cassant et que le rinçage répété après chaque opération est indispensable.

Ils ont appris l'usage de la " touche de Sabouraud " : en effet, la paraphénylène diamine donnant surtout des dermatoses par intolérance, une touche préalable avec ce produit, faite sur une région cutanée habituellement couverte (nuque ou bras) les avertit préalablement si leur cliente est sensible ou non. Généralement le délai admis entre la touche et la séance de teinture est de quarante-huit heures, mais, à la suite des accidents qu'il a observés, Duquenois recommande, d'une part de laisser un temps plus long entre ces deux pratiques, d'autre part, d'espacer d'un temps assez long deux séances de teinture. Enfin, il est préférable pour toute eczémateuse de ne pas se faire teindre.

Si le coiffeur est sensible lui-même à telle ou telle substance chimique en usage, on lui conseille généralement, ou de porter des gants imperméables, ou de se laver les mains dans une solution renfermant 150 gr. de chlorure de sodium et 50 cc d'eau oxygénée pour un litre d'eau,

après les manipulations diverses (surtout après paraphénylène diamine).

Le traitement des dermatoses des mains et du cuir chevelu ne présente pas d'aspect particulier et il importe seulement de signaler que Dainow conseille, dans la thérapeutique des dermatoses professionnelles, une série de 10 à 20 injections intramusculaires de vitamines A et D associées. Pour l'artiste capillaire, ce traitement peut être précieux, mais il est probable que ses clientes préféreront s'abstenir de teinture, plutôt que de subir, curativement ou même préventivement, une série d'injections vitaminées.

Action des agents physiques

Le fer à friser de nos aïeules est passé de mode et l'on préfère aujourd'hui se faire chambrer sous une vaste cloche chauffante aux multiples tentacules électrifiés, ce qui n'est pas sans inconvénients pour le cuir chevelu et les centres nerveux sous-jacents.

1° **Le cuir chevelu** paie son écot sous forme de brûlures de causes diverses. Le casque, utilisé pour donner au cheveu sa forme ondulée, dégage une chaleur importante et le coiffeur ne doit s'en servir qu'après un séchage parfait ; si cette dernière condition n'est pas remplie, le cuir chevelu est brûlé, et cette lésion est d'autant plus marquée qu'à la vapeur d'eau dégagée (Gauducheau et Desclaux) [peuvent s'associer des vapeurs irritantes d'ammoniaque ou d'acide sulfureux provenant des lotions de nettoyage antérieures (Desclaux et Gauducheau). Les brûlures d'autre origine sont rares, et le fait cité par Piédelièvre est unique d'un peigne de celluloïd oublié dans les cheveux et embrasé par la chaleur du casque.

2° **Les organes intracrâniens** sont sensibles eux aussi à l'application d'une chaleur excessive, et c'est à leur niveau qu'on observe les accidents les plus graves. Il faut bien dire d'abord qu'un grand nombre de femmes, sans l'avouer publiquement, ressentent au sortir d'une séance de coiffure, où leurs nerfs ont été à rude épreuve pendant quatre ou cinq heures de manipulations variées, des lourdeurs de tête, des céphalées parfois tenaces, de l'asthénie ; leur facies est rouge, quelquefois vultueux ou même cyanosé ; la lassitude ressentie peut durer trois ou quatre jours. En un mot, c'est un coup de chaleur "a minima". Il arrive aussi que ces séances provoquent de l'insomnie qui peut s'installer pour un temps assez long (Marisca). La céphalée peut être intense, et même atroce, au point de simuler une tumeur intracrânienne (Dufour).

Des accidents vasculaires cérébraux ont été signalés, sous forme de congestion cérébrale (Yaguë) ou sous forme d'hémorragie entraînant le coma et la mort (Mme Peguero).

Une autre conséquence plus inattendue est celle que Pagniez, Plichet et Pannet ont rapporté à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, sous forme d'un diabète insipide contracté chez le coiffeur en juillet 1934 ; la femme qui en fut atteinte présenta une polyurie de 12 à 15 litres par jour et eut l'heureuse surprise éphémère de voir baisser sa diurèse pendant trois jours aprés une nouvelle séance d'ondulation en janvier 1936. Moins heureuse, une apprentie coiffeuse étrennât l'appareil nouvellement acheté par son patron, novice dans l'utilisation de celui-là ; il s'en suivit un état méningé, bientôt reconnu de nature tuberculeuse, qui entraîna la mort. Feil, en rapportant cette histoire clinique, invoque, pour l'expliquer, la localisation sur une région sensibilisée, de bacilles de sortie émis par un foyer primitif, selon la conception pathogénique de Sergent.

Enfin, voici l'observation d'une jeune fille, recueillie depuis 1943 :

Mlle L..., âgée de 17 ans, de bonne constitution, sans antécédents dignes d'être retenus, mais de conformation assez forte, se décide un jour à satisfaire à la mode : elle se fait faire une ondulation permanente. Après la séance, elle éprouve des céphalées, sent sa face congestionnée et a l'impression d'un brouillard visuel. Le lendemain et les jours suivants la céphalée revient, puis elle est l'objet de cauchemars et sa mémoire devient déficiente. Ses parents remarquent son changement de caractère : la jeune fille devient taciturne, parle peu, perd l'estime d'elle-même, se considère malheureuse et inférieure aux autres jeunes filles ; en outre, elle ressent des crampes et des lourdeurs digestives, manque d'appétit, éprouve quelques vertiges. Ses règles diminuent en abondance et s'espacent. Son poids augmente de 2 kg. en un mois, puis 7 kg., pendant les huit mois suivants, puis 3 kg. pendant les quatre mois suivants, soit 12 kg. en treize mois. Enfin, le traitement hormonal institué parvient à rétablir l'équilibre, à faire fondre l'embonpoint, à régulariser les pertes menstruelles, tandis que disparaissent les petits troubles mentaux.

Quoique d'un autre genre que celui de la malade de Pagniez, cet accident paraît aussi comme une conséquence de la chaleur du casque à ondulation sur la glande hypophysaire. Et il est probable que des troubles endocriniens semblables, mais qu'il n'est pas toujours possible de rapporter à leur véritable origine, sont la conséquence des pratiques capillaires actuelles.

Mais il faut être juste : le casque à ondulations ne cèle pas toujours dans sa profondeur une épée de Damoclès aussi redoutable et je tiens à porter à son actif l'amélioration de deux autres malades : l'une dont les migraines habituelles ont disparu après une permanente en juillet 1940, pour ne reparaître sous une forme atténuée qu'en février 1942, l'autre atteinte d'arthrite cervicale pour laquelle chaque ondulation fait disparaître toute douleur rhumatismale pendant une durée d'au moins huit jours.

Il n'est pas question ici de condamner les pratiques nuisibles, la femme dans son ingéniosité aurait déjà trouvé un autre moyen de mettre sa grâce en valeur. Mais si rares soient les inconvénients, comment y parer ? Un déséquilibre endocrinien réversible peut se corriger. Dans le cas de céphalées tenaces qu'il a observé, Dufour a obtenu la guérison par un traitement insulinen. Mais, en général, mieux vaut prévenir.

La pratique de l'ondulation permanente est à déconseiller pendant les règles et pendant les

périodes de grosse chaleur. Doivent s'abstenir : les épileptiques, les tuberculeuses, les déséquilibrées endocriniennes, les femmes âgées, hypertendues ou artérioscléreuses (Feil). D'ailleurs avec la pratique, les coiffeurs connaissent mieux la manipulation des cheveux, la nécessité d'un rinçage et d'un séchage corrects et l'usage de leurs appareils, et les cas d'accidents provoqués ont été rares ces dernières années. Peut-être faut-il faire aussi la part des restrictions endurées récemment qui ont évité une pléthore sanguine préjudiciable aux vaisseaux cérébraux ?

Pour terminer cet exposé, il est bon de songer aussi au point de vue médicolégal. Dans quelle mesure une dermatose du cuir chevelu, ou des cheveux devenus cassants constituent-ils un droit à indemnité ? Si les mains du coiffeur sont protégées contre les accidents du travail, pourquoi la tête de la patiente ne bénéficierait-elle pas d'une réparation analogue ! Mais alors, pour être juste, lorsque la cliente profitera de la séance d'ondulation pour faire disparaître ses migraines et ses douleurs rhumatismales, ne devrait-elle pas payer en supplément le prix d'une séance de diathermie ?

CONFÉRENCES MÉDICALES GENÈVOISES

En octobre dernier, le Pr Bickel, professeur de clinique médicale à la Faculté de Genève, avait organisé pour les médecins de la Suisse romande, sept conférences de révision et de perfectionnement, en prenant la lourde charge d'en présenter lui-même cinq. Ces exposés sont d'autant plus intéressants qu'ils nous apportent des notions récentes venant d'Amérique, du Canada et d'Angleterre, qui nous sont inconnues ou presque.

Le médecin français qui avait été invité à y assister, s'en voudrait de louer, une fois de plus, la cordiale et même affectueuse hospitalité de ses collègues suisses ou de souligner l'étonnement admiratif du " Français moyen " devant l'aspect " très avant guerre " de Genève. Mais il se doit de signaler la remarquable attention du nombreux public et l'organisation de ces conférences. Un exemple et une suggestion : après chaque conférence les auditeurs pouvaient poser, par écrit, des questions sur des points qu'ils voulaient faire préciser.

Pierre Lowys,
La Roc-des-Fiz (Haute-Savoie).

Le Concours Médical publiera une série de ces conférences. Nous commençons aujourd'hui cette publication



LA PÉNICILLINE

par G. BICKEL

Professeur de clinique thérapeutique à la Faculté de Médecine de Genève.

BIOLOGIE :

Le bouillon brut de pénicilline est très dilué, puisque la substance active s'y trouve à peu près dans les mêmes proportions que le brome dans l'eau de la mer. Une concentration s'impose donc et le produit est livré à l'état sec, sous forme de sels.

Son action antimicrobienne est très puissante, 5.000 à 12.000 fois plus intense que celle des meilleurs sulfamides. Les microbes les plus sensibles sont les coques pyogènes, aussi bien à Gram + (staphylos, streptos, pneumos) qu'à Gram — (gonos, méningos) ; les bacilles à Gram + (diphtérique, tétanique) sont sensibles ; ceux à Gram — ne le sont pas : tuberculose, colibacille, typhoïde, dysenterie, fièvre de Malte.

L'action de la Pénicilline est double : bactériostatique, comme les sulfamides, sur les germes qui ne sont pas en état de division, et bactéricide, détruisant électivement les germes en voie de division. La toxicité du produit est nulle et une souris en supporte 2 gr., soit 6 millions d'unités pour un homme de 60 kg., ou 600 fois la dose thérapeutique. Exceptionnellement, on note des phénomènes d'intolérance, sous forme d'urticaire, dus à l'impureté du produit, et qui disparaîtront avec les perfectionnements techniques.

MODE D'UTILISATION :

1° **Application locale :**

a) Solution à 250-2000 U. par cc3 ; à utiliser très fraîche, soit diluée pour les plaies et brûlures, soit concentrée, en injections dans la plèvre, les articulations et les abcès profonds.

b) Poudre, à 5.000 U. par gr., le reste étant formé par le Sulfathiazol.

c) Onguent à 100-250 U. par gr., contre les brûlures et dermatoses.

2° **Voie buccale :**

Elle nécessite des doses cinq fois plus fortes qu'en piqûres, et la dilution du produit dans une solution alcaline, bicarbonate de soude, et mieux encore citrate trisodique ; actuellement n'est guère employée.

3° **Voie intraveineuse :**

Uniquement utilisable en service hospitalier et pour des septicémies très graves ; elle nécessite « l'infusion » continue, en goutte à goutte ; 40.000 U. de cette manière équivalent à 120.000 par voie intramusculaire.

4° **Voie intramusculaire :**

C'est la méthode de choix surtout lorsque la Pénicilline sera livrée en solution huileuse ; à ce moment, une seule piqûre de 40 à 60.000 U. suffira à guérir la blennorragie. En attendant, chaque dose de 10 à 20.000 U. est dissoute dans de l'eau distillée, à raison de 5 cc3 pour 10.000 U., et répétée toutes les 3 heures jusqu'à une dose totale de 60.000 à 80.000 U. en 24 heures.

Les doses se modifient d'après les résultats des examens bactériologiques dans le sang, le liquide céphalo-rachidien, le pus, etc... La Pénicilline peut fort bien s'accompagner d'autres thérapeutiques : sulfamides, sérums, vaccins, salicylate de soude, transfusion sanguine, etc..

Indications thérapeutiques

Elle réussit bien dans :

Fièvre puerpérale, où les sulfamides échouent souvent.

Endocardite maligne lente : Avait une mortalité, autrefois de 99 à 100 %, et encore de 90 à 95 % avec les sulfamides. Il faut donner des doses très éle-

vées : 200 à 400.000 U. par jour, en cures de 10 à 15 jours, coupées de repos pendant 4 à 6 jours pendant lesquels on donne de fortes doses de sulfamides, le traitement devant être continué jusqu'à disparition de la leucocytose, de la fièvre et de la bactériémie.

Pneumonies sulfamido-résistantes : 10.000 U. toutes les 3 heures, pendant 3 à 4 jours, avec repos la nuit dans les formes bénignes, et, dans les cas graves ; 15 à 20.000 U. toutes les 3 heures, jour et nuit, le traitement devant être continué 2 à 3 jours après la défervescence.

Pleurésie purulente: Après évacuation du liquide et lavage de la plèvre au sérum, une injection intra-pleurale de 10 à 15.000 U., en répétant les injections tous les 1 à 2 jours pendant une semaine ; en cas de besoin, y associer la Pénicilline par voie intra-musculaire, et, en cas d'échec, ne pas retarder le drainage.

Abcès du poumon : Les résultats varient suivant la nature du germe en présence ; on associe à la voie intra-musculaire, 100 à 200.000 U. par jour, les instillations dans la cavité de l'abcès par bronchoscopie.

Méningite aiguë : Dans la méningite cérébro-spinale, la Pénicilline n'agit pas mieux que les sulfamides, mais elle l'emporte sur ceux-ci dans la méningite à streptos et staphylos ; on associe la voie intra-rachidienne, 10 à 20.000 U. par jour, aux injections intra-musculaires, 40 à 80.000 U. par jour, aux injections intra-musculaires, 40 à 80.000 U. par jour, à raison de 5 à 10.000 U. toutes les 3 heures. L'administration conjointe de sulfamides est utile.

Gonococcie : C'est le triomphe de la Pénicilline ; 5 injections intra-musculaires de 20.000 U à 3 heures d'intervalle en 12 heures, soit 100.000 U en tout ; dans 5 % des cas, il y a échec, mais la guérison est obtenue par une seconde cure.

Affections des voies biliaires et urinaires : Bons résultats s'il s'agit de streptos et staphylos, mauvais en cas de colibacilles et d'entérocoques ; les résultats sont bien meilleurs dans les affections des voies urinaires que biliaires, parce que le rein malade concentre la Pénicilline dans le sang, et favorise son action ; il faut 100.000 U. par jour en intra-musculaire.

Syphilis : On compte 2.400.000 U. réparties par doses fractionnées de 40.000 U. en 10 jours. L'action est évidente à tous les stades, mais il faut attendre pour se prononcer sur le résultat définitif. La Pénicilline s'associera sans doute à l'As et au Bi.

Plaies infectées : Les résultats sont bons, mais une asepsie rigoureuse est nécessaire pour éviter la pénétration de microbes insensibles à la Pénicilline, tels que le pyocyanique et le colibacille. On emploie les applications locales à doses peu élevées.

Plaies perforantes du thorax : L'action préventive de la Pénicilline est manifeste ; on injecte de la Pénicilline dans la plèvre, une fois le sang évacué, 60.000 U. dissoutes dans 10 à 30 cc3 de sérum physiologique. Si l'infection est déclarée, même quantité toutes les 2 à 3 heures.

Fractures ouvertes : Pendant 5 à 10 jours, par voie intra-musculaire, 15.000 U. toutes les 3 heures les 3 premiers jours, puis toutes les 4 heures les jours suivants, jusqu'à 500.000 à 1 million d'U.

Plaies perforantes et infectées des articulations : Après lavage au sérum, instillation à travers le drain de 5 à 10 cc3 d'une solution de Pénicilline à 250 U. par cc3.

Gangrène gazeuse : La Pénicilline donne des résultats moyens, 15.000 U. par voie intra-musculaire toutes les 3 heures et en applications locales, conjointement avec la sérothérapie.

Ostéomyélite aiguë : Bons résultats, par voie intra-musculaire et traitement local associés.

Brûlures étendues et profondes : La Pénicilline agit bien car les plaies sont généralement infectées par les staphylos et les streptos. Au niveau du visage, pulvérisations ; pour le reste du corps, application de l'onguent.

En résumé, dans les circonstances actuelles où la Pénicilline doit encore être économisée, utiliser d'abord les sulfamides, sauf si l'on est sûr qu'il s'agit de microbes particulièrement sensibles à la Pénicilline comme les streptos et staphylos. La Pénicilline agit, non seulement sur les microbes insensibles aux sulfamides, mais aussi sur ceux qui sont devenus sulfamido-résistants. Elle est dénuée de toxicité et son action locale n'est nullement entravée par le pus. Par contre, les sulfamides sont faciles à administrer « per os », ils diffusent facilement dans le liquide céphalo-rachidien et ils agissent sur les microbes résistants à la Pénicilline, comme les colibacilles.

A L'ACTIF DE LA NOVOCAINE INTRAVEINEUSE

Par H. Rouèche et W. Pescarolo

I. Observation d'une hémiplégie, par embolie, au cours d'un rétrécissement mitral, guérie par Novocaine intraveineuse.

Mme D..., âgée de 45 ans, est suivie depuis des années pour un rétrécissement mitral.

Au début de décembre, des signes de décompensation apparaissent, avec dypsnée intense, râles fins des bases pulmonaires, cyanose. Un traitement toni-cardiaque est institué et fait rétrocéder l'hyposystolie.

Trois semaines après, la malade se plaignit brusquement de fourmillements dans la main gauche avec pâleur des doigts et engourdissement. Le traitement toni-cardiaque est supprimé et remplacé par des calmants nervins. Tout rentre dans l'ordre.

Quinze jours se passent, quand un soir une hémiplégie droite s'installe brusquement, complète, avec aphasie totale, paralysie faciale du même côté, et perte des urines, sans perte de connaissance.

A l'examen, on note : une impotence complète du côté droit, la disparition des réflexes tendineux, la perte de la sensibilité, et un signe de Babinski très net à droite.

Il n'y a pas de coma, mais une obnubilation assez marquée.

Aucun signe de défaillance cardiaque.

Immédiatement il est procédé à une injection intra-veineuse de 10 cc. de novocaïne, sans adrénaline, à 1 %, suivie une heure après d'une autre injection de 20 cc. de novocaïne à 2 % (1).

Le lendemain, tous les mouvements étaient rede-

venus normaux, les réflexes tendineux réapparaissaient, le réflexe cutané plantaire était en flexion, la sensibilité était revenue; seule persistait une parésie faciale avec aphasie incomplète ; la malade articulait correctement et l'aphasie sensorielle ne portait plus que sur la recherche de quelques mots et l'étiquetage incorrect des objets présentés.

Une semaine plus tard, la parésie avait elle-même disparu. Actuellement, il ne reste plus qu'une aphasie sensorielle très atténuée ne portant que sur les mots peu usuels et l'impossibilité de répéter parmi les textes habituels, la phrase : « Un verrou verrouillé, le déverouilleriez-vous ? »

⁂

II. Récemment, l'un de nous a appliqué cette thérapeutique dans deux cas aussi impressionnants, mais où l'élément embolique était plus discutable.

Ces deux accidents de pneumos survenus à quelques jours de distance sont si superposables que l'on peut les résumer ainsi.

Au cours de deux insufflations de pneumothorax, l'un avec liquide, l'autre sans liquide ; l'aiguille à peine enfoncée, sans insufflation, entraîne l'apparition d'un coma complet avec stertor, perte des urines mydiase et quelques mouvements epileptiformes.

Il est immédiatement procédé à l'injection intraveineuse de **60** cc. de Novocaïne à 1 %. Le premier est sorti du coma trois heures après, sans séquelles. Le deuxième a pu rentrer chez lui une heure après. (C'était au moment de la libération, il n'y avait ni auto, ni ambulance, ni métro).

Or, dix ans auparavant, nous avons été témoin dans un service hospitalier, d'un accident nerveux d'origine pleural terminé par la mort.

A la suite d'une ponction exploratrice chez une malade porteuse d'un fibro-thorax, un coma complet s'installa, avec hémiplégie. A cette époque la Novocaïne intra-veineuse n'était pas appliquée.

Malgré le traitement habituel, la malade mourait 24 heures après, sans être sortie de son coma.

III. Nous avons appliqué cette thérapeutique avec deux autres cas d'urgence.

Un homme de 45 ans sortant de l'hôpital avec une T.A. 25-15, des troubles de décompensation nette, présente subitement une hémiplégie droite avec aphasie et perte de connaissance. Nous pratiquons d'urgene avec le docteur Mauvoisin des injections, que nous continuons matin et soir pendant trois jours, de Novocaïne intra-veineuse 10 cc. à 1 %. Les mouvements reviennent rapidement du côté droit et l'aphasie disparaît au bout de quelques jours.

De même chez une femme âgée présentant depuis quelque temps des signes d'artérite cérébrale, on constate une perte de mémoire avec signes de confusion mentale ; elle ne reconnaît plus son entourage. Une injection intra-veineuse de Novocaïne rétablit l'état normal en quelques heures. Mêmes phénomènes au bout de huit jours. Même restitution à la normale.

⁂

Un grand nombre d'observations ont été apportées à l'actif de cette thérapeutique, notamment à Montpellier.

La Novocaïne a déjà été appliquée dans bien des cas : dyspnée, asthme pulmonaire et même cardiaque, œdème aigu du poumon, spasmes artériels, syndrome de Raynaud, engelures, gangrène des extrémités et embolies pulmonaires, dans le zona et même chez les enfants dans les toxicoses infantiles et le syndrome pâleur-hyperthermie.

Les accidents nerveux des ponctions ou insufflations pleurales sont de nature discutée ; s'il s'agit d'un simple réflexe, la Novocaïne agit, mais souvent les phénomènes réflexes peuvent rétrocéder spontanément sans l'intervention de la thérapeutique.

Au contraire, dans les embolies du rétrécissement mitral, l'élément organique est indiscutable et la disparition des accidents nerveux, en cas d'embolie cérébrale ne se fait pas en huit à douze heures spontanément. La Novocaïne semble agir sur l'ischémie locale réflexe consécutif à l'irruption du caillot dans un segment artériel. Le spasme cède par dilatation du calibre vasculaire.

(1) Cette méthode a été préconisée par J.-S. Bourdin. « Injection intra-veineuse de novocaïne dans les dyspnées ». *Soc. Méd. des Hôpitaux de Paris*, 31 *octobre* 1941, et « La novocaïne intra-veineuse comme traitement d'urgence du syndrome : embolie pulmonaire post-opératoire ». *Académie de Chirurgie*, 2 *décembre* 1942.

LES LIVRES

ÉDITIONS DU COMITÉ NATIONAL DE L'ENFANCE
51, avenue Victor-Emmanuel-III, Paris (8e)

A. Lesage et H. Rouèche. — **Le sevrage.**

Ce petit livre, qui complète la collection des fascicules de propagande et de diffusion du Comité National de l'Enfance, rappelle les recherches sur l'alimentation du petit enfant, donne les principes du sevrage et les besoins alimentaires du nourrisson. Après un exposé détaillé de la question des vitamines, les auteurs indiquent les régimes alimentaires divers proposés au moment du sevrage, et les accidents et maladies qu'il peut provoquer.

ÉDITION DE LA LIBRAIRIE DES SCIENCES ET DES ARTS
106 bis, rue de Rennes, Paris

P. Foucault, professeur à l'Ecole de médecine de Poitiers. — **Planches coloriées d'anatomie : membre supérieur,** 1re série, Prix 160 francs.

Mieux qu'un long discours, un bon schéma fixe les notions acquises et précise des détails qui échappent souvent à l'interprétation de dessins tirés de documents photographiques. Les planches, de grand format, sont de lecture facile et leurs teintes en font bien ressort les différents éléments constitutifs ; elles sont essentiellement maniables, à l'encontre des dessins incorporés dans le texte des traités classiques. C'est dire qu'elles sont surtout recherchées par les étudiants; par les prosecteurs qui trouvent ainsi toutes préparées leurs démonstrations au tableau noir, et par les praticiens qui ont souvent besoin de se remémorer la topographie d'une région.

Les planches demi-schématiques qui ont été tirées avec beaucoup de soin par la Librairie des Sciences et des Arts, sur les dessins, la plupart originaux de P. Foucault, professeur d'Anatomie à l'Ecole de Poitiers, répondent à ces desiderata. Le besoin s'en faisait d'autant plus sentir que les ouvrages classiques sont difficiles à trouver. La pochette de 14 dessins a trait à l'anatomie du Membre supérieur ; d'autres paraîtront incessamment, intéressant les Membres supérieur et inférieur, puis le Tronc et la Tête.

Editions R. LEPINE
39, rue d'Amsterdam, Paris

L'Année Médicale pratique publiée sous la direction du Prof. Camille Lian. — Secrétaire de la rédaction : G. Siguret, 24e année, 1945. Un vol., 472 pages. Prix : 177 francs.

LES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

Expérience de six mois de traitement, par la pénicilline, des maladies infectieuses des enfants.

(MM. Robert Debré, P. Mozziconacci, Mmes Herzog et Cl. Monod-Broca ; 23-10-1945)

M. Debré et ses collaborateurs exposent les résultats de leur expérience de six mois de traitement des maladies infectieuses des enfants par la pénicilline. Pendant le premier semestre de l'année 1945, ils ont employé la pénicilline chez 236 enfants. Ils retiennent 104 cas qui ont pu être suivis, ayant donné 39 insuccès et 65 guérisons. Ils ont eu recours, dans l'ensemble, à des doses assez fortes, 40.000 à 80.000 unités par 24 heures, selon l'âge de l'enfant, réparties en 8 injections de 5.000 à 10.000 unités, faites toutes les 3 heures par voie intra-musculaire. Leur tendance actuelle est de réduire sensiblement cette posologie et de la rapprocher des doses préconisées par les auteurs anglais (2.000 unités par kilogramme de poids corporel). En cas d'injection intra-rachidienne, ils n'ont fait qu'une ou deux injections par 24 heures, de 10.000 à 20.000 unités.

Ils ont traité par la pénicilline 23 méningites aiguës purulentes avec 14 guérisons. La supériorité de la pénicilline paraît certaine pour les méningites à pneumocoques, mais le médicament ne semble pas devoir supplanter entièrement les sulfamides dans le traitement des méningites en général et il est logique de rester fidèle à la sulfamidothérapie dans les méningites à méningocoques. Il faut être prêt toutefois à lui substituer la pénicilline si l'essai du sulfamide n'est pas concluant au bout de 24 heures.

La pénicilline a une action inconstante mais réelle sur les broncho-pneumonies de l'enfant (14 cas traités, avec 5 décès) et elle peut trouver son indication dans certaines pneumonies graves, rebelles aux sulfamides. Son usage au cours des pleurésies purulentes de l'enfant donne l'impression d'une acquisition thérapeutique importante.

La gravité des oto-mastoïdites du nourrison n'a pas été très atténuée par la pénicillinothérapie (8 morts sur 14 cas), mais l'action de la pénicilline sur les affections cutanées de l'enfant s'est montrée nettement manifeste.

Ces conclusions, disent en terminant les auteurs, sont d'ailleurs toutes provisoires. Leur expérience se poursuit.

— M. Lemierre résume, de son côté, les résultats obtenus dans son service de l'hôpital Claude-Bernard avec la pénicillinothérapie, en particulier dans les septicémies.

Vingt-neuf cas de septicémies à staphylocoques se sont terminés 24 fois par la guérison et 5 fois par la mort. Dix de ces cas concernaient des staphylococcies malignes de la face : huit ont guéri. Les 19 autres étaient des septico-pyohémies staphylococciques à points de départ divers : 16 guérisons.

Sur 20 septicémies à streptocoques, 15 fois les résultats ont été heureux. Cinq cas de septico-pyohémies post-angineuses à bacilles funduliformis, dont on connaît le pronostic redoutable, ont tous guéri.

ACADEMIE DE CHIRURGIE

Accidents consécutifs à la compression prolongée des masses musculaires des membres.

(MM. J. Pervès, P. Barge, H. Parneix et J. André ; 17-10-1945)

Le 11 juillet 1944, pour échapper à un bombardement aérien, une partie de la population de La Seyne (Var) se réfugia dans un profond tunnel. Au bout de quelque temps, les personnes qui se trouvaient au fond de la galerie, éprouvant de la gêne respiratoire, refluèrent vers la sortie, dans l'obscurité. Quelques-unes étant tombées à terre, il s'ensuivit un enchevêtrement inextricable de corps obstruant le tunnel jusqu'à la voûte : les sauveteurs retirèrent 80 morts et plus de 100 blessés, tous ayant subi, plusieurs heures, de grosses compressions, des masses musculaires des jambes principalement.

Le syndrome clinique observé chez ces blessés était le suivant : infiltration et œdème des masses musculaires comprimées qui, à l'incision, étaient le siège d'épanchements hémorragiques ; hémoglobinurie et hématurie, néphrite hématurique avec urémie ; anurie ; shock ; décès ou reprise de la diurèse et guérison (10 cas sur 14). Le rapport était évident entre la contusion des masses musculaires et l'hémoglobinurie ou l'hématurie. Il s'est agi du syndrome dit de Bywaters ou crush syndrome — syndrome des ensevelis — dont une bonne description a été donnée au cours de la guerre par les médecins alliés. Les accidents généraux sont principalement sous la dépendance de la néphrite parenchymateuse hématurique, néphrite par résorption massive de produits toxiques, probablement. Comme traitement, les auteurs anglo-saxons conseillent, pour atténuer le choc toxique et l'atteinte brutale des reins, de garotter le membre lésé et de le réfrigérer. M. Pervès pense qu'une décapsulation des reins, faite pas trop tardivement, pourrait quelquefois être utile.

P. L.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX DE PARIS

Goîtres par transplantation.

(MM. Albeaux-Fernet, Pinel, Deribeux et Crépy ; 7-12-1945)

Les A. présentent 11 sujets porteurs de goîtres acquis au cours de leur séjour en Allemagne comme prisonniers de guerre ou déportés, antérieurement sains.

Alimentation : choux, rutabagas.

Un de ces cas a dû être thyroïdectomisé en raison des troubles de compression. Deux présentent des signes d'hyperthyroïdie.

— M. Marcel Perrault : deux facteurs jouent dans la production de goître. La réaction goîtrigène dûe à la carence iodée et la nourriture par le chou (goître expérimental ; c'est l'allylthiourée qui le produit). Le M. B. est normal ou abaissé. Les deux cas avec hyperthyréose incitent à la prudence dans le maniement des hypothyroïdiens. Il rappelle aussi deux cas chez des gens absorbant beaucoup d'huile de colza avec M. B. à 10 % et disparaissant par suppression de l'huile de colza.

Un cas d'infection grave.

(M. Gutmann ; 14-12-1945)

L'auteur rapporte le cas d'un homme qui, depuis quatre mois, présentait un état général très gravement atteint avec asthénie, fièvre oscillant entre 38 et 39, céphalée, gros foie et albuminurie importante. Tous les examens pratiqués n'avaient pas permis d'en trouver l'origine, lorsque l'attention fut attirée vers les gencives entourant deux molaires : muqueuse œdémateuse, violacée, tomenteuse. L'avulsion dentaire amena la guérison en quatre jours.

— M. Laroche insiste sur l'importance et la difficulté diagnostique de ces infections focales.

Etude clinique, radiologique et anatomique des formes pseudo-tumorales de la silicose.

(MM. Ed. Martin et L. Roche ; 14-12-1945)

Les A. présentent le cas d'un malade chez lequel ils ont constaté une opacité homogène à limites arrondies et nettes dans un champ pulmonaire avec dissémination de petites taches. Stabilité radioscopique pendant trois ans. Décès. Présentation de pièces.

Les A. se demandent s'il s'agit de formations nodulaires qui confluent ou si c'est un nodule qui s'accroît.

J. Ch.

LA PRESSE

Anémie protidique et anémie globulaire. — Le Prof. Loeper rappelle que l'anémie n'est pas que la diminution des hématies, cellules les plus abondantes, elle est encore la diminution du plasma, et la diminution des albumines dans ce plasma. Les premières sont des anémies globulaires, les secondes des anémies plasmatiques ou sériques, et les dernières des anémies protidiques. L'anémie peut être totale, elle peut être partielle. Les anémies cellulaires pures sont toujours des anémies pathologiques (chlorose, cancer, anémies de Biermer). Dans les anémies protidiques, le taux des protides baisse de façon considérable sans que s'abaisse au même titre le taux des hématies : ce sont surtout des anémies de famine ou de carence. (*Le Progrès Médical*, 10 novembre 1945.)

Signification chimique et physiopathologique de l'hypoprotéinémie. — On admet actuellement qu'il existe un syndrome clinique lié à l'hypoprotéinémie. **J. Trémolières** fait cependant remarquer que la protéinémie n'est qu'un témoin. Elle vient s'insérer dans tout un système comprenant des réserves, un mécanisme régulateur, des fonctions multiples, un mécanisme d'excrétion. Addis a fait voir que la proportion de protides disparaissant pendant l'inanition chez le rat était de 40 % dans le foie, 8 % dans le muscle, 22 % dans la prostate, 5 % dans le cerveau, 18-28 % dans le rein, la rate, le cœur.

Que l'hypoprotéinémie soit liée à une carence d'apport azoté, à un trouble hépatique ou à une fuite rénale, l'œdème en est la manifestation principale. L'abaissement du taux des protides sériques apparaît donc comme la plaque tournante de tout un syndrome défini et revêt donc une importance particulière en pathologie. (*Le Progrès Médical*, 10 novembre 1945.)

Conséquences cliniques de l'hypoprotidémie. — Le rôle des protides dans la formation des œdèmes repose sur l'expérience de Starling. Bayliss montra ensuite, par des recherches réalisées sur l'animal, que lorsque la pression sanguine était supérieure à la pression osmotique, il se produisait une transsudation de certains éléments du sang contenu dans les capillaires vers les tissus, alors que si la pression dans les vaisseaux est inférieure à la pression osmotique on observe le déplacement en sens inverse des tissus vers les capillaires. **Le Prof. Guy Laroche** rappelle que chez les hypoprotidiques la pression osmotique baisse beaucoup par rapport à la pression sanguine d'où augmentation de l'exosmose par rapport à l'endosmose et production des œdèmes. La raison de la diminution de cette pression osmotique est la diminution de la sérine du sang. La formation des œdèmes par la diminution de la pression osmotique serait donc régie par un facteur simple relativement facile à mesurer. (*Le Progrès Médical*, 10 novembre 1945.)

Sur la pathogénie des œdèmes de dénutrition par carence alimentaire. — H. Gounelle développe quelques arguments contraires à l'application de la théorie de Starling dans sa conception classique, d'après laquelle la tension osmotique des protéines sanguines étant abaissée ces dernières ne retiennent plus suffisamment de liquide dans les vaisseaux et le laissent fuser vers les espaces interstitiels, qui se trouvent de la sorte engorgés. Ces arguments sont les suivants : 1° Il existe des œdèmes de dénutrition avec un taux sanguin normal de serumalbumine. 2° L'apparition clinique de l'œdème ne se trouve pas précédée d'un abaissement de la serumalbumine sanguine. 3° Il existe des anciens œdémateux conservant un taux abaissé de sérumalbumine, bien que ne présentant plus cliniquement d'œdème. 4° On ne relève pas forcément chez l'œdémateux évoluant vers la guérison, une stricte concordance entre la rétrocession de l'œdème et la remontée de la sérumalbumine. 5° Le volume plasmatique est augmenté dans l'œdème de dénutrition.

Il faut ainsi admettre que le seul abaissement du taux de la sérumalbumine ne saurait être tenu pour responsable des œdèmes de dénutrition. La pathogénie de l'œdème de dénutrition reste donc encore mal élucidée ; celui-ci n'est-il pas la conséquence de plusieurs causes associées ? (*La Semaine des Hôpitaux*, 21 novembre 1945.)

G. F.

PHYTOJAVA

Affections hépatiques et hépato-arthritiques

Comprimés : 1 à 3 ou *Gouttes :* 20 à 60 avant chaque repas

LABORATOIRES LONGUET, 34, RUE SEDAINE - PARIS

INTESTARSOL

Granulé

TOXI INFECTION INTESTINALE

PARASITOSES

Laboratoire H. CALAS
162, Rue de l'HAY
GENTILLY (Seine)

VITAMINES "ROCHE"

LAROSCORBINE "ROCHE"
VITAMINE C

BÉNERVA "ROCHE"
VITAMINE B1

ÉPHYNAL "ROCHE"
VITAMINE E

AMINO-VIT "ROCHE"
VITAMINES B1, C, D + Histidine, Tryptophane, Lysine.

Produits "ROCHE"
10, rue Crillon - PARIS-4e

THÉRAPEUTIQUE RHINO-PHARYNGÉE A DOSE FAIBLE

KIDARGOL

LABORATOIRE R. GALLIER, 1 bis, Place du Président-Mithouard, PARIS-VI.

PARTIE PROFESSIONNELLE

PROPOS DU JOUR

QUELQUES RÉFLEXIONS SUR LA SITUATION DÉMOGRAPHIQUE DE LA FRANCE.

Dès avant la guerre la situation démographique de leur pays causait aux Français une inquiétude croissante. — Il n'est pas douteux que la simple lecture des statistiques de natalité et de mortalité les avaient instruits depuis longtemps des risques qu'ils couraient et que c'est en pleine lucidité qu'ils virent venir l'assaut.

Maintenant que s'est vérifié le bien-fondé de leurs pressentiments ils savent avec précision de quoi un redressement de la situation est l'enjeu. Auraient-ils envie de s'illusionner encore, la façon cavalière dont ils sont traités dans un monde revenu aux brutalités primitives les dégriserait vite: sous peine d'être submergés définitivement il leur faut en toute hâte combler d'abord les vides creusés par la guerre, pourvoir ensuite largement à la relève des générations. D'un pays en butte aux premières atteintes de la caducité ils doivent, par un effort tenace, refaire une communauté nationale pleine de vitalité et de confiance en l'avenir. Ils ont eu sous les yeux, chez leurs agresseurs mêmes, l'exemple à suivre.

Mais nous sommes Français et n'aimons pas les mots d'ordre. Si l'on nous pousse dans un sens nous voulons savoir où cela nous mène : avec ses avantages et ses inconvénients la faculté critique est un sens national et ce serait peine perdue que de passer outre.

Sous des gouvernements autoritaires, l'Allemagne et l'Italie ont mené pendant des années une politique forcenée de « rendement » démographique. Elles eurent, il serait puéril de le méconnaître, des initiatives sociales intéressantes et marquées d'un sens démocratique incontestable. Ce qui gâta tout, c'est la mystique qui fut insufflée au peuple et lui persuada (sans dédaigner les coercitions policières !) de se remettre passivement entre les mains d'un chef. Un chef est ambitieux pour lui d'abord, pour son peuple ensuite : il fouette le nationalisme dont aucun peuple, si affranchi se dira-t-il, n'est exempt ; il en exaspère les vanités primitives, flatte le goût, inné dans toutes les masses, de la rapine. Et en peu de temps le conflit avec les voisins devient inévitable. C'est d'une telle aventure que nous sortons.

Je ne pense pas qu'il se trouve un seul Français pour envisager, même dans le but louable de revigorer le pays, d'en courir une analogue à notre compte. Ce qui nous convient c'est une politique de défense raisonnable et pondérée ; c'est, en lui transfusant de la vie, de rendre à notre nation le goût de vivre, et rien de plus. Qu'elle ait l'ambition de récupérer toute sa force perdue, mais pas du tout celle de devenir à tout prix la plus forte. Toute hégémonie est détestable et fomente des rébellions. Laissons à d'autres la responsabilité de leurs insatiables appétits. S'il en surgit de nouveaux conflits, du moins aurons-nous pour nous cette bonne conscience de ne les avoir pas suscités.

Comment, sur ces prémisses, mener la politique démographique de la France ? En nous inspirant, par certains points, de ce que firent les dictateurs d'hier puisqu'ils obtinrent un épanouissement manifeste de leurs peuples ; en nous séparant radicalement d'eux sur d'autres points, puisqu'ils aboutirent en fin de compte à une catastrophe.

Un pays dépourvu d'ambitions impérialistes et soucieux seulement de se rénover ne peut se contenter d'accroître sans discernement le nombre de ses habitants ; il doit chercher aussi la qualité. Ce n'est pas tomber dans l'agressive mystique de la race que désirer pour elle un vivace et harmonieux développement. Cette double préoccupation du nombre et de la valeur intrinsèque, il est indispensable qu'elle inspire, dans un pays comme la France, la politique démographique du présent et de l'avenir. C'est ce que met en évidence le Dr A. Gros, dans un intéressant travail intitulé : *Le problème schématique de la population française*, publié dans le cahier n° 8 (juin 1945) des *Annales de médecine sociale*.

L'auteur stipule qu'il y a deux actions à mener concomitamment : celle qui vise à accroître la natalité et à cultiver une jeunesse vigoureuse ne peut porter ses fruits que dans 25 ans au minimum ; c'est l'action de la prévoyance. En attendant, avec son capital humain tel qu'il est, il faut que la France « tienne », gagne du temps et ne donne à aucun voisin l'impression d'un pays qui s'abandonne. Elle est exactement dans la situation d'un industriel dont l'outillage est désuet et dans le temps qu'il remplacera selon ses possibilités ses machines usées, ne pourra maintenir sa production qu'à force d'entretien.

Notre politique « d'entretien » modulera ses procédés selon qu'elle s'adresse aux ruraux, aux citadins, aux anciens prisonniers et déportés.

Les ruraux forment un groupe en voie de diminution constante et de qui dépendent cependant les ressources primordiales du pays. Le premier objectif est de le fixer à la terre et de faire refluer vers eux l'excédent des villes en améliorant les conditions du travail rural par un outillage modernisé des exploitations, en améliorant aussi les conditions de la vie rurale par un équipement des campagnes (électrification, assainissement de l'habitat). L'ouvrier agricole ne sera content de son sort que s'il ne se sent pas traité en inférieur de l'ouvrier des villes.

Les citadins, principales victimes de la révolution industrielle, ne seront efficacement défendus que si le travail des usines et des bureaux est humanisé par des conceptions larges. Celles-ci comporteront la réduction au minimum de la fatigue inutile, de la maladie, de l'accident et leur compensation réelle par des mesures de sécurité sociale. C'est à quoi visent les divers plans actuellement en instance ou à l'essai en divers pays. En dehors du travail se posent les problèmes de l'habitat,

de l'alimentation et des occupations accessoires telles que le sport et le jardinage.

Quant aux prisonniers et déportés, leur bilan physio-pathologique une fois établi selon les modalités que l'on connaît, il est à prévoir que bon nombre d'entre eux ne pourront se reclasser dans leur profession antérieure, soit du fait de leur état physique, soit des modifications survenues dans le marché de la main-d'œuvre. Un important travail de sélection, d'orientation et de rééducation s'imposera alors si l'on veut éviter à ces hommes la chute dégradante et démoralisante dans le chômage.

Telles sont les diverses voies par lesquelles la France pourra mettre à plein profit les capacités de sa population adulte et se donner le temps de lever une jeunesse capable d'affronter l'avenir.

CETTE jeunesse, le Dr Gros l'envisage à tous les stades de l'âge.

L'adolescent et l'enfant d'âge scolaire ont deux milieux naturels : la famille et l'école. C'est donc en ces deux points que devront s'appliquer les méthodes de formation aussi bien physique que morale, le maître relayant les parents et inversement. L'état ne peut, dans un pays de libre-arbitre, s'immiscer dans l'éducation familiale ; et celle-ci sera, en certains milieux, anarchique ou même négative. Il est des prérogatives du maître de compenser par son action, autant du moins que faire se peut, la défaillance des parents.

Le tout-petit est évidemment sous la dépendance entière de la famille. C'est pourquoi les règles de la puériculture doivent être largement diffusées et pénétrer dans toutes les classes de la société afin que l'on ne voit plus commettre par ignorance ces attentats contre l'hygiène et le bon sens dont pâtissent les jeunes enfants et qui trop souvent leur coûtent la vie.

Enfin c'est dans la personne même de ses parents que l'enfant doit être choyé et préservé ; ici commence le véritable problème de la natalité dont les données ont été posées cent fois mais qui, en France, deviennent chaque jour plus impératives. Les mesures de protection biologique et sociale de la femme enceinte, en vue de lui assurer un repos, une hygiène et une nutrition en rapport avec la grande fonction qu'elle assume ; l'éducation des jeunes couples tendant à leur faire concevoir la gravité de l'œuvre qu'ils vont accomplir en commun, la nécessité et la façon de s'y préparer, les dispositions législatives qui, avec une aide efficace, leur apporteront la quiétude et la confiance en l'avenir, telles sont les principales têtes de chapitre d'une politique démographique décidée à porter des fruits. Elles sont à aborder simultanément car ici plus que partout ailleurs une action hésitante et fragmentaire n'aboutirait qu'à gaspiller efforts et ressources et à discréditer l'ensemble d'un plan qui a prouvé sa valeur.

IL a prouvé sa valeur en Allemagne et en Italie où, plus ou moins remanié par les doctrines politiques locales, il fut mis en œuvre dès l'avènement des dictatures. On sait quels en furent les résultats et que les index de natalité allemand et italien nous étaient, avant la guerre, sans cesse proposés en exemples. C'était du reste une gageure déraisonnable, dans des pays pauvres et qui déjà pourvoyaient difficilement aux besoins essentiels de leur population, d'augmenter délibérément celle-ci. Il ne pouvait en résulter qu'une surcharge intolérable pour ces pays et une dénivellation dangereuse pour les voisins. Au terme de l'expérience, la guerre devenait une nécessité et l'on peut penser avec vraisemblance que c'est en connaissance de cause que les dictateurs employèrent ce détour pour faire accepter par leurs peuples une guerre de conquête.

La situation est très différente chez nous. Notre sol est riche et il manque de main-d'œuvre : depuis de longues années nous commettons à l'étourdi l'impardonnable faute de l'abandonner. De vastes terroirs retournent à la friche et semblent un défi jeté aux régions surpeuplées du continent. Nous sommes, mais en sens inverse, en déséquilibre, tout comme l'étaient l'Allemagne et l'Italie. Elles ne pouvaient se rétablir qu'en empiétant sur les voisins ; nous ne sommes heureusement pas acculés dans la même impasse et pouvons assurer notre avenir sans troubler l'Europe. Il suffit pour cela d'un effort sur nous-mêmes.

Néanmoins les nécessités vitales n'expliquent pas tout dans la volonté d'expansion d'un pays. En ce moment même il en est qui, ne manquant de rien sur leur propre sol, poussent cependant avec une ténacité abusive au-delà de leurs frontières. Une doctrine politique ou des ambitions économiques peuvent allumer des appétits aussi universels que les impérialismes les plus traditionnels. En fait dès qu'un pays se sent puissant il échappe difficilement à la tentation de brimer les faibles.

Nous n'en sommes pas là ! Les rebuffades dont nous sommes abreuvés en cet après-guerre nous remontrent assez que notre stature est modeste et n'impose pas grande considération. Il se trouve néanmoins des gens assez dépourvus du sens des réalités pour faire encore les matamores et prétendre que la France ne perde pas un pouce de sa taille... de la taille qu'elle avait il y a cent ans. Hélas ! Et que serait-ce si nous étions dix millions de Français de plus ?

Je souhaite, certes, que ce renfort indispensable de dix millions d'êtres jeunes et vigoureux nous vienne le plus tôt possible et que, dans ce but, le plan du Dr Gros soit appliqué dans toutes ses modalités, d'un ferme et infatigable vouloir. Mais avec une égale ferveur je souhaite qu'en ce temps-là les Français soient assez sages pour penser avec horreur à Hitler et à Mussolini, à la façon dont ils commencèrent leurs carrières. Car qui sait si, à ce moment-là, la mémoire ne sera pas déjà perdue de la façon dont ils l'ont finie ?

G. LAVALÉE.

ASSURANCES SOCIALES

AVANTAGES ET INCONVENIENTS DE LA CONVENTION SYNDICAT-CAISSE

DEPUIS le 1er janvier 1946, les dispositions nouvelles instituées par l'ordonnance du 19 octobre 1946, en matière d'assurance-maladie sont entrées en vigueur. La question se pose donc de savoir dans les divers départements s'il y a lieu ou non de passer convention avec les Caisses. Ce problème est, au reste, singulièrement obscurci par les réactions hostiles ou favorables que déclenche le Plan de Sécurité sociale. Notre objet serait ici de ramener le problème à des proportions plus modestes, et d'informer nos lecteurs de son aspect objectif, afin qu'ils décident en connaissance de cause.

Le régime transitoire actuel

RAPPELONS que l'ordonnance du 19 octobre, dans son article 10, confie à des conventions conclues entre les Syndicats et les Caisses régionales de Sécurité sociale le soin d'établir un tarif d'honoraires qui soit aussi un tarif de responsabilité. Les dites conventions doivent cependant être préalablement approuvées par une Commission tripartite nationale.

L'article 7 du règlement d'administration publique du 29 décembre dernier précise qu'il appartient au ministre du Travail d'arrêter des *modèles de convention*, comportant des dispositions facultatives et des dispositions obligatoires. En sorte que ces contrats collectifs apparaissent surtout comme des *contrats d'adhésion* que l'on accepte ou rejette en bloc et auxquels la volonté des parties ne suffit pas à donner force de loi.

Ladite convention-modèle, publiée au *J. O.* du 15 janvier par un arrêté du 3 janvier, consacre cependant en fait l'accord intervenu sur le texte préparé par la Confédération des Syndicats et le Conseil supérieur de la Sécurité sociale. (1)

Cette convention-modèle, comme le mot l'indique, ne s'impose pas *ipso facto*, même dans ses dispositions obligatoires. La caractéristique essentielle du régime de la convention est, répétons-le, qu'on peut légalement y recourir ou la rejeter. De quelle manière doit s'exercer l'option (dont nous verrons plus bas les conséquences, dans un sens comme dans l'autre) ? L'article 10 de l'ordonnance prévoit que s'il y a désaccord (donc échec après discussion) ou si aucun tarif n'est établi (c'est-à-dire si le Syndicat fait le mort), une *mise en demeure* doit être adressée par le ministre du Travail au Syndicat intéressé. Si *dans le mois* de la mise en demeure l'accord n'est pas intervenu, le régime non-conventionnel est alors appliqué.

La formalité essentielle est donc la mise en demeure. Tant qu'elle n'est pas intervenue, la situation est réglée par l'article 137 du R.A.P. : « les honoraires dus aux praticiens... seront remboursés dans les conditions prévues par les dispositions en vigueur avant l'application du présent décret », c'est-à-dire sur la base du régime conventionnel prévu par le décret du 28 octobre 1945, le médecin appliquant le tarif syndical moyen sous le contrôle en cas d'abus des juridictions professionnelles, et la Caisse remboursant selon un tarif de responsabilité généralement inférieur, mais inséré également dans la convention. Si elles n'ont pas été expressément dénoncées, les conventions anciennes conclues par les Conseils de l'Ordre de 1942 continuent en effet à conserver valeur d'usage dans les rapports entre les médecins, les assurés et les Caisses, et la signature des feuilles de maladie est nécessaire et suffisante pour entraîner l'adhésion du signataire selon l'article 10 § 1er de l'ancien R.A.P.

Si la convention formule 1946 est signée, l'autre partie est provisoirement, non pas la Caisse régionale de Sécurité sociale qui ne sera mise en place que le 1er juillet prochain (date d'entrée en vigueur du Plan Parodi et de l'extension des A.S. à toute la population salariée), mais les Unions régionales de Caisses (art. 134 du R.A.P.). Ce point mérite d'être noté : la convention actuelle est provisoire et l'acceptation des clauses facultatives ou du tarif par le signataire actuel n'engage point le signataire futur.

Effets obligatoires de la convention

LA signature d'une convention, et son approbation par la Commission tripartite a pour effet (et objet) premier de *transformer le tarif syndical en tarif de responsabilité*. Autrement dit, d'un tarif professionnel et privé, la convention fait un tarif social officiel. Ce qu'il gagne en force, le tarif le perd en souplesse et en liberté, car *ipso facto*, il échappe à la seule volonté de l'organisme qui l'a établi. L'important est alors d'examiner comment sa révision sera possible.

L'article 6 § 2 de la convention précise que la durée du tarif est en principe égale à celle de la convention. Les deux concepts sont en effet indissolublement liés. Toutefois la convention *peut* (mais la clause n'est plus obligatoire) prévoir elle-même un *mécanisme de révision*. Nous l'étudierons plus bas.

Quelle est cette durée ? Si l'on fait peu de confiance à la révision automatique, il y a évidemment intérêt, dans la période d'instabilité actuelle, à recourir à une durée très courte. L'article 12 § 2 de la convention modèle prévoit *une année* — ce qui nous semble fort long — même en tenant compte de la nécessité où les Caisses sont de prévoir un budget. *Mais cette clause n'est pas obligatoire.*

Cela posé, les autres clauses obligatoires le sont uniquement parce qu'elles reproduisent, en les précisant, les dispositions légales, lesquelles, étant d'ordre public, ne sauraient valablement être écartées par des dispositions conventionnelles.

Notons les principales clauses ainsi visées : respect du libre choix sans discriminations autres que celles résultant des suspensions régulières (art. 1er), présentation par l'assuré de sa carte d'immatriculation (art. 2), signature des feuilles de maladie (art. 3), règlement *direct* des honoraires du médecin par le client (art. 3 § 7), respect du principe d'économie dans la prescription (art. 6 § 1er), propriété des ordonnances (art. 4 § 2), approbation des tarifs par la Commission nationale (art. 6 § 4), application de ces règles à la maternité et à la longue maladie (art. 11).

Une seule clause *obligatoire* apporte au problème des honoraires et de l'entente directe, tel qu'il est réglé

(1) Cfr ci-après page 7

par l'article 13 de l'ordonnance, une contribution nouvelle. On sait que selon ledit article, tout praticien demandant des honoraires supérieurs au tarif convenu peut être appelé à justifier des motifs de ce dépassement, les seuls motifs *légitimes* étant « la situation de fortune de l'assuré, la notoriété du praticien et autres circonstances particulières ». La règle légale, veut donc que tout dépassement soit ainsi *présumé abusif* et appelle une justification. L'article 6 § 5 de la convention-modèle fait disparaître cette présomption en ce qui concerne les *assurés notoirement aisés*, qui comprennent notamment les assurés « cotisant sur la base du salaire maximum ». Dans cette hypothèse, le contrôle n'intervient qu'en cas de « dépassements importants ».

Remarquons enfin que les clauses *obligatoires* de la convention, c'est-à-dire essentiellement le tarif d'honoraires convenu, *s'imposent* dès lors que la convention est régulièrement conclue, non seulement au Syndicat signataire, mais encore à tous les médecins *syndiqués ou non* de son ressort, sans qu'il y ait lieu de rechercher comme autrefois s'ils ont ou non adhéré aux clauses de la convention en signant les feuilles de maladie. Autrement dit, la délivrance à l'assuré d'un reçu sur papier libre ne permet plus aujourd'hui d'échapper *légalement* aux prescriptions sur le tarif. Le caractère d'ordre public de la loi s'est donc fortement accentué : il n'est plus possible juridiquement à un médecin, s'il a connaissance de la qualité d'assuré social de son client par la production de sa carte d'immatriculation ou de ses feuilles de maladie, de le traiter valablement comme client de droit commun.

Effets facultatifs de la convention

La *durée* de la convention n'est point fixée par le modèle à titre obligatoire. Les Syndicats signataires ont donc intérêt à se rapprocher, actuellement, de la durée minima compatible avec la gestion des Caisses, qui semble être de *six mois*. D'autre part, ils peuvent, s'ils contractent pour une plus longue durée, se prémunir contre une dévaluation nouvelle en recourant à un mécanisme de révision, ne remettant pas en question le principe même de l'accord. Ce mécanisme est prévu par l'article 6 § 3 : la révision des tarifs est préparée par une *commission paritaire* qui se réunit automatiquement, à la demande de l'une des parties, en cas de variation d'au moins 20 % de l'indice choisi. Cet indice n'est point déterminé dans la convention modèle. La Confédération recommande soit le salaire de base de la région, soit des indices se référant aux frais professionnels du médecin (essence, pneus, etc.).

Cette même commission paritaire est chargée de régler par voie de conciliation tous les différends collectifs entre les deux parties. Les honoraires pour visites du médecin praticien à l'assuré hospitalisé sont remboursés dans les mêmes conditions que les visites à domicile.

Un des effets essentiels de la convention Syndicat-Caisse devrait être d'éliminer toute idée de la part des Caisses de concurrencer l'exercice de la médecine libre par la création ou la subvention d'organismes de soins au bénéfice de leurs assurés. Mieux même, la convention devrait, de manière positive, organiser la coopération des Syndicats et des Caisses en vue de créer et de gérer en commun dans leur circonscription les futurs centres d'examen dont on s'accorde généralement à reconnaître l'utilité pour l'exercice d'une bonne médecine. Nous devons avouer que nous trouvons un peu « pâle » à cet égard la clause de l'article 7, qui se borne à prévoir un *droit de « communication »* du Syndicat signataire sur toutes les conventions conclues par la Caisse avec les hôpitaux, les établissements de cure et de prévention et les dispensaires publics et privés. Les cliniques privées (ou cliniques ouvertes d'hôpital public) n'ont pas à figurer dans cette énumération, les conventions les concernant devant être signées par le syndicat lui-même, (article 11 § 2 de l'ordonnance.)

Mais il est bien évident que cette clause facultative ne constitue qu'un minimum, et que le champ reste ouvert aux initiatives constructives des Syndicats.

Bien pâle également nous semble la « clause fiscale » de l'article 9 prévoyant la communication à chaque médecin de la déclaration d'honoraires faite à son sujet au fisc par la Caisse. D'une part, en effet, cette communication devrait aller de soi. D'autre part, nous sommes loin de compte ; et le corps médical attendait de sa coopération à l'application de l'ordonnance un avantage plus substantiel (1), : le bénéfice du taux afférent à la cédule des traitements et salaires, ce qui découle logiquement des possibilités de contrôle actuel du chiffre exact de son revenu. Il ne semble point, jusqu'à plus ample informé, que le moindre commencement de satisfaction ait été donné à cette revendication. Il est vrai que ce n'est point des Caisses, au reste, que dépend la réforme !

Cette énumération de clauses-modèles ne saurait évidemment être limitative. Les Syndicats peuvent en ajouter de nouvelles, inspirées par leurs besoins locaux ou leur politique personnelle. Il importe seulement de ne point se faire à cet égard d'illusions excessives : les conventions peuvent difficilement desserrer l'étreinte légale ; toute clause contraire aux dispositions de l'ordonnance serait évidemment nulle de plein droit.

Faut-il, dans la convention, réglementer la qualification des spécialistes ou la reconnaissance officielle de cette « notoriété » sur quoi la loi fonde en particulier la légitimité des « dépassements » ? A notre avis, une telle détermination d'une part échappe à la compétence des Syndicats et d'autre part paraît inopportune. Qualifier officiellement un spécialiste ne peut être que le fait d'une loi réformant les études et l'exercice de la médecine. S'il y a différend dans un cas particulier, les juridictions professionnelles sont là pour le trancher. Quant à la « notoriété », elle fait partie de ces éléments indéterminables par voie réglementaire, que le texte a justement prévu pour introduire dans un mécanisme légal d'une rigidité déjà excessive, le minimum de souplesse nécessaire. Là encore les Conseils régionaux et nationaux de l'Ordre trancheront dans tous les cas d'espèce qui leur seront soumis.

Enfin, les dispositions facultatives ne s'imposent pas automatiquement, comme les précédentes, aux médecins du ressort. Elles requièrent pour leur être opposables une adhésion formelle, qui résulte au reste selon l'article 1er § 1 de la signature des imprimés des Caisses. Nous retrouvons, limitée à ce seul secteur libre, l'ancienne disposition de l'article 10 du R.A.P.

Effets de l'absence de convention

L'ordonnance du 19 octobre (et c'est là notre principal reproche) n'a ouvert qu'un crédit très limité au régime conventionnel. Toutes précautions sont prises pour éviter les effets d'un refus de convention de la part des médecins, ce qui fait apparaître quelque

(1) Ordre du jour de l'Assemblée générale de la Confédération.

peu celle-ci comme une hypocrisie. En gros, en l'absence de convention, nous retombons sous le régime de l'ordonnance du 3 mars, avec cette amélioration toutefois que les tarifs d'honoraires (qui sont aussi tarifs de responsabilité) sont établis en dernier ressort, non plus par trois ministres, mais par une Commission tripartite nationale où le Corps médical est représenté. Au tarif viennent évidemment s'adjoindre, pour contraindre le médecin, toutes les dispositions légales qui sont transformées dans la convention modèle en clauses obligatoires (économie dans la prescription, contrôle des dépassements, etc.).

Autrement dit, l'absence de convention n'a point pour effet *légal*, comme certains semblent le croire, de permettre un retour au régime libéral du décret du 28 octobre 1935 (que le jeu de convention avait au reste rapproché par une sorte de convergence fatale du régime *légal* actuel), mais de faire tomber le Corps médical sous un régime de *contrainte étatique directe*, dénué de tous les tempéraments et des quelques libertés que le régime conventionnel peut encore lui apporter (secteur libre pour les « notoirement aisés », coopération possible pour l'organisation de la médecine libre, absence de concurrence, clause fiscale, etc.).

Sous l'angle économique d'autre part, il est probable que le tarif fixé par la Commission en l'absence de convention sera *moins élevé* que le tarif convenu (rappelons à cet égard que ce tarif a aujourd'hui un champ d'application beaucoup plus vaste qu'autrefois et s'étend pratiquement à toute la clientèle non libre). Mais cet avantage temporaire du régime conventionnel est plus important encore si on le considère sous l'angle du temps. La *révision* par la Commission nationale d'un tarif préalablement fixé par elle sera *lente et difficile*, L'annulation du tarif convenu est au contraire *automatique*, par l'arrivée du terme de la convention. Sa révision est d'autre part *organisée* par un mécanisme qui permet une adaptation du tarif aux variations du niveau général des prix.

En bref, le refus de convention ne peut raisonnablement se fonder que sur une volonté bien déterminée du Corps médical de se mettre « hors la loi ».

On peut dire enfin que si la majorité du Corps médical s'abstient de contracter, il perd du même coup un utile moyen de pression pour obtenir, grâce à la menace d'une dénonciation collective, d'une part la révision du texte de l'ordonnance (qu'il faut dissocier soigneusement du régime conventionnel, ainsi que nous l'avons démontré), et d'autre part l'abrogation du régime spécial d'assurance-maladie en Alsace et en Moselle (régime qui constitue une menace, tant qu'il vivra, pour la France entière).

Conclusions

La rigueur de l'ordonnance du 19 octobre et sa volonté d'inclure le médecin dans un cadre obligatoire est-elle due à la traditionnelle méfiance du Corps médical, ou cette attitude à nouveau manifestée a-t-elle conduit le législateur à cette extrémité ? Les deux hypothèses sont probablement vraies. Mais il importe aujourd'hui de sortir de ce cercle vicieux. Si le législateur veut réellement détourner les médecins d'un repliement qui ferait une œuvre vaine de son « Plan », il doit apprendre enfin qu'à vouloir enfermer ce qui est libre par nature, on ne conserve entre ses mains qu'une carcasse et qu'une apparence. Le Plan ne vivra que s'il fait davantage confiance à la liberté et aux médecins, aux libres rapports individuels, comme aux libres conventions collectives. Leur signature doit apparaître, non comme un lâche consentement à ce qu'une force majeure impose, mais comme le moyen de donner, par un accord direct collectif sans intervention étatique, une base économique et sociale (et non plus seulement corporative) à l'Entente Directe de la Charte.

La signature des conventions actuelles reste dans la ligne du combat contre l'étatisme et ne constitue pas une démission, dès lorsqu'elle s'accompagne des réserves indispensables sur certaines dispositions obligatoires de la loi et qu'il est clairement manifesté qu'un respect momentané de l'ordre public ne signifie point que l'on renonce à agir en vue d'une réforme dont la nécessité finira par s'imposer.

Jean MIGNON.

DOCUMENTATION PROFESSIONNELLE

CONVENTION TYPE

(modèle approuvé par arrêté du 3 janvier 1946.)

ENTRE LA CAISSE RÉGIONALE DE SÉCURITÉ SOCIALE DE ..... ET LE SYNDICAT MÉDICAL DU DÉPARTEMENT DE ..... POUR LES SOINS A DOMICILE ET AU CABINET DU MÉDECIN (1).

Libre choix.

* Article premier. — § 1er. — Pour les soins à domicile et au cabinet du médecin, conformément à l'article 8 de l'ordonnance du 19 octobre 1945, le libre choix du bénéficiaire s'exerce entre tous les médecins ayant légalement droit d'exercer en France.

L'adhésion aux clauses de la présente convention qui ne sont pas obligatoires de plein droit, résulte de la la signature par le praticien, des imprimés dont la production est exigée par la caisse pour l'attribution des prestations.

La caisse ne participe pas aux frais de déplacement supplémentaires résultant du choix fait par l'assuré d'un praticien autre que ceux de la commune où il réside ou, à défaut de la commune la plus proche.

§2. — Sous réserve de son droit de faire connaître, à ses adhérents, les sanctions comportant l'interdiction temporaire ou définitive de donner des soins aux bénéficiaires des assurances sociales, la caisse s'engage à ne faire aucune discrimination, sous quelque forme que ce soit, entre les médecins inscrits à un tableau de l'ordre, ainsi qu'entre ces médecins et les autres praticiens pratiquant les mêmes actes.

Présentation de la carte d'immatriculation et de la feuille de maladie.

* Art. 2. — Tout bénéficiaire de l'assurance sociale qui consulte un médecin doit lui présenter, dès le début de la consultation ou de la visite, sa carte d'immatriculation de la caisse et une feuille de maladie portant son nom et son numéro matricule.

Feuille de maladie et feuille de soins spéciaux ou chirurgicaux.

* Art. 3. — § 1er. — Tout bénéficiaire des assurances sociales qui veut faire usage de son droit

(1) Les articles ou § précédés d'un astérique sont obligatoires.

à l'assurance maladie se fait délivrer une feuille de maladie par sa caisse. La caisse délivre, dans les mêmes conditions, toutes pièces nécessitant la signature du praticien. Ces différentes pièces doivent porter les indications du nom et du numéro d'immatriculation de l'assuré.

§ 2. — Lors de chaque acte médical, le médecin porte sur la feuille maladie les indications prescrites.

La prestation des soins doit être mentionnée au jour le jour en utilisant les notations prévues à la nomenclature officielle des actes médicaux.

§ 3. — Le praticien indique notamment lors de la première visite ou consultation, dans la mesure du possible, la durée probable de l'affection et, quand il y a lieu, et il s'agit de l'assuré lui-même, la nécessité d'interruption de travail et sa durée probable.

Il indique, en outre, chaque fois que cela est possible, la date de la guérison apparente.

Il indique également, dès qu'il peut en juger, la date à laquelle, médicalement parlant, le travail peut être repris.

En aucun cas, la feuille de maladie ne doit être conservée par le médecin, sous réserve des règles applicables aux assurés bénéficiaires de l'assistance médicale gratuite.

§ 4. — La feuille de maladie ne doit comporter aucune indication de diagnostic, la caisse s'interdit, en dehors de la procédure de contrôle médical, de poser des questions à ce sujet.

§ 5. — Dans le cas où la nomenclature prévoit soit un bulletin d'avis, soit une formule d'entente préalable, le médecin ou le spécialiste remplit, dans le délai de quarante-huit heures, les formules nécessaires. Il porte sur la feuille de maladie, dans la colonne « Observations », les lettre « A. D. » attestant que l'avis a été donné.

Le méedcin doit remplir les feuilles de soins spéciaux dans les mêmes conditions que la feuille de maladie.

§ 6. — S'il y a lieu à intervention d'un auxiliaire médical, le médecin traitant le spécifie dans une ordonnance distincte qui précise qualitativement et quantitativement les soins à donner.

§ 7. — Le malade règle directement au médecin ses honoraires. Le médecin donne l'acquit sur la feuille de maladie dans une colonne spéciale ; il ne peut donner acquit que pour les actes médicaux qu'il a accomplis personnellement et pour lesquels il a perçu des honoraires, réserve faite des dispositions du paragraphe 9.

§ 8. — La caisse ne rembourse à l'assuré que les actes médicaux dont le médecin atteste qu'ils ont été dispensés et acquittés.

§ 9. — Pour les actes dispensés à des assurés bénéficiaires :

1° De pensions militaires ;

2° De l'assistance médicale gratuite ;

3° De consultations à titre gratuit,

le médecin porte sur les imprimés d'assurances sociales, en place de la signature « acquit » et selon le cas, les inscriptions suivantes : « art. 64 », « A. M. G. » ou « gratuit ».

§ 10. — En cas de contrôle effectué par la caisse, le médecin conseil ne doit, en aucun cas, donner au malade une appréciation sur le traitement effectué et il doit s'abstenir rigoureusement de tout conseil et de tout acte thérapeutique.

Ordonnances.

* Art. 4. — § 1er. — Les médecins sont tenus dans toutes leurs prescriptions, d'observer la plus stricte économie compatible avec l'efficacité du traitement (art. 9 de l'ordonnance du 19 octobre 1945).

§ 2. — Le médecin formule ses ordonnances sur un papier portant de façon lisible son nom et son adresse. Les ordonnances sont formulées quantitativement et qualitativement avec toute la précision possible.

L'ordonnance est la propriété du malade ; celui-ci peut en demander à la caisse la restitution ou la copie. Le médecin ne peut spécifier sur l'ordonnance qu'un ou deux renouvellements, sauf cas particuliers nécessitant un traitement prolongé et spécifiés sur l'ordonnance.

§ 3. — Le médecin formule sur des feuilles distinctes :

1° Les médicaments ou objets que le malade doit se procurer chez des fournisseurs différents (pharmaciens, orthopédistes, opticiens, etc.) ;

2° Les examens de laboratoire.

En cas d'établissement d'une ordonnance, le médecin porte la lettre « O » dans la colonne prévue à cet effet sur la feuille de maladie.

En cas d'ordonnance multiples, il porte les indications « O2 », « O3 », « O4 » etc., signifiant ainsi qu'elles constituent un tout.

Intervention d'un médecin consultant.

* Art. 5. — S'il y a consultation entre plusieurs médecins, ils apposent chacun leurs signature sur la même feuille, à la date de la consultation.

Tarifs.

* Art. 6. — § 1er. — Les honoraires pour soins à domicile ou au cabinet du médecin établis conformément à l'article 10 de l'ordonnance n° 45-2454 du 19 octobre 1945 sont les suivants :

Prix de la consultation au cabinet du médecin :

Prix de la visite au domicile du malade.

Prix de la visite du dimanche.

Prix de la visite de nuit.

Prix du ou des forfaits d'accouchement.

Valeur de la lettre-clé PC (actes de pratique médicale courante).

Valeur de la lettre-clé K (actes de chirurgie et de spécialités).

Valeur de l'indemnité kilométrique au kilomètre parcouru.

Les prix des actes médicaux autres que les consultations et visites sont déterminés par la nomenclature générale des actes médicaux, en fonction de la valeur donnée ci-dessus aux lettres-clés PC et K.

* § 2. — La durée de la validité de ce tarif est, en principe, égale à la durée de la présente convention sous réserve d'une revision effectuée conformément au paragraphe 3.

§ 3. — Le tarif ci-dessus correspond à une situation économique caractérisée par les indices figurant en annexe. La revision du tarif est préparée par une commission composée de trois représentants de la caisse régionale de sécurité sociale et de trois représentants du syndicat médical de .... (ou de la fédération des syndicats du département de .....).

La commission se réunit obligatoirement à la demande de l'une des parties lorsque l'ensemble des indices figurant en annexe subit une modification en hausse ou en baisse d'au moins 20 p. 100.

* § 4. — Le tarif prévu au paragraphe premier, ainsi que le tarif revisé conformément au paragraphe 3 n'entrent en vigueur qu'après avoir été approuvés par la commission nationale visée à l'article 10 de l'ordonnance n° 45-2454 du 19 octobre 1945.

* § 5. — Les caisses s'engagent, hors le cas de dépassement important, à ne pas porter devant la commission prévue par l'article 13 de l'ordonnance n° 45-2454 du 19 octobre 1945 les dépassements de tarif concernant les soins donnés aux assurés sociaux notoirement aisés.

Pour l'appréciation de la situation de fortune, il pourra être tenu compte, notamment, du fait que l'assuré cotise sur la base du salaire maximum et de la situation de famille.

Conventions hospitalières.

Art. 7. — Les conventions hospitalières et celles conclues avec les établissements publics de cure ou de prévention ou avec des dispensaires publics ou privés seront communiqués au syndicat médical du département de ..... ou à la fédération des syndicats médicaux de ..... par la caisse régionale de sécurité sociale de .....

Honoraires du médecin praticien à l'hôpital.

Art. 8. — Les visites faites à l'assuré hospitalisé par le médecin traitant en accord avec le médecin de l'hôpital donnent lieu à remboursement dans les mêmes conditions que les visites à domicile.

Les dispositions de la nomenclature relatives à l'assistance du médecin traitant, à l'opération, sont applicables aux interventions effectuées à l'hôpital public.

Dispositions fiscales.

Art. 9. — La caisse s'engage, sur la demande de chacun des médecins intéressés, à porter à la connaissance de celui-ci le montant global des honoraires déclarés par ses soins à l'administration des contributions directes.

Commission paritaire.

Art. 10. — Toute question intéressant à la fois les caisses et le corps médical, et, enparticulier, toute question soulevée par l'application de la présente convention est soumise à la commission prévue à l'article 6 de la présente convention.

* Art. 11. — Les dispositions de la présente convention sont applicables à l'assurance de longue maladie et à l'assurance maternité.

Art. 12. — § 1er La caisse et les syndicats médicaux ont toute liberté pour diffuser la présente convention.

§ 2. — La présente convention est conclue pour une période d'un an à dater du ..... Elle se renouvellera d'année en année par tacite reconduction.

§ 3. — Elle pourra être résiliée par l'une des parties contractantes, par l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception au minimum deux mois avant la date d'expiration annuelle.

Fait à ....., le .....

(« J. O. », 15 janvier 1946.)

UN EXEMPLE A SUIVRE ; IL NOUS VIENT DE GRANDE-BRETAGNE

Face au projet du Service de Santé national en Angleterre, *un manifeste solennel vient d'être publié dans le British Médical Journal* (15 *décembre* 1945) *par un comité composé des représentants de tous les grandes sociétés et associations médicales de Grande-Bretagne. Nous le reproduisons ci-dessous, d'après* Médecine et Hygiène (15 *janvier* 1946).

Avant-propos

Tous les projets concernant un Service national de la santé devraient être examinés à la lumière des principes ci-après et si ces principes se voyaient enfreints sur un point particulier, la profession médicale devrait pouvoir se grouper pour s'y opposer.

Pour autant qu'aucun de ces principes ne se trouverait enfreint, la profession médicale ne trouverait aucune difficulté à coopérer avec le gouvernement pour travailler à l'administration du Service national de santé.

Principes fondamentaux présentés par le Corps médical

Depuis un quart de siècle le Corps médical a reconnu la nécessité de posséder un Service de santé complet. La communauté professionnelle désire et se trouve soucieuse de coopérer avec le gouvernement pour le développement de ce service, persuadé que la science et l'expérience de la profession sont une contribution indispensable pour le succès de ce service.

Elle déclare à nouveau que de bons logements de même que des conditions sociales, économiques et de milieu favorables sont les facteurs principaux pour la conservation de la santé et la prévention des maladies. Elle insiste sur la nécessité de donner une large expansion aux recherches médicales.

Pour le bien à la fois du public et de la médecine, le Corps médical considère comme essentiel d'admettre les principes suivants :

I. — Dans l'intérêt général, le Corps médical est opposé à toute forme de service qui aboutirait directement ou indirectement à réduire la profession dans son ensemble au rôle de serviteurs salariés de l'Etat ou des autorités et leur donnant tout leur temps de travail.

II. — Le Corps médical devra rester libre d'exercer l'art et la science de la médecine en accord avec les traditions, ses normes et ses connaissances. Le médecin, en tant qu'individu, conservera toute responsabilité pour le traitement de son patient et gardera la liberté de son jugement, de ses actes, de ses paroles, de ses publications, sans interférence quelconque dans son travail professionnel.

III. — Les citoyens devront être libres de choisir et de changer leur médecin de famille, de décider, d'accord avec leur médecin de famille, de l'hôpital où ils auraient besoin d'être soignés, libres aussi de recourir au service public ou de se procurer de façon indépendante les soins médicaux dont ils auraient besoin.

IV. — Les médecins, à l'égard des autres travailleurs, devront être libres de choisir la forme, le genre et le lieu de leur travail, sans l'intervention de l'Etat ou d'autres autorités.

V. — Tout médecin praticien autorisé devra être habilité au droit de participer à un service public.

IV. — Le service hospitalier devrait être organisé dans les zones hospitalières naturelles et axé sur les universités, de façon que les centres d'éducation et de recherches aient une influence sur le service tout entier.

VII. — Il faudrait qu'il y eût une représentation adéquate de la profession médicale dans tous les organismes administratifs liés avec le nouveau service de manière que les médecins puissent apporter leur contribution à la marche efficiente de ce service.

Comme le dit le British Medical Journal *dans son éditorial du* 15 *décembre* 1945, *il s'agit ici d'une véritable* charte *qui représente dans tout son éclat et sa vérité l'expression de la profession médicale britannique.*

L'essence de ces principes est la liberté pour les médecins hommes ou femmes de pratiquer leur art conformément aux conditions de la science moderne, à des jugements fermement assis, aux normes professionnelles et aux exigences de la conscience.

IODAMÉLIS
GOUTTES
COMPRIMÉS

OPO-IODAMÉLIS
LOGEAIS

CIRCULATION - NUTRITION - TROUBLES OVARIENS

LABORATOIRES JACQUES LOGEAIS, ISSY-LES-MOULINEAUX, PARIS

BIPHEDRINE

2 FORMES

AQUEUSE
— 1 % —
D'ÉPHÉDRINE

CORYZAS
RHINITES
RHUMES DE CERVEAU
RHUMES DES FOINS
ASTHME
SINUSITES

HUILEUSE
— 0,50 % —
D'ÉPHÉDRINE

RHUMES
CORYZAS
RHINO-PHARYNGITES
INJECTIONS TRACHÉALES
DÉSINFECTION POST-OPÉRATOIRE

Laboratoires du Docteur Bouchara
47, Rue de Bretagne, Paris-3e — Archives 94-65



AU COURS
DES MALADIES INFECTIEUSES

PRESSYL

SOUTIENT
LE CŒUR ET LA PRESSION

(UNE INJECTION SOUS-CUTANÉE MATIN ET SOIR)

LABORATOIRES LEMATTE ET BOINOT
52, RUE LA BRUYÈRE, PARIS

SUPPOSITOIRES

Anusol



HÉMORROÏDES
FISSURES ANALES
RECTITES

LABORATOIRES SUBSTANTIA
M. GUÉROULT, Docteur en Pharmacie - SURESNES (Seine)

ECHOS & COMMENTAIRES

Conférence de Presse au Ministère du Travail,

La campagne menée dans la grande presse contre le nouveau régime de l'assurance-maladie dans le cadre de la Sécurité sociale aura eu au moins un résultat : celui d'amener M. Ambroise Croizat à exposer aux représentants de ladite grande presse, à la presse médicale et aux représentants des organisations médicales, le 2 février dernier, ses vues sur la transformation des conditions d'exercice de la médecine.

A vrai dire cet exposé, lu sagement par le Ministre et commenté par M. Laroque, n'apporte rien de bien nouveau quant aux motifs de la réforme. Progrès *scientifiques*, moyens *techniques* coûteux, intervention de spécialistes forcément plus « impersonnels » que le médecin de famille, besoin *social* actuel d'une organisation garantissant aux travailleurs les soins techniques les meilleurs, aux moindres frais, sinon gratuitement, tout cela n'est plus aujourd'hui d'une troublante originalité.

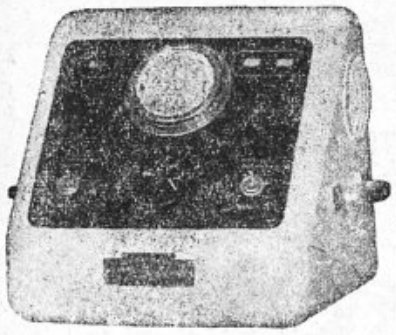
Certains pays (et l'on y range un peu vite, nous l'avons vu, la Grande-Bretagne) ont recours à un service national de santé dans lequel les médecins sont fonctionnaires. Les pouvoirs publics « tenant compte de la psychologie française » écartent *actuellement* cette solution et veulent maintenir les principes de la médecine libérale.

Encore faut-il qu'elle s'assouplisse sur deux points essentiels : *les tarifs d'honoraires* qui doivent *coïncider* avec les tarifs de responsabilité (une certaine marge de variation étant au reste laissée pour tenir compte des circonstances particulières) et le *contrôle* contre les abus et les fraudes. Ce contrôle entend sauvegarder toutefois la liberté thérapeutique et le secret professionnel. Certes ses pouvoirs sont plus étendus en matière de longue maladie, où il faut « individualiser » les prestations. Mais le médecin-conseil ne peut, en aucun cas, se substituer au médecin traitant. Ce contrôle est encore très bénin au regard des sommes versées indirectement par les Caisses au corps médical (en 1945, plus de 2 milliards).

Pour que le régime actuel puisse être maintenu, il faut que Caisses et médecins collaborent en vue d'obtenir le meilleur « rendement » technique, donc la plus stricte économie. Il faut éviter les *certificats d'invalidité* de travail encourageant l'absentéisme aux dépens des finances des Caisses, et surtout de la reconstruction du pays. Il faut *éduquer* le malade en refusant des prescriptions inutiles.

La conclusion de cet exposé eut le mérite de la clarté : « Le choix n'est plus entre la collaboration du corps médical à l'organisation de la Sécurité sociale et un individualisme farouchement intransigeant sur les principes de la Charte. Le choix est entre une *médecine libérale assouplie et adaptée* à l'évolution sociale moderne et la *fonctionnarisation*. Que chacun prenne ses responsabilités en connaissance de cause.

Parmi les interventions, retenons surtout celle du Dr Cibric qui insista sur la nécessité de reformer la loi. Les médecins sont prêts à comprendre les nécessités actuelles à la double condition que leur soit reconnu un « secteur libre » où ils soient libres de leurs honoraires, et que la liberté de choix du consultant soit davantage respectée. Une nouvelle Assemblée



L'ACCOUCHEMENT ÉLECTRIQUE

Méthode du Docteur Frédéric Benoit

Technique d'accouchement **Rapides et Analgésiques**

Épreuve du travail

LEVER PRÉCOCE

Appareil fonctionnant automatiquement

Modèle clinique : sur pied — Modèle praticien : en mallette

Nombreuses références

Pour toute documentation et références s'adresser à :

Tel. Ric. 94-34 / Ric. 32-81 — O. C. E. M. OMNIUM CHIRURGICAL & MÉDICAL 26, rue du Quatre-Septembre, 26 — PARIS (2e)

VERMALA OXYDROSE

VERT MALACHITE

LABORATOIRES F. BOUCHARD
83, rue Dutot, PARIS (15e)

E.C.

CLONAZONE DAUFRESNE

ANTISEPTIQUE
SULFAMIDO-CHLORÉ
PUISSANT
STABLE
NON IRRITANT

LAB. PHARMACEUTIQUE DAUFRESNE
42, rue Thiers, LE HAVRE

de la Confédération, qui se réunirait en mars prochain, doit, au reste, « reconsidérer » l'attitude du syndicalisme médical à l'égard de la loi, en fonction des réformes demandées. Il ne semble point, au reste, si l'on en croit les entretiens Officieux post-Conférence, que l'étude de ces réformes soit systématiquement repoussée par la Direction des Assurances Sociales.

Les Syndicats provinciaux et la réforme des A.S.

Après les Ardennes, la Seine-Inférieure, le Loir-et-Cher, les départements du Nord, etc., voici que la Savoie, elle aussi, jette feu et flamme contre le nouveau régime de l'assurance-maladie et spécialement contre la convention-type dont nous publions la teneur.

Dans une lettre adressée le 5 janvier à tous les adhérents du Syndicat, le secrétaire général, après avoir rapidement rappelé les avantages qualifiés illusoires que présenterait pour le corps médical la réforme des A.S., énumère toutes les conséquences néfastes de celle-ci. Sur le plan général, il met en lumière que la multiplicité croissante des prestations entraînera rapidement la chute des tarifs médicaux et une baisse de la moralité. Sur le plan de l'intérêt du malade : suppression de la médecine de qualité, discrimination impossible entre les urgences réelles et les urgences fantaisistes, suppression du médecin de famille, suppression de la liberté de prescription. Sur le plan de l'intérêt de la profession : surmenage du médecin, caractère de plus en plus anonyme interchangeable et bureaucratique de son ministère, transformation des honoraires en salaire dont l'augmentation globale apparente sera en totalité absorbée par une fiscalité dont la progressivité est absolument dévorante. En conclusion, le Syndicat de Savoie a demandé ses adhérents de décider par voie de referendum s'il y avait lieu ou non de signer la convention Syndicat-Caisse. Les réponses ont été négatives à concurrence de 95 %.

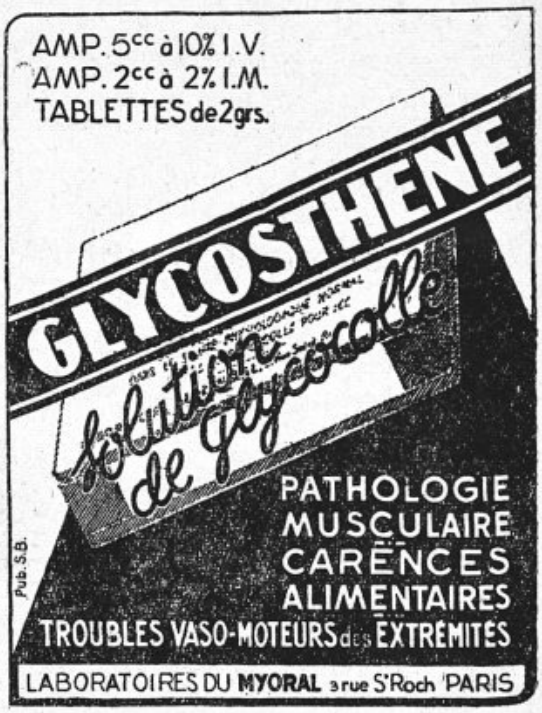
Il y a là une indication nouvelle de l'état d'esprit du corps médical sur la question de la convention-type. Son texte, il faut le dire, a causé une certaine déception dans le corps médical. Voilà certainement une des raisons du revirement actuel et pourquoi est remise en cause l'attitude conciliatrice adoptée par la grosse majorité des délégués à la Confédération en octobre dernier.

Une opinion « objective » sur le nouveau régime de l'assurance-maladie.

« *Le Conseil Supérieur des Assurances sociales avait supprimé l'énumération des motifs du dépassement qui avait trouvé place dans l'ordonnance du 3 mars 1945 : situation de fortune de l'assuré, importance du service rendu, notoriété du praticien ou autres circonstances particulières.*

« *Le texte définitif de l'ordonnance rétablit cette énumération. Il s'agit là d'une concession capitale qui peut fausser complètement le sens des nouvelles dispositions. On sait en effet aujourd'hui que lors du récent Congrès des organisations de médecins, les nouvelles dispositions ont été vivement critiquées. Les médecins du département de la Seine se sont opposés formellement à la collaboration à la loi sur les nouvelles bases. Si la majorité du*





corps médical de province n'a pas adopté la même position et a accepté en principe la limitation des honoraires, c'est à deux conditions :

« 1° Que les assurés gagnant plus de 120.000 francs soient munis d'une carte spéciale permettant aux médecins de les identifier et de leur appliquer le régime de l'entente directe ;

« 2° Que le taux de l'impôt cédulaire des professions médicales soit ramené de 26 % à 16%.

« Dans ces conditions, il est à prévoir que les dispositions de la nouvelle ordonnance auront le même sort que celles du 3 mars 1945 et qu'elles ne seront pas appliquées.

« On a commis une grave erreur en demandant l'assujettissement obligatoire de tous les salariés aux Assurances sociales au moment précis où l'on voulait obtenir des médecins qu'ils acceptent la limitation de leurs honoraires pour les assurés sociaux. Cette limitation n'est, en effet, défendable que pour les assurés économiquement faibles ; mais si elle n'existe pas, il est impossible d'imposer l'extension indéfinie d'une assurance « qui n'assure plus rien. »

Ce texte n'a pas été extrait d'un quelconque libelle médical animé contre le Plan de Sécurité sociale d'un esprit retardataire et antisocial. Il est publié dans l'*Actualité sociale*, bulletin des A.S. (novembre 1945). Il acquiert de ce fait une valeur toute particulière, et mériterait d'être médité par ceux dont dépend la réforme de l'ordonnance du 19 octobre.

Les beautés de la Sécurité sociale.

La prospérité financière subite crée facilement une mentalité « nouveau riche » chez ceux qui en bénéficient, qu'ils soient individus ou collectivités.

Des consultations de nourrissons existent depuis une date très antérieure à l'avènement de la médecine dite sociale. Des praticiens éprouvés en assurent avec désintéressement la marche depuis fort longtemps. Leur succès en est la meilleure preuve.

La dureté des temps met ces œuvres à la merci des Assurances Sociales : leur tutelle se manifeste aussitôt par une pluie d'inspecteurs ou inspectrices dont la qualification n'est pas toujours éblouissante et maintenant les praticiens dévoués, chevronnés, qualifiés sont convoqués à heure fixe dans les locaux mutualistes pour être éclairés sur leur rôle : fort longtemps après l'heure prévue, de la bouche d'un confrère qui avoue n'être compétent que pour un département voisin, ils entendent un enseignement qui pourrait être écouté avec un certain fruit par les seules jeunes mondaines bénévoles qui hantent de moins en moins ces consultations.

La terre tournait avant que les Caisses regorgeassent d'argent et toutes ces organisations ne sont faites que pour faciliter le contact du malade (ou du nourrisson) et du médecin, les deux seules pièces essentielles du système sanitaire quel qu'il soit.

GRIMAULT
DELBIASE
Stimulant biologique général
Dermatoses - Prophylaxie du cancer
LABORATOIRES GRIMAULT
51, RUE FRANÇOIS-Ier - PARIS

INSTRUMENTS de Précision
pour la Médecine
et la Chirurgie
Établissements SPENGLER
— 16, Rue de l'Odéon, PARIS-6e —
Tous les Appareils
pour la Mesure
de la Tension Artérielle

FOIE ET REIN, DEFICIENTS
CHOPHYTOL
AMPOULES INJECTABLES
DRAGÉES - GOUTTES "per os"
Laboratoires ROSA 11 Rue Roger Bacon – PARIS 17e

Une nouvelle atteinte au libre choix.

Cette fois c'est l'ordonnance du 2 novembre 1945 qui est en cause, ordonnance relative à la protection maternelle et infantile.

En son article 6, relatif à l'examen médical prénuptial, elle s'exprime ainsi :

« *Le médecin ne devra délivrer le certificat prévu au deuxième alinéa de l'article 63 du Code Civil qu'au vu du résultat : 1. D'un examen radioscopique et éventuellement radiographique effectué par un dispensaire public au par un médecin agréé à cet effet.* »

On imagine que le recours au dispensaire est prévu pour les indigents et que les autres devront s'adresser aux médecins agréés.

Qu'est-ce que ces médecins agréés ? Agréés par qui ? En vertu de quels titres ?

Nous attirons l'attention de la Confédération sur ce nouveau croc-en-jambe donné au libre exercice de la profession.

L'importance du service rendu et le montant des honoraires.

Un lecteur nous écrit : « Parmi les éléments déterminant le montant des honoraires médicaux doit figurer l'importance du service rendu, disent les planistes en fauteuil qui veulent organiser notre profession. Si ces messieurs devaient se déranger à 3 heures du matin pour entendre une quelconque énervée leur confier des craintes plus ou moins vaines d'affections plus ou moins urgentes, ils apprendraient que dans bien des cas, nuit, dimanches, fêtes, le montant des honoraires doit varier en raison inverse du service rendu, c'est-à-dire être d'autant plus élevé que le service réellement rendu est plus mince. L'attaque du portefeuille est seule, souvent, capable de faire respecter le légitime repos du médecin. C'est le système que j'applique désormais, et m'en trouve bien. »

La discussion est ouverte.

Marins accoucheurs.

Il nous parvient de Brest une réconfortante nouvelle : notre marine renaît à vue d'œil. Non pas que déjà se presse dans notre grand port de guerre une escadre prête à prendre le large : nous n'en sommes pas encore là !

Mais, en attendant ce jour glorieux, les équipages de la flotte sont soumis à un tel entraînement que la Direction du Service de Santé se hâte, nous écrit-on, d'organiser une maternité de douze lits, prélude à un grand service de cent lits, qui sera installé dans le futur hôpital maritime.

Nous savions que nos confrères de la marine savaient se mettre à tout. Mais les consacrer à l'obstétrique, n'est-ce pas les détourner un peu loin de leur vocation ?

Et lorsque les femmes des officiers, sous-officiers, ouvriers de l'arsenal et inscrits maritimes seront soignées par les médecins de la marine, à quoi s'emploieront les médecins civils ? A s'en aller soigner le corps expéditionnaire d'Extrême-Orient pour lequel on demande des volontaires ?

PRODUITS SPÉCIALISÉS DES ÉTABLISSEMENTS KUHLMANN
MARQUE R. A. L.
H. DELOMÉNIE
Docteur en Pharmacie
15, Rue de La Baume, PARIS (VIIIe)
BINIDIA
Antiseptique génito-urinaire local
BINOXOL
Antiseptique gastro-intestinal
CHLORALOSANE
Hypnotique
DITHIORAL
Antirhumatismal
SUNALCOL
Antiseptique cutané
SUNOXIDON
Fébrifuge - Anti-infectieux
SUNOXOL
Antiseptique pour usage externe

Elimination lente
Acétylation faible
Bonne tolérance
ADIAZINE
(PARAMINOPHÉNYLSULFAPYRIMIDINE OU SULFADIAZINE)
COMPRIMÉS A 0 GR. 50
THÉRAPLIX
98, Rue de Sèvres — PARIS (VIIe)
115, Rue Fondaudège — BORDEAUX (Gironde)
24-26, Rue Bary — LE MANS (Sarthe)
5, Rue Childebert — LYON (Rhône)
101, Rue d'Endoume — MARSEILLE (B.-du-R.)

CORRESPONDANCE

SECRET PROFESSIONNEL

3628. — **Maladie à déclaration facultative et secret professionnel.**

J'aurais un conseil d'ordre juridique à vous demander.

En tant que conseiller municipal je suis en train de faire une réglementation d'hygiène pour la commune qui comprend sur son territoire un centre climatique de traitement de la tuberculose pulmonaire.

Actuellement la région rurale entourant ce centre climatique est infectée par des tuberculeux contagieux se soignant en chambre ou dans des fermes et contaminant les enfants (jusqu'à 65 % de cuti plus dans certaines écoles).

Est-ce légal que les médecins signalent au médecin d'hygiène ou au dispensaire ceux de leurs malades contagieux refusant de quitter la région rurale et faisant courir des risques de contagion ? La tuberculose est maladie à déclaration facultative mais je lis dans le *Droit Médical* la phrase suivante : « Lorsque la déclaration est facultative comme c'est le cas pour ces dernières maladies, il semble que le médecin ne puisse la faire qu'avec le consentement du malade ou de sa famille, car, dès que la déclaration n'est plus obligatoire, le médecin reste lié par le secret professionnel ».

Réponse

J'ai examiné la question que vous avez bien voulu nous poser par votre lettre du 1er septembre, et je dois vous dire que j'estime, pour moi, par fort exagérées les conclusions tirées par le droit médical du caractère facultatif attaché à la déclaration de la tuberculose.

En effet, c'est un décret du 16 mai 1936 qui a établi la liste des maladies auxquelles devenaient applicables les dispositions de la loi du 15 février 1902 et du décret-loi du 30 octobre 1935 en les répartissant en deux catégories bien distinctes : celles pour lesquelles la déclaration et la désinfection sont obligatoires, et celles, parmi lesquelles figure la tuberculose pulmonaire, pour qui la déclaration est simplement facultative.

Sans doute, pour les maladies de la deuxième catégorie, le médecin traitant ne se trouve-t-il pas devant une injonction impérative de la loi et peut-il apprécier en toute conscience et inspiré uniquement par le souci de la santé publique et des intérêts de son client, s'il doit ou non faire la déclaration.

Mais si après ces débats de conscience, il se résoud à faire la déclaration, nous ne croyons pas qu'il soit nécessaire pour lui de requérir au préalable le consentement de son client.

Remarquons en effet que l'article 378 du Code pénal dans sa rédaction actuelle, punit les médecins, qui, hors les cas où la loi les oblige ou les autorise *à se porter dénonciateurs, ont révélé les secrets qu'on leur confie.*

Or, en l'espèce, il ne peut être contesté que le décret du 16 mai 1936 a bien été pris dans le cadre du décret-loi du 30 octobre 1935. C'est donc la loi elle-même qui autorise le médecin à faire à l'autorité sanitaire la déclaration des cas de tuberculose pulmonaire qu'il peut être appelé à constater au cours de l'exercice de sa profession. La déclaration de la tuberculose autorisée par la loi, ne saurait donc exposer son auteur aux peines prévues par l'article 378 du Code pénal.

Vos confrères peuvent donc valablement faire la déclaration des cas de tuberculose pulmonaire qu'ils constatent dans leur clientèle, sans craindre d'être poursuivis pour violation du secret professionnel, alors surtout que le véritable intérêt en cause est celui de la préservation de la santé de la population locale.

★

Eczéma
CUROZEMA
9 Dragées par jour
OPOSÉROTHÉRAPIE VALTRY
LABORATOIRE BIOLOGIQUE VALTRY
46, Rue St-Didier-Paris-16e
FORMULE INFANTILE :
Pédiozema
GRANULÉ

Pour soulever MALADES et BLESSÉS
LITS-DUPONT
10, rue Hautefeuille (6e)
Location: Paris et Province
Tél : Danton 05-61 05-62

PRODUIT DE LA BIOTHÉRAPIE
Vaccination par voie buccale contre la typhoïde et les para A et B
BILIVACCIN
ANTITYPHIQUE
H. VILLETTE & Cie, Pharmac. 5, r. Paul-Barruel, PARIS-XV

QUESTIONS HOSPITALIÈRES

3814. — Commission administrative des hôpitaux et commission médicale consultative.

La commission administrative de l'hôpital fait actuellement des difficultés au sujet du maintien de l'un de nos confrères, médecin de l'hôpital, dans le sein de ladite commission, et toujours sous le prétexte qu'étant médecin de l'hôpital, il ne peut être de la commission administrative.

Pourriez-vous m'indiquer sous quel texte m'appuyer pour le débouter de ses prétentions?

Réponse

Aux termes de l'ordonnance du 15 juin qui a modifié la composition des commissions administratives des leôpitaux et le mode de désignation de leurs membres, cos commissions administratives des hôpitaux et hospices remmunaux, sont composées du maire et de six membres Cnouvelables. Deux de ces membres sont élus par le onseil municipal, les autres sont nommés par le préfet. Parmi les membres nommés par le préfet doivent figurer : un médecin présenté par le Conseil départemental des médecins, un représentant des Caisses d'assurances sociales, et un représentant des organisations syndicales. Chacune de ces présentations donne lieu à l'établissement d'une liste de trois noms soumis au choix du préfet. L'ordonnance ne fait allusion, ni pour l'autoriser, ni pour l'interdire, à la présence d'un membre du personnel médical hospitalier parmi la Commission administrative. Autrefois, les circulaires ministérielles avaient préconisé la présence parmi les commissions administratives de médecins des hôpitaux. Mais ceci se passait sous l'empire de la loi de 1851 sur les hôpitaux et hospices. Depuis lors, sont intervenus la loi du 21 décembre 1941 qui a refondu complètement le statut des hôpitaux et hospices publics, et le décret d'administration publique du 17 avril 1943 pris pour l'application de la loi du 21 décembre 1941.

Ce règlement d'administration publique par son article 14 a institué un organisme entièrement nouveau appelé « Commission médicale consultative » qui est obligatoirement appelée à donner son avis sur les changements dans l'aménagement ou la répartition des services, sur l'hygiène, la salubrité, la propreté des locaux et des dépendances, l'installation technique des services, le régime alimentaire des malades et en général sur toutes les questions intéressant le fonctionnement médical et technique de l'établissement.

Cette commission est présidée par le délégué du Conseil départemental des médecins, membre de la commission administrative. Dans les hôpitaux et hospices importants, la commission consultative est composée de trois chefs de service élus par leurs collègues. Lorsqu'il n'y a pas trois médecins ou chefs de service dans l'établissement, il n'est pas constitué de commission, mais l'avis du plus ancien des chefs de service est demandé dans tous les cas où la commission aurait dû être consultée.

Cette création ne rend pas moins utile, la présence d'un médecin appartenant au personnel médical hospitalier dans la commission administrative.

La position officielle de l'administration a été d'estimer incompatible la présence d'un membre du personnel médical hospitalier dans la commission médicale consultative. Mais cette position contraire au bon sens, a été vivement critiquée par la Confédération, et nous croyons savoir que l'Administration a accepté de reconsidérer la question, dans un sens favorable aux vues du corps médical.

PULMONE
ELIXIR - CACHETS - AMPOULES
VOIES RESPIRATOIRES

GOUTTES IONISÉES
ALCALOSE

CARBONEX
ESTOMAC-FOIE-INTESTIN

LABORATOIRES BIOS
10, RUE VINEUSE PARIS
TRO. 57-44



Un "aliment de régime"

Par un procédé original le lait est intimement combiné aux éléments de la farine diastasée SALVY. Les nourrissons dyspeptiques tolérant mal le lait naturel accepteront aisément les bouillies homogènes obtenues par simple préparation à l'eau. Les nourrissons hypoalimentés, plus abondamment nourris avec des bouillies préparées au lait, atteindront vite un poids normal sans troubles digestifs.

FARINE* LACTÉE DIASTASÉE SALVY

Préparé par BANANIA

* Aliment rationné vendu contre tickets

DEMANDES ET OFFRES

En raison du nombre important de petites annonces reçues et du manque de place, nous prions instamment nos abonnés de surseoir à leurs envois, jusqu'à nouvel ordre.

N° 65. — Dame excell. référ. cherche situat. directrice clin. ou caiss. économe. S'adr. S.D.M.O., 27, place du Champ-Commun, à Lourdes (Htes-Pyrénées) Visa n° B. 0234.

N° 66. — A céd. cause maladie, import. poste médic. génér. Provence, nombr. avantag.

N° 67. — A vendre oxygénateur Bayen, avec valise de cuir. Prix 2.500 fr. Adr. au journ. qui transm.

N° 68. — A céd. de toute urgence, gros poste de médec. génér. dans Sud-Ouest. Condit. intéress.

N° 69. — A céd. rais. de famille, grosse client. rurale dans ch.-l. de cant. de l'Yonne, avec voiture si nécess.

N° 70. — A vendre table d'exam. et de pansem. métall. peint., blanche, très bon état.

N° 71. — A céder très belle client. de campag. à 2 h. de Paris dans le Loir-et-Cher.

N° 72. — Méd. prêterait, journée ou demi-journée, installat. et matériel à confr. pour interv. petite chirurg. Ecr. journ. qui transm.

N° 73. — A céd. cabin. avec pro-pharm., pour cause décès. Ecr. journ. qui transm.

N° 74. — A vendre : grille Lysholm 32 × 42, tablier anti-X, sécheuse-glaceuse et tireuse Varayonix, table d'exam., rectoscope Friedel.

N° 75. — Achète atlas radiologique appareil respiratoire de Sergent. Edit. Masson. Ecr. journ. qui transm.

N° 76. — Médec. 50 ans, 23 ans de client. (méd. génér.) cherche situation médic. dans clin. ou maison de santé de banlieue proche de Paris. Pourrait participer à associat. avec confr. et peut y apport. contribut. pécuniaire raisonn.

N° 77. — Médec. expérimenté, actif, libre le matin, cherch. occup. médicales (médec. sociale ou curative).

N° 78. — Confr. actif, désire trouver occup. paramédic. (littér., public., etc.).

N° 79. — A vendre spéculum de Cusco neuf, 200 fr. Mme Vve Jacq. Goëau, 6, rue Hémon, Le Mans (Sarthe).

N° 80. — A céder dans ville Côte d'Azur, installat. médic. O.R.L. Ecr. journ. qui transm.

N° 81. — A vendre seringue de Jubi neuve, en boîte métal, 10 cc. Dr Capart, 55, rue Auguste-Dumont, à Malakoff-la-Tour (Seine).

N° 82. — A vendre forceps, sphygmomanomètre Pachon et lavabo à deux barill. Dr Delaunay, 175, rue de la Pompe, Paris 16e.

N° 83. — A céder cause double emploi un poupinel électrique grand modèle avec régulateur automat., entièr. neuf, prêt à fonctionn. Prix à débatt. Ecr. Dr Huyle, à Mireval (Hérault).

N° 84. — Médecin cherche banl. paris. poste méd. génér., même client. tombée, si maison confortable. Offrirait éventuellem. en échang. poste médic. médec. génér. excell. et facile campagne Normandie. Ecr. journ. qui transm.

N° 85. — Jeune médec. très au cour. de la client., libre le matin, aiderait confr. surchargé ou accepterait trav. dans clin. Paris ou banlieue. S'adress. journ. qui transm.

N° 86. — Médec. 35 ans, 10 ans exerc. femme médecin, sans enfants, connaiss. spéc. poumons et radiolog. demande remplacement longue durée, éventuellem. success. régions Sud-Ouest ou Sud-Est. Ecr. journ. qui transm.

N° 87. — Cabinet médical à Menton créé en 1929, situé en plein centre dans très bel appartem., 8 p. avec tout conf., installat. médic. complète et moderne avec poste radiologie, loyer 20.00 fr. Matériel à débattre.

Gérant : J. MIGNON
Fondateur 1879
G. BLANCHONG & Cie, 30, rue du Poteau, Paris (18e) 31.1044
Dépôt légal N° 8
1er trimestre 46

OPOFERRINE
VITAMINÉE
STIMULE L'HÉMATOPOIESE
LABORATOIRES DE L'OPOCALCIUM
96, rue Orfila, PARIS (20e)

CINQUESINE HOUDÉ
HYPERTENSION
Association synergique vaso-dilatatrice et sympathicolytique
D'YOHIMBINE, ET D'HYDROCINCHONIDINE
ACTION RAPIDE : sur les syndromes subjectifs
ACTION LENTE ET DURABLE sur la pression artérielle
Laboratoires HOUDÉ, 9, rue Dieu, PARIS

BACTERAMIDE

PARA - AMINO - BENZÈNE - SULFAMIDE

comprimés à 0 gr. 50 - Dose moyenne : 10 par jour.

SULFAMIDOTHÉRAPIE

STREPTO
MENINGO
PNEUMO
GONO

coccies

POLYVALENTE

LABORATOIRES A. BAILLY
(SPEAB) 15, RUE DE ROME - PARIS (8e)

NÉOSPLÉNINE



LA 1re SYNERGIE
À BASE D'EXTRAITS
DE RATE-FOIE
MUQUEUSE GASTRIQUE

TOUTES DÉFICIENCES ORGANIQUES

LABORATOIRE DU DOCTEUR E. AUBERT
71, RUE STE-ANNE - PARIS 2e

Toutes les indications du Calcium et de la Vitamine D

ULTRACALCIUM

PHOSPHORE CALCIUM VITAMINE D

RECALCIFIANT COMPLET ET ÉQUILIBRÉ

EN COMPRIMÉS OU DRAGÉES À CROQUER

LABORATOIRES DEROL, 66 bis RUE St DIDIER. PARIS 16e

LYSATS VACCINS du Dr DUCHON

GYNÉCO VACLYDUN

INFECTIONS DE L'APPAREIL GÉNITO-URINAIRE DE LA FEMME

LYSAT VACCIN POLYVALENT EN AMPOULES DE 2 cc
VOIE BUCCALE OU SOUS-CUTANÉE
Injections de 1 cc les premiers jours, 2 cc ensuite

Laboratoires CORBIÈRE, 27 R. Desrenaudes, PARIS XVIIe

68e ANNÉE — N° 7 — 20 FÉVRIER 1946

LE

CONCOURS MÉDICAL

37, RUE DE BELLEFOND - PARIS (9e) - TRU 33-66

379 à 381

SOMMAIRE

PARTIE SCIENTIFIQUE

L'actualité biologique. — Les Laboratoires d'analyses ont-ils tous reçu un équipement suffisant ? (Dr G. Fischer) 137

Eventration traumatique dans la région inguinale (Dr M. Robineau) 138

De l'examen ophtalmoscopique au domicile et au lit du malade (Dr Etienne Ginestous). 140

La médecine aux Etats-Unis. — L'ostéopathie (Dr Pascal Piédallu) 141

Un traitement simple de l'ongle incarné (Dr E. F. Ducasse) 141

Les Livres, 141. — Les Sociétés Savantes, 142. La Presse, 143.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Propos du Jour : De la psychologie des vieillards (Dr J. Noir) 145

Actualité professionnelle. — L'O.P.H.S. de l'Avenir (Dr R. Jodin) 146

A propos de l'entente directe (Dr Mahoudeau). 147

Documentation professionnelle. — Assurances Sociales 149

Bibliographie 153

DEMI-COLONNES

Dernières Nouvelles, 130. — A travers l' « Officiel », 133. — Echos et Commentaires, 153. Correspondance, 157.

NATIBAÏNE
NATIVELLE

Silicyl
Médication de BASE et de RÉGIME des ÉTATS ARTÉRIOSCLÉREUX et des carences siliceuses
18, Rue Ernest-Rousselle - PARIS-13e

PYRÉTHANE
Antinévralgique Puissant
18, Rue Ernest-Rousselle - PARIS-13e

Toux Coqueluche
ÆTHONE
Laboratoire de l'ÆTHONE 35, rue Boissonnade, PARIS (XIVe

Huile de Foie de Morue - Calcium - Vitamines A. B. D.
CALCOLEOL
AVITAMINOSES — RACHITISME
DÉMINÉRALISATION
Laboratoires SCIENTIA, 21, Rue Chaptal, PARIS-9e

Traitement Spécifique de l'Acné
SACNEL
Laboratoires DUMESNIL, 10, Rue du Plâtre, Paris 4e

DERNIÈRES NOUVELLES

Congrès de Chirurgie 1946.

Le 49e Congrès de l'Association française de chirurgie se tiendra du 7 au 12 octobre 1946, sous la présidence du Dr de Fourmestraux (de Chartres).

Trois questions sont à l'ordre du jour :

1° Identification et traitement des embolies pulmonaires post-opératoires. Rapporteurs : MM. Redon (de Paris) et Fontaine (de Strasbourg) ;

2° Conservation de la fonction sphinctérienne dans la cure opératoire du cancer du rectum. Rapporteurs : MM. de Gaudart d'Allaines (Paris) et de Vernejoul (Marseille) ;

3° Répartition des pertes de substance traumatiques des troncs nerveux des membres. Rapporteurs : MM. Merle d'Aubigné (Paris), Wertheimer (Lyon) et Déjardin (Bruxelles).

Journées médicales de Bruxelles.

La XXe session des Journées médicales de Bruxelles se tiendra du 22 au 26 juin 1946.

Journées médicales tunisiennes 1946.

Les Journées médicales tunisiennes de 1946 répondent à la coutume qui réunit tous les vingt ans à Tunis les médecins d'Afrique du Nord et les médecins d'Europe. Elles auront lieu dans la semaine qui suit Pâques, du 23 avril au samedi 27 compris. Départ de Paris le 20, retour le 28.

Président d'honneur : M. Georges Duhamel ; Président de la section médicale : Professeur Robert Debré ; Président de la section chirurgicale : Professeur Clovis Vincent.

Ce congrès scientifique comportera une réunion importante de médecins de Tunisie, d'Algérie, du Maroc, à laquelle se joindront une mission française, ainsi que quelques missions alliées.

Les médecins et chirurgiens qui désireraient assister à ces journées et participer à leurs travaux scientifiques sont priés de s'inscrire, dès à présent, au Secrétariat général provisoire des Journées médicales tunisiennes, 1, place d'Iéna, Paris (16e).

XLIVe Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des Pays de langue française.

Ce Congrès tiendra ses séances à Genève et Lausanne du 22 au 27 juillet 1946, sous la présidence des professeurs Porot, d'Alger, et Bing, de Bâle.

Syndicat national des médecins français électrologistes et radiologistes.

Une Assemblée générale extraordinaire du Syndicat National des médecins français électrologistes et radiologistes aura lieu le dimanche 17 mars 1946, à l'hôpital Saint-Vincent-de-Paul, 74, rue Denfert-Rochereau (métro Denfert), à 9 h. 30. Ordre du jour : Examen des candidatures. Statuts. Questions diverses. Le Président : Dr Delherm ; le Secrétaire général : Dr Aimé.

Syndicat National des O.R.L. français.

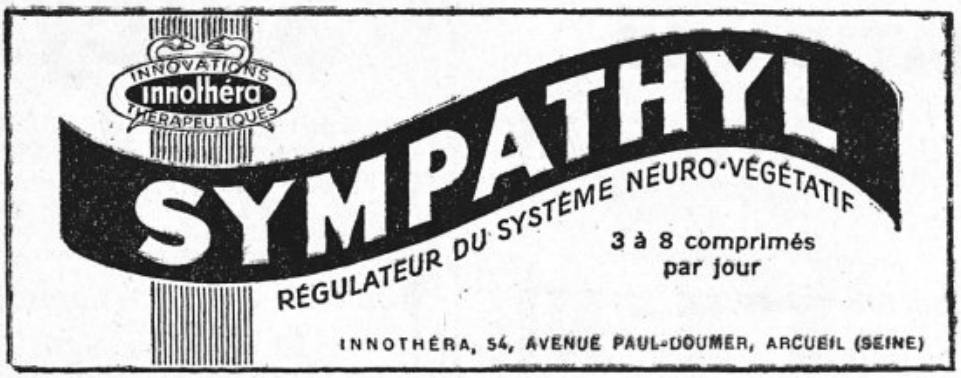
Le Syndicat national des O.R.L. français est reconstitué depuis plusieurs mois.

Il est rappelé que tout membre de ce Syndicat est, *ipso facto* et gratuitement, assuré jusqu'à un million contre tous risques de responsabilité civile professionnelle. La cotisation syndicale est moins élevée que la prime annuelle d'une telle assurance contractée à titre individuel.

Les candidatures sont reçues par le Dr Bonnet-Roy, 5, avenue de Villiers, Paris, et le Dr Bouchet, O.R.L. des hôpitaux de Paris, 39, rue du Général-Foy, Paris (8e), pour la région parisienne ; par le Dr Batier, 14, rue de Grenelle, Paris (8e), pour les autres régions de France.

Syndicat médical de Seine-et-Oise.

Tarifs d'honoraires applicable à dater du 1er *janvier* 1946. — *Zone urbaine* (comprenant les trois cantons de Versailles, les cantons de Boissy-Saint-Léger, Corbeil, Longjumeau, Villeneuve-St-Georges, Aulnay-sous-Bois, Ecouen, Gonesse, l'Isle-Adam, Montmorency, le Raincy, Taverny, Argenteuil, Maisons-Laffitte, Marly-le-Roi, Meulan, Palaiseau, Poissy, Saint-Germain-en-Laye, Sèvres, Mantes) : con-





sultation, 100 ; visite, 120 ; visite du dimanche, 175 ; visite de nuit, 240 ; indemnité de déplacement par kilomètre parcouru, néant ; P.C., 60 ; K., 60. — *Zone rurale* (comprenant toutes les autres localités du département) : Consultation, 90, visite, 110 ; visite du dimanche, 150 ; visite de nuit, 175 ; indemnité de déplacement par kilomètre parcourue, 8 ; P.C., 60 ; K, 60.

En vertu de la Convention passée avec l'Union des Caisses d'Assurances sociales de la région parisienne, les assurés sociaux sont remboursés à 80 % du tarif ci-dessus.

Mutualité Familiale.

Réunion du Conseil d'administration du 24 janvier 1946. Présents : Dr Noir, président ; H. Mignon et Dr Followell, vice-présidents ; Lavalée, secrétaire général ; Fischer, trésorier ; J. Mignon, trésorier adjoint ; Bayard, Chevallier.

La séance est ouverte à 16 heures.

Lecture du procès-verbal de la précédente séance qui est adopté. Aucune réclamation n'ayant été formulée contre les admissions provisoires prononcées en octobre, celles-ci deviennent définitives.

Le Secrétaire général présente ensuite les candidatures suivantes :

MM. Betoulières (Hérault) ; Blandin (Côte-d'Or) ; Bose (Seine-et-Oise) ; Cros (Loire) ; Druost (Haute-Marne) ; Fichez (Pas-de-Calais) ; Gallaud (Haute-Loire) ; Guillon (Loire-Inférieure) ; Lefort (Charente) ; Percevault (Vienne) ; Post (Savoie) ; Bastien (Nord) ; Beaumel (Isère) ; Bernard (Drôme) ; Brun (Pyr.-Orient.) ; Butzbach (Belfort) ; Candon (Seine-Inf.) ; Cuche (Ardèche) ; Dazin (Pas-de-Calais) ; Delabarre (Somme) ; Dumont (Creuse) ; Dupond (Deux-Sèvres) ; Durin (Oise) ; Fauquet (Calvados) ; Fischer (Ain) ; Fournier (Gironde) ; Gallais (Meuse) ; Goujou (Loire) ; Husset (Yonne) ; Jaur (Tarn) ; Kalt (Paris) ; Kaplan (Paris) ; Laroche (Eure) ; Lefournier (Sarthe) ; Legrand (Seine-Inf.) ; Lemaitre (Marne) ; Loison (Pas-de-Calais) ; Mallein-Gérin (Seine-et-Oise) ; Marécaux (Loire-Inf.) ; Mauuary (Marne) ; Mozziconacci (Paris) ; Perdreau (Maine-et-Loire) ; Pichon (Ardèche).

Société pour Femmes et Enfants de Médecins.

La Société de Secours Mutuels et de Retraites pour Femmes et Enfants de Médecins, dite F.E.M., 60, boulevard de Latour-Maubourg, Paris (7e), bien que privée, du fait des événements, d'une grande partie de ses ressources, a pu cependant poursuivre sa tâche envers les veuves et les orphelins de médecins, grâce en partie aux dons généreux des laboratoires de spécialités pharmaceutiques.

Les dons reçus au cours de l'année 1945 se sont élevés à la somme totale de 68.000 fr.

Syndicat des Médecins de l'Aisne et A.M.T.

Dans sa dernière réunion, le bureau du Syndicat a décidé à l'unanimité de ne plus accepter à partir du 1-1-46, les feuilles d'A.M.T. délivrées par les Mairies et de les rendre aux porteurs avec la mention manuscrite « non utilisable ».

Ces malades seront soignés selon les modalités suivantes :

1° *Prisonniers :*
Maladie imputable.
Tarif de remboursement de la Caisse Départementale payé par le malade, contre reçu aux non assurés et émargement de la feuille d'A. S. aux assurés.
Maladie non imputable.
Tarif Syndical normal.

2° *Déportés patriotes munis de leur carte :*
A.S. ou non, mais qui travaillent : tarif de remboursement avec délivrance d'un reçu.
Malades qui ne travaillent pas : Gratuité absolue.

Le Concours Médical
Fondé en 1879 par A. Cézilly.
Directeur honoraire : Docteur J. Noir.
Directeur : Dr G. Lavalée.
Rédacteur en Chef : Dr G. Fischer.
Rédaction, Administration et Publicité, 37, Rue de Bellefond, Paris 9e).
Téléphone : TRU 33-66. R. C. Seine 76.579.
Chèques postaux, Paris 167-95.
Abonnements : 1 an, 250 francs. - Etudiants, 125 fr. Le N° 10 fr. Changem. d'adresse 5 fr.





3° S. T. O. ;
Régime normal des Assurances Sociales.
Liberté complète de prescrire tous les médicaments jugés utiles à tous les rapatriés.

(*Communiqué.*)

X° Congrès français de gynécologie.

Le X° Congrès français de gynécologie se tiendra à Lyon, en mai 1946, sous la présidence d'honneur du professeur Costa Sacadura (de Lisbonne) et la présidence du prof. G. Cotte (de Lyon) ; secrétaire : M. le prof. agrégé E. Pollosson (de Lyon).

Question à l'ordre du jour : *L'Ovulation et ses troubles.*

Naissances.

Nous apprenons la naissance d'Olivier Rolland, fils du docteur A. Rolland, de Bagneux (Seine) ; de Patrice Durousseau-Dugontier, cinquième enfant du docteur Roger Durousseau-Dugontier, de Montbron (Charente) ; d'Yves Lecoanet, fils du docteur André Lecoanet, de Saint-Dié (Vosges) ; de Bernard Lescaille, fils du docteur Robert Lescaille, de Lamastre (Ardèche) ; de Geneviève Pouch, cinquième enfant du docteur Émile Pouch, de Fiers-de-l'Orne ; de Pierre Collenot, deuxième enfant du docteur Henri Collenot, de Chagny (S.-et-L.) ; de Michel Dreneau, fils du docteur Dreneau, de Magnac-Bourg (Haute-Vienne) ; d'Yves de Frémont, cinquième enfant du docteur Henri de Frémont, de Courbevoie (Seine) ; de Françoise Rabinovici, deuxième enfant du docteur Rabinovici, de Nouzonville (Ardennes).

Mariage.

Le Dr Louis Delherm, médecin électro-radiologiste honoraire des Hôpitaux de Paris et Madame, font part du mariage de leur nièce, Anne-Marie Coume-Delherm, avec M. Pierre Didot.

Nécrologie.

NOEL FIESSINGER.

La médecine parisienne est en deuil. L'un de ses meilleurs Maîtres vient de disparaître subitement, laissant un vide d'autant plus grand que la place qu'il tenait était plus grande.

Noël Fiessinger était un grand patron. Arrivant de bonne heure à l'hôpital, il était de ceux pour lesquels la matinée hospitalière est le meilleur moment de la journée ; aussi, ne la raccourcissait-il jamais. Son enseignement était plein de vie et d'entrain, émaillé d'anecdotes personnelles, et il insufflait à son entourage une ardeur au travail et une émulation irrésistibles. Il savait montrer, à côté de la clinique, l'intérêt des recherches de laboratoire et l'importance d'une solide culture scientifique. Il est mort au travail, en pleine vigueur, et il laisse aux siens et à ses nombreux élèves, l'exemple d'un grand médecin dont on admirait la culture, la droiture, la simplicité. Il part, pleuré de tous, et moi qui ai eu la chance d'avoir été son interne, je pense à mon bon patron que j'entendais, il y a quelques jours encore, faire une magnifique leçon dans son amphithéâtre de l'Hôtel-Dieu.

Il connaissait aussi toutes les angoisses qu'éprouve l'ensemble du corps médical devant l'approche de modifications sociales importantes, et c'est à titre de simple praticien qu'il s'était laissé porter à la tête de la Chambre syndicale de la Seine et à la présidence de la Confédération des Syndicats médicaux.

Le *Concours Médical* s'associe à la douleur de tous ceux qui ont connu Noël Fiessinger et adresse à son fils, à ses deux filles et leurs maris l'expression de sa sympathie la plus vive.

Georges BOUDIN.

A ces lignes qui évoquent le médecin, le maître et l'homme nous désirons adjoindre un hommage particulier au journaliste. Recueillant de son père la direction du « Journal des Praticiens », Noël Fiessinger maintint à celui-ci le lustre, l'autorité que Huchard et Ch. Fiessinger avaient su lui donner. Le Syndicat des Directeurs de Journaux médicaux perd un président en qui il avait mis son respect et son affection.

G. L.

Nous avons le regret d'annoncer le décès du docteur J.-A. Linard, de Rosny-sous-Bois (Seine). De la part de M. et Mme René Carlier, de M. et Mme Jean Camus, et du médecin-commandant et de Mme Bolot.

Rougeole
Bronchite - Broncho-pneumonie
Diénol

Dépressions Nerveuses
Surmenage surtout avec insomnie
Phosphoneurol

Laboratoire DEPRUNEAUX, 23, rue du Parc FONTENAY-SOUS-BOIS (Seine)

SARCOPTOL
LOTION (Formule d'avant-guerre) GALE - PARASITOSES DIVERSES PITYRIASIS - SÉBORRHÉES, etc.
POMMADE ECZÉMAS - PRURITS - ACNÉS - FURONCULOSES DÉMANGEAISONS - TOUTES DERMATOSES
LASSA - 31, RUE CHARDON-LAGACHE - PARIS 16e
LABORATOIRES DE SPÉCIALITÉS S.A. LASSA

A TRAVERS L'OFFICIEL

ASSURANCES SOCIALES

Arrêté ministériel du 25 janvier 1946 fixant le taux des indemnités journalières de maladie et de maternité.

Article premier. — A partir du 1er février 1946, le maximum de l'indemnité journalière de maladie ou de maternité des assurances sociales est fixé à 150 francs,

Toutefois pour les assurés visés au paragraphe 2 de l'article 27 de l'ordonnance du 19 octobre 1945 précitée, ce maximum est porté à 200 francs dans les conditions prévues audit paragraphe.

Art. 2. — A partir du 1er janvier 1946, le maximum de l'indemnité mensuelle allouée en application de l'article 35 relatif à l'assurance de longue maladie est fixé à 4.500 francs.

Toutefois, pour les assurés visés au paragraphe 3 dudit article, ce maximum est porté à 6.000 fr.

(*J. O.*, 1er février 1946.)

Décret du 16 janvier 1946 fixant la composition et les attributions du comité technique d'action sanitaire et sociale.

Article premier. — A titre transitoire, et jusqu'à la mise en vigueur des dispositions de l'article 28 de l'ordonnance du 4 octobre 1945, le comité technique d'action sanitaire et sociale institué auprès du Conseil supérieur des assurances sociales est composé ainsi qu'il suit :

Deux représentants du ministre du Travail.

Deux représentants du ministre de la Population.

Cinq représentants des organismes d'assurances sociales désignés par le Conseil supérieur des assurances sociales.

Le médecin inspecteur général du Travail au ministère du Travail.

Un représentant des organisations de praticiens au sein du Conseil supérieur des assurances sociales.

Huit médecins désignés par le ministre de la Population.

Deux médecins-conseils des organismes d'assurances sociales, désignés par leurs syndicats de praticiens.

Le président du comité technique d'action sanitaire et sociale est désigné par le ministre du Travail et par le ministre de la Population.

Art. 2. — Le comité technique d'action sanitaire et sociale se réunit au moins une fois par trimestre. Il peut, en outre, être convoqué, le cas échéant, par son président soit d'office, soit à la demande du ministre du Travail et du ministre de la Population.

Les procès-verbaux des séances du comité sont signés par le président et par le secrétaire.

Un exemplaire du procès-verbal est transmis au ministre du Travail et au ministre de la Population.

Art. 3. — Le comité technique d'action sanitaire et sociale définit la politique sanitaire des organismes d'assurances sociales dans le cadre du plan sanitaire établi par le ministère de la Population.

Il est en outre appelé à donner son avis sur les questions d'ordre technique qui lui sont soumises par le ministre du Travail.

Art. 4. — Le comité constitue une section du contrôle médical dont les membres sont choisis dans son sein et qui est composée de :



TOPIQUE INTESTINAL
COLITES, ENTÉROCOLITES, INTOXICATIONS, INFECTIONS
LANCOSME - 71, Av. Victor Emmanuel III, Paris (8e)

SILYMAR
Spécifique de l'Hypotension
et des troubles liés aux états
parasympathicotoniques
2 à 3 pilules
avant chacun des deux repas
LANCOSME, pharmacien, 71, Avenue Victor-Emmanuel-III Paris-8e

VITAMINE E
SOLUTION HUILEUSE NATURELLE
TITRÉE A 10 milligrammes par ampoule
EGERMOL
LABORATOIRE LAROCHE-NAVARRON
6, Passage Ramey - PARIS (18e) -:- Tél. MONtmartre 93-49 et 98-73

Un représentant du ministre du Travail.
Un représentant du ministre de la Population.
Trois représentants des organismes d'assurances sociales.
Les deux médecins-conseils des organismes d'assurances sociales.
Le représentant des organisations de praticiens.
Deux des médecins désignés par le ministre de la Population.

La présidence de la section du contrôle médical est assurée par le président du Comité technique.

Art. 5. — La section du contrôle médical définit la doctrine et les conditions de fonctionnement du contrôle médical.

Art 6 — Elle donne son agrément à la nomination des médecins-conseils régionaux et établit la liste d'aptitude aux fonctions de médecin-conseil des assurances sociales Elle donne son avis sur la titularisation de ces médecins-conseils dans leurs fonctions.

Elle est appelée, en outre, à donner son approbation en ce qui concerne les listes de médecins consultants.

Art. 7. — L'avis de la section du contrôle médical du comité technique d'action sanitaire et sociale est requis pour l'établissement du règlement fixant les modalités de l'enseignement des médecins conseils des assurances sociales et des contrats types.

Art. 8. — Une commission disciplinaire siégeant auprès de la section du contrôle médical donne son avis sur les sanctions disciplinaires, autres que la réprimande, que les conseils d'administration des caisses d'assurances sociales, proposent de prononcer à l'encontre de leurs médecins-conseils.

Cette commission comprend :
Un président désigné par la section du contrôle médical.
Trois représentants des organismes d'assurances sociales désignés par ladite section.
Trois médecins conseils désignés par leurs syndicats professionnels.

(*J. O.*, 18 janvier 1946.)

Arrêté ministériel du 19 janvier 1946 nommant les membres du comité technique d'action sanitaire et sociale.

Article premier. — Sont nommés membres du comité technique d'action sanitaire et sociale :

MM. Pierre Laroque, directeur général de la Sécurité Sociale ou son représentant ; le docteur Hilaire, chargé de mission, à titre de représentants du ministre du Travail et de la Sécurité Sociale.

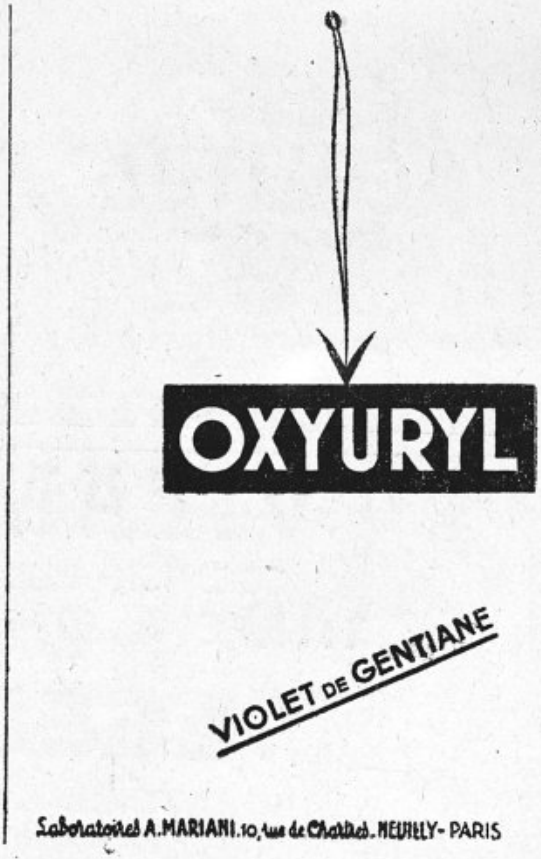
MM. le docteur Cavaillon secrétaire général de la Santé ou son représentant ; le docteur Aujaleu, directeur de l'Hygiène Sociale, à titre de représentants du ministre de la Population.

MM. Buisson, administrateur de l'Union régionale des caisses d'assurances sociales maladie-maternité de Paris ; Abel Durand, président du Conseil d'administration de l'Union régionale des caisses d'assurances sociales maladie-maternité de Nantes ; Heller, président du Conseil d'administration de l'Union régionale des caisses d'assurances sociales maladie-maternité de Paris ; Rodel, président du Conseil d administration de l'Union des caisses d'assurances sociales maladie-maternité de Bordeaux ; le docteur Charpentier, président du Conseil d'administration de la caisse primaire La Familiale, à Paris, à titre de représentants des organismes d'assurances sociales ;

MM. le professeur agrégé Desoille, médecin-inspecteur général du Travail au ministère du Travail et de la Sécurité Sociale ; le docteur Cibrie, secrétaire général de la Confédération nationale des syndicats des médecins, à titre de représentants des organisations de praticiens.

MM. le professeur Parisot, de la Faculté de médecine de Nancy ; le professeur Chevalier, direc-





teur de l'Institut national d'Hygiène ; le professeur Etienne BERNARD, de la Faculté de médecine de Paris ; le docteur WOLFROMM, membre de l'Académie de chirurgie ; le docteur DEGOS, médecin des hôpitaux de Paris ; le docteur Julien MARIE, médecin des hôpitaux de Paris ; le docteur Pierre BOURGEOIS, médecin des hôpitaux de Paris ; le docteur Hector DESCOMPS, chargé de mission au Cabinet du ministre du Travail et de la Sécurité Sociale, à titre de membres désignés par le ministre de la Population ;

MM. le docteur JOUTARD médecin chef de la Caisse interdépartementale des assurances sociales de Seine et Seine-et-Oise ; le docteur BAILLARGE, médecin-conseil régional de Rennes, à titre de représentants des médecins conseils des organismes d'assurances sociales.

Art. 2. — La présidence du comité technique est assumée par M. le professeur PARISOT.

(*J. O.*, 31 janvier 1946.)

Arrêté ministériel du 5 décembre 1945 fixant la composition du comité d'administration du fonds d'action sanitaire et sociale.

Article premier. — A titre transitoire et jusqu'à la mise en vigueur des dispositions de l'article 28 de l'ordonnance du 4 octobre 1945, le comité d'administration du fonds d'action sanitaire et sociale institué auprès du Conseil d'administration de la caisse générale de garantie est composé ainsi qu'il suit :

Un président désigné par le ministre du Travail.
Deux représentants du ministre du Travail.
Un représentant du ministre des Finances.
Un représentant du ministre de l'Economie Nationale.
Un représentant du ministre de la Population.
Un représentant de chacune des unions régionales de caisses d'assurances sociales, désigné par le Conseil d'administration de l'union.

Le président du comité technique d'action sanitaire et sociale ou son délégué.

Un médecin désigné par le comité technique d'action sanitaire et sociale.

Le représentant des organisations de praticiens au sein du comité technique d'action sanitaire et sociale.

Le président du Conseil d'administration et le directeur de la caisse générale de garantie assistent aux séances du comité avec voix délibérative.

Le contrôleur de la caisse générale de garantie assiste également aux séances avec voix consultative.

Art. 2. — Le comité d'administration du fonds d'action sanitaire et sociale se réunit au moins une fois par trimestre. Il peut, en outre, être convoqué ,le cas échéant, par son président, soit d'office, soit à la demande du ministre du Travail et de la Sécurité Sociale et du ministre de la Population.

Les procès-verbaux des séances du comité sont signés par le président et par le secrétaire.

Un exemplaire du procès-verbal est transmis au ministre du Travail et de la Sécurité Sociale,

Art. 3. — Le comité d'administration du fonds d'action sanitaire et sociale statue sur toutes les opérations prévues à l'article 7 ter du décret du 28 octobre 1935 modifié par l'ordonnance du 18 octobre 1945, et dans les conditions fixées audit article.

Art. 4. — Toute nomination, mutation ou révocation de directeurs, médecins chirurgiens ou spécialistes des établissements de soins ou de prévention, gérés par la caisse générale de garantie, est décidée par le comité d'administration.

Celui-ci peut, le cas échéant, déléguer au siège de l'établissement un ou plusieurs de ses membres pour effectuer toutes enquêtes nécessaires.

(*J. O.*, 18 janvier 1946.)

Eczéma
CUROZEMA
9 Dragées par jour
OPOSÉROTHÉRAPIE VALTRY
LABORATOIRE BIOLOGIQUE VALTRY
46, Rue St Didier - Paris-16e
FORMULE INFANTILE :
Pediozema
GRANULÉ

LE DÉFICIT EN CALCIUM ALIMENTAIRE
peut être comblé par
L'OPOTHÉRAPIE OSSEUSE
qui représente une méthode sûre de
RÉMINÉRALISATION

HOLOS
POUDRE D'OS OPOTHÉRAPIQUE VITAMINÉE
DESCHIENS, Docteur en Pharmacie, 9, Rue Paul Baudry - PARIS (8e)

FAUTEUILS ROULANTS
DUPONT
Cent ans de spécialisation dans le confort du malade
VENTE & LOCATION
10, Rue Hautefeuille - PARIS (6e)
Téléphone : DANTON 05-61 - 05-62
Succ. à LYON, 6, Place Bellecour



CORYDRANE CRISTALLISE EN UNE MOLÉCULE LES VERTUS APAISANTES DE L'ASPIRINE ET LA FORCE TONIQUE DU NORÉPHÉDRANE.

AINSI LES TROUBLES S'EFFACENT AU MOMENT MÊME OU L'HOMME RETROUVE L'ÉNERGIE DE LES DOMINER.

L'INTELLIGENCE ET LA LIBERTÉ DE RESPIRER REVIENNENT A L'ENRHUMÉ, ET LE GRIPPÉ SENT FUIR SA FIÈVRE.

QUI SOUFFRE DANS SES NERFS OU DANS SES OS ACCUEILLE LE CORYDRANE AVEC GRATITUDE. GRACE A LUI LE MIGRAINEUX SE RÉJOUIT D'UNE LUCIDE DÉTENTE.

SOULAGER ET SOUTENIR, LOI IMMUABLE D'ÆSCULAPE QUI S'OPPOSE AU PRINCIPE D'EPICTÈTE

Ἀνέχου καὶ ἀπέχου

HIPPOCRATE APPLIQUAIT CETTE RÈGLE D'OR A SES ASTHÉNIQUES, GALIEN A SES RHUMATISANTS.

ET TOI-MÊME, UN JOUR, CLINICIEN AVERTI, SI QUELQUE MALAISE T'ASSAILLE, PRENDS PLUTOT UN COMPRIMÉ DE

CORYDRANE

LABORATOIRES DELAGRANGE
39, Bd. de LATOUR-MAUBOURG, PARIS - 7e

PARTIE SCIENTIFIQUE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

L'ACTUALITÉ BIOLOGIQUE

LES LABORATOIRES D'ANALYSES ONT-ILS TOUS REÇU UN ÉQUIPEMENT SUFFISANT ?

IL est arrivé, et il arrive encore, que les praticiens s'adressent à un laboratoire d'analyses pour une recherche de bacilles de Koch, pour un examen sérologique de syphilis, pour le diagnostic d'une grossesse ou pour toute autre investigation biologique, mais que, ayant obtenu un résultat, différent par trop de leurs hypothèses cliniques, ceux-ci consultent un deuxième laboratoire. Que penser alors d'une divergence notable entre ces deux centres de recherches, toutes précautions ayant été prises afin d'assurer une correction totale et une identité complète entre les deux prélèvements ?

♣

L'A chose peut-être grave. En voici un exemple. Il se passe en province. Un chirurgien examine une malade pour une affection abdominale : elle est cbèse de nature, mais son ventre est devenu encore plus gros. S'agit-il d'un kyste dégénéré de l'ovaire, d'un fibrome ou mieux d'une grossesse en évolution ainsi que pourraient le laisser supposer l'âge et les conditions de vie de la femme qui est une multipare ? Pourtant les quatre premiers mois de gestation seraient largement dépassés, et la patiente ne sent pas " bouger "? Aucun bruit du cœur à l'auscultation. Le confrère s'adresse à un laboratoire pour obtenir un examen biologique : résultat négatif. Non satisfait, les urines sont envoyées à un autre centre de recherches, peut-être mieux achalandé. Même résultat négatif encore ! Il n'y a plus de doute ; il faut intervenir. Hélas, on se trouve en présence d'un utérus gravide de huit mois ! Césarienne, puis hystérectomie, ainsi qu'il est recommandé pour éviter une hémorragie grave de la délivrance chez les obèses. La mère meurt quelques heures après l'intervention, mais l'enfant survivra. Le chirurgien sera poursuivi en responsabilité professionnelle.

Avait-on employé le souriceau ; les lapines étaient-elles suffisamment sélectionnées ?

♣

En fait de tuberculose, a déclaré l'autre jour le Pr Bezançon, " tous " les laboratoires ne paraissent pas également qualifiés. On n'est pas toujours certain du résultat d'un examen bactériologique par la méthode de Ziehl. Que penser, à plus forte raison de l'homogénéisation, de la sédimentation pour la recherche du bacille de Koch dans les crachats, de sa découverte dans les selles, de sa culture sur le milieu de Loewenstein ? Quant à l'inoculation au cobaye, on ne l'obtiendra que difficilement dans tous les cas. Que dire encore de la lecture des films radiographiques, et surtout des recherches anatomo-pathologiques ?

♣

ET cependant, il ne semble pas impossible d'arriver à une solution parfaite de cette question difficile. L'équipement matériel des laboratoires d'analyses, questions de crédit mises à part, serait confié à des hommes de science qualifiés. Cette qualification, ils l'obtiendraient sous des garanties suffisantes : médecins, pharmaciens, biologistes se spécialiseraient par un stage dans un Institut de Biologie, qu'il serait urgent de créer. La liste des laboratoires, ainsi organisés et gérés, serait établie par les soins du Ministère de la Santé publique, et celui-ci les soumettrait ensuite à un contrôle technique. Connus de tous les praticiens, ils offriraient ainsi des garanties suffisantes.

Toute cette importante question a déjà fait l'objet d'un projet ministérie d'organisation. Il est actuellement soumis à l'examen de l'Académie de Médecine., qui a nommé pour son étude une commission composée des professeurs Brindeau, président, Ribadeau-Dumas et Mocquot.

G. FISCHER.

ÉVENTRATION TRAUMATIQUE DANS LA RÉGION INGUINALE

par le Dr M. ROBINEAU, chirurgien honoraire des hôpitaux

L'OBSERVATION que je vais résumer, en y ajoutant quelques commentaires, a été présentée à la Société de Médecine Légale de France (14 mai 1945) ; l'un de nos plus distingués médecins-légistes l'a qualifiée de " capitale " et lui a attribué la valeur d'une expérience in vivo. Elle peut donc intéresser les lecteurs du **Concours Médical**, car elle apporte une contribution à la question toujours controversée des hernies-accidents du travail. Son principal mérite vient de ce que j'ai suivi le blessé depuis l'accident jusqu'à guérison, et de ce que j'ai pu faire un contrôle opératoire des lésions.

OBSERVATION. — P... a 39 ans ; son travail consiste à présenter sous un pilon des pièces de métal maintenues par une forte pince à longs manches. Dans la nuit du 30 juin 1939, une pièce échappe sous le pilon, la pince est projetée en arrière ; le bout arrondi d'un des manches heurte P... à hauteur de l'aine droite et le fait tomber à la renverse.

Il essaye de se relever ; en vain, la douleur est trop forte ; ses compagnons tentent de l'asseoir sur une chaise ; il ne peut y rester et il faut l'étendre sur le sol.

A l'hôpital, j'examine le blessé neuf heures après l'accident : gonflement de la région inguinale droite sur une largeur de trois à quatre travers de doigts, ne dépassant pas l'arcade crurale et n'atteignant pas la racine des bourses ; teinte ecchymotique de la peau ; palpation impossible, tellement la douleur est vive.

4e jour. — La douleur a diminué et permet l'exploration ; l'ecchymose est foncée ; le gonflement, mieux limité, est centré sur la partie moyenne du canal inguinal ; au-dessous, je puis sentir l'arcade crurale ; en dedans, l'orifice superficiel du canal est libre, bien fermé, car je ne puis y insinuer le bout du petit doigt. J'ai l'impression qu'il s'agit d'une contusion superficielle et j'autorise le blessé à se lever le 7e jour.

8e jour. — Le blessé demande à quitter l'hôpital ; il souffre encore et marche mal, plié en deux. Gonflement et ecchymose sont en régression.

12e jour. — Contrôle : l'ecchymose est presque résorbée ; l'infiltration sous-cutanée ne laisse plus qu'une minime tuméfaction un peu résistante et douloureuse ; la guérison paraît proche.

18e jour. — Situation complètement changée : en station debout, dans l'aine droite, voussure ovalaire à grand axe parallèle au canal inguinal, du volume et de la forme d'un demi-œuf de poule, indolente, souple et réductible ; c'est une hernie. En décubitus elle se réduit spontanément ; elle se reproduit dans un effort de toux ou dès que le blessé se met debout.

L'examen révèle des particularités : la hernie ne sort pas par l'anneau inguinal bien fermé, mais en dehors de lui ; quand elle s'est effacée, trois doigts réunis pénètrent dans une brèche de la paroi abdominale ; sur le pourtour je découvre trois noyaux durs, gros chacun comme un pois, adhérents à la peau.

Il s'agit donc d'une éventration traumatique, puisque ce terme est réservé aux hernies qui se produisent à la faveur d'une rupture de la paroi par contusion. La hernie fait saillie à l'endroit précis de la contusion ; la rupture de la paroi est perçue sous forme d'une large brèche et est attestée par les nodules fibreux cicatriciels.

L'examen général montre chez P... une petite prédisposition herniaire : petite hernie ombilicale ancienne, anneau inguinal gauche admettant le bout de l'index, donc plus large qu'à droite, ébauche de ventre de Malgaigne. Peu importe puisque nous sommes en présence d'une éventration traumatique.

Il était indiqué de restaurer la paroi abdominale ; j'ai attendu un mois après l'accident pour être assuré que la cicatrisation des tissus rompus était achevée. Dans les derniers jours la hernie a un peu grossi et est restée indolente.

Constatations opératoires. — Elles diffèrent de ce qu'on observe au cours de l'opération d'une hernie banale. La peau est adhérente à l'aponévrose du grand oblique ; les noyaux cicatriciels sont constitués par des trousseaux tendineux du grand oblique rompus et pelotonnés sur eux-mêmes. L'anneau inguinal est indemne, avec de solides piliers ; la brèche commence à un centimètre plus en dehors et s'étend à peu près sur six centimètres dans l'axe du canal inguinal.

Après dissection, les muscles petit oblique et transverse sont trouvés rompus dans la même étendue un peu au-dessus de leur bord inférieur ; la hernie est donc sortie à travers ces muscles et non pas au-dessous d'eux ; c'est pourquoi le cordon est à distance, sans aucune connexion. Le fascia transversalis n'a pas pu être identifié

Les plans de la paroi ont été isolés jusqu'en région saine. A mesure que la dissection progressait, j'ai vu le péritoine hernié se rétracter vers la cavité abdominale, si bien qu'à la fin il avait repris sa place dans le ventre. Il n'y avait donc pas de véritable sac herniaire, mais une protrusion du péritoine à base très large ; la séreuse avait conservé son élasticité normale, car si je l'attirais au dehors elle revenait ensuite à sa place ; je n'en ai donc rien réséqué.

La paroi a été reconstituée en deux plans ; elle était solide un mois plus tard quand le blessé a repris son travail ; six mois après, il se considérait bien guéri sans incapacité permanente.

*
* *

COMMENTAIRES. — Dans cette observation, les symptômes initiaux sont ceux attribués par les auteurs classiques aux hernies **dites " de force "** : Après accident d'une violence indéniable, douleur immédiate intense avec manifestations extérieures évidentes pour l'entourage ; impossibilité absolue de la station debout et de la marche pendant plusieurs jours ; à l'examen, douleur au contact telle que la palpation a été interdite les quatre premiers jours ; gonflement local et ecchymose persistant une douzaine de jours. S'il y avait eu vomissement et syncope, le tableau clinique eut été complet.

La différence entre éventration traumatique et hernie de force réside dans la cause, et non dans les symptômes. Dans la première, le corps contondant provoque de dehors en dedans la rupture pariétale ; dans la seconde, un effort agit de dedans en dehors pour produire une rupture partielle de la paroi en un point faible, par compression excessive des viscères contre cette paroi ; telle est du moins la théorie invoquée pour expliquer la dilacération par effort des plans aponévrotiques de la paroi, et on est en droit de s'étonner qu'un organe aussi mou et aussi mobile que l'intestin ou l'épiploon puisse être accusé d'être un agent de dilacération.

Puisque éventration traumatique et hernie de force procèdent d'un mécanisme identique, une rupture plus ou moins complète de la paroi, l'évo-

lution clinique devrait être la même dans les deux cas. Il n'en est rien.

Pour les médecins qui y croient encore, **la caractéristique de la hernie de force est sa production soudaine, avec douleur, au moment de l'effort violent** auquel elle est attribuée. La hernie est parfois aussitôt exhibée par le blessé à ses compagnons de travail ; elle est constatée par un médecin dans les heures qui suivent l'accident. La protrusion du péritoine serait donc instantanée, et son extériorisation resterait permanente.

Dans mon observation d'éventration traumatique, l'opération a montré que la paroi inguinale a été rompue sur une longueur de 6 centimètres environ et dans toute son épaisseur, à l'exception de la peau et du péritoine assez élastiques pour se laisser refouler par le corps contondant. Voilà une brèche fort importante ; aucun effort, si intense soit-il, ne serait jamais capable de réaliser pareille rupture. Voyons-nous le péritoine poussé par l'intestin se précipiter dans cette brèche, faire saillie sous la peau et rester extériorisé ? Pas du tout ; **la hernie est apparue tardivement, sans douleur,** après le 12e jour ; car je puis attester que ce jour-là il n'y avait même pas un embryon de hernie en formation.

On objectera peut-être que la hernie de force implique un effort et que mon blessé resté couché n'a pas fait d'effort susceptible de chasser l'intestin dans la brèche ouverte. Je répondrai que cet ouvrier a fait effort pour se relever après sa chute ; puis, du 7e au 12e jour, il s'est levé et a marché, et la simple pesanteur suffisait pour faire descendre l'intestin grêle plein de liquide à travers la paroi éventrée ; enfin il est des efforts auxquels le blessé n'a pas pu se soustraire pendant 12 jours, même pendant son séjour au lit ; ce sont principalement les efforts de défécation dont l'influence sur le développement des hernies a été admise de tout temps.

Je ne puis pas appuyer mon argumentation sur de nombreuses références ; les éventrations traumatiques sont très rares et frappent un point quelconque de l'abdomen ; leur localisation dans une région herniaire, susceptible de donner lieu à un diagnostic avec une hernie banale, est exceptionnelle. La littérature est donc très pauvre en documents ; dans l'important mémoire de Paul Berger, basé sur l'examen de plus de 11.000 hernies, on trouve deux observations résumées de contusion de l'aine avec ecchymose ; dans l'une, la hernie est apparue tardivement " après résorption de l'hématome ", comme dans mon cas personnel ; dans l'autre, une très grosse hernie a été constatée le jour de l'accident ; en peu de temps elle était dans le scrotum ; d'ou l'on peut inférer qu'il s'agissait d'une contusion sur hernie ancienne, car le péritoine abdominal est incapable de glisser jusque dans le scrotum en quelques jours seulement.

Le Dentu admettait la hernie de force ; il a écrit **(Dict. de Méd. et Chir. pratiques) :**

« L'effort brusque peut être la seule cause, la « cause effective d'une hernie, en distendant ou « en rompant partiellement les fibres aponévro- « tiques d'un orifice fibreux ; mais, dans ce cas, « la hernie n'est que **préparée par le fait de la « rupture ; elle n'existe pas encore. »**

Si la hernie de force n'est que „ préparée " par l'effort, elle ne devrait jamais apparaître ni devenir perceptible aussitôt après cet effort, même pas dans les heures suivantes. L'évolution devrait se faire en deux temps : dans le premier on observerait les manifestations traumatiques indiquées plus haut ; dans le second, la hernie apparaîtrait, après un délai en rapport avec l'importance de la déchirure des tissus et qui ne saurait, pour une large rupture totale de la paroi, être inférieur à douze jours d'après mon observation. Jusqu'ici, aucun fait de ce genre n'a été porté à la connaissance du public médical.

Ainsi se trouve ruinée la conception des médecins pour qui la caractéristique de la hernie de force est sa production soudaine dans un effort ; sa caractéristique devrait être au contraire l'apparition tardive de la hernie.

Je dois encore souligner un point mis en valeur par mon observation. J'ai opéré environ quinze jours après la production de la hernie et j'ai trouvé le péritoine herniaire adhérent à la cicatrice des tissus qui bordaient la brèche de la paroi ; la libération a suffi pour supprimer l'extériorisation de la séreuse qui est rentrée d'elle-même dans son lit ; le péritoine n'avait donc rien perdu de son élasticité normale au bout de quinze jours. Supposons, selon la théorie ancienne, qu'un effort puisse chasser brusquement une hernie de force à travers une paroi un peu dilacérée ; comment la hernie pourrait-elle rester extériorisée en permanence après cessation de l'effort, à moins qu'il n'y ait étranglement simultané ? Aucune adhérence n'attache encore le péritoine aux tissus qui viennent de se rompre ; aucune poussée intérieure constante ne peut maintenir la hernie hors du ventre ; l'élasticité du péritoine devrait donc lui faire réintégrer sa place dès la fin de l'effort, et la hernie se trouverait escamotée immédiatement après sa production.

Chez mon blessé les constatations cliniques et opératoires démontrent que la résistance élastique du péritoine est suffisante pour s'opposer à l'issue immédiate ou précoce de l'intestin à travers une large brèche dans toute l'épaisseur de la paroi abdominale. Ultérieurement, il est inévitable que le péritoine glisse progressivement, insensiblement, à travers la brèche, que la hernie s'accentue petit à petit, d'ailleurs sans douleurs, simplement sous l'action de la pesanteur en station debout. Mais l'extériorisation permanente du péritoine ne sera acquise que quand il aura contracté des adhérences avec les tissus rompus ou quand il aura perdu, à la longue, son élasticité rétractile.

Alors où est la différence clinique entre hernie de force et hernie de faiblesse ? Pour toutes deux le processus évolutif silencieux est exactement le même. Si j'ajoute que les déchirures partielles de la paroi attribuées à un effort, ou leurs reliquats, n'ont jamais été constatés même au cours d'opérations précoces, il me sera permis de dire que l'ancienne division de A. Cooper et de Malgaigne en hernies de force et hernies de faiblesse est arbitraire et ne s'appuie que sur des symptômes trom-

peurs et mal interprétés. Sarazin s'élevait déjà avec énergie en 1874 contre cette division **(Dict. de Méd. et Chir. pratiques)** ; invoquant les travaux de Malgaigne lui-même, il montrait que les malades attribuant leur hernie à un effort récent sont porteurs d'une hernie pubienne, donc arrivée à son stade complet de développement, et forcément très ancienne.

De ces commentaires je puis conclure que l'ancienne conception médicale classique de la hernie de force, encore acceptée dans certains milieux, repose sur des apparences et non sur des bases scientifiques ; l'analyse des faits indique qu'une hernie complète ne se constitue pas tout d'un coup au cours d'un effort unique.

Cette conclusion, strictement médicale, laisse de côté toute discussion d'ordre juridique sur les relations possibles entre hernies et accidents du travail, particulièrement en ce qui concerne les aggravations par accidents. La question nécessiterait une étude trop longue pour être abordée dans cet article où j'ai cherché seulement à redresser une erreur médicale, longtemps admise sans réserves, dans la pathogénie et le mécanisme des soi-disant hernies de force.

DE L'EXAMEN OPHTALMOSCOPIQUE AU DOMICILE ET AU LIT DU MALADE

par le Dr Etienne GINESTOUS (de Bordeaux) (1)

L'examen ophtalmoscopique au domicile, et davantage encore au lit du malade, présente des difficultés du fait que le praticien ne dispose pas de l'instrumentation dont il fait usage à son cabinet

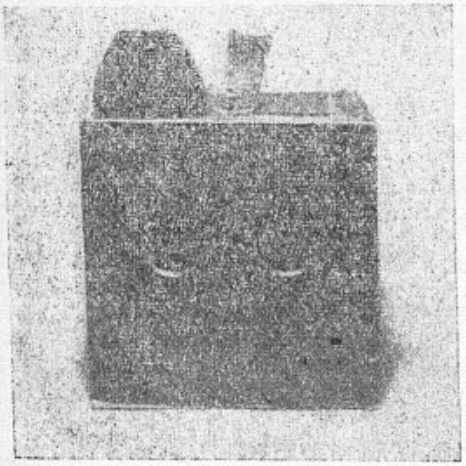


Fig. 1

de consultation. Il doit, pour y suppléer, avoir recours à des moyens de fortune et trouver sur place les accessoires — lampe éclairage, etc. appropriés aux nécessités de son examen. Cela n'est pas le plus souvent si aisé qu'on pourrait croire, et, il n'est pas un praticien de l'ophtalmologie qui, appelé au domicile du malade, n'en ait éprouvé les inconvénients et incommodités. L'ingénieux orthoscope d'Aubaret (2) et les ophtalmoscopes électriques de May, Norton et autres y remédient dans une certaine mesure, mais sans vouloir diminuer l'aide précieuse que le clinicien peut retirer de cet appareillage spécial, il faut reconnaître que trop souvent il ne correspond pas aux nécessités de la pratique. A la chambre et au lit du malade, nous en sommes réduits à créer sur place — quand cela est possible — et cela ne l'est pas toujours — des procédés de fortune. L'instrumentation transportable (fig. 1), dont nous allons donner la description, assure au praticien la possibilité d'avoir toujours à sa disposition, à quelque endroit qu'il se trouve, les moyens correspondants à ceux dont il fait usage dans son cabinet.

Cette instrumentation, dont la construction a été réalisée par un modeste artisan électricien de Bordeaux M. Roger Lafargue, est constitué par une boîte rectangulaire de 15 cm. de longueur, 11 cm. de largeur, du poids de 425 grammes, ayant tout l'aspect d'un petit kodak photographique. La face antérieure de la boîte est percée de deux trous, l'un à droite, l'autre à gauche, de 2 cm. 1/2 de diamètre chacun. Un obturateur à glissière permet de fermer l'orifice ou de réduire son diamètre à 1 cm ou à 1/2 centimètre. En arrière de la paroi antérieure une roue, dont le maniement est facile, à la partie supérieure contient 4 trous de même dimension que l'orifice de la paroi avec écrans blanc, vert, jaune, rouge monochromatiques.

Dans l'intérieur de la boîte est placée à gauche, correspondant à l'orifice du même côté une lampe

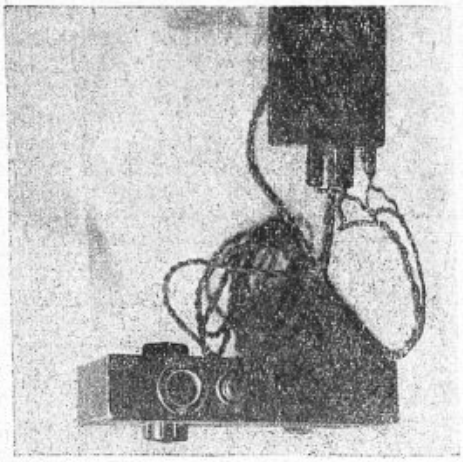


Fig. 2.

de 40 watts, 110 volts, pouvant être alimentée par le secteur, à droite une lampe alimentée par une pile de poche. Chacune des lampes est commandée séparément par un bouton commutateur.

(1) Cet article nous a été adressé par notre très regretté collaborateur peu de jours avant sa mort.

(2) Aubaret. Orthoscope-Orthoscopie (Soc. de Méd. et de Chir. de Bordeaux, 27 juin 1902). — Le Moignic. Orthoscopie oculaire. Th. de doctorat. Bordeaux, 24 décembre 1902.

La paroi supérieure de la boîte forme couvercle pouvant être soulevé.

Ce dispositif constitue une lampe ophtalmochromoscopique facilement transportable qui permet :

1° L'examen du malade dans sa chambre, au lit, suivant les méthodes ordinaires en utilisant l'énergie électrique d'un secteur lorsqu'elle existe, une simple pile de poche lorsqu'elle n'existe pas.

2° L'examen ophtalmoscopique en lumière colorée vert, rouge, jaune, dont le monochromatisme est assuré.

3° L'examen du sens chromatique et le dépistage de ses anomalies aux couleurs pigmentaires.

4° La recherche du scotome central en utilisant les orifices du petit diamètre.

A notre demande MM. Rupalley ont réalisé sur les mêmes indications un modèle de lampe ophtalmochromoscopique transportable de modèle plus réduit comprenant un boîtier 140 × 70 × 30 animé soit par une pile de 4 volts 5, soit par le courant de ville. Cet appareillage de petit format peut être aisément mis dans la poche ou dans une serviette. (figure 2).

LA MÉDECINE AU ÉTATS-UNIS

L'OSTÉOPATHIE

A propos de l'intéressant article où le Dr Lacroix résume la conférence du Dr Hartmann sur la médecine aux Etats-Unis (1), je me permets de faire une remarque concernant l'ostéopathie.

Les Américains ont emprunté l'homéopathie au vieux continent ; il est dommage que nous n'empruntions pas à l'Amérique l'Ostéopathie.

Il est sans doute excessif de rattacher trop de troubles morbides à des déplacements de vertèbres. Il est déjà beaucoup moins discutable qu'une « réflexothérapie » vertébrale puisse, agissant sur la circulation radiculo-médullaire, produire des réactions bienfaisantes. Mais en s'en tenant aux cas de pratique médicale courante qui sont véritablement de son domaine, l'ostéopathie devrait être enseignée à la Faculté. Toutes les séquelles de traumatismes et nombre de torticolis, algies rachidiennes, lumbagos, sciatiques peuvent être soulagés ou parfois guéris rapidement par ses méthodes. Et il est probable que les chirurgiens, qui opèrent fréquemment aujourd'hui les sciatiques rebelles par hernies discales, après avoir souri des articles où les ostéopathes attiraient l'attention sur le rôle du « nucleus pulposus » dans la « lésion ostéopathique », verraient le nombre de celles-ci décroître singulièrement s'ils s'efforçaient de réduire les subluxations vertébrales par des méthodes apparentées, au fond, à la gymnastique corrective, et qui n'ont rien de plus « indésirable » que celles utilisées pour réduire une luxation de l'épaule.

Pourquoi laisser aux empiriques « rebouteux » souvent dangereux, le quasi monopole de cet art parfaitement médical, et qui est du reste pratiqué par quelques médecins de grand talent.

Pourquoi laisser aux empiriques, « rebou- l'occasion de voir de belles guérisons obtenues par ces médecins sur des laissés pour compte de la médecine officielle, et qui désire connaître lui-même l'essentiel de ces méthodes, ne trouve que des livres rudimentaires et médiocres, et mette 15 ans (s'il est obstiné) à apprendre ce qu'il aurait pu savoir en 15 jours ?

Dr Pascal Piédallu
(Le Raincy, S.-et-O.)

(1) *Concours Médical*, 31 décembre 1945.

UN TRAITEMENT SIMPLE DE L'ONGLE INCARNE

Votre numéro du 31 décembre contient une description d'un « Traitement simple de l'ongle incarné ». J'ai une longue expérience d'un traitement encore plus simple que je me permets de recommander à vos lecteurs : il ne comporte aucune opération ou médication, mais seulement l'usage d'une lime ! Pour qu'un ongle puisse s'incarner, il faut que ses bords aient un point d'appui dans la voûte constituée par le dos de l'ongle. Affaiblissez cette voûte et vous empêcherez l'ongle de s'incarner. Il suffit donc de limer le dos de l'ongle, au point de lui enlever sa rigidité, pour atteindre le but. Si l'ongle est particulièrement dur et épais sur les côtés on peut aussi l'amincir à cet endroit en limant toujours par dessus. Il n'y a pas à craindre de trop limer : si l'ongle arrive à se fendre dans le sens de la longueur à la suite de ce traitement, le résultat n'en sera pas moins bon.

Dr E.-F. DUCASSE,
Le Mans (Sarthe).

LES LIVRES

LIVRES RECEMMENT PARUS

Chez J.-B. BAILLIERE et Fils
19, rue Hautefeuille

G. Milian. — **La syphilis occulte.** Un vol. 182 fr., 12 fig. Deuxième Edition, 1946.

Jean Monnier. — **La Pénicilline à la portée du praticien et son emploi dans le traitement des maladies vénériennes.** Préface de Sir Alexander Fleming. Un vol. 148 pages, 26 fig. 1946.

M. Bariéty et H. Brocard. — **Les septicémies à staphylocoques.** Un vol. Collection « Les Actualités cliniques », 252 pages, 1945.

H. Cambessédès et J. Boyer. — **Hygiène des Institutions de plein air.** Colonies de vacances. Camp de vacances, Colonies sanitaires. Préventoriums. Ecoles de plein air. Placements familiaux. Préface du Dr Armand-Delille. Un vol. 172 pages, 7 fig., 1946.

LES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

Résultats de la radiographie systématique des mineurs au charbon. Comment organiser le dépistage de la silicose.

(MM. Edme Martin et Louis Roche. — présentation par M. Policard ; 16-10-1945)

Au cours d'une prospection radiographique pulmonaire systématique portant sur le personnel de différentes sociétés houillères de Saint-Etienne, les auteurs ont radiographié 3.078 mineurs et découvert ainsi 81 tuberculeux (2,6 %) et 605 sujets présentant des anomalies imputables à la fibrose pulmonaire silicotique (20 %). Les anomalies pulmonaires en question sont plus rares, plus dicrètes et plus tardives chez les houilleurs que chez les mineurs mixtes ; leur progression, régulière chez les mineurs exclusifs au charbon, fait un bond à partir de la dixième année chez les mineurs mixtes. MM. Ed. Martin et L. Roche conseillent pour ces derniers, lorsqu'ils ont dix ans et plus de travail dans le fond, le même contrôle radiologique (annuel et obligatoire) que celui des mineurs au rocher. Quant aux mineurs mixtes ayant moins de dix ans de fond et aux houilleurs exclusifs, ils pourraient être soumis à ce contrôle seulement tous les deux ans. Les porteurs d'anomalies pulmonaires radiologiques, ajoutent les auteurs, relèvent de prescriptions variables selon le degré de l'anomalie constatée (sortie du rocher et de tout milieu empoussiéré, travail à l'extérieur, etc.) et d'une surveillance aux rayons tous les ans, tous les six mois, ou tous les trois mois, selon le stade radiologique observé.

Le traitement des paralysies diphtériques par la chloroformisation et la sérothérapie.

(MM. Ch. Sarrouy, P. Combe et L. Salessy (d'Alger). — Présentation par M. Debré ; 30-10-1945)

On connaît la méthode de Lehman et Dufourt de traitement du tétanos par la chloroformisation associée à la sérothérapie. Partant d'une conception analogue, quelques auteurs ont essayé une thérapeutique des paralysies diphtériques par la chloroformisation et la sérothérapie. MM. Sarrouy, Combe et Salessy ont obtenu de cette médication des résultats encourageants ; ils en ont rapporté deux nouvelles observations dans la thèse de M. Salessy (Alger, 1945). La technique utilisée est simple. Sous anesthésie générale au chloroforme, ils injectent une dose massive de sérum antidiphtérique. Peut-être même, la sérothérapie est-elle superflue puisqu'en principe, au stade de paralysie, il existe dans le sérum des malades un taux très élevé d'anti-toxine. C'est ainsi qu'Hennebert et Schuermans ont enregistré des succès par la simple narcose à l'éther.

P. L.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX DE PARIS

Un cas de diabète insipide avec dissociation extrême de la soif et de la polyurie.

(MM. R. Kourilsky, H. Hinglais et Mlle Welti. 15 juin 1945)

Dans le diabète insipide, la polydipsie n'est pas reliée à la polyurie par un élément rigoureux et uniforme de cause à effet. L'observation rapportée illustre cette conception, et le fait semble rare ; elle fournit un élément nouveau dans la sémeiologie et dans la pathogénie du diabète insipide, car généralement la polyurie suit fidèlement l'ingestion des boissons. Il y aurait là deux expressions fonctionnelles différentes d'un même dérèglement central, la faiblesse de la polyurie s'expliquant parce que l'eau, qui doit être éliminée, prend une autre destination que l'appareil rénal. Deux voies lui seraient ouvertes : avant tout, la transpiration cutanée (sueurs abondantes chez la malade observée), puis la voie respiratoire. Cependant il est douteux que la première puisse, à elle seule, expliquer l'élimination quotidienne de 6 à 7 litres d'eau dans les périodes polydipsiques les plus fortes, soit 50 % de l'eau ingérée. Il y a donc dans l'élimination aqueuse des conditions jusqu'ici inconnues, qui orientent celle-ci vers les reins, ou vers d'autres voies dérivées. Pour accentuer encore les dérèglements hydriques également et salins, d'origine infundibulaire, il faut noter ici l'existence concomitante d'une rétention saline sèche, qui dénotait une modification très particulière du métabolisme du sel.

Le citrate de soude intraveineux en thérapeutique.

(M. Courbin, de Bordeaux ; 22 juin 1945)

L'auteur base son étude sur une longue pratique des injections intra-veineuses de citrate de soude, notamment en thérapeutique vasculaire. Il utilise la solution à 20 %, soit 1 gramme de citrate pour 5 c. c. de solution. Il n'y a pas d'accidents généraux, si l'on ne dépasse pas 0,15 par kilo de poids. Par contre, l'injection, en dehors de la veine, détermine des incidents locaux: sensation de brûlures, induration. Voici le rythme conseillé pour les injections : hypertension simple, 1 à 2 injections par semaine ; gangrène par artérite, une injection par jour ; ictus, une injection toutes les quatre heures. Les indications sont les suivantes : prévention post-opératoire des phlébites, artérites, éclipses et spasmes cérébraux, infartus du myocarde. L'hypertension artérielle est l'indication la plus fréquente ; une injection n'est pas hypotensive, mais, au bout de trois semaines, à la cadence de 3 injections par semaine, on peut dire que généralement la maxima baisse de 3 à 4 divisions, la minima de 1 à 2, l'indice oscillométrique tend à s'élever. C'est surtout dans la catégorie des hypertensions pléthoriques que les injections intraveineuses de citrate de soude donnent les résultats les plus brillants ; de beaux succès ont été aussi obtenus chez les hypertendus artériels angiospastiques ou scléreux, et chez les hypertendus azotémiques.

G. F.

SOCIETE DE PATHOLOGIE COMPAREE

Séance du 10-4-1945

L'inégale répartition de la mortalité par tuberculose dans les départements français.

Par M. Moine. — L'auteur souligne les écarts, qui passent de 60 décès par tuberculose pour 100.000 habitants dans le Sud, à 250 en Bretagne. Ces inégalités méritent de retenir l'attention. Les établissements de cure modifient sensiblement le taux des départements riches en sana, et la Seine-et-Oise, qui reçoit de nombreux malades domiciliés en Seine, souffre une majoration de 30 %, d'où une diminution de 10 % pour la Seine. Le Lot, avec son sanatorium pour femmes, présente une mortalité féminine surpassant celle de l'homme. D'autres facteurs sont également à retenir : âge moyen des populations, sincérité de la déclaration des causes de mort. Les différences constatées, 1 à 4, conservent néanmoins une valeur d'orientation, mais la suppression de ces causes d'erreur s'impose pour le plus grand profit de la lutte contre la tuberculose.

L'inégale répartition de la mortalité par tuberculose pulmonaire dans les arrondissements et quartiers de Paris. Par M. Antoine-Camille Maclouf. — Si l'on considère les arrondissements, le rapport entre le taux observé dans l'arrondissement où la mortalité est la plus faible et celui observé dans l'arrondissement où la mortalité est la plus forte est seulement égal ou supérieur à 1 sur 3. Si l'on considère les quartiers, le rapport entre le taux observé dans le quartier où la mortalité est la plus faible et celui observé dans le quartier où la mortalité est la plus forte est égal ou supérieur à 1 sur 10. L'auteur insiste sur la fréquence de la mortalité par tuberculose pulmonaire dans certains secteurs de la capitale où l'on note une étonnante répétition des décès par tuberculose pulmonaire. La mortalité moindre correspond à une densité faible de la population et la mortalité maxima à une densité forte. Toutefois, étant donné que les secteurs à forte densité sont, en règle générale, habités par des ouvriers et les secteurs à faible densité par une population aisée, il est permis de se demander si les résultats obtenus ne s'expliquent pas, tout simplement, par le milieu social différent. L'auteur souligne la mortalité excessive qui est enregistrée dans tous les quartiers pauvres. Enfin, les questions suivantes sont discutées longuement : amélioration du standard de vie, politique du logement, renforcement des mesures prophylactiques.

LA PRESSE

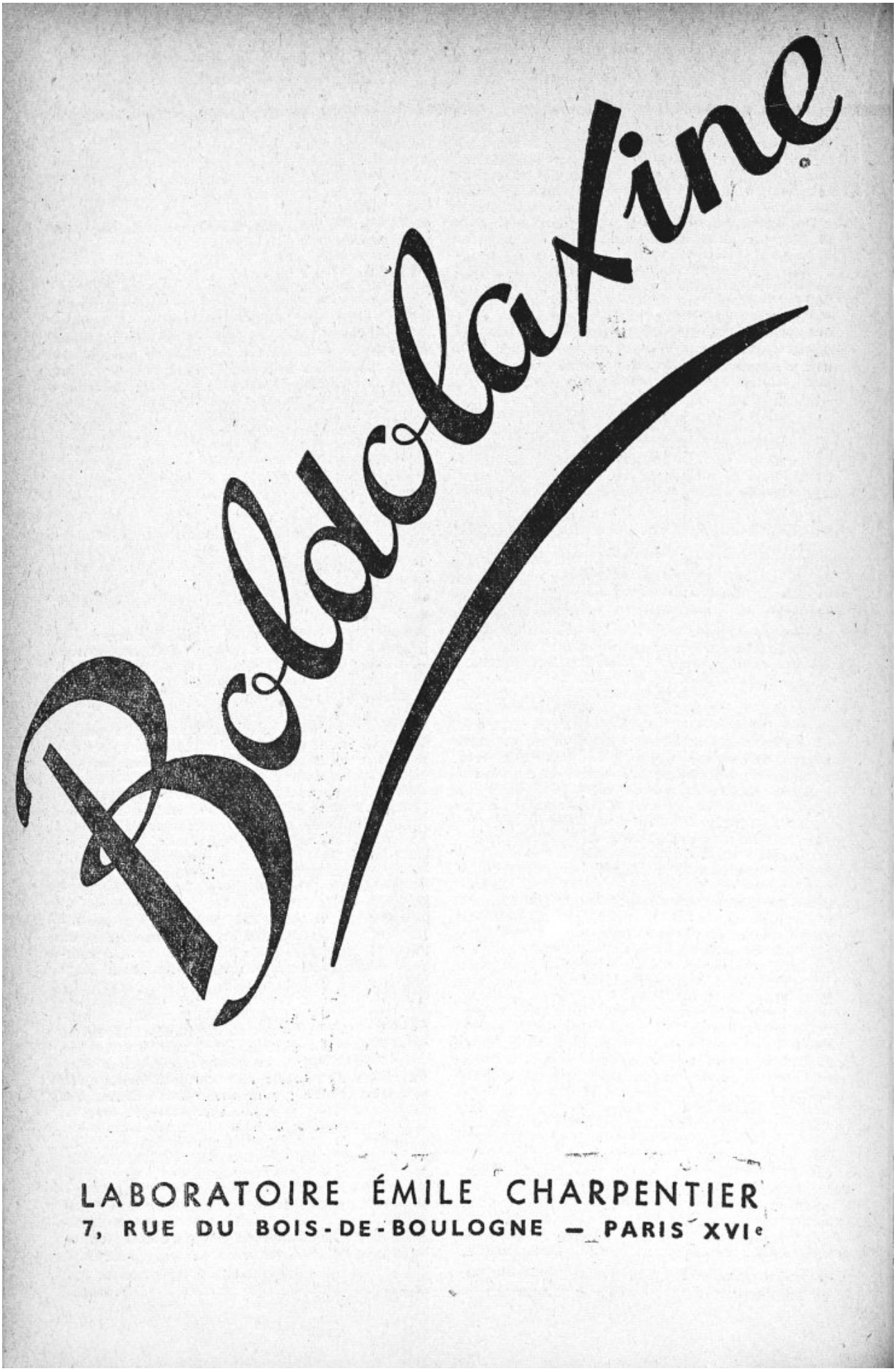
A propos du test de Schiller. — R. Palmer met au point son utilisation pour le diagnostic précoce des cancers exo-cervicaux. Son intérêt réside dans le dépistage facile et rapide de lésions suspectes sur les cols d'apparence saine, et non point dans le diagnostic de la nature cancéreuse d'une métorragie. C'est dire qu'il n'est utile que s'il est fait systématiquement au cours de tout examen au spéculum, pratiqué pour n'importe quelle raison. On badigeonne le museau de tanche avec un tampon imbibé de la solution de lugol faible, et non forte (iode 1, iodure de potassium 2, eau 300) et préparée de façon récente, à partir d'une solution-mère dix fois plus concentrée. Un col normal doit, dans ces conditions, prendre une belle coloration brun-acajou foncé, à cause de la forte charge en glycogène des couches superficielles de l'épithelium malpighien du museau de tanche. Toute érosion ou ulcération se présente comme une tache rouge ou rose. Une tache blanchâtre traduit une zone d'épithélium anormal, sans préjuger de sa nature néoplasique ou non.

S'il s'agit d'une femme avant la ménopause, elle indique la nécessité d'une biopsie à son niveau, car on a toujours affaire à une modification lésionnelle, dont l'examen histologique précisera la nature. S'il s'agit d'une femme après la ménopause, ces taches peuvent être dues à une déficience fonctionnelle, la charge en glycogène du col dépendant, en grande partie de la sécrétion folliculinique de l'ovaire. Si une injection de 2 mgr de benzoate d'œstradiol ne fait pas disparaître les taches en 48 heures, on se trouve dans les conditions du cas précédent.

Le gros intérêt du test de Schiller est donc, non pas tant de dépister le cancer au début (il le permet quelquefois) que de dépister les lésions qui peuvent être pré-cancéreuses, et de prévenir le développement ultérieur d'un cancer par des exérèses très localisées au rabot diathermique. D'autre part, il ne faudrait pas éliminer l'idée d'un cancer du col, parce que le test est normal, si on n'a pas exploré également la cavité cervicale. (*Société Française de Gynécologie*, in *Revue de Gynécologie*, 28 mai 1945.)

Traitement des troubles pré-menstruels par le chlorure d'ammonium. — R. M. Lecoz rappelle que les fonctions endocrines et les phénomènes psycho-physiques, qui en dépendent, peuvent être influencés par de nombreuses médications non glandulaires : agents physiques ; médicaments régulateurs du système nerveux ; modificateurs de la circulation, de l'équilibre acido-basique ; médications dérivatrices (sudation, purgation, saignée, etc.). Parmi ces médications, il est un groupe particulièrement intéressant, c'est celles qui agissent en modifiant l'équilibre acido-basique et électrolytique du sang. Cette action peut être directe en rétablissant des échanges perturbés, ou indirecte, en favorisant le fonctionnement des organes et des glandes, qui sont eux-mêmes le siège d'œdème.

Un de ces médicaments est le chlorure d'ammonium, administré quelques jours avant l'apparition des règles et même au début de celles-ci. La dose usuelle sera de 3 gr. par jour, à raison de 1 gr. avant chaque repas ; la durée de cette cure sera réglée d'après les réactions particulières de chaque cas donné ; pour éviter le mauvais goût et l'irritation gastrique, on le présente en dragées de 0,50 centigr. Son mode d'action est complexe : diminution de l'œdème du tissu de soutien et de divers organes, modification de l'équilibre acido-basique dans le sens d'une acidification, et probablement autres modes d'action encore à rechercher et à étudier. L'efficacité habituelle et l'innocuité de ce traitement doivent engager les médecins à l'utiliser, seul ou avec d'autres traitements. (*Praxis*, 1er novembre 1945.) G. F.


Boldoclaxine
LABORATOIRE ÉMILE CHARPENTIER
7, RUE DU BOIS-DE-BOULOGNE — PARIS XVIe

PARTIE PROFESSIONNELLE

PROPOS DU JOUR

DE LA PSYCHOLOGIE DES VIEILLARDS

Que la pensée et les manifestations intellectuelles et affectives soient des fonctions du cerveau ou qu'on admette, avec BERGSON, que les organes de notre corps sont des *instruments d'action mais d'action seulement*, il n'en reste pas moins dans ces deux hypothèses que ces manifestations sont tellement liées aux organes des sens qu'elles subissent le contre-coup des troubles de leur fonctionnement. Or ces organes sont soumis comme tous ceux des êtres vivants à l'usure et l'usure à un facteur principal, l'âge. M. Marcel SENDRAIL, professeur à la Faculté de Médecine de TOULOUSE, a merveilleusement relaté ces troubles d'usure et leurs conséquences dans un travail publié dans le premier *Cahier d'Humanisme médical, Connaître,* où il a traité en maître la *Biologie de la Vieillesse.*

L'usure qui est le fait de l'âge dans la vieillesse, crée, par les troubles des organes des sens, une confusion plus ou moins marquée dans les manifestations de l'intelligence et du sentiment jusqu'à la dissolution complète de la vie intellectuelle et affective. AMBROISE PARÉ, dans un style naïvement imagé, a mis en relief cette progression.

« Les vieillards en premier degré sont joyeux et encore pleins de sève ; on les appelle communément verts ; les seconds ne demandent que la table et le lit, et les derniers la fosse. »

Mais tous les vieillards ne passent pas par ces trois étapes de la vieillesse. L'on s'entend pour fixer à 60 ans l'apogée de l'activité intellectuelle, mais combien d'individus ont constaté avant ce terme le fléchissement des fonctions de leurs organes? La vue, l'ouïe, les fonctions sexuelles diminuent avant cet âge chez combien de préséniles ? La ménopause de la cinquantaine existe chez l'homme comme chez la femme. « Voici lunettes, adieu fillettes ! » affirme le bon sens populaire. Cet état de présénilité peut se prolonger une vingtaine d'années avant que vienne la véritable vieillesse. D'aucuns vantent les charmes de cette présénilité. Ils trouvent agréable la vie apaisée, silencieuse ; ils jouissent de « la volupté décantée » d'arrière-saison, de crépuscule. Les avantages et la sérénité de la vieillesse sont le thème que développe CATON le censeur dans le *De Senectute* de CICÉRON. Seule l'amnésie partielle est pénible, elle porte surtout sur les faits récents et les noms propres. Les fléchissements des sens s'accroissent jusqu'à la décrépitude, la démence, avec leur cortège d'infirmités, l'avarice chez les uns, la crainte chez les autres.

La pensée, les idées, les sensations s'émoussent. La conscience, la volonté, le raisonnement deviennent progressivement confus. Les émotions, les facultés affectives, l'amour, la haine sont déviées avant de disparaître. L'insomnie est fréquente chez les vieillards. Elle est souvent entretenue par l'obsession d'une idée. Le sommeil est remplacé par la somnolence, accompagnée de rêveries confuses, rarement effrayantes, mais qui se continuent dans un brouillard à l'état de veille. L'imagination, intimement liée à la mémoire disparaît ou est atténuée avec elle.

Nous disons les vieillards et non pas la vieillesse car chaque individu vieillit à sa façon. L'un est atteint de surdité sénile, chez l'autre l'ouïe reste intacte, mais c'est la vue qui baisse. L'un est partiellement affecté et seulement une de ses facultés intellectuelles ou affectives faiblit.

TH. RIBOT dans sa *Psychologie des sentiments* relate une observation d'un malade de 70 ans atteint de démence sénile qui avait conservé au début les sentiments de famille intacts, bien qu'on ait été obligé de l'interner.

Nous citerons le cas de CHATEAUBRIAND qui, quelque temps avant sa mort (il vécut jusqu'à 80 ans), témoigna le désir de voir des amis, jeunes mariés. Il les félicita et s'inquiéta d'un cadeau qu'il voulait faire à la jeune femme. Sa tenue fut correcte durant l'entrevue ; au moment de prendre congé, brusquement il déclama un refrain scatologique, au grand étonnement de ses visiteurs ; il obéissait sans doute à une obsession.

Nombreux sont ceux qui connurent même à un âge avancé toute leur lucidité. Citons SOPHOCLE qui, nonagénaire, composa *Œdipe à Colonne ;* VICTOR HUGO qui plus qu'octogénaire écrivit de nombreux poèmes. Citons encore les centenaires CHEVREUL, le Dr GUÉNIOT qui à plus de 100 ans composa un ouvrage sur la longévité. DAUBENTON, GŒTHE, MISTRAL, GEORGES CLÉMENCEAU, etc.., etc., ont eu de vertes vieillesses.

Nous nous souvenons de la fin stoïque d'un vieillard le Dr FRANCISQUE MAIGNE, médecin praticien à Blesle (Hte-Loire). Représentant du peuple en 1848, il était un de ceux qui accompagnaient le Dr BAUDIN tué à la barricade SAINTE-MARGUERITE, lors du coup d'Etat de 1862. Exilé en Belgique, il était revenu à Blesle ; simple médecin praticien, il refusa toute compensation sous la IIIe République. Il était adoré dans son canton dont il était conseiller général et maire de Blesle. Quand il eut atteint près de 90 ans, il devint sourd et presque aveugle. Il se sentit isolé du monde extérieur et résolut d'en finir avec la vie qui n'avait plus pour lui de charmes. Il partagea sa modeste fortune entre ses nièces, disant pourquoi il avantageait l'une chargée de famille. Il donna congé à sa vieille bonne, désigna les porteurs de son cercueil et l'indemnité qu'il voulait leur attribuer, renvoya la date de son suicide au lendemain de la fête du pays ; se sachant très aimé de la population, il ne voulait attrister par sa mort la fête. Il disposa dans sa cuisine un drap avec de la sciure de bois pour faire le moins de souillures possibles et se brûla la cervelle. Le Dr F. MAIGNE, dans sa fin stoïque, avait toute sa raison et les détails qui précédèrent son suicide prouvent qu'il avait conservé malgré son grand âge toutes ses facultés affectives et intellectuelles.

J. NOIR.

L'O.P.H.S. DE L'AVENIR

Un Chirurgien-chef des sanatoriums, fort avantageusement connu, vient d'être nommé Directeur de l'O.P.H.S. de la Seine. Profitant de l'autorité qui lui est « momentanément « dévolue, il veut doter la ville de Paris d'une organisation de l'hygiène plus coordonnée, complète et digne d'elle. Pour ce faire, il a conçu une organisation rationnelle de la région parisienne.

Pour lui, le problème de l'hygiène dépasse le médecin et le fonctionnaire, il exige la collaboration de l'hygiéniste, du sociologue, de l'économiste et du législateur, car il est un problème de politique sociale, d'instruction, de discipline individuelle, d'hérédité et de climat géographique.

Il part donc d'une donnée urbaniste de la région capitale avec des espaces verts suffisants, s'étendant jusqu'aux départements voisins.

Dans la Seine, l'organisation de l'hygiène est particulièrement dispersée entre les deux préfectures, l'A.P., les municipalités, les œuvres, les services semi-publics, au plus grand dam de la clarté, de la cohérence, de la logique.

L'O.P.H.S. ne s'est jusqu'ici attaqué qu'à la tuberculose, en concurrence avec l'A.P. ou la Renaissance sanitaire. Les autres chapitres des fléaux sociaux lui échappent et brillent par la même dispersion, sans liaison aucune entre les divers organismes, les techniciens et les médecins hygiénistes se faisant remarquer par leur absence à la tête de ces services.

Il importe donc, non de créer mais de regrouper et coordonner tous les efforts actuels, comblant ainsi des lacunes telles que l'eugénisme et la médecine préventive, et de connaître l'homme sur ses trois terrains : biologique, sanitaire et social.

Pour réaliser cette grande œuvre, il faut une unité de doctrine assurée par une direction technique et une unité d'action assurée par l'unité de direction.

Rendant un juste hommage à l'action de l'O.P.H.S. contre la tuberculose, l'auteur du projet demande que les sections antivénériennes et de prophylaxie mentale croissent à l'échelle de leur sœur aînée.

La défense contre la maladie doit dépasser le malade, et profiter à l'individu sain, d'où nécessité d'annexer la protection de l'enfance et la médecine préventive. Pour coordonner tout cela il propose donc la création de huit sections et d'autant de sous-sections entre lesquelles sont réparties tuberculose, protection maternelle et infantile, prophylaxie mentale, etc. — sans oublier l'hygiène des locaux, les loisirs et écoles de plein air, les maisons de cure ou villégiature, l'alimentation et les moyens de transport — chaque section étant animée par une Commission technique groupant des médecins, des biologistes, des hygiénistes, des sociologues, etc.

Un laboratoire régional de biologie et biométrie humaine aidera au dépistage, à l'étude de la santé et du terrain, à l'évaluation des capacités fonctionnelles.

Un Comité d'action permanent sera le moteur de l'Office ; composé de quatorze membres, il ordonne et dirige sous l'autorité du Préfet.

Un Comité de surveillance représente la personnalité civile de l'O.P.H.S. et un Comité d'honneur chapeaute l'édifice.

L'office ainsi construit est qualifié pour assurer la liaison entre tous les services publics, semi-publics ou œuvres privées se rattachant à l'hygiène départementale.

Il lutte contre les maladies transmissibles ou sociales et met en pratique les principes acquis de la médecine préventive.

Pour parvenir à ces buts, l'auteur du projet réclame une autonomie administrative et budgétaire comparable à celle de l'A.P., organisme de soins qui fait pendant à l'O.P.H.S., protecteur de la santé.

L'O.P.H.S. devenu une Direction de la Médecine préventive et de l'Hygiène sociale (M.P.H.S.), travaille en liaison avec la Direction de l'Entraide départementale (ex-direction des Affaires sociales, dont il est lui-même issu par scissiparité), s'occupant de l'assistance légale, de l'aide sociale et œuvres privées, des établissements publics départementaux, d'assistance, ainsi que du travail, des sports, de la jeunesse et de l'habitation.

Neuf secteurs sanitaires seraient créés comparables à ceux qui fonctionnent en matière de tuberculose, assurant la continuité du diagnostic et des soins aux malades sous la direction de médecins des hôpitaux, chefs de secteur phtisiologique, chaque secteur groupant cinq ou six dispensaires de prophylaxie. Chaque secteur sanitaire serait polyvalent sur le plan géographique et social, monovalent sur le plan technique.

Le filet destiné à retenir tous les sujets malades ou déficients en danger moral ou physique, pour être assez serré devra disposer d'un personnel technique très riche en assistantes sociales, en médecins, chefs de secteurs et de dispensaires polyvalents, tous décemment appointés.

La mise en place doit se faire progressivement, secteur par secteur, et dépend de moyens financiers particulièrement importants.

Ce projet, grandiose, est *a priori* extrêmement séduisant, il mérite d'être étudié. Il tranche par son ampleur avec les conceptions administratives auxquelles nous ne sommes que trop habitués.

C'est un esprit chirurgical qui l'a conçu.

Il taille largement, et surtout il greffe. Sur quoi greffe-t-il et que greffe-t-il ?

Les rameaux nouveaux se greffent sur l'O.P.H.S. existant à ce jour, organisme chargé du dépistage, de la prophylaxie, et aussi de la cure de la tuberculose.

Dans sa forme actuelle, a-t-il épuisé toutes ses possibilités et constitue-t-il un tronc nourricier solide, indiscutable ?

Dans le domaine de la prévention, l'O.P.H.S. s'est assez largement et facilement laissé déposséder des examens systématiques des collectivités par d'autres formations bienfaisantes telles que la Croix-Rouge ou le Service des prisonniers. On ne peut blâmer les médecins de préférer, aux insipides séries d'I.T.N., l'étude de quelques cas remarquables. Apercevoir un sujet sain ou une série de sujets sains est indiscutablement moins séduisant que de suivre un malade et le disputer à la maladie ; et ceci d'autant moins que le médecin français est beaucoup plus pathologiste de formation que physiologiste et biologiste. Nous voyons donc l'activité de nos confrères de l'O.P.H.S. s'orienter très volontiers vers l'entretien des pneumos et autres

cures commencées en sana. Le praticien les leur a volontiers abandonnés, n'étant pas équipé en appareillage d'insufflation ni en radioscopie de contrôle ; et ceci est encore plus vrai pour les sections de brides.

Il n'est ni inutile, ni impossible de développer encore l'activité des dispensaires. Ils doivent pouvoir être fréquentés par les malades, et encore plus par les malades qui s'ignorent, bien portants théoriques, sans perte de temps excessive. Le prix de la demi-journée passée en attente sur un banc verni dans une salle ripolinée est encore plus élevé que le prix d'un examen en ville : ici comme en bien d'autres choses, ce qu'on ne paye pas revient plus cher que ce qu'on paye ; le patient recule souvent rebuté.

La liaison avec le médecin traitant doit être rapidement effectuée aussi bien pour les radios que pour les examens de laboratoire.

Le placement en sana doit être accéléré, les mois d'attente font perdre tout le bénéfice d'un diagnostic précoce, sans parler du côté social du problème. L'esprit fonctionnaire doit être pourchassé ; la notion d'efficacité doit en principe hanter tous les rouages d'organismes de cette importance.

Ce rapide aperçu, très incomplet, permet de voir que la branche phtisiologique, branche essentielle de l'actuel O.P.H.S. peut être encore très perfectionnée avant de devenir la 16e section d'un vaste édifice.

Qu'on en fasse une organisation modèle, un tronc de valeur indéniable, après seulement on pourra greffer utilement dessus.

Les greffons qu'on veut lui implanter sont, nous l'avons vu, très nombreux et divers. Evidemment, l'hygiène est une, donc l'O.P.H.S. devient tout. Le caractère vaste, généreux et ambitieux de ce plan ne porte-t-il pas en lui-même les risques qui limiteront sa réussite ; le personnel considérable, et de qualité, qui est nécessaire, existe-t-il ? Ne risque-t-on pas d'ouvrir un nouveau champ de courses pour les appétits déchaînés de compétences discutables ? Nous ne mentionnerons que pour mémoire les incidences budgétaires, à l'instant même où les voix les plus autorisées annoncent à la France, qu'elle doit connaître une très amère pénitence et une réduction très importante de son train de vie.

Quand on connaît un tant soit peu l'esprit des administrations, ne doit-on pas redouter les plus savantes obstructions ou les conflits ouverts d'attribution destinés à empêcher le transfert ici de services existant là depuis fort longtemps ?

La collaboration des praticiens est indispensable pour obtenir plein rendement de ce plan. Nos confrères seront-ils toujours bien disposés à l'égard d'une telle puissance ? Nous avons vu qu'en matière de tuberculose la prévention avait vite fait de se transmuer en cure. En vénéréologie où commence la cure et où finit la prophylaxie ? la prophylaxie la plus sûre consiste à blanchir les malades et comment les blanchir sans les traiter ? Et par ailleurs, il est tellement simple d'installer une salle de piqûres que bien peu de chefs de centres renonceront à cette satisfaction facile ! Les médecins praticiens ne peuvent ni ne doivent l'admettre. Le rabattage officiel pratiqué par des procédés tels que l'octroi d'une supersuralimentation ou de suppléments de charbon par le seul O.P.H.S. est trop flagrant pour qu'on ne redoute pas sa généralisation. Trop de zèle administratif va à l'encontre de l'esprit de coopération indispensable au plein rendement d'un tel organisme. D'autre part, la parole d'un ministre ou d'un directeur n'engage que lui-même, un successeur est libre d'en prendre le contrepied, une loi même est parfaitement modifiable par une loi, ou même par un simple décret dit loi. Ce qu'on nous propose aujourd'hui nous avait été garanti impossible il y a quinze ans. Quelle tentation pour un réalisateur que de transformer d'un simple trait de plume en organisme de soins un si bel édifice destiné, à sa création, à la seule prévention. Quel superbe instrument de pression sur les médecins « incompréhensifs » !

Les conflits, car il est tellement plus aisé de se battre que de construire en pleine harmonie avec ce qui existe, se répèteront avec les ligues, instituts, les services architecturaux et urbanistiques. Les intérêts particuliers, la routine, les situations acquises, les tableaux d'avancement et leurs inséparables pressions politiques, la simple question des locaux, sont autant d'écueils pour un projet de cette envergure.

Certainement réalisable dans un pays neuf, ou peut-être dans un pays de dictature (si le dictateur lui est favorable bien entendu), un tel projet l'est certainement beaucoup moins dans un pays tel que le nôtre ; la dimension même de l'édifice est tellement vaste que l'individu s'y sent perdu, écrasé ; l'échelle humaine y est par trop singulièrement dépassée.

La durée même de sa réalisation dépasse elle aussi de beaucoup la durée moyenne des fonctions d'un directeur : l'homogénéité de la création en souffrira. Souhaitons en tout cas que ce qui existe ne souffre pas trop de ces visées hardies et que la lutte contre la tuberculose s'intensifie et se perfectionne : il y a encore beaucoup à faire.

Dr R. Jodin.

A PROPOS DE L' « ENTENTE DIRECTE »

par le Dr MAHOUDEAU, *Médecin des Hôpitaux de Paris.*

La médecine, telle que la conçoivent, non pas tant les médecins que les malades, ne peut être qu'une profession libérale. C'est dire qu'elle exige le respect de quelques principes fondamentaux constituant ce qu'on a appelé la « charte professionnelle ». Ceux-ci n'ont à se réclamer ni de la tradition, ni d'un texte de loi ; ils constituent les conditions essentielles de l'exercice de la médecine libérale, sans lesquelles celle-ci aurait cessé d'exister.

De ces principes, il en est un qui se trouve particulièrement visé par l'ordonnance du 19 octobre fixant le nouveau régime des assurances sociales : c'est celui de l'entente directe en matière d'honoraires ; celui aussi dont la légitimité, les fondements mêmes sont le plus difficiles à définir et à dégager de toute considération d'intérêt.

Certains d'entre nous, devant les assauts livrés contre la profession médicale, se sentent ébranlés. Ne serait-il pas plus sage, suggèrent-ils, de tran-

siger sur le principe de l'entente directe, ne serait-ce que pour sauvegarder les autres ?

Ce serait, croyons-nous, perdre de vue que l'entente directe constitue elle aussi une condition essentielle de la médecine libérale, seule médecine qui réponde vraiment à son objet. C'est ce dont nous allons essayer d'établir le bien-fondé.

⁂

Le régime de tarification qu'il est question d'imposer aux médecins a été qualifié de « demi-entente directe » ; ou d' « entente directe collective », servant en quelque sorte de soubassement à une entente directe individuelle (?) ; voire même d' « entente directe avec les caisses » (!) ; expressions par lesquelles on a voulu définir, expliquer, et même légitimer le système proposé. Comment admettre qu'une entente s'établit directement entre le médecin et le malade lorsqu'un tiers intervient de quelque manière pour contrôler ou réglementer cette « entente » ? Une telle conception ne saurait être prise au sérieux.

Il faut, par contre, retenir un argument évoqué ici même par J. Mignon dans une étude fort intéressante, où les nouvelles dispositions légales concernant les assurances sociales sont envisagées d'un point de vue plus spécialement juridique. Selon cet auteur, l'entente directe trouve en grande partie sa justification dans le désir du médecin de compenser, par des honoraires plus élevés demandés aux malades aisés, le désintéressement dont il doit faire preuve, bien souvent, vis-à-vis des autres. Or, la nouvelle ordonnance prétend égaliser tous les remboursements. Aucune compensation ne peut donc plus être invoquée.

On ne saurait nier la force de cette thèse, qui n'est pas sans comporter une part de vérité. Il faut reconnaître que si l'entente directe n'était basée que sur cette considération d'intérêt, elle n'aurait aucun titre à faire partie des principes fondamentaux de la charte médicale.

Mais elle en possède bien d'autres, de nature purement morale. Quel médecin niera que, bien souvent, le montant des honoraires qu'il demande à un malade dépend d'une foule de considérations, qui ne regardent que lui et son client, et ne sauraient décemment être soumises à une justification devant des tiers ?

Pour s'en convaincre, il n'est que d'envisager comment les choses se passeront si le praticien accepte d'appliquer un tarif imposé et uniforme. On voit déjà sa salle d'attente s'encombrer de tous ceux qui, devant la perspective d'un remboursement assuré à 80 ou même 100 pour 100, n'hésitent pas à prendre au médecin un temps précieux pour des motifs futiles. Ceux-ci ne manqueront pas, d'ailleurs d'assiéger — pourquoi se gêner ? — les médecins les plus titrés — ou même à faire une véritable tournée médicale, pour se faire une opinion.

Le médecin verra donc défiler dans son cabinet des malades de toutes les catégories sociales, auxquels il va de soi qu'il devra, aux uns comme aux autres, le même dévouement, la même conscience professionnelle. Mais la loi, en rendant les malades tous égaux à ses yeux sous le rapport des honoraires, aurait-elle égalisé pour autant les conditions morales, psychologiques, sociales même de ses clients ?

D'un côté, le médecin ne serait-il pas tenté de voir un avantage peu avouable dans la rémunération relativement large et assurée d'une consultation simple et facile, donnée en quelques minutes à un malade économiquement faible ?

Mais, d'un autre côté, n'accueillera-t-il pas avec quelque irritation les digressions, les pertes de temps imposées par un malade au caractère plus compliqué, et qui s'analyse longuement devant son médecin ? Ce malade lui-même n'aura-t-il pas le sentiment, conscient ou non, justifié peut-être, de n'être pas écouté avec assez d'attention ? De tels malades ne se croient-ils pas toujours dignes d'un intérêt particulier ? Et celui-ci, sachant que sa consultation est tarifée à l'égal des autres, ne regrettera-t-il pas de n'en avoir, en somme, que pour son argent ? L'idée ne manquera pas de germer en lui qu'il peut avoir droit à des égards supplémentaires par des honoraires supérieurs au tarif commun. On ira ainsi à un véritable marché noir de la médecine.

Dans de telles conditions, que sera devenu le médecin ? Non pas un fonctionnaire, comme on l'a dit, mais pire encore : un ouvrier payé aux pièces — et à des pièces d'une qualité incontrôlable et incontrôlée, le rendement financier étant pour lui d'autant meilleur que la qualité est plus sacrifiée. Quelle tentation, pour le médecin peu scrupuleux, de céder à la facilité en accroissant aussi ses revenus personnels ! La loi semble faite pour l'inciter à tous les abus.

Mais dira-t-on, dans la pratique actuelle, la grande majorité des médecins applique déjà une sorte de tarif quasi uniforme. Qu'y aurait-il de changé ?

Cette assertion n'est pas exacte. Certes, un même médecin, dans des conditions déterminées et habituelles, demande aux mêmes catégories de malades les mêmes honoraires. Mais ces honoraires sont toujours susceptibles de variations, et même d'une consultation à une autre pour un même malade, lorsque certaines conditions viennent à changer.

Comment oublier encore que tout médecin doit soigner chaque jour gratuitement, ou presque, un nombre souvent important de malades ? La loi les dispense désormais de cet acte charitable. Croit-on que le médecin aura gagné, moralement, à n'avoir plus l'occasion de faire preuve de qualités de cœur et de dévouement désintéressé ? On peut être assuré qu'à la longue sa valeur professionnelle — toute science mise à part — s'en trouvera diminuée.

Dans de telles conditions, la pratique médicale sera devenue un travail de routine, où la personne humaine sera oubliée, noyée dans la collectivité. Or, l'expérience prouve que la médecine, pratiquée sous une forme collective ou impersonnelle, même si elle est techniquement bonne, est en fin de compte de qualité inférieure et de résultats médiocres. Elle ne peut qu'annihiler les qualités mêmes, souvent indiscutables, de celui qui l'exerce. Tout au plus doit-elle être considérée, dans tel ou tel cas, comme une nécessité qui, en soi, ne serait pas souhaitable, et ne saurait en tous cas constituer un idéal. Tous les médecins en auront des exemples présents à l'esprit.

Enfin, les représentants des Assurances Sociales ont convenu eux-mêmes que les médecins, dans leur immense majorité, avaient toujours fait preuve d'une grande modération en matière d'honoraires. Si l'on reconnaît par surcroît qu'ils ne manifestent pas non plus une inexplicable fantaisie, pourquoi mettre tant d'acharnement à vouloir leur imposer un tarif uniforme ?

La raison n'en est, hélas, que trop claire. Puisque, dans les faits, on prétend ne pas changer grand chose, à moins de manquer de sincérité, c'est au principe même de l'entente directe que l'on en a. On ne saurait se dissimuler, combien le caractère libéral de la profession médicale semble irriter le législateur en mal de « sécurité sociale ». On ne manque pas d'ailleurs de nous faire savoir que si nous ne fléchissons pas sur l'entente direc-

te, on imposera aux assurés sociaux des médecins dociles aux ordres des Caisses, faisant ainsi bon marché du libre choix. Cette manière de chantage ne doit pas être prise trop au sérieux ; mais elle montre bien qu'abandonner l'un des principes de la charte médicale, c'est les abandonner tous, et qu'on ne saurait accorder une confiance excessive à ceux qui se montrent prêts à transiger sur le principe de l'entente directe.

Tels sont, croyons-nous, les fondements moraux de l'entente directe. Ils doivent suffire à légitimer l'intangibilité de ce principe.

A ceux qui, pourtant, seraient tentés d'en faire bon marché, il n'est pas inutile de montrer que leur calcul se montrerait faux, même vu sous l'angle de l'intérêt matériel.

Il est possible en effet que certains se laissent tenter par les apparences d'une loi qui doit augmenter, si l'on ose dire, à la fois leur débit et le rendement de leur activité, en assurant une sorte de garantie dans le recouvrement de leurs honoraires. Le chiffre d'affaires peut, au bout de l'année, s'en trouver amélioré. Sans entrer même dans des considérations fiscales — sur lesquelles il y aurait beaucoup à dire ! — on peut être assuré de courir ainsi à d'amères déceptions. Une expérience déjà longue suffit à prouver que le budget des Assurances Sociales n'est pas facile à équilibrer. Quand celles-ci seront devenues un organisme monstrueusement hypertrophié, même avec une gestion quelque peu différente, leur déficit n'en sera pas moins probable, en tous cas possible. Pour le combler, va-t-on accroître les cotisations de 40 millions de Français ? Ne serait-il pas plus simple de réduire le tarif imposé à quelque 20.000 médecins ? Sans doute ceux-ci auront-ils le droit de protester, d'alléguer la convention, les « tests », et toutes les « garanties » par lesquelles ils auront cru se prémunir. Mais ce seront là considérations fragiles, sujettes à des discussions dont le résultat pourra se faire attendre longtemps. Il ne sera que trop facile d'ameuter l'opinion contre les exigences, la rapacité des médecins. Il sera trop tard, alors, pour invoquer l'entente directe, ce ne sera plus qu'une notion périmée, morte avec la médecine libérale dont les médecins auraient accepté la disparition. Au nom de quoi, dès lors, se permettraient-ils de réclamer ?

Pour conclure, l'intérêt des malades qui ne peut se passer d'une médecine libérale, rejoint l'intérêt légitime des médecins pour exiger le maintien de l'entente directe, principe essentiel de la charte professionnelle. Aucun pouvoir, quel qu'il soit, ne peut rien contre son caractère intangible. Aux médecins de le comprendre ; ou l'art médical, tel que nous le pratiquons tous, n'a plus qu'à disparaître.

DOCUMENTATION PROFESSIONNELLE

ASSURANCES SOCIALES

Décret N° 45-2179 du 29 décembre 1945 portant règlement d'administration publique pour l'application de l'ordonnance du 19 octobre 1945 fixant le régime des assurances sociales applicable aux assurés des professions non agricoles. (Extrait.)

(*Suite et fin.*) (1)

TITRE II

CHAPITRE V. — *Assurance-maternité*

Art. 48. — § 1er. — Lorsque l'assuré ou la femme de l'assuré ou l'ayant droit visé à l'article 23, 2°, de l'ordonnance du 19 octobre 1945, n'ont pas justifié auprès de la caisse primaire de sécurité sociale de la première constatation de la grossesse par un médecin ou une sage-femme quatre mois au plus tard avant la date présumée de l'accouchement, la participation de la caisse dans les frais d'accouchement doit être réduite à 80 % de sa participation normale, à moins qu'il n'y ait eu empêchement qu'il appartient à la caisse d'apprécier.

Les indemnités journalières de repos peuvent être supprimées pendant la période où la caisse a été dans l'impossibilité d'exercer son contrôle.

§ 2. — Sous peine d'encourir la suppression des indemnités journalières et des primes d'allaitement, l'assurée, la femme de l'assuré ou l'ayant droit visé à l'article 23, 2°, de l'ordonnance du 19 octobre 1945 doivent se conformer aux prescriptions indiquées par la caisse dans son règlement intérieur en ce qui concerne les examens obstétricaux et postnataux et la fréquentation régulière des consultations maternelles ou des consultations de nourrissons, ces examens ou consultations pouvant être effectués par le praticien choisi par l'intéressée.

Toutefois, cette suppression ne peut se rapporter qu'à la période pendant laquelle l'intéressée ne s'est pas conformée à ces prescriptions.

(1) Cf. *Concours Médical*, 20 et 31 janvier 1946.

Art. 49. — En cas de grossesse pathologique ou de suites de couches pathologiques, les prestations en nature et en espèces de l'assurance-maladie et, éventuellement, de l'assurance de longue maladie sont servies à compter de la constatation médicale de l'état morbide, dans les conditions prévues aux chapitres II, III et X du titre II de l'ordonnance du 19 octobre 1945 et sous les réserves ci-après :

a) Si l'état morbide est constaté avant la période de six semaines précédant l'accouchement, il y a lieu d'appliquer le délai de carence visé à l'article 26 de cette ordonnance ;

b) Si l'état morbide est constaté pendant la période légale de repos, il n'y a pas lieu de faire état du délai de carence ;

c) Si l'état morbide consécutif à l'accouchement se déclare après la période légale de repos et si l'assurée n'a pas repris le travail, les indemnités journalières, calculées sur la même base que les indemnités de repos, sont servies sans qu'il y ait lieu de faire état du délai de carence.

Dans tous les cas visés au présent article, le délai de six mois prévu à l'article 34 et le délai de trois ans prévu à l'article 37 de l'ordonnance du 19 octobre 1945 commencent à courir à compter de la date de l'accouchement.

Art. 50. — Pendant la période où l'intéressée reçoit les prestations en argent de l'assurance-maladie, elle ne peut recevoir en même temps les prestations en argent de l'assurance-maternité.

Si la guérison intervient avant l'expiration du délai fixé à l'article 46 de l'ordonnance du 19 octobre 1945, l'indemnité de repos prévue à cet article est versée pour la période restant à courir.

Art. 51. — Les dispositions des articles 15 à 26 relatives au contrôle des malades sont applicables à l'assurance-maternité.

Art. 52. — Les caisses doivent délivrer aux futures mères un carnet de maternité conforme au modèle établi par arrêté du ministre de la Population et du ministre du Travail.

TITRE IV

DISPOSITIONS SPÉCIALES AUX BÉNÉFICIAIRES DES DIVERSES LÉGISLATIONS DE PRÉVOYANCE ET D'ASSISTANCE.

CHAPITRE PREMIER

Bénéficiaires de la législation des pensions militaires

Art. 100. — Le règlement intérieur modèle des caisses de sécurité sociale arrêté par le ministre du Travail et le ministre de la Population fixe les conditions dans lesquelles les caisses de sécurité sociale payent les indemnités prévues à l'article 81 (3e alinéa) de l'ordonnance du 19 octobre 1945 aux assurés malades ou blessés de guerre, lorsque ces assurés reçoivent personnellement les soins auxquels ils ont droit au titre de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919.

Art. 107. — Les assurés qui bénéficient de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919 ont droit, en cas d'hospitalisation au titre de cet article, à l'indemnité journalière d'assurance-maladie non réduite, quelle que soit leur situation de famille.

CHAPITRE II. — *Bénéficiaires des lois d'assistance*

Art 108. — Les bénéficiaires des prestations en nature de l'assurance-maternité qui n'ont pas droit aux indemnités journalières de repos peuvent recevoir les allocations journalières prévues par l'ordonnance du 2 novembre 1945 relative à la protection de la maternité et de l'enfance dans les conditions fixées par ladite ordonnance.

Art. 109. — Les assurés sociaux indigents sont traités dans les mêmes conditions que les autres assurés. Toutefois, ils ne supportent aucune participation aux frais de traitement, sous réserve de l'application des dispositions de l'article 87 de l'ordonnance du 19 octobre 1945.

Art. 110. — Les règlements prévus à l'article 87 de l'ordonnance du 19 octobre 1945 sont valables pour un an au moins.

Ils cessent d'avoir effet au premier jour du trimestre civil suivant leur abrogation par le préfet ou la dénonciation par les caisses ou les syndicats médicaux intéressés de l'accord intervenu par application de l'article 87 précité.

Si le règlement s'applique à plusieurs caisses de sécurité sociale, la dénonciation visée à l'alinéa précédent ne produit d'effet qu'à l'égard de la ou des caisses qui ont dénoncé l'accord.

Art. 111. — § 1er. — En cas d'application d'un règlement ne prévoyant l'inscription sur les listes d'assistance que pour l'hospitalisation, les assurés sociaux indigents payent directement aux praticiens les frais médicaux et pharmaceutiques qui leur sont remboursés par la caisse primaire de sécurité sociale, dans les conditions fixées par ledit règlement.

§ 2. — Ce règlement peut toutefois autoriser les praticiens à se faire rembourser directement par la caisse primaire de sécurité sociale. Il indique, dans ce cas, les formalités à remplir par eux.

CHAPITRE III. — *Bénéficiaires de la législation sur les accidents du travail*

Art. 112. — Lorsque le caractère professionnel de l'accident ou de la maladie a été reconnu, les prestations servies à l'assuré à titre provisionnel dans les conditions déterminées à l'article 90 de l'ordonnance du 19 octobre 1945 s'imputent sur le montant des prestations dues en vertu de la législation des accidents du travail.

TITRE V

DISPOSITIONS DIVERSES

. . . . . .

CHAPITRE III. — *Règlement intérieur modèle des caisses primaires de sécurité sociale*

Art. 115. — Le ministre du Travail et le ministre de la Population arrêtent, après avis du conseil supérieur de la sécurité sociale, le règlement modèle des Caisses primaires de sécurité sociale. Ce règlement modèle comporte des dispositions obligatoires communes à toutes les caisses primaires et des dispositions facultatives.

Les dispositions obligatoires du règlement intérieur modèle sont applicables aux assurés sociaux dès leur publication.

TITRE VI

CONTENTIEUX

CHAPITRE PREMIER. — *Contentieux du Contrôle technique*

. . . . . .

b) Contentieux du contrôle technique des auxiliaires médicaux

Art. 121. — Les dispositions sur le contentieux du contrôle technique des médecins prévues à l'article 100 et suivants de l'ordonnance du 19 octobre 1945, sont applicables en cas de fautes, abus, fraudes et tous faits intéressant la profession, relevés à l'encontre des auxiliaires médicaux à l'occasion de soins dispensés aux assurés sociaux.

Toutefois, lorsque le Conseil régional de discipline des médecins statue sur une affaire concernant les auxiliaires médicaux, quatre médecins membres dudit Conseil sont remplacés par quatre auxiliaires médicaux désignés par le syndicat départemental des auxiliaires médicaux le plus représentatif.

Dans les affaires concernant les auxiliaires médicaux, l'un des membres médecins de la section des assurances sociales du Conseil national de l'Ordre des médecins est remplacé par un auxiliaire médical désigné par le syndicat national le plus représentatif.

c) Procédure

Art. 122. — § 1er. — Le Conseil régional de discipline des médecins et des chirurgiens dentistes et le Conseil régional des pharmaciens sont saisis dans tous les cas prévus à l'article 100 de l'ordonnance du 19 octobre 1945 et aux articles 116 et 121 du présent décret, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, adressée au secrétariat du Conseil régional intéressé dans les trois mois qui suivent la date à laquelle la partie plaignante a eu connaissance du fait motivant la plainte et, au plus tard, dans un délai d'un an suivant la date de ce fait.

Le Conseil régional compétent est celui dans la circonscription duquel le praticien est domicilié.

§ 2. — La procédure suivie devant le Conseil régional de discipline des médecins et des chirurgiens dentistes et devant le Conseil régional des pharmaciens s'applique également en cas de différends concernant les assurances sociales.

Art. 123. — § 1er. — L'appel contre les décisions rendues par le Conseil régional de disciplnie des médecins et des chirurgiens dentistes et le Con-

seil régional des pharmaciens est formé pour les deux premiers devant la section des assurances sociales du conseil national de l'ordre des médecins et, pour les pharmaciens, devant la section des assurances sociales du conseil national de l'ordre des pharmaciens.

§ 2. — La procédure suivie en cas d'appel d'une décision rendue par le conseil régional des médecins et des chirurgiens dentistes est celle prévue par l'ordonnance du 24 septembre 1945 relative à l'exercice et à l'organisation des professions de médecin, de chirurgien dentiste et de sage-femme.

§ 4. — Les organismes de sécurité sociale pourront, faire appel des décisions rendues par le conseil régional de discipline des médecins et des chirurgiens dentistes, ou par le conseil régional des pharmaciens dans le mois qui suit la notification qui leur est adressée.

Art. 124. — § 1er. — Les conseils régionaux de discipline des médecins et des chirurgiens dentistes et les conseils régionaux des pharmaciens, d'une part, et, en appel, la section des assurances sociales du conseil national de l'ordre des médecins et la section des assurances sociales du conseil national de l'ordre des pharmaciens, d'autre part, peuvent être saisis par les directeurs régionaux de la sécurité sociale et par le ministre du Travail, dans les mêmes conditions que par les organismes de sécurité sociale.

§ 2. — Le ministre du Travail peut, dans l'intérêt de la loi, faire appel, sans condition de délai, des décisions rendues par les conseils régionaux de discipline des médecins ou des chirurgiens dentiste ou par les conseils régionaux de pharmaciens.

Art. 125. — § 1er. — La section des assurances sociales du conseil national de l'ordre des médecins et la section des assurances sociales du conseil national de l'ordre des pharmaciens ne peuvent statuer que si au moins trois des membres sont présents, dont un désigné par le ministre du Travail.

Il appartient auxdites sections de fixer la répartition des frais entre les parties.

§ 2. — Les décisions de la section des assurances sociales du conseil national de l'ordre des médecins et de la section des assurances sociales du conseil national de l'ordre des pharmaciens sont notifiées aux parties, ainsi qu'à l'organisme de sécurité sociale et aux syndicats intéressés, même si ces derniers ne sont pas intervenus, dans la quinzaine du prononcé, par lettre recommandée du président.

Art. 126. — Les décisions rendues par la section des assurances sociales du conseil national de l'ordre des médecins et par la section des assurances sociales du conseil national de l'ordre des pharmaciens ne sont susceptibles de recours que devant le conseil d'Etat, par la voie du recours en cassation.

CHAPITRE II. — *Contentieux judiciaire*

Art. 127. — La compétence du juge de paix désigné comme il est dit à l'article 106 de l'ordonnance du 19 octobre 1945 est déterminée par le domicile du défendeur ou du siège de l'organisme ou du service défendeur.

Les décisions des directeurs régionaux prononçant ou refusant l'immatriculation dans l'assurance doivent contenir élection de domicile du directeur au siège de la caisse primaire d'affiliation ou de l'une de ses sections locales.

Lorsque le demandeur est un assuré social et le défendeur une caisse régionale, celle-ci élit domicile au siège de la caisse primaire d'affiliation ou de l'une de ses sections locales.

Art. 128. — § 1er. — Si le service ou l'organisme auquel a été adressée une demande ou une réclamation par lettre recommandée n'a pas fait connaître sa décision dans un délai de deux mois, la partie intéressée peut considérer sa demande comme rejetée et se pourvoir devant le juge de paix. Toutefois, si des documents sont produits après le dépôt de cette demande, le délai ne court qu'à dater de la réception de ces documents. La date du dépôt de la demande ou de la réclamation et, éventuellement, des documents produits ultérieurement, est constatée par le récépissé de l'envoi, sous pli recommandé, de la demande ou desdits documents.

A défaut de décision, ce récépissé doit, à peine d'irrecevabilité, être produit par les parties, à l'appui de leur recours devant le juge de paix.

Dans le cas visé à l'article 40 du présent décret, le délai ci-dessus prévu est réduit à un mois.

§ 2. — Le juge de paix doit statuer dans le délai d'un mois à compter de la réception de la requête. Il statue sans autre forme de procédure et sans autres frais que les émoluments alloués aux greffiers, conformément à l'article 131 du présent décret.

Le greffier convoque les parties par lettre recommandée, avec demande d'avis de réception, quinze jours au moins avant la date de l'audience.

§ 3. — La décision n'est pas susceptible d'opposition.

§ 4. — Le greffier en adresse dans la huitaine un extrait à chacune des parties convoquées à l'audience, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception.

§ 5. — Dans le cas où le greffier a connaissance, par le retour de la lettre recommandée, que l'une des parties n'a pas été touchée, soit par lettre recommandée la convoquant à l'audience, soit par celle adressant l'extrait de la décision, il en informe immédiatement les autres parties dans la forme prévue au paragraphe précédent.

§ 6. — La caisse qui entend refuser d'une façon définitive à un assuré le bénéfice des prestations doit lui notifier sa décision sous forme d'avis dûment daté et signé, indiquant les motifs de cette décision et informant l'intéressé du délai dans lequel celle-ci peut être contestée par lui devant le juge de paix. Cette notification susvisée est faite, soit par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, soit par remise directe à l'assuré ou à l'un de ses ayants droit d'une notification dont il délivrera récépissé.

(*J. O.*, 31 décembre 1945.)

BIBLIOGRAPHIE

BUCHENWALD. — Dr Georges ROOS. — Editions *Médicis*, 5, rue de Rome, Paris.

Un témoignage qui s'ajoute à tant d'autres ; mais le coup d'œil du médecin scrute avec plus de pénétration les atrocités qui ont fait à ce camp sa triste renommée.

L'auteur a frôlé la mort de près sans pour autant relâcher son observation en véritable médecin. Par lui ses confrères connaîtront ce qu'était la vie misérable et sans cesse en suspens du déporté.

LE JEU DES ANGES. — Dr René BARTHE. — Edit. Bloud et Gay, Paris.

Sous ce joli titre, le Dr Barthe publie ce qu'il appelle son « Carnet de vagabondages ». Les vagabondages d'un entomologiste qui se plaît à courir les champs, à admirer les bestioles qu'il capture et à goûter les mille aspects de la nature. Ainsi retrouve-t-on dans ce livre de délassement le profond respect de la vie dont le Dr Barthe a voulu faire l'un des attributs essentiels de la médecine du travail.

G. L.

Micelliode

IODE COLLOIDAL MICELLAIRE ÉLECTRO-POSITIF

Toutes les Indications de l'IODE, SANS IODISME POSSIBLE

GOUTTES

Laboratoires de l'HÉPATROL _ 4. Rue Platon. PARIS (XVe)

LABORATOIRE CORBIÈRE, PARIS



SERUM ANTI-ASTHMATIQUE DE HECKEL

AMPOULES de 5cc adultes. 2cc enfants. Injection sous cutanée indolore

---

GLOBIRON

AMPOULES BUVABLES DE 3 CC

HÉMOPYLORE "3"
ORGANOMÉTALLIQUE

Anémies hypochromes
Chlorose
Carences martiales

LABORATOIRE ROGER BELLON

Louis FERRAND

ENTEROBYL

DRAINE
DÉSINFECTE
DÉSENSIBILISE

CACHETS ET GRANULÉS



LAB. DEHAUSSY, 50, Rue Nationale, LILLE. Pour la France sud : 21, Av. St-Sulpice, Lavaur (Tarn)

ECHOS & COMMENTAIRES

La Sécurité sociale sous l'angle confédéral.

Nous avons dit les inquiétudes, les oppositions mêmes, manifestées un peu partout à l'encontre des décisions confédérales relatives à la Sécurité sociale. Ce débat doit être contradictoire ; nous ferons donc place aujourd'hui aux arguments en réponse présentés, dans la circulaire n° 9, par le Dr Cibrie, qui met courageusement ses contradicteurs en face de leur responsabilité.

Une Assemblée Confédérale spéciale examinera et discutera à nouveau le problème dans son ensemble en mars prochain. Cette discussion, pour être fructueuse, exige que les délégués soient exactement informés et n'avancent, pour ou contre, que des arguments sérieux et fondés. Des polémistes trop zélés ont souvent transgressé cette élémentaire précaution.

L'ordonnance du 19 octobre heurte certainement le corps médical et sa charte sur deux points : la fixation des tarifs et l'intervention des médecins-conseils en matière de longue maladie. Cela n'est point en discussion. *Ce qui importe*, dit la circulaire, *c'est, de déterminer le meilleur moyen pour en obtenir la modification*. Des propositions sont à l'étude et seront soumises aux autorités publiques et au Parlement.

Si les médecins passent sans attendre à l'opposition directe, la loi peut être immédiatement modifiée, mais dans un tout autre sens que celui qui est demandé.

Si — la loi étant momentanément subie — aucune convention n'est signée, mesurons-en exactement les inconvénients : les Caisses sont libres, dans les limites légales, de faire des « discriminations » entre les médecins acceptant leur tarif et ceux le refusant. La pratique normale et libre de l'entente directe dans le « secteur libre » des « notoirement aisés » disparaît.

Sous l'angle fiscal, le contrôle exact des revenus du médecin justifiera l'alignement de sa cédule sur celle des traitements et salaires.

Souvenons-nous, d'autre part, du premier texte de l'ordonnance qui était bien autrement sévère : fixation des tarifs par trois ministres (régime du 3 mars), possibilité par les Caisses de conclure des conventions particulières avec des praticiens pour le traitement de leurs assurés. L'acheminement vers le régime d'Alsace et de Moselle a pu être évité. C'est, au contraire, l'introduction du régime français dans les départements recouvrés qui est prévu pour le 1er juillet 1946.

Méfions-nous aussi, nous dit-on, des arguments qui se retournent contre ceux qui les invoquent : lorsque la consultation est honorée 120 francs, la médecine de « grande série » ne s'imposera qu'aux praticiens doués d'un féroce appétit, sur lequel au reste le fisc mesurera vite le sien ! Evitons, nous conseille Cibrie, de donner aux Administrations une trop mauvaise opinion de nous... et une trop bonne au contrôleur !

La circulaire rappelle enfin la gravité de l'heure, les dangers qui menacent la médecine libre, et ce truisme un peu vite oublié que le corps médical, qu'il le veuille ou non, fait partie du corps social.



★ Pour que les enfants de France
poussent drûs
malgré tout
la Blédine est restée
malgré tout
l'aliment rigoureusement complet et entièrement assimilable.
Elle est restée
la vraie
Blédine
La seconde maman
R.-L. Dupuy

GASTRHÉMA
Anémies — Anorexie
Hémogénie — Hypopepsie
GASTRHÉMA
Asthénie — 1 à 3 ampoules buvables par jour
Méthode de Castle — 17, Av. de Villiers, Paris-17e
GASTRHÉMA

Révulsif Fouchère
DEUX FORMES :
EMULSION : *Adultes*
POMMADE : *Bébés, Enfants et Adultes à épiderme sensible*
LABORATOIRES FOUCHÈRE
RIVE-DE-GIER (Loire)

De qui se moque-t-on ?

Dans un récent numéro, nous nous sommes étonnés que le Comité Directeur de l'U.M.F. ait cru devoir donner publiquement un accord sans réserve à la récente réforme des A.S., alors que, non moins publiquement, bon nombre de ses membres manifestaient à cette réforme une franche hostilité. Nous avons cru voir, entre ces deux attitudes, une légère contradiction.

Le journal médical, qui publia le communiqué de l'U.M.F., pour ne pas s'expliquer sur cette contradiction, juge plus aisé de déformer nos propos et de prétendre que nous nous sommes formalisés de voir qu'au Comité Directeur de l'U.M.F. une majorité ait pu se constituer en faveur de l'ordonnance du 19 octobre 1945.

Nous ne critiquons pas, est-il besoin de le répéter, que l'U.M.F. ait pu, plus nettement encore que la Confédération, se déclarer favorable dans son ensemble à l'ordonnance du 19 octobre. Toute opinion est respectable, et les prises de position courageuses, lorsqu'elles sont sincères, sont l'objet ici d'une particulière sympathie.

Ce qui nous chiffonne, c'est justement que cette position si courageuse et si nette du Comité Directeur ait été altérée par le comportement de plusieurs de ses membres, et que cette contradiction manifeste entre décision collective et démarches individuelles, loin d'être levée, soit augmentée chaque jour davantage. Dans un quotidien du 7 février, un membre influent du Comité Directeur de l'U.M.F. et du Conseil départemental de l'Ordre de la Seine, « a pris nettement position en faveur d'un assouplissement de l'ordonnance du 19 octobre 1945 », protestant contre son article 33, réclamant la création d'un secteur libre et subordonnant à ces modifications de fait l'accord du corps médical sur la réforme.

Nous partageons certes son avis, mais nous sommes loin, on le voit, du « plein accord » donné au sein de l'U.M.F. il y a quelques semaines. Pourquoi ce double-jeu ? Nous reposons donc la question : de qui se moque-t-on ?

Assemblées générales du syndicalisme parisien

Mercredi 6 février dernier, s'est tenu de manière quasi-simultanée, au siège de la Confédération, un certain nombre d'assemblées générales, dont l'ordre du jour un peu austère avait cependant attiré une assistance nombreuse ; il s'agissait, en effet, de donner au syndicalisme médical de la Seine sa figure définitive, ou tout au moins d'en préparer les voies.

On se rappelle, en effet, qu'une Chambre syndicale de la Seine a été créée il y a un an environ, en vue d'aboutir enfin au syndicat unique. Dans le même temps, les anciens syndicats, dûment épurés, étaient en voie de reconstitution. La lente procédure légale vient d'aboutir et de les mettre en mesure de recouvrer leurs biens. Le désir d'unicité exigeait donc, pour devenir réalité, qu'ils consentent à leur propre suicide. Tel était l'objet de la réunion.

La question ne présentait point de difficultés pour la plupart des organismes visés, qui, se retrouvant dans la nouvelle Chambre, survivaient à eux-mêmes sous une autre forme. Un noyau d'objecteurs s'inquiétait toutefois de la disparition de certains organismes de banlieue, qui avaient fait les preuves de leur activité dans le passé. Tout finit par s'arranger cependant, la Chambre syndicale ayant promis de prévoir dans son règle-

Schéma d'ordonnance

HYPERTENSION DE LA MÉNOPAUSE

La suppression des fonctions ovariennes rompt l'équilibre neuro-végétatif en déréglant l'appareil régulateur de la pression sanguine, fait apparaître avec une élévation de la tension artérielle, un riche cortège de troubles nerveux et circulatoires.

1° Il faut rechercher la vie calme, exempte d'agitations, de préoccupations irritantes, les excès de fatigue. Du régime exclure les excitants café, thé, alcool.

2° Assagir les réactions vaso-motrices, abaisser la tension, atténuer les troubles fonctionnels par un sédatif polyvalent qui s'adresse à la fois au système végétatif, à l'hypersensibilité du système nerveux et aux spasmes vasculaires en donnant :

Trois semaines par mois, au début de chacun des trois repas, deux comprimés de *TENSÉDINE* *.

3° La dernière semaine traiter la cause endocrinienne par l'extrait ovarien, la folliculine ou la lutéine, suivant la forme symptomatique.

* La TENSÉDINE est une spécialité des Laboratoires MONAL, Docteurs en Pharmacie 13, Avenue de Ségur, PARIS



ment intérieur une certaine autonomie en faveur des sections de banlieue.

Ledit règlement, et notamment la procédure des opérations électorales qui doivent se dérouler prochainement dans la Seine, fut ensuite soumis à l'approbation de l'Assemblée, après quelques modifications destinées à permettre aux candidats conseillers de prendre un contact direct avec leur section de vote.

Enfin la question de la signature d'une Convention avec les Caisses fut mise sur le tapis, dans un but, non de décision, mais d'information et de consultation réciproques. Dans l'ensemble, le maintien de l'expectative rallia la majorité, en raison de la prochaine Assemblée confédérale, et de l'espoir que gardent les médecins de voir s'assouplir une ordonnance trop rigide.

LES RÉGIMES DE SURALIMENTATION AUX TUBERCULEUX ET LE LIBRE CHOIX.

L'émotion est grande dans tout le corps médical. La protestation de la Chambre syndicale des Médecins de la Seine, la circulaire récente du Secrétariat général de la Confédération en sont des manifestations importantes.

A la suite de l'article de notre confrère Le Droumaguet, nous avons reçu un copieux courrier, soumis par nous à notre avocat au Conseil d'Etat qui conclut à la possibilité d'un recours contentieux. Nous tenons à en extraire dès maintenant la lettre suivante, dont copie nous a été communiquée, adressée par les médecins des dispensaires anti-tuberculeux de la Côte-d'Or au Président du Syndicat des Médecins de la Côte-d'Or :

« *Nous avons l'honneur de vous transmettre ci-joint copie d'une circulaire ministérielle concernant le régime de suralimentation pour tuberculeux civils. Les Médecins des Dispensaires antituberculeux de la Côte-d'Or estiment que cette circulaire est une injure faite à la compétence et à l'honnêteté des médecins praticiens. Nous nous refusons de nous y associer et nous continuerons à établir les certificats de suralimentation comme par le passé, sans tenir aucun compte de ladite circulaire, qui nous paraît entachée d'excès de pouvoir.* »

Cette lettre fait honneur à ses auteurs. Elle confirme les indications données par la Chambre Syndicale des Médecins de la Seine sur la résistance des médecins des dispensaires antituberculeux et prouve la solidarité de tout le corps médical devant cette nouvelle atteinte à son honneur et à ses droits.

OU L'ETAT, MAUVAIS PAYEUR MAIS HABILE MANIPULATEUR DE MONNAIE, GAGNE SUR TOUS LES TABLEAUX.

On feint de s'étonner, dans certaines sphères, de la répugnance du corps médical pour les contacts avec un tiers payant, surtout lorsque le tiers payant est l'Etat.

Voici, entre mille autres, une lettre qui, une fois de plus, devrait faire voir les plus aveugles... mais il n'est de pire aveugle...

Préfecture de la Seine-Inférieure — *Rouen, le 31 janvier 1946*

Note

Les mémoires suivants, remis au Service d vont vous être réglés incessamment :

PARAMINO-PHÉNYLÈNE SULFO 2 AMINOPYRIDINE
SULFAPYRIDINE
ZIZINE
POSOLOGIE : DE 3 A 10 COMPRIMÉS DE 0 gr. 30 PAR 24 HEURES SUIVANT L'AVIS DU MÉDECIN
LABORATOIRES DU DOCTEUR ZIZINE
24, RUE DE FÉCAMP — PARIS-12e
PAUL-MARTIAL — PARIS

SEPTICARBONE
Antiseptique intestinal
LABORATOIRES DU Dr DEBAT - 60, RUE DE MONCEAU - PARIS (8e)

Solde du 3e trimestre 1943 : 2.802 francs ;
Solde du 4e trimestre 1943 : 11.715 francs ;
Solde du 3e trimestre 1944 : 1.437 francs.

Le Service d'A.M.G. va activer le mandatement des autres mémoires dont le retard est dû à la lenteur des Caisses d'Assurances à adresser leurs accords à la Préfecture.

Ainsi, tous les mémoires d'honoraires pour soins aux assurés sociaux assistés, donnés par ce confrère depuis le 1er juillet 1943, sont demeurés impayés à ce jour : plus de deux ans et demi de créances arriérées sur l'Etat ! Se rend-on compte que dans les localités ouvrières un tel retard pose au médecin qui en est victime un gros problème de trésorerie ? Cette incurie, déjà grave en période de stabilité monétaire, devient une véritable escroquerie dans les temps troublés qui sont, hélas ! les nôtres. Touchées en francs Pleven, les sommes dues, lorsqu'elles seront payées, ne représenteront qu'un pouvoir d'achat sensiblement réduit par rapport à celui de l'époque à laquelle les soins ont été donnés. Privé pendant deux ans et demi du loyer de son argent, le médecin doit, en outre, supporter une amputation considérable du capital lui-même. Si encore la compensation était admise entre cette créance et les impôts dus par lui, le médecin souffrirait un moindre dommage. Mais, débiteur de mauvaise foi, l'Etat n'en est pas moins un créancier intraitable. Certes, nous voyons chaque jour davantage qu'il croit pouvoir tout se permettre. L'histoire montre cependant que certaines exagérations portent en elles-mêmes des sanctions redoutables.

Le scandale du règlement des mémoires art. 19.

Mais, nous objectera-t-on, vous êtes trop sévères pour l'Etat, puisque dans le texte cité plus haut le préfet incrimine le retard apporté par les Caisses d'A.S. à lui donner leur accord sur le montant des mémoires.

En semblable matière, la tentation est grande, en effet, de rejeter sur le compère la responsabilité de la faute : la manœuvre est bien connue.

Que les difficultés de règlement proviennent des Caisses d'A.S. ou des services préfectoraux, il n'en est pas moins certain que dans tous les départements les confrères expriment les mêmes doléances qu'en Seine-Inférieure. Dans la Nièvre, par exemple, un correspondant s'insurge contre la régularité, avec laquelle ses mémoires pour soins donnés aux A.M.G., aux assurés sociaux assistés, aux pensionnés de guerre lui sont payés après soustraction d'une somme variant entre 10 et 500 francs... quand ils lui sont payés ! Il a demandé au Syndicat de vérifier le bien-fondé de telles amputations, et le Syndicat de lui répondre :

« *Les médecins de Nevers ne connaissent pas de moyen pratique de vérifier le montant des mémoires article* 19.

En ce qui me concerne, c'est le seul secteur pour lequel je ne puis faire aucune vérification.

Il faudrait que vous gardiez copie très exacte de vos mémoires, du détail des bons et des numéros d'immatriculation. La question est tellement complexe qu'il vaut peut-être mieux passer « profits et pertes ». C'est triste à dire, mais je crois que nous n'y pouvons rien.

En ce qui concerne la durée du règlement, ne vous plaignez pas. Nous avons connu, avant la guerre, des règlements encore plus lents. Il n'y a pas d'argent dans les caisses de l'Etat, du Département et des Communes. »

PASSIFLORINE
Le médicament des cœurs instables

La PASSIFLORINE
par sa composition atoxique
PASSIFLORE, AUBÉPINE, SAULE
est un calmant
du Système végétatif
et un
Régulateur toni-cardiaque

La PASSIFLORINE
est le grand remède phytothérapique
de l'Eréthisme cardiaque
avec
Palpitations et Tachycardie

Laboratoire G. RÉAUBOURG, Dr en Phie
115, Rue de Paris - BOULOGNE-sur-SEINE

RHUMATISMES
MAGSALYL
Association Soufre Salicylate
Solution de goût agréable
Comprimés glutinés

Laboratoires du MAGSALYL
8, rue Jeanne Hachette, IVRY (Seine)
TÉL. : ITA 16-91

Cette RIGUEUR de préparation
que vous appréciez dans :
l'ENDOPANCRINE
Insuline Française
vous la retrouverez dans:
l'HOLOSPLENINE
Extrait de rate injectable
et dans
l'ENDOTHYMUSINE
Extrait de thymus injectable
Laboratoire de l'ENDOPANCRINE
48, rue de la Procession — PARIS-XVe

Certes, les dirigeants de ce Syndicat paraissent prendre assez philosophiquement leur parti des économies faites sur le dos des médecins. Faut-il cependant leur faire sérieusement grief de leur impuissance ? Théoriquement, on peut, il est vrai, échafauder un système de contrôle de ces mémoires, confié à un délégué du Syndicat qui aurait qualité pour se faire communiquer tous les dossiers des A.S. assistés intéressés. Mais ce délégué devrait se livrer à un véritable travail de bénédictin, exigeant loisirs et argent : deux conditions qui sont rarement réunies chez les syndicalistes.

En réalité, il est évident que les retenues fréquentes et non motivées exercées sur les mémoires article 19 sont causées par une mauvaise coordination des services préfectoraux d'assistance et des services d'assurances sociales qui ont les uns et les autres leur mot à dire sur la régularité de la situation de l'assuré social assisté, sur son droit aux prestations et sur les conditions dans lesquelles ces prestations ont effectivement été fournies. Sous le règne du décret-loi du 28 octobre 1935, une amélioration du système était quasi impossible. Par contre l'ordonnance du 19 octobre 1945 réformant les A.S., dans son article 87, donne au préfet, en accord avec les Caisses de Sécurité sociale et les syndicats médicaux, le pouvoir de centrer soit sur les Services préfectoraux d'assistance, soit sur les Services de Sécurité sociale, moyennant certaines modalités spéciales, la responsabilité du règlement aux praticiens des soins par eux fournis. Il y a là une porte ouverte à l'amélioration du régime des soins article 19. Nous espérons que les Syndicats sauront saisir l'occasion qui leur est offerte d'obtenir pour leurs ressortissants, à la fois une simplification des formalités imposées, un paiement plus rapide des mémoires et la suppression des retenues abusives. Nous reviendrons d'ailleurs sur cette importante question.

CORRESPONDANCE

AUTOMOBILISME

3780. — Majorations autorisées des primes d'assurance automobiles.

Je vous serais très obligé de vouloir bien me faire connaître les ordonnances, décrets et arrêtés ministériels, ayant autorisés les assureurs à majorer les tarifs des primes « Automobiles » depuis 1939 et dans quelles proportions par rapport aux cotisations de 1939.

Dr G.

Réponse

Pour répondre à la question que vous avez bien voulu nous poser par votre lettre du 15 septembre, nous ne pouvons mieux faire que de vous donner ci-après copie des quatre premiers articles de l'arrêté du 3 juillet 1945, concernant les tarifs maxima en assurance « automobile » (responsabilité civile et vol).

Article premier. — *Les sociétés pratiquant les opérations d'assurances contre les risques de responsabilité civile résultant de l'emploi de véhicules automobiles sont autorisées, pour les contrats dont la conclusion est postérieure à la date d'entrée en vigueur du présent arrêté, à pratiquer un tarif maximum égal au tarif résultant de l'application des dispositions de l'arrêté 5315 du 16 décembre 1942 majoré :*

a) *De 140 % pour les véhicules dont le poids total (poids mort plus charge utile) dépasse 4 tonnes ;*

b) *De 80 % pour les autres véhicules automobiles.*

Art. 2. — *Les mêmes sociétés sont autorisées, pour les contrats suspendus qui seront remis en vigueur postérieurement à la date d'entrée en vigueur du présent arrêté, à majorer la prime prévue pour la durée du*

TRAITEMENT DES
TROUBLES FONCTIONNELS
DU SYSTÈME SYMPATHIQUE

NEUROTENSYL

COMPRIMÉS DRAGÉIFIÉS

BOUFFEES CONGESTIVES - VERTIGES
INSOMNIES TENACES - ÉMOTIVITÉ
HYPEREXCITABILITÉ - ANGOISSE
ARYTHMIE - TROUBLES DE L'HYPERTENTION
TROUBLES CARDIO - VASCULAIRES

4 à 6 comprimés par jour dans un peu d'eau avant les principaux repas

LABORATOIRES J. P. PETIT — 72, BOULEVARD DAVOUT — PARIS (XX)

HYPERCHLORHYDRIE
TOUTES DOULEURS GASTRIQUES

GASTROSEDYL

GOUTTES

Le grand remède de toutes les
GASTRALGIES

COMPOSITION INCHANGÉE

Teinture Dausse de belladone..... 46
Teinture Dausse de jusquiame..... 20
Liqueur ammoniacale anisée..... 20
Bromure de Sodium.. 13
Phosphate de codéine: 1

Antispasmodique certain

Régulateur de l'acide gastrique

Sédatif à effet immédiat

POSOLOGIE

10 à 30 gouttes dans un peu d'eau sucrée après les repas et au moment des douleurs

LABORATOIRES J. LANDRIER
— Coulange-sur-Yonne (YONNE) —

contrat restant à courir dans les limites maxima ci-après :

1° *Contrats suspendus antérieurement à la date d'entrée en vigueur de l'arrêté* 5315 :

a) *Véhicules d'un poids total (poids mort plus charge utile) supérieur à 4 tonnes* : 260 % ;

b) *Autres véhicules automobiles* : 170 %.

2° *Contrats suspendus postérieurement à la date d'entrée en vigueur de l'arrêté* 5315 :

a) *Véhicules d'un poids total (poids mort plus charge utile) supérieur à 4 tonnes* : 140 % ;

b) *Autres véhicules automobiles* : 80 %.

Art. 3. — *Les sociétés pratiquant les opérations d'assurances contre les risques de vol des véhicules automobiles sont autorisées, pour les contrats dont la conclusion est postérieure à la date d'entrée en vigueur du présent arrêté, à pratiquer un tarif maximum égal au tarif en usage au* 1er *septembre* 1939 *majoré de* 200 %.

Art. 4. — *Les tarifs maxima fixés par les articles* 1er *et* 3 *ci-dessus ne sont applicables qu'aux contrats qui comportent au bénéfice des deux parties, une clause de résiliation annuelle moyennant préavis d'un mois.*

QUESTIONS SYNDICALES

3767. — **Consultation du Syndicat au cours d'une instance judiciaire.**

Le Dr B.., radiographe envoie à Mme V..., une note d'honoraires de 800 francs, pour radiographie, avant-bras, réduction de fracture, sous le contrôle de rayons X avec le Dr C...

Le Dr C... touche les 800 francs en déclarant qu'il est en compte avec le Dr B... Le Dr C... envoie au Dr B... la somme de 200 francs, le Dr B... poursuit le Dr C... devant le juge de paix en remboursement de la somme de 600 francs indûment versée par Mme V.. au Dr C..,

Le juge de paix avant de rendre son jugement, ordonne le renvoi des parties devant le Syndicat des médecins pour donner son avis sur le litige et le bien-fondé s'il y a lieu de la réclamation du Dr B...

L'avoué du Dr B... nous transmet le dossier et nous demande après examen du dossier et audition des parties intéressées, si nous le jugeons utile, de lui faire connaître, dans un rapport motivé l'avis du Syndicat :

1° Le Syndicat doit-il accepter cette mission?

2° S'il accepte, peut-il se considérer comme ayant été choisi comme expert amiable par le Juge de paix et se faire rémunérer, et par qui? Dr R.

Réponse

La mission que le juge de paix a confié au Syndicat dans le conflit qui oppose le Dr B... au Dr C... rentre parfaitement dans le cadre des attributions d'un Syndicat.

En effet, suivant l'article 17 *de la loi du* 25 *février* 1927 *qui a codifié les textes concernant les Syndicats professionnels, les Syndicats peuvent être consultés sur tous les différends et toutes les questions se rattachant à leur spécialité. L'article* 17 *ajoute que dans les affaires contentieuses, les avis du Syndicat sont tenus à la disposition des parties qui peuvent en prendre communication et copie.*

Le rôle des Syndicats en pareille matière est consultatif. Ils ne peuvent être choisis comme experts ou arbitres rapporteurs ni convoquer les parties et les concilier.

Le Syndicat peut donc accepter la mission que lui a confiée le juge de paix et examiner le litige ; après avoir désigné un rapporteur, il donnera un avis qui sera transmis au juge de paix.

VALS SOURCE LA REINE

ARTHRITISME - DYSPEPSIE
DIARRHÉE INFANTILE
GASTRO-ENTÉRITES
DIABÈTE

—

Cure de boisson dans les Maladies infectieuses

—

Eau de table remarquable

—

Sté VALS-REINE
à Vals-les-Bains
(Ardèche)





LACTACYD
PÂTE STABILISÉE A pH : 5,2

DEMANDES ET OFFRES

En raison du nombre important de petites annonces reçues et du manque de place, nous prions instamment nos abonnés de surseoir à leurs envois, jusqu'à nouvel ordre.

N° 88. — Urg. A céd. ophtalmomètre de Javal. Boîte de verres, div. instrum. opérat. livres d'ophtalm.

N° 89. — A vendre rég. Ouest, cabinet de radiolog., appareillage radiolog. semi-pénétrante S. 4., Sté Radiologie, U.V., ondes courtes, infra-rouges, diathermie. Ecr. journ. qui transm.

N° 90. — Infirmière diplom. d'Etat, sœur médecin, cherche pour cure d'altitude, médec. pouvant prendre pensionn. Facilités ravitaill. proposées. Pourrait rendre services, stérilisation, garde d'enfants, etc. Dr Métayer à Neuville (Vienne).

N° 91. — A vendre au plus offrant, 7 vol. Encyclopédie Méd. chirur. reliure parchemin luxe, état neuf, à jour. (Poumon, cœur, foie, etc.).

N° 92. — A vendre appareil de radioscopie Gaiffe-Caillaud et Pilon n° 171 et microscope E. Leitz Wetzlar, état neuf. S'adr. Mme Dauriac à Haut-Laugoiran (Gironde).

N° 93. — A céder, pour rais. santé, dans Sud-Ouest belle et intér. situat. médic., compren. clinique médic. tt conf. 15 lits. Grosse client. rurale environn. Ecr. journ. qui transm.

N° 94. — Doct. cherche remplacement longue durée ou place médec. usine. Ecr. journ. qui transm.

N° 95. — Médec. (médec. génér.) Province demande assistant longue durée.

N° 96 — O.R.L. libre qqs mois, cherche assistance ou remplacem.

N° 97. — Poste demi-repos, seul médec. ds commune du Sud-Est. A céd. cause santé. Ecr. jour. qui transm.

N° 98. — Vends appar. radiol. Sphérix portatif, bon état, avec pied porte écran et écran Super-Astral 35 × 35, parf. état. 75.000 fr. Ecr. journ. qui transm.

N° 99. — A céder, importante client. en bordure Gironde.

N° 100. — A vendre d'urg. envir. imméd. de Marseille. Poste médic. import. Condit. avantag. Ecr. journ. qui transm.

N° 101. — Recherche Paris success. de poste dermato-vénérol, gynéc.

N° 102. — Médec. phtisiologue ville Nord, demande remplaçant sérieux de préfér. femme, pour 3 à 4 mois.

N° 103. — Recherche : Exploration radiologique de l'appar. respirat. par Sergent, dern. édition. Ecr. journ. qui transm.

N° 104. — Raison santé, vends clinique d'accouchem. dans ch.-lieu de cant. Bel appartem., conviendr. à médecin.

N° 105. — A céd. grosse client. rurale, canton P. de D., avec ou sans matér. médic. Appartement neuf avec jard. Long bail. Grosses facilités paiem. Urg. rais. famille. Ecr. journ. qui transm.

N° 106. — A vendre double emploi, lampe U.V. cour. cont. 220 v. avec diaphragme, 3 puiss., montée sur pied de parquet. Excell. état.

N° 107. — Charente-Marit. A proxim. de Saintes et de Royan, excell. poste médic. à céder, jolie et spacieuse maison, avec beau jardin d'agrém. Ecr. journ. qui transm.

N° 108. — Excell. poste médic. à céder, Alpes, Provence 1.200 m. alt. Tourisme, cause santé. Prix modéré.

N° 109. — Urg. à céd. cause famille, bonne client. médec. génér. 160 km. Paris, seul médec. 1 pharm. gros chiffre.

N° 110. — A céder, client. import. chef-lieu cant. Centre. Habit. tt confort.

N° 111. — Achèt. photomètre de Veines. Dr Lignac à Nérac (L.-et-G.).

N° 112. — Confr. cherche propharm. toute région. Ecrire avec renseign. au journ. qui transm.

Gérant : J. MIGNON G. Blanchong et Cie, 30, rue du Poteau, Paris. — 31.1040
Février 1879 Dépôt légal N° 8 1er trimestre 46

ENTÉRITES
aiguës et chroniques.
Putréfactions intestinales -
Coliques gauches - Diarrhée -
Constipation - Dermatoses
d'origine intestinale.
BULGARINE
Culture pure de Bacilles
Bulgares sur milieu végétal
3 Formes
Comprimés - Gouttes - Bouillon
LABORATOIRES THÉPÉNIER
10, rue Clapeyron - Paris (8e)

On désinfecte
avec le
FUMIGATOR
GONIN

60, Rue Saussure
PARIS (17e)

ÉTABLISSEMENTS SOUDAN

48, rue d'Alésia – PARIS-XIVe

NITRITE D'AMYLE BOISSY

EUONYMINE PAUL THIBAULT
(Pilules)

GRAINS MIRATON
(Laxatif)

VIN GIRARD
Iodotannique phosphaté

SIROP GIRARD
Iodotannique phosphaté

BIOPHORINE GIRARD
(Granulé)

IODOMAISINE Globules

IODOMAISINE Pommade

LACTAGOL

Toutes ces spécialités sont enregistrées au Laboratoire National de Contrôle des Médicaments et peuvent être prescrites aux Assurés sociaux.

SPASMORYL "ANA"

SYNERGIE CALCO-MAGNÉSIENNE ACTIVÉE
ÉQUILIBRANT MINÉRAL, PLASMATIQUE ET NERVIN
TRAITEMENT SYMPTOMATIQUE ET DIATHÉSIQUE
DU TERRAIN SPASMOGÈNE

★

Spasmes des Voies Digestives
Respiratoires, Urinaires
Crises Anaphylactiques
Syndrômes Neuro-Psychiatriques
Crises Glaucomateuses

DÉMINÉRALISATION CALCIQUE
ALCALOSE – VAGOTONIE

INTRAMUSCULAIRES
INTRAVEINEUSES

LABORATOIRES "ANA" – Dr VENDEL & Cie
PARIS, 16, 18, Avenue Daumesnil. 18, Rue Edgar, MARSEILLE

NÉOSPLÉNINE



LA 1E SYNERGIE
A BASE D'EXTRAITS
DE RATE-FOIE
MUQUEUSE GASTRIQUE

TOUTES DÉFICIENCES ORGANIQUES
LABORATOIRE DU DOCTEUR E. AUBERT
71, RUE STE-ANNE - PARIS 2e



CHLORO-CALCION

68e ANNÉE — N° 8 — 28 FÉVRIER 1946

LE

CONCOURS MÉDICAL

37, RUE DE BELLEFOND - PARIS (9e) - TRU 33-66

379-381



SOMMAIRE

PARTIE SCIENTIFIQUE

Le traitement de la poliomyélite épidémique a-t-il réalisé des progrès depuis le début du siècle ? (Dr Georges SCHREIBER) 169

Chronique de la médecine du travail. — La silicose, maladie professionnelle. Commentaires de l'ordonnance relative aux réparations dues aux victimes de cette maladie (Dr Roger AMSLER et Dr Jacques CADY) 171

Consultations médico-chirurgicales. — Sur les ruptures de l'intestin par l'explosion de gaz détonants 173

LES THÈSES, 173. — LES SOCIÉTÉS SAVANTES, 174. — LA PRESSE, 175.

PARTIE PROFESSIONNELLE

PROPOS DU JOUR : Intervention d'urgence (Dr G. LAVALÉE) 177

DROIT PROFESSIONNEL. — Simple histoire d'une autopsie (Henri MEILLET) 179

Pénicilline... et « Tiers-payant » (Dr Fernand DEQUOURT) 181

LIBRES OPINIONS. — Pour l'indépendance (Dr VIVIER) 181

Quel est le devoir actuel du syndicalisme médical ? (Dr G. ESTIVALS) 182

DEMI-COLONNES

DERNIÈRES NOUVELLES, 162. — A TRAVERS « L'OFFICIEL », 165. — ECHOS ET COMMENTAIRES, 185. CORRESPONDANCE, 188.

NATIROSE

Dragées de Trinitrine

Laboratoire NATIVELLE

Naiodine + Vitamine B_1.

NAIODINE SURACTIVEE

A et B

Lab. JACQUES LOGEAIS, Issy-les-Moulineaux, PARIS

Equilibre Phospho-calcique

TRICALCINE

Granulés IRRADIÉE *Cachets*

RECALCIFICATION de l'ORGANISME

Lab. SCIENTIA - Dr PERRAUDIN

21, rue Chaptal, PARIS

Toux *Coqueluche*

ÆTHONE

Laboratoire de l'ÆTHONE 35, rue Boissonnade, PARIS (XIVe)

Association Iode et Cttrate de Soude

(Pilules)

IODOCITRANE

Artériosclérose, Hypertension
Scléroses, Ménopause

Labor. SCIENTIA
Dr PERRAUDIN
21, rue Chaptal, PARIS

COLIBACILLOSE-BLENNORRAGIE-STREPTOCOCCIES

LYSOTHIAZOL

(640 M)

Comprimés 0 g., 56 de LYSOTHIAZOL.

Éts MOUNEYRAT
VILLENEUVE-LA-GARENNE (Seine)

DERNIÈRES NOUVELLES

Faculté de Médecine de Paris.

Cliniques Baudelocque et Tarnier. — *Un cours de perfectionnement d'obstétrique*, avec stage, d'une durée de deux semaines, sera fait aux Cliniques Baudelocque et Tarnier, du 15 au 28 avril 1946. Un second cours, d'une durée de quatre semaines, aura lieu du 2 au 28 septembre. Droits : 500 francs pour les docteurs en médecine; 250 francs pour les étudiants. S'inscrire au Secrétariat de la Faculté.

Conférences sur le traitement des maladies vénériennes par la pénicilline.

Invité par le Ministère de la Santé Publique à passer un mois en France, le professeur Wile, médecin-consultant des Centres de traitement rapide des maladies vénériennes, a fait du 12 au 27 février, à la Clinique du prof. Gougerot, au Ministère de la Santé, à l'Académie de médecine et à la Faculté de Médecine de Paris, une série de conférences sur : « L'expérience américaine dans le traitement des maladies vénériennes par la pénicilline. »

Le professeur Wile fera ultérieurement des conférences dans les principales Facultés de province, en particulier à Strasbourg, Lille et Lyon.

Congrès de l'aviation française (Section de médecine du personnel navigant).

Le 2e Congrès National de l'Aviation française se tiendra à la Sorbonne, du 16 au 25 avril 1946. Il comportera une section de médecine concernant le personnel navigant. Plusieurs rapports seront présentés. Pour renseignements, s'adresser au Centre d'étude de biologie aéronautique, Ministère de l'Air, 22, boulevard Victor, Paris (15e).

Société de Médecine de Paris.

Sous la Présidence de M. Lesné, membre de l'Académie de Médecine, une séance de la Société de médecine de Paris sera spécialement consacrée à l'*Etude médico-sociale de l'avortement criminel.* Elle aura lieu le vendredi 29 mars 1946, à 16 h. 30, 60, boulevard de Latour-Maubourg (Grand amphithéâtre).

Tous les confrères sont cordialement invités. La parole sera donnée à tous ceux qui auront des faits intéressants à apporter.

Société Française d'Orthopédie et de Traumatologie.

Le bureau de la Société française d'orthopédie et de traumatologie, réuni le 11 octobre sous la présidence du professeur Rocher (de Bordeaux), regrettant que les circonstances ne lui aient pas permis d'organiser son congrès en 1945, a décidé que la XXIe réunion annuelle de la Société se tiendra les vendredi et samedi de la semaine du prochain congrès de chirurgie, soit les 11 et 12 octobre 1946.

Les questions mises à l'étude restent celles proposées en 1938 pour 1939, soit :

1re *question : Arthrites chroniques non tuberculeuses du genou et de l'épaule.* Rapporteurs : MM. Pouyanne et Guérin (de Bordeaux).

2e *question : Les fractures des plateaux tibiaux.* Rapporteur : M. Gérard Marchant (de Paris).

Nous rappelons que les Rapports ont été publiés dans le numéro d'octobre de la *Revue d'Orthopédie* de 1939. Les rapporteurs publieront, s'ils le jugent utile, un addendum à leurs rapports, au cours de l'année 1946.

Hospices civils de Chalon-sur-Saône.

Deux places d'*internes*, services de chirurgie, maternité et médecine générale, sont actuellement vacantes à l'Hôpital de Chalon-sur-Saône (Saône-et-Loire).

S'adresser pour tous renseignements à M. le Président de la Commission Administrative des Hospices.

Conseil Supérieur des Médecins.

Extraits d'une lettre du Président du Conseil Supérieur des Médecins, à Monsieur le Ministre du Travail :

SULFURYL MONAL

MÉDICATION SULFUREUSE par l'Hydrogène Sulfureux naissant, principe actif des eaux minérales sulfureuses

8 Formes

SULFURYL MONAL	1	Pastilles	Pharyngites - Angines - Rhumatismes.
	2	Granulé	
	3	Comprimés inhalants	Rhinites - Sinusites - Bronchites chroniques - Otites.
	4	Bain	Dermatoses - Gale - Rhumatisme.
	5	Savon	Toilette de la peau - Affections cutanées.
RHINO - SULFURYL	6	Gouttes	Coryza - Sinusites - Rhino-pharyngites - Otites.
DERMO - SULFURYL	7	Pommade	Maladies de la peau et du cuir chevelu - Gale.
LAXO - SULFURYL	8	Dragées	Constipation - Hémorroïdes - Colibacillose.

Laboratoires MONAL, 13, Avenue de Ségur, PARIS

MORRHUËTINE VITAMINÉE JUNGKEN

Toutes les vitamines de l'Huile de Foie de Morue

Véritable **SUCRE VITAMINÉ**

Laboratoires **BRACQUEMOND & Cie**, 105, Rue de Normandie, **Courbevoie** (Seine)

A la parution de l'Ordonnance du 19 octobre 1945, nous avons eu la surprise de voir créer, au sein même du Conseil National, une section disciplinaire distincte, destinée aux seules Assurances sociales, et dans cette section médicale ne fait-on pas figurer un « Représentant des Caisses » ? Ceci avec le souci manifeste de ne pas laisser la majorité aux représentants qualifiés du Corps Médical : l'expérience démontre cependant l'impartialité de nos Conseils disciplinaires. Aurons-nous la même surprise de voir se créer une section disciplinaire spéciale pour les accidents du travail avec un représentant du Patronat ou des Compagnies d'assurances ? ou une autre pour soins aux anciens Militaires ou Combattants comprenant un Général ?

Nous avons protesté à maintes reprises contre la présence constante à nos Conseils de personnalités étrangères à l'Ordre ; encore s'agit-il de médecins et ces médecins n'ont-ils que voix consultative. Mais la présence obligatoire dans une section disciplinaire d'un membre étranger à l'Ordre et même à la profession, et cela avec voix délibérative, constitue plus encore une atteinte à notre indépendance (j'en excepte, cela va de soi, le Magistrat et le Conseiller juridique dont l'avis me paraît nécessaire).

Dr COUTELA.

Groupement des Syndicats médicaux de la Région Lyonnaise.

Nous croyons utile de porter à la connaissance de nos lecteurs l'ordre du jour que ce Groupement a voté à l'unanimité dans sa réunion du 3 février dernier :

« Le Groupement des Syndicats Médicaux de la Région Lyonnaise, réuni le 3 février 1946 et comprenant les représentants des Syndicats du Rhône, de l'Ain, de l'Ardèche, de la Drôme, de l'Isère, du Jura, de la Loire, de la Savoie et de la Haute-Savoie, considérant que le Corps Médical Français doit décider en toute connaissance de cause d'une attitude commune à l'égard de l'ordonnance du 19 octobre, recommande que celle-ci soit fixée par une Assemblée Générale de la Confédération. Elle estime que jusqu'à cette date, la signature des conventions qui nous seront proposées, est prématurée. Il est souhaitable que cette Assemblée Générale de la Confédération soit précédée par des Assemblées Générales départementales où les médecins seront informés des conséquences de la Loi, et indiqueront par un vote l'attitude qu'ils estiment devoir être adoptée. Cette discussion devra porter particulièrement sur les graves conséquences morales de l'application de l'ordonnance telle qu'elle nous est actuellement présentée. Le Groupement estime que, quelle que soit l'attitude adoptée par le Corps Médical, la Confédération se doit d'étudier dès maintenant les propositions de modifications qui devront être présentées au pouvoir législatif.

Il est souhaitable que tout le contre-projet élaboré par la Confédération soit communiqué d'urgence aux Syndicats départementaux pour qu'ils puissent l'étudier et le discuter. »

Les Médecins de Nice et la Sécurité sociale.

Une Assemblée de médecins convoquée par le Conseil de l'Ordre a adressé des critiques sévères à la Loi du 19 octobre 1945 en présence du Directeur de la Caisse Départementale des Alpes-Maritimes. Elle a constaté que la motion votée par l'Assemblée Générale de la Confédération, acceptant de collaborer à l'application de la Loi, à condition que certaines réserves soient respectées, n'avait pas été prise en complète considération par les Ordonnances et par le projet-type de Convention.

En conséquence, l'Assemblée a voté le vœu suivant :

« Les Médecins de Nice, réunis le 29 décembre 1945, demandent aux Conseils de l'Ordre, gardiens

Le Concours Médical
Fondé en 1879 par A. Cézilly.
Directeur honoraire : Docteur J. NOIR.
Directeur : Dr G. LAVALÉE.
Rédacteur en Chef : Dr G. FISCHER.
RÉDACTION, ADMINISTRATION ET PUBLICITÉ, 37, Rue de Bellefond, Paris 9e).
Téléphone : TRU 33-66. R. C. Seine 76.579.
Chèques postaux, Paris 167-95.
ABONNEMENTS : 1 an, 250 francs. - Etudiants, 125 fr. Le N° 10 fr. Changem. d'adresse 5 fr.

RHINAMIDE
Suffamidothérapie locale
PREVENTION ET TRAITEMENT DES
AFFECTIONS DU
RHINO-PHARYNX
INSTILLATIONS • PULVÉRISATIONS
RHINITES · SINUSITES
OTITES · CORYZA
LABORATOIRES A. BAILLY
(SPEAB)
15, Rue de Rome - PARIS 8e
RIN. 16

INTESTARSOL
Granulé
TOXI INFECTION INTESTINALE
PARASITOSES
Laboratoire H. CALAS
162, Rue de l'HAY
GENTILLY (Seine)

de l'indépendance du Corps Médical, de défendre le principe des libres honoraires, fondement de cette indépendance. »

En exécution de ce vœu nous vous demandons :

1° De faire connaître à l'autorité responsable et au public tout entier, les conséquences regrettables que cette Loi aurait sur les conditions d'exercice de la médecine et partant sur la qualité de l'acte médical d'abord et sur la qualité des praticiens plus tard, ceci afin que soit admis le retour au principe des libres honoraires.

2° Au cas où une modification de la Loi ne serait pas obtenue, de proclamer l'immoralité des dispositions qui concernent les médecins et d'envisager toutes les mesures propres à soutenir cette action, mesures pouvant aller jusqu'à : *a*) la démission collective des Conseils ; *b*) le refus des médecins de collaborer à la Loi.

(*Communiqué.*)

Conseil départemental de l'Ordre des Médecins de l'Aisne.

Le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de l'Aisne est ainsi constitué : Président, docteur Coudrain (St-Quentin) ; Vice-Président, docteur Bodson (Hirson) ; Secrétaire Général, docteur Defoug (Laon) ; Trésorier, docteur Choffat (St-Quentin). Membres Conseillers : Docteurs Brehier, à Château-Thierry ; Carrez Pierre, à St-Quentin ; François, à Bohain ; Fresnel, à Hirson ; Glorion, à Château-Thierry ; Menu, à Laon ; Salmon, à Soissons ; Samain, à St-Erme.

Syndicat Départemental de l'Aisne.

Le Bureau est ainsi composé : Président, docteur Bodson (Hirson) ; Vice-Président, docteur Defoug (Laon) ; Secrétaire, docteur Macon (Laon) ; Trésorier, docteur Oriat (Laon).

Membres syndics des arrondissements : Laon, docteurs Defoug et Macon ; Saint-Quentin, docteurs Choffat et François ; Soissons, docteurs Bulart et Lévêque ; Vervins, docteurs Bodson et Pouchèle ; Château-Thierry, docteurs Brehier et Glorion.

Naissances.

Nous apprenons la naissance de Dominique-Marie-Pierre Piednoir, troisième enfant du docteur Piednoir, de Bellême (Orne) ; de Luc Chevalier, fils du docteur Chevalier, de Grand-Fougeray (Ille-et-Vilaine) ; de Didier Desjeux, quatrième enfant du docteur Henry Desjeux, de Dun-sur-Auron (Cher) ; de Jean-Luc Michot, deuxième fils du docteur René Michot, de Bully-les-Mines (Pas-de-Calais) ; d'Hélène Thirard, troisième enfant du docteur Jacques Thirard, d'Evreux (Eure) ; de Marc Daudier, fils du docteur Maurice Daudier, assistant d'ophtalmologie à l'hôpital Laënnec ; d'Olivier Welti, troisième enfant du docteur Jean-Jacques Welti, médecin assistant à l'hôpital Tenon ; de Jean Faliu, quatrième enfant du docteur Faliu, de Bourg-la-Reine (Seine) ; d'Edouard de Calvarrus (à Paris) et de Véronique Dardel (à Tananarive), arrière-petits-enfants du docteur A. Dardel, de Gisors (Eure) et petits neveu et nièce du docteur Louis Dardel, de Gisors ; de Marc Bézier, deuxième enfant du docteur Jean Bézier de Laval (Mayenne) ; de Yann Le Douarec, deuxième enfant du docteur Le Douarec, de Rueil-Malmaison (Seine-et-Oise) ; de Guy Vallancien, cinquième enfant du docteur Vallancien, de Paris ; de Marie-Paule Belle, fille du docteur Jean Belle, de Pont-Sainte-Maxence (Oise), petite-fille du docteur Jean Belle, de Veurey (Isère) et du docteur Michel Guglielmi, de Pont-Sainte-Maxence ; de Catherine Brousta, fille du docteur Robert Brousta, de Libourne (Gironde).

Nécrologie.

Le docteur Jean Leclercq, de Paris, fait part du décès de son fils, François, à l'âge de neuf mois.

Nous apprenons la mort du professeur Maurice Villaret, professeur honoraire de la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine.

Nous avons le regret d'annoncer la mort du docteur Elisée Charra, de Lamastre (Ardèche) ; du docteur André Coustou, de Gensac (Gironde), père des docteurs Henri Coustou, de Sainte-Foy-la-Grande (Gironde) et Robert Coustou ; du docteur André Engel, chirurgien à Sétif (Algérie), frère du docteur L. Engel, de Pierrefitte-sur-Aire (Meuse).

Le docteur Jacques Poulet, de Fléchin (Pas-de-Calais), fait part du décès de M. Paul Poulet, ingénieur civil des Mines, son père.

ALGIPAN MIDY
HISTAMINE — HISTIDINE
Traitement intradermique de la DOULEUR
NÉVRALGIES - ARTHRALGIES - MYALGIES - VISCÉRALGIES
LABORATOIRES MIDY, 67, Av. de Wagram, Paris. - 4, Rue Besse, Vichy.
Fournisseurs des Hôpitaux.

PHYTOMENSYL
médication tani-veineuse à base de
vigne rouge
POSOLOGIE MOYENNE : 30 gouttes 2 fois par jour.
DOSES FORTES : 50 gouttes 6 fois par jour, durant 6 jours.
LABORATOIRES BLAQUE, 59 RUE BOISSIERE PARIS (16e) KLE 88-70

A TRAVERS L'OFFICIEL

ALLOCATIONS FAMILIALES.

Arrêté ministériel du 16 janvier 1946 modifiant le régime des exonérations de cotisations aux caisses d'allocations familiales de travailleurs indépendants.

Article premier. — Les dispositions de l'arrêté du 1er novembre 1940 sont abrogées.

Art. 2. — Les travailleurs indépendants sont dispensés, sur leur demande, de la moitié de leurs cotisations s'ils justifient que pendant l'année antérieure l'ensemble de leurs revenus professionnels ou non, y compris ceux de leur conjoint et ceux de leurs enfants à charge, n'a pas excédé la moitié du salaire moyen départemental applicable au lieu de leur résidence.

Ils seront exonérés du paiement de toute cotisation s'ils justifient :

1° Que pendant l'année antérieure l'ensemble de leurs revenus, professionnels ou non, y compris ceux de leur conjoint et ceux de leurs enfants à charge, n'a pas excédé le quart du salaire moyen départemental applicable au lieu de leur résidence ;

2° Qu'ils ont élevé quatre enfants au moins jusqu'à l'âge de quinze ans et qu'ils n'ont pas perçu une somme supérieure à 5.000 fr. au titre des allocations familiales.

Art. 3. — Sont également dispensés, sur leur demande, de toute cotisation pour l'année 1945, les travailleurs indépendants autres que ceux rentrant dans les catégories professionnelles ci-après de la nomenclature des industries et professions de la statistique générale de la France : .. .. ..

Section 7 : professions libérales,

lorsque l'âge moyen des conjoints dépasse soixante-cinq ans et, en cas de veuvage, si le veuf dépasse soixante-cinq ans ou la veuve soixante ans.

Art. 4. — Les bénéficiaires des dispositions ci-dessus restent tenus du payement du droit d'entrée et des cotisations fixes annuelles prévues par les statuts ou le règlement intérieur de leur caisse. Ils doivent formuler leur demande dans les trois mois à compter de la publication du présent arrêté.

Art. 5. — Le présent arrêté aura effet à compter du 1er janvier 1945.

(*J. O.*, 24 janvier 1946.)

ASSURANCES SOCIALES.

Arrêté ministériel du 9 janvier 1946 fixant les honoraires dûs aux praticiens à l'occasion des examens spéciaux pour l'assurance de longue maladie.

Article premier. — Les honoraires dus au médecin traitant de l'assuré à l'occasion de l'examen spécial prévu à l'article 33 (1er alinéa) de l'ordonnance du 19 octobre 1945 susvisée sont fixés sur la base du tarif de la consultation ou de la visite ordinaire, affecté du coefficient 2 (C2 ou V2).

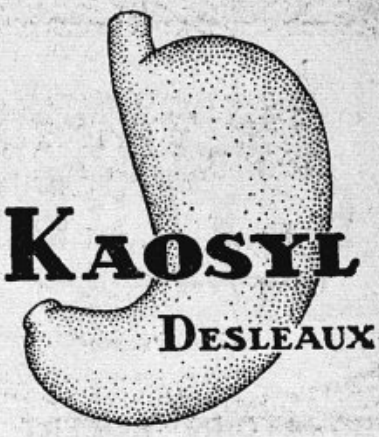
Art. 2. — Les honoraires dus au médecin expert ou au médecin spécialiste à l'occasion de l'examen prévu à l'article 33 (2e et 3e alinéas) de l'ordonnance du 19 octobre 1945 susvisée sont fixés sur la base du tarif de la consultation ou de la visite ordinaire, affecté du coefficient 4 (C4 ou V4).

Art. 3. — Les frais de déplacement de ces praticiens sont remboursés dans les mêmes conditions qu'en matière de soins.

(*J. O.*, 18 janvier 1946.)

MIGRAINES — GRIPPES
DOULEURS CATAMÉNIALES
ALGIES

ALGOCRATINE
Un cachet dès la première sensation de douleur
LANCOSME, 71, Avenue Victor-Emmanuel III — PARIS


KAOSYL
DESLEAUX
PANSEMENT GASTRO-INTESTINAL
LANCOSME, 71, Av. Victor Emmanuel III, Paris (8e)

ANEMIES
Ampoules buvables
Une ampoule avant chaque repas
HEPAMINE MAUCHANT
Acides aminés Hématogènes
Comprimés
Quatre comprimés avant chaque repas
LABORATOIRE MAUCHANT
GENNEVILLIERS (Seine)

Arrêté ministériel du 9 janvier 1946 dispensant les assurés sociaux de la participation aux frais des examens médicaux subis en application de l'ordonnance du 2 novembre 1945 sur la protection maternelle et infantile.

Article premier. — A compter du 1er janvier 1946, sont dispensés de la participation prévue à l'article 24 (§ 1er) de l'ordonnance du 19 octobre 1945 :

1° Les assurées sociales et les ayants droit des assurés sociaux, pour les frais qu'elles ont engagés à l'occasion des examens prévus par l'article 10 de l'ordonnance du 2 novembre 1945 sur la protection maternelle et infantile (*examens prénuptiaux*).

2° Les assurés sociaux ou ayants droit des assurées sociales, pour les frais qu'ils ont engagés à l'occasion des examens prévus par l'article 12 de ladite ordonnance (*examens prénataux et postnataux*).

(*J. O.*, 18 janvier 1946.)

MEDECINE SPORTIVE.

Décret du 16 janvier 1946 fixant les traitements des médecins des collèges nationaux et des écoles normales supérieures d'éducation physique et sportive.

Article premier. — Les dispositions de l'article 2 du décret du 3 février 1944 fixant les traitements des médecins des centres d'éducation générale et sportive sont modifiées comme suit :

.....

« *Art.* 2. — Les traitements et les classes des médecins du collège national des moniteurs de l'institut national des sports, des écoles normales supérieures d'éducation physique et sportive sont fixés comme suit :

« Hors classe ..... Fr. 225.000
« 1re classe 207.000
« 2e classe 186.000
« 3e classe ..... 165.000 »

.....

Art. 2. — Les nouveaux traitements fixés par le présent décret sont exclusifs de toute gratification. Aucune indemnité ou avantage accessoire, de quelque nature que ce soit, ne peut être accordé aux fonctionnaires énumérés ci-dessus que dans les conditions fixées par les articles 5 et 7 de l'ordonnance du 6 janvier 1945.

(*J. O.*, 18 janvier 1946.)

PERSONNEL DOMESTIQUE.

Arrêté ministériel du 31 janvier 1946 étendant l'application de la loi du 30 novembre 1941 au personnel des services domestiques.

Article premier. — Les dispositions du décret du 1er juin 1940 relatif au régime des salaires et des articles 3 et 4 du décret du 10 novembre 1939 relatif au régime du travail pendant la durée des hostilités sont applicables au personnel des services domestiques.

(*J. O.*, 2 février 1946.)

Arrêté du 31 janvier 1946 fixant les salaires dans les services domestiques.

Article premier. — Les dispositions du présent arrêté ont pour objet de fixer les appointements minima du personnel de l'un ou l'autre sexe des services domestiques, tels qu'ils sont définis à l'article suivant.

Il s'applique à l'ensemble du territoire métropolitain.

Art. 2. — Les professions visées par le présent arrêté sont celles qui sont comprises sous la rubrique : Groupe 8 B de la nomenclature des industries et professions annexée au décret du 9 avril 1936, à l'exclusion du n° 8.61 « nourrice chez elle ».

Art. 3. — Le salaire minimum est le salaire au-

ANÉMIES - ANOREXIE - AMAIGRISSEMENT
SURMENAGE INTELLECTUEL ET PHYSIQUE
CARENCES MARTIALE ET CALCIQUE
CONVALESCENCE

FERVALÈNE

Comprimés dragéifiés

Calcium et Fer assimilables + Kola

MODE D'EMPLOI

Adultes : 2 comp. avant chaque repas 2 à 3 fois par jour
Enfants : 1 comp. avant chaque repas 2 à 3 fois par jour

INSUFFISANCE RÉNALE - NÉPHRYTES - AZOTÉMIE
ALBUMINURIES - HYPERTENSION - ŒDÈMES
MANIFESTATIONS ANAPHYLACTIQUES
ÉPANCHEMENTS SÉREUX
MALADIES INFECTIEUSES - DÉMINÉRALISATION

NÉPHRALBINE

Cachets et comprimés

MODE D'EMPLOI | **Adultes :** 3 à 6 par jour
Enfants : 1 à 3 par jour

La NÉPHRALBINE est, dans la plupart des cas, supérieure à la théobromine

LABORATOIRE ROBERT FAURE, 2, rue Carnot, MELUN (S.-et-M.)

Diarrhées
DYSARIODE

à base de
Sels de BISMUTH, QUINOLÉINE, Ipéca, Curcuma

Adultes : 4 à 8 Comprimés par jour
Enfants après six ans : 1 à 2 Comprimés

Laboratoires du VIOPHAN - 44, Grande Rue - ARGENTEUIL - Téléphone : 506

dessous duquel un employé adulte d'aptitude physique normale ne peut être rémunéré.

Art. 4. — Lorsque l'employeur occupera des employés que leurs aptitudes physiques mettent dans une condition d'infériorité sur les employés de la même catégorie profesionnelle il pourra exceptionnellement leur appliquer un salaire inférieur minimum.

La réduction possible de salaire ne pourra excéder le dixième du salaire minimum.

Art. 5. — Les salaires minima mensuels du personnel des services domestiques sont fixés conformément au tableau annexé au présent arrêté pour une durée effective de travail correspondant aux usages de la région (cfr. ci-dessous.)

Art. 6. — Les taux de salaires des jeunes employés âgés de moins de dix-huit ans révolus sont fixés comme suit, en fonction du salaire des employés adultes de leur catégorie professionnelle.

De quatorze à quinze ans ..... 50 p. 100
De quinze à seize ans ..... 60 p. 100
De seize à dix-sept ans ..... 70 p. 100
De dix-sept à dix-huit ans ..... 80 p. 100

Au-dessus de dix-huit ans les jeunes employés seront considérés comme adultes et recevront le salaire de leur catégorie, à condition de justifier d'une capacité professionnelle suffisante.

Art. 7. — Les avantages en nature (logement et nourriture), pourront être déduits des salaires fixés lorsqu'ils sont fournis par l'employeur après évaluation conformément aux dispositions préfectorales qui en fixent annuellement la valeur, pour le calcul de l'indemnité afférente aux congés payés.

Art. 8. — Les avantages en nature autres que le logement et la nourriture sont maintenus conformément aux usages.

Art. 9. — Pour l'application du présent arrêté, dans la région parisienne, les lieux de travail sont répartis conformément aux dispositions de l'arrêté du 21 juin 1945.

Dans les autres départements les lieux de travail sont répartis conformément aux dispositions des arrêtés des 30 mai et 19 juillet 1945 et du 7 janvier 1946.

Art. 10. — Les dispositions du présent arrêté entreront en vigueur à partir du 1er janvier 1946.

ANNEXE

Coefficient 100 : 3.470

Femme de ménage travaux courants.
Bonne à tout faire débutante (moins d'un an de pratique).
Groom.
Gardien d'immeubles particuliers.

Coefficient 110 : 3.815

Homme toute main et de peine.
Aide-cuisinier.

Coefficient 115 : 3.990

Femme de ménage exécutant de gros travaux tels que lessivage, lavage, frottage, cirage.
Bonne à tout faire (ayant plus d'un an de pratique et susceptible d'exécuter l'ensemble des travaux courants d'intérieur).
Bonne d'enfants (un à deux enfants) ; à partir du troisième enfant : 5 points de majoration par enfant.

Coefficient 123 : 4.270

Femme de chambre chargée de l'entretien du linge et service courant.
Valet de pied.
Valet de chambre service courant.

Coefficient 135 : 4.510

Cocher particulier, palefrenier, occupé chez un propriétaire, un rentier, à titre domestique.

Coefficient 135 : 4.685

Femme de chambre lingère, couturière ou coiffeuse.

Coefficient 138 : 4.765

Chauffeur particulier.

(*J. O.*, 2 février 1946.)

PULMONE
ELIXIR - CACHETS - AMPOULES
VOIES RESPIRATOIRES

GOUTTES IONISÉES
ALCALOSE

CARBONEX
ESTOMAC-FOIE-INTESTIN

LABORATOIRES BIOS
10, RUE VINEUSE PARIS
TRO. 57-44

MÉTHODE DE WHIPPLE
TECHNIQUE DE MINOT ET MURPHY

SYNDROMES ANÉMIQUES
INSUFFISANCES HÉPATIQUES

HÉPATHÉMO
DESCHIENS
EXTRAIT CONCENTRÉ DE
FOIE DE VEAU FRAIS
Hémoglobine, Vitamines Hépato-Sanguines
Ampoules buvables de 10 cc. et 3 cc. - Sirop
DESCHIENS, Docteur en Pharmacie, 9, Rue Paul-Bandry - PARIS (16e)

Vaccin contre la VARIOLE
Service Vaccinal du « Concours Médical »
assuré par
L'INSTITUT DE VACCINE
8, Rue Ballu
PARIS (IXe)
Téléph : TRInité 46-15

INHALANTYL

Comprimés solubles à base d'essences végétales balsamiques, antiseptiques, sans alcool ni menthol, p: inhalations.



CORYZAS – SINUSITES
LARYNGO-TRACHEITES
AFFECTIONS GRIPPALES

•

1 ou 2 comprimés p: bol ou inhalateur eau très chaude. 3 inhalations de 5 minutes p. jour

Envoi gracieux pour essais médicaux - LABORATOIRE FIDES -14, RUE DE LA COMÈTE, PARIS

PARTIE SCIENTIFIQUE

LE TRAITEMENT DE LA POLIOMYÉLITE ÉPIDÉMIQUE A-T-IL RÉALISÉ DES PROGRÈS DEPUIS LE DÉBUT DU SIÈCLE ?

par le Docteur Georges SCHREIBER,
ancien chef de clinique-adjoint à la Faculté de Paris

LORSQUE j'ai écrit en 1911 ma thèse sur la poliomyélite épidémique, un auteur suédois, Ivar Wickman venait en 1907, de publier des faits extrêmement démonstratifs, établissant la contagiosité de cette maladie déjà admise par Médin et Leegard et en 1908, deux auteurs viennois, Landsteiner et Popper venaient de montrer que la paralysie infantile était déterminée par un virus invisible, mais transmissible aux simiens inférieurs. Au début du siècle, on était donc en droit d'espérer que cette redoutable maladie pourrait être combattue bientôt avec succès. De très nombreux travaux lui ont été consacrés depuis aux Etats-Unis, en Suède, en France, en Allemagne, en Autriche, en Grande-Bretagne, en Suisse, etc., mais la porte d'entrée du germe dans l'organisme et le mode de contagion ne sont pas encore précisés.

Récemment deux auteurs suédois, Tiselius et Gard ont estimé avoir découvert à l'aide du microscope électronique, sous l'aspect d'un germe filiforme, l'agent causal de la maladie que j'avais proposé de dénommer provisoirement **médullovirus** en raison de son affinité particulière, non exclusive, pour la moelle ; mais cette découverte n'a pas encore été confirmée par des travaux ultérieurs.

Au point de vue thérapeutique, en France, la sérothérapie a été prônée par Netter, par Pettit, la physiothérapie par Bordier, mais leur efficacité n'est pas admise par tous les auteurs, en tout cas elle est loin d'être constante. Est-ce à dire que depuis 1911, aucun progrès n'a été réalisé dans le traitement des malheureux sujets atteints de poliomyélite ? Bien au contraire, et ce serait une erreur grave, une véritable faute professionnelle de la part du médecin de ne pas mettre en œuvre toute une série de procédés qui, s'ils ne permettent pas d'escompter une guérison rapide et complète de la maladie, accroissent néanmoins d'une façon très appréciable pour le patient les chances d'une récupération fonctionnelle notable. Ceci dit, je n'ai l'intention dans cet article, que d'envisager certains points particulièrement intéressants pour le praticien.

I. TRAITEMENT DE DÉBUT

La ponction lombaire doit être pratiquée d'une façon systématique, avant l'apparition des paralysies, en présence d'un syndrome méningé. Elle doit l'être également lorsque ce dernier fait défaut, pour peu que l'on soupçonne une poliomyélite débutante, ce qui est fréquent en temps d'épidémie. Le liquide céphalo-rachidien, dans la poliomyélite, est clair et limpide avec augmentation du nombre des lymphocytes ; l'hyperalbuminose est modérée, le taux du sucre et des chlorures n'est pas augmenté.

La ponction lombaire présente un grand intérêt au point de vue du diagnostic, mais elle en présente un également au point de vue du traitement en diminuant la pression du liquide céphalo-rachidien et en exerçant de ce fait une action sédative. Elle a été préconisée surtout par Wood qui la répétait deux à quatre fois par vingt-quatre heures, mais cette technique n'est pas recommandable. Une seule ponction est généralement suffisante et cette ponction doit être discrète.

1° Traitement causal.

La sérothérapie, à défaut d'une thérapeutique plus efficiente, peut être mise en œuvre le plus tôt possible. Elle compte apparemment des succès, mais ses échecs sont nombreux et indubitables. Le moins que l'on puisse dire est qu'elle est très discutée.

Le sérum antipoliomyélitique de l'Institut Pasteur de Paris, sérum d'animaux immunisés, préparé selon la technique de A. Pettit, était utilisé en injections intramusculaires à la dose de 20 à 50 centimètres cubes et même davantage pendant quatre jours au moins. Ce sérum aurait fourni de bons résultats à certains auteurs (Etienne, Babonneix), mais il ne faut pas perdre de vue que la régression des lésions est souvent spontanée et peu même être totale bien que les paralysies aient été accentuées. J'ai eu l'impression qu'on ne doit pas trop attendre du sérum de Pettit. Il convient d'ailleurs de noter qu'après vingt-quatre années d'essais, l'Institut Pasteur a cessé de fabriquer ce sérum.

Le sérum de convalescents préconisé par Netter depuis 1910 paraît plus efficace. On l'utilisera de préférence en injections intramusculaires à la dose de 5 à 15 centimètres cubes suivant l'âge et l'on pourra être amené à pratiquer jusqu'à une dizaine d'injections. On peut avoir recours également aux injections intraveineuses recommandées par les auteurs américains (Aycock et Luther). La voie rachidienne selon P. Lépine est à exclure formellement car elle pourrait favoriser les localisations bulbaires.

Le sérum des membres de l'entourage du malade serait d'après Glanzmann (1) encore plus recommandable que le sérum des convalescents. Le fait qu'ils ont échappé à la contagion permet d'admettre que leur **sang** possède un pouvoir neutralisant vis-à-vis du médullovirus. Ce pouvoir a en effet pu être démontré par des expériences pratiquées sur des singes. Pratiquement

(1) Glanzmann Die epidemische Kinderlähmung. Hans Huber éditeur. Berne 1945.

on peut faire une injection intramusculaire de 20 à 40 centimètres cubes de sang prélevé de préférence sur la mère ou le père du jeune poliomyélitique. Cette injection est à renouveler au bout d'un mois.

Les injections antiseptiques intraveineuses sont recommandables. On pourra prescrire des injections d'urotropine additionnée de vitamine B1 ou des injections de salicylate de soude glucosées

2° Traitement local

Il ne suffit pas de chercher à obtenir la neutralisation du virus. Il faut également songer dès cette première période à la récupération fonctionnelle du membre et pour cela il faut d'une façon très précoce mettre en œuvre une série de procédés qui ne peuvent malheureusement être pratiqués de façon méthodique que dans des hôpitaux ou des services spécialisés.

Il est nécessaire tout d'abord de maintenir les membres inférieurs en bonne position. Le genou sera entouré de coussinets et l'on combattra l'équinisme à l'aide de cales placées aux extrémités. Les contractures musculaires étant très douloureuses, surtout dans les premiers temps on aura soin de mettre les jambes sous un arceau pour éviter le poids des couvertures. Certains auteurs préconisent dès cette époque l'emploi de bandes élastiques ou adhésives, mais cette technique est à déconseiller parce qu'elle contrarie les séances d'hydrothérapie et de mobilisation musculaire qui doivent être pratiquées dès la chute de la fièvre (qui se produit du 3e au 7e jour).

Ce qui importe, en effet, c'est de combattre de bonne heure les spasmes musculaires qui, d'abord passagers, deviennent ensuite permanents, en même temps que s'accentue l'incoordination fonctionnelle. C'est à ce point de vue que la **méthode de l'infirmière australienne Elisabeth Kenny** présente un réel intérêt, sans qu'il y ait lieu toutefois de lui attribuer des succès éclatants.

Cette méthode comporte d'abord des **enveloppements humides chauds** continus : des linges de laine trempés dans de l'eau bouillante et essorés complètement pour éviter les brûlures sont appliqués sur toute l'étendue des membres atteints, ils sont recouverts de taffetas imperméable et maintenus légèrement avec une bande sèche, mais ils ne doivent en aucun cas gêner les mouvements articulaires. Ces enveloppements très chauds renouvelés au moins toutes les deux heures pendant la journée peuvent, pour les membres supérieurs par exemple, être remplacés par des bains locaux chauds.

La méthode Kenny met en même temps en œuvre la **mobilisation passive** des groupes musculaires atteints. Les séances de très courte durée, d'abord pratiquées trois fois par jour, deviennent ensuite plus fréquentes.

Ce traitement appliqué selon les règles, peut faire disparaître les spasmes en une semaine. On peut dès lors y associer **des exercices actifs** qui donnent un assouplissement plus complet des muscles et une mobilisation plus étendue des articulations, mais ces exercices précoces doivent être pratiqués avec beaucoup de prudence, car le surmenage musculaire risque d'aggraver les paralysies au lieu de les atténuer.

Nous n'avons eu en vue jusqu'ici que les formes communes avec prédominance des paralysies au niveau des membres. Dans les formes graves, avec atteinte du diaphragme et dans les formes ascendantes, à type de syndrome de Landry, on devra avant tout parer aux accidents les plus dramatiques et prescrire des toni-cardiaques, des inhalations d'oxygène, etc. La respiration artificielle continue permet seule dans certains cas de sauver le malade, mais pour la réaliser, il faut pouvoir disposer d'un **poumon d'acier** dont trop peu de nos hôpitaux sont actuellement munis.

II. TRAITEMENT A LA PÉRIODE DE RÉGRESSION ET D'ATROPHIE

Si l'on fait abstraction des formes abortives, dont le pourcentage est difficile à établir, on peut admettre que plus de la moitié des sujets poliomyélitiques conservent des paralysies persistantes (55, 56 % des cas d'après la statistique de Leegard). L'atrophie des membres est d'autant plus accusée que les enfants sont plus jeunes ; les déviations et les déformations sont d'autant plus accentuées que l'atteinte musculaire est plus étendue. A cette période deux règles dominent la ligne de conduite à suivre :

1° **Le traitement doit être précoce.** Dès que les symptômes de la période aiguë ont disparu, dès que la régression des paralysies est manifeste on devra avoir recours aux différents procédés que la physiothérapie met à notre disposition, ce qui implique, comme nous l'avons déjà dit, l'admission des malades dans un centre spécialisé et parfaitement outillé.

2° **Le traitement doit être prolongé, extrêmement prolongé.** Le traitement de la poliomyélite est un traitement à long cours, très ingrat, très coûteux, mais qui réserve des surprises agréables à ceux qui ne se découragent pas trop tôt. Au bout de deux ans, trois ans, cinq ans et davantage, on peut encore obtenir des améliorations par un traitement bien conduit. L'exemple illustre du président Roosevelt sur lequel nous reviendrons, en fournit la preuve la plus démonstrative.

La radiothérapie profonde (Bordier) doit être mise en œuvre dès la fin de la période fébrile sur le segment médullaire atteint. Dans le service de mon maître Nobécourt, Duhem préconisait deux séries de quatre séances par semaine séparées par un mois de repos.

La diathermie est particulièrement recommandable, elle permet d'atténuer le refroidissement des membres.

L'ionisation transcérebro-médullaire (Bourguignon) au moyen d'une solution d'iodure de sodium à 1 pour 100 exerce une action favorable sur les contractures tardives.

La galvanisation peut être également pratiquée ultétieurement avec précaution en tenant compte des données fournies par l'électrodiagnostic.

L'hydrothérapie chaude constitue à l'heure actuelle une des meilleures méthodes du traitement de la poliomyélite.

Les bains chauds complètent l'action bienfaisante de la diathermie ; ils seront donnés deux fois par jour si possible, à 38° pendant une quinzaine de minutes et prescrits sans interruption le plus longtemps possible.

Ce serait une grave erreur de la part du médecin, très préjudiciable au malheureux poliomyélitique, de ne pas faire une large part à cette hydrothérapie. Le passage suivant que j'extrais d'une remarquable biographie du président Roosevelt, par R. Las Vergnas en fournit la preuve :

" Un jour pourtant, alors que tout semblait perdu, la prodigieuse ténacité de Roosevelt eut sa récompense. Le hasard voulut qu'on lui transmit une lettre d'un jeune ingénieur qui, atteint du même mal, s'était presque guéri en se baignant dans des sources chaudes. Le malade aussitôt décida de tenter l'expérience et en octobre 1924, il se rendit à Warm Springs, en Géorgie où jaillissait une source bienfaisante d'une température de plus de trente degrés. Peu à peu, sous l'action combinée des propriétés spécifiques de l'eau et de l'action mécanique exercée sur les membres par cette sorte de massages chauds, des résultats étonnants furent enregistrés. En moins de six semaines, Roosevelt avait réalisé plus de progrès que pendant les trois années de son lent supplice. Il en arriva bientôt à nager, puis à marcher avec des cannes. Le miracle était tel qu'il décida d'utiliser au mieux les ressources de l'endroit en y faisant construire une petite maison. Il y a toujours depuis trouvé le temps, quelles que soient ses occupations, de revenir chaque année y faire une cure nouvelle. "

La gymnastique de rééducation est primordiale. Elle doit comprendre, d'une part, des exercices spontanés, d'autre part des exercices de résistance à la mobilisation des membres effectuée par une infirmière spécialement éduquée à ce point de vue.

Le massage est le complément de la gymnastique. Il doit être pratiqué avec prudence pour ne pas aboutir au surmenage du muscle qui pourrait exagérer la contracture au lieu de l'atténuer.

Pour associer les bienfaits de la balnéation chaude à ceux de la gymnastique, les établissements modernes de traitement de la poliomyélite devraient tous disposer d'une **piscine chaude**, telle qu'il en existe dans les hôpitaux spécialisés des Etats-Unis, de Suède, de Suisse (1). Ainsi que le fait remarquer Glanzmann qui dispose d'une telle piscine à l'hôpital Insel de Berne, le poliomyélitique peut exécuter dans l'eau toute une série de mouvements qui seraient pour lui impossibles dans l'air. Les ébats auxquels l'enfant peut se livrer dans une piscine permettent la mobilisation des groupes musculaires en évitant la monotonie des séances de gymnastique ordinaire.

La mécanothérapie, à l'aide d'appareils spécialement établis pour les poliomyélitiques, telle qu'elle est pratiquée avec de remarquables résultats à la colonie de Saint-Fargeau, près de Ponthierry en Seine-et-Marne, sous la direction éclairée de Mme Delpech-Poidatz, devrait également être largement répandue. Utilisée régulièrement pendant des mois et des années, elle permet d'obtenir des récupérations fonctionnelles extrêmement appréciables. Plus d'un infirme, grâce à elle, aura été mis en état d'exercer un métier qui lui aurait été interdit sans l'appoint de ce traitement.

La vie de plein air, l'héliothérapie, l'actinothérapie par leur action bienfaisante sur l'état général et sur la vitalité de tous les tissus améliorent à n'en pas douter le rendement des méthodes précédentes. **L'orthopédie**, enfin, joue un rôle capital ; pour suppléer, à l'aide d'appareils appropriés aux insuffisances musculaires et pour empêcher ou corriger les déformations des membres. Elle devra dans de nombreux cas être complétée par des **interventions chirurgicales** qui seront surtout pratiquées après l'adolescence pour traiter les séquelles, les troubles de la croissance et certaines manifestations trophiques.

(1) En témoignage de reconnaissance une **piscine chaude** a été offerte par souscription publique au Président Roosevelt et installée à la Maison Blanche, à Washington.

CHRONIQUE DE LA MÉDECINE DU TRAVAIL

LA SILICOSE, MALADIE PROFESSIONNELLE

COMMENTAIRES DE L'ORDONNANCE RELATIVE AUX RÉPARATIONS DUES AUX VICTIMES DE CETTE MALADIE

par le Docteur Roger AMSLER, Professeur à l'Ecole de Médecine d'Angers, Médecin-Chef des Dispensaires antituberculeux du Maine-et-Loire

et le Docteur Jacques CADY, d'Angers.

On ne saurait trop souligner la portée considérable de l'ordonnance du 2 août 1945, classant, définissant la silicose comme une maladie professionnelle, et réglant les réparations dues aux sujets atteints par cette maladie. Il ne faut pas penser qu'il s'agit seulement d'une mesure très particulière, concernant quelques cas isolés. Cette ordonnance est extrêmement intéressante à de multiples points de vue que nous désirons souligner :

D'abord, on est heureusement surpris à sa lecture. Parmi tant de textes législatifs dont le caractère d'improvisations bâclées par des incompétences s'étale de façon outrageante pour le simple bon sens, voici des articles précis, faisant suite à un exposé des motifs qui est une remarquable mise au point de la question, tant sur le plan économique que sur le plan strictement médical. Et ce caractère de construction solide est réconfortant (on a tant besoin d'être réconforté dans ce domaine !)

Par ailleurs, cette loi vient combler une injustice

lamentable. La France demeurait l'un des très rares pays qui s'obstinait à nier officiellement la silicose maladie professionnelle. Nous ne nous étendrons pas sur les causes de cette attitude : Elle était étayée sur les résultats « officiels » d'enquêtes unilatérales, inspirées et payées par les sociétés exploitantes, et qui aboutissaient toujours à cette conclusion : La silicose n'est pas une maladie... c'est une modalité de la tuberculose que l'on trouve dans certains métiers. Et comme de plus il s'est agi longtemps d'une affection aux manifestations mal définies, faciles à confondre avec la tuberculose en effet, l'équivoque continua au détriment des sujets atteints, au bénéfice des employeurs. Nous avons eu, pour une pneumokoniose voisine, la schistose, des discussions avec des représentants de sociétés exploitantes qui, devant les preuves cliniques, radiologiques, que nous leur prodiguions, disaient : « Nous sommes obligés de nier l'existence de la schistose... elle n'existe pas. Songez aux conséquences financières qu'entraînerait sa reconnaissance ». La codification relative à la silicose, maladie professionnelle, doit être le prélude de la reconnaissance d'autres Pneumokonioses : les carriers de Trélazé schistosiques, que nous entendons demander : Alors, serons-nous morts avant que notre maladie soit indemnisée ? peuvent peut-être espérer désormais.

Pour la première fois, dans un texte de loi, apparaît la notion d'une maladie professionnelle qui n'est pas assimilable aux autres, et tout spécialement la notion de la grande lenteur de son évolution et de son apparition clinique. On sait, en effet, bien aujourd'hui que pendant des années elle peut demeurer latente, réduite à une symptomatologie purement radiographique, très nette, sans entraîner de signes cliniques. Et voici, parallèlement, pour la première fois, le délai de responsabilité de l'employeur porté **à 5 ans**, après la cessation de l'exposition de l'ouvrier à son service. Le délai de révision de l'indemnité fixée initialement est porté à huit ans.

La notion de la « durée de l'exposition au risque » est également pour la première fois formulée de façon nette. Il faut que le sujet totalise cinq années de durée totale d'exposition au risque, en une ou plusieurs périodes, en une ou plusieurs entreprises. Mais « ce délai peut être réduit à deux ans, s'il est prouvé que la victime est atteinte de silicose nette à manifestation fonctionnelle précoce ». Voici qui est très justement observé. Nous avons constaté que certains travaux comportent un risque particulièrement grave et une saturation intense par les poussières. Cette remarque vaudra également pour la schistose, où nous venons d'observer chez un fonceur de puits de carrière, ayant travaillé relativement peu de temps mais dans une atmosphère effroyablement saturée, une schistose typique après une exposition remarquablement courte.

Si les indemnités de « réparation » sont définies de manière très précise, on trouve dans ce texte un nouvel aspect de la « réparation » qu'il est primordial de souligner : C'est « l'indemnité de changement d'emploi », accordée au travailleur dont le changement d'emploi est nécessaire pour prévenir une aggravation de son état, mais qui ne remplit pas les conditions exigées pour bénéficier d'une rente, « soit parce qu'il n'est pas atteint d'une incapacité permanente de travail, soit parce qu'il n'a pas été exposé au risque de silicose pendant cinq ans ». Cette disposition de prophylaxie légale est une nouveauté heureuse que nous retrouverons, nous l'espérons dans les nouveaux textes concernant la tuberculose lors de la révision des lois sur les Assurances sociales. Il y a là le germe de la législation indispensable sur la réadaptation au travail du tuberculeux stabilisé — question primordiale en matière de lutte antituberculeuse à laquelle nous nous sommes attachés, mais qui ne peut jusqu'à présent bénéficier que de solutions locales et parcellaires.

L'ordonnance prévoit également de manière heureuse que les médecins qui seront appelés à expertiser ces malades devront être qualifiés et posséder une connaissance précise de la silicose. Elle prévoit la création d'une catégorie de médecins inspecteurs du travail spécialisés dans cette matière.

Très schématiquement se trouvent définies les principales manifestatons de cette silicose qu'il va falloir expertiser en vue de déterminer l'invalidité : les troubles de fibrose pulmonaire avec signes radiologiques et signes fonctionnels — les complications vasculaires qui sont si importantes et qui d'ailleurs nous ont paru bien souvent provoquer la mort par asystolie irréductible — les complications infectieuses non tuberculeuses. Et puis voici ce que l'on peut affirmer devoir être le point le plus délicat à apprécier, la question la plus litigieuse : « les complications tuberculeuses, lorsque ces modifications pulmonaires dues à la silicose ont contribué manifestement à **l'éclosion** ou à **l'évolution** de ces complications ». Nous soulignons « éclosion » et « évolution », car il semble bien que l'ordonnance indique aux experts qu'ils devront très largement apprécier les relations de dépendance de la silicose et de la tuberculose, « Eclosion » : c'est la tuberculose dont on voit les lésions habituelles superposer sur le film leurs cavités, au fond de l'image constituée par exemple par les aspects « en tempête de neige » ou les images pseudo-tumorales. « Evolution » : c'est le complexe, très souvent rencontré, de ces images mixtes, où s'imbriquent étroitement les lésions des deux affections.

L'ordonnance reconnaît donc que la tuberculose peut être considérée comme « une complication » de la silicose. Et légalement se trouve affirmée la dualité de ces deux maladies, qui ne faisait pas de doute pour ceux qui en avaient suivi les développements.

La responsabilité patronale est totale dans les six premiers mois qui suivent la cessation de l'exposition au risque. Elle décroît ensuite progressivement et s'annule à la fin des cinq ans de responsabilité.

La déclaration des silicoses est obligatoire par les intéressés, même si elles n'entraînent qu'un changement d'emploi. Dans les cinq jours qui suivent cette déclaration, elle est transmise au médecin inspecteur qualifié qui doit examiner et radiographier le sujet. Il exprime son avis sur les conséquences : changement d'emploi, incapacité permanente, etc... Et comme un certain humour n'est pas banni des textes législatifs, il est précisé que les frais médicaux sont supportés par le ou les employeurs, « sauf si l'attribution de l'indemnité de changement d'emploi ou d'une rente est refusée par décision judiciaire ; dans ce cas, ils suivent le sort des dépens de l'instance » ! (C'est nous qui ajoutons le point d'exclamation...)

Et voici la garantie de l'employeur : elle est nette et de qualité. Lorsque l'ouvrier quitte l'emploi dangereux, l'employeur peut le soumettre à une radiographie de départ. Si elle ne montre pas de silicose, elle exonère l'employeur ultérieurement de toute indemnité, mais elle est sans influence sur le point de départ et le décompte des délais d'exposition. Cette mesure est particulièrement judicieuse en ce qui concerne les délais : la silicose est une maladie aux lésions actives ; l'attaque de la silice

peut ne pas être manifeste immédiatement à l'examen radiologique, qui par contre révélera les conséquences des nodules silicotiques sur un cliché ultérieurement, alors qu'aura cessé l'exposition au facteur agressif.

Enfin l'une des caractéristiques très particulières de cette loi est qu'elle comporte un effet rétroactif : le délai de responsabilité est porté à dix ans pour les travailleurs qui feront constater leur atteinte dans les cinq années qui suivront la promulgation, et qui ont cessé depuis plus de cinq ans à la même date d'être exposés au risque.

Nous pensons avoir souligné pour le médecin qui n'a pas le courage de s'attaquer aux textes de « l'Officiel » les caractéristiques essentielles qui font de cette ordonnance une réalisation remarquable sur les différents plans : social, médical, économique et aussi de l'équité. Ce texte sera sans doute le premier d'une série qui visera d'autres pneumokonioses : A quand la « réparation » de la schistose dont les ravages chez nos carriers de Trélazé sont si importants ?

BIBLIOGRAPHIE

Amsler et Cady : La silicose des mineurs d'or de l'Anjou. Société Etudes Scientif. de la Tuberculose, mars 1939.

Cady : La silicose des mineurs d'or de l'Anjou. Thèse, Paris, 1938.

Amsler : Pathologie pulmonaire professionnelle des carriers d'ardoises. Société Etudes Scientif. de la Tuberculose. Juillet 1943.

Texte de l'ordonnance sur la silicose maladie professionnelle, dans le « Concours Médical », 10 sept. 1945. Texte complet dans le *Journal Officiel*, n° 181 du 3 août 1945.

CONSULTATIONS MEDICO-CHIRURGICALES

SUR LES RUPTURES DE L'INTESTIN PAR L'EXPLOSION DE GAZ DETONNANTS (1)

Un homme était traité pour hémorroïdes ; la troisième électro-coagulation de la séance provoqua une explosion intestinale avec fente anfractueuse de 16 cm. sur le sigmoïde : mort par péritonite hypertoxique, 23 heures après l'accident. MM. Lambling et Truffert ont attribué cette évolution dramatique à ce fait que, par suite de l'alimentation de guerre et des abondantes fermentations qu'elle provoque, les gaz intestinaux renferment plus de 5 % d'hydrogène et que ce gaz est inflammable, quand on le mélange à l'air dans des proportions allant de 4 à 75 %.

Déjà on connaît les précautions nécessaires pour prévenir de tels accidents ; ne pouvant pratiquement supprimer les fermentations, il faut expulser les gaz des colons par un grand lavement évacuateur dans les heures qui précèdent l'intervention électrique ; puis, ventiler l'ampoule rectale par quelques coups de la pompe d'une soufflerie, une fois le rectoscope en place, pour éviter la fermentation d'un mélange explosif.

Le Dr B. ayant eu connaissance d'un cas semblable suivi de mort chez une opérée d'hémorroïdes au bistouri électrique, nous demande « si un semblable accident pourrait se produire, lorsqu'on traite un malade par effluvations, soit avec l'électrode hémorroïdale de Delherm, soit avec l'électrode à vide de Mac Intyre ? ».

Le docteur **Delherm**, consulté par nos soins, nous répond :

« L'article paru dans le numéro du **Concours Médical** du 20 octobre 1945 ne m'avait pas échappé, car il est très important. Quelques observations ont été publiées à ce sujet, et je crois que le cas princeps s'est produit à Paris. Il a dû être rapporté à la Société médicale des Hôpitaux, soit à la Société de Gastro-Entérologie par Rachet. Il s'agissait de la destruction d'hémorroïdes par électro-coagulation. Dans tous les cas que je connaisse, il s'agissait d'électro-coagulation ; mais je n'ai jamais entendu dire que les appareils de haute fréquence par Mac Intyre ou par mon électrode aient produit semblable accident. J'ai fait pourtant toutes les recherches possibles dans ce sens ; mais je ne puis affirmer que, même avec ces deux électrodes, un accident est impossible.

(1) *Concours Médical*, 20 octobre 1945.

LES THÈSES

Dr J.-R. Taieb. — **Spondylose rhizomélique mélitococcique** (Thèse de Paris, 1945).

L'auteur a observé un malade atteint de fièvre de Malte qui a présenté, dans la sixième semaine ayant suivi le début de la maladie, des phénomènes douloureux au niveau de la colonne dorso-lombaire avec ankylose totale de celle-ci. Admis un an plus tard dans le service de M. Mathieu-Pierre Weil, à l'hôpital Saint-Antoine, on constata chez lui des lésions caractérisées de spondylose rhizomélique.

Cette observation permet au Dr Taieb de situer dans le cadre de la spondylose rhizomélique une localisation vertébrale et sacro-iliaque apparue au cours de la fièvre de Malte et de parler d'une spondylose rhizomélique mélitococcique.

Dr J. Frénal. — **L'hépatosplénographie.** Principes, technique, indications et résultats (Thèse de Paris, 1945).

L'hépatosplénographie, ou examen radiologique après injection intra-veineuse d'un produit de contraste (actuellement de l'iode colloïdal), peut apporter un élément de diagnostic important en clinique des maladies du foie et de la rate.

Des incidents, toutefois, sont possibles, qu'une technique correcte, la recherche préalable d'une sensibilité particulière à l'iode, et surtout une bonne sélection des sujets justiciables de l'exploration, sauront éviter. Un état général précaire, une atteinte profonde des émonctoires hépatique et rénal constituent des contre-indications.

Malgré ces restrictions, l'hépatosplénographie demeure une méthode intéressante, que la mise au point d'un produit de contraste absolument inoffensif rendra de pratique courante.

LES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

Sur la prophylaxie anti-tuberculeuse dans l'enfance.

(MM. Armand-Delille et Béthoux ; 6-11-1945)

Les principes sur lesquels repose la prophylaxie anti-tuberculeuse dans l'enfance peuvent être groupés sous quatre chefs : 1° la tuberculose est essentiellement contagieuse et n'est pas héréditaire ; 2° L'enfant est d'autant plus sensible à l'infection bacillaire qu'il est plus jeune ; 3° le dépistage de la contamination tuberculeuse chez l'enfant est rendu facile par les épreuves de Pirquet et de Mantoux et par la radiographie ; 4° A côté des formes évolutives rapidement mortelles, l'infection tuberculeuse est fréquemment insidieuse chez l'enfant ; ces formes anatomo-cliniques décelées par la radiographie sont souvent curables, mais elles nécessitent une mise en observation rigoureuse.

Pour le nourrisson, il faut tout d'abord réaliser la prémunition par le B. C. G. chaque fois que cela est possible et l'éloigner de la mère bacillifère. Même pour l'enfant plus âgé, si la cuti reste négative, il y a intérêt à pratiquer cette vaccination et, si l'enfant est exposé à la contamination auprès d'un parent bacillifère, le protéger par la méthode de Grancher. Pour l'enfant à cuti-réaction positive, le mettre en observation dans un centre de triage et si la contamination est évidente, le placer en préventorium (formes non évolutives) ou en sanatorium (formes évolutives). Cette surveillance implique l'organisation de Centres de triage, tels que M. Béthoux a pu les réaliser à Grenoble.

Utilisation de dispensaires spécialisés dans la prophylaxie sociale du cancer.

(M. F. Barbary, de Nice. — Présentation par M. Guérin ; 6-11-1945)

Prophylaxie de la tuberculose dans les écoles de Lyon.

(M. Courmont ; 13-11-1945)

Statistique du Botulisme de l'occupation.

(MM. R. Legroux, C. Jéramec et J. C. Levaditi ; 13-11-1945)

Les auteurs ont suivi pendant toute l'occupation le développement du botulisme en France. La maladie, qui était exceptionnelle avant 1940, s'est peu à peu étendue dans tout le pays : 500 foyers et plus de 1.000 intoxiqués, mais avec une très faible mortalité, de 1,5 %. C'est à l'insuffisance de la ration alimentaire qu'il faut attribuer l'apparition de la maladie ; beaucoup de Français ont entreposé des aliments susceptibles d'être conservés plusieurs mois. Les aliments en bocaux sont en général destinés à être consommés après avoir été réchauffés, ce qui détruit la toxine botulique, sensible à une température de 70° ; ils ne furent la cause que d'un faible nombre de cas de botulisme. La presque totalité des foyers de maladie a été provoquée par l'absorption de chair de porc, surtout par des jambons salés et fumés, destinés à être consommés crus.

Le botulisme de l'occupation a donc été d'origine porcine, contrairement au botulisme, étudié depuis 40 ans aux Etats-Unis, causé par des conserves familiales de végétaux consommés crus, avec une mortalité de plus de 50 %.

De 1940 à 1944, en France, aucune conserve industrielle ne fut cause de botulisme.

P. L.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX DE PARIS

Ictère grave avec atrophie jaune aiguë du foie. Rôle de l'œdème cérébral dans la pathogénie du coma terminal.

(MM. J. Decourt, I. Bertrand, Ch. O. Guillaumin et J. Gruner ; 7-12-1945)

Observation d'un ictère aigu apyrétique paraissant devoir évoluer favorablement lorsque survint brusquement une oligurie bientôt suivie d'un coma rapidement mortel. Les examens biologiques pratiqués quelques heures avant la mort montrent les signes habituels de la grande insuffisance hépatique : hypoglycémie, élévation considérable de la polypeptidémie et de la polypeptidorachie avec indice de désamination élevé, hypocholestérolémie, etc. Une légère élévation de l'urée sanguine traduisait une atteinte rénale associée, mais sans doute terminale et contingente. L'autopsie révèle les lésions caractéristiques de l'atrophie jaune aiguë du foie et une atteinte rénale discrète. Les A. insistent surtout sur l'existence d'un œdème cérébral très important avec lésions cellulaires massives du cortex, sans lésions inflammatoires. Ils soulignent le rôle de cet œdème dans la pathogénie du coma.

Agranulocytose traitée par la pénicilline.

(M. Perreau, d'Angers.
Présentation par M. Lœper ; 11-1-1946)

Etat très grave ; pas de cause toxique. Sous l'influence de la pénicilline, en 48 heures, la température baisse ; les phénomènes nécrotiques disparaissent en 48 heures. Les signes hématologiques ne s'amendent qu'après quinze jours, trois semaines.

— M. Martin cite un cas où, malgré 400.000 unités par jour, la mort survint en trois jours. D'après les auteurs américains, pas d'action de la pénicilline.

Lymphogranulomatose maligne à détermination thoracique simulant une tumeur bénigne du médiastin. Hippocratisme digital. Diagnostic histologique après exérèse.

(MM. Monod, Bariéty, Lesobre et Choubrac ; 11-1-1946)

Malade de 31 ans. En 1942, douleur de l'espace omo-vertébral gauche avec amaigrissement et asthénie. A la radio, opacité de la région hilaire gauche à limites nettes. Traitement par radiothérapie.

En 1945, de nouveau amaigrissement et asthénie. Augmentation du volume de la masse qui, sur le cliché de profil, se situe dans le médiastin antérieur. La bronchoscopie et la tomographie ne donnent aucune information supplémentaire. Hémogramme normal.

Le pneumothorax explorateur et la pleuroscopie montrent un décollement total sauf au niveau de la tumeur et font découvrir une petite adénopathie de la chaîne mammaire interne au niveau du deuxième espace intercostal.

L'existence d'un hippocratisme digital avait fait penser à une tumeur.

La thoracotomie est suivie d'exérèse de la masse et découvre d'autres masses tumorales médiastinales. Histologiquement, maladie de Hodgkin. La difficulté de diagnostic avec une tumeur bénigne était due à l'absence d'adénopathies périphériques, qui d'ailleurs ne sont pas apparues depuis, et à l'existence d'un hippocratisme digital, fréquent dans les tumeurs, exceptionnel dans la maladie de Hodgkin.

Pleurésie purulente tuberculeuse survenue au décours d'une primo-infection et aboutissant à l'empyène de nécessité.

(MM. Bariéty, Lesobre et Alhomme ; 11-1-1946)

Primo-infection suivie, après trois semaines, de pleurésie droite séro-fibrineuse. Neuf mois plus tard, épisode péritonéal fugace ; seize mois après le début, apparition d'une collection suppurée de la région mammaire qui fistulise trois mois après (pus tuberculeux contenant des BK). Entre dans le service où l'on constate une pleurésie purulente à BK avec niveau liquide. L'aspiration guérit la pleurésie et tarit la fistule.

Les A. insistent sur la rareté de la pleurésie purulente après la primo-infection.

SOCIETE DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 18-5-1945

A propos de la décalcification.

M. Carle Roederer constate, depuis le début des « saisons amères », la facilité des fractures, parfois pour des traumatismes légers ; le retard des consolidations tant après fractures qu'après ostéotomie ; mais c'est surtout au point de vue vertébral que les faits sont les plus marqués.

L'auteur, examinant cliniquement et radiologiquement de nombreuses observations d'adolescents, d'adultes et de vieillards, pense qu'il y a, malgré les régimes de carence, une prédisposition individuelle dont il faut tenir compte.

LA PRESSE

Dermatoses et papier carbone. — **A. Feil** a observé cinq femmes, employées dans un même bureau, que leur profession oblige à manipuler du papier carbone en très grande quantité, 2 à 3.000 feuilles chaque jour, deux semaines sur trois. Quatre d'entre elles ont une dermatose le plus souvent discrète, d'aspect eczémateux, sèche généralement, quelquefois un peu suintante, accompagnée de démangeaisons, siégeant sur la face dorsale de la main ou au niveau du poignet. Une seule ne présente pas de lésion certaine depuis qu'elle effectue ce travail. L'une n'a que des lésions discrètes, passagères ; deux autres présentent des lésions tenaces, récidivantes qui persistent avec plus ou moins d'intensité tant que se prolonge le contact avec le papier carbone.

Cet auteur ne peut affirmer avec certitude que le papier carbone soit la cause de cette dermatose. D'après les renseignements obtenus, et qui datent d'avant-guerre, le papier carbone contiendrait outre le carbone, une cire et un colorant d'aniline. Le corps nocif semble bien être l'aniline, que l'on sait capable d'occasionner des dermites. Il est d'ailleurs possible que la préparation du produit puisse varier, et que l'inconvénient léger constaté provienne d'un défaut de préparation. Il convenait néanmoins d'attirer les médecins des usines et des grandes administrations où l'on manipule des masses de papier carbone, et de leur demander s'ils avaient observé des cas analogues.

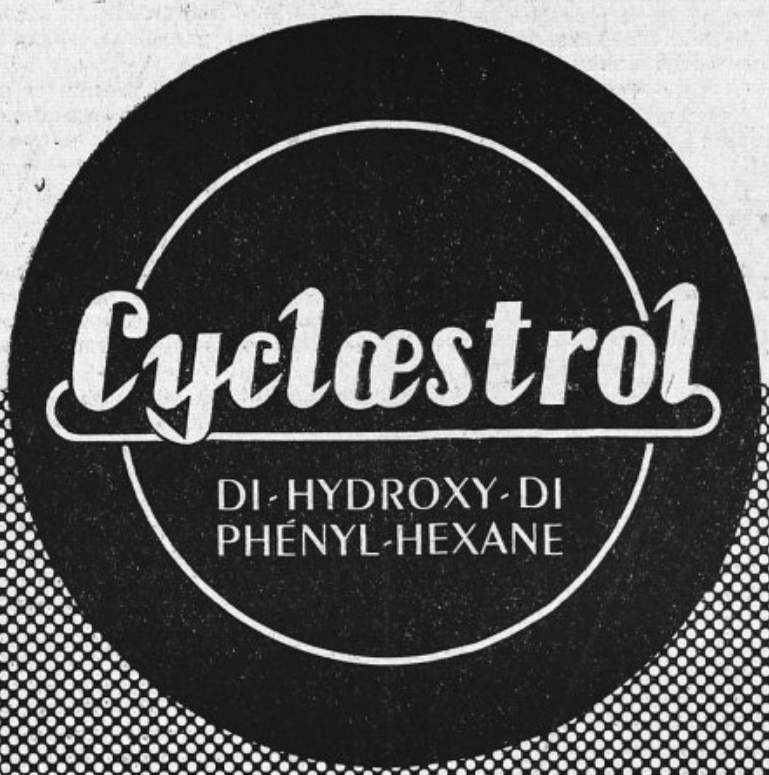
S'il était prouvé que l'aniline est la cause des dermatoses signalées, les employés qui en sont atteints seraient en droit de revendiquer la réparation au titre de maladie professionnelle reconnue par la loi. (Tableau 15 annexé à la loi du 25 octobre 1919.) Le délai de responsabilité est limité à trente jours. (*Le Médecin d'Usine*, juillet 1945.)

Données nouvelles sur l'emploi de l'aluminium et de l'alumine dans le traitement préventif et le traitement de la silicose. — Il semble possible, expérimentalement, d'interdire l'action, nocive sur les tissus, des particules minérales de silice, en les enveloppant d'une mince couche d'alumine. D'autre part, il est démontré que l'inhalation de poussières siliceuses mélangées d'alumine hydratée n'entraîne pas d'action nocive sur le poumon, à la condition cependant que la quantité d'alumine absorbée ne soit pas trop forte, ce qui conduirait à une extension des foyers tuberculeux, mais sans destruction de tissus : d'où la nécessité d'un examen radiologique avant son emploi.

A. Policard précise que pour obtenir un effet neutralisant, l'alumine doit accompagner la poussière nocive, et qu'elle doit être donnée par inhalation. Ici se pose le problème, techniquement complexe, de la préparation d'une alumine à la fois active et en particules assez fines pour demeurer en suspension d'une façon suffisamment durable. Des faits observés en Amérique, trop peu nombreux pour permettre des conclusions formelles, il résulte que l'administration d'aluminium métallique ou d'alumine hydratée, est inoffensive et qu'elle a produit une atténuation fréquente des symptômes subjectifs, en particulier de la dyspnée et de la fatigabilité ; les lésions ont paru être radiologiquement arrêtées ; cette méthode semble également prévenir la progression des lésions silicotiques. L'inhalation paraît le seul mode effectif d'emploi, à raison de séances de quatre à trente minutes par jour environ. Un tel traitement se fera sous contrôle médical et n'entraînera jamais un ralentissement ou une suppression des mesures habituelles de contrôle des poussières. (*La Presse Médicale*, 10 novembre 1945.)

G. F.

UN NOUVEL
ŒSTROGÈNE DE SYNTHÈSE
20 fois plus actif que la folliculine per os



COMPRIMÉS À 1 MG. * AMPOULES À 2,5 MG.

La parfaite tolérance du CYCLŒSTROL est comparable à celle de l'hormone folliculaire. Il a toutes les indications de cette dernière et se prescrit de la même manière.

•

Pour votre expérimentation, nous tenons à votre disposition, sur demande, des échantillons et une documentation de lecture aisée, schématique, de conception pratique, essentiellement clinique.

LES LABORATOIRES BRUNEAU & Cie
17 RUE DE BERRI - PARIS VIIIe

PARTIE PROFESSIONNELLE

PROPOS DU JOUR

INTERVENTION D'URGENCE

DANS une éloquente intervention à la tribune de l'Académie de Médecine, M. G. Ramon a de nouveau (il l'avait déjà fait en 1941) convié les jeunes à l'austère mais noble service de la recherche scientifique. Il ne méconnaît pas le véritable renoncement que nécessite une telle carrière, renoncement monacal, héroïque par le temps qui court. Car les laboratoires sont pauvres et la recherche rétribue fort mal ses adeptes. Au milieu de la démoralisation totale qui frappe la vie économique, être pourvu de ressources modestes équivaut à une sorte de malédiction à laquelle le chercheur voue non seulement lui-même mais aussi ses proches dont il a la charge.

C'est pourquoi M. G. Ramon a invité l'Académie à insister auprès des Pouvoirs Publics pour que les subventions accordées aux organismes de recherches soient substantiellement rehaussées.

On sait ce qui est à attendre de telles démarches. Les gouvernants ont traditionnellement de sommaires notions du bien public. Au temps de l'abondance, ils gaspillaient les crédits à des fadaises sans intérêt et n'accordaient aux sciences, comme aussi aux lettres et aux arts, que des allocations « symboliques ». Aujourd'hui que les coffres sont vides, que l'inflation bat son plein et que nous sommes, on ne peut plus officiellement, ruinés à plate couture, la réponse qui sera faite à l'Académie de Médecine est facilement imaginable. Que dis-je ? Elle est déjà donnée ! Par arrêté du 14 janvier 1946 est confirmée la subvention annuelle allouée à la station de chirurgie expérimentale du Collège de France. Ci..... 20.000 francs (Nous disons vingt mille !) De tels chiffres découragent les commentaires. On est trop humilié de les voir imprimés dans le *Journal Officiel pour* faire le moindre bruit à leur propos. Puisse l'étranger les ignorer à jamais !

M. G. Ramon rappelle que la recherche, si elle a ses amertumes, mène aussi à la gloire, et la plus pure qui soit. Cette gloire, le savant favorisé par le succès en fait rejaillir l'éclat sur son pays. Au temps de la Révolution et de l'Empire, des hommes comme Lavoisier, Laplace, Legendre, Monge, Carnot, Daubenton, Jussieu, Lamarck, Cuvier, Lacépède, donnèrent à la France un prestige certes moins tapageur mais plus durable et de meilleur aloi que les grands généraux. Et après la défaite de 1870, l'envol de la conquête pastorienne tint pendant vingt ans le monde en haleine, le forçant à convenir que le malheur de ses armes n'avait été pour la France qu'un contretemps sans signification.

Ainsi la pensée française, en moins d'un siècle, stupéfia à deux reprises l'humanité : en attestant d'abord que ce pays était de taille, tout en tenant tête à l'Europe, à briller d'un lustre qui n'empruntait rien aux victoires guerrières, en rétablissant ensuite magistralement une situation qui semblait perdue pour longtemps.

On entend bien que M. G. Ramon n'évoque pas sans raisons ces exploits passés, et qu'il les donne en exemples à la jeunesse studieuse d'aujourd'hui pour l'inciter à prendre sa part dans la manœuvre de redressement qui s'impose au pays. A la vérité, l'effort à fournir est grand ; il y faudra de l'enthousiasme, de la persévérance, du renoncement ; et ce n'est pas sans amertume que les aînés évaluent les charges qui vont peser sur les jeunes. L'étendue des ruines et du dénuement est telle que pendant longtemps leur manquera un équipement réellement efficace. La hantise de la guerre, puis la guerre elle-même, puis l'asphyxiante occupation se sont depuis huit ans emparées d'eux et ne leur ont pas laissé la sérénité nécessaire pour entreprendre de grands travaux. Ne faut-il pas craindre de cette longue jachère que toute une génération soit atteinte dans ses facultés inventives, et que soit coupée la course du flambeau ? Et puis... et puis, il faut bien le dire, ce n'est pas seulement à la guerre qu'est dû notre retard, ni seulement d'elle qu'il date. Tous ceux qui, depuis vingt ou trente ans, ont passé les frontières ont constaté à l'étranger des mouvements d'idées, des organisations et des méthodes, des installations matérielles auxquelles nous ne possédions rien de comparable. Et ils s'évertuaient à engager les Français dans un effort de renouvellement. Certains résultats furent obtenus. Mais il restait beaucoup à faire lorsque vint la guerre. Pendant quatre ans nous sommes restés isolés du monde extérieur, entravés dans ce que nous aurions pu entreprendre, obsédés de notre grande misère et de soucis mesquins, et nous envisagions avec appréhension le moment où, les contacts rétablis, nous pourrions nous situer par rapport à l'étranger. Il était clair que même les pays participant à la guerre mais demeurés libres et pourvus de moyens de travail auraient, dans la tension générale de leurs efforts, progressé. Quelle avance marqueraient-ils sur nous ?

Nous le sayons maintenant. Brutalement, la libération nous mit en face de réalisations telles que la pénicilline, et le plasma sec. Je ne pense pas que chez les physiciens le Radar et la bombe atomique aient fait moins sensation. Et ces quelques exemples spectaculaires ne font que marquer les pointes d'une progression qui compte à coup sûr d'autres conquêtes : nous nous sentons cruellement distancés, réduits à quémander une initiation. Notre histoire ne nous avait pas accoutumés à une position si modeste et si nos anciens revenaient sur terre ils nous jetteraient un regard que nous imaginons trop facilement.

TOUS les Français qui, depuis un an, ont pu se rendre à l'étranger, témoignent unanimement que, parmi les éventualités que nous redoutions, la

pire, du moins, ne s'est pas produite : malgré la défaite, malgré la servitude, la France n'a pas perdu la face. Les autres peuples lui gardent amitié et respect ; beaucoup attendent d'elle qu'elle surmonte l'épreuve et reprenne son rôle de pionnier. Ne nous faisons pas pour autant illusion ; si notre crédit n'est pas entièrement épuisé, c'est qu'il était grand. Et nous l'avions reçu tel en héritage : rendons-nous cette justice que nous n'y avons guère ajouté ! L'excuse toute prête, c'est qu'en trente ans nous en avons passé dix en guerre et que deux massacres successifs nous ont coûté cher en énergies, en intelligences, peut-être en génies. Le fait demeure cependant : l'autorité spirituelle de la France a subi, de notre temps, une éclipse qu'il ne nous est pas permis de passer sous silence. Pour nous en tenir au seul domaine qui nous concerne, celui de la médecine, qu'est-il sorti de valable de France depuis trente ans ? Je citerai hardiment Nicolle, dont l'œuvre biologique et les méditations philosophiques portent le sceau de l'impérissable. Je citerai tout aussi hardiment Carrel, non pour ses travaux qui appartiennent à l'Amérique, mais pour sa pensée qui s'exprima dans notre langue et qui domine l'actualité. Et, en dehors de ces morts, quelques rares vivants, souvent discutés en France autant qu'ils sont appréciés à l'étranger. On songe avec mélancolie à l'époque, pas tellement lointaine, où les uns dans leur plein éclat, les autres à leurs premiers feux, brillaient à la fois Charcot, Potain, Fournier, Guyon, Ollier, Péan, Brouardel, et où le monde entier prenait sa leçon de la France. Dès longtemps avant la guerre, l'Allemagne, l'Angleterre et même l'Italie avaient supplanté notre pays, et les Etats-Unis, auréolés par les travaux de leurs riches instituts de recherches, avaient commencé à être un pôle d'attraction. Aujourd'hui que l'Allemagne et l'Italie sont désorganisées, l'attention universelle se porte vers les Etats-Unis. Nos meilleurs amis de l'Amérique latine disent à la France leur affection mais vont se perfectionner en Amérique du Nord. Ceux des pays balkaniques sont maintenant entrés dans un orbe d'où ils ne sortiront pas facilement. Quant à ceux du proche-Orient ! ! Notre auditoire s'est dispersé, et si nous voulons jouer encore un rôle dans l'évolution de la pensée humaine, il nous faudra, pour le reconstituer, le disputer de haute lutte à toutes sortes d'influences divergentes.

Ce n'est pas en spéculant sur la gloire de nos pères, ni en ronronnant d'un air béat : La médecine française est la première du monde, que nous y parviendrons. Car même si nous étions vraiment convaincus de la véracité du slogan (ce qui serait d'un bel optimisme) il resterait à l'imposer aux autres. Et les autres ne paraissent pas disposés à se laisser faire. Le seul parti efficient et viril qui nous reste, c'est de nous poser carrément la question : « Qu'est-ce qui cloche dans notre maison ? Comment y porter remède. »

Certes l'Académie a de bonnes raisons de morigéner le gouvernement et lui faire honte de la pingrerie qu'il témoigne aux laboratoires de recherches. Mais ce n'est pas la première fois qu'elle entreprend de telles démarches. En attendant d'essuyer un échec de plus, ou de recevoir dans sa sébille quelque monnaie de singe, elle a une autre partie à jouer : inviter ceux de ses membres qui appartiennent à l'Université à étudier sans désemparer une réforme des études médicales. Aide-toi, le ciel t'aidera.

C'est une entreprise de grande envergure, car elle englobe non seulement des transformations dans les programmes, mais aussi dans le statut du Corps enseignant et des étudiants. En outre, elle met en cause les conventions entre les Facultés et les hôpitaux et le mode de recrutement du personnel médical hospitalier. C'est dire que ce ne sont pas les hauts fonctionnaires du Ministère de l'Education Nationale qui sont aptes à mettre sur pied un tel projet. Seuls des professeurs de facultés et d'écoles, des membres du Corps hospitalier et des praticiens, possédant en commun la notion du but à atteindre et des exigences essentielles de la profession, peuvent valablement affronter des points de vue différents et en faire une synthèse.

Au reste on sait que ces dernières années ont vu diverses commissions ainsi composées siéger et se livrer à de longs travaux. Il en résulta plusieurs projets, dont le dernier parfaitement étudié transformait le recrutement universitaire. Et je crois même que l'Education Nationale avait commencé, comme il fallait s'y attendre, des manœuvres d'obstruction. Les bouleversements politiques lui fournirent un renfort décisif. Les projets furent diligemment enterrés, et nul ne sait plus ce qu'ils sont devenus. Il est entendu que tout ce qui, en France, date d'une certaine époque, s'agirait-il de considérations sur le relief du sol lunaire, est, du point de vue civique, entaché de défaveur et de suspicion.

Or le mal qui avait motivé la constitution de ces commissions subsiste. Les programmes sont à la fois pléthoriques et insuffisants, l'afflux des étudiants en quelques centres est déplorable; les reproches faits de longue date aux concours sont toujours d'actualité. Les professeurs, tiraillés entre de multiples activités, perdent leur temps; les cours se font devant des salles vides ; les examens sont tâtillons et inefficaces. Au bout du compte, l'école française n'est plus capable de susciter ni de soutenir les zèles désintéressés qui se voueraient volontiers à la recherche ; et elle n'est pas davantage capable de former un type moyen de médecin qui assiste efficacement ses malades. Le médecin français non titré sort de la Faculté avec un pouvoir exorbitant et des capacités très limitées. Il se forme en pratiquant et en mettant en jeu son intelligence et sa conscience. Ce « débrouillage » individuel incrimine directement les méthodes d'enseignement. C'est donc par la refonte de ces méthodes qu'il faut commencer. Je ne doute pas que si les Facultés, pour reprendre une image à la mode, retroussaient leurs manches et entraient résolument dans la voie des réformes elles n'obtiennent gain de cause. En tous cas elles auraient montré qu'elles n'ont pas ignoré le péril ni esquivé la manœuvre de sauvegarde.

Le prestige de la France est en jeu. Il serait grave que l'étranger, encore disposé pour expliquer notre éclipse à mettre en cause nos institutions, en vînt à se demander si, en réalité, ce ne sont pas les hommes qui nous manquent.

G. LAVALÉE.

SIMPLE HISTOIRE D'UNE AUTOPSIE

DANS les temps troublés que nous vivons, alors que les prétoires retentissent encore de la liquidation du régime de Vichy, que les fraudeurs et les trafiquants du marché noir se faufilent avec désinvolture à travers les mailles distendues du filet que leur tend dame Justice, que nous entendons nos gazettes se lamenter et gémir sur la crise de la magistrature, il existe, le croiriez-vous, un coin de France, miraculeusement préservé de ces orages. Pays charmant, où, selon les apparences, les juges, d'humeur badine, ne savent comment employer leurs loisirs !

Peut-être seriez-vous tentés de demander où se trouve cet eldorado et d'aller y planter votre tente pour y vivre dans la paix et la sécurité ? A votre aise, mais ne vous avisez cependant pas d'y exercer la médecine ! Vous apprendriez vite à vos dépens ce qu'il peut coûter à un médecin d'un contact un peu trop rapproché avec ces juges privés de distractions.

Savourez donc, ô médecins, la mésaventure dont un de vos confrères fut récemment le héros et la victime dans ce délicieux repaire des chats fourrés.

LE chirurgien de l'hôpital avait été appelé à donner ses soins à un jeune pupille de l'Assistance publique qui avait été blessé dans son travail, au service d'un agriculteur de la région.

Il s'agissait d'un écrasement de la septième cervicale qui, sur la foi d'une interprétation radiologique faite à Paris, fut mise au compte de l'accident, bien que le diagnostic de mal de Pott se fut tout d'abord présenté à l'esprit du chirurgien. Une minerve fut appliquée. Trois mois après le plâtre fut enlevé, mais des troubles moteurs des membres inférieurs ne tardèrent pas à se manifester et une nouvelle radiographie confirma le diagnostic de mal de Pott. Le malade fut alors hospitalisé et de nouveau plâtré, son état général s'aggrava rapidement, et après avoir présenté successivement un abcès froid au cou et des phénomènes abdominaux faisant penser à une péritonite bacillaire, il mourut.

Pour pouvoir renseigner exactement l'Assistance publique et la Compagnie d'assurances sur les causes du décès, le chirurgien décida dès le lendemain une autopsie : il pratiqua une laparotomie exploratrice, en rapport avec les troubles péritonéaux récents, et destinée à vérifier l'existence éventuelle d'autres localisations tuberculeuses, et il termina par une intervention sur l'estomac à titre d'entraînement.

Il pouvait penser avoir ainsi rempli scrupuleusement tout son devoir professionnel et, en paix avec sa conscience, pouvoir se consacrer en toute quiétude aux autres malades qui attendaient ses soins.

Mais un traître, comme il en existe dans tout mélodrame de bonne marque, veillait dans l'ombre, sous les espèces d'un obscur journalier de l'hôpital avec lequel autrefois le chirurgien avait eu certains démêlés. Cet homme qui avait assisté silencieusement à l'autopsie, ruminait sa vengeance et il crut le moment venu de l'assouvir. Il s'empressa donc d'adresser au Parquet, en se présentant lui-même comme le frère nourricier du défunt, une dénonciation contre le chirurgien en ajoutant, faussement d'ailleurs, qu'il avait réclamé le corps pour l'inhumer à ses frais.

Quelle aubaine pour le ministère public ! Enfin, on tenait une affaire ! Sans doute eut-il mieux valu mettre la main sur quelque collaborateur notoire, sur quelque opulent profiteur de nos désastres et de la misère publique, mais, dans cette candide contrée, il n'en existait apparemment aucun !

En tout cas, on aurait bien le temps de s'occuper d'eux quand on aurait expédié, avec son paquet dûment mesuré, ce pelé, ce galeux, ce médecin pour tout dire ! qui croyait, avec la naïveté coutumière aux individus de son espèce, pouvoir en toute liberté ouvrir les ventres des défunts dans son service d'hôpital !

Une instruction fut ouverte, à la suite de laquelle le médecin fut renvoyé devant le Tribunal correctionnel comme prévenu :

1° De s'être rendu coupable de violation de sépulture en se livrant à des manœuvres opératoires sur le corps du défunt, enseveli et prêt à être mis au cercueil et d'avoir ainsi porté atteinte au respect dû aux morts ;

2° D'avoir pratiqué une autopsie avant qu'il se soit écoulé un délai de vingt-quatre heures depuis la déclaration du décès à la mairie et sans avoir obtenu au préalable l'autorisation du maire de la commune où avait eu lieu le décès ; faits prévus et réprimés par l'article 360 du Code pénal, le décret du 31 décembre 1941 et l'article 471 § 15 du Code pénal.

HEUREUSEMENT pour notre héros que, dans sa précipitation, le ministère public n'avait pas pris le temps de lire avec assez d'attention le décret du 31 décembre 1941 sur les inhumations, dont la citation ne visait du reste aucun article en particulier. Si la lecture en avait été faite avec plus de soin, on se serait aperçu :

1° Que, si l'article 25 interdit de faire procéder au moulage ou à l'autopsie d'un cadavre avant qu'il se soit écoulé un délai de vingt-quatre heures depuis la déclaration à la mairie et sans avoir obtenu au préalable l'autorisation du maire de la commune où a eu lieu le décès, ou du préfet de police si le décès s'est produit dans le ressort de sa préfecture ;

2° Que, si l'article 26 dispose qu'au cas où le moulage ou l'autopsie paraît nécessaire avant l'expiration du délai de vingt-quatre heures, la demande d'autorisation doit être accompagnée d'un certificat du médecin légalisé constatant que les signes de décomposition rendent l'opération nécessaire avant les délais prescrits, l'article 27, lui, déclare de la façon la plus formelle que les *dispositions des articles 25 et 26 ne sont pas applicables aux opérations pratiquées dans les hôpitaux ni dans les amphithéâtres de dissection légalement établis.*

Bien entendu, l'éminent avocat qui assurait la défense de l'inculpé, ne manqua pas de faire ressortir que l'autopsie ayant eu lieu *à l'hôpital*, toute l'argumentation de l'accusation concernant l'application du décret du 31 décembre 1941 s'effondrait lamentablement, si bien que le ministère public, dut, à l'audience, abandonner ce chef d'inculpation.

Restait le second chef d'inculpation, plus subtil que le premier : violation de sépulture ! délit puni par

l'article 360 du Code pénal d'un emprisonnement de trois mois à un an et d'une amende de 16 à 200 francs.

Si, à notre connaissance, il n'existait encore aucune décision de justice sur l'application des articles 25, 26 et 27 du décret du 31 décembre 1941, par contre la jurisprudence était abondamment fournie sur le délit de violation de sépulture qui consiste non seulement dans les atteintes directes à la cendre des morts, mais encore dans tout acte matériel s'attaquant à un tombeau ou à une sépulture.

Aux termes de cette jurisprudence, il n'y a pas de délit si l'acte incriminé n'implique pas, par sa nature et par les circonstances dans lesquelles il s'est accompli, un outrage ou une irrévérence envers les morts.

Or, là encore, un texte gênait l'accusation, peu de chose en vérité ! Tout simplement le paragraphe 2 de l'article 42 du règlement d'administration publique du 17 avril 1943 pour l'application de la loi du 21 décembre 1941 sur les hôpitaux et hospices, qui se borne à prescrire que l'autopsie peut être pratiquée dans un but scientifique s'il n'y a pas opposition des familles, seule condition imposée, ce qui revient à dire que si la famille ne réclame pas le corps du parent défunt, aucun obstacle ne s'oppose légalement à l'autopsie, dès lors qu'elle est pratiquée à l'hôpital.

En fait, l'administration de l'Assistance publique, qui seule pouvait passer comme représentant la famille, n'avait formé aucune opposition à l'autopsie et le funambulesque frère nourricier du défunt, auteur de la dénonciation et *primas movens* de l'accusation, ayant assisté à l'opération, s'était bien gardé d'élever aucune protestation et s'était tenu absolument coi.

Sentant le terrain s'écrouler de toutes parts sous ses pieds, l'accusation, suprême espoir et suprême pensée ! invoquait un dernier argument : le délit de violation de sépulture aurait été consommé du fait que, si le cadavre n'avait pas été encore mis en bière, il avait été enseveli par les sœurs hospitalières avant l'autopsie.

Ce dernier argument, comme tous les autres, fut emporté comme fétu de paille par le jugement qui prononça l'acquittement triomphal du pauvre médecin dans les termes que voici :

Attendu que les textes dont s'empare l'accusation sont l'article 360 du Code pénal, le Décret du 31 décembre 1941 et l'article 471, paragraphe 15 du même Code.

SUR L'APPLICATION DU DÉCRET DU 31 DÉCEMBRE 1941 ET L'ARTICLE 471

Attendu en ce qui concerne cette dernière inculpation que le Ministère public l'abandonne à l'audience, reconnaissant que si l'article 26 du décret sus-visé impose certaines obligations légales pour pratiquer l'autopsie moins de 24 heures après la déclaration du décès à la mairie, l'article 27 de ce même décret dispose que ces prescriptions ne jouent pas relativement aux opérations pratiquées dans les hôpitaux ou dans les amphithéâtres de dissection légalement établis ; qu'en conséquence, le prévenu doit être relaxé de ce chef.

SUR L'APPLICATION DE L'ARTICLE 360 DU CODE PÉNAL

Attendu qu'en droit le délit de violation de sépulture tend à réprimer non seulement les atteintes directes à la cendre des morts, mais encore tout acte matériel s'attaquant à un tombeau ou à une sépulture sans qu'il y ait lieu de s'occuper de l'intention qui a inspiré l'auteur de cet acte ou du but qu'il s'est proposé, à la condition toutefois que l'acte incriminé ait été de nature à violer le respect dû aux tombes.

Attendu qu'au rappel de ces principes, nous devons rechercher si le geste du prévenu, commandé par un souci professionnel, était de nature ou non à violer le respect dû au mort ; qu'en d'autres termes nous devons nous demander d'une part si l'acte matériel a été accompli illégalement et d'autre part, s'il y a eu profanation du cadavre.

Attendu que, pour répondre à ces questions, le tribunal ne doit pas perdre de vue la qualité de médecin du prévenu, qui, aux termes de l'article 42 du décret du 17 avril 1943 est, dans un hôpital, à l'abri de la législation commune ; que dans ce domaine, le praticien est en effet autorisé à pratiquer une autopsie, voire même semble-t-il d'autres recherches médicales et anatomiques, sur un défunt, dès lors qu'il n'y a pas opposition des familles.

Attendu qu'en l'espèce, le Dr C... n'a fait que se conformer à ces règles, puisqu'il n'existait pour lui aucun obstacle à l'autopsie, X... étant décédé sans famille et l'Assistance publique, non plus que P... lui-même, n'ayant formé opposition ; qu'à ce point de vue il ressort de l'instruction que, dès le 15 mars au soir, le Dr C... manifesta le désir d'examiner le cadavre le lendemain matin, vers 10 heures ; qu'il en avertit les sœurs hospitalières, lesquelles se contentèrent d'ensevelir le corps et de le déposer sur un brancard, la mise en bière ne devant avoir lieu que le 16 mars dans la journée, que ce jour-là, dès 8 heures, le gérant de l'hôpital accompagné de P... fut mis au courant des intentions du Docteur au moment où il apportait le cercueil destiné à la mise en bière ; qu'à l'heure indiquée, le prévenu pratiqua son autopsie à proximité dudit P... sans qu'aucune opposition ni protestation ne se fut manifestée.

Attendu qu'il échét par ailleurs de remarquer, que loin de pratiquer une autopsie complète, le Docteur se contenta d'une incision localisée, geste commandé, nous l'avons dit, par un souci professionnel ; que critiquer cet autre geste scientifique, que fut la gastrectomie, serait refuser aux médecins et aux chirurgiens, la possibilité d'un enseignement précieux que le décret de 1943 ne saurait non plus interdire ; que ces actes sont légalement justifiés.

Attendu, en conséquence, qu'un élément du délit de l'article 360 fait défaut ; que vainement le Ministère public, admettant dans sa citation le respect du décret de 1943, fait porter son effort sur la profanation elle-même, tirant argument, du fait que le corps de X... était déjà enseveli ; que cette circonstance n'a plus aucune importance ; qu'au surplus et pour répondre pleinement à l'accusation, si, pour un tiers, le lit funèbre et même la chambre mortuaire sont protégés contre toute violence ou profanation, ces éléments demeurent étrangers à l'intervention du médecin à l'intérieur de l'hôpital ; que la circonstance particulière selon laquelle la religieuse avait déjà jeté un linceul sur le cadavre de X... n'ajoute, ni ne retranche rien aux faits de la cause.

Attendu en résumé que le Dr C... n'ayant enfreint aucun des textes visés à la citation doit être relaxé des fins de la poursuite.

PAR CES MOTIFS

Relaxe le prévenu des fins de la poursuite sans dépens. »

Comme vous devez bien le penser, l'affaire avait fait du bruit dans la localité où ses ressorts obscurs n'étaient ignorés de personne. Tout le beau monde du cru avait envahi la salle d'audience pour assister à cet événement judiciaire et applaudir, comme il se doit au dernier acte d'une pièce bien montée, à la victoire de l'innocence persécutée.

C'est égal, l'alerte avait été chaude pour le premier rôle, et pour lui, avant que la montagne n'accouchât d'une telle souris, que de pertes de temps, de tracas et de soucis !

Mais, du moins, cette affaire, ridicule en elle-même, n'a-t-elle pas été tout à fait inutile. Elle a permis de faire préciser par la jurisprudence, dans quelles conditions particulières il est licite de pratiquer une autopsie dans un hôpital. Cette question, souvent débattue entre médecins, restait pleine d'ombre et de mystère. Maintenant, la lumière est faite.

C'est pour cette raison, et aussi pour les enseignements plus généraux qu'on en peut tirer à bien des égards, que nous avons cru opportun de vous conter cette petite histoire.

Henri MEILLET.

PÉNICILLINE... ET « TIERS-PAYANT »

par le Dr FERNAND DECOURT

Il y a quelque temps, avis m'avait été demandé par un Directeur d'Assurance, très perplexe en présence d'une note d'honoraires d'accident du travail comportant *une vingtaine de mille francs pour un traitement à la pénicilline.*

A mon tour, très embarrassé et déclinant toute compétence en la matière, je conseillai à mon interlocuteur de recueillir des renseignements à ce sujet, en particulier en s'adressant aux médecins de l'Institut Pasteur qui m'apparaissaient pouvoir dire leur mot, même au simple point de vue « *pratique* ». Or, d'après les renseignements ainsi recueillis, voici comment paraît se poser la question.

⁂

Pour l'instant, seul, un laboratoire de l'Etat dépendant du ministère de la Famille et installé rue Cabanel, à Paris (XVe), fabrique de la pénicilline. Il remet une partie de sa production au Val-de-Grâce pour les besoins de l'armée et le reste aux hôpitaux de l'A. P. à Paris et à une quarantaine d'hôpitaux de province.

Les autres hôpitaux et cliniques n'en reçoivent pas . s'ils ont un malade ou un blessé à soigner à la pénicilline, ils ne peuvent que le faire transporter à l'hôpital public pour y recevoir ce traitement. S'il n'est pas transportable, l'hôpital public, qui détient la pénicilline, ne refuse jamais de remettre la quantité voulue au médecin traitant. Il doit alors la lui remettre *gratuitement*, et, en effet, dans les hôpitaux publics, la pénicilline est administrée sans rémunération spéciale. Le malade n'est astreint qu'au paiement de la journée de chirurgie ou de médecine, tel qu'il est fixé, pour tous les malades, par la Commission administrative.

Dans le cas envisagé, il paraît évident qu'on a dû se procurer de la pénicilline « au marché noir ». Il en existe un, en effet, d'ailleurs très facilement alimenté, soit par la voie de l'Espagne, soit en France même par des personnes en mesure de s'en procurer aupres des armées alliées. En raison de la très faible quantité émise sur ce marché, les prix sont extrêmement élevés.

Tels sont les renseignements recueillis. Je parlai alors de cette question à l'un de mes collègues à la Commission ministérielle du Tarif A. T. (côté assureur) dont j'ai toujours pu apprécier la largeur de vue et l'objectivité. De cette façon, je pouvais avoir un aperçu de la « réaction » que causerait cette note de vingt mille francs devant un représentant qualifié des « Tiers-payants », si je puis dire. Voici le résumé des observations qu'il me fit et que je rapporte ici, en toute simplicité.

« Il me paraît évident, me fit remarquer mon éminent collègue, qu'en l'absence de toute prescription, dans le corps du tarif médical en matière d'Accident du Travail, les blessés et par conséquent les patrons et leurs assureurs ne sauraient être tenus de payer les prix du marché noir, puisque tout blessé qui a besoin d'un traitement à la pénicilline peut le recevoir dans un établissement public au prix ordinaire de la journée d'hospitalisation et des honoraires médicaux conformément au tarif des A. T. et que, s'il n'est point transportable, le médecin traitant n'a qu'à s'adresser à l'hôpital public pourvu d'un dépôt de pénicilline, pour obtenir gratuitement la quantité exigée.

Bien entendu, ajouta mon collègue, je me tiens à votre disposition s'il vous paraît nécessaire qu'un examen plus large ait lieu par des représentants autorisés du Corps médical et des sociétés d'assurance. J'en ferai part à mes collègues et je suis convaincu qu'ils accepteront volontiers de se faire représenter à cette petite conférence... »

⁂

Evidemment, j'ai saisi de cette proposition mon ami Cibrie, afin qu'il porte la question devant le Conseil de la Confédération lors de sa prochaine réunion qui va avoir lieu incessamment. Mais je tiens, en outre, à parler de la dite question dans les colonnes du Concours, persuadé qu'il y aurait intérêt pour nos confrères, à être mis au courant de cette situation qui peut présenter une certaine importance dans la pratique journalière de la médecine.

Libres Opinions

L'opposition à l'Ordonnance du 19 octobre aménageant les A. S. suivant un nouveau régime, prend une telle ampleur que nous croyons devoir publier ci-après et dans notre rubrique « Dernières Nouvelles » *de larges extraits des dernières protestations reçues de nos lecteurs et de divers organismes professionnels (Groupement des Syndicats Médicaux de la Région Lyonnaise et Assemblées des Médecins de Nice).*

Nous pensons faciliter ainsi à chacun l'opinion qu'il doit se faire sur un sujet d'une actualité particulièrement brûlante puisqu'en mars prochain une Assemblée générale, spécialement convoquée par la Confédération, doit discuter de nouveau de l'attitude à observer par le Corps médical.

POUR L'INDÉPENDANCE

Le 25 novembre 1945 l'assemblée générale du Syndicat des Médecins de l'Eure adoptait l'ordre du jour suivant :

« *Le Syndicat des Médecins de l'Eure, connaissance prise de l'Ordonnance du 19 octobre 1945, sur les Assurances Sociales, regrette que la Confédération ait accepté dans ces conditions la collaboration avec ces organismes, décide de refuser le tarif limitatif et de n'engager sur ces bases aucune conversation avec les Caisses d'Assurances Sociales* ». Et l'assemblée donnait mandat à son bureau de porter ce texte à la connaissance de tous les Syndicats médicaux français.

Quelques temps après, le Secrétaire général de la Confédération nous écrivait : « *J'ai, bien entendu, lu avec intérêt le compte rendu que vous m'avez adressé vers le 8 décembre ; je sais aussi que, contrairement d'ailleurs à la discipline syndicale la plus élémentaire, votre Ordre du jour qui rejetait en fait l'Ordre du jour de la Confédération, et ultérieurement, l'opinion exprimée par le Conseil élu, et bien élu, de la Confédéra-*

« *tion, vous l'avez communiqué à tous les Syndi-* « *cats de France.* » .. ..

Il faudrait d'abord, s'entendre sur les limites de la discipline syndicale. Qu'une unité dans l'action soit indispensable, c'est l'évidence même. Mais il serait inadmissible que les Syndicats, ou les médecin eux-mêmes, ne puissent faire connaître leurs idées ou leurs décisions sans les soumettre au préalable aux grosses lunettes de Dame Anastasie. Or n'est-ce pas ce que demande la circulaire n° 8 de la Confédération : « *D'ici là nous deman-* « *dons aux Syndicats qui auraient à nous signa-* « *ler des faits graves ou des arguments sérieux,* « *de nous les faire connaître ici. Le « Médecin de* « *France » les publiera sous la responsabilité du* « *Syndicat intéressé aux fins de documentation.* « *C'est de notre Groupement National que doivent* « *venir les indications commentées, s'il est néces-* « *saire, par le Conseil Confédéral. Toute autre* « *action séparée ne peut qu'amener des décisions* « *dont on ne tarderait pas, en face de nous, à ti-* « *rer avantage* ».

Encore une fois, ne confondons pas action et libre échange d'opinions. Or, dans la circonstance, nous ne croyons pas être entrés dans la phase d'action. Combien de Syndicats ont, à l'heure actuelle, signé cette convention, qui devait être appliquée au 1er janvier ? Combien de lois ont déjà paru, qui n'ont jamais été appliquées ou ne l'ont été qu'après maintes retouches ?

Déjà le Dr Cibrie lui-même envisage les modifications nécessaires et même la dénonciation des conventions ; nous en reparlerons. N'oublions pas comment l'Assemblée générale de la Confédération a accepté le principe de la loi. Les textes n'étaient pas connus ; ils ne devaient paraître qu'un mois plus tard. Les Syndicats n'avaient donc pas pu les étudier, ni les discuter. Les délégués votaient sans mandat, sans avoir eu le temps de méditer, d'envisager la portée de leur vote. Tout cela montre combien il est grave d'improviser des discussions insuffisamment préparées, de brusquer des décisions sur des questions importantes, comme celle-ci, vitale pour la Médecine Française. Evidemment, nous étions mis devant le fait accompli « le fait du prince ». Eh bien, nous devons savoir dire « non » et ne pas accepter une telle mise en demeure.

⁂

En tous cas, à l'heure actuelle, la loi n'est pas appliquée. Sa modification est envisagée. Son acceptation demeure soumise à des conditions que nous avons posées. Donc la discussion reste ouverte et nous demandons à la poursuivre ûprement.

C'est dans cet esprit que notre Syndicat a tenu à faire connaître son opinion ; elle se résume en un mot « Liberté ». Nous voulons que dans un pays, qui a la prétention d'être une République, le Corps Médical garde son indépendance.

On nous dit qu'il ne s'agit plus de l'homologation par trois Ministres, mais d'une convention discutée en commission tripartite. En pratique, quelle différence, puisque nous ne représentons qu'un tiers de la commission ? En fin de compte, nous devrons toujours subir la volonté des deux tiers adverses.

Le Dr Cibrie nous dit aussi : « *Avant la recons-* « *titution des Syndicats, deux départements fran-* « *çais avaient fait depuis plus de deux ans l'ex-* « *périence d'une convention, qui pratiquement* « *appliquait avant la lettre le texte de l'Ordon-* « *nance du 19 octobre. Ils étaient d'accord pour* « *déclarer que le système leur apportait un gros* « *bénéfice* ».

Nous savons trop ce que valent les trésors offerts par l'Etat, pour être dupes de ses promesses. Rappelons-nous la loi de 98. Au début libre choix, entente directe, le blessé s'arrangeant de son côté avec son patron ou l'assurance, à qui seuls le tarif était opposable ; pas de papiers, pas de chicanes. Et maintenant où en sommes-nous ? Malheureusement le Corps Médical est largement responsable de cette situation. Il a abandonné un principe en acceptant le payement par l'assurance ; tout le reste a suivi.

Pour les assurances sociales il en sera de même; on nous alléchera au début par des tarifs libéraux, un bel os bien gras ! Et nous céderons sur le principe. Par la suite, d'année en année, d'ordonnance en décret, nous verrons les avantages initiaux s'amenuiser, le collier se resserrer. Nous n'y pourrons plus rien, car nous aurons nous-mêmes abandonné le principe.

⁂

L'assemblée générale a bien mis deux conditions à son acceptation : l'introduction de la loi en Alsace et en Lorraine, l'abaissement du taux de notre impôt cédulaire. Mettons qu'on nous donne satisfaction sur ces deux points, qu'il est d'ailleurs un peu pénible de voir ainsi accouplés. Nous n'en aurons pas moins perdu notre indépendance ; et il ne faut pas être grand clerc pour imaginer comment le fisc récupérera ce qu'il nous aura abandonné. De toutes façons, jamais nous ne reprendrons ce que nous aurons cédé volontairement ; notre signature sera là pour avaliser notre soumission.

Il est certain, évident, que le Corps Médical est unanime à déplorer la perte de son indépendance. Mais il se divise sur l'opportunité d'engager la lutte pour la conserver. Cette lutte est-elle possible ? Nous le croyons. Déjà dans le passé, les Syndicats médicaux ont fait respecter leur volonté au sujet de la Loi des Pensions. Depuis cette époque, ils ont singulièrement accru leur cohésion, donc leur puissance. Ils peuvent, s'ils le veulent, faire respecter leurs droits.

Or, sur le terrain où nous voulons nous placer, notre position est excellente. Nous ne voulons pas engager la lutte pour des questions de tarifs. Nous voulons lutter pour la liberté et la justice, que le peuple de France a toujours jusqu'ici respectées et défendues âprement.

Dr VIVIER (Evreux).

QUEL EST LE DEVOIR ACTUEL DU SYNDICALISME MÉDICAL ?

Il est un fait certain, c'est qu'avec la mise en application de la loi de sécurité sociale et l'extension considérable que vont prendre les assurances sociales, le secteur libre de la clientèle médicale sera considérablement réduit, tandis que le secteur protégé ira toujours en augmentant.

Avec la signature des conventions syndicats-caisses que la loi rend obligatoire et que préconise la Confédération, nous assistons à l'enterrement définitif de cette liberté qui faisait de nous une *profession libérale*. Pour s'en convaincre il suffit de comparer les conditions actuelles d'exercice de la profession d'avocat ou de vétérinaire avec celle de médecin omnipraticien.

Il suffit aussi de lire avec attention la convention-type transmise par la Confédération pour constater que le Corps Médical renonce absolument à l'entente directe qui était un des fondements de la charte médicale et aussi à la liberté de ses honoraires ; dorénavant ces derniers lui

seront en quelque sorte *imposés* par la mise en jeu d'une commission supérieure où ses représentants sont naturellement en minorité.

En acceptant la suppression de l'entente directe pour permettre à l'assuré d'être effectivement couvert à 80 % du risque maladie, ce n'est pas seulement un *grand sacrifice moral* que le Corps Médical est dans l'obligation d'accepter mais la transformation complète du caractère de notre profession.

Nous sommes transformés en véritables salariés dotés d'un contrat de travail, qui présente ceci de particulier qu'il ne comporte pour nous que des obligations et en revanche aucun avantage, les caisses n'ayant pris aucun engagement à notre égard.

Notre devoir est de regarder la situation bien en face et d'appeler les choses par leur nom. Lorsque la loi de sécurité nationale fonctionnera à plein, c'est-à-dire dans quelques mois, tous les médecins omnipraticiens seront devenus de véritables salariés liés par des conventions et payés aux pièces à des tarifs imposés, opposables et par conséquent réduits. C'est pour cette raison que nous demandons avec insistance que devant la situation nouvelle qui lui a été imposée par les Pouvoirs publics, le Corps Médical comprenne qu'il a le droit de s'intégrer à la classe laborieuse dont il fait en réalité partie. Dorénavant, les syndicats médicaux doivent avoir les mêmes droits que les syndicats ouvriers ou de fonctionnaires et leur devoir capital à l'heure actuelle est d'établir un cahier de revendications légitimes qui viendront compenser les sacrifices imposés par l'Etat au seul Corps Médical, pour la mise en route de toutes ses lois de médecine sociale.

***

Voici quelles sont ces principales revendications:

1° *Unification et revalorisation de tous les tarifs de médecine sociale* par l'établissement d'un tarif national unique pour les accidents du travail, les mutilés, les déportés, les assistés et les assurés sociaux à condition que ce tarif soit établi d'accord avec les Pouvoirs publics et les représentants qualifiés du Corps Médical. Ce tarif devrait tenir compte du coût actuel de la vie et comprendre une échelle mobile automatique.

2° *Au point de vue fiscal*, étant donné la transformation radicale que vient de subir la profession médicale, les nouveaux travailleurs salariés que nous sommes ont le droit de réclamer et d'exiger la *suppression de la patente* et le bénéfice pour nos revenus professionnels du *même taux d'impôt cédulaire* (soit 16 %) et des *mêmes exonérations et abattements* (soit 40.000 fr.) *que pour les salaires et traitements.*

3° *Organisation de la sécurité professionnelle et du droit au travail par la limitation du nombre des médecins.* A plusieurs reprises cette question a été mise à l'ordre du jour, mais elle n'a jamais été résolue. Elle est pourtant d'une importance capitale car le danger de la pléthore ira certainement en augmentant dans les premières années de l'après guerre et ce danger sera d'autant plus grand qu'il viendra compliquer la limitation des tarifs.

4° *Retraite du médecin.* — Tout le Corps Médical est unanime à réclamer cette retraite, mais maintenant que nous sommes devenus de véritables travailleurs au service de l'Etat-Providence, nous avons le droit d'exiger des Pouvoirs publics la création de la retraite des vieux médecins. Mais nous voulons une retraite qui soit vraiment digne de ce nom et non pas une allocation aux vieillards infirmes et incurables que nous prépare la Confédération. La retraite du projet Vauzanges est si faible dans les circonstances actuelles qu'elle ne peut intéresser que les confrères infirmes ou définitivement impotents. Quant au financement de cette retraite il devrait être tripartite et comprendre ;

a) une cotisation fixe obligatoire pour tous les médecins, celle de six mille francs prévue par la Confédération devrait être un maximum.

b) la création d'un timbre certificat dont le rendement serait très important à une double condition :

1° que le montant en soit fixé à 20 francs ce qui est un taux normal dans les conditions actuelles.

2° que son apposition soit obligatoire sur tous les certificats à l'exception des seuls certificats d'assistance.

Nous espérons que le nouveau ministre des Finances sera moins hostile aux médecins que son prédécesseur et qu'il tiendra compte du précédent des avocats et des membres de la presse.

c) la ristourne faite par l'Etat du 5 % de majoration d'impôt cédulaire qu'il perçoit indûment sur nos bénéfices professionnels (21 % au lieu de 16 %), ristourne qui serait loin de compenser les abaissements de tarifs imposés pendant de longues années aux vieux médecins.

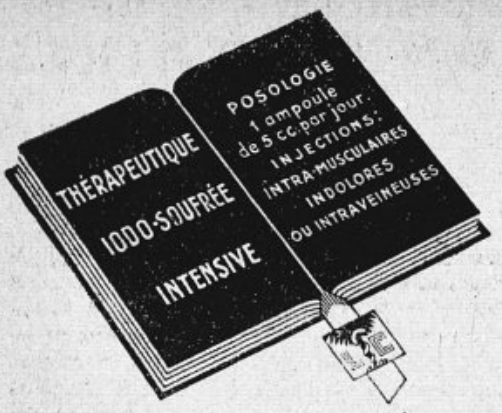
5° Application immédiate aux départements recouvrés de la législation française des assurances sociales.

***

L'année 1946 va être l'année cruciale pour l'avenir de notre profession. Sans une réaction énergique de notre part, nous allons assister à l'enterrement définitif de notre liberté et à notre asservissement, sans obtenir la moindre compensation. Dans leur grosse majorité, les médecins omnipraticiens dont le concours est absolument indispensable à la mise en marche et au fonctionnement de la loi sur la sécurité sociale sont tout disposés à remplir leur devoir social et à collaborer avec les Pouvoirs publics, mais à la condition formelle que ceux-ci veuillent bien leur reconnaître le caractère de véritables travailleurs et leur assurer comme à ces derniers : le droit au travail, la revalorisation de leurs salaires, la justice fiscale et la retraite pour les vieux médecins.

L'occasion est unique pour le syndicalisme médical d'opérer son redressement en soutenant le cahier de revendications exposé ci-dessus au nom du Syndicat médical des Landes.

Dr G. ESTIVALS, (Castets).
Secrétaire général
du Syndicat des Landes.



IODO-GLUTHIONAL

RHUMATISMES

LABORATOIRES CADUCIA CLAMART

OPOTHÉRAPIE ASSOCIÉE

PANCRÉPATINE LALEUF

CAPSULES GLUTINISÉES

DIABÈTE

6 A 12 CAPSULES PAR JOUR
(AU COURS DES REPAS)
SUIVANT PRESCRIPTION MÉDICALE

LITTÉRATURE
LABORATOIRES LALEUF
51, RUE NICOLO . PARIS-16e

AUXERGYL

Vitamine A

10.000 U.I. par centimètre cube

ROUSSEL

LES LABORATOIRES ROUSSEL
LES LABORATOIRES FRANÇAIS DE CHIMIOTHÉRAPIE
69, Rue du Chanche-Midi, Paris . Tél.: Littré 68-22

47

GASTRHÉMA

CONTRE LES ANÉMIES
ASTHÉNIE - ANOREXIE - HYPOPEPSIE
17, Avenue de Villiers — PARIS (17e)

EXTRAIT DE MUQUEUSE D'ANTRE PYLORIQUE
1 à 3 amp. buvables, par jour

FRÉNASMA

TROIS A QUATRE COMPRIMÉS PAR JOUR. UN A DEUX DÈS LE DÉBUT DE LA CRISE.

LABORATOIRES DU GASTRHÉMA
17, AVENUE DE VILLIERS
PARIS (17e)

ASTHME - EMPHYSÈME - BRONCHITES CHRONIQUES - MÉDICATION PRÉVENTIVE, ABORTIVE ET CURATIVE DES CRISES

ECHOS & COMMENTAIRES

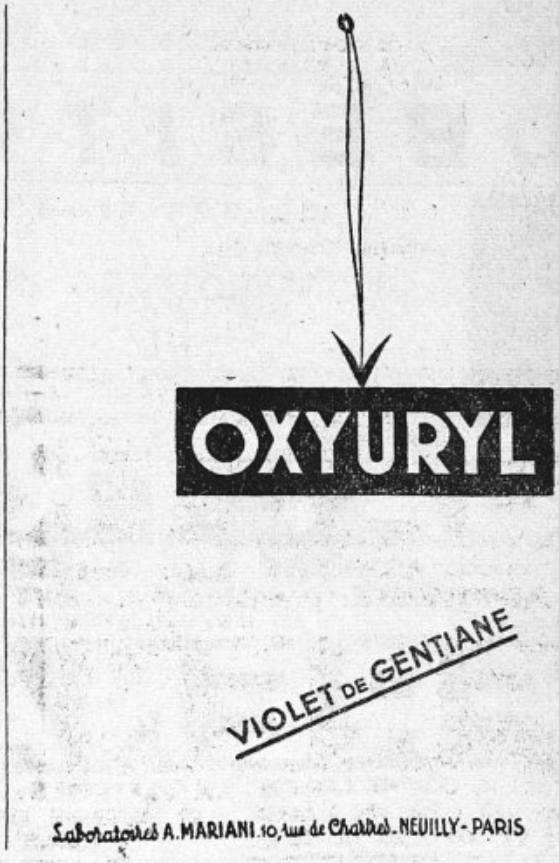
SÉCURITÉ SOCIALE ET DÉCLARATION DE DROITS. Ainsi que nous le supposions dans un article récent, nos constituants n'ont pas manqué d'échafauder, en tête de notre future charte, une Déclaration de droits renouvelée, faisant place, aux côtés des droits politiques, aux droits économiques et sociaux. En tête de liste de ce nouveau chapitre, nous trouvons, dans les articles 21 et 22, les fondements mêmes de la médecine sociale : « *Tout être humain possède à l'égard de la société les droits qui garantissent*, dans l'intégrité et la dignité de sa personne, *son plein développement physique, intellectuel et moral...* » et plus loin (art. 22) : « La protection de la santé... le développement physique et le bénéfice de toutes les mesures d'hygiène et de *tous les soins que la science rend possibles sont garantis à tous et assurés par la nation* ». Du même coup, la loi sur la sécurité sociale est ainsi en voie d'acquérir une valeur *constitutionnelle*.

Ce texte, tout dénué d'art et d'élégance qu'il soit, mérite d'être médité, car il touche de près à une autre constitution, celle de la médecine. Le classement même de ce droit aux soins médicaux de tous les citoyens sous la rubrique « économique et sociale » en dit long sur le sens de l'évolution actuelle. Un tel droit eût semblé, à n'en pas douter, à nos constituants de 1789, attaché avant tout à la personne elle-même, indépendante et antérieure aux problèmes économiques, aux rapports sociaux. Aujourd'hui, les « représentants du peuple » abordent les problèmes de la médecine sous ces deux angles nouveaux. Sous la pression des exigences vitales d'une masse appauvrie et prolétarisée, la liberté économique, assurée par la justice et la solidarité sociales apparaît comme plus urgente que la liberté physique. Il importe que l'on tire de ce fait, dans le domaine professionnel, les conséquences qui en découlent.

Le danger d'une telle conception, qui tend en réalité à subordonner l'homme physique aux nécessités économiques et sociales, plus qu'à lui assurer une vraie liberté, n'a pas échappé sans doute à certains constituants, puisque l'article 21 réclame le respect de « l'intégrité et de la dignité de la personne ». L'accent n'est pas mis suffisamment à notre gré sur cet aspect du problème. Il n'empêche qu'existe là, en embryon, le fondement même de la Charte, dans toute la mesure où celle-ci dépasse l'économique. Il n'est pas trop tard pour que cet embryon se développe encore, et pour que l'ordonnance du 19 octobre sur les assurances sociales s'inspire davantage des fondements mêmes de notre future Constitution.

LA NOUVELLE NOMENCLATURE ENFIN « SORTIE ». L'ordonnance du 19 octobre sur les assurances sociales, dans son article 12, prévoit l'établissement, par arrêté ministériel, d'une « nomenclature générale des actes professionnels ». On sait qu'il en allait de même de la loi du 29 mai 1941 qui donna naissance, après de laborieuses tractations, sous l'égide de l'Ordre des Médecins, à une « nomenclature mort-née » où la médecine était un peu trop assimilée à l'honorable métier de couverture-plomberie. L'on en était donc resté à la nomenclature établie avant guerre par la Confédération, dont l'œuvre se révélait ainsi avoir une vie plus dure qu'on ne le pensait.





Un arrêté du 29 octobre 1945 publié au *J. O.* du 20 novembre nous annonçait cependant la naissance de la Nomenclature dernier modèle, qui devait être « annexée » à son texte. Cette « annexion » était au reste toute théorique. Et il a fallu attendre le milieu de février pour que paraisse enfin en librairie, sous l'égide officielle des deux Ministères, ce document que tout au moins chacun pourra maintenant se procurer. Nous comptons au reste prochainement lui consacrer un supplément documentaire.

Mettons en garde immédiatement les praticiens trop pressés d'abandonner leur vieilles habitudes. La Nomenclature nouvelle ne sera applicable qu'à compter de la date de mise en vigueur des tarifs prévus par les articles 10 et 11 de la nouvelle ordonnance, c'est-à-dire à compter de l'approbation par la Commission tripartite des tarifs convenus entre les Syndicats et les Caisses, ou à défaut de convention, de la fixation des tarifs par ladite Commission.

Rappelons enfin que les auteurs mêmes de la Nomenclature en reconnaissent l'imperfection de principe. Une Commission permanente de révision a été officiellement créée, chargée de réparer les fautes révélées par l'usage et de poursuivre son adaptation à l'évolution technique de la profession.

Les beautés d'une élection.

Nous espérions n'avoir plus à parler des élections du Conseil de l'Ordre de la Seine, qui, selon certains lecteurs, tiennent un peu trop de place dans la vie et la presse professionnelles. A notre grand regret, à la suite d'articles et de manœuvres de dernière heure il nous faut y revenir. Après deux élections manquées — manquées par suite de fausses manœuvres mais aussi de manœuvres déloyales — la troisième se présentait sous les meilleures auspices : liste unique, officiellement distribuée, portant les titres scientifiques et professionnels des candidats, période électorale ouverte sans surprise et d'une durée suffisante.

Par la faute de quelques trublions, nous voici en passe d'être replongés dans l'obscur et le nauséabond. Au dernier moment, malgré la décision commune du Conseil sortant et de la Chambre syndicale de ne point présenter de listes particulières, certains conseillers et non des moindres auraient à nouveau repris leur petit jeu de listes et de cooptation, *ce à titre personnel et non comme conseiller !...* Une liste d'union (?) Ordre-Syndicat aurait même été prévue, qui, en fait d'union, éliminait les principaux dirigeants de la Chambre. Ce projet, abandonné, fut cependant suffisamment répandu pour amener la démission et le retrait de candidature d'une des personnalités les plus connues de la vie professionnelle médicale.

Cet incident aurait cependant pu se clore sans dommage si dans le même temps un article publié sous la signature d'un conseiller sortant, qui fait de sa feuille un moyen de propagande en sa faveur et en celle de ses amis, n'attaquait la Chambre syndicale et son personnel dirigeant (dont il fait au reste partie) avec une rare injustice.

Il était reproché en effet aux syndicalistes ou tout au moins aux plus notoires et plus anciens d'entre eux d'avoir sur le respect de la charte des opinions « douteuses », motifs pris, de ce qu'ils n'auraient point fait mention de la dite charte dans les trois lignes à eux allouées sur la liste de candidatures. Dans le même temps l'auteur et ses amis proclamaient haut et ferme leur attachement indéfectible à des principes dont ils se présentaient comme les seuls défenseurs.

Le tour était bien joué. Il ne faisait point preuve toutefois

TRAITEMENT RATIONNEL de toutes formes de l'
OBÉSITÉ
et des troubles annexes
par DELLOVA
à base d'extraits opothérapiques
— renforcés par un laxatif —
2 formes { Cachets : 1 à 2 par jour / Comprimés : 2 à 4 par jour
Laboratoire C. LAFOSSE, 48, Avenue de la République - PARIS

Véganine

Grippe, algies, otites, névrites,
dysménorrhée, soins dentaires
LABORATOIRES SUBSTANTIA, M. Guéroult, Docteur en Pharmacie, SURESNES (Seine)

d'une grande loyauté. En effet, il avait paru aux syndicalistes ainsi visés conforme à une saine conception de la déontologie et des rapports Ordre-Syndicat de ne point transformer ces élections — qui, ne l'oublions, doivent désigner des gardiens ou des juges — non des députés, en joutes oratoires et politiques avec proclamation de programme et profession de foi. Les titres syndicaux sont au reste en eux-mêmes tout un programme. Chacun connaît la position traditionnellement intransigeante des successifs Syndicats de la Seine sur tout ce qui touche à l'indépendance de la médecine. Tout récemment encore l'Assemblée confédérale fut l'occasion pour la jeune Chambre d'y faire preuve de ses qualités combattives. Et cette charte que l'on brandit comme un drapeau, ces libertés que l'on défend, n'oublions qu'elles n'existent et ne signifient quelque chose encore que par la vigilance et l'action déployées par les syndicalistes depuis plusieurs décades — avant que l'Ordre ne fût même conçu !

Et puis la sincérité de ces candidats défenseurs est-elle aussi totale qu'ils l'affirment ! N'avons-nous pas, nous aussi, quelques raisons d'être « troublés » à leur sujet ? Qui donc « défendait » le Corps médical lorsque fut publiée l'ordonnance du 3 mars, étatisant la médecine plus encore que la loi actuelle, sinon ces conseillers qui se vantent si modestement d'avoir « pleinement réussi » ! Qui donc, sinon ces mêmes hommes (et notamment l'auteur de ce libellé), fait partie du Comité Directeur de l'U.M.F., lequel en décembre dernier publiait un communiqué, jamais démenti, « admettant la nécessité d'un accord entre les Caisses et les Syndicats médicaux pour la fixation des tarifs » et « se déclarant *pleinement* d'accord pour l'organisation fixant le régime de longue maladie » ? Qui donc réclame la lumière et la clarté en organisant l'obscurité et la confusion ?

Sont-ce vraiment des titres à la confiance des médecins, à l'octroi de la noble mission de gardien de la pureté de l'esprit médical, de sa tradition de dignité et de probité, que des manifestations aussi continues, aussi délibérées de déficience de probité intellectuelle, et que cette introduction systématique dans des élections confraternelles des mœurs regrettables d'un électoralisme dévoyé et d'un journalisme que l'on espérait disparu ?

Le Finistère, champ d'expérience en matière d'A.S.

Le Finistère est décidément, en matière d'A.S., un département d'avant-garde. La convention passée dès 1943 entre le Conseil de l'Ordre et la Caisse départementale constituait la préfiguration du système élaboré par l'ordonnance du 19 octobre 1945.

L'expérience du Finistère, et de quelques autres départements d'ailleurs, a été fréquemment utilisée par les Caisses pour tenter de convaincre les médecins que leur intérêt était de souscrire à cette évolution de la médecine d'A.S.

Voici, émanant toujours du Finistère, une information fort curieuse :

Au cours de sa séance du 3 novembre 1945, le Conseil d'administration de la Caisse départementale des Assurances sociales du Finistère a souligné que si le tarif de remboursement de 80 % est constant, la charge de l'assuré est fonction de l'élévation des tarifs.

ARHEMAPECTINE
GALLIER
Prévient et arrête les HEMORRAGIES de toute nature
Laboratoire R. GALLIER, 1 *bis*, Place du Président-Mithouard, PARIS (7e)



Asthénies, Suites post-opératoires, Carences, Croissance, Puberté
Laboratoires Pharma-France
43, rue de l'Ancienne Mairie
Boulogne-s-Seine - Mol 12-13



Infestations intestinales
Laboratoires Pharma-France
43, rue de l'Ancienne Mairie
Boulogne-s-Seine - Mol 12-13

En conséquence, pour éviter à ses adhérents une trop lourde dépense à l'occasion de relèvement des honoraires médicaux, la participation de la Caisse, à compter de la mise en application des tarifs ci-dessus visés, sera de 85 % des dépenses au lieu de 80 % pour les actes de pratique médicale courante, les actes de chirurgie et les actes de spécialités non importants ; de 95 % des dépenses, au lieu de 90 %, pour les actes chirurgicaux et les actes de spécialités à partir de K. 60, et de 100 % des dépenses pour les actes obstétricaux.

Ainsi, non contente de suivre scrupuleusement, avec décalage de 20 %, les tarifs médicaux, la Caisse a-t-elle décidé de façon générale et... généreuse, de réduire le ticket modérateur à 15 % dans certains cas, à 5 % dans d'autres et de le supprimer complètement pour l'obstétrique.

Il nous semble que pour louable que soit son intention, cette décision de la Caisse viole expressément l'article 24 de l'ordonnance du 19 octobre qui dispose que *la participation de l'assuré au tarif des prestations de soins est fixée à* 20 %. Certes, ce même article prévoit que la participation peut être réduite ou supprimée, mais seulement *dans les cas visés par un arrêté du ministre du Travail et de la Sécurité sociale*. Or, le seul arrêté qui ait été publié à ce jour, en date du 9 janvier 1946, ne prévoit de dispense de ticket modérateur que pour les frais engagés à l'occasion des examens prénuptiaux, prénataux et postnataux. La Caisse départementale du Finistère nous paraît donc faire de la générosité illégale Elle prête ainsi très directement le flanc aux critiques qui ont été formulées par certains adversaires de l'ordonnance du 19 octobre 1945, car elle incite les assurés sociaux, libérés du frein que constitue le ticket libérateur, à recourir abusivement aux services des médecins, et par là même à nuire à la fois à l'équilibre financier des Caisses et à la bonne qualité de la médecine.

CORRESPONDANCE

BAUX ET LOCATIONS

4242. — Augmentation de loyer et baux en cours.

Titulaire d'un bail à 5.000 fr. depuis neuf ans, dois-je subir l'augmentation de loyer en cours ? Et quelle augmentation ?

Il semblerait que oui, d'après une réponse qu'aurait faite le garde des Sceaux à une réponse écrite à M. Joseph Denais.

Que faut-il faire ? Dr L.

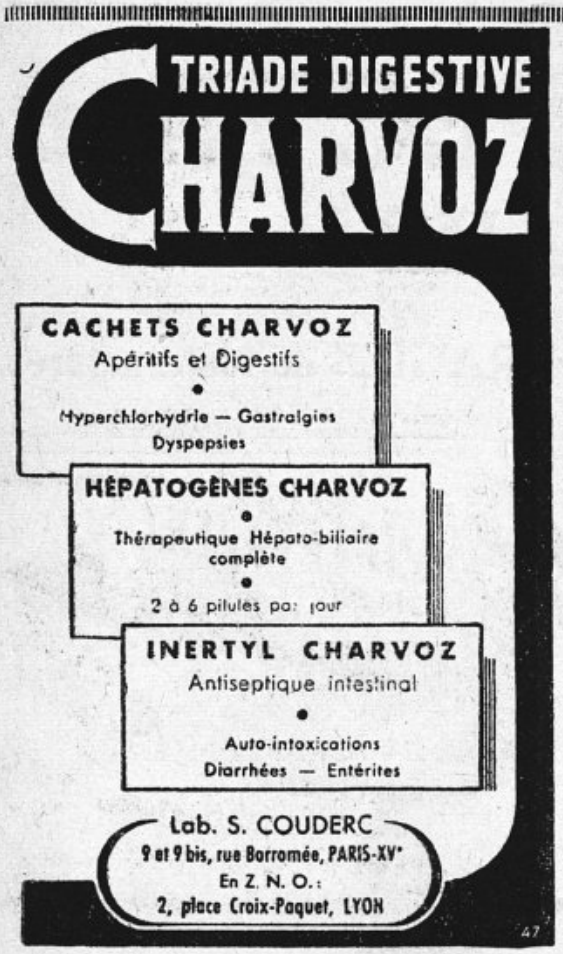
Réponse

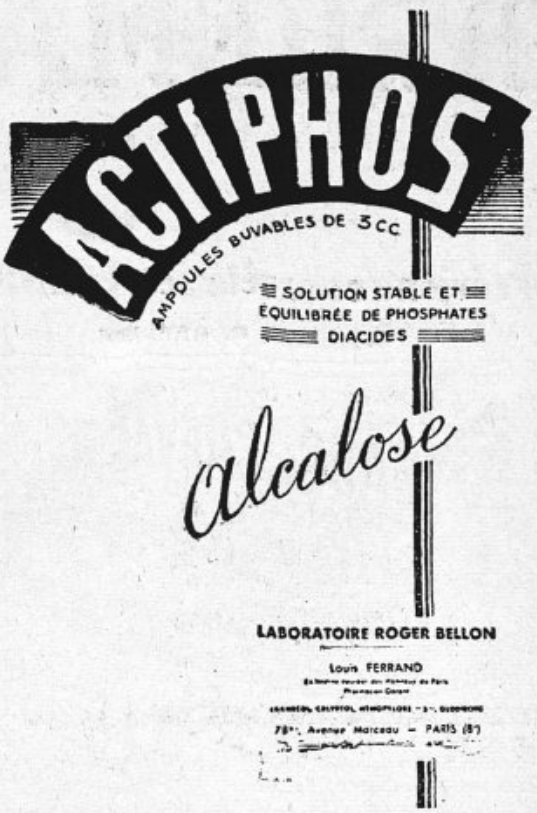
L'ordonnance du 28 juin 1945 n'a pas tranché d'une façon précise la question de l'application de l'augmentation de 30 % ou de 15 % aux baux en cours. Il en est résulté entre les commentateurs de l'Ordonnance des divergences d'opinion qui ne pourront être résolues définitivement que lorsque la Cour de cassation se sera prononcée, ce qui pourra demander un délai assez long.

Toutefois, comme vous l'indiquez vous-même, invité à prendre parti dans le débat, le garde des Sceaux, dans une réponse écrite à M. Joseph Denais, a déclaré qu'à son avis les augmentations étaient dues même pour les baux en cours.

En ce qui nous concerne, nous partageons cet avis qui nous paraît conforme à la fois à la lettre et à l'esprit de l'Ordonnance du 28 juin.

Cependant, comme nous ne pouvons vous donner aucune réponse absolument affirmative, voici comment nous vous conseillons de procéder :





Payez à votre propriétaire l'augmentation de 30 % ou 15 % qu'il peut réclamer suivant la date de construction de la maison en exigeant seulement qu'il porte sur la quittance la mention suivante : « Sous réserve de la jurisprudence à intervenir sur l'application de l'ordonnance du 28 juin 1945 aux baux en cours », de telle sorte que vous puissiez lui réclamer la restitution des augmentations versées dans le cas où la Cour de cassation se prononcerait pour la non application de l'Ordonnance aux baux en cours.

★

EXERCICE DE LA MÉDECINE

5288. — **Exercice de la médecine et mandat politique.**

Un de nos confrères me demande si tout médecin qui fait acte de candidature à une élection quelconque : conseil municipal, conseil général, députation, ne doit pas obligatoirement cesser d'exercer la médecine trois mois avant les élections.

Il me semble bien avoir vu un texte se rapportant à cette question, mais je pense que ce n'était qu'un vœu ou une suggestion et qu'aucune disposition légale n'a été prise à ce sujet.

Pouvez-vous me renseigner plus sûrement ?

Dr L.

Réponse

Le texte dont vous avez conservé le souvenir et auquel vous faites allusion dans votre lettre est l'article 3 du Code de Déontologie qui avait été élaboré par le Conseil de l'Ordre, institué par le Gouvernement de Vichy. Cet article 3 est ainsi libellé :

« L'exercice de la médecine est incompatible avec tout mandat politique soumis à l'élection. Il doit être cessé trois mois avant tout acte de candidature. »

Le Code de Déontologie élaboré par le Conseil de l'Ordre de Vichy n'avait que la valeur d'un règlement intérieur. Plusieurs de ses dispositions dont le Conseil supérieur avait entendu faire application, notamment celles concernant les doubles cabinets, ont été annulées par de nombreuses décisions du Conseil d'Etat.

D'autre part, le Conseil de l'Ordre de Vichy a été formellement abrogé par l'ordonnance du 9 août 1944 relative au rétablissement de la légalité républicaine sur le territoire continental, et son Code de Déontologie l'a suivi dans le néant.

L'ordonnance du 24 septembre 1945, qui a créé un nouvel ordre des médecins, a donné à celui-ci comme tâche essentielle d'élaborer un nouveau Code de Déontologie qui sera examiné par le Conseil d'Etat et qui sera ensuite promulgué sous la forme d'un règlement d'administration publique. Il aura ainsi une force obligatoire certaine à l'égard de tous les médecins. Il est peu probable d'ailleurs qu'il reprenne les dispositions de l'article 3 du Code périmé.

En tout cas, pour le moment, l'article 3 du Code de Déontologie de Vichy ne saurait être appliqué.

★

FISCALITÉ

234. — **Impôt de solidarité nationale. Evaluation des assurances sur la vie.**

Je possède :

1° *Une assurance mixte* à la Nationale de 50.000 fr (à toucher à ma mort ou en 1964 si je suis vivant)

IDRIANOL
M-MÉTHYLAMINOÉTHANOLPHÉNOL LÉVOGYRE
EMULSION NASALE
agissant par
son principe actif
sa forme pharmaceutique
DANS LE TRAITEMENT DES
CATARRHES DU NEZ
CORYZA
RHINITES
ET LEURS
COMPLICATIONS
LABORATOIRES M. R. BALLU
104 RUE DE MIROMESNIL — PARIS 8e

LIT MÉCANIQUE
POUR SOULEVER ET SOIGNER LES MALADES
DUPONT
Cents ans de spécialisation dans le confort du malade
NOUVEAU MODÈLE PERFECTIONNÉ RECOMMANDÉ PAR LE CORPS MÉDICAL
VENTE ET LOCATION
6, Place Bellecour
LYON
Téléphone : Franklin 32-87

Révulsif Fouchère
DEUX FORMES :
EMULSION : Adultes
POMMADE : Bébés, Enfants et Adultes à épiderme sensible
LABORATOIRES FOUCHÈRE
RIVE-DE-GIER (Loire)

durée de l'assurance : 28 ans 6 mois, souscrite en avril 1936, échéance 1er avril et 1er octobre de chaque année (chaque fois 875 fr. de prime) ;

2° *Une autre assurance mixte* à la Nationale, de 50.000 fr. (à toucher à ma mort ou en 1964 si je suis vivant), durée de l'assurance : 30 ans, souscrite en décembre 1934, échéance le 7 décembre et le 7 juin de chaque année (chaque fois 825 fr. de prime).

(Trente primes annuelles, chaque prime annuelle se paye en deux fois) ;

3° *L'assurance des médecins syndiqués à la Paternelle-Vie* :

a) Assurance décès contrat groupe 50.000 fr. à toucher aux héritiers en cas de décès ;

b) Capital différé avec contre-assurance. 50.000 fr. à toucher le 31 mai 1968 si je suis vivant. En cas de décès avant cette date les primes versées seront remboursées à mes héritiers.

Ces deux assurances *ne font qu'une*, elles ont été souscrites le 16 juin 1936.

Prime annuelle : 720 pour le capital différé plus 610 fr. pour l'assurance décès ;

4° *L'assurance retraite de la Mutualité familiale et professionnelle du* Concours Médical.

Celle-ci intéresse beaucoup de lecteurs du CONCOURS. Faut-il la déclarer ? Je suis assuré : *a) capital contre-assuré* pour une retraite à 60 ans de 6.000 fr. par an.

b) capital contre-assuré pour une retraite à 65 ans de 6.000 fr. par an (supplémentaire aux premiers).

En cas de décès avant l'âge d'entrée en jouissance de la retraite, la Société rembourse les cotisations aux héritiers (à l'exclusion des frais de gestion). Mais si je ne meurs pas, je ne peux racheter mon contrat avant l'âge de la retraite. Alors, faut-il déclarer une telle retraite ?

Dr B...

Réponse

Pour l'impôt de solidarité nationale, les assurances sur la vie doivent être évaluées dans l'actif du contribuable de la manière suivante :

Le montant des primes payées depuis la date de création de la police jusqu'au 31 décembre 1939 (sous déduction des primes payées pendant les deux premières années) multiplié par les coefficients se rapportant à la durée de l'assurance et à sa nature (payable au décès ou à toute autre date) doit être inscrit dans les éléments anciens. Les coefficients ont été fixés par arrêté du ministre des Finances du 20 septembre 1945 paru au Journal Officiel *du 14 octobre 1945.*

Le montant des primes payées depuis le 1er janvier 1940 jusqu'au 4 juin 1945 multiplié par les coefficients sus-indiqués doit être inscrit dans les éléments nouveaux.

Ceci est valable pour vos trois premières assurances.

Les assurances retraites et rentes viagères ne doivent pas être mentionnées dans l'actif du contribuable. Si les primes payées pour un même contribuable excèdent 5.000 fr. par an, elles doivent figurer à partir du 1er janvier 1940 jusqu'au 4 juin 1945 au tableau VI, page VI dernière case de la déclaration d'impôt de solidarité, pour être totalisées dans l'enrichissement du contribuable.

Ceci est valable pour votre assurance retraite à la Mutualité familiale du Concours Médical. *Mais, les primes n'atteignant pas 5.000 fr., il est inutile d'en tenir compte.*

A. et S. MARTINOT.

★

STAPHYLASE
ACNÉ, ANTHRAX
—FURONCULOSE—
●
MYCOLYSINE
MALADIES INFECTIEUSES
●
GERMOSE
TOUX SPASMODIQUES
—— COQUELUCHE ——
●
VEINOSINE
AFFECTIONS VEINEUSES
LABORATOIRES LEBEAULT
BESINS & Cie
5, Rue Bourg-l'Abbé, PARIS - Tur. : 69-50

FRANCALCIUM
ACETYLGLYCOCOLLATE DE CALCIUM


AMPOULES INJECTABLES I-V ET I-M
COMPRIMÉS
SOLUTION BUVABLE
LABORATOIRES DU MYORAL
3, RUE S'-ROCH, PARIS

DEMANDES ET OFFRES

N° 113. — On demande tract. avant Citroën, en bon état, année 37, pneus peu usagés. S'adr. Topart, 35, rue de Grenelle, à Paris.

N° 114. — Anc. int., méd. d'or ou arg., ayant terminé dep. 2 ou 3 ans minim., célibataire, est demandé pour remplacement. Adress. propositi. et renseign. au journ. qui transm.

N° 115. — A céd., cause décès, rég. industr. P.-de-D., cab. médic., avec appartement et instrum.

N° 116. — A vendre tenue médec. lieuten., neuve, taille 1 m. 69. Téléph. à SAB. 73-82 ou écr. au journ. qui transm.

N° 117. — Médec. 32 a., très au courant clientèle dermatol., aider. confr. surchargé ou malade. Paris.

N° 118. — Dans propriété, confort. campagne Centre, dame prendr. en pension à partir du 15 mars, personnes convalesc. ou ayant besoin de repos. Ecr. journ. qui transm.

N° 119. — Jeune médec. marié A.E.H.P., plus. années de prat. médic. recherche poste en ville ou à proximité, soit en association avec confr. en vue succession.

N° 120. — Médecin expérimenté recherche longue suppléance ou assistance à Paris ou rayon de 50 km. environ. Ecr. journ. qui trans.

N° 121. — Confr. recherche client. médec. génér., régions Ouest ou Nord-Ouest.

N° 122. — 1° — Région Est. Confr. campagne cherche client. petit centre avec enseignem. second., libre de préférence. 2° — Bonne clientèle à céder région Est.

N° 123. — Médec. électro-radiolog. 20 ans de pratique cherche place assist. ou remplac. longue durée.

N° 124. — A céd. belle client., médec. génér. sous préfect. Sud-Ouest.

N° 125. — Recherche balance-trébuchet pharmacie, force 50 gr. et Codex occasion. Dr Guillaume, à Tréveray (Meuse).

N° 126. — Achèterais d'occasion : 1° machine à écrire ; 2° voiture d'enfants ; 3° fauteuil roulant pour infirme. Faire offres au Dr Chrétien, Salles-d'Angles (Charente).

N° 127. — A céder d'urgence poste médic., très bon rapp. en bord de mer, dans commune nord-Finistère. Logement confort 10 p. Ecr. journ. qui transm.

N° 128. — Vve médec. cèder. 25 vol. reliés Encyclopédie-chirurg. à jour., état neuf.

N° 129. — A céder, cause familiale, poste médec.-proph. Ardèche, 700 m. altitude, ravitaill. facile, hôpital, fixe : 24.000 fr. Indemn. communale. Petite maternité à développer. Urgent.

N° 130. — Recherche client. médic., banlieue proche de Paris. Ecr. journ. qui transm.

N° 131. — A céder, rais. de santé, poste médic., riche canton P.-de-D. Ecr. Chalard, 7, rue Nadaud, Clermont-Ferrand.

N° 132. — Electroradiolog. désire reprendre poste Nord, Ouest ou Sud-Ouest, ou acheter appareils puissants et modernes radio-diagnostic et thérap. Ecr. journ. qui transm.

N° 133. — Achète, reliés de préférence : Revue chirurgie, année 1935 ; Revue orthopédie années 1925, 30, 39 et 40 ; Revue chirurgie, n° janvier 39 et n°s 7, 8, de 43 ; Mémoires Académie chirurgie, année 28 ; Technique chirurgicale (Doin), 1935 incl. à 44 incl. ; Greffes osseuses, Rapport Cunéo, Congrès Bruxelles 38 ; Presse Médicale, années 25 incl. à 1929 incl.

N° 134. — Jeune fille recherche place secrétaire assistance médicale à Paris. Diplôme École supér. de secrétar., branche assistante. (Visa.)

N° 135. — Achèterais poste radioscopie recent, très bon état de marche, ou échanger, contre Monaquatre 8 CV, bien chaussée. Tr. bon état. Faire offre Dr Barucq, à Ambarès (Gironde).

N° 136. — Par suite décès, on dem. confr., célibataire, pour reprendre poste (médec. génér.) dans départem. Deux-Sèvres.

N° 137. — Confr. recherche poste d'O.R.L. et Yeux, ou O.R.L. seulem.

N° 138. — Doct. fatigué recherche poste demi-repos, dans rég. tempérée.

N° 139. — A vendre appar. U.V. Boulitte mercure 500 w., petit appareil I.R. à lampe.

N° 140. — Provence. Poste médec.-propharm. bon rapp. à céd. proxim. ville, grande maison agréable. Ecr. journ. qui transm.

Gérant : J. MIGNON
Février 1879
G. Blanchong et Cie, 30, rue du Poteau, Paris. — 31.1040
Dépôt légal N 8
1er trimestre 46

Sulfamidothérapie
SO²NH²
1162. F.
Néo-Coccyl
Comprimés
Crayons Chir.
Crayons Gyné.
Bougies
Mèches
Ovules
NH²
Laboratoires du Dr PILLET - 222, Bd Péreire, PARIS
ETOile 40-15 — Service de garde MOLitor 58-85

HÉMAGÈNE TAILLEUR
DYSMÉNORRHÉE - AMÉNORRHÉE
TRANCHÉES UTÉRINES
COLIQUES POST-PARTUM
4 A 6 DRAGÉES PAR JOUR
Laboratoiree SÉVENET, 38, rue de Ponthieu, PARIS-8e

VERMALA
OXYUROSE
VERT MALACHITE
LABORATOIRES F. BOUCHARD
83, rue Dutot, PARIS (15e)
E.C.

AÉROCID Aérophagie Aérocolie
CACHETS ET COMPRIMÉS

AQUINTOL Coqueluche Toux spasmodique
EN GOUTTES

HEP'ACTI Méthode de Whipple et de Castle Tréphones embryonnaires amino-acides
anciennement HEPASÉRUM
AMPOULES DE 10 cc.

OPOCÉRÈS Simple et vitaminé Fortifiant biologique général
AMPOULES BUVABLES
COMPRIMÉS FRIABLES

LABORATOIRES DE L'AÉROCID
20, rue de Pétrograd, PARIS (9e)

NÉOSPLÉNINE



LA 1E SYNERGIE A BASE D'EXTRAITS DE RATE-FOIE MUQUEUSE GASTRIQUE

TOUTES DÉFICIENCES ORGANIQUES
LABORATOIRE DU DOCTEUR E. AUBERT
71, RUE STE-ANNE - PARIS 2

PANTOPON ROCHE — OPIUM TOTAL

SOMNIFÈNE ROCHE — HYPNOTIQUE

ÉDOBROL ROCHE — TRAITEMENT BROMURÉ

SÉDORMID ROCHE — HYPNOGÈNE

ALLONAL ROCHE — ANALGÉSIQUE

PRODUITS ROCHE 10 RUE CAILLOL PARIS

Vitamine P.P.

Vitamine de protection neuro-cutanéo-muqueuse

nicotamide specia

RÉGIMES DE RESTRICTIONS
ASTHÉNIES · DYSPEPSIES
SYNDROMES PELLAGREUX FRUSTES
APHTES · GASTRITE · CÔLITE
DÉPRESSION MENTALE
ÉRYTHÈMES SOLAIRES
ENGELURES
PYORRHÉE · SÉBORRHÉE

Traitement adjuvant de la sulfamidothérapie et de la radiothérapie

PRÉSENTATION flacons de 40 comprimés à 0gr05 | POSOLOGIE Dose moyenne 0gr50 à 1 gramme par jour

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE SPECIA MARQUES POULENC FRÈRES ET USINES DU RHÔNE
21, RUE JEAN GOUJON - PARIS-8e

68e ANNÉE — N° 9 et 10 — 10 MARS 1946

379 à 381

LE CONCOURS MÉDICAL

37, RUE DE BELLEFOND - PARIS (9e) - TRU 33-66

SOMMAIRE

PARTIE SCIENTIFIQUE

Essais de conditionnement et de stérilisation de l'air des salles d'opération (Dr Jean Demirleau) 201

Les Hypoprotéinemies (Dr G. Bickel de Genève) 203

Folliculinothérapie et Calcémie (Dr Pierre Labignette) 204

Les Sociétés Savantes, 206. — La Presse, 207.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Propos du Jour : Voix d'outre-tombe (Dr J. Noir) 209

Organisation Professionnelle. — Le cumul des fonctions de conseiller départemental, régional et national de l'ordre (P. Douriez) 210

Le centre de diagnostic (Drs P. Lamare et M. Larget) 212

Les nouvelles dispositions fiscales (H. Meillet) 215

DEMI-COLONNES

Dernières Nouvelles, 194. — A travers l'Officiel, 197. — Echos et Commentaires, 217. — Correspondance, 220.

DIGITALINE NATIVELLE

Succédané des charbons

ENTÉROSPASMYL

Simple et Mucilagineux

Lab. JACQUES LOGEAIS, Issy-les-Moulineaux. PARIS

Toux *Coqueluche*

ÆTHONE

Laboratoire de l'ÆTHONE 35, rue Boissonnade, PARIS (XIVe)

Antianaphylactique et Cholagogue

PEPTAMINE

MAGNÉSIÉE

Congestions du foie
Troubles hépatiques

Lab. SCIENTIA
Dr PERRAUDIN
21, rue Chaptal, PARIS

PYRÉTHANE

Antinévralgique Puissant

18, Rue Ernest-Rousselle - PARIS-13e

Silicyl

Médication de BASE et de RÉGIME des ÉTATS ARTÉRIOSCLÉREUX et des carences siliceuses

18, Rue Ernest-Rousselle - PARIS-13e

DERNIÈRES NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris.

Ecole de puériculture. — L'enseignement préparatoire au diplôme de puériculture de la Faculté de médecine de Paris commencera le 29 avril 1946. Cet enseignement s'adresse aux docteurs en médecine et aux étudiants pourvus de seize inscriptions de doctorat. La répartition des élèves dans les services hospitaliers affectés aux stages cliniques aura lieu le 29 avril également, à l'Ecole de Puériculture, 26, boulevard Brune, Paris (14e). Droit d'inscription : 1.500 francs.

Hôpitaux de Paris.

Un *concours pour deux places de prosecteur* à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, vacantes le 1er novembre 1946, sera ouvert le 4 juin. Les inscriptions sont reçues du 7 au 17 mai, 3, avenue Victoria.

Hôpital de Ruffec.

Un *concours sur titres* pour le recrutement d'un *chirurgien de l'hôpital de Ruffec* (Charente) est ouvert à l'Inspection divisionnaire de la Santé, 12, rue Victor-Hugo, à Poitiers. Faire parvenir les dossiers de candidature à l'Inspection divisionnaire, avant le 19 mars 1946.

Journée médico-chirurgicale de Saint-Germain-en-Laye.

Le dimanche 24 mars aura lieu à Saint-Germain-en-Laye, une journée médico-chirurgicale organisée par la Société médico-chirurgicale des Hôpitaux libres et l'Enseignement des Hôpitaux libres.

Cette journée sera présidée par le docteur Larget. Des conférences et des communications seront faites sur des questions d'actualité médicale et chirurgicale.

Cette journée comportera un banquet présidé par M. Vidal, maire de Saint-Germain-en-Laye, et un thé avec récital des œuvres de Debussy, destiné aux femmes des confrères.

Les confrères désireux de participer à cette journée sont priés de s'inscrire auprès du Dr J.-A. Huet, 1, place d'Iéna, à Paris (16e) et du Dr J. Courtois, 1, rue Racine, à Saint-Germain-en-Laye.

Conseil départemental de l'Ordre de la Seine.

Premiers résultats des élections au Conseil, (les résultats ne sont pas encore définitifs), classés par ordre d'élection : MM. les Drs Lafay, Boudin, Balthazard, Portes, Oberlin, Piédelièvre, Ameuille, Funck-Brentano, Lecœur Coliez, Tissier-Guy, Huet, Buvat, Debray, Poumailloux, Cortial, Broccard, Ledoux, Guillaumat, Quivy, Bouteau, Guyot, Le Lorier, Richier. *La liste des suppléants n'est pas encore définitivement arrêtée.*

Société d'hydrologie médicale de Paris.

La séance scientifique solennelle de cette Société aura lieu lundi 1er avril, à 15 heures, 12, rue de Seine, sous la présidence effective du professeur C. Richet. Les rapports seront consacrés aux séquelles des événements de guerre et d'après-guerre et à leur traitement thermal et climatique.

En voici la liste : Troubles de la nutrition (Pr Justin-Besançon et Pr agrégé R. Cachera) ; Troubles gastriques et intestinaux (Drs Gaehlinger et Walter) ; Troubles rénaux (Dr J. Porge) ; Troubles circulatoires (Drs Boucomont et P.-N. Deschamps) ; Troubles ostéo-articulaires (Drs J. Forestier, J. Graber-Duvernay et Lacapère) ; Troubles nerveux (Dr Jossand) ; Troubles relevant de la climatothérapie (Dr Paillet).

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétaire général, Dr F. Françon, 55, rue des Mathurins, Paris (8e).

Association nationale des médecins électro-radiologistes qualifiés.

L'Association Nationale des médecins électro-radiologistes qualifiés tiendra une Assemblée générale le même jour que le Syndicat National des médecins français électrologistes et radiologistes, le 17 mars 1946, à l'hôpital St-Vincent-de-Paul, 74, rue Denfert-





Rochereau, Paris. Ordre du jour : Dévolution des biens ; Dissolution de l'Association.

Le Président, Dr L. Delherm. Le Secrétaire général, Dr P. Aimé.

Médecins-conseils des Assurances sociales de la région parisienne.

Les nouvelles dispositions législatives concernant la Sécurité sociale vont nécessiter la collaboration d'un certain nombre de nouveaux confrères.

Les docteurs en médecine de nationalité française qui désireraient entrer dans le cadre des Médecins conseils sont priés de s'adresser d'urgence au docteur Pruvost, médecin régional, qui leur donnera tous renseignements complémentaires, entre 9 heures et 17 heures, sauf le samedi, 9, rue Boudreau, Paris (9e) (Union des Caisses). Téléphone : Opéra 46-38.

Association des Médecins déportés.

A l'occasion de la reprise de son activité, l'Agenda Médical Galliena, crée en 1927, a tenu à réserver une participation de 30 francs par volume à l'Association Nationale des Médecins Déportés, pour les confrères malades et dans le besoin des suites de la déportation, ou pour les familles de ceux qui ont été fusillés, ou sont morts dans les camps.

Si vous désirez recevoir cet Agenda (couverture pégamoïd-papier, écriture à mains) donnez votre nom et votre adresse très lisiblement, et envoyez d'urgence la somme de 95 francs, par chèque bancaire à l'exclusion de tout autre mode de paiement, à M. le docteur J.-M. Labona, trésorier de l'Association Nationale des Médecins Déportés, au siège de l'Association, 60, boulevard de la Tour-Maubourg, Paris (7e).

(Communiqué.)

Confédération des Syndicats Médicaux.

Au cours de sa réunion du 24 février dernier, le Conseil de la Confédération des Syndicats a adopté sur les problèmes les plus urgents de l'heure un certain nombre d' « ordres du jour » particulièrement importants. Nous publions ci-dessous ceux relatifs aux Assurances Sociales et à la Fiscalité. Nous publierons les autres dans notre prochain numéro.

I. — Assurances Sociales. — *Ordre du Jour* : Le Conseil d'administration de la Confédération des Syndicats Médicaux Français, réuni le 23 février 1946,

Très ému de l'atteinte portée par l'Ordonnance du 19 octobre 1945 aux traditions du Corps médical et à l'un des articles de sa Charte professionnelle (entente directe pour les honoraires entre médecin et malade) ;

Conscient, toutefois de la nécessité d'apporter à des malades dont la situation l'exige une couverture effective du risque Maladie ;

Déclare accepter la collaboration loyale à l'application de l'Ordonnance du 19 octobre sous les réserves suivantes :

— un secteur libre sera délimité dans le cadre des dérogations légales, secteur dans lequel fonctionnera effectivement l'entente directe, sauf abus manifestes;

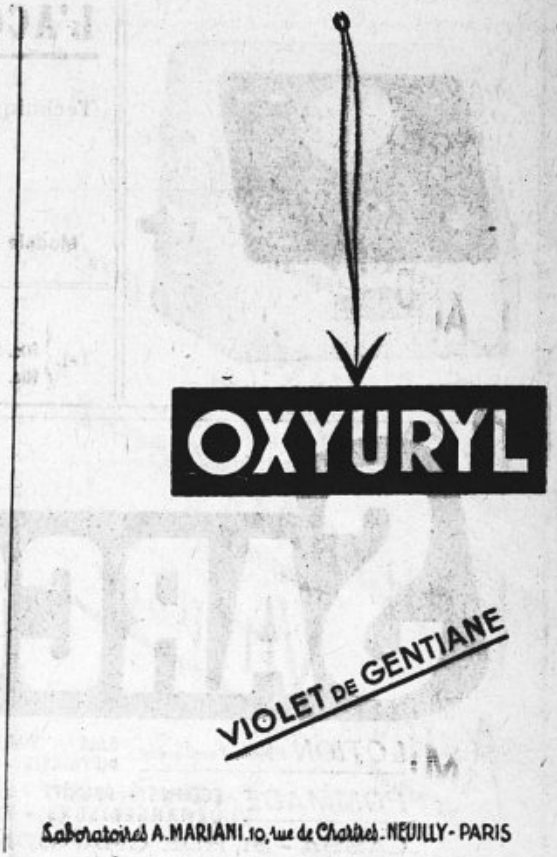
— des modifications au texte de l'Ordonnance seront soumises aux Pouvoirs publics et au Parlement dans le sens des textes ci-joints.

Le Corps Médical serait amené à modifier cette position si l'établissement des conventions s'avérait impossible, ou si le fonctionnement desdites conventions d'une durée de six mois apportait des entraves incompatibles à l'exercice d'une saine médecine.

Sous ces réserves, il est conseillé aux Syndicats

Le Concours Médical
Fondé en 1879 par A. Cézilly.
Directeur honoraire : Docteur J. Noir.
Directeur : Dr G. Lavalée.
Rédacteur en Chef : Dr G. Fischer.
Rédaction, Administration et Publicité, 37, Rue de Bellefond, Paris 9e).
Téléphone : TRU 33-66. R. C. Seine 76.579.
Chèques postaux, Paris 167-95.
Abonnements : 1 an, 250 francs. - Etudiants, 125 fr. Le N° 10 fr. Changem. d'adresse 5 fr.





d'entrer en pourparlers pour la signature des conventions.

Ont voté CONTRE *l'ordre du jour :*

MM. ROSNOBLET (Rhône) Rég. Lyon ; RENARD (Ain) Rég. Lyon ; SÉNÉCHAL (Paris), Rég. Paris ; VASLIN (Paris), Rég. Paris ; VIEL (Calvados), Rég. Rouen ; FARNASSIER (B.-du-R.), Rég. Marseille.

Ont voté POUR :

MM. BATIER (Paris) (*O.R.L. Spécial*) ; MULLER Pierre (Haut-Rhin), Rég. Strasbourg ; HENRY (Vosges), Nancy ; BERGOUIGNAN (Eure), *Chir. Spécial.* ; Pr MALLET-GUY (Lyon *Coopté*), ARBASSIER (Isère), Grenoble ; DEGUIGNAND (Côte-d'Or), Dijon ; Pr VOLMAT (Doubs), Dijon ; Pr VANVERTS (Lille *Coopté*) ; GAUZÈRE (Landes), Bordeaux ; REMILLY (S.-et-O.), Paris ; Pr FILACHET (Somme), Laon ; Pr MULLER (Nord), Lille ; LEROY (M.-et-L.), Angers ; NEAU (Sarthe), Angers ; LOISEAU (L.-et-C.), Orléans ; LEMAITRE (Alpes-Mar.), Marseille ; Pr VIDAL (Hérault), Montpellier ; DESORMEAUX (Marne), Châlons-sur-Marne ; BERCHE (Pas-de-Calais), Lille ; CHOYAU (Vendée), Poitiers ; FICHOT (Puy-de-Dôme), Clermont-Ferrand ; GARIPUY Jean (Toulouse *Coopté*) ; MULLER (Tarn), Toulouse ; CAFFORT (Haute-Garonne), Toulouse ; CAILLAUD (Loiret), (*Ocul. Spécial.*), MICHELEAU (Gironde), Bordeaux ; Pr MARQUIS (Ille-et-Vilaine), Rennes ; VOURC'H (Finistère), Rennes.

Abstention : Dr LEFRANÇOIS (S.-Inf.), Rouen.

II. — FISCALITÉ. — *Ordre du jour :* Le Conseil d'Administration de la Confédération des Syndicats Médicaux Français,

Donne mandat à son Bureau d'entreprendre, dès maintenant, les démarches nécessaires, en vue d'obtenir que la cédule des traitements et salaires soit, à dater de l'extension de la loi des Assurances Sociales, appliquée en tout ce qui touche les honoraires de médecine sociale, en remplacement de la cédule des professions libérales au titre de l'impôt sur les revenus. (*Adopté à l'unanimité.*)

Comité Intersyndical des médecins de la région parisienne.

La réunion du Comité intersyndical de la Région parisienne s'est tenue le 3 février 1946, sous la présidence du docteur Dupas, Vice-Président.

Le Comité intersyndical procède à un long échange de vues sur l'ordonnance du 19 octobre 1945 modifiant la loi des Assurances Sociales et sur son application dans la Région parisienne. Comme à la séance précédente, les avis ont été partagés, les uns étant partisans de l'acceptation de l'ordonnance et de la signature de la nouvelle convention type, les autres étant opposés à cette acceptation et à cette signature et s'en tenant au maintien de l'ancienne convention d'avril 1942.

A la date du 3 février, la situation à l'égard des Assurances Sociales était la suivante dans les départements de la Région Parisienne ; la Seine continuait à vivre sous le régime des conventions d'avril 1942 ; la Seine-et-Oise conservait sa convention du 15 mai 1945 ; la Seine-et-Marne venait de signer la nouvelle convention-type ; l'Eure-et-Loir avait une convention « verbale » ; pas de nouvelles de l'Oise.

En ce qui concerne le projet de convention-type à intervenir entre les caisses et les maisons de santé privées, le Comité Intersyndical a été d'avis, à l'unanimité, que cette convention ne devait comporter aucune clause relative aux honoraires.

Le docteur Dupas, membre de la Commission de Sécurité Sociale de la Confédération, fait savoir que celle-ci s'occupe d'une nouvelle rédaction des articles 10, 13 et 33 de l'Ordonnance du 19 octobre 1945 et d'autre part que l'on recherche en haut lieu une formule délimitant un « secteur libre » en médecine sociale.

Le reste de la séance a été consacré à de multiples questions telles que l'application ou plutôt la non application de la loi du 21 décembre 1941 dans les hôpitaux publics de la Région Parisienne, le relèvement des honoraires d'A.M.G., etc.

(*Communiqué.*)

Déclarations fiscales.

Nous rappelons à nos lecteurs que notre conseiller fiscal, M. Martinot, 6, rue de l'Isly, Paris (8e), tél. : Europe 60-41, se tient comme chaque année à leur disposition pour rédiger leur déclaration fiscale qui doit être déposée avant le 1er avril prochain, ce moyennant un honoraire de trois cent cinquante francs (350 francs).



L'ACCOUCHEMENT ÉLECTRIQUE

Méthode du Docteur Frédéric Benoit

Technique d'accouchement **Rapides et Analgésiques**

Épreuve du travail

LEVER PRÉCOCE

Appareil fonctionnant automatiquement

Modèle clinique : sur pied — Modèle praticien : en mallette

Nombreuses références

Pour toute documentation et références s'adresser à :

Tel. Ric. 94-34 / Ric. 32-81 — O. C. E. M. OMNIUM CHIRURGICAL & MÉDICAL 26, rue du Quatre-Septembre, 26 — PARIS (2e)

SARCOPTOL

LOTION (Formule d'avant-guerre) GALE - PARASITOSES DIVERSES PITYRIASIS - SÉBORRHÉES, etc.

POMMADE ECZÉMAS - PRURITS - ACNÉS - FURONCULOSES DÉMANGEAISONS - TOUTES DERMATOSES

LASSA - 31, RUE CHARDON-LAGACHE - PARIS 16e

LABORATOIRES DE SPÉCIALITÉS S.A. LASSA

A TRAVERS L'OFFICIEL

ASSURANCES SOCIALES

Un décret du 13 février 1946 portant règlement d'administration publique fixe les premières mesures d'application de l'ordonnance du 4 octobre 1945 sur l'organisation de la sécurité sociale.

Ce décret fixe notamment la composition et les règles de fonctionnement des caisses primaires de sécurité sociale, des caisses régionales de sécurité sociale, de la caisse nationale de sécurité sociale et des caisses d'allocations familiales. Il édicte enfin différentes dispositions transitoires, destinées à faciliter le passage de l'ancien régime au régime nouveau.

(*J. O.*, 14 *février* 1946.)

CIRCULATION AUTOMOBILE.

Arrêté ministériel du 30 janvier 1946 dispensant de l'autorisation de circuler les cycles à moteur mécanique.

Article premier. — L'article premier de l'arrêté interministériel du 11 août 1941 est ainsi complété :

« Sont dispensés de l'autorisation de circuler :

. . . . . .

« c) Les cycles à moteur mécanique ».

Art. 2. — Sont compris dans les catégories des cycles à moteur mécanique les vélos-moteurs et les motocyclettes équipés ou non en side-cars ou triporteurs.

Art. 3. — Les conditions d'attribution de carburant à cette catégorie de véhicules sont déterminées par décision du répartiteur chef de la section des pétroles et des carburants à l'office central de répartition des produits industriels.

(*J. O.*, 6 *février* 1946.)

ENSEIGNEMENT MEDICAL.

Décret du 20 janvier 1946 modifiant l'article 23 du décret du 6 mai 1934 relatif à la réforme des études médicales.

Article premier. — L'article du décret du 6 mars 1934 susvisé est remplacé par les dispositions suivantes :

« L'admissibilité, l'admission et l'ajournement sont prononcés après délibération du jury au complet.

« Les épreuves théoriques écrites, théoriques orales et les épreuves pratiques donnent lieu, pour chaque candidat, à une note variable de 0 à 10.

« Au premier et au deuxième examens de fin d'année, nul ne peut être admis à subir les épreuves théoriques orales et les épreuves pratiques s'il n'a obtenu la moitié du maximum des points pour l'ensemble des deux épreuves écrites. Nul ne peut être déclaré définitivement reçu s'il n'a obtenu la moitié du maximum des points pour l'ensemble des épreuves théoriques écrites, théoriques orales et pratiques de l'examen.

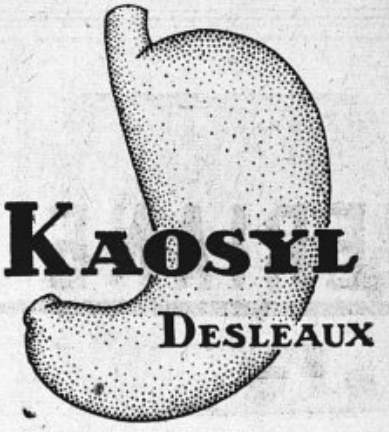
« Aux troisième, quatrième et cinquième examens de fin d'année, nul ne peut être déclaré définitivement reçu s'il n'a pas obtenu la moitié du maximum des points pour l'ensemble des épreuves théoriques orales et pratiques de l'examen.

« Toutefois, à tous les examens de fin d'année, une note inférieure à 3 à une épreuve théorique écrite, théorique orale ou pratique entraîne l'ajournement du candidat.

« Tout candidat qui échoue à la session de juin-

MIGRAINES — GRIPPES
DOULEURS CATAMÉNIALES
ALGIES

ALGOCRATINE
Un cachet dès la première sensation de douleur
LANCOSME, 71, Avenue Victor-Emmanuel III, PARIS


KAOSYL
DESLEAUX
PANSEMENT GASTRO-INTESTINAL
LANCOSME, 71, Av. Victor Emmanuel III, Paris

Micelliode
IODE COLLOIDAL MICELLAIRE ÉLECTRO-POSITIF
Toutes les Indications de l'IODE,
SANS IODISME POSSIBLE
GOUTTES
Laboratoires de l'HÉPATROL — 4 Rue Platon, PARIS (XVe)

juillet aux épreuves théoriques orales et pratiques du premier ou du deuxième examen de fin d'année conserve le bénéfice de son succès aux épreuves théoriques écrites pour la session d'octobre-novembre. L'admissibilité aux épreuves théoriques orales et pratiques de ces deux mêmes examens acquise à la session d'octobre-novembre ne vaut que pour cette session.

« Aux troisième, quatrième et cinquième examens de fin d'année, tout candidat qui n'obtient pas, à une session quelconque, la moitié du maximum des points pour l'ensemble des épreuves théoriques orales et pratiques de l'examen doit subir à nouveau toutes les épreuves à la session suivante ».

Art. 2. — Les dispositions du présent décret sont applicables à compter du 1er janvier 1946.

(*J. O.*, 22 janvier 1946.)

FISCALITE.

Loi du 14 février 1946 modifiant la législation fiscale. (*Extrait*).

SECTION I. — *Impôts directs.*

Article premier. — Pour l'établissement de l'impôt sur les bénéfices industriels et commerciaux et de l'impôt sur les bénéfices des professions non commerciales dus au titre de 1946, tous les forfaits imposés en 1945, conformément aux articles 13 à 15 et 81, 81 bis et 81 ter du code général des impôts directs, sont dénoncés du seul fait de la présente disposition et sans que le contrôleur ait à notifier cette dénonciation au contribuable dans les délais prévus aux articles 15 et 81 ter précités.

Un nouveau forfait sera proposé par le service des contributions directes, compte tenu de l'augmentation générale des chiffres d'affaires, ainsi que des conditions d'exploitation et du train de vie du contribuable dans la mesure où il n'est pas justifié par d'autres sources de revenus.

En ce qui concerne l'impôt sur les bénéfices industriels et commerciaux, lorsque le nouveau forfait ainsi fixé ne dépassera pas celui qui a été imposé en 1945 dans une proportion qui sera fixée par un arrêté ministériel sans qu'elle puisse être ni inférieure à 50 %, ni supérieure à 100 %, l'intervention de la commission départementale des impôts directs ne sera pas obligatoire en cas de désaccord entre le contrôleur et le contribuable. Dans ce cas, ce dernier ne pourra obtenir une réduction par voie de réclamation qu'en apportant la preuve que le bénéfice de l'exercice clos en 1945 est inférieur au montant du forfait. La commission départementale sera appelée, sur la demande du réclamant, à donner son avis sur les justifications produites à l'appui de la réclamation.

Le contribuable aura, en toutes circonstances, la faculté de demander, dans un délai d'un mois après la notification qui lui sera faite du nouveau forfait, à être imposé sur son bénéfice réel à condition qu'il ait tenu une comptabilité régulière permettant la détermination de celui-ci.

(*J. O.*, 15 février 1946.)

MEDECINE MILITAIRE.

Arrêté ministériel du 8 janvier 1946 fixant le taux des indemnités dues aux médecins appelés à faire partie des commissions médicales de révision.

Article premier. — Les médecins de réserve appelés à siéger en qualité de membres de la commission médicale prévue par l'article 17 de la loi du 31 mars 1928 sur le recrutement de l'armée reçoivent, pour toute journée ou fraction de journée supérieure à deux heures passée en dehors de leur domicile, une indemnité spéciale de vacation de 300 francs.

(*J. O.*, 26 janvier 1946.)

VERIANE BURIAT
LIQUIDE
2 à 5 cuillerées à café
COMPRIMÉS
2 à 5 comprimés

THÉRAPEUTIQUE RHINO-PHARYNGÉE A DOSE FAIBLE
KIDARGOL
LABORATOIRE R. GALLIER, 1 bis, Place du Président-Mithouard, PARIS-VI.

ORGANISATION DE LA PROFESSION.

Arrêté ministériel du 16 janvier 1946 fixant la dévolution des biens des organismes provisoires de gestion pour les professions médicales et paramédicales.

Article premier. — Les biens de toute nature y compris les cotisations arriérées qui constitueront, à la date d'abrogation de l'ordonnance du 11 décembre 1944, le patrimoine des organismes provisoires de gestion, pour les professions médicales et para-médicales ainsi que les charges y afférentes, seront transférés, par l'effet du présent arrêté, à l'organisme correspondant de l'ordre intéressé, créé en application de l'ordonnance du 24 septembre 1945.

Le transfert sera constaté par un procès-verbal de remise établi en la forme administrative et contresigné par le préfet.

(*J. O.*, 24 janvier 1946.)

SANTE PUBLIQUE.

Décret du 5 février 1946 relatif aux moyens anticonceptionnels.

Article premier. — L'article 91 du décret du 29 juillet 1939 (alinéa 1er) s'applique aux remèdes, substances et objets suivants qui seront délivrés dan les condition precrites par l'alinéa 2 de ce même article :

1° Par les pharmaciens sur prescription médicale; les préparations simples ou composées à base de sabine, de rue, de phosphore blanc, d'ergot de seigle, de posthypophyse, d'hormones œstrogènes ou de sels de plomb ;

2° Par les pharmaciens ou les négociants en matériel médico-chirurgical et les fabricants d'appareils gynécologiques sur prescription médicale ou demande écrite du médecin pour usage professionnel : Les sondes rigides ou non ; les seringues intra-utérines de Braun ; les canules à bout effilé en os, verre, métal ou ébonite ayant une longueur supérieure à 18 cm.

Les pinces longues à forci-pressure ; les bougies de Heggar ; les perce-membranes ; les tampons vaginaux-médicamenteux.

3° Uniquement aux praticiens habilités à exercer la médecine par les pharmaciens ou les négociants en matériel médico-chirurgical et les fabricants d'appareils gynécologiques sur demande écrite pour usage professionnel ; les spéculums, hystéromètres, basiomètres, laminaires, crayons et bougies utérins.

(*J. O.*, 6 *février* 1946.)

Arrêté du 1er février 1946 sur la répartition de l'insuline.

Article premier. — L'arrêté du 7 mai 1942 relatif à la répartition de l'insuline est rapporté.

Art. 2. — A titre provisoire et jusqu'à une date qui sera fixée par arrêté du ministre de la Population, les pharmaciens ne pourront délivrer d'insuline que sur la présentation d'une ordonnance médicale.

Art. 3. — Les fabricants et les grossistes réapprovisionneront les pharmaciens d'officine sur production des ordonnances médicales et les pharmacies des hôpitaux sur présentation d'une demande établie par le pharmacien de l'établissement et visée par un directeur départemental de la Santé.

Art. 4. — Le grossiste ne pourra obtenir son réapprovisionnement que sur présentation d'un bon de commande dont le montant ne doit pas être supérieur au total des fournitures effectuées par ledit grossiste, d'après les ordonnances et les demandes qui lui auront été transmises par les pharmaciens d'officine et les pharmaciens des hôpitaux. Le grossiste devra conserver les ordonnances pendant six mois pour être représentées à toute réquisition des inspecteurs des pharmacies.

(*J. O.*, 8 *février* 1946.)

ORGANOTHÉRAPIE
ET
CHIMIOTHÉRAPIE

DRAGÉES DE
PLEXALGINE
LALEUF

RÉGULATEUR CIRCULATOIRE ET VAGO-SYMPATHIQUE
SÉDATIF DES PLEXUS DOULOUREUX

LABORATOIRES LALEUF
Georges DUGUÉ, Docteur en Pharmacie
51, Rue NICOLO, PARIS-16e
Téléphone : TROcadéro 62-24

HÉMOGLOBINE DESCHIENS
FER VITALISÉ
VITAMINES DU SANG

Opothérapie Hématique
Syndrômes Anémiques - Déchéances Organiques
DESCHIENS, Docteur en Pharmacie, 6, Rue Paul Bert, PARIS (8e)

MÉDICAMENT DES ANGOISSÉS DU CŒUR
PRODUIT PHYTOTHÉRAPIQUE
EUPHYTOSE
Deux formes : Solution, Comprimés
LABORATOIRE MADYL
14, Rue de Miromesnil, PARIS (8e)



ACHILLE

EUT CONSERVÉ SON PIED LÉGER
SI LES DISCIPLES D'ÆSCULAPE
AVAIENT SU ACCÉLÉRER SES MITOSES
CELLULAIRES
MAIS LES DIEUX MÊMES IGNORAIENT
LA VERTU DE

MITOSYL

MIEUX AVERTI QUE CEUX DE L'OLYMPE
LAISSANT LES SIMPLES AUX PLAINES
D'ILION, TU APPLIQUERAS MITOSYL
SUR LES PLAIES ET LES BLESSURES
PAR LE FER, PAR LE FEU, PAR LE FROID,
PAR LE SOLEIL, PAR LE RELÂCHEMENT
DES VEINES OU L'IMPURETÉ DES HUMEURS

Laboratoires **DELAGRANGE**, 19, Boulevard de Latour-Maubourg - PARIS-VIIe

PARTIE SCIENTIFIQUE

ESSAIS DE CONDITIONNEMENT ET DE STÉRILISATION DE L'AIR DES SALLES D'OPÉRATION

par Jean DEMIRLEAU
Chirurgien, Directeur de l'Hôpital Sadiki, Tunis

Je crois qu'il ne viendrait à personne actuellement l'idée de construire des salles d'opérations dont l'atmosphère ne serait pas conditionnée. Dans une ville comme Tunis où les étés sont non seulement chauds, mais où le degré hygrométrique est la plupart du temps pendant la saison chaude de 95 % à 8 heures du matin, ce conditionnement s'impose.

Que signifie exactement le mot conditionnement d'air ? C'est mettre l'atmosphère d'une salle dans les conditions idéales pour l'usage auquel elle est destinée. Pour une salle d'opérations cela comporte les données suivantes :

Température constante qui est idéalement de 25° centigrades, mais qui est nécessairement plus élevée l'été quand la température des salles de malades atteint 35°.

Degré hygrométrique constant, c'est peut-être plus important que la température elle-même. Il doit être de 45 % et ne doit pas dépasser 50 %.

Stérilisation de l'air aussi complète que possible ; ceci ne veut pas dire seulement que l'air doit être stérile au moment où commence l'intervention, mais la stérilisation doit être maintenue pendant toute l'opération en dépit des nombreux apports de germes venant des chirurgiens, des aides et du personnel indispensable.

Absence de courant d'air.

Tels sont les différents points à réaliser pour que l'atmosphère d'une salle d'opérations soit " conditionnée ". Cette définition étant donnée, quand nous parlerons de conditionnement pour une salle d'opérations nous n'aurons pas besoin d'ajouter, comme nous l'avons fait pour le titre de notre article, le mot stérilisation. La confusion vient du mot climatisation souvent employé et qui ne comporte que l'obtention d'une température et d'un degré hygrométrique donnés.

En 1940 quand j'ai été appelé au poste que j'occupe actuellement, j'ai trouvé plusieurs salles d'opérations disséminées. Dans le service des hommes il y en avait deux, plus une pour les urgences. Le service des femmes possédait la sienne propre. Il y avait en outre une salle d'opérations pour le service septique qui est complètement indépendant.

Le désir de rassembler toutes les opérations au même endroit (à l'exclusion du service septique bien entendu) m'obligea à envisager la création d'autres salles, le débit opératoire nécessitant quatre salles d'opérations aseptiques. J'avais donc à faire construire deux salles nouvelles et c'est la raison pour laquelle j'essayai de réaliser des salles de conception moderne, dont l'atmosphère soit conditionnée.

Je ne prétends pas que ce soit parfait, mais cependant c'est un gros progrès, et je crois que la description de mon installation peut rendre de grands services à ceux qui ont à construire actuellement, en montrant ce qui est bien, ce qui est manifestement à ne pas faire, et ce qui reste encore à étudier.

Je dois ajouter qu'au moment où j'entrepris ce travail, je n'avais aucune possibilité de me documenter, mes moyens étaient réduits pour l'approvisionnement du matériel ; la conception des salles ainsi que leur agencement intérieur furent entièrement de mon cru. Jusqu'au moment du fonctionnement je puis avouer que j'étais un peu inquiet. La partie purement technique fut faite par M. Gaillard, ingénieur de Kelvinator qui fut un collaborateur parfait.

Composition du groupe opératoire.

Le groupe opératoire se compose d'une vaste salle centrale où se trouvent les lavabos et autour de laquelle sont disposées les quatre cellules opératoires aseptiques.

Deux d'entre elles sont les anciennes salles dont une est réservée aux urgences. Les deux autres constituent un bloc conditionné.

Les anciennes salles n'ont rien de particulier, l'une est vaste avec une grande verrière, l'autre est de dimensions plus réduites ; elles ont l'inconvénient d'être extrêmement chaudes l'été.

Les nouvelles salles sont petites et à plafond bas. Cette exiguïté est voulue : tout a été calculé pour qu'on y soit aussi à l'aise que dans une vaste salle. Il n'y a jamais plus de cinq personnes dans la salle et aucun appareil encombrant n'y fait saillie.

Le cube d'air est de 40 m.. Ainsi on peut renouveler l'air en totalité 6 fois par heure. Les deux salles dont le volume total n'est que de 80 m., sont branchées sur la même gaine d'aération, si bien qu'elles sont conditionnées en même temps.

Aucun inconvénient n'en résulte puisque l'air est stérilisé avant d'être redistribué.

Les deux salles sont absolument identiques : hautes de 2 m. 20, longues de 4 m. 40, larges de 4 m. 30 ; elles sont séparées par une salle intermédiaire qui les dessert l'une et l'autre.

Des doubles portes formant sas, séparent la salle intermédiaire de l'extérieur. Tous les angles sont très arrondis. Le plafond est percé au centre d'une ouverture octogonale, couronnée d'une coupole métallique supportant le scialytique. Des panneaux de verre placés autour permettent la vision d'en haut.

La petite dimension des salles était nécessaire pour avoir un renouvellement fréquent de l'air sans utiliser une machinerie d'une puissance telle que son fonctionnement soit trop onéreux et pour que le plafond soit bas ce qui permet une nette vision d'en haut.

Pour être néanmoins à l'aise, il a fallu réduire au minimum les accessoires placés dans la salle. Tout ce qui pouvait être encastré dans le mur l'a été : une niche munie de tablettes en marbre contient tout le matériel nécessaire et ne fait aucune saillie.

Il n'y a donc dans la salle que la table d'opération et les deux guéridons de l'opérateur et de l'aide. Ceci n'a pu être obtenu que grâce à la centralisation des appareils chirurgicaux sur un seul meuble. Envieux des dentistes qui ont sous la main, dans un merveilleux bloc appelé " Unit ", tous les outils qui leur sont nécessaires, je me suis fait construire un bloc dans le même genre qui contient aspirateur, bistouri électrique, appareil d'anesthésie, éclairage frontal, écarteur éclairant, appareil à tension, montre, table d'anesthésie, oxygène, protoxyde d'azote.

Aspirateur, bistouri électrique et éclairage opératoire sont placés à la portée du chirurgien qui n'a qu'à les

saisir et les attirer à lui pour qu'ils fonctionnent automatiquement.

Mon appareil supprime tous les fils et pédales qui transforment une salle d'opérations moderne en un fouillis inextricable de canalisations électriques et de tubes baignant dans le sang et les produits septiques au milieu desquels le chirurgien ou l'aide sont obligés de chercher en tâtonnant les pédales de commande au détriment de leur statique. Qui ne connaît pas l'ennui du bistouri électrique ou du suceur qui tombe par terre au moment où l'on en a le plus besoin ? Qui n'a pas voué aux gémonies l'aide dont le réflexe trop lent n'a pas mis le suceur en marche au moment où se rompt la poche pleine de pus jusque-là disséquée avec précaution ?

La compatibilité de ce système avec l'asepsie n'a pas été très facile à trouver, mais j'y suis parvenu avec assez de bonheur ; bien qu'un certain nombre d'améliorations soient à envisager, il n'en est pas moins vrai que cet appareil constitue un progrès sur tout ce qui existe actuellement.

Toutes les canalisations sont dans le plancher et émergent d'une borne fixe située à la tête de la table opératoire. Cette borne est une mauvaise chose et il ne faut pas la faire, elle est gênante et inutile, si je construisais mes salles, je ferais descendre du plafond le bistouri électrique et l'aspiration ; les prises d'oxygène et de gaz ainsi que le bocal d'aspiration seraient encastrés dans le mur.

L'appareil éclairant est un scialytique de 7 500 lux. Il est placé en dehors des salles, dont il est séparé par une glace. La distance du champ opératoire qui est d'environ 2 m. 20 ne nuit nullement à son intensité et supprime toute chaleur. Il est orientable d'en haut et cela suffit pour presque toutes les interventions, la table étant mobile ; dans certaines positions du malade, le chirurgien utilise soit une lampe frontale, soit un écarteur éclairant.

La salle intermédiaire contient tous les appareils de conditionnement, les obus d'oxygène de N 2 O. Elle sert de salle d'habillement pour les chirurgiens.

Description de l'installation.

Les salles d'opérations ont été aménagées dans une ancienne construction arabe avec des murs anormalement épais (1 mètre à 1 m. 10). Il y a un très faible volume d'air recevant peu de chaleur sensible (la construction des murs le rendant isotherme), mais ayant par contre, une chaleur latente très élevée dégagée par les occupants.

L'expérience nous a montré qu'aux premiers essais, la disposition classique des organes de contrôle ne permettait pas de maintenir des conditions de confort dans la demi-saison. Il a fallu modifier le branchement de ceux-ci et pratiquer à la fois la réfrigération pour obtenir la déshumidification de l'air et le chauffage pour ramener cet air à une température de confort. C'était la solution la plus logique, car elle permet le réglage automatique des conditions climatiques sans la manipulation de produits dessiccants, à l'opposé des procédés utilisant par exemple les gels de silice ou le chlorure de calcium.

La stérilisation de l'air est réalisée, d'une part par le système de climatisation qui comporte la filtration de l'air, la condensation de l'humidité et le lavage sur l'élément réfrigérant, et d'autre part par l'irradiation directe.

Les conditions d'étude et de calcul du conditionnement ont été basées sur les valeurs suivantes :

Conditions extérieures :

Température	35°
Degré hygrométrique	95 %

Conditions intérieures :

Température	26°
Degré hygrométrique	45 %

Soit 9 gr. 5 de vapeur d'eau par mètre carré.

L'air conditionné est envoyé dans la salle par des gaines après être passé sur des brûleurs à ultra-violets, sa vitesse dans la salle, inférieure à 5 mètres-minute, est insensible aux occupants et ne présente aucun inconvénient.

Il existe de plus dans le collecteur de départ une installation électrique destinée à réchauffer l'air.

Le réglage est automatique et se fait par un humidistat et un thermostat.

Pour éviter de fonctionner complètement en circuit fermé, il existe une gaine d'arrivée d'air frais dans la salle intermédiaire où se trouve un préconditionneur d'air.

Cette disposition fait qu'il existe un certain degré de surpression dans les salles, surpression qui empêche l'entrée d'air non stérilisé au moment où les portes sont ouvertes.

Le fonctionnement de l'installation a donné satisfaction dans l'ensemble. Pendant la demi-saison la température a été maintenue à 24° ou 25° et le degré hygrométrique entre 45 % et 55 %, en hiver on obtint 40 % d'humidité et 24° de température. Le chauffage électrique d'appoint s'étant révélé suffisant pour maintenir la chaleur.

En été le degré hygrométrique a été maintenu entre les limites optimum de 45 % à 55 % malgré l'humidité considérable de l'air. La température est demeurée à 26°.

Si au point de vue climatisation l'installation pouvait être considérée comme parfaite, il n'en a pas été de même pour la stérilisation de l'air et il est certain que la solution que j'ai adoptée n'est pas la bonne.

J'avais étudié les différents procédés actuels de stérilisation de l'air des salles d'opérations.

Le procédé de Gudin au formol neutralisé par l'ammoniaque, de même que le procédé à la vapeur utilisé par Masmonteil, rendent la salle stérile, mais ne la maintiennent pas stérile pendant les interventions. Il en est de même de la brumisation.

Or, il n'est plus à démontrer, et nous l'avons vérifié nous-même, que les germes sont apportés par les personnes présentes dans la salle, et plus il y a de personnes plus les germes sont nombreux, malgré les masques et les vêtements stériles. Peut-être faudrait-il utiliser systématiquement le scaphandre complet, mais cela pose des problèmes d'aération bien compliqués.

Mes préférences allaient donc vers une stérilisation continue de l'air. Deux procédés étaient à ma disposition, le premier par lampes à U.V. disposées au-dessus de la table d'opérations, le deuxième en faisant passer l'air dans un appareil : le stérilisant.

J'hésitai à employer les irradiations directes dans la salle même, à cause de l'action de U.V. et de l'obligation pour les occupants de porter un scaphandre et des lunettes spéciales.

J'adoptai donc le second. La maison Gallois de Lyon construit un appareil qu'on place dans les salles d'opérations, qui, aspirant l'air, le renvoie stérilisé. Cette stérilisation est obtenue à l'aide de tubes de quartz à vapeur de mercure qui dégagent des U.V. particulièrement bactéricides.

J'ai demandé à cette maison de fabriquer des tubes ne dégageant pas de chaleur, pour ne pas modifier le conditionnement, et donnant naissance à une faible quantité d'ozone. Longs de 0 m. 60, ces tubes au nombre de douze, ont été placés dans les collecteurs des gaines de départ, et en principe devaient être assez puissants pour rendre l'air stérile malgré la vitesse de passage sur les éléments.

Leur action est indéniable : une boîte de Petri contenant une culture de staphylocoques déjà développée a montré après exposition d'une demi-heure que les microbes étaient tués. Une culture non encore poussée exposée une minute, n'a pu se développer, mais il reste à savoir si à la vitesse où passe l'air devant ces rayons la stérilisation complète peut être obtenue.

J'ai étudié avec beaucoup de soin les résultats.

Des quantités de boîtes de Petri ont été exposées

dans les conditions les plus diverses pendant un laps de temps uniforme de vingt minutes.

Un premier point est acquis : l'air est pratiquement stérile quand on pénètre dans les salles, l'air des gaines d'arrivée est également stérile et le demeure pendant les opérations.

Mais le nombre des germes au voisinage du champ opératoire, pendant les interventions, est relativement élevé et l'est d'autant plus qu'il y a davantage de personnes dans la salle. Tout se passe comme si la ventilation était insuffisante, et que le débit d'air stérile ne soit pas capable de neutraliser l'air septique.

Au moment de l'évacuation de la salle, le nombre des colonies poussant sur les boîtes de Petri, monte en flèche, à 100 et même 500, dès que la salle est évacuée, le nombre des colonies diminue et en 20 minutes, il retombe au voisinage de zéro.

D'autre part, la stérilisation est exactement identique avec le conditionnement simple sans la stérilisation ou avec l'irradiation. Il apparaît donc que celle-ci ne sert pratiquement à rien et que le filtrage et la condensation sont capables à eux seuls d'assurer la stérilisation de l'air.

Aussi je crois pouvoir conclure que le procédé employé avec le type de mes salles n'est pas satisfaisant, il n'est qu'une étape vers la stérilisation de l'air.

J'envisagerais la stérilisation de cette façon : excellent filtrage de l'air distribué, sur des filtres à huile, et opération sous irradiation directe du champ opératoire. C'est, je crois, le seul moyen d'obtenir que l'air reste stérile pendant l'opération.

Ce résumé d'une expérience personnelle a pour but essentiel de mettre en évidence certaines erreurs à éviter et de signaler des réalisations qui ont donné pleine satisfaction. Celle-ci serait plus complète si, grâce à ces notes, les reconstructeurs de nos régions dévastées pouvaient rompre avec la routine, éviter des tâtonnements, perfectionner les solutions proposées, et participer pleinement dans le domaine chirurgical à l'effort qui doit mettre au service du pays un équipement digne de lui.

LES HYPOPROTEINEMIES

par G. BICKEL

Professeur de clinique thérapeutique à la Faculté de Médecine de Genève.

Mode d'étude des protéines plasmatiques :

La structure chimique des protéines du sang est inconnue et on se borne à des méthodes purement physiques

a) Précipitation par le sulfate d'ammonium, d'où la différenciation entre l'albumine, ou sérine, qui demeure en suspension, et la globuline, elle-même composée de plusieurs fractions, qui précipite.

b) Ultra-centrifugation à 200.000 tours minute, un appareil permettant de photographier les vitesses de sédimentation des protéines plasmatiques, qui varient avec leur poids moléculaire, celui de l'albumine étant de moitié de celui des globulines.

c) Electrophorèse : Un dispositif photographique compliqué permet d'étudier les migrations des particules colloïdales placées dans un champ électrique ; c'est le procédé qui respecte le plus les albumines du sang.

d) Méthode immuno-clinique : les antigènes et les anticorps sont des protéines de nature chimique spécifique, qui peuvent se combiner suivant des lois déterminées.

Le taux des protéines plasmatiques, chez l'adulte normal, varie entre 60 et 80 gr. par litre, dont 60 % d'albumine et 40 % de globulines. Le rapport albumine/globuline est donc voisin de 1,5, mais beaucoup plus important est le chiffre absolu des différentes fractions.

Rôle physiologique des protéines plasmatiques :

a) l'albumine a un rôle nutritif évident (hypo-albuminémie dans le jeûne), elle maintient la pression osmotique du sang et assure la régulation des échanges liquidiens entre celui-ci et les tissus ; si les protéines du sang tombent au-dessous de 54 gr. par litre, l'œdème apparaît. Enfin, l'albumine a des fonctions d'organe de transport ; de même que les globules rouges véhiculent l'oxygène des alvéoles pulmonaires aux tissus, les protéines plasmatiques transportent différentes substances : bilirubine, urobiline, sels biliaires, Ca, vitamines et hormones, une grande quantité de médicaments.

b) Les **diverses globulines** sont douées de fonctions plus spécialisées. Les anticorps qui circulent dans le sang sont des globulines et le nouveau-né en reçoit, de sa mère, une certaine quantité par la voie transplacentaire ; aussi est-il protégé dans les 6 premiers mois de son existence contre les maladies infectieuses ; puis cette immunité héréditaire est remplacée par l'immunité acquise, plus durable. A côté de ces **globulines anticorps** interviennent les **globulines-alexines ou complément.** Enfin, elles jouent leur rôle dans les phénomènes de coagulation sanguine.

Les hypoprotéinémies en clinique :

La plupart sont dues à la diminution des seules albumines du plasma, les modifications du taux de globuline (en plus) étant très rares.

1° Hypoprotéinémies médicales :

a) H. de famine : Rencontrées pendant la guerre, au cours du cancer, des cachexies hypophysaires, de l'anorexie mentale. L'H. est la caractéristique humorale de **l'œdème de famine,** qui apparaît lorsque les rations alimentaires tombent à 500 ou 1.000 calories par jour, avec seulement 20 à 40 gr. de protides. Ces œdèmes sont bien tolérés, très mobiles, ils disparaissent sous l'influence du repos mais réapparaissent ou augmentent par l'ingestion, même minime, de sel. On note, en outre, de l'anémie, de la diarrhée profuse, une très grande faiblesse, enfin, une sensibilité considérable aux affections et aux intoxications car les protéines jouent, vis-à-vis du foie un rôle protecteur, comparable à celui tenu par le glycogène. L'H. est aux environs de 40 à 45 % au lieu de ± 70, l'albumine plasmatique étant de 15 à 30 0/00, au lieu de 50.

b) H. des hépatiques : Elles ne sont pas tant dues à l'insuffisance d'apport des protéines par dégoût du malade pour la viande, les œufs et le lait, et à la déperdition d'albumine par les fréquentes ponctions d'ascite, qu'aux difficultés éprouvées par le foie lésé à assurer la régénération synthétique de l'albumine du plasma.

c) H. des néphroses : C'est dans les **néphroses lipoïdiques** que le taux de l'albumine plasmatique peut descendre le plus bas, jusqu'au voisinage du O. On note, en outre, des œdèmes très abondants

et une forte albuminurie de 10 à 40 gr. par litre ; celle-ci accentue l'H., mais ne la cause pas.

2° Hypoprotéinémies chirurgicales :

a) H. post-hémorragique : Son importance dépend de l'abondance de l'hémorragie, et sa durée, de l'état de nutrition générale du sujet, c'est-à-dire des réserves protidiques des organes, épuisés par le jeûne prolongé ou d'autres hémorragies antérieures. Dans les cas graves, le taux de l'albumine plasmatique peut s'abaisser au-dessous de 25 0/00, et alors apparaissent les œdèmes.

b) H. des brûlés : Dans les brûlures étendues, la déshydratation atteint des chiffres allant jusqu'à 75 pour cent du volume plasmatique total, soit, pour un adulte de 80 kg., une perte de 3 litres de liquide. Il ne suffit pas d'injecter dans les veines une quantité équivalente de sérum, car celui-ci quitte le torrent circulatoire aussi vite qu'il y a pénétré. La cause ? Le liquide sécrété par les zones brûlées est très riche en protéines, il y a donc, non seulement perte d'eau, mais aussi fuite d'albumine et baisse de la pression osmotique normale ; pour un homme de 1 m. 70 et de 70 kg., brûlé sur la moitié du corps, il y a déperdition quotidienne de 100 gr. de protéine, ce qui équivaut à lui soustraire 2 litres de plasma. On comprend donc que les injections de plasma sanguin, dont il va être parlé plus loin, sont indispensables au point de vue thérapeutique.

c) H. du choc traumatique : Mêmes considérations que pour les brûlés.

d) H. dans la maladie post-opératoire : En dehors de tout choc, et surtout chez les opérés du ventre, le taux de protéines plasmatiques s'abaisse jusqu'à 50 ou 40 gr. par litre, ceci surtout dans les 5 premiers jours qui suivent l'intervention. C'est dû à l'insuffisance des réserves protidiques avant l'opération, par troubles gastro-intestinaux ou hépatiques, narcose prolongée, hémorragies abondantes, régime hypo-azoté, etc... Cette H. explique certaines complications post-opératoires : les œdèmes, allant jusqu'à l'anasarque, lorsque le taux des protéines descend au-dessous de 55 gr. par litre ; l'œdème localisé, au niveau du foyer opératoire, plus spécialement dans le voisinage des gastro-entéro-anastomoses, d'où accidents de distension et d'obstruction intestinale, complète ou partielle ; le retard dans la cicatrisation des plaies.

3° Hypoprotéinémies obstétricales :

Elles se rapprochent à la fois de l'H. médicale et chirurgicale. Normalement le taux de protéines plasmatiques, surtout de l'albumine, s'abaisse régulièrement dans les derniers mois de la grossesse, surtout chez les femmes insuffisamment nourries. Il en résulte : tendance aux œdèmes, fatigabilité excessive, anémie rebelle au fer, mais cédant au régime riche en protéines. L'H. est fréquente au cours du choc obstétrical, plus encore chez les femmes qui ont déjà présenté des symptômes d'H.

Traitement de l'hypoprotéinémie :

1° Traitement diététique : On ne peut guère compter sur le régime riche en protéines, puisque l'individu ne peut en absorber plus de 200 gr. par jour, alors qu'il en faut déjà normalement une centaine ; aussi son action est-elle longue, nécessitant 3 à 4 semaines. De toute façon, le régime doit rester bien équilibré en ce qui concerne les hydrates de carbone, les graisses, les sels minéraux et les vitamines. On « force » sur le lait, le fromage blanc, les viandes, les œufs et surtout le blanc, les protéines végétales notamment la fève de soja. On y adjoint des acides aminés sous forme d'hydrolysat de caséine ; s'en abstenir chez les rénaux et les hépatiques.

2° Traitement parentéral : Il constitue la véritable thérapeutique d'urgence. On ne peut guère compter sur la **transfusion sanguine,** car elle introduit trop peu de protéines, et il faut recourir aux **injections intra-veineuses de plasma sanguin,** qui ne nécessitent pas l'étude des groupes sanguins. On utilise actuellement le plasma **desséché,** dont la conservation est indéfinie, et le transport facile ; il se dilue extemporanément, en 2 ou 3 minutes, dans de l'eau distillée, avec 1 0/00 de NaCl ou d'acide citrique ; chauffé à 37°, il est injecté lentement, ou mieux en goutte à goutte. Perfectionnement intéressant : l'emploi du plasma **fractionné** qui sépare les 4 fractions principales du plasma, l'albumine des 3 globulines ; on obtient ainsi une albumine cristallisée, qui est injectée en une solution à 25 %, de la même viscosité que le sang.

Dans les H. chirurgicales, il faut frapper vite et fort, jusqu'à 2 et 3 litres par jour, en mettant au début 10 minutes pour injecter un litre ; on renouvelle ensuite, à loisir, les injections en se basant sur la numération des globules rouges, les caractères du pouls, le réchauffement des extrémités, et l'abondance de la diurèse. Les résultats de la méthode sont beaucoup moins bons dans les H. médicales, car celles-ci ne sont qu'un témoin de la déficience protéidique dont souffre l'organisme.

On utilise aussi, aux Etats-Unis, les **injections intra-veineuses d'acides aminés** sous forme « d'Amigène », hydrolysat de caséine enrichi en tryptophane, en solution à 5 % dans une solution glucosée de même concentration ; dose quotidienne, jusqu'à 250 gr. par jour, ce qui correspond à 1 kg. de viande maigre, à injecter lentement. Ce procédé donne surtout de bons résultats dans les H. médicales.

Parmi les succédanés du plasma sanguin, la gomme arabique est abandonnée, et de préférence à la gélatine et à la pectine, il faut accorder un large crédit aux injections de plasma desséché de **bœuf,** fractionné et « despécifié », les globulines anticorps ayant été écartées par chauffage. C'est un procédé d'avenir (1).

(1) Leçon recueillie et résumée par le Dr Pierre Lowys.

FOLLICULINOTHÉRAPIE ET CALCEMIE

par Pierre LABIGNETTE

Chef du Laboratoire de la Maternité de l'Hôpital Boucicaut

Au fur et à mesure que les travaux sur les propriétés de la folliculine font des progrès, on découvre que cette hormone a une action parfois tout à fait nouvelle et imprévue. Des expériences récentes sur certains oiseaux et les cobayes amènent à conclure que, dans certaines conditions, la folliculine déclenche une hypercalcémie assez importante. Voici les faits. Dès 1938, Pfeiffer et Gardner publient un mémoire sur les modifications du squelette et du calcium du sérum sanguin hépatique chez des pigeons ayant reçu des substances œstrogènes. Puis, tant dans la littérature française

qu'étrangère, on trouve des notes éparses sur ce sujet au cours des années suivantes. Ce n'est, semble-t-il, qu'en 1941 que les travaux français se font plus importants sur cette question. A ce moment, Benoit, Clavert, Chéchan, Ettori, Fabiani, Grangaud, Messerschmidt apportent à la séance de la Société de Chimie biologique du 5 mai 1942 le résultat d'expérimentations précises et intéressantes qui sont réunies en communications des plus documentées et dont le titre est « L'Action de la folliculine sur le métabolisme du calcium chez les oiseaux ».

Chez différentes espèces d'Oiseaux, l'injection de folliculine sous la forme de benzoate d'œstradiol entraîne une forte hausse de la calcémie. Elle s'élève de 90 à 250 mmgr. pour 100 chez le pigeon, de 110 à 780 pour 100 chez le chapon et augmente de 553 pour 100 chez le poulet. L'injection de 10 mgr. de dipropionate d'œstradiol fait monter la calcémie du canard de 110 mgr., chiffre normal, à 870 mgr. Des doses entretenues du même produit maintinrent la calcémie pendant des semaines à un taux de plusieurs centaines de milligrammes. Tout en admettant que cette hypercalcémie est plus facilement obtenue chez l'oiseau en raison de sa physiologie particulière, il faut cependant considérer le retentissement que ces modifications du sérum ont sur « le grand réservoir calcique de l'organisme qu'est le squelette ». A la suite d'une série d'expériences dont la relation détaillée sortirait de ce simple aperçu, MM. Benoit, Clavert et Grangaud concluent que la folliculine entraîne chez le canard et le pigeon, au niveau des os longs des membres, remplis de moëlle, une forte construction osseuse nouvelle. Cet os médullaire folliculinique est plus minéralisé que l'os ancien et particulièrement riche en sels de calcium. Il représente une mise en œuvre de sels calciques sous l'influence de l'hormone femelle. Mais, fait curieux et intéressant, chez le pigeon traité depuis plus de trois mois par la folliculine, l'os néoformé présente une décalcification partielle, malgré la continuation des injections d'hormone.

D'autres expériences ont montré que cette « ossification folliculinique » est caractérisée par une extraordinaire production de matrice protéique, c'est-à-dire d'osséine. L'ossification déclenchée par la folliculine serait bien plus proche de l'ossification normale que de celle du rachitisme. Pour M. J. Ettori et ses collaborateurs, il existerait un processus de calcification primaire mis en évidence par l'action de la folliculine qui détermine et permet de prolonger la formation de matrice protéique osseuse. A la calcification primaire fait suite un processus secondaire qui entraîne la transformation progressive du phosphate bicalcique en tricalcique constituant des apatites de l'os achevé. Ces faits de laboratoire montrent l'intérêt de l'os folliculinique dans les études expérimentales sur l'ossification.

D'autre part, la folliculine augmente chez le pigeon l'absorption intestinale du calcium et sa rétention dans l'organisme. Les quantités ainsi retenues correspondent à celles que l'on retrouve fixées sur le squelette. Cette rétention calcique nécessite à tout moment la présence de la folliculine dans l'organisme comme le montre la décharge calcique spontanée consécutive à l'arrêt des injections. Par contre, le mécanisme de l'action de l'hormone femelle au niveau de l'intestin reste encore à préciser.

De son côté, la radiographie a permis une étude précise de l'hyperossification provoquée par la folliculine. Elle confirme que « la folliculine enrichit le squelette en calcium et que sa présence est à tout moment nécessaire pour le maintien du stockage calcique ». Cet enrichissement ne se fait pas d'une manière homogène dans le squelette. A un moment donné, certains os se calcifient ; d'autres perdent du calcium. Des fluctuations dans l'emmagasinement du calcium se produisent, mais, d'une manière générale, l'enrichissement global du squelette en substance nouvelle osseuse et en calcium sous l'influence de la folliculine est un fait constant.

De plus, l'importance du rôle joué par les parathyroïdes dans le métabolisme du calcium permettrait a priori de supposer qu'elles interviennent dans l'action de la folliculine sur la calcémie. Or, des faits expérimentaux récents sur le pigeon confirment cette manière de voir d'une façon absolue. La présence des parathyroïdes est absolument indispensable à la stimulation de la calcémie par la folliculine.

Par contre, chez les mammifères, le problème des relations entre l'ovaire, particulièrement entre les hormones sexuelles femelles et la calcémie sérique est loin d'être résolue. En effet, les résultats des observations et expériences sont disparates dans cette classe, les uns plaidant en faveur d'une augmentation, les autres en faveur d'une diminution du calcium dans le sang sous l'influence de la folliculine.

Cependant, il faut attacher une importance plus particulière aux faits contenus dans la communication faite par MM. G. Poumeau-Delille et J. Fabiani, à la Société de Biologie, le 22 avril 1944, et intitulée « Hypercalcémie provoquée par le dipropionate d'œstradiol chez le cobaye ». Les auteurs ont expérimenté sur une femelle adulte de cobaye. « L'action de la folliculine, sur le métabolisme du calcium, écrivent-ils, se rattache à l'influence de cette hormone sur l'os médullaire des oiseaux et de certains mammifères. Elle est peut-être à rapprocher des troubles de l'ossification observés au cours de la grossesse et, entre autres, au cours de l'ostéomalacie. »

Que conclure pratiquement de tout cela ? Tout d'abord que l'injection de doses massives et prolongées de certaines formules de folliculine a une action indiscutable sur la calcémie des animaux, même des Mammifères. Elle se traduit par une hypercalcémie qui a une action non moins certaine, semble-t-il, sur l'état du squelette. Est-ce à dire qu'il en soit de même dans l'espèce humaine ? Il serait peut-être prématuré de l'affirmer et d'en tirer des déductions thérapeutiques, alors que les travaux entrepris sur cette question paraissent être encore à l'état initial. Cependant, cette action de la folliculine sur la calcémie pose deux problèmes. Le premier, d'ordre pratique, consistera vraisemblablement à connaître un jour prochain la limite thérapeutique dans l'emploi massif et prolongé de la folliculine sans risquer de provoquer une hypercalcémie excessive, bien que certainement passagère. Des dosages de calcium dans le sang seraient peut-être utiles à ce sujet.

La seconde réflexion qui s'impose est que, dans la question des hormones, une certaine réserve de jugement et une certaine prudence thérapeutique doivent toujours être la règle. En effet, tout en connaissant bien actuellement les grandes lignes de l'endocrinologie, chaque année apporte une découverte nouvelle qui modifie parfois sensiblement les données antérieures sur la même question. Il y a peu de temps encore, on traitait l'hypertrophie de la prostate par l'hormone mâle, et ne voilà-t-il pas que l'on a parfois d'aussi bons résultats avec l'hormone femelle !

LES SOCIÉTES SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

L'action du diéthylstilbœstrol chez l'homme.

(MM. Lœper, J. Vignalou et J. Trémolières ; 3-7-1945)

Œstrogène de synthèse, le diéthylstilbœstrol possède une activité œstrogène trois fois plus forte que celle de la folliculine. Il est connu pour cette propriété et également pour ses effets réducteurs sur l'hypertrophie et le cancer de la prostate. M. Lœper et ses collaborateurs étudient, d'autre part, divers autres tests biologiques et cliniques (gynécomastie, atrophie testiculaire, etc.) de l'action de ce médicament.

Hémodiagnostic simplifié pour le dépistage du typhus exanthématique.

(MM. Bohec et Clerc. Présentation par M. Tanon ; 17-7-1945)

Les auteurs signalent une réaction de Weil-Félix simplifiée, que l'un d'eux a vu employer en 1921, à la Quarantaine de New-York, au débarquement du paquebot « Touraine ». Ce test, imaginé par le Dr Holt Harris, bactériologiste de la Santé du port de New-York, permet, par prélèvement de quelques gouttes de sang au doigt ou au lobule de l'oreille, d'obtenir un hémo-diagnostic en moins de trois minutes.

Les tests de simplification sont d'un intérêt particulier pour les opérations de dépistage devant s'exercer à l'égard d'un grand nombre de personnes. Une épreuve biologique du même ordre (réaction de floculation de Kline, simplifiée par le « finger test » de Rein, de New-York) est appliquée chez les rapatriés de guerre en vue du dépistage de la syphilis.

La recrudescence de la fièvre ondulante dans le Midi de la France. Inefficacité de la vaccination animale.

(M. Lisbonne ; 31-7-1945)

La carence en lait de vache a conduit de nombreuses familles, dans le Midi de la France, principalement, à se procurer des chèvres, à consommer leur lait et les fromages obtenus avec ce lait. Dans certaines communes méridionales, le nombre des chèvres a plus que décuplé et parallèlement a décuplé le nombre des cas de fièvre ondulante.

D'autre part, la vaccination animale par Br. abortus, qui est actuellement très répandue, diminue (peut-être...) la tendance à l'avortement de la chèvre, mais ne préserve nullement cet animal de l'infection par Brucella melitensis et n'offre pas, dès lors, d'utilité au point de vue de la prophylaxie humaine. Celle-ci doit être recherchée dans des mesures d'un autre ordre : abatage de toute chèvre avortée ou ayant un séro-diagnostic positif au delà de 1/20e ; stérilisation du lait de chèvre par ébullition ; interdiction de la vente de tout fromage de chèvre fabriqué avec du lait non pasteurisé, etc. La vaccination humaine préventive est encore très incertaine dans ses résultats et l'on ne peut guère compter actuellement sur cette méthode pour la prophylaxie.

Paludisme héréditaire et congénital. Paludisme du nourrisson.

(M. Maurice Pervès ; 30-10-1945)

Au cours d'études poursuivies dans la région du Haut-Nyong, au Cameroun, M. Pervès a pu établir la preuve de la transmission héréditaire et congénitale du paludisme.

La recherche du parasite dans la rate d'enfants mort-nés et les examens du sang prélevé chez les enfants à la naissance, lui ont montré l'existence d'un paludisme congénital dont le taux, sur 661 nourrissons, s'est élevé à 10 %.

P. L.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX DE PARIS

Méningite présumée herpétique après une ponction sous-occipitale

(MM. Weismann-Netter et Laham ; 11-1-1946)

24 heures après une ponction sous-occipitale faite pour examen d'un ancien syphilitique, apparition brutale de céphalée et de signes méningés avec fièvre. Bon état général. L. C. R. purulent (mais sans germe à l'examen direct et à la culture) avec un taux normal des chlorures et de l'albumine.

Traitement : 7 gr. de sulfamide par jour. Dès le soir, température à 37. Disparition des signes méningés. 60 heures après le début, apparition d'un herpès très important au pourtour des lèvres et sur la muqueuse jugale. Guérison en 5-6 jours.

Les A. résument les travaux antérieurs où, si le tableau clinique est toujours le même, les caractères du L. C. R. sont variables. Ils n'ont pas fait d'inoculation au lapin. D'ailleurs, Levaditi a montré que dans l'herpès expérimental par voie I. R., le L. C. R. ne contient plus de virus après 24-48 heures.

Les A. discutent la voie d'introduction du germe : existence du virus dans le sang et sensibilisation par la P. L. ? Contagion instrumentale ? Toujours est-il qu'elle est moins rare après rachicocaïnisation ou injection I. R. d'eau distillée qu'après P. L.

Méralgie paresthésique après typhus.

(M. Weissman-Netter ; 11-1-1946)

Après typhus contracté à Bergen-Belsen, apparition de méralgie paresthésique dont les caractères un peu particuliers sont la bilatéralité avec prédominance à gauche, les troubles de la sudation, l'absence de douleur à la pression du fémoro-cutané, l'existence d'une véritable plaque de blindage, des démangeaisons importantes, des paresthésies. Lenteur de la guérison. C'est plus une infirmité qu'une maladie.

— Telle est aussi l'opinion de Guillain et Lereboullet à propos d'une méralgie postzonateuse ; il s'agit plus d'une ganglioradiculite de la deuxième racine lombaire que d'une névrite du fémoro-cutané.

Les A. insistent sur l'origine typhique.

— Le Docteur Krewer, déporté depuis 1941, dit en avoir vu un assez grand nombre, que les malades aient eu le typhus ou non.

J. Ch.

SOCIETE DE MEDECINE DE PARIS

Séance du 26-5-1945

Le traitement médical des Goîtres (avec présentation de malades). — M. Fielderman rappelle son traitement des goîtres et des kystes thyroïdiens, consistant en injections de salicylate de soude en solution à 25 ou 50 %, qui déterminent des zones de sclérose. On injecte 2 cc. de la solution après une injection de novocaine. On peut créer ainsi plusieurs noyaux en recommençant 2 ou 3 fois par semaine.

Dans le Basedow, l'auteur applique l'hémocrinothérapie ovarienne (injection en zone fessière d'un mélange d'extrait d'ovaire dans 10 à 15 cc. de sang de la malade, combinée avec les injections sclérosantes si la tumeur est volumineuse.

Ce traitement ambulatoire ne lui a jamais donné d'accident depuis plus de vingt ans qu'il l'applique.

Les traitements des hyperthyréoses et leurs indications. M. Sainton. — Le goître exophtalmique est loin de représenter toutes les manifestations de l'hyperthyroïdisme. A côté de lui, qui représente la grande hyperthyréose, existent de petites hyperthyréoses et des hyperthyréoses partielles. L'hyperthyréose a un substratum clinique, physiologique et anatomo-pathologique. Les médications des hyperthyréoses ont pour but de freiner l'hypersécrétion thyroïdienne. Les traitements médicaux peuvent être hormonaux ou médicamenteux. La diiodotyrosine représente le traitement hormonal de l'hyperthyroïdisme ; l'éthyroïdothérapie a une base réelle et s'explique d'autant mieux à la lumière de la notion des antihormones et de la présence de substances antithyroïdiennes dans le sang normal. Les médications vitaminiques considérées comme antagonistes de l'hypersécrétion thyroïdienne ou comme parant aux carences vitaminiques des basedowiens constituent des médications adjuvantes. Tous les traitements médicaux y compris l'iodothérapie ne s'appliquent qu'aux hyperthyréoses légères ou moyennes. L'auteur met en parallèle les résultats de la radiothérapie et de la chirurgie dans le traitement des grandes hyperthyréoses, discute leurs indications et conclut que la radiothérapie, moyen quelque peu aveugle, donne des guérisons dans un nombre de cas qui peut être évalué à 12 % ; ses résultats sont inférieurs à ceux de la thyroïdectomie en un ou plusieurs temps qui, avec les techniques modernes a à son actif un nombre beaucoup plus considérable de guérisons complètes, avec des risques opératoires minimes variant de 0,5 % à 1 %. Si satisfaisants que soient les résultats, il n'en reste pas moins vrai que ces thérapeutiques ne sont que symptomatiques et que la connaissance du « primum movens » de l'hyperthyréose permettra seule d'établir une thérapeutique idéale et vraiment étiologique. Faut-il la chercher dans la neurohypophyse ; il y a des cas où cette origine n'est pas douteuse.

LA PRESSE

Les hématomes spontanés intra-cérébraux. — J. Guillaume et R. Jonville arrivent à isoler un type d'hématome intracérébral spontané, succédant soit à un ictus parfois très bref, soit plus rarement et d'une manière moins brutale, à des manifestations neurologiques (avec hypertension intracrânienne, céphalées, vomissements) ou ophtalmologiques, réalisant un syndrome focal assez précis. La lésion siège dans la région temporale; elle détermine, après une période de rémission s'étendant parfois sur plusieurs jours, un syndrome d'hypertension intracrânienne d'intensité croissante, et dont la note topographique constante est l'hémianopsie latérale homonyme. S'il s'agit d'un sujet d'âge moyen sans tare cardio-vasculaire, sans lésion locale décelable, l'intervention s'impose entre le dixième et le quinzième jour, car une nouvelle hémorragie n'est plus à craindre. Lorsqu'il s'agit d'un hypertendu, c'est une forme curable d'hémorragie cérébrale. Chez un cardio-vasculaire cependant, un examen médical rigoureux s'impose au préalable afin de fixer le pronostic ultérieur. Le chiffre élevé de la tension artérielle importe moins que le taux de l'urée sanguine et surtout que l'existence d'une neurorétinite brightique. L'examen opthalmologique révélant un œdème avec hémorragie et exsudats rend le pronostic opératoire très sombre, et, même si les suites opératoires sont favorables, la guérison ne peut être de longue durée. (*La Presse Médicale*, 10 nogembre 1945.)

Remarques sur l'érythème noueux. — On a décrit plusieurs variétés, et notamment deux sortes d'érythème noueux, dont l'une d'origine tuberculeuse. Mais, écrit **R. Barthémemy**, peut-il exister véritablement un doute sur l'unicité, sur la nature constamment tuberculeuse, quoique inconstamment patente, de l'érythème noueux ? Les nuances cliniques ne suffisent pas : diffusion plus ou moins marquée, polymorphisme de l'éruption, absence de nouures véritables, d'ecchymoses franches, évolution ultra-rapide sous des signes de bénignité, dessinant des formes frustes, mais ne légitimant pas qu'on isole cliniquement une individualité morbide aussi caractérisée par ailleurs.

L'érythème noueux peut être spontané, mais il est parfois déclenché aussi soit par une action infectieuse plus ou moins évidente, soit encore par une action médicamenteuse sensibilisante (iodures, antipyrine, etc.) ou directement toxique. Cette affection reste néanmoins une sonnette d'alarme pathologique ; elle doit mettre en garde contre une tuberculose, facile ou non à déceler, primitive ou réveillée, et cela alors même qu'il s'agirait d'une manifestation d'un germe encore inconnu et précisément différent du bacille de Koch, fait bien peu vraisemblable dans l'immense majorité des cas. (*Le Bulletin Médical*, 1er novembre 1945.)

G. F.

DÉPRESSIONS NERVEUSES



GRANULES
TITRÉS
à 1 milligramme

2 à 10 par jour

ASTHÉNIES - CONVALESCENCES
ARYTHMIE EXTRA-SYSTOLIQUE
DIPHTÉRIES GRAVES ET MALIGNES

STRYCHNINE HOUDÉ

VENTE EN GROS
Laboratoires HOUDÉ, 9, rue Dieu, PARIS

PARTIE PROFESSIONNELLE

PROPOS DU JOUR

VOIX D'OUTRE-TOMBE

La longue carrière que nous avons fournie et les multiples et diverses fonctions que nous avons occupées dans l'exercice de la profession médicale, nous donnent le droit d'envisager et de juger objectivement ce qui a trait à cette profession.

Notre origine, nos études, l'exercice de la médecine sous ses aspects les plus différents, notre participation aux sociétés professionnelles les plus diverses — certaines dans lesquelles nous avons pris une part très active et très longue à l'administration et à la direction — le rôle que nous avons rempli dans le journalisme médical, etc., nous ont permis d'acquérir une connaissance et une expérience sur tout ce qui touche au domaine de la médecine pratique. Nous pouvons donc en toute connaissance de cause, jeter un coup d'œil d'ensemble sur le passé et apporter un jugement sur l'évolution de la médecine au cours de la fin du XIXe siècle et dans la première moitié du XXe siècle. Les jugements que nous pourrons émettre n'ont que la valeur d'opinions personnelles, mais elles sont tout à fait désintéressées et purement objectives et tout cela légitime le titre que nous donnons à cet article.

Depuis un siècle la médecine tant au point de vue technique qu'au point de vue social a subi une évolution formidable (le qualificatif n'est pas exagéré).

Les sciences médicales ont fait dans cette période des progrès inouïs qui ont nécessité tant sur le plan du diagnostic que sur le plan de la thérapeutique de sérieuses transformations. Les découvertes de Pasteur, les progrès de la chimie biologique et de l'électricité ont nécessité de multiples examens de laboratoire et tout un matériel dispendieux dont l'usage a bouleversé les habitudes du médecin praticien ; et le téléphone et l'automobile aussi ont transformé sa vie domestique.

L'évolution sociale a été telle que le corps médical n'a pu s'y adapter qu'incomplètement. Il y a un siècle, c'était la période de la charité, on ne concevait pas un mode d'entraide différent. Puis nous voyons naître et se développer la mutualité avec toutes ses imperfections. L'assistance obligatoire est venue s'y superposer et le règne des Assurances sociales s'est établi et menace de comprendre toute la population. La médecine sociale s'est étendue à toutes les activités humaines : protection de l'enfance, surveillance de l'enseignement et de l'éducation de la jeunesse, accidents du travail, médecine de l'industrie, prophylaxie des maladies transmissibles, hygiène publique et privée, etc.

Toutes les grandes administrations, les compagnies et les sociétés de quelque importance ont eu leur médecin. De sorte que le praticien isolé fut à la merci des dirigeants des administrations officielles ou privées. Le médecin trouva une organisation de défense dans le syndicat.

Le syndicalisme ne se développa pas tout seul. Les vieux médecins furent scandalisés que les jeunes confrères se servissent des mêmes moyens que les ouvriers pour se défendre. Les médecins en place, professeurs, médecins et chirurgiens des hôpitaux, considérèrent que se syndiquer c'était déchoir, lors de la lutte pour élever les tarifs des accidents du travail et pour obtenir le libre choix du médecin par l'accidenté; ce fut bien autre chose quand Diverneresse s'adressa aux syndicats ouvriers pour faire une campagne parallèle contre les compagnies d'assurance. Et l'on cria à l'abomination de la désolation quand il se fonda un syndicat de médecine sociale qui demanda son adhésion à la C.G.T. Actuellement la Confédération des syndicats médicaux se mettrait volontiers en rapport avec la C.G.T. S'il faut en croire notre correspondance, beaucoup de nos confrères ne répugneraient pas à l'adhésion personnelle et par l'intermédiaire de leur syndicat à la C.G.T. Autres temps, autres mœurs !

Les médecins et les chirurgiens des Hôpitaux de Paris se sont constitués en syndicats ! ! Le syndicalisme pour réprimer quelques abus qui se commirent fatalement, créa des conseils de famille, des commissions mixtes, etc., qui furent jugés insuffisants. Il jeta même les bases d'un projet d'Ordre des Médecins Tout cela fut insuffisant et l'adaptation du corps médical se fit mal à l'évolution trop rapide de la société nouvelle.

La Confédération Générale des Syndicats Médicaux français synthétisa les règles du syndicalisme médical en une charte médicale qui émit quatre principes sur lesquels les syndicats devaient se montrer intransigeants :

1° Libre choix du médecin par le malade.
2° Respect absolu du secret professionnel.
3° Entente directe du malade et du médecin au sujet des honoraires.
4° Liberté de prescrire.

A notre avis ces règles sont des idéaux à la réalisation desquels le médecin syndiqué doit tendre. Nous les assimilerions à la devise de notre République : *Liberté, Egalité, Fraternité,* termes qui sont loin d'être réalisés d'une façon absolue. Les règles de la charte syndicale dans certains cas ne sont pas réalisables, mais doivent servir de directives. .

Le libre choix du médecin par le malade est limité par le nombre des praticiens et le coût des honoraires. Parler du libre choix dans certains villages où un seul médecin peut vivre est une amère plaisanterie. Le secret professionnel est limité par la loi qui oblige à la déclaration des maladies transmissibles dont la liste s'allonge tous les

jours. L'entente directe pour les honoraires dépend des exigences du médecin et des possibilités du malade. La liberté de la thérapeutique est bornée par la responsabilité qui met un frein aux fantaisies possibles du praticien. Les limitations dans les prescriptions de la charte sont la preuve qu'elle n'a jamais dans l'esprit de ses auteurs été regardée comme d'une réalisation absolue mais comme une directive.

Concluons que les dirigeants du syndicalisme médical se sont trouvés en face d'une évolution si rapide et d'une telle ampleur qu'ils n'ont pu répondre à toutes les obligations qui étaient imposées à la profession médicale. Ils ont fait ce qu'ils ont pu pour défendre l'indépendance du praticien sans y arriver. Actuellement le désarroi qui se manifestait avant la guerre par l'impossibilité du corps médical de s'adapter à l'évolution de la Société française s'est accru dans des proportions inouïes du fait de l'occupation et du gouvernement de Vichy. Au point de vue scientifique, la France a perdu une grosse partie de son prestige au bénéfice des Etats-Unis. Il faudra un gros effort pour le reconquérir partiellement et à la condition que l'on ne s'acharne pas à défendre des méthodes périmées qui poussent les étrangers de l'Amérique latine à se diriger de plus en plus vers les Universités des Etats-Unis.

Au point de vue technique, la France, ruinée par la guerre et ayant la charge écrasante de reconstituer son armée et sa marine, est dans l'impossibilité de pourvoir ses établissements hospitaliers et scientifiques du matériel coûteux qu'ils exigent.

Au point de vue social, c'est surtout là que règnent la désorganisation et l'anarchie. Depuis 1940, des gens incompétents légifèrent sur tout sans s'inquiéter des répercussions de leurs lois inapplicables et quelquefois contradictoires et on n'est pas près de sortir de ce chaos. De sorte que les syndicats médicaux, sans direction, en butte à des tâches mal définies, ne savent quel parti prendre pour s'adapter tant bien que mal à une situation mal définie dont on ne peut prévoir l'issue. Le corps médical n'est pas malheureusement seul à souffrir du chaos : ce mal sévit sur toute la France, et il faut le guérir avant que la médecine puisse se réformer.

J. Noir.

ORGANISATION PROFESSIONNELLE

LE CUMUL DES FONCTIONS DE CONSEILLER DEPARTEMENTAL, REGIONAL ET NATIONAL DE L'ORDRE

En exécution de l'article 28 de l'ordonnance du 24 septembre 1945, les Conseils Départementaux de l'Ordre, dès leur première séance, ont dû procéder à la désignation de leurs délégués au Conseil Régional. Ils ont également dû prendre contact entre eux, par région sanitaire, pour la désignation du ou des délégués de la région au Conseil National. La composition de chaque Conseil Régional est réglée par l'article 33 de l'ordonnance de la façon suivante : « *Huit délégués des Conseils Départementaux, chaque Conseil Départemental disposant de un, deux ou trois délégués selon le nombre des départements compris dans la région...* » Quant au Conseil National, il est composé, dit l'article 40, « *de 24 membres élus... à la majorité par les Conseils Départementaux de chaque région sanitaire, à raison d'un membre par région...* ».

Dès leur première réunion, les conseillers départementaux se sont donc trouvés devant la délicate question que voici : Les délégués des Conseils Départementaux au Conseil Régional de l'Ordre doivent-ils être obligatoirement pris parmi les membres du Conseil ou peuvent-ils être choisis dans la masse des médecins du département inscrits au tableau ?

Au premier contact avec les autres conseillers départementaux de la région, deux autres problèmes se sont posés : *a*) Le délégué de la région au Conseil National doit-il être élu parmi les seuls conseillers départementaux, ou, au contraire, peut-il être un médecin inscrit à l'un des tableaux de l'Ordre de la région ?

b) En tout état de cause, ne faut-il pas obligatoirement faire choix pour ce poste d'une personnalité autre qu'un conseiller régional ?

Si l'on estime légal le cumul des fonctions de conseiller départemental et régional, on admet du même coup qu'un conseiller départemental qui, aux termes de l'article 31 ou de l'article 34 de l'ordonnance, aura participé à la transmission avec avis motivé, ou même à la rédaction d'une plainte au Conseil Régional contre un confrère, pourra et devra même, à titre de conseiller régional, prendre part au jugement de la plainte en question, cumulant de la sorte les fonctions de juge, d'une part, et de juge d'instruction, ou même de Ministère public, d'autre part.

Si par ailleurs le cumul des fonctions de conseiller départemental et de conseiller national est légalement possible, naît alors le risque que, comme membre de la Section disciplinaire du Conseil National, un conseiller départemental n'ait à connaître, comme exposé ci-dessus, mais en second ressort, d'une plainte qu'il aura participé à rédiger ou à transmettre avec avis motivé, en tant que conseiller départemental.

Enfin, dans le cas où une même personnalité unirait sur sa tête les titres de conseiller national et régional, s'il est élu membre de la Section disciplinaire du Conseil National, il serait alors automatiquement contraint à juger en appel des affaires qu'il aura déjà jugées en premier ressort...

Le distingué Président du Syndicat Médical de Seine-et-Oise a récemment soumis la difficulté au ministre de la Population.

Voici la réponse du Ministre :

Vous avez bien voulu me demander si les membres des Conseils Départementaux doivent continuer à siéger dans ces Conseils

lorsqu'ils ont été délégués, soit au Conseil Régional, soit au Conseil National.

Vous estimez personnellement que dans ce cas les intéressés devraient être remplacés par leurs suppléants.

J'ai l'honneur de vous faire connaître que je ne puis me ranger à votre manière de voir. En effet, il ne saurait y avoir d'incompatibilité entre les mandats électifs qu'en vertu d'un texte formel. Le fait que les Conseils Régionaux détiennent un pouvoir disciplinaire, n'entraîne pas implicitement pour leurs membres, l'impossibilité de siéger dans les Conseils Départementaux.

Quant aux suppléants, conformément à l'article 27 de l'ordonnance du 24 septembre 1945, ils sont « destinés à remplacer les membres titulaires qui viendraient à cesser leurs fonctions pour une cause quelconque avant la fin de leur mandat ». Aucune disposition ne prévoit leur intervention en dehors de ces circonstances.

Ainsi, obnubilé par la crainte de porter la plus légère atteinte aux droits de l'électeur souverain — droits pour lesquels le Régime professe le plus verbal des respects — le Ministre n'a-t-il pas vu la question sous son véritable jour.

UN premier point est certain : l'ordonnance du 24 septembre ne contient aucune disposition qui, explicitement ou même implicitement, interdise les cumuls litigieux.

Au contraire, pour les fonctions de conseiller départemental et régional, l'article 33 en rend en somme obligatoire la confusion sur une seule et même personnalité; et l'article 40 semble bien limiter sur le seul collège électoral, c'est-à-dire sur les seuls conseillers départementaux, les possibilités de choix pour le poste de conseiller national. Que faut-il penser de telles dispositions ?

1° Contre le cumul des fonctions de conseiller départemental et de conseiller régional ou de membre de la Section disciplinaire du Conseil National surgit d'abord la vieille règle d'incompatibilité, posée par les articles 1 et 2 du décret du 24 vendémiaire an III, entre les fonctions judiciaires et les fonctions administratives : autrement dit, le principe de la séparation des pouvoirs

Mais d'autres règles se trouvent également violées : celle de l'incompatibilité entre les fonctions de juge et de Ministère public (Cour de Cassation, 12 mars 1867) et entre les fonctions de juge d'instruction et de juge (art. 1er, loi du 8 décembre 1897) ; enfin, spécialement pour le cumul des fonctions de conseiller départemental et de membre de la Section disciplinaire du Conseil National, l'article 257 du Code d'instruction criminelle, qui édicte que les membres des juridictions d'instruction ne peuvent faire partie de la Cour d'Assises. On voit tout ce que peuvent avoir de contraire aux principes du droit français les deux articles que nous critiquons.

En attendant une réforme de l'ordonnance, que conseiller en pratique ?

Aux Conseils de l'Ordre, nous suggérons d'écarter systématiquement les conseillers départementaux délégués au Conseil Régional de toute délibération ou décision ayant trait soit à la transmission avec avis motivé au Conseil Régional d'une plainte déposée par un tiers entre les mains du Conseil Départemental (art. 31), soit à la rédaction d'une plainte émanant du Conseil Départemental lui-même (art. 34). Le conseiller empêché serait remplacé par un suppléant.

Si cette précaution n'était pas spontanément prise, tout médecin traduit devant un Conseil Régional, à la requête directe ou indirecte d'un Conseil Départemental, devrait et pourrait récuser le délégué de ce Conseil. En vertu même de l'article 12 de la loi du 8 décembre 1897, il serait fondé à demander la nullité de toute la procédure introduite contre lui.

2° Contre le cumul des fonctions de conseiller régional et de membre de la Section Disciplinaire du Conseil National, s'insurge la jurisprudence constante de la Cour de Cassation, qui interdit à un juge ayant fait partie de la juridiction de Première Instance, de statuer au sein de la juridiction d'Appel : application générale — et par analogie — de la règle posée par l'article 257 du Code d'instruction criminelle déniant à un magistrat ayant participé à l'instruction le droit de faire partie de la Cour d'Assises.

Là encore, dans l'état actuel des textes, nous ne pouvons que suggérer, aux Conseils Régionaux de l'Ordre, d'écarter systématiquement de leurs délibérations tout conseiller élu à la Section Disciplinaire du Conseil National, et de le remplacer par un suppléant. (Il serait plus simple que chaque membre de la Section Disciplinaire du Conseil National veuille bien se refuser à examiner toute affaire qu'il aurait été amené à connaître comme conseiller régional ; mais, l'ordonnance n'ayant pas prévu, pour la Section Disciplinaire, pas plus que pour le Conseil National, de modalités de suppléance, le problème du remplacement du récusé à l'échelon national serait insoluble. Mieux vaut par conséquent la récusation à l'échelon régional.)

Au cas où un conseiller « cumulard » n'aurait pas pris l'initiative de se retirer à l'échelon régional, il appartiendrait au médecin poursuivi d'exercer son droit de récusation devant le Conseil National, avant l'ouverture des débats.

MAIS pourrait-on nous objecter, pour contester la légalité du cumul de fonctions aux différents échelons de l'Ordre, vous étendez au domaine disciplinaire des principes et des textes relatifs au droit commun. Une telle extension est-elle justifiée ? Ne faut-il pas, au contraire, considérer la juridiction disciplinaire comme chargée de dire le droit, non pas dans une forme abstraite et désincarnée, mais selon des règles concrètes particulières à la profession, subjectives somme toute et de statuer plus en équité qu'en droit strict : en conséquence, ne faut-il pas apporter dans ce domaine des assouplissements aux normes générales et rigides de droit commun ? Certains ne seraient-ils pas enclins même à considérer les juridictions disciplinaires professionnelles comme des jurys d'honneur, jugeant les hommes plutôt que les infractions ?

Sans contester que les juridictions disciplinaires doivent statuer selon un autre esprit que les tribunaux de droit commun, nous estimons dangereux de soutenir qu'elles jugeraient d'autant mieux qu'elles seraient affranchies de règles strictes de procédure. Laisser le champ libre à la fantaisie serait une source de graves mécomptes, surtout chez des juridictions neuves.

Au surplus, quelle que soit la juridiction considérée, il est essentiel de ne jamais enfreindre les droits de la défense. Sans respect du droit de la défense, pas de justice et pas de juridiction dignes de ce nom, en matière disciplinaire comme en toute autre. Or, c'est pour préserver ces droits, que la loi ou la jurisprudence ont posé les incompatibilités de fonctions méconnues par l'ordonnance du 24 septembre. Du dédain de ces règles

tutélaires se gardent des institutions fort anciennes, telles que l'Ordre des Avocats du Barreau de Paris.

Les Conseils de l'Ordre ne sont pas des Comités ou Assemblées d'ordre privé. Ce ne sont pas des jurys d'honneur : ils ne pourraient même pas valablement se constituer en jurys d'honneur pour apprécier les faits reprochés à un avocat. Ce sont, quand ils jugent disciplinairement, de véritables juridictions, créées, organisées et régies par la loi...

Les règles du Code d'instruction criminelle ne sont pas strictement applicables, mais les droits de la défense doivent être, en matière disciplinaire, équivalents à ce qu'ils sont en matière pénale. Si, en effet, l'action disciplinaire n'a pas un véritable caractère pénal, elle expose cependant celui qui en est l'objet à une condamnation d'un genre particulier qui peut l'atteindre profondément dans son honneur et dans sa réputation et compromettre gravement l'exercice ultérieur de sa profession...

Le constant souci du Conseil de l'Ordre est — et doit être — d'assurer aux avocats appelés à comparaître devant lui de larges garanties de défense...

Si un membre du Conseil de l'Ordre appelé à juger était plaignant, il pourrait évidemment être récusé et devrait se récuser lui-même...

Aucune, à peu près, des règles ci-dessus rappelées n'est imposée par la loi. Un certain nombre sont imposées par la jurisprudence par analogie ou par équivalence avec les prescriptions du Code d'instruction criminelle. La plupart sont établies par l'usage. Quelles que soient en tous cas, à Paris ou ailleurs, les formes accessoires de la procédure suivie, il importe peu. Le seul point essentiel est que les droits de la défense soient respectés (1).

Nous nous en voudrions d'ajouter quoi que ce soit à ce rappel de principes essentiels.

Les juridictions récentes, non encore rodées, que sont les Conseils de l'Ordre des Médecins courraient de grands risques si elles croyaient pouvoir s'en affranchir.

Les correctifs spontanés que nous préconisons ne doivent pas faire perdre de vue la nécessité pour le législateur d'ajouter au plus tôt au texte de l'ordonnance un article édictant l'incompatibilité absolue des titres de conseiller départemental, régional ou national. Les fonctions de conseiller départemental et de conseiller régional sont les unes et les autres trop absorbantes pour pouvoir être remplies consciencieusement par la même personne. Le métier de juge requiert des qualités toutes différentes de celles nécessaires à un administrateur ou à un surveillant. En outre, les Conseils Régionaux, s'ils devaient demeurer l'émanation exclusive des seuls Conseils Départementaux, seraient trop dépendants de ceux-ci. Ils pourraient être tentés de faire prévaloir, au nom de la discipline, parce qu'élaborées par l'Ordre, des conceptions éventuellement erronées ou partisanes, mettant ainsi la juridiction au service de l'administration.

Telles sont, outre celles spécifiquement juridiques indiquées ci-dessus, les raisons qui nous font souhaiter la réforme d'une ordonnance qui, en fait, aboutit à une confusion de l'administratif et du judiciaire aussi grande que celle consacrée par la loi du 7 octobre 1940 si critiquée à l'époque.

Pour la désignation des conseillers régionaux, une formule heureuse pourrait être l'une des suivantes : soit faire nommer les conseillers régionaux par le Conseil National hors des conseillers nationaux et départementaux ; soit les faire élire au suffrage direct par le Corps des Médecins de la région, groupés au besoin par section de vote ; soit, et cette solution aurait notre préférence, les faire élire par les Conseils Départementaux parmi des candidats pris en dehors de ces Conseils Départementaux.

Ainsi plus nombreux seraient ceux qui participeraient à l'organisation de la profession ; plus populaire, par conséquent, serait l'institution, et moins dépendante aussi, des pouvoirs publics. Car plus le personnel d'une institution est nombreux, moins facile est-il de le tenir étroitement en bride. Pour l'Ordre, tel que constitué par l'ordonnance du 24 septembre 1945, il est, plus que tout, important de sauvegarder jalousement ce qu'il peut lui rester d'indépendance...

P. DOURIEZ.

(1) Bâtonnier Fernand Payen *La discipline du Barreau in. Les règles de la profession d'avocat.*

LE CENTRE DE DIAGNOSTIC

par les Docteurs J. P. LAMARE et M. LARGET

Le Centre de Diagnostic (C. D.) est comme son nom l'indique :

1° **Un Centre**, c'est-à-dire un lieu géographique qui comporte deux caractères :

a) Il est situé aussi près que possible du centre de l'agglomération urbaine ou régionale pour que l'accès en soit le plus commode possible pour tous.

b) Il est une **centralisation** de moyens en personnel et en instruments, qui permet des investigations que leur dispersion habituelle n'autorise souvent pas.

2° Un Centre **de diagnostic**, c'est-à-dire un endroit où doit être établi ou précisé ou confirmé un diagnostic sans qu'y soit dispensé aucun soin.

Le diagnostic des maladies ne peut-il donc pas être fait et de façons précoce et complète par le médecin praticien seul ? Pas toujours.

Il n'est évidemment pas question de faire contrôler le médecin dans l'exercice technique d'une partie de son activité. Ce serait là minimiser à tort la culture du corps médical français qui comporte au contraire une moyenne singulièrement avertie des finesses de son art comparativement à certains pays étrangers. Mais il est des circonstances où un examen complémentaire est indispensable pour l'établissement du diagnostic d'une maladie ou l'interprétation d'un symptôme. C'est alors que le praticien de médecine générale doit recourir aux connaissances particulières du spécialiste qui œuvre, lui, en profondeur dans un domaine limité. Il lui faut parfois aussi des précisions de laboratoire.

Si le praticien a besoin du secours d'un seul spécialiste ou d'un seul laboratoire, il lui est facile d'adresser son malade soit à une consultation hospitalière, soit au cabinet d'un médecin spécialiste. Dans ce cas, le malade, s'il est de condition aisée, rémunérera le spécialiste au tarif normal de celui-ci ; s'il est dit « économiquement faible », ou mieux si sa capacité financière est étayée par une collectivité d'assurances, à un tarif codifié.

Mais si le praticien a besoin du secours de plusieurs spécialistes pour interpréter exactement la signification d'un symptôme ou d'un syndrome, il doit actuellement adresser son malade successivement à plusieurs consultations hospitalières ou au

cabinet de plusieurs spécialistes. Tous les malades même aidés par une collectivité d'assurances, ne peuvent faire les frais de ces consultations multiples parce que le remboursement par les collectivités n'est jamais complet (quelques exceptions mises à part). Et puis ces courses répétées représentent une consommation de temps qui lèse gravement certains travailleurs.

C'est dans ces conditions et pour ces cas partiliers qu'intervient le C. D.

⁂

De ce qui précède, nous pouvons déduire les qualités que doit offrir un C. D. :

1° Il doit être central, cela va sans dire.

2° Il doit centraliser les moyens de diagnostic (en personnel et en outillage) les plus complets et les plus parfaits.

Ceci implique :

A) La présence **simultanée**, au Centre, des spécialistes susceptibles d'être consultés à propos d'un même cas.

Il y faudrait donc : un chirurgien, un oto-rhino-laryngologue, un ophtalmologiste, un gastro-entérologue, un urinaire, un neurologue. Chacun de ces spécialistes pourra s'il le juge bon, après son examen, adresser le malade qui lui est envoyé au collègue spécialiste voisin. Faut-il y souhaiter la présence d'un médecin de médecine générale, d'un médecin hospitalier qui suppléerait le praticien et orienterait le malade vers le spécialiste convenable ? Nous ne le pensons pas. Le rôle qu'y remplirait celui-ci est dévolu au praticien comme nous l'avons démontré dès le début de cette étude.

D'ailleurs l'intérêt bien compris du malade est de consulter toujours en premier le médecin praticien, son médecin de famille. Celui-ci est le plus apte à réaliser, dans le silence et l'intimité de son cabinet de consultation le « colloque singulier » instrument des meilleures confidences, de la connaissance la plus parfaite du malade. Il détient en outre bien souvent les secrets du passé individuel ou familial et ceux-ci importent beaucoup pour l'établissement d'un diagnostic.

La nécessité de l'intervention préalable du médecin praticien est une notion qui, après avoir été négligée, semble bien s'imposer à nouveau. C'est ainsi que dans l'institution du « Service National de la Santé » en Angleterre « les consultations externes des hôpitaux seraient rendues à leur véritable destination de services des médecins consultants et spécialistes **mis à la disposition de tous les praticiens de médecine générale** ».

Au Canada, le Comité consultatif pour la Commission de Sécurité Sociale laisse à l'assuré « le libre choix de son praticien de médecine générale ainsi que des médecins spécialistes ou consultants auxquels celui-ci conseille de recourir » — « Le traitement dans les hôpitaux ou établissements de cures agréés, publics ou privés, ne sera obtenu **que sur présentation du médecin de famille** ».

D'ailleurs, c'est le praticien qui éprouve le besoin d'une documentation complémentaire, c'est lui qui appelle à l'aide soit parce qu'il n'a pas de connaissances suffisantes dans une certaine spécialité (et c'est fort naturel), soit parce qu'il ne dispose pas des instruments d'investigation indipensables (et il ne peut les posséder tous). C'est donc sur la demande du praticien et sur sa demande seule que les moyens complémentaires du diagnostic doivent être mis en œuvre.

B) Dans le même temps devraient être prêts à fonctionner des laboratoires (de chimie, de bactériologie, d'histopathologie pour l'examen extemporané, de radiologie).

Le laboratoire de radiologie doit pouvoir fonctionner pendant le temps des consultations pour le diagnostic de certains traumatismes (entorses avec ou sans fracture), de tumeurs ou infections osseuses, de lésions pulmonaires, ou pour certains cas d'obstétrique. Le laboratoire de microbiologie doit recevoir immédiatement les prélèvements de microbes fragiles (gonocoques, méningocoques) et fournir dans certains cas le résultat d'un examen direct. Le laboratoire de chimie biologique doit être à même de recevoir et de traiter sans attente certains liquides altérables. Le laboratoire d'histopathologie devrait permettre les examens extemporanés. Le fonctionnement de ces différents laboratoires doit donc se faire en même temps que les consultations pour qu'il soit parfait. Cependant pour les trois derniers, dans la majorité des cas, les prélèvements peuvent être envoyés après la consultation dans un laboratoire voisin qui fournira aussitôt que possible le résultat des examens au médecin praticien. Dans ce cas une glacière doit être prévue au Centre pour la conservation de certains prélèvements.

Si ces deux conditions, présence simultanée des spécialistes et des laboratoires, n'étaient pas remplies, il y aurait pour les malades une perte de temps que le Centre est justement destiné à éviter.

c) Les honoraires doivent être fixés de telle manière que les malades ne soient pas financièrement accablés par la multiplicité des examens.

Ces honoraires doivent-ils se réduire à un forfait mensuel versé à chaque spécialiste ? Nous ne le pensons pas. Ce mode de rémunération traduit une manière de fonctionnarisation qui heurte la médecine libre. Comme nous avons établi que chacun des spécialistes ne peut recevoir d'honoraires pour chacune des consultations qu'il donne et comme tous les spécialistes doivent être présents (même si parfois leur présence s'avère inutile), nous pensons que les honoraires pourraient comporter deux parts : la première fixe, mensuelle ou à la vacation, représenterait des frais de déplacement, l'autre serait constituée par la répartition des versements faits par les malades qui ne paieraient qu'une seule consultation, même si leur cas exige l'activité de plusieurs spécialistes (mis à part les frais de radiologie ou de laboratoires d'analyses ainsi que les actes relevant d'un coefficient, P. C. ou K).

La centralisation des spécialités entraîne celle des documents concernant les malades examinés, ce qui facilite l'établissement des statistiques. Celles-ci émanées d'observations bien faites peuvent constituer un appoint important pour l'exercice de la « médecine préventive ».

On peut penser que la centralisation des documents médicaux par un C. D. est insuffisante et dans certains cas inutile. Insuffisante parce que ces documents ne concernent qu'une infime proportion de la population puisque lui échappent la clientèle particulière des praticiens et celle des hôpitaux. Inutile si un hôpital fonctionne dans la même localité : dans les hôpitaux bien équipés et convenablement gérés, les observations sont recueillies et classées et toute statistique est dès lors facile à établir.

⁂

Le C. D. présente aussi, aux yeux de certains, l'avantage d'établir des relations étroites et inhabituelles entre le médecin praticien et les médecins hospitaliers quand ce centre siège à l'hôpital. Mais ces relations existent déjà lorsque les hospitaliers prennent la peine, comme c'est d'ailleurs leur devoir, de renseigner le praticien sur ce qu'ils auront appris, découvert ou pratiqué à propos des malades qu'ils ont exami-

nés ou traités à l'hôpital. Ces renseignements, fournis au praticien grâce à un secrétariat bien organisé, doivent aller au praticien même et surtout si celui-ci ignore le séjour hospitalier de son client, comme il arrive parfois. En revanche, le praticien devrait renseigner l'hospitalier sur ce qu'il sait du malade, de ses ascendants, de sa famille. Ainsi s'établit entre le praticien, un peu isolé, et l'équipe hospitalière (car les hospitaliers doivent travailler en équipe) un courant d'échanges dont les malades ne peuvent que profiter. A ce point de vue donc, le C. D. n'est pas non plus indispensable.

Le C. D. ne joue donc que pour les cas où le praticien hésite sur le choix du spécialiste auquel il doit adresser un malade qui l'inquiète ou le désoriente. Le malade parvenu au Centre devra donc être soumis à l'examen de plusieurs spécialistes. Pour que cela soit possible, il faut de toute évidence que les spécialistes soient à pied d'œuvre en même temps.

Il est rare que plus de deux spécialistes soient nécessaires. La culture des praticiens en France est telle que ceux-ci doivent pouvoir eux-mêmes assurer cette orientation. Ils sont, pour la plupart assez instruits pour n'être pas obligés, afin de dépister l'origine d'une céphalée, de demander à l'oto-rhino-laryngologue d'éliminer les affections sinusales, puis à l'ophtalmologiste de rechercher les troubles de la vue ;au neurologue d'éliminer, si besoin est, la tumeur cérébrale ; au chirurgien d'éprouver la susceptibilité de l'appendice. Il existe, que diable, d'autres symptômes accompagnant le symptôme majeur, que les médecins connaissent bien et qui peuvent orienter le diagnostic s'ils ne l'assurent pas absolument, qui doivent tout au moins guider le praticien dans le choix du spécialiste, que le malade peut alors consulter sans hésitation. Il n'en reste pas moins que, dans un C. D., chacun des spécialistes, dont l'inutilité est imprévisible, doit être présent en même temps que les autres.

⁂

En quel lieu est-il bon d'installer le C. D. ?

Notre sentiment est que le C. D. doit se substituer au Dispensaire. Ce dernier qui établissait des diagnostics et dispensait des soins doit disparaître. Il était destiné principalement aux localités qui ne possédaient pas d'hôpital et rendait des services :

1° Aux nécessiteux qui ne pouvaient, pour des raisons d'insuffisance pécuniaire, consulter les médecins à leur cabinet particulier (les vrais nécessiteux sont de plus en plus rares). Peu à peu, il s'est gonflé de toute la clientèle qui eut pu consulter le médecin chez lui, mais qui trouvait avantageux les prix réduits du Dispensaire. Il a accaparé ensuite, par une propagande dont les médecins faisaient les frais et pour le plus grand profit de sa trésorerie, un grand nombre de ceux qui sont étayés par une collectivité. Ces derniers constituent maintenant le plus clair de sa clientèle. Comme cette clientèle n'est pas nécessiteuse, le médecin se trouve par là-même privé de la majorité de ses ressources. En vérité, les assurés sociaux et les accidentés du travail doivent consulter le médecin chez lui. Le Dispensaire doit donc disparaître et c'est en son lieu et place que le C. D. doit être installé.

2° A tous ceux qui ne trouvaient pas à leur portée un hôpital avec ses services bien organisés. Là où il existe un hôpital, le Dispensaire n'avait aucune utilité. Le fonctionnement double dans un même lieu créait une concurrence nuisible aux malades tiraillés de l'un à l'autre et naturellement aussi aux médecins dont les malades se trouvaient doublement sollicités hors de leur cabinet de consultations. Là où fonctionne un hôpital, le C. D. peut être installé dans cet établissement habituellement bien fourni en personnel et en matériel.

La centralisation par un seul organisme (hôpital s'il en est un, Dispensaire devenu C. D. s'il n'y a pas d'hôpital) offre en outre l'avantage d'une concentration des dossiers médicaux.

⁂

Quel personnel doit assurer le fonctionnement du C. D. ?

Si le C. D. est installé dans un hôpital il est facile et normal de recourir aux services du personnel hospitalier. L'hôpital doit être pourvu de spécialistes capables d'éclairer, de leurs lumières particulières, le diagnostic du praticien et des laboratoires aptes à fournir à ce dernier les examens qu'il demande.

Si le C. D. occupe les locaux d'un Dispensaire les spécialistes de l'agglomération doivent y venir à jours fixes et simultanément. Si la localité ne comporte aucun spécialiste, le C. D. est inopérant. Il n'est pas possible d'imaginer qu'un praticien de médecine générale enverra un de ses clients au C. D. pour en obtenir, fournie par un de ses confrères, la signification d'un syndrome qui le déroute. En revanche, même dans ses conjonctures rudimentaires, un laboratoire de chimie et de bactériologie, un laboratoire de radiologie fonctionnant au C. D. peuvent rendre des services.

⁂

En résumé :

1° Le C. D. est fait pour aider le médecin dans l'établissement d'un diagnostic difficile. Il doit donc fonctionner sur la seule demande du praticien.

2° Il doit apporter aux médecins les renseignements que ceux-ci ne peuvent obtenir par eux-mêmes. C'est donc dans le sens des spécialités qu'il doit être organisé.

3° Les spécialistes doivent y travailler simultanément.

4° Il doit être installé dans un hôpital s'il en est, dans l'ancien Dispensaire ou dans un local nouveau s'il n'y a pas d'hôpital dans la région et s'il n'y avait pas de dispensaire.

5° Il doit être pourvu de laboratoires et singulièrement d'un laboratoire de radiologie.

6° Les malades n'y doivent verser que le prix d'une seule consultation, quelque soit le nombre des spécialistes consultés.

LES NOUVELLES DISPOSITIONS FISCALES

La loi du 14 février 1946 portant création de nouvelles ressources et aménagement de la législation fiscale, promulguée au « Journal Officiel » du 15 février 1946, contient des dispositions particulièrement graves pour le Corps médical que nous publions d'autre part.

Depuis la loi du 24 décembre 1942 le régime normal d'imposition pour les médecins est celui du forfait, les intéressés ayant toutefois la faculté d'être soumis au régime de l'imposition d'après le bénéfice réel à la condition de notifier leur option au contrôleur des contributions directes avant le 1er avril de chaque année. En vue de l'établissement du forfait, les contribuables sont tenus d'indiquer au contrôleur, dans les trois premiers mois de chaque année, les conditions d'exercice de leur profession, notamment : 1° leur ancienneté dans l'exercice de leur profession, leurs titres universitaires et hospitaliers ; 2° le cas échéant, les tarifs spéciaux qu'ils appliquent en raison de ces titres ou d'une situation personnelle particulière ; 3° les services réguliers qu'ils assurent moyennant rémunération pour le compte d'entreprises ou de collectivités publiques ou privées ; 4° enfin et surtout le montant de leurs recettes brutes pendant l'année considérée.

En possession de ces renseignements, le contrôleur propose alors au contribuable le montant du forfait sur lequel portera l'imposition. Si aucun accord amiable ne peut intervenir, on en revient à la procédure d'imposition sur le bénéfice réel et le contribuable est tenu de produire dans les vingt jours de la réception de l'avis qui lui est adressé à cet effet, la déclaration de la nature et du montant de ses dépenses professionnelles et de ses bénéfices nets de l'année précédente.

En principe, le forfait est établi pour une période de deux années. Il est renouvelable par tacite reconduction mais il peut, même en cours de période biennale, être dénoncé par le contribuable dans les trois premiers mois de chaque année et par le contrôleur dans les deux mois suivant l'expiration de ce délai.

Qu'il y ait forfait ou non, les contribuables soumis à l'impôt sur les bénéfices des professions non commerciales, sont tenus d'avoir un livre-journal tenu au jour le jour et présentant le détail de leurs recettes et de leurs dépenses professionnelles. Pour les contribuables que leur profession astreint au respect du secret professionnel, le livre-journal ne doit comporter, en regard de la date, que le détail des sommes encaissées, sans mention des noms des clients.

En vigueur depuis trois ans, ce système fiscal a fonctionné tant bien que mal non pas à la satisfaction, ce serait beaucoup dire, mais à la résignation du Corps médical. La plupart des médecins ont accepté le forfait, après des discussions plus ou moins vives avec leurs contrôleurs, car s'il peut présenter des inconvénients, il présente aussi pour eux des avantages certains : fixation du bénéfice imposable d'après le chiffre de leurs recettes déclarées, suppression du contrôle de leurs dépenses professionnelles, caractère définitif du forfait accepté.

Or la loi du 14 février 1946 apporte de sérieuses modifications à ce régime. Elle déclare tout d'abord que, pour l'établissement de l'impôt sur les bénéfices industriels et commerciaux et de l'impôt sur les bénéfices des professions non commerciales dus au titre de 1946, tous les forfaits imposés en 1945 sont dénoncés de plein droit et sans que le contrôleur ait à notifier cette dénonciation au contribuable dans les délais prévus par la législation antérieure. Sans doute, en raison de la dévaluation progressive de la monnaie et de l'élévation corrélative des bénéfices professionnels apparents, le fisc ne se faisait-il pas faute jusqu'ici de dénoncer les forfaits en cours de période biennale, mais cette fois-ci la mesure est générale et automatique. *Il faut donc que tous les médecins sachent bien que tous les forfaits dont ils ont joui jusqu'ici sont totalement abrogés et qu'ils seront cette année dans l'obligation d'entreprendre avec leurs contrôleurs de nouvelles négociations particulièrement délicates et pénibles.*

C'est qu'en effet un nouveau forfait leur sera bien proposé par l'administration, mais, innovation grosse de menaces et laissant place à l'arbitraire le plus absolu, il ne sera plus basé uniquement sur les recettes déclarées. Le contrôleur devra prendre en considération l'augmentation générale des chiffres d'affaires, *ainsi que les conditions d'exploitation et du train de vie du contribuable dans la mesure où il n'est pas justifié par d'autres sources de revenus.* En bon français, c'est l'imposition sur les signes extérieurs avec toutes les inégalités et les iniquités qu'elle comporte. Vous avez une automobile, un loyer élevé, un ou plusieurs domestiques, votre train de vie est important ? le fisc ne s'inquiètera pas de savoir si, jeune médecin nouvellement installé, vous êtes obligé de faire toutes ces dépenses pour attirer la clientèle et si, en attendant, vous vivez sur votre capital ou à l'aide des subventions que vous verse votre famille. Il ne retiendra que l'apparence et vous proposera un forfait astronomique. Et à côté de vous, exercera un confrère célibataire, dans un appartement modeste, au loyer peu élevé, qui se verra proposer un forfait relativement léger, même s'il a, en fait, la plus grosse clientèle du pays !

Pour parer à ce danger, la loi prévoit bien que le contribuable aura, en toutes circonstances, la faculté de demander, dans un délai d'un mois après la notification qui lui sera faite du nouveau forfait, à être imposé sur son bénéfice réel à condition qu'il ait tenu une comptabilité régulière permettant la détermination de celui-ci.

A vrai dire, cette disposition de la loi du 14 février 1946 semble viser les commerçants en particulier plutôt que l'ensemble des contribuables soumis au régime du forfait, mais nous avons vu que la loi du 24 décembre 1942, qui n'est pas modifiée sur ce point, prévoyait déjà l'imposition sur les bénéfices réels, avec toutes les servitudes qu'elle comporte et notamment la production d'un livre-journal régulièrement tenu et l'obligation d'apporter la justification de toutes les dépenses professionnelles, dans le cas où un accord ne pourrait intervenir à l'amiable entre le contribuable et le contrôleur pour la détermination du forfait. On peut aisément se figurer avec quelle bonne grâce le contrôleur accueillera et vérifiera la déclaration des dépenses professionnelles d'après l'échec de la tentative d'établissement d'un forfait amiable !

Médecins, vous devez vous préparer à subir ce nouvel assaut du fisc. Il n'y a pas si longtemps la propagande officielle nous assurait qu'il fallait retrousser nos manches. Cette fois, il ne s'agit que de retrousser vos poches !

Henri MEILLET.

ANIODOL
LE PLUS PUISSANT ANTISEPTIQUE — NON TOXIQUE
Laboratoires de l'ANIODOL, 3 à 9, Rue des Alouettes — NANTERRE (Seine)
R.C. Seine 540.534
ANIODOL EXTERNE
Désodorisant Universel
Chirurgie - Obstétrique
Hygiène privée
Gynécologie
ANIODOL INTERNE
Gastro-Entérite
Fièvre typhoïde
Diarrhées vertes des nourrissons
Furonculose

ECHOS & COMMENTAIRES

ORDRE ET SYNDICATS.

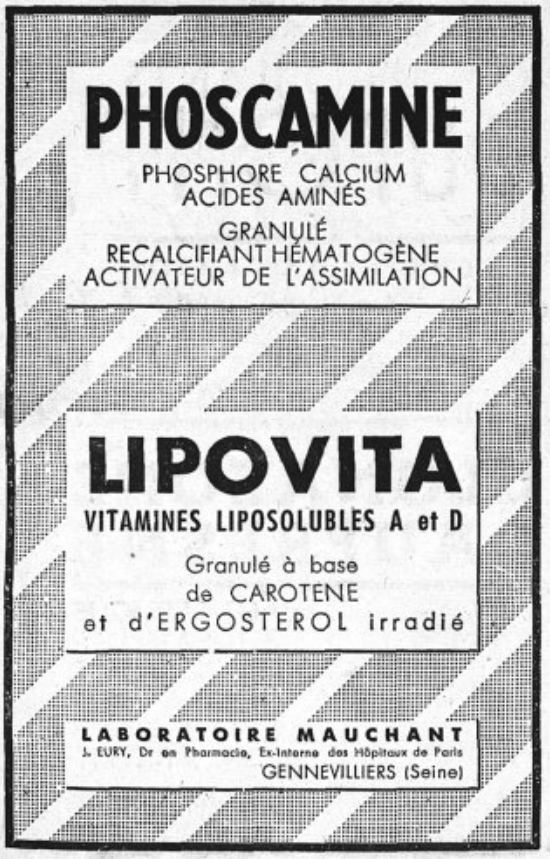
Les élections aux Conseils de l'Ordre, jointes aux préoccupations suscitées par le plan de sécurité sociale, ont donné aux querelles sur les rôles respectifs de l'Ordre et des Syndicats, une actualité fort éloignée de l'académisme où elles s'étaient jusqu'ici réfugiées.

Un article récent, paru dans la GAZETTE MÉDICALE DE FRANCE, contient à cet égard d'heureuses suggestions. Il serait aussi maladroit de faire fi des anciennes compétences que des nouvelles vocations que l'Ordre, par la notoriété attachée à son nom, suscite aujourd'hui. La solution élégante ne consisterait-elle point à créer entre le Conseil National et la Confédération une *Commission mixte* traitant de tous les problèmes nés dans ce domaine mitoyen que la loi n'a point partagé, et faisant arbitrer s'il y a lieu ses désaccords par le Corps médical consulté par voie de referendum ? Ainsi naîtrait l'indispensable *unité d'action* sans que l'on renonçât pour cela aux avantages des deux formules.

Dans un numéro spécial des ARCHIVES HOSPITALIÈRES, M. Balthazard, ancien syndicaliste, nous dit par contre « assister sans émotion à la mort lente du Syndicat » et prononce en peu de mots son oraison funèbre. Il se déclare ordinaliste convaincu, en raison de l'autorité que donne à l'Ordre le fait de grouper tous les médecins. Certes, il manque à l'Ordre d'avoir pour mission « de défendre les intérêts » ; deux solutions : ou rendre le Syndicat obligatoire — mais nos politiciens y répugnent — ou confier la défense des intérêts à l'Ordre, et la volonté des médecins clairement manifesté peut y suffire.

C'est en réalité aller un peu vite en besogne. Une adhésion obligatoire n'est pas une adhésion ; l'Ordre pour l'instant ne tire sa force que de la loi, et le législateur le contrôle de l'intérieur (par la composition de ses Conseils) et par son sommet (Conseil d'Etat). A proprement parler, l'Ordre n'a pas d'adhérents, il n'a que des ressortissants. Certes, la confiance des médecins peut donner à l'Ordre le caractère d'une communauté volontaire et spontanée, et étendre ainsi le champ d'action que la loi lui impartit. Mais alors son autorité dépendra du nombre de ces volontés clairement manifestées, et nous ne voyons pas en quoi l'Ordre diffère alors du Syndicat, sauf par le prestige de son nom. Et le Syndicat garde, lui, la supériorité d'une indépendance légalement hors d'atteinte.

La conclusion de ce débat nous semble avoir été tirée par le Dr Courtois (ARCHIVES HOSPITALIÈRES). L'Ordre est le mainteneur des grands principes dans l'absolu et hors du temps. Le Syndicat n'est pas seulement le défenseur d'intérêts matériels. C'est avant tout l'organisateur de la profession, il se mêle intimement à la vie sociale, dans le temps et dans l'espace; il est « engagé » dans le siècle. Ordre et Syndicat sont ains. dans les rapports du chef de l'Etat au chef du Gouvernement. Il est évident qu'ils doivent travailler ensemble, sans se confondre ni se détruire. Gardons donc les oraisons funèbres pour de meilleures occasions, elles sont pour le moins superflues !





ESCOBAR, RÉDACTEUR DE LA CONVENTION-TYPE.

UN de nos amis nous signale, dans le texte de la convention type, une astuce d'expression qu'il serait dommage de ne pas signaler à l'admiration des foules.

Il a été établi, non sans de tumultueuses discussions, que l'ordonnance délivrée à un assuré social doit rester entre ses mains. Le médecin y inscrit des indications de régime, de mode de vie, d'absorption des médicaments auxquelles le sujet peut avoir à se reporter pour éviter de dommageables erreurs. La Caisse, au contraire, n'a que faire de tels détails ; il lui suffit, pour ses vérifications comptables, de connaître les médicaments prescrits.

C'est un principe que les médecins ont fini par faire admettre et il y a quelques mois une circulaire du ministre du Travail le rappelait explicitement aux Caisses.

Il figure en toutes lettres à l'article 4, paragraphe 2, de la convention-type : « *L'ordonnance est la propriété du malade.* » Mais, ceci dit, le texte poursuit en ces termes inattendus : « *Celui-ci peut en demander à la Caisse la restitution ou la copie.* » On s'attendait à lire : « La Caisse peut en demander communication ou copie. » Ce qui eût satisfait à la fois au principe solennellement proclamé et aux nécessités administratives de la Caisse.

Sans doute espère-t-on, à la faveur de cette volte-face d'expression, créer une équivoque et retirer d'une main ce que l'on vient de donner de l'autre.

Car, qu'est-ce que ce « propriétaire », qui est autorisé à se faire restituer ce qui lui appartient ? Un pauvre sire, et qui sera certainement floué de façon ou d'autre.

LA PROPRIÉTÉ DES ORDONNANCES EN MATIÈRE D'A.S.

POUR faire suite à l'écho précédent et illustrer la façon doucereuse dont ont été déformées les instructions ministérielles dans le texte de la Convention-type, nous croyons intéressant de publier la circulaire, en date du 23 mai 1945, envoyée par le ministre du Travail aux directeurs régionaux des Assurances Sociales :

Mon attention a été appelée par de nombreux assurés sur le fait que les Caisses d'Assurances Sociales omettent de leur restituer les ordonnances médicales. Les intéressés se trouvent par la suite dans l'impossibilité de faire renouveler, si c'est nécessaire, les prescriptions de ces documents.

J'ai l'honneur de vous faire connaître que les ordonnances médicales constituent la propriété de l'assuré et que les Caisses ne sauraient conserver par devers elles, même en invoquant les nécessités du contrôle, les ordonnances qui leur sont réclamées par les assurés sociaux.

Il appartient donc aux organismes d'Assurances Sociales de se conformer aux dispositions de la circulaire du 19 août 1936 en restituant aux intéressés les ordonnances qu'ils ont reçues en communication.

Je vous serais obligé de bien vouloir rappeler ces instructions aux Caisses d'Assurances Sociales de votre circonscription.

Signé : Pierre LAROQUE.

RÉMINÉRALISATION
OPOCALCIUM
du Dr Guersant
IRRADIÉ (GRANULÉ. CACHETS. COMPRIMÉS)
Vitamine D pure cristallisée et
Parathyroïde (extrait)
Sels minéraux directement assimilables
SIMPLE (GRANULÉ. CACHETS. COMPRIMÉS)
Parathyroïde (extrait)
Sels minéraux directement assimilables
Cachets GAÏACOLÉS
Cachets ARSÉNIÉS
Poudre
LABORATOIRES DE L'OPOCALCIUM
96, Rue Orfila PARIS (20e)

FAUTEUILS ROULANTS
DUPONT
Cent ans de spécialisation
dans le confort du malade
VENTE & LOCATION
10, Rue Hautefeuille - PARIS (6e)
Téléphone : DANTON 05-61 - 05-62
Succ. à LYON, 6, Place Bellecour

CLONAZONE DAUFRESNE
ANTISEPTIQUE
SULFAMIDO-
CHLORE
PUISSANT
STABLE
NON IRRITANT
LAB. PHARMACEUTIQUE DAUFRESNE
42, rue Thiers, LE HAVRE

L'ENTENTE DIRECTE EN MATIÈRE D'A.T.

On se rappelle que la loi du 1er juillet 1938 a sonné le glas de l'entente directe en matière d'accidents du travail. Cette loi ne s'appliquait toutefois qu'aux professions non agricoles, jusqu'à ce qu'elle ait été étendue à l'agriculture par un texte du 18 mars 1943. Fallait-il donc admettre que les agriculteurs, petits patrons, adhérant pour eux-mêmes à la législation sur le risque professionnel, seraient fondés à opposer à leurs médecins le tarif des A.T. en une époque où, d'évidence, les conditions économiques et sociales en faisaient des clients « notoirement aisés » ?

Nous avons soutenu à l'époque que l'exploitant agricole contractant avec un médecin devait être considéré, non comme la victime salariée d'un accident, mais comme un patron s'engageant expressément ou tacitement sur les bases du droit commun, engagement valable malgré le caractère d'ordre public de la loi, aux termes de la jurisprudence (Cass. civ., 28 avril 1925). Un de nos lecteurs, ayant suivi notre conseil, se trouva rapidement en conflit, non avec son client loyal et consentant, mais avec sa Compagnie d'assurance qui enjoignit à ce dernier de refuser tout paiement.

Désireux de faire trancher à nouveau, à propos de ce cas particulier, le principe général sur lequel nous fondions notre thèse, nous étions prêts à bénir cette Compagnie d'assurance qui nous permettait ainsi de saisir la justice. Au dernier moment, nous apprenons qu'elle a décidé de s'incliner et reconnu qu'elle n'avait point à faire obstacle aux conventions particulières entre le médecin et son client. Il nous a paru opportun de faire connaître cet heureux résultat, à défaut de jurisprudence. L'abandon d'une résistance devant les premières menaces d'action montre amplement que l'on estime cette résistance peu solidement fondée.

Très curieusement d'ailleurs, l'ordonnance du 19 octobre 1945 intégrant la législation sur le risque professionnel dans le régime de sécurité sociale apporte en cette matière une innovation qui constitue un retour partiel au régime antérieur. Ainsi qu'il en va en matière d'assurances sociales, le médecin peut « dépasser » le tarif qui ne constitue plus un plafond absolu. Il lui appartient seulement de « justifier » le chiffre de ses honoraires, s'il lui est demandé de le faire. C'est en quelque sorte « l'entente directe avec le tiers payant » !

Notons cependant que le texte du 19 octobre ne s'applique pas aux professions agricoles. La solution que nous préconisons conserve donc tout son intérêt.

LE SCANDALE DU RÈGLEMENT DES MÉMOIRES ART. 19.

Les retenues si fréquentes exercées sur les mémoires Art. 19 sont parfois motivées.
Oyez plutôt :

Dans le département de la Somme. chaque fois qu'un mandat arrive, pour régler des soins donnés deux ou trois ans auparavant, on peut lire, après l'énumération des sommes par commune, des gentillesses de ce genre :

« Famille Un Tel, pas de feuille de maladie, réglé A. M. G. »
« Assuré Un Tel, pas cotisé, réglé A. M. G. »

GASTRHÉMA
CONTRE LES ANÉMIES
ASTHÉNIE - ANOREXIE - HYPOPEPSIE
17, Avenue de Villiers — PARIS (17e)
EXTRAIT DE MUQUEUSE D'ANTRE PYLORIQUE
1 à 3 amp. buvables, par jour
FRÉNASMA
TROIS A QUATRE COMPRIMÉS PAR JOUR. UN A DEUX DÈS LE DÉBUT DE LA CRISE.
LABORATOIRES DU GASTRHÉMA
17, AVENUE DE VILLIERS
PARIS (17e)
ASTHME - EMPHYSÈME - BRONCHITES CHRONIQUES - MÉDICATION PRÉVENTIVE, ABORTIVE ET CURATIVE DES CRISES

Thérapeutique artérielle et cardio-rénale
Artères
Spasmes artériels, Hypertension
TENSÉDINE 2 comprimés au début de chacun des 3 repas.
Sclérose vasculaires et viscérales
IODOLIPINE 1 capsule 2 ou 3 fois par jour, aux repas.
Cœur
Syndromes coronariens, Angor, Infarctus, Palpitations, Algies précordiales
COROSÉDINE 2 comprimés 2 ou 3 fois par jour, au début des repas.
Crises angineuses
TRINIVÉRINE 2 à 3 dragées à quelques minutes d'intervalle. Maximum : 10 par jour.
Reins
Insuffisance cardio-rénale, Oligurie
DIUROPHYLLINE 2 à 4 comprimés par jour, à la fin ou dans l'intervalle des repas.
MONAL, DOCTEUR EN PHARMACIE - 13, Avenue de Ségur. PARIS

« Mme Un Tel, soins donnés pendant la grossesse, forfait. »

« Examen prénatal de Mme Un Tel, pas de radio, pas de prise de sang, non réglé. »

Dans les deux premiers cas, l'assuré a été négligent, soit qu'il ait oublié d'envoyer sa feuille à la Caisse (et quel intérêt a-t-il à l'envoyer ?), soit qu'il n'ait pas cotisé. Et c'est le médecin qui est sanctionné !...

Dans le 3e cas, Mme Un Tel, enceinte, a pu se faire soigner pour un panaris, ou pour une angine. Peu importe, pour les Caisses cela fait partie de la grossesse !...

Dans le 4e cas, on pourrait croire qu'un examen général et local, même sans radio et sans B. W., vaut tout de même quelque chose. Rien du tout, disent les Caisses, c'est pour le plaisir...

Les Syndicats devraient saisir l'occasion qui leur est offerte, actuellement, non pas pour tenter d'améliorer le système, mais pour obtenir la suppression pure et simple de l'article 19, qui n'a plus aucune raison d'exister, les allocations familiales substantielles permettant à tous les ouvriers chargés de famille nombreuse de verser à leur médecin des honoraires dont 80 % leur seront remboursés sous quinze jours.

CORRESPONDANCE

ACCIDENTS DU TRAVAIL

4166. — Accident du travail. Libre choix de l'établissement hospitalier.

Est-ce que la direction d'une Compagnie de mines a le droit d'hospitaliser obligatoirement ses blessés dans un hôpital d'une autre Compagnie ? En d'autres termes, est-ce que le libre choix du blessé s'étend aussi à l'établissement hospitalier de son choix quand cet établissement accepte comme tarif d'hospitalisation le tarif ministériel de l'hôpital du ressort ? Si le patron fait pression pour l'hospitalisation dans un établissement qu'il choisit, ne va-t-il pas à l'encontre de la loi ? Et peut-on l'obliger à respecter le libre choix de l'établissement hospitalier ?

Dr S.

Réponse

La loi sur les accidents du travail réserve expressément à la victime le choix de son médecin et de son pharmacien. Aucune disposition analogue n'existe pour le choix de l'établissement dans lequel la victime doit être hospitalisée lorsque cela est nécessaire. Mais le silence de la loi sur ce point ne peut être interprété comme permettant au chef d'entreprise d'imposer à la victime son hospitalisation dans un hôpital déterminé.

En effet, la loi prévoit en principe l'hospitalisation dans un établissement public. Mais elle prévoit aussi le cas où l'accidenté est hospitalisé dans une clinique privée dont les taux et conditions sont plus élevés que dans

NEO-CODION
Gouttes et Dragées
PUISSANT SÉDATIF DE LA TOUX
• Le Camphosulfonate de Codéine
• Le Camphosulfonate de Dionine
Laboratoires du Dr BOUCHARA
47, Rue de Bretagne
PARIS-3e • Arch. 94-65

CHLORO-MAGNESION
Asthénie - Modificateur du Terrain
DRAGEVAL
Insomnies - Anxiété
FER-OVARINE VITALIS
Insuffisances ovariennes
TENSORYL
Hypertension artérielle
FER-ANDRINE VITALIS
Infantilisme - Carence sexuelle
DESCOURAUX et Fils, 52, Boulevard du Temple, PARIS

CALMOPELVINE
Dragées
ANTISEPTIQUE URINAIRE
LABORATOIRES FERGANT
81, Rue Réaumur, PARIS - Tél. : Central 37-91

les établissements hospitaliers publics. Dans ce cas, l'employeur n'est tenu au paiement des frais que dans les limites des tarifs des établissements hospitaliers publics.

Par conséquent, la victime d'un accident du travail peut se faire hospitaliser à son choix dans tout établissement hospitalier public, ou dans toute clinique privée qui veut bien l'accepter, et le patron ne peut le contraindre à se faire hospitaliser dans un établissement plutôt que dans un autre.

★

AUTOMOBILISME

Permettez-moi d'abord de vous remercier pour les conseils précieux et utiles que vous voulez bien nous donner dans le CONCOURS MÉDICAL.

Dans votre chronique du *Concours Médical* nº 1 du 10 janvier 1946, p. 23, vous écrivez qu'il est difficile pour le moment de se procurer « un chargeur de garage ». Cela est, hélas ! vrai. J'ai attendu six mois pour avoir celui actuel dont je suis satisfait puisque, par les temps aussi froids que ceux actuels, je pars chaque matin au démarreur après une charge nocturne.

Voici le nom de l'appareil : Wertric, modèle B, chargeur oxymétal Westinghouse, 6 à 12 volts, 60 watts, nº 27326. Je l'ai payé ici 2.000 fr. J'ai reçu depuis un prospectus de la maison Société Pierre Faure, 20, place de la Madeleine pour un chargeur P.F. 45, au prix de 3.750 fr.

Je vous transmets ces renseignements, pensant être utile aux confrères qui pourront vous écrire à ce ujet.

Dr G...

BAUX ET LOCATIONS

4375. — Baux et locations. Utilisation des locaux loués.

Un médecin de Paris a loué un appartement à usage bourgeois ; le bail comporte la clause qui suit : « Il est bien spécifié que M. X... s'interdit d'exercer dans les lieux loués aucune activité professionnelle et s'interdit de recevoir de la clientèle. S'il venait à contrevenir à cet engagement, la location serait résiliée de plein droit. »

La clause est-elle valable ? Le médecin qui a signé la clause peut-il passer outre et exercer son art dans les locaux loués ?

Dr D.

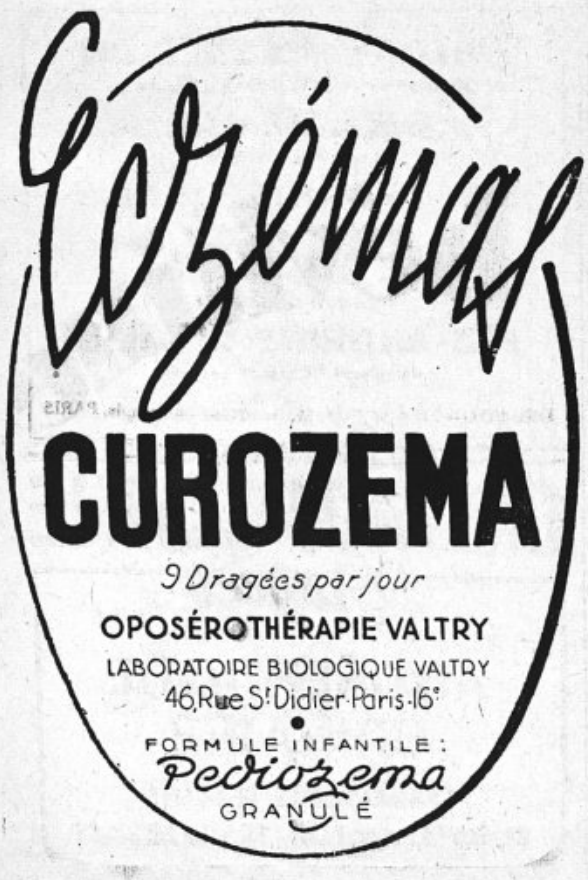
Réponse

Aucune disposition des lois d'exception abondantes, provisoirement restrictives des droits des propriétaires, n'a porté atteinte jusqu'ici à la validité des clauses des contrats de location précisant l'usage qui doit être fait des locaux.

Jusqu'à présent, il est parfaitement licite pour un propriétaire de stipuler dans un bail sous peine de résiliation, que les locaux devront être affectés uniquement à l'habitation, sans pouvoir être consacrés, même partiellement, à une activité professionnelle quelconque.

En cas de contravention à cette clause, la résiliation du bail pourrait être prononcée et l'expulsion du locataire ordonnée. Sur ce dernier point, le droit du propriétaire est plus théorique que pratique, car, à l'heure actuelle, on n'expulse aucun locataire, même ceux qui ne paient pas leur loyer.

Mais toute contravention au bail sur ce point pourrait entraîner, en outre de la résiliation de principe, une condamnation à des dommages-intérets ou à une astreinte pour obliger le locataire à cesser de recevoir des clients





EXERCICE DE LA MÉDECINE

4220. — Partage des honoraires avec une clinique et article 13 de l'ordonnance du 24 septembre 1945.

Je lis dans le CONCOURS MÉDICAL l'ordonnance du 24 septembre 1945 sur l'organisation de la Profession médicale.

Je vois à l'article 67 que les médecins, qui ne sont pas propriétaires de leur matériel et du local dans lequel ils exercent, doivent communiquer un contrat écrit au Conseil de l'Ordre.

Cet article me concerne. En effet, j'exerce une grande partie de mon activité dans une clinique chirurgicale qui met à ma disposition un local, du matériel radiologique et une manipulatrice.

Cette clinique appartient à une société anonyme. En contrepartie de ces avantages (qui comprennent également la fourniture des films radiologiques), j'abandonne à la clinique la moitié de mes honoraires.

Je n'ai pas de contrat écrit, mais un accord verbal.

Ce *modus vivendi* est-il licite et ne tombe-t-il pas sous le coup de l'article 13 de l'Ordonnance ?

De toute façon, je crois que je vais être obligé de faire un contrat écrit et de le soumettre au Conseil de l'Ordre. Aussi, je vous serais très reconnaissant de me donner quelques conseils pour la rédaction de ce contrat, au besoin, me donner un modèle.

Dr P.

Réponse

Il est exact, en effet, que l'article 13 de l'ordonnance du 24 septembre 1945 interdit à toute personne ne remplissant pas les conditions requises pour l'exercice de la profession de recevoir, en vertu d'une convention, la totalité ou une quote-part des honoraires ou des bénéfices provenant de l'activité professionnelle d'un médecin.

Il est non moins exact que l'article 67 de la même ordonnance fait obligation aux médecins de communiquer au Conseil de l'Ordre les contrats ayant pour objet l'exercice de leur profession, et, s'ils ne sont pas propriétaires de leur matériel ou du local dans lequel ils exercent ou exerceront leur profession, les contrats leur permettant l'usage du matériel et du local.

Il se peut, en effet, que le Conseil de l'Ordre, lorsqu'il sera constitué, estime que le contrat que vous avez passé avec la clinique chirurgicale soit contraire aux dispositions de l'article 13 et qu'il vous fasse injonction de modifier cette situation. A notre avis, il serait donc préférable de ne pas attendre des remontrances, sans doute inévitables, du Conseil de l'Ordre sur ce point, et prendre les devants pour régulariser votre situation dans les termes de l'article 13.

Au lieu de stipuler un partage de vos honoraires avec la clinique, il faudrait, dans le nouveau contrat, que vous vous engagiez à verser à celle-ci un véritable loyer comprenant la valeur du local mis à votre disposition, la rémunération des services que vous rend la manipulatrice, plus l'amortissement du matériel radiologique et le remboursement de fournitures diverses.

Pour la détermination de ce loyer, il nous semble que le prix pourrait être variable suivant le nombre des actes médicaux accomplis par vous, puisque du nombre de ces actes médicaux dépendront l'usure du matériel et l'importance des fournitures.

Une telle convention, à notre sens, ne serait pas contraire aux dispositions de l'article 13, car elle n'aurait pas pour but le partage des honoraires, mais la fixation d'une redevance parfaitement normale pour des services qui ne sont pas prohibés par l'article 13, tout en vous laissant une totale indépendance technique et morale vis-à-vis de vos clients.





DEMANDES ET OFFRES

N° 141. — Médecin demande remplacement ville ou campagne. Ecr. M. Royer, 8, rue Mésangère, à Valence (Drôme).

N° 142. — A céder très bon poste de campagne, à 80 km. de Cannes. Conditions avantageuses.

N° 143. — Cause maladie, poste médical propharmacie, à céder avec cabinet installé, instruments, moto, dans le Lot-et-Garonne. Gros rapport.

N° 144. — Appareil ondes courtes. Diathermie Chenaille neuf. A céder, également forceps, galvanocautère, miroir de Clark etc,...

N° 145. — Docteur cherche clientèle, même petite, à Lyon ou banlieue immédiate.

N° 146. — Achète conférences préparatoires à l'externat des hôpitaux de Paris, les trois séries complètes, si possible. Dr Courtot, à Delle (Terr. de Belfort).

N° 147. — Suis acheteur radioscopie-graphie portatif, lampe U.V. diathermie.

N° 148. — On demande médecin célibataire catholique pour poste grande banlieue, de préférence otorhino. Ecr. journ. qui transm.

N° 149. — Recherche reprise poste O.R.L. et yeux ou O.R.L. seulement.

N° 150. — Médecin ancien colonial, expérience, exerçant actuellement médecine générale, poste fatigant, désire trouver, poste consultant intéressant station thermale. Ecr. journ. qui transm.

N° 151. — Grosse clientèle à céder, médecine générale, fixes importants. S'adr. journ. qui transm.

N° 152. — Dame ayant géré pharmacie avec son mari accepterait poste secrétaire ou infirmière auxil. près médecin. Toutes garanties honorables et sérieuses (Visa).

N° 153. — Poste radioscopie-graphie pour praticien, à vendre. S'adr. Dr Chabrier, à Septeuil (Seine-et-Oise).

N° 154. — Sage-femme active cherche poste, même dans pays sinistré.

N° 155. — Médecin 37 ans, marié, 2 enfants, expérimenté, cherche à reprendre poste médical important, rural de préférence. Condition indispensable grande maison avec jardin. Dr Palluel, à Saint-Saturnin-lès-Avignon (Vaucluse).

N° 156. — A céder, à 1 h. et demie de Paris, grosse clientèle médecine générale et radio. Rapport important. Urgent.

N° 157. — A céder ou échanger au besoin, excellent poste dans chef-lieu de canton 160 km. sud de Paris. Maison tout confort. Ecr. journ. qui transm.

N° 158. — Médecin, 35 ans, P.G. rapatrié 1945, cherche poste important à créer ou à reprendre. Préférence Indre-et-Loire, limitrophes ou région parisienne. Ecr. journ. qui transm.

N° 159. — Jeune confrère, libre l'après-midi, cherche place d'aide dans clinique ou assisterait confrère surchargé.

N° 160. — Jeune confrère, en stage 6 mois à Paris, cherche chambre ou appartement meublé.

N° 161. — Urgent. A céder poste médical à Vittel (Vosges), ou à défaut remplaçant. Téléph. Aut. 39-53, le matin jusqu'à 10 heures.

N° 141. — Confr. fatigué recherche poste demi-repos ttes régions, sauf Nord et Est, ou situation analogue.

N° 142. — On désire acheter fusil de chasse, bon état, de préférence marque Darne.

Gérant : J. MIGNON G. Blanchong et Cie, 30, rue du Poteau, Paris. — 31.1040
Février 1879 Dépôt légal : N° 8 1er trimestre 46

INTESTARSOL
granulé
TOXI INFECTION INTESTINALE
PARASITOSES
Laboratoire H. CALAS
162, Rue de l'HAY
GENTILLY (Seine)



CHLORO-CALCION

Boldolaxine

LABORATOIRE EMILE CHARPENTIER
7, RUE DU BOIS DE BOULOGNE PARIS. XVI!

NÉOSPLÉNINE



LA 1E SYNERGIE
À BASE D'EXTRAITS
DE RATE-FOIE
MUQUEUSE GASTRIQUE

TOUTES DÉFICIENCES ORGANIQUES

LABORATOIRE DU DOCTEUR E. AUBERT
71, RUE STE-ANNE - PARIS 2E

Toutes les indications du Calcium et de la Vitamine D

ULTRACALCIUM

PHOSPHORE CALCIUM VITAMINE D

RECALCIFIANT COMPLET ET ÉQUILIBRÉ

EN COMPRIMÉS OU DRAGÉES A CROQUER

LABORATOIRES DEROL, 66 TER RUE ST DIDIER. PARIS 16E

LYSATS VACCINS du Dr DUCHON

GYNÉCO VACLYDUN



INFECTIONS DE L'APPAREIL GÉNITO-URINAIRE DE LA FEMME

LYSAT VACCIN POLYVALENT EN AMPOULES DE 2 CC
VOIE BUCCALE OU SOUS-CUTANÉE
Injections de 1 CC les premiers jours, 2 CC ensuite

Laboratoires CORBIÈRE, 27 R. Desrenaudes PARIS (XVII E)

68e ANNÉE — N° 11 — 20 MARS 1946

LE

CONCOURS MÉDICAL

37, RUE DE BELLEFOND - PARIS (9e) - TRU 33-66

379 à 381

SOMMAIRE

PARTIE SCIENTIFIQUE.

ACTUALITÉ THÉRAPEUTIQUE : Les Maladies du traitement (Dr G. FISCHER) 233
Sur les accidents du Sulfarsenobenzol (Dr M. CHEVALLEY et A. HADENGUE) 235
Les furoncles de la lèvre supérieure et de l'aile du nez (Georges PASCALIS) 237
L'ACTUALITÉ BIOLOGIQUE : Encore un cas de grossesse méconnue par le Laboratoire d'analyse (Dr Paul MATHIEU) 237
LES SOCIÉTÉS SAVANTES, 238. — LA PRESSE, 239.

PARTIE PROFESSIONNELLE.

PROPOS DU JOUR : Guerre et Mortalité (Dr G. LAVALÉE) 242
ORGANISATION PROFESSIONNELLE : Assurances Sociales. Esquisse d'une réforme (Jean MIGNON) 243
La Nouvelle Nomenclature des Actes Professionnels (Dr Fernand DECOURT) 245
Eclaircissements sur l'article 13 (Dr CAFFORT). 246
Une réunion d'information communiste (Dr DE FONT-REAULX) 247
CONNAITRE : Cahiers d'Humanisme Médical. « Education et Médecine » (Dr BIANCANI). 247

DEMI-COLONNES.

DERNIÈRES NOUVELLES, 226 — A TRAVERS « L'OFFICIEL », 229. — ECHOS ET COMMENTAIRES, 249. CORRESPONDANCE, 253.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
BIBLIOTHÈQUE

OUABAÏNE
ARNAUD

Dysendocrinies masculines et féminines.
OPO - IODAMELIS
Formule "M" — Formule "F"
2 à 6 comprimés par jour.
Laboratoires Jacques LOGEAIS
Issy-les-Moulineaux-Paris

Recalcification de l'Organisme
TRICALCINE
Rachitisme - Fractures
Tuberculose - Grossesse
Lab. SCIENTIA
Dr PERRAUDIN
21, Rue Chaptal, PARIS

Toux *Coqueluche*
ÆTHONE
Laboratoire de l'ÆTHONE 35, rue Boissonnade, PARIS

Opothérapie Hématique (amp. buv.)
GLOBEXINE
Anémies - États infectieux
Misère physiologique
Labor. SCIENTIA
Dr PERRAUDIN
21, rue Chaptal, PARIS

NATIBAÏNE
NATIVELLE

DERNIÈRES NOUVELLES

Académie de médecine.

MM. André Thomas et Et. Chabrol sont élus membres titulaires de l'Académie dans la première section (*médecine et spécialités médicales*).

Faculté de médecine de Lyon.

Une *Ecole de massage et de kinésithérapie* vient d'être créée à la Faculté de médecine de Lyon. Elle donnera l'enseignement aux candidats au brevet de masseur médical.

Hôpitaux de Paris.

Les *concours des prix de l'internat* auront lieu : le 3 juin 1946 (concours de médecine) et le 6 juin 1946 (concours de chirurgie et d'accouchements). Inscriptions, 3, avenue Victoria, du 3 au 17 avril.

Hôpital Bon-Secours.

Internat. — Un concours d'internat sera ouvert le 4 avril 1946, à l'hôpital Notre-Dame de Bon-Secours, 66, rue des Plantes, Paris (14e). Inscriptions à la direction de l'hôpital jusqu'au 27 mars inclus.

Conseil Départemental de la Seine de l'Ordre des Médecins.

Résultat du Scrutin du 3 mars 1946. — Nombre de votants : 4.217 ; bulletins blancs ou nuls : 29. Membres titulaires :

Ont obtenu et ont été élus membres titulaires MM. les docteurs : Lafay Bernard, 3.609 voix. — Boudin Georges, 2.665. — Balthazard Victor, 2.584. — Portes Louis, 2.258. — Oberlin Serge, 2.040. — Piedelièvre René, 1.982. Ameuille Pierre, 1.966. — Funck-Brentano, 1.880. — Coliez Robert, 1.792. — Lecœur Jacques, 1.792. — Tissier-Guy, 1.759. — Huet Jean, 1.747. — Buvat J.-F., 1.683. — Debray Robert, 1.598. — Poumailloux, 1.584. — Courtial André, 1.555. — Ledoux Philippe, 1.487. — Guillaumat Robert, 1.479. — Brocart Robert, 1.473. — Quivy Jean, 1.465. — Bouteau Pierre, 1.459. — Guyot Louis, 1.410. — Le Lorier, 1.408. — Richier Jacques, 1.399.

Membres suppléants : Duvelleroy Albert, 1.388. — Drouet Georges, 1.387. — Sejournet Pierre, 1.378. — Caillard Pierre, 1.362. — Menegaux Georges, 1.362. — Cherigie Edouard, 1.316. — Tournafond Paul, 1.280. — Vulliet Charles, 1.260. — Fanton d'Andon, 1.246. (*Communiqué.*)

Note. — *M. le Dr Tournay, élu 5e avec 2.135 voix, a été déclaré inéligible par la commission de dépouillement.*

Comité de Coordination des Conseils départementaux de l'Ordre des médecins de la région parisienne.

Le Comité de Coordination des Conseils Départementaux des Médecins de la Région Parisienne s'est réuni le 3 février 1946 sous la présidence du Docteur Tissier-Guy.

Le Comité a pris connaissance du rapport émanant de l'Union des Caisses d'Assurances Sociales relatif au fonctionnement du contrôle technique en 1945. D'après ce rapport, 73 plaintes ont été déposées par l'Union des Caisses contre des Médecins de la Région Parisienne ; 17 seulement avaient trait à des abus d'honoraires.

Le Comité de Coordination a étudié longuement la future organisation du contrôle technique et du contentieux en matière de soins donnés aux Assurés Sociaux sous le régime de l'Ordonnance du 19 octobre 1945. Il a estimé que l'intérêt de tous, des médecins comme des Caisses, était d'associer dans le fonctionnement du contrôle technique les Syndicats départementaux, les Conseils départementaux de l'Ordre et le Conseil Régional de l'Ordre. Dans ce but, il a émis un certain nombre de suggestions sur la manière dont la liaison et la collaboration de ces divers organismes pourraient être réalisées dans la pratique. (*Communiqué.*)

Chambre syndicale des médecins de la Seine.

L'Assemblée générale des anciens Syndicats de la Seine (S.M.S.), Syndicat de Paris (S.M.P.), Syndicat de Banlieue Est et Sud, de Banlieue Ouest et Nord, a eu lieu le 6 février 1946, à la Confédération des Syndicats Médicaux.

Pulmosérum

SOLUTION CODÉINÉE AU GAIACOL ACIDE PHOSPHORIQUE

Expectorant
Anti-dyspnéique
Tonique général

AFFECTIONS des VOIES RESPIRATOIRES

GRIPPE ET COMPLICATIONS

3 à 5 cuillerées à soupe par jour.

LABORATOIRES A. BAILLY
SPEAB · 15, RUE DE ROME · PARIS 8e

Régulateur du travail du cœur

GUIPSINE

4 à 10 pilules par jour

Laboratoires du Dr M. LEPRINCE
62, Rue de la Tour, PARIS (XVIe)

Jécol

L'auxiliaire physiologique du foie

LAB. JÉCOL, COURBEVOIE

Tour à tour, le docteur Boelle, Président du S.M.S., le docteur Biard, Président du S.M.P., le docteur Fanton-d'Andon, Président du Syndicat Est et Sud, proposent la dissolution de leurs Syndicats respectifs suivant le plan prévu à la naissance de la Chambre Syndicale.

Ils évoquent l'actif passé syndical de chacun d'eux, la nécessité actuelle d'un Syndicat départemental unique. La dissolution des trois Syndicats et la dévolution de leurs biens à la Chambre Syndicale des Médecins de la Seine est décidée presque à l'unanimité. Le Syndicat de Banlieue Ouest et Nord avait déjà procédé aux mêmes opérations de dissolution et de dévolution de ses biens à la Chambre Syndicale.

Ces quatre Syndicats ont voulu faire une démonstration de l'union professionnelle dans la Seine. Ils exhortent leurs Membres à adhérer d'urgence, s'ils ne l'ont déjà fait, à la Chambre Syndicale, Syndicat départemental unique à caractère fédératif.

Nous devons signaler toutefois que la Banlieue Est et Sud avait mis pour condition à sa dissolution une représentation cantonale servant de base pour l'élection de ses Délégués au Conseil de la Chambre Syndicale. Cette dernière, qui tient aussitôt après son Assemblée Générale, sous la présidence du docteur Sénéchal, Vice-Président, ratifie le règlement intérieur qui donnera satisfaction aux Syndiqués de Banlieue.

Le docteur Sénéchal évoque la grande figure du regretté Président de la Chambre Syndicale, le Professeur Fiessinger. Le docteur Dupas fait ensuite un exposé critique de la loi de Sécurité Sociale et de la position d'attente prise par la Chambre Syndicale de la Seine et beaucoup d'autres départements, qui se traduit par la non-signature de Conventions avec les Caisses tant qu'un aménagement de certains articles de la loi n'aura pas été effectué à la satisfaction du Corps Médical.

Dans la discussion qui suit, le docteur Cibrie annonce que des tractations ont lieu entre la Confédération et les Pouvoirs Publics en vue de la délimitation d'un « secteur libre » en médecine sociale.

L'Assemblée fixe la cotisation pour 1946 à mille francs, dont cinq cents francs constituent la cotisation confédérale. (*Communiqué.*)

Comité Intersyndical des Médecins de la Région Parisienne.

Les honoraires minima dans les départements de la Région Parisienne. — Les honoraires minima ont été relevés dans le département de la Seine à la date du 1er février, et sont maintenant les suivants :

C : 100 fr. ; V : 130 fr. ; VD : 175 fr. ; VN : 250 fr.

PC et K : 60 fr. Accouchement : 3.500 fr.

Par suite d'un oubli D1 et D2 qui symbolisent les actes d'obstétrique des spécialistes n'ont pas été fixés.

Dans la Seine-et-Oise les honoraires sont les suivants :

1° Pour la zone urbaine :

C : 100 fr. ; V : 120 fr. ; VD : 175 fr. ; VN : 240 fr. ; PC et K : 60 fr. ; Accouchement : 3.000 fr

2° Pour la zone rurale :

C : 90 fr. ; V : 110 fr. ; VD : 150 fr. ; VN : 175 fr.; IK : 8 fr; PC et K : 60 fr. Accouchement : 2.500 fr.

Dans la Seine-et-Marne, les honoraires sont ceux de la zone rurale de Seine-et-Oise.

En Eure-et-Loir, les honoraires ont été relevés à la date du 1er février et sont les suivants :

C : 80 fr. ; V : 100 fr. ; PC et K : 60 fr. ; VD et VN : 200 fr. ; IK : 10 fr. ; Accouchement : 3.000 fr.

Confédération des Syndicats Médicaux Français.

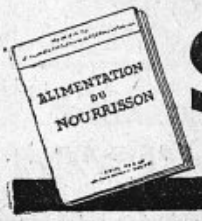
Voici la suite des ordres du jour adoptés par le Conseil de la Confédération lors de la réunion du

Le Concours Médical
Fondé en 1879 par A. Cézilly.
Directeur honoraire : Docteur J. Noir.
Directeur : Dr G. Lavalée.
Rédacteur en Chef : Dr G. Fischer.
Rédaction, Administration et Publicité, 37, Rue de Bellefond, Paris 9e).
Téléphone : TRU 33-66. R. C. Seine 76.579.
Chèques postaux, Paris 167-95.
Abonnements : 1 an, 250 francs. - Etudiants, 125 fr. Le N° 10 fr. Changem. d'adresse 5 fr.



TOPIQUE INTESTINAL
COLITES, ENTÉROCOLITES, INTOXICATIONS, INFECTIONS
LANCOSME - 71, Av. Victor Emmanuel III, Paris (8e)

GASTRHÉMA
Anémies — Anorexie
Hémogénie — Hypopepsie
GASTRHÉMA
Asthénie — 1 à 3 ampoules buvables par jour
Méthode de Castle — 17, Av. de Villiers, Paris-17e
GASTRHÉMA


UNE FARINE véritablement MALTÉE
La Farine SALVY subit en cours de préparation, et sous le contrôle d'un pharmacien, une **action diastasique effective.** Les éléments amylacés sont en grande partie transformés en **sucres solubles, maltose et dextrines.**
La Farine SALVY est un produit **homogène, diastasé et prédigéré.** C'est l'aliment parfait des enfants **avant, pendant et après le sevrage.**
Envoi sur simple demande adressée à SALVY, 4, Rue de Lambrechts à COURBEVOIE (Seine) du MÉMENTO D'ALIMENTATION ET DE DIÉTÉTIQUE INFANTILES.
* Farine DIASTASÉE


SALVY
Préparée par BANANIA

24 *février dernier. (Cf. notre numéro du 10 mars).*

ACCIDENTS DU TRAVAIL. — Le Conseil décide :

1° de traiter comme un client ordinaire le blessé qui se présentera chez un médecin pour un accident qu'il attribuera au travail, mais sans être porteur d'un bulletin de visite.

Le Conseil juge inadmissible l'obligation imposée au médecin « d'informer par lettre recommandée l'employeur indiqué par le client ».

2° De protester par tous moyens contre les sept certificats exigés pour l'accident le plus banal.

C'est à l'employeur, ou à l'assureur substitué, qu'il appartient de prendre tel nombre de copies, qu'il juge utiles, du certificat initial et du certificat de guérison.

Le Conseil demande que le projet de règlement d'administration publique afférent à l'Ordonnance sur les Accidents du Travail, soit communiqué à la Confédération des Syndicats Médicaux Français, et qu'un délai suffisant lui soit laissé pour une étude sérieuse, et la rédaction de ses observations.

Le Conseil décide d'entamer une action auprès du Parlement, à l'effet d'obtenir les modifications qu'il juge indispensables à l'Ordonnance n° 45-2453 du 19 octobre sur les Accidents du Travail.

Le présent Ordre du Jour sera adressé à Monsieur le Ministre du Travail. (*Adopté à l'unanimité.*)

MÉDECINE DE MINES. — Le Conseil décide la mise au point rapide de moyens d'action, en vue d'obtenir la modification du système actuel de la Médecine de Mines, et son remplacement par le régime de la Sécurité Sociale, dont bénéficient les autres travailleurs français.

Donne mandat au Dr Berche (Pas-de-Calais) et au Secrétaire Général, pour étudier le programme de cette action.

TOXIQUES. — Le Conseil,

après examen des dispositions du Décret du 28 août 1945, concernant la prescription des substances toxiques, confirme la décision prise le 15 décembre 1945, et proteste formellement :

1° contre la création d'un nouveau carnet à souches, que le médecin devrait avoir toujours sur lui ;

2° contre l'obligation, pour le médecin, de conserver les souches pendant 10 ans

3° contre la responsabilité, imposée au médecin, de vérifier l'identité du malade.

Le Conseil fait remarquer que ce ne sont pas des mesures de cet ordre qui réduiront les toxicomanies.

La Confédération des Syndicats Médicaux Français réclame la suppression pure et simple des dispositions susvisées. (*Adopté à l'unanimité.*)

PENSIONS. — Le Conseil,

Constate que n'est pas réalisée la promesse faite à plusieurs reprises par le Ministre du Travail, d'adapter le fonctionnement de l'art. 64 au système de la Sécurité Sociale, par alignement avec la formule adoptée pour les accidents du travail.

Désireux de ne pas apporter de bouleversement immédiat au fonctionnement de l'art. 64, accepte, à titre transitoire, les augmentations indiquées dans la lettre de M. le Ministre des Anciens Combattants, à la date du 11 février 1946, sous réserve d'effet rétroactif au 1er janvier 1946.

Fait connaître à M. le Ministre des Anciens Combattants que cette situation ne saurait se prolonger sans mettre en péril l'esprit de collaboration du Corps Médical au système de la Sécurité sociale.

A.M.T. — Le Conseil,

En présence des abus auxquels a donné lieu l'application du système de l'A.M.T., en raison de l'imprécision des textes,

Soucieux de ménager les deniers publics et de freiner les dépenses que ces abus ne peuvent que développer,

Considérant, d'autre part, que l'ordonnance instituant l'A.M.T. a été prise sans que le Corps Médical ait pu donner son avis, et que des dispositions spéciales lui ont été, de ce fait, *imposées.*

DECIDE :

De s'opposer formellement à la reconduction de l'A.M.T., c'est-à-dire à toute prolongation des délais d'application du système de l'A.M.T., tels qu'ils ont été fixés par l'ordonnance du 26 mai 1945.

(*Adopté à l'unanimité.*)

Néorologie.

Nous avons le regret d'annoncer la mort du docteur Albert André, de Paris ; du docteur L. Verdier, chef des travaux honoraire de médecine légale à la Faculté de Toulouse.

Le docteur Tixier, de Rebais (S.-et-M.), fait part du décès de son fils François-Xavier, à l'âge de 2 ans 1/2.

URISANINE
antiseptique urinaire
diurétique et balsamique
- 1 à 3 cuill. à café par jour -
Laboratoires LONGUET - 34, rue Sedaine - Paris

DIGIBAÏNE
remplace avec avantage
digitale et digitaline
LABORATOIRES DEGLAUDE
15, Boulevard Pasteur — PARIS-XV°

GRIMAULT
DELBIASE
Stimulant biologique général
Dermatoses - Prophylaxie du cancer
LABORATOIRES GRIMAULT
51, RUE FRANÇOIS-Ier - PARIS

A TRAVERS L'OFFICIEL

EXERCICE DE LA MEDECINE

Arrêtés ministériels des 19 novembre 1945 et 29 janvier 1946 accordant ou refusant à des praticiens étrangers le droit d'exercer en France.

Article premier. — Les praticiens étrangers dont les noms suivent, titulaires du diplôme d'Etat français de docteur en médecine, sont autorisés à exercer pour une durée de six mois renouvelable la profession de médecin, dans les conditions des articles 1er et 4 de l'ordonnance du 6 août 1945 et sur toute l'étendue du territoire français métropolitain :

M. Altar (Lazare), né le 12 décembre 1909, à Jassy (Roumanie), demeurant à Montigny-sur-Loing (Seine-et-Marne).

M. Koerner (Iecheskiel), né le 6 décembre 1911 à Rohozna (Roumanie), demeurant au sanatorium « La Maison Blanche », Vence (Alpes-Maritimes).

M. Nusem (Haimnoch), né le 17 octobre 1910 à Odoberti (Roumanie), demeurant 48, rue de la Glacière, Paris (13e).

M. Snapic (Marc), né le 19 janvier 1912 à Bacau (Roumanie), demeurant 5, rue Papère, Marseille.

M. Voloch (Oscar), né le 29 avril 1913 à Stanesti (Roumanie), demeurant 70, avenue d'Alsace-Lorraine, Viry-Châtillon (Seine-et-Oise).

Art. 2. — Les praticiens dont les noms suivent, titulaires du diplôme d'université de docteur en médecine, sont autorisés à exercer provisoirement la profession de médecin jusqu'à la fin légale des hostilités, dans les conditions des articles 2 et 4 de l'ordonnance du 6 août 1945 et dans les localités indiquées pour chacun d'eux :

Mme Aizenstein (Eugénie), née Cypin, le 20 juin 1921 à Varsovie (Pologne), (demande déposée dans le département de la Sarthe), autorisée à exercer à Sègrée (Sarthe), uniquement à titre de remplacement de son mari, M. le docteur Aizenstein, au cas où celui-ci n'exercerait pas pour une raison quelconque.

M. Beglerys (Georges), né le 26 juin 1887 à Therapia (Turquie) (demande déposée dans le département de la Seine), à la disposition du préfet des Ardennes, qui lui fixera son lieu d'exercice.

M. Tejtelbaum-Tardy (Maurice), né le 26 mars 1910 à Varsovie (Pologne) (demande déposée dans le département de la Sarthe) autorisé à exercer à Aoste (Isère).

Art. 4. — Les demandes présentées par les praticiens suivants en vue d'être autorisés à exercer provisoirement en France sont rejetées :

M. Angeloff (Michel), né le 10 novembre 1809 à Tirnovo (Bulgarie), demeurant 22, avenue des Batignolles, Saint-Ouen (Seine).

M. Davidovici (Eliazar), né le 2 octobre 1910 à Braïla (Roumanie), demeurant à Esperaza (Aude).

Mme Hirsch (Anne-Marie), née Wolff, le 5 mai 1909 à Fribourg (Allemagne), demeurant à Caylus (Tarn-et-Garonne).

Mme Vogel (Béatrice), née le 13 juillet 1914 à Cernauti (Roumanie), demeurant 2, avenue Maurice-Berteaux, Achères (Seine-et-Oise).

(*J. O.*, 1er décembre 1945.)

Article premier. — Les praticiens étrangers dont les noms suivent, titulaires du diplôme d'Etat français de docteur en médecine, sont autorisés à exercer la profession de médecin pour une durée de six mois renouvelable dans les conditions des articles 1er et 4 de l'ordonnance du 6 août 1945 et sur toute l'étendue du territoire français métropolitain :

M. Gandelman (Victor), né le 13 décembre 1910





INSTRUMENTS de Précision pour la Médecine et la Chirurgie

Établissements **SPENGLER**

— 16, *Rue de l'Odéon, PARIS-6e* —

Tous les Appareils pour la Mesure de la Tension Artérielle

à Cepeleuti (Roumanie), demeurant à Felletin (Creuse).

Mlle Lauer (Laura), née le 12 août 1911 à Succava (Roumanie), demeurant 119, rue Didot, Paris (14e).

M. Siegler (Ionel), né le 31 décembre 1908 à Bucarest (Roumanie), demeurant 9, rue de Montyon, Paris.

M. Sierra (Marcel-Yorick), né le 31 mars 1908 à Alexandrie (Egypte), demeurant 1 bis, avenue Franco-Russe, Paris (7e).

M. Storch (Eugène), né le 14 juillet 1909 à Ojdula (Roumanie), demeurant 52, rue Berthelot, Courbevoie (Seine).

M. Szpidbaum (Icckok-André), né le 4 mai 1915 à Varsovie (Pologne), demeurant 128, avenue de la République, Montrouge (Seine).

Art. 2. — Le praticien français dont le nom suit, titulaire du diplôme d'université de docteur en médecine, est autorisé à exercer provisoirement la profession de médecin, jusqu'à la fin légale des hostilités dans les conditions des articles 2 et 4 de l'ordonnance du 6 août 1945, et suivant les conditions indiquées :

M. Turk (Simon), né le 7 octobre 1912 à Rohozna (Roumanie) (demande déposée dans le département de Seine-et-Oise). — A la disposition du ministre de la Population.

Art. 4. — Les demandes présentées par les praticiens suivants en vue d'être autorisés à exercer provisoirement en France, sont rejetées :

M. le docteur Calmy (Heinrich), né le 25 novembre 1909 à Bucarest (Roumanie), demeurant 21, rue Rouget-de-l'Isle, Sartrouville.

Mme le docteur Dezderli (Euphrasie), née le 26 juin 1902 à Kichinev (U. R. S. S.), demeurant 45, avenue de Saint-Mandé, Paris.

M. Segal (Herman), né le 13 juin 1906 à Tecuci (Roumanie), demeurant 1, avenue du Belvédère, Le Pré-Saint-Gervais (Seine).

(*J. O.*, 31 janvier 1946.)

LUTTE ANTITUBERCULEUSE.

Médecins consultants régionaux de phtisiologie.

Ont été nommés médecins consultants régionaux de phtisiologie :

Par arrêté du 29 octobre 1945 :

Pour la région de Strasbourg : Dr Vaucher, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg.

Par arrêté du 22 décembre 1945 :

Pour la région de Saint-Quentin : Pr Brouet, médecin des hôpitaux de Paris, professeur agrégé à la Faculté de Paris.

Pour la région d'Angers : Dr Bernou, président de la Société d'études scientifiques sur la Tuberculose, à Châteaubriant (Loire-Inférieure).

Pour la région de Bordeaux : Dr Leuret, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux.

Pour la région de Châlons-sur-Marne : Pr Etienne Bernard, médecin des hôpitaux de Paris, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Pour la région de Clermont-Ferrand : Dr Luton, professeur à l'Ecole de médecine de Clermont-Ferrand.

Pour la région de Dijon : Dr André Mayer, ex-chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris, médecin assistant à l'Hôpital Laennec.

Pour la région de Grenoble : Dr Dufour, professeur à la Faculté de médecine de Lyon.

Pour la région de Limoges : Pr de Léobardy, directeur de l'Ecole de médecine de Limoges.

Pour la région de Lyon : Dr Dufour, professeur à la Faculté de médecine de Lyon.

Pour la région de Marseille : Dr Olmer, professeur à la Faculté de médecine de Marseille.

Pour la région de Montpellier : Dr Vidal, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier.

Pour la région de Nancy : Dr Simonin, professeur à la Faculté de médecine de Nancy.

Sulfamidothérapie
SO²NH²
1162. F.
Pulvo-Coccyl
POUDRE
Flacons 100 gr.
Flacons 10 gr
Lance-Poudre
doseur
breveté
NH²
Laboratoires du Dr PILLET - 222, Bd Péreire, PARIS
ETOile 40-15 — Service de garde MOLitor 58-85

TUBERCULOSE
VITADONE
INJECTABLE
Vitamines A et D physiologiquement titrées
BOITES DE 6 AMPOULES DE 2 cc.
chaque ampoule contient:
20.000 unités int. de Vitamine A
20.000 unités int. de Vitamine D
2 injections intra musculaires par semaine
Littérature aux **Etablissements BYLA**
26, avenue de l'Observatoire, à PARIS (14e)

IPECOPAN
Calme la toux
Facilite l'expectoration
LABORATOIRES SANDOZ
15, Rue Galvani et 20, Rue Verdier, PARIS (17e)

Pour la région d'Orléans : Pr Bariety, méd. des hôp. Paris, prof. agr. Faculté méd. Paris.

Pour la région de Paris: Dr Bezançon, prof. hon. Fac. Paris, prés. Commission Tuberculose au Conseil permanent d'Hygiène Sociale.

Pour la région de Rennes : Dr Courcoux, médecin des hôpitaux de Paris.

Pour la région de Rouen : Dr Poix, membre de la Commission de la Tuberculose au Conseil permanent d'Hygiène Sociale.

Pour la région de Toulouse : Dr Baudot, médecin et phtisiologue des hôpitaux de Toulouse.

Pour la région de Lille : Dr Gernez, prof. Fac. de méd. Lille. (*J. O.*, 28 janvier 1946)

Médecins inspecteurs du Travail spécialisés en matière de pneumoconioses.

Par arrêté en date du 30 janvier 1945, ont été nommés :

1re Région : (Seine, Seine-et-Oise, Seine-et-Marne). — Drs Ameuille, Bariéty, Bernard (Etienne), Descomps (H.), Even, Feil, Hanaut, Meyer (A.), Wolff (Charles).

2e Région : (Loiret, Cher, Loir-et-Cher, Eure-et-Loir). — Dr Anglade, Mme la doctoresse Bouchard, Drs Eschbach, Le Page, Luizy.

3e Région : (Yonne, Nièvre, Côte d'Or, Haute-et-Loire). — Drs Cordier, Martin (Etienne), Pontrefract, Roux.

4e Région : (Meuse, Meurthe-et-Moselle, Vosges). — Drs Fay, Gauthier, Simonin.

5e Région : (Marne, Aube, Haute-Marne). — Drs Chabaud, Doyon.

6e Région : (Aisne, Ardennes, Somme, Oise). — Drs Carrez, Denis, Tournant.

7e Région : (Nord, Pas-de-Calais). — Drs Brehon, Capron, Christianne, Delarra, Horel, Patoir, Schaffner, Swynghedauw, Verraeghe, Wigniolle.

8 Région : (Seine-Inférieure), Eure, Orne, Calvados, Manche). — Dr Bertrand, Mme la doctoresse Clermont, Drs Le Rasle, Peltier, Vivier.

9e Région : (Ille-et-Vilaine, Côtes-du-Nord, Finistère, Morbihan). — Drs Faget, Pelle (Alphonse).

10e Région : (Maine-et-Loire, Loire-Inférieure, Mayenne, Sarthe, Indre-et-Loire). — Drs Amsler, Bonnin, Bernon, Véran.

11e Région : (Vienne, Deux-Sèvres, Vendée, Charente-Maritime, Charente). — Drs Delbecq, Vincent.

12e Région : (Gironde, Landes, Basses-Pyrénées). — Drs Jullien, Piechaud, Varnery.

13e Région : (Haute-Garonne, Tarn, Tarn-et-Garonne, Lot, Lot-et-Garonne, Ariège, Gers, Hautes-Pyrénées). — Drs Baudot, Lapeyre, Peyronnet.

14e Région : (Hérault), Lozère, Ayeyron, Aude, Pyrénées-Orientales, Gard). — Drs Cazamians (fils), Magnin (Jean), Mourrut, Poncet, Ratel, Reyjal.

15e Région : (Bouches-du-Rhône, Vaucluse, Var, Alpes-Maritimes, Hautes-Alpes, Basses-Alpes, Corse). — Drs Destres, Dumon (Georges), Laval (Paul), Lefèvre, Rivollier, Wieller.

16e Région : (Rhône, Loire, Ain, Ardèche, Drôme, Savoie, Haute-Savoie, Isère). — Drs Grunwald, Maltin (Edme), Mattei, Muller, Roche.

17e Région : (Puy-de-Dôme, Cantal, Haute-Loire, Allier). — Drs Giron, Jourdain, Lardy, Mezard, Moreau, Pasquier, Rozier.

18e Région : (Haute-Vienne Corrèze, Creuse, Dordogne). — Drs Leobardy, Pasquet.

(*J. O.*, 2 février 1946.)

PRISONNIERS ET DEPORTES

Loi du 1er mars 1946 prolongeant pour les déportés la durée de l'aide médicale temporaire.

Article unique. — Le délai de neuf mois pendant lequel les rapatriés peuvent prétendre à l'aide médicale temporaire instituée par l'ordonnance du 26 mai 1945 est porté à douze mois en faveur des déportés, définis à l'article 9 de l'ordonnance du 11 mai 1945. (*J. O.*, 2 mars 1946.)

LIT MÉCANIQUE
POUR SOULEVER ET SOIGNER LES MALADES
DUPONT
Cent ans de spécialisation dans le confort du malade
NOUVEAU MODÈLE PERFECTIONNÉ RECOMMANDÉ PAR LE CORPS MÉDICAL
VENTE ET LOCATION
6, Place Bellecour LYON
Téléphone : Franklin 33-07

LES 3 META
META VACCIN SUPPOSITOIRES
META TITANE DERMATOSES
METASPIRINE ASPIRINE TONIQUE
LABORATOIRES PAUL MÉTAGER, TOURS

PHAGOSTHYL
NEUROTONIQUE - RECONSTITUANT
HÉMO-PHAGOSTHYL
RÉGÉNÉRATEUR DES GLOBULES SANGUINS
PHAGOSTHYL MANGANÉ
RÉCALCIFIANT - RÉMINÉRALISATEUR
AMPOULES DE 5 CC.
(SÉRIE INFANTILE : ampoules de 2 cc.)
Une inject. intramusculaire ou sous-cutanée tous les deux jours
Lab. : ANDRÉ PARIS, 4, Rue de la Motte-Picquet, PARIS-15e

SMP

COIRRE
Pharmaciens de l'Université de Paris
DEPUIS 1849
PROSPER COIRRE 1849
GASTON COIRRE 1889
Dr JEAN COIRRE 1909
ET
PAUL COIRRE 1933
SUCCESSEURS

ARGYROPHEDRINE
gouttes nasales

SÉDIBAÏNE
sédatif nerveux sans action dépressive

SOLUCALCINE
chlorure de calcium pur et stable

TITANE COIRRE
pansement gastro-intestinal

COIRRE, PHARMACIENS, PARIS — 5, Bd MONTPARNASSE, SEG. 02-79

PARTIE SCIENTIFIQUE

L'ACTUALITÉ THÉRAPEUTIQUE

LES MALADIES DU TRAITEMENT

IL s'agit là d'une question bien connue de tous les praticiens, sur laquelle il n'est peut-être pas inopportun de revenir. Celle-ci semble, en effet, devoir prendre une importance accrue au moment où se discutent les bases d'une organisation nouvelle de la " Médecine Sociale ". Si l'humanisme, " amour infini de l'homme " (André George), où " tout doit s'ordonner en fonction de l'homme " (Roussy), nous crée l'obligation de mettre en œuvre le maximum de nos efforts pour le maintien et le rétablissement de sa santé, il nous faut envisager aussi le devoir de réparer les dommages, susceptibles de survenir au cours de traitements qu'en toute conscience nous avons cru rationnels, lorsque nous avons pris en charge le destin d'un homme. Ainsi le terme de " maladies du traitement " englobe-t-il également ce qui a trait à la médecine, à la physiothérapie aussi bien qu'à la chirurgie. Voyons quelques exemples.

LE Pr R. Leriche découvrait récemment, sur un total de 396 opérés, 28 patients qui se plaignaient d'une situation aggravée par une intervention inutile ou inadéquate. Deux appendicectomisés souffraient toujours d'un volumineux mégacôlon qu'une étude radiographique aurait aisément décelé, et dont l'ablation de l'appendice avait exagéré les troubles. Trois malades jeunes encore avaient été hystérectomisées sans résultat pour des douleurs pelviennes ; à leurs douleurs persistantes et aggravées s'ajoutaient les troubles que produit la castration. Une ovariectomisée avait gardé le syndrome douloureux colique qu'elle avait avant l'opération. Une femme avait eu le présacré coupé pour un prurit entretenu par des oxyures méconnus. Quatre hommes avaient subi une gastro-entérostomie pour vésicule de stase. Quatre autres présentaient un gros œdème par phlébite consécutive à une opération bénigne en soi. Trois opérations osseuses avaient laissé de fâcheux résultats orthopédiques. Deux femmes âgées avaient gardé un état douloureux de la face permanent : l'une après une section rétro-gassérienne, l'autre après une alcoolisation. Une thyroïdectomisée avait eu un récurrent coupé. Deux sympathectomisés pour artérite ancienne gardaient des phénomènes douloureux. Une malade présentait une glossodynie rebelle à la suite de l'ablation d'une amygdale linguale, qui avait laissé une large cicatrice juxta épiglottique. Trois femmes jeunes étaient déformées par une volumineuse éventration. Enfin, chez trois malades, un syndrome douloureux du membre supérieur était consécutif à une opération de peu d'importance sur un doigt. Parmi ces épaves, deux malades avaient été opérées plusieurs fois. Une avait subi successivement, en peu d'années, appendicectomie, hystéropexie, cholécystectomie et gastro-entérostomie ; elle souffrait toujours de même façon.

QUANT aux résultats escomptés par un traitement médical, déjà Malebranche écrivait : " Lorsqu'on est malade, pour un remède qui fait du bien, il y en a toujours plusieurs qui font du mal. " Récemment, le Pr P. Mauriac disait aussi : " Les médications puissantes dépassent, elles aussi, quelquefois les limites assignées à leur action ; il est déroutant d'assister à une anémie ou à une agranulocytose irréversible parce qu'on a fait quelques applications de radium ou prescrit quelques comprimés de sulfamides. " Or, pareille agranulocytose sulfamidée, bien qu'exceptionnelle par rapport à la quantité énorme de malades soumis à cette médication, est généralement très grave, puisque, d'après le Pr Aubertin, elle est mortelle dans environ 50 % des cas. Les sulfamides ont pu déterminer également des troubles oculaires.

Dans une communication faite à l'Académie de Médecine le 6 février 1946, " De l'urticaire à l'ulcère gastrique " le Pr Loeper cite le cas de trois malades, qui, ayant reçu des injections de sérums divers (antitétanique, antidiphtérique, antigangréneux) au nombre de 2 à 4, et cela à des périodes souvent éloignées (1919, 1921), ont eu à ces moments des crises répétées d'urticaire, accompagnées de brûlures à l'estomac, de vomissements ; or ces crises précédèrent de plusieurs années l'apparition d'un ulcus, avec perforation, de la petite courbure ou du pylore. Pour mémoire, rappelons les accidents mortels consécutifs à des injections préventives de sérum antitétanique (Beaumanoir, thèse de Paris 1935, et documents étrangers), les accidents paralytiques, les névrites, les radiculo-névrites de même origine. Mentionnons également les sciatiques par injections médicamenteuses intramusculaires dans la fesse. Une énumération succincte rappellera d'autres conséquences du traitement : au cours des transfusions, les inconvénients du facteur Rh, élément hémolytique ; la chrysothérapie, avec ses accidents oculaires, ses troubles hépatiques, ses polynévrites sensitives, et surtout ses altérations sanguines ; les accidents, ayant pour cause l'idiosyncrasie des patients ; les embolies pulmonaires postopératoires, les troubles résultant de l'hormonothérapie, etc.

Le Dr Siredey ne rapportait-il pas notamment l'histoire d'une malade venue le consulter pour des métrorragies incoercibles ; après bien des hésitations, celle-ci avoua qu'elle prenait régulièrement une préparation hormonale, destinée à régulariser ses menstrues ! Il lui suffit dès lors d'en supprimer l'usage pour que tout rentrât dans l'ordre sans le moindre inconvénient. Que dire encore des méfaits possibles de l'électro-choc, au cours de son emploi par les psychiatres : immédiatement, accidents cardio-vasculaires

et respiratoires, fractures diverses ; secondairement, complications pulmonaires, psychiques, diabète sucré, et peut-être même mort subite.

Enfin, la radiothérapie se montre parfois d'une application délicate en raison de la production de radiodermites graves pouvant entraîner même l'amputation d'un membre. Le traitement préconisé jusqu'alors pour les verrues plantaires compte un certain nombre de pareils méfaits ; ceux-ci résultent en certains cas du fait d'avoir doublé les doses pour obtenir plus rapidement un succès, ou bien de ce qu'il est nécessaire de friser la dose limite pour mieux réussir, ou encore d'une sensibilité particulière du patient, d'une erreur de technique, quelquefois de diagnostic. Mêmes accidents possibles par l'action des radiations sur des adénites diverses (maladie de Hodgkin), des foyers de prurit, etc.

Et dans le proche avenir, que penser de la radiothérapie de contact, (voir plus loin, page 239) du traitement du cancer par l'émission de neutrons résultant d'une désintégration atomique ?

POUR chercher une solution à pareilles éventualités, envisageons successivement le côté " praticien " et le côté " malade ".

AU premier, conseillons : prudence dans le diagnostic et circonspection dans l'emploi des moyens thérapeutiques. C'est ainsi que " chacun de nous doit avoir la hantise de l'indication mal posée et de l'opération mal conduite ". Spécialement, " l'art chirurgical est difficile, et, pour cela le devoir humaniste veut que nous apportions à chacune de nos décisions une attention extrême... Toute erreur d'indication, toute erreur de thérapeutique, tout manquement à l'actualité technique est une fâcheuse injure au Corps, que nous avons pour mission d'aider " (Leriche).

Rappelons aussi cette parole de Claude Bernard : " Tous les médicaments sont des poisons, d'autant plus dangereux qu'ils sont plus efficaces. "

D'autre part, pourquoi céder aussi vite à toute affirmation scientifique ou publicitaire en faveur d'un médicament ? " Il est une réponse qui vaut toutes les excuses à notre empressement : c'est le sentiment que trop de maladies donnent de notre impuissance " (P. Mauriac).

D'ailleurs, ne sommes-nous pas poussés à rédiger toujours, et souvent sans illusion, une ordonnance pour satisfaire aux exigences d'un malade, qui ne peut comprendre que nous soyons au fond de notre " sac thérapeutique ".

Et cependant, nous devrions bien connaître nos propres moyens et ne pas les dépasser.

QUANT au " malade ", il se sera naturellement livré en toute confiance au médecin, dont il aura librement fait le choix. Mais se rendra-t-il toujours compte qu'une relation de cause à effet aura pu être réalisée entre la thérapeutique subie par lui et son infirmité nouvelle ? A moins de " mauvais conseillers " la chose paraît peu probable, si cette infirmité n'est pas extériorisée ; il n'en sera pas de même si elle porte atteinte à sa motricité, à son esthétique, par exemple. Ces considérations valent pour les phénomènes parétiques, pour les éventrations en ce qui concerne la chirurgie, pour les dermites graves, les ulcérations, voire les amputations secondaires à la physiothérapie. En ces cas, le patient mutilé aura une tendance à demander réparation, et cette tendance paraît s'être accrue encore au cours de notre actuelle évolution sociale. Il pourra s'adresser directement à son médecin traitant ; celui-ci ne répondra pas à sa demande, parce qu'il ne croira pas sa responsabilité engagée, ayant utilisé en conscience toutes les ressources de sa science et de son art, parce que s'étant trouvé aux prises avec l'imprévisible, avec des dispositions constitutionnelles spéciales de son malade devenu hypersensible ou résistant, comme aussi avec un médicament aux propriétés allergiques instables. Mais alors interviendra parfois l'action judiciaire, et celle-ci semble devenue plus sévère encore en matière de responsabilité depuis le développement de l'automobilisme avec ses accidents ; or, si elle reconnaît la faute, elle risquera de condamner le médecin à une indemnisation plus forte que celle qui eût été librement consentie au patient ; disons même que peut-être celle-ci sera plus facilement élevée quand le confrère se trouvera protégé par une " Assurance ".

Et si le risque a été mortel, quelle aggravation dans le montant des réparations accordées lorsque la responsabilité aura pu être établie ! Il faudra indemniser le conjoint pour son aide disparue, les enfants privés désormais d'un important secours familial. On comprend dès lors que le praticien doive chercher à se garantir, mais les primes qu'il devra verser seront d'autant plus importantes que ses risques seront plus élevés, et ses moyens thérapeutiques d'une activité échappant parfois à toute exacte prévision. Les organismes financiers eux-mêmes n'hésiteront-ils pas quelquefois à s'engager en présence de sinistres, répétés comme par un hasard malencontreux ?

Et nunc erudimini.

G. FISCHER.

SUR LES ACCIDENTS DU SULFARSENOBENZOL

Par M. CHEVALLEY et A. HADENGUE
Médecin et Interne des Hôpitaux de Paris

LA toxicité des composés arsenicaux engage à la prudence dans leur utilisation. bien que certains d'entre eux possèdent par leur constitution chimique des propriétés moins dangereuses. L'adjonction d'un radical soufré à l'arsénobenzol donne un composé moins nocif, et le sulfarséno-benzol, si utilisé dans le traitement de la syphilis infantile, est ordinairement bien toléré. Mais on semble oublier qu'il s'agit d'un dérivé arsénobenzolique et qu'il en possède les propriétés toxiques, si atténuées soient-elles. Il est susceptible d'entraîner des accidents graves, et nous en avons observé récemment deux cas, dont un mortel. Cette thérapeutique répond à des indications précises, et l'on doit s'élever contre la pratique qui consiste à faire un peu trop facilement du " Sulfar ".

Observations

L'un de nous est appelé le lundi 5 mars à 19 h. auprès de l'enfant J... Bernard, 8 ans, en raison d'un état de délire fébrile établi depuis la nuit précédente. La maladie a commencé brusquement le vendredi 2 mars, par une céphalée assez vive ; le 3 mars la fièvre a atteint 38°7. L'état général n'appelait aucune autre remarque. lorsque dans la nuit du 4 au 5 apparaît un état de confusion mentale sans grande agitation motrice, qui aboutit rapidement à la perte complète du langage.

L'enfant se présente couché en chien de fusil, l'air hagard. On lui trouve de la raideur de la nuque et un signe de Kernig peu accentués. Il n'existe aucun signe de localisation nerveuse. Les pupilles sont égales, moyennement dilatées, et réagissent à la lumière. Il n'y a pas eu de vomissements, les selles et les urines sont normales. La température est de 38°9.

Le diagnostic d'un état méningé s'impose, mais le résultat de la ponction lombaire est surprenant. Le liquide est clair et non hypertendu : après issue de 1 cc., le liquide céphalo-rachidien cesse de s'écouler. La compression des jugulaires fait reparaître l'écoulement, mais on ne peut recueillir plus de 3 cc. en totalité. Et aussitôt, l'enfant recouvre l'usage de la parole, reconnaît sa mère, et s'endort dès qu'il est recouché.

Cette accalmie ne dure qu'un quart d'heure. L'agitation motrice reparaît, et l'enfant qui a dit quelques phrases sensées recommence à bredouiller, puis cesse complètement de parler.

L'enquête sur les antécédents reprise alors, confirme que l'enfant en parfaite santé suivait l'école jusqu'à ces derniers jours. Il ne se plaignait de rien. Le père est très robuste, en parfaite santé. La mère, d'origine alsacienne, a passé dans sa jeunesse quelques mois au sanatorium, pour une lésion pulmonaire mal définie, seule atteinte possible d'une tuberculose bénigne. Lors de son unique grossesse, elle a été traitée par des injections intra-musculaires pour une syphilis problématique.

L'enfant, né à terme, a eu les maladies infantiles banales. Resté maigre et très gâté par sa maman, il travaille bien à l'école.

Deux mois auparavant, un médecin nouvellement appelé a institué, pour combattre un état assez vague d'asthénie, une cure de sulfarsénol. Le petit malade a déjà reçu 0 gr. 66 (0 gr. 06, 0 gr. 12 × 2, 0 gr. 18 × 2 avec arseno solvant) et la dernière injection intramusculaire de 0 gr. 18 a été faite le mardi 27 février deux jours avant le début des premiers accidents.

Cette encéphalopathie fébrile subite qui pouvait traduire une méningite aiguë, peut aussi bien évoquer le début apparent d'une tumeur cérébrale latente, mais le diagnostic d'œdème cérébral semble plus probable du fait de la thérapeutique arsenicale. L'hospitalisation paraît nécessaire, et elle est réalisée le soir même à la Salle Henri-Roger, Hôpital des Enfants Malades.

Le 6 mars au matin l'enfant est assez calme ; il marmonne des phrases incohérentes, le plus souvent incompréhensibles. Il a le visage vultueux, baigné de sueurs ; la température est à 39°. Il abandonne aisément l'attitude en chien de fusil ; on retrouve un léger signe de Kernig, un peu de raideur de la nuque, des réflexes tendineux et cutanés normaux, et des réflexes de défense avec triple retrait. Le malade n'a pas eu de vomissements, mais il perd ses urines et ses matières. L'examen du liquide céphalo-rachidien prélevé la veille, écarte définitivement l'hypothèse d'un état méningé : lymphocytes 1,8 par millimètre cube, albumine 0,50, et l'examen de sang nous donne la notion de leucopénie : G. R. 3.840.000, hémoglobine 80 %, G. B. 3.600, neutrophiles 60 %, éosinophiles 2 %, moyens mononucléaires 27 %, lymphocytes 10 %, monocytes 1 %.

Le traitement consiste en injections de sérum glucosé, 300 cm³ par jour pendant trois jours et en injections intramusculaires d'adrénaline, 3 mgr., 4 mgr., 2 mgr. (12 mgr. en quatre jours).

Dès le lendemain, 7 mars, d'ailleurs, l'état confusionnel s'atténue, et la fièvre s'abaisse à 38°. Une nouvelle ponction lombaire fournit aisément 15 cm³ de liquide clair non hypertendu. L'examen y montre : 26 G. B., avec prédominance de polynucléaires, 0 gr. 50 d'albumine et 0 gr. 60 de glucose p. 1.000. La réaction de B.-W. dans le liquide est négative. Une hémoculture restera négative.

Le 9 mars, l'amélioration est très nette, température 37°1 le matin, 37°9 le soir. L'enfant répond normalement aux questions, mange bien, dort d'un sommeil calme durant la nuit. Le 11 mars, il est en état psychique normal, s'intéresse à ses jouets.

Le 13 mars une intradermo-réaction au sulfarsenol à 0,5 % reste négative.

Le 15 mars, la leucopénie s'est accentuée, on trouve G. R. : 4.130.000. Hémogl. 90 %. G. B. : 1.400

neutro 50, éosino 4, moyens mono 30, lympho 12, monocytes 4 %.

Le 17 mars la ponction sternale fournit un myélogramme sensiblement normal : poly-neutro 44, éosino 1, promyélocytes 1, myélocytes neutro 7,5, éosino 4, baso 1, myéloblastes 1, lymphoblastes 1, lymphocytes 17,5, cellules indifférenciées 2, normoblastes 20, mégacaryocytes 1, normoblastes en mitose 2, pour 100 éléments.

L'enfant sort le 24 mars sur la demande de ses parents. Il présente encore un état de fièvre légère 37°6 à 38° et ce n'est que le 31 mars qu'il aura une température normale de 37°. Les urines ne contiennent pas de cylindres, pas de germes.

Durant tout le séjour à l'hôpital, l'observation quotidienne attentive n'a montré aucune éruption cutanée. Quelques jours après la sortie, la mère constate un érythème localisé aux fesses, suivi de desquamation, et un prurit généralisé. L'enfant revu le 12 avril est en bon état, mais nous avons la surprise de voir sur les doigts des lambeaux de peau desquamante, qui laissent apparaître à la pulpe de véritables exulcérations. A la plante des pieds on note une desquamation plus discrète. Il n'y a pas de douleurs, ni de troubles sensitifs, et les réflexes tendineux apparaissent vifs.

La mère se plaint que son fils est devenu turbulent et instable.

Nous pensons que ces troubles successifs sont le résultat de la cure de sulfarsénol. Ils sont en petit la reproduction des grands accidents arsénobenzoliques.

Cet enfant a présenté en effet, d'abord une encéphalopathie aiguë avec céphalée, puis confusion mentale, rapidement conjurée par l'adrénaline : elle rappelle de très près l'œdème cérébral parfois mortel du 606 ou du 914. Il a présenté ensuite des troubles sanguins, surtout caractérisés par la leucopénie avec neutropénie. Il a fait en dernier lieu des accidents cutanés, prurit et desquamation des extrémités que nous pouvons comparer aux érythodermies arsenicales.

L'autre observation a déjà fait l'objet d'une communication (1). Nous en donnerons seulement le résumé. Une fille de 12 ans présente une anémie fébrile avec purpura, s'accompagnant bientôt d'hémorragies des muqueuses. L'enfant meurt après cinq jours d'hospitalisation. Les examens de sang, ont montré à l'entrée : G. R. 700.000. Hémogl. 35 %. G. B. 3.000. Polynucléaires : neutro 20, éosino 1, mononucléaires : 79. Le myélogramme révèle seulement 7 polynucléaires. Un nouvel hémogramme (sans numération) pratiqué le lendemain, montre seulement 5 polynucléaires neutrophiles. Ce syndrome agranulocytaire terminal est survenu au cours d'une série d'injections intramusculaires de sulfarsénobenzol, dispensées par un centre de médecine préventive de la banlieue ouest.

Cette série était la quatrième d'un long traitement, entrepris pour énurésie, retard scolaire, et accès d'obnubilation avec pâleur ayant fait porter le diagnostic d'équivalent épileptique. Le traitement avait parfois causé des frissons, des nausées, mais ce n'est qu'après la 8e injection de 0 gr. 48 qu'apparut la fièvre. Les premières taches purpuriques avaient été considérées à tort comme des piqûres de puces.

Les cas d'intolérance sulfarsénobenzolique relevés dans la littérature médicale paraissent le plus souvent bénins. Hudelo et Rabut, en décrivant une érythodermie survenue au cours d'un traitement par le sulfar, insistent dès 1920, sur la toxicité moindre de ce produit nouveau par rapport aux arsénobenzols, mais reconnaissent qu'elle n'est pas nulle, et qu'il peut provoquer les mêmes accidents que les autres arsenicaux.

Les accidents sanguins qui se résument en anémie et hypogranulocytose, isolées ou associées, ont fait l'objet de plusieurs communications à la Société Française de dermatologie. Ils sont en général sans gravité. Le purpura et l'ictère ont été également signalés. L'encéphalopathie arsenicale au cours du traitement par le sulfarsénobenzol paraît beaucoup plus exceptionnelle.

Les cas graves d'intolérance comme ceux que nous avons observés sont donc rares. Mais ces deux observations nous permettent de souligner à nouveau une certaine légèreté blâmable dans la prescription si fréquente de ces produits, réputés à tort inoffensifs et utilisés dans des cas où il n'y a manifestement aucune raison d'évoquer une syphilis congénitale. Dans une étude récente sur l'activité d'une consultation antivénérienne prénatale, J. Grislain (1) signale que sur 87 enfants envoyés pour des " piqures ", par leur médecin, 14 seulement présentaient des signes de syphilis probable, ou avec sérologie positive. Pour la majorité des autres nourrissons, le sulfarsénobenzol avait été prescrit le plus souvent à titre eutrophique. Cette action bienfaisante de l'arsenic est à la source d'une prescription trop large du sulfarsénobenzol, sans indication thérapeutique précise. On peut courir le risque d'accidents graves d'intolérance lorsqu'il s'agit de traiter une syphilis, mais a-t-on le droit d'exposer à de tels accidents, si rares soient-ils, des enfants indemnes de syphilis ?

En outre, la surveillance du malade au cours du traitement fait dans les dispensaires doit être la préoccupation majeure du médecin. La formule sanguine sera recherchée au moindre soupçon d'intolérance, car la toxicité attribuée aux radicaux benzoliques a certainement un retentissement hématologique précoce, avant toute manifestation clinique. Il est indispensable d'examiner l'enfant durant la série de sulfarsenobenzol et d'interroger les parents sur son comportement vis-à-vis du médicament.

Ces deux observations nous rappellent que le sulfarsénobenzol n'est pas toujours sans danger, et qu'il doit être réservé au traitement intensif d'une syphilis congénitale.

(1) Syndrome agranulocytaire mortel après un traitement par le sulfarsenobenzol, Chevalley, Delthil et Le Loch. " Société de Pédiatrie ", Décembre 1944.

(1) J. Grislain, quinze ans de consultation antivénérienne prénatale. " Le Nourrisson ", 33e année n° 1, 1945, p. 1.

LES FURONCLES DE LA LÈVRE SUPÉRIEURE ET DE L'AILE DU NEZ

Par George PASCALIS

Aussi bien dans la Presse que dans les Sociétés il a été beaucoup parlé, depuis quelque temps, des furoncles de la lèvre supérieure et de l'aile du nez.

L'unanimité s'est faite sur le caractère fatal du pronostic, aussi bien que sur l'inutilité du traitement.

Certains ont été plus loin et l'ont déclaré dangereux.

Je ne saurais pour ma part souscrire à cette formule pessimiste, contre laquelle j'ai déjà protesté. J'ai soigné un assez grand nombre de sujets porteurs de ce bobo, je les ai toujours opérés d'emblée et je les ai tous guéris le plus simplement. Je crois que la question a été mal posée, et que l'on a confondu la staphylococcie maligne de la joue avec les furoncles de la lèvre supérieure et de l'aile du nez.

Il s'agit de deux affections bien différentes. Celle-ci est, je le répète, un simple bobo, gênant, douloureux, disgrâcieux, sans retentissement sérieux sur l'état général, se traduisant localement par les signes locaux du furoncle s'accompagnant d'un œdème marqué de la lèvre supérieure. Celle-là frappe d'emblée et sévèrement l'état général en même temps qu'elle occasionne des signes locaux alarmants : facies déformé par l'œdème qui envahit joues, nez et paupières, dilatations veineuses. La température monte, le pouls s'accélère, la prostration est intense, l'évolution rapide et fatale. Le traitement est inefficace : on sait l'action inconstante et souvent nulle des vaccins sur les staphylococcies. Celui de Mauté, souverain pour les petites choses, échoue là, le plus souvent. L'association des sulfamides ne fait pas beaucoup mieux, une pulvérisation locale de sulfate de cuivre à 1 pour mille amène un soulagement local momentané. Le traitement chirurgical du fait de la diffusion de l'infection a peu de chances de succès, et je ne crois guère à l'efficacité de la ligature de la veine jugulaire pour mettre à l'abri le sinus caverneux. On peut essayer également de l'immuno-transfusion, du choc par injections intraveineuses d'électrargol, sans autre chance qu'une sédation momentanée.

Dans le furoncle de la lèvre supérieure et de l'aile du nez que je tiens, j'y insiste, pour un banal incident, le traitement est au contraire tout puissant et d'effet immédiat. Il nécessite une anesthésie générale, à moins que l'on ait affaire à un malade extrêmement courageux. L'anesthésie sera donnée au chloroforme avec la soufflerie du thermocautère et une sonde nasale. Avec la fine pointe du thermo, on fore une cheminée au culmen et par ce canal on pratique la destruction ignée sous-cutanée de toute la petite tumeur ; un lavage à la seringue avec liquide quelconque (eau stérilisée, bouillon vaccin, soludagénan) entraîne au dehors les tissus carbonisés. Quelques gouttes de vaccin (Mauté de préférence) sont injectées en couronne et l'on panse à plat avec une compresse imbibée de bouillon antistaphylo. En 48 heures tout est terminé, la cicatrice 15 jours plus tard est à peine visible. Une application de radium la ferait du reste disparaître complètement. Le traitement doit être instauré dès le début et c'est à mon sens une erreur que d'attendre la maturation pour y avoir recours.

L'ACTUALITÉ BIOLOGIQUE

ENCORE UN CAS DE GROSSESSE MÉCONNUE PAR LE LABORATOIRE D'ANALYSE

Nous recevons la lettre suivante :

Dans le n° du « Concours » du 20 février 1946, vous signalez le cas de deux tests successivement négatifs de diagnostic biologique de la grossesse.

Quelle valeur doit-on accorder à ce test ?

Il y a 2 ou 3 ans, j'ai reçu une jeune femme adressée par son médecin pour suivre ici une cure de bains de Salins pour soigner un fibrome.

Je l'examine et conclut à l'absence de fibrome et à la présence d'une grossesse de 6 mois environ. Ma cliente proteste : son médecin, qui l'a suivie régulièrement, a affirmé qu'il ne pouvait pas y avoir de grossesse ; elle ne peut pas être enceinte et, si elle l'était, elle préférerait se suicider, etc.

Pour trancher la question, je l'adresse au laboratoire départemental d'analyse, qui est dirigé par une doctoresse, excellente biologiste. Réponse : test négatif. Cela apaise la jeune femme ; je maintiens cependant mon diagnostic clinique.

Quatre mois plus tard, je reçois une lettre de ma cliente. Contrairement à mon diagnostic, son médecin a confirmé son diagnostic de fibrome et, après un certain temps de mise en observation, a fait entrer sa malade dans une clinique chirurgicale. Là, premier diagnostic conforme : fibrome. Au moment de l'opération, nouvel examen qui, heureusement, fait reconnaître une grossesse voisine du terme. La jeune femme a accouché normalement d'une splendide fillette et non seulement ne pense plus au suicide, mais est très heureuse.

J'appartiens à la génération médicale ancienne qui, à défaut de procédés de laboratoire, devait se contenter de la clinique (j'ai en effet 71 ans). Je fais journellement appel au laboratoire, mais quand il y a désaccord entre sa réponse et l'examen clinique, c'est toujours à ce dernier que j'accorde ma confiance.

Docteur Paul MATHIEU.
Brides-les-Bains (Savoie).

Quelques mots à l'occasion de votre article du 20-2-46 sur l'actualité biologique. Je vous signale un procédé peu connu qui peut permettre également de faire un diagnostic de grossesse : les rayons X. Depuis leur découverte par Roetgen en 1895, il est en effet possible de déceler un fœtus « in utero » à partir du quatrième mois.

Dr Paul MAINGUY,
Bourg-la-Reine.

LES SOCIÉTES SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

La pénicilline en vénéréologie.

(Professeur Wile, médecin-consultant des Centres de traitement rapide des maladies vénériennes aux Etats-Unis ; 26-2-1946)

L'auteur expose qu'en Amérique, il existe actuellement 67.000 lits réservés au traitement rapide des maladies vénériennes dans 62 hôpitaux spécialisés. Avant la pénicilline, on traitait la blennorragie par les sulfamides, la syphilis par des doses massives d'arsenic : en goutte à goutte, 180 milligrammes d'AS pendant dix jours, durant dix heures par jour.

Depuis l'avènement de la pénicilline, la plupart des cas de blennorragie sont guéris en deux jours, par quatre injections intra-musculaires de pénicilline. Dans la syphilis, on emploie la pénicilline seule, ou associée au Bismuth et à l'arsenic. En cette dernière éventualité, durant une hospitalisation de dix jours, le malade reçoit 1.200.000 unités de pénicilline intra-musculaire, à raison d'une injection de 20.000 unités toutes les trois heures pendant 7 jours, plus cinq injections d'arsenic (une tous les 2 jours), plus 3 injections de bismuth (une le 1er jour, une le 5e jour, une le 9e jour). Les résultats sont encourageants. Sur 11 cas suivis par l'auteur pendant deux ans, on note 80 % de guérisons ; parmi les 20 % d'insuccès, il faut relever quelques réinfections. G. F.

Récidives et métastases tardives dans le cancer du sein.

(M. Henri Hartmann ; 13-11-1945)

Revenant sur une communication de M. Gougerot concernant des récidives tardives de tumeurs malignes du sein, M. Hartmann remarque que cette longue quiescence du cancer n'est pas exceptionnelle. Pour ne parler que du cancer du sein, dont il a étudié pendant des années les suites opératoires, M. Hartmann a pu observer un certain nombre de cas de récidives tardives. Il a vu ainsi treize récidives, tant localement que dans les ganglions, au cours de la 4e et de la 5e années, neuf au cours de la sixième, huit au cours de la huitième, quatre au cours de la dixième, une au cours de la quinzième. Les métastases tardives se voient aussi beaucoup plus souvent qu'autrefois.

Forme fébrile primitive de l'œdème pulmonaire aigu.

(MM. Lian et Chadoutaud ; 20-11-1945)

MM. C. Lian et Chadoutaud rappellent que la fièvre, rare dans l'œdème pulmonaire aigu, est connue comme rentrant dans l'une des 3 catégories suivantes : 1° Infection secondaire ; 2° Complication d'un infarctus du myocarde ; 3° Forme œdémateuse pulmonaire aiguë de certaines pyrexies, comme la grippe.

Ils rapportent une observation où la fièvre ne correspond à aucune de ces trois modalités. Dans trois crises d'œdème pulmonaire aigu survenues chez un hypertendu à deux semaines d'intervalle, la fièvre a coïncidé avec le début de l'accès dont elle a largement précédé l'acmé.

Il s'agissait donc d'une forme fébrile primitive rappelant la forme fébrile décrite par Lian et ses élèves dans la tachycardie paroxystique essentielle. Dans ces deux éventualités, le trouble du centre thermique n'est qu'une des multiples perturbations nerveuses de l'organisme, contemporaines du déséquilibre vaso-moteur ou rythmique.

ACADEMIE DE CHIRURGIE

Ostéomyélites apyrétiques de la hanche chez le nourrisson. Danger de l'action des rayons X sur les membres en état de croissance.

(MM. Marcel Fèvre et Bernard Duhamel ; 31-10-1945)

M. Marcel Fèvre rapporte l'histoire d'un bébé qui, quelques jours après sa naissance, présenta une tuméfaction de la cuisse droite, sans fièvre. Une radiographie pratiquée à ce moment ne montre rien de net et la coloration violacée de la grosseur fait poser le diagnostic d'angiome et conseiller l'irradiation. Cinq séances de rayons X sont faites. Dans la suite, un abcès se produit, qui est incisé. Finalement, les parents viennent consulter, à Paris, M. Rouhier et M. Marcel Fèvre. L'enfant a, alors, dix-sept mois. L'examen clinique révèle une atrophie du membre inférieur droit, du fémur et de l'os iliaque. Pour M. Fèvre, l'enfant a dû faire, dès la naissance, une ostéomyélite apyrétique, que confirme l'abcès. L'atrophie du membre s'explique très probablement par une action perturbatrice des rayons X sur les cartilages de conjugaison, action dont il a déjà été rapporté d'assez nombreux exemples chez l'enfant. Murphy et Goldstein ont aussi montré les dangers pour le fœtus des irridiations du bassin chez la femme enceinte.

Les auteurs concluent qu'il faut se méfier chez l'enfant de toute irradiation intempestive capable d'entraîner, en particulier, des atrophies du squelette et des retards de développement des membres. Leur expérience, d'autre part, leur a montré l'existence, chez le nouveau-né et le nourrisson, de foyers suppurés à pyogènes banaux, évoluant sans fièvre appréciable.

Accidents dus au port du pessaire.

(M. Jean Baillis, de Marmande. Rapport de M. A. Mouchet ; 7-11-1945)

M. Baillis communique deux cas d'accidents pathologiques, dus au port prolongé et non surveillé d'un pessaire. Il s'agit de femmes âgées qui, pour contenir un prolapsus, portaient, l'une depuis dix ans et l'autre depuis sept ans, un pessaire métallique dont elles ne s'étaient plus occupées. Chez la première, le segment postérieur du pessaire était enfoui dans la paroi vaginale : il fut extrait par incision vaginale, sous anesthésie générale. Chez la seconde, la libération du pessaire ne put être faite qu'après section de celui-ci à l'aide d'une cisaille à manche très long.

— M. Mouchet rappelle le cas d'une malade de M. Thiéry, chez laquelle un pessaire en bois, oublié par elle depuis des années, avait déterminé un vaginite intense, une escarre de la paroi rectale et une fistule recto-vaginale, qui guérit spontanément.

— M. Bréchot a vu également un enclavement complet d'un pessaire dans la paroi postérieure du vagin. Il fut obligé d'inciser à la périphérie une zone indurée pour dégager le corps étranger. La paroi vaginale, calcifiée sur le pessaire, ne permettait pas la section au bistouri.

P. L.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX DE PARIS

Résultats obtenus chez 8 malades atteints d'endocardite d'Osler, traités par la pénicilline.

(MM. René Martin, R. Sureau, Fribourg-Blanc, Depin et Schurr ; 11-1-1946)

Sur ces 8 cas, 4 sont apparemment guéris, 2 présentent des défaillances cardiaques graves ; l'un a fait une rechute ; un autre est décédé au sixième jour.

Injection discontinue toutes les 3 heures pendant 28 jours. Les doses et les durées variables doivent être adaptées aux différents cas. Dans un cas récent et peu grave, il faut en principe 500.000 unités journalières pendant 28 jours, mais quelquefois il faut atteindre un million d'unités à 1.500.000 par jour. Il n'est pas rare de voir le traitement se prolonger 40 à 60 jours.

Chaque semaine, même si le contexte clinique est normal, contrôle du laboratoire : surveillance du métabolisme de la pénicilline ; étude de la formule sanguine, mesure de la vitesse de sédimentation ; hémoculture en série en présence de la pénicillinase et, si un traitement sulfamidé a été fait, d'acide para-amino-benzoïque. Pour suspendre le traitement, il faut au moins 2 contrôles normaux. La pénicillo-sensibilité du germe au laboratoire n'a pas de conséquence pratique.

Une fois le malade guéri cliniquement, il faut le suivre au moins tous les 15 jours. Convalescence longue au lit. Plus la dose est élevée et prolongée, plus les possibilités de guérison sont grandes.

Les A. insistent sur la fréquence de l'aggravation de la cardiopathie et les possibilités d'une asystolie après la guérison d'une maladie d'Osler.

— M. De Gennes insiste sur l'observation de rechute déjà publiée par les auteurs précédents; ce malade est toujours en parfaite santé apparente. Il insiste sur l'obligation de très hautes doses.

Les auteurs américains ont vu des décès par insuffisance cardiaque avec une culture des valvules stérile.

— M. Marchal, en 1928, avait déjà trouvé, dans un tiers des cas d'endocardites d'Osler, de la myocardite avec défaillance cardiaque. Rien d'étonnant à ce que ces complications grèvent lourdement le pronostic malgré la guérison de l'infection.

LA PRESSE

Radiothérapie de contact. — M. Charles Gros présente une étude sur la radiothérapie de contact.

Celle-ci est une technique particulière (due à Chaoul, de Berlin) de la roentgenthérapie. Son but est de traiter les lésions accessibles et de faible volume dans des conditions qui n'avaient jamais été utilisées jusqu'à ce jour. Son principe est basé sur l'emploi d'une très courte distance (environ 2 cm du foyer à la lésion) associée à des radiations peu pénétrantes émises sous 50 kv. sans filtration appréciable. L'appareil est très maniable, le tube de 3 cm. de diamètre, 50 cm. de longueur. La mise en application est facile, indolore, économique et rapide. Cette radiothérapie spéciale peut être appliquée seule ou en association avec la diathermie, les rayons X, le radium, le bistouri. Les cancroïdes cutanés sont traités en une minute avec efficacité et cicatrice esthétique. Les angiomes se décolorent et s'affaissent après une seule séance. Les dermatoses donnent des résultats variables. Les cancers de la cavité buccale, si difficiles à traiter par le bistouri ou le radium, semblent une application intéressante de la radiothérapie de contact. Enfin, l'auteur a soigné par cette technique 15 cancers du rectum ; les résultats immédiats sont encourageants. Actuellement, il envisage la construction de tubes pouvant mieux s'adapter aux néoplasmes du pharynx, du rectum et même du larynx. (*Soc. des Sc. méd. de Montpellier*, in *Montpellier Médical*, juillet-août 1945.)

Action favorable du propionate de testostérone dans un cas d'énurésis nocturne chez une jeune fille. — Dans un cas d'énurésis nocturne chez une jeune fille, énurésis apparu à la puberté et surtout marqué à la période folliculinique, **M. Lafontaine** a essayé avec succès le traitement au propionate de testostérone, environ 200 mgr. par cycle ; celui-ci ayant été supprimé pendant trois mois, les accidents reparurent, puis disparurent à la reprise de cette thérapeutique. (*Le Scalpel*, 30 novembre 1945.)

De l'emploi de la prostigmine dans le traitement de l'aménorrhée et comme test de grossesse. — Voici les conclusions du travail de **M. E. Grellet.**

En cas de retard de la menstruation, on observe, après injection de 3 c.c. de prostigmine, chez les femmes normalement réglées d'une manière habituelle, un écoulement sanguin ayant, le plus souvent, les caractères de l'écoulement menstruel. Cet écoulement se produit dans un délai de 1 à 6 jours. Chez les femmes suspectes de troubles organiques ou endocriniens, ce prompt écoulement est beaucoup plus rare et paraît se produire si l'injection coïncide avec une phase lutéinique. L'écoulement ne se produit pas si l'aménorrhée est due à une grossesse, et la prostigmine est sans influence sur l'utérus gravide.

La prostigmine peut servir de test pour le diagnostic précoce de la grossesse. L'apparition de l'écoulement sanguin exclut la possibilité d'une grossesse. Si l'écoulement n'a pas lieu, il confirme, chez les patientes exemptes de troubles endocriniens ou organiques, la possibilité d'une grossesse. (*Rev. Franç. de Gynécologie*, septembre 1945.)

VITAMINES **A** et **D** NATURELLES

HUILE DE FOIE de MORUE MÉDICINALE

Rhône-Poulenc

1 cm³ = 2000 U.I. *vitamine* A
500 U.I. *vitamine* D

flacons de 125 cm³

SOCIÉTÉ PARISIENNE
marques Poulenc frères
21, RUE JEAN GOUJON - PARIS-8e

Specia RP

D'EXPANSION CHIMIQUE
et Usines du Rhône
TÉLÉPHONE _ BALZAC : 22-94

ODETTE ZEAU

PARTIE PROFESSIONNELLE

PROPOS DU JOUR

GUERRE ET MORTALITÉ

Il est de tradition que, en dehors des malheurs qu'elle provoque, la guerre accroisse la mortalité par des incidences accessoires qui pèsent plus ou moins lourdement sur l'état sanitaire des peuples en proie au fléau.

Les mauvaises conditions d'hygiène, le relâchement des mesures préventives, le surmenage, le brassage de considérables masses humaines suscitaient jusqu'en 1914, au cours même de la campagne, des épidémies meurtrières de fièvre typhoïde, de typhus, de variole. L'on sait ce que coûta cette dernière lors de la guerre de 1870. En 1914-18, grâce aux vaccinations précoces, la typhoïde fut rapidement jugulée, le typhus ne fit son apparation que dans les camps de prisonniers en Allemagne et la variole fut pratiquement inexistante. Seules la malaria, parmi le corps expéditionnaire de Salonique, et la grippe dite espagnole, survenue au cours des hostilités, (et qui se propagea dans le monde entier) rappelèrent aux guerriers que les projectiles ne figuraient pas pour eux les seules menaces du moment.

La guerre qui se termine a marqué, jusqu'à présent du moins, un triomphe complet de l'épidémiologie. Aucun grand fléau du passé n'a été signalé, à part le typhus qui, comme à l'autre guerre, a sévi sur les prisonniers et les déportés en Allemagne. Il est remarquable que, à l'occasion des rapatriements massifs effectués cette année, des foyers ne se soient pas déclarés en de multiples points de l'Europe. En cette circonstance un hommage particulier doit être rendu aux organisations sanitaires alliées et aux méthodes mises en œuvre.

Si, en cela du moins, (mais en cela seulement !) la guerre de six ans fut plus clémente que les précédentes, elle a, par contre, soumis l'humanité à une épreuve ressurgie des anciens âges et qui semble un outrage au XXe siècle. Le siècle de la surabondance et de la surproduction a, grâce à la guerre, connu la pénurie, la disette et même la famine.

Pour l'apothéose de sa civilisation l'Europe s'est laissé absorber par des préoccupations de ventre ; elle goûte personnellement à des misères sordides que jusqu'ici, avec une sécurité distante et vaguement apitoyée, elle contemplait chez les Indous et les Chinois. Que sa pathologie des dernières années soit dominée par la sous-alimentation elle n'en revient pas. Il faut s'y faire néanmoins et consentir à aborder le problème dont l'énoncé peut se formuler à peu près en ces termes : La guerre tue désormais principalement par consomption et à titre accessoire par les engins inventés à son usage.

Nous saurons toujours assez tôt sur quels chiffres définitifs s'appuie cette affirmation. Comme il faudra du reste, pour les établir, explorer une bonne partie de la terre, ce n'est pas demain qu'ils seront publiés. On peut néanmoins avoir dès maintenant quelques vues fragmentaires sur les statistique de mortalité. M. Moine, statisticien du Comité National de défense contre la tuberculose, a publié une étude particulièrement suggestive mais qui ne concerne que le département de la Seine (1). Sa valeur est cependant exemplaire du fait que les données d'état-civil sont dans cette région exceptionnellement précises et que, comme tous les centres surpeuplés, Paris a ressenti dans toute leur rigueur les restrictions alimentaires.

De 1934 à 1939 le taux de mortalité pour 10.000 habitants avait lentement rétrocédé de 130 à 126. Brusquement dès 1940 il remonte à 147, en 1941 à 166, en 1942 à 161, en 1943 à 146. Les chiffres de M. Moine s'arrêtent à cette année. Les services de la statistique générale de la France nous ont communiqué le taux de 1944 : il est de 151. Toutefois ces services ont précisé que cette année 1944 a été marquée par les bombardements de la régon parisienne et que, bien que les victimes aient été dénombrées à part, il faut admettre que des séquelles de blessures dues à ces bombardements ont pu entraîner des décès qui figurent dans la statistique générale de mortalité.

Poursuivant son étude M. Moine distingue dans les chiffres globaux la mortalité due aux principales maladies, et s'efforce d'interpréter les diverses courbes ainsi obtenues. Il est tout à fait surprenant de constater dans la plupart de ces classes étiologique la même évolution que dans la mortalité générale : montée débutant en 39-40, point culminant en 41 et baisse plus ou moins rapide depuis lors. Seules les courbes du cancer et de la mort violente marquent une progression continue. Quant aux maladies infectieuses, il semble que la guerre n'ait eu aucune influence sur elles à ceci près que les fièvres typhoïdes et la diphtérie ont une recrudescence en 1942, passagère du reste et modérée puisque les taux n'ont pas dépassé ceux des années 34-35.

Pour préciser, la tuberculose pulmonaire est passée du taux de 151 pour 100.000 en 1938 à 196 en 1941 et 150 en 1943. Les maladies de l'appareil respiratoire (tuberculose exceptée) marquent une montée brusque de 1939 à 1940, légère de 40 à 41 et une descente ensuite. Les maladies du cœur et de l'appareil circulatoire présentent une évolution très particulière, puisque, à la suite d'une hausse en flèche commençant dès 1939, elles doublent pratiquement en 1941 le cap observé en 1934. Les hémorragies et embolies cérébrales suivent, à partir de 1939, mais avec des taux près de moitié moindre, une ligne parallèle. La seule note discordante est donnée par les maladies du foie et des voies biliaires qui, après un dernier clocher en 1938

(1) *Annales de Médecine sociale*. Août 1945, n° 10.

amorcent une descente en 1939 suivie d'un plateau en 40 et 41 et d'une chute brutale en 1941 qui se poursuit en 42 et 43.

TELLES sont les données de la statistique que M. Moine commente en des considérations pleines d'intérêt.

En ce qui concerne le cancer, il fait remarquer que les centres anticancéreux de la région parisienne étendent leur action sur un territoire qui dépasse largement celle-ci et peuvent ainsi participer à une augmentation artificielle de la mortalité cancéreuse. Mais la zone de recrutement de ces centres n'a pas, autant que l'on sache, été étendue durant la guerre. Il est au contraire vraisemblable que les difficultés de transport ont du empêcher les malades de converger vers Paris en aussi grand nombre qu'auparavant. En sorte que l'accroissement de la mortalité par cancer paraît bien devoir être retenu au compte de la guerre. Comment agit-elle en l'occurrence ? Par la restriction et la mauvaise qualité des denrées alimentaires ? Faut-il faire intervenir les chagrins et les soucis du moment ? Des études ultérieures creuseront probablement ce problème.

La courbe de la mortalité par tuberculose n'est pas, d'après M. Moine parfaitement représentative des ravages exercés par cette maladie dans la région parisienne. Un certain nombre de tuberculeux parisiens et suburbains sont hospitalisés dans les sanatoriums de Seine-et-Oise ou vont d'eux-mêmes se soigner dans ce département proche de la capitale. De ce fait il a été établi qu'un millier environ de morts par tuberculose grève indument chaque année les statistiques de Seine-et-Oise et déchargent d'autant celles de la Seine. En outre les difficultés de la période de guerre ont amené les Caisses d'Assurances Sociales à encourager le départ à la campagne de leurs ressortissants tuberculeux afin qu'ils échappent aux rigueurs du rationnement. Toutefois les deux corrections ci-dessus n'interviennent que pour faire baisser les chiffres de la Seine : la hausse constituée depuis 1939, n'en est donc que plus significative.

Les maladies de l'appareil respiratoire (tuberculose exceptée) frappent avec prédilection les âges extrêmes de la vie et particulièrement les vieux. Sur ceux-ci s'abattent aussi plus lourdement les cardiopathies. L'absence de nombreux éléments jeunes, retenus en Allemagne par suite de déportation ou de captivité, a élevé sensiblement l'âge moyen de la population et haussé de cette façon les coefficients de mortalité afférents à ces deux classes de maladies. M. Moine rappelle que le rationnement de la catégorie V fut particulièrement dur et laissa les vieillards sans défense contre les atteintes morbides.

En contre partie de tous ces constats affligeants il faut mettre en relief la diminution de plus de moitié des affections du foie et des voies biliaires. Oscillant aux environs de 5 0décès par an pour 100.000 habitants dans la période de 1934 à 1941, la mortalité a rétrocédé à 26 en 1942 et à 18 en 1943, soit un déclin de 64 0/0. La cause de cet avantage sanitaire est bien connue et identifiée unanimement par les médecins : le rationnement extrême de l'alcool et du vin. Sans doute la disette de matières grasses a-t-elle aussi joué son rôle en ce qui concerne les maladies des voies biliaires.

IL suffit de ces quelques courbes retraçant l'évolution de la mortalité dans la population civile pour voir se dresser le réquisitoire contre la « guerre totale » d'horrifiante mémoire. A la différence de la guerre des explosifs qui, depuis l'armistice, a cessé ses ravages, la guerre de la faim n'a pas fini de débiliter les organismes et de les pousser prématurément à la mort. Si la région parisienne, dont les statistiques ont fourni les chiffres que l'on vient de lire, a incontestablement souffert de la disette, ses privations ont encore été peu de choses au regard d'autres régions de l'Europe. Il faut se souvenir qu'à un certain moment de l'occupation la Croix-Rouge Suisse, rendant compte de son activité dans les divers pays, publiait ouvertement que l'extinction totale du peuple grec devait être envisagée si sa situation alimentaire ne s'améliorait pas. Et l'on sait quelle détresse ont connue les Pays-Bas il y a à peine un an. Quant à la Chine que la guerre, étrangère ou civile, dévaste sans discontinuer depuis plus de dix ans et où, même en temps de paix, sévissait une subintrante famine, pourra-t-on jamais évoluer le désastre qu'elle aura subi ?

Une particularité inattendue est à noter dans les statistiques parisiennes. Tant dans la mortalité globale que dans la mortalité par maladie de l'appareil respiratoire, par hémorragie ou embolie cérébrale et même par tuberculose un clocher très net se dessine au cours de l'année 1941. Il apparaît en somme que cette année a marqué un paroxysme à la suite duquel l'état de guerre a progressivement perdu une partie de sa nocivité. M. Moine pense que cette année funeste a vu se produire une sorte de « sidération » des organismes déjà déficients et que ceux qui ont franchi ce cap se sont ensuite adaptés aux conditions nouvelles de vie. Certes, en matière de tuberculose du moins, le perfectionnement progressif des méthodes de prévention a pu intervenir dans l'atténuation de la mortalité. Mais puisque ce phénomène se retrouve dans les autres catégories morbides il faut bien chercher une explication plus générale et admettre une réaction vitale de l'organisme humain à la sournoise agression de la faim.

Au demeurant, la même question se pose, et de façon plus pressante encore, à propos des déportés minés à la fois par l'inanition, le surmenage, le froid, l'insomnie, les mauvais traitements. Le docteur Weitz, rendant compte, en avril dernier, de son séjour à Auschwitz, affirmait ne connaître pour les détenus qu'il avait observés qu'une sorte de vivre de remplacement éprouvée : l'idéal, une mystique. Seuls ceux qui étaient capables d'un tel dépouillement subsistaient.

S'il faut admettre pour notre peuple aussi que seule une certitude morale enraya la déchéance commencée allons-nous, en 1946, trouver quelque chose à envier à 1941 ?

G. LAVALÉE.

ASSURANCES SOCIALES

ESQUISSE D'UNE REFORME

Deux courants se dessinent dans le Corps médical, à l'égard du nouveau régime de l'assurance-maladie établi par l'ordonnance du 19 octobre : le premier nettement hostile invoque, à l'encontre du droit positif, les grands principes du droit naturel et invite le Corps médical à se retirer sous sa tente. Sa collaboration à l'application de la loi est, en termes de juriste, « sous condition suspensive », la condition étant la réforme du régime actuel dans le sens dudit « droit naturel ». Le second, respectueux de l'ordre légal, consent à rendre provisoirement à César ce qui est à César et accepte, avec réserves, une collaboration « sous condition résolutoire », la condition étant également *la réforme* de l'ordonnance et le respect des règles nécessaires à « l'exercice d'une saine médecine ».

Tous deux sont donc d'accord sur l'essentiel, à savoir la nécessité d'une réforme, et différent seulement sur la tactique, sur l'attitude immédiate à observer.

La tâche la plus utile et la plus urgente est donc aujourd'hui d'examiner le sens de la réforme possible, donc probable, en s'inspirant des idées émises à l'occasion de la récente campagne de presse.

La Question des Tarifs d'honoraires

Eliminons tout d'abord un certain nombre de faux obstacles. L'idée même de tarif d'honoraires et de nomenclature a été combattue par certains polémistes. Certes nous ne sommes point hostiles à priori à la remise en question de principes ou de solutions traditionnelles. Mais il semble tout de même difficile de méconnaître que les tarifs d'honoraires médicaux ont vu le jour à la fin du siècle dernier, et que l'initiative de leur création est venue du Corps médical lui-même, soucieux de combattre les « forfaits » et la médecine « à l'abonnement » qui sévissaient dans le secteur social, créant ainsi le pire des régimes : celui du salariat médical.

Le tarif a sans nul doute l'inconvénient d'être en lui-même une première entorse à la pure « entente directe ». Cet inconvénient fut longtemps bénin, car le tarif ne constituait qu'un *minimum* réservé aux gens de peu de ressources. Puis il comporta plusieurs niveaux et devint progressivement le tarif médical *moyen*. Il est en passe d'être aujourd'hui le *tarif normal*. Le dépassement, qui était à l'origine la règle, est aujourd'hui devenu l'exception. Mais cette évolution a précédé l'ordonnance du 19 octobre. Dès 1939, le tarif syndical était pratiqué par 85 % des médecins. Quelle est la véritable cause de cette « tarification » progressive des honoraires ? Que manifeste cette substitution du « notoirement indigent » au « notoirement aisé », sinon la disparition accélérée d'une classe sociale, chaque jour un peu plus prolétarisée ?

Au tarif détaillé primitif, calculé en francs avec l'optimisme d'une époque stable, s'est substitué aujourd'hui l'appareil plus compliqué d'une nomenclature (tarif où les prix sont remplacés par des coefficients), et de chiffres-clés, qui, par leur variation, traduisent uniquement l'éternelle course des tarifs et des prix.

Certes, la nomenclature pose des problèmes délicats, et l'expérience prouve qu'il n'en est point de parfaites. Mais l'expérience prouve également que le seul moyen de ne point tomber dans le ridicule et d'éviter la « facture » est de s'abstenir de rechercher le détail, de se refuser à tout prévoir, à tout réglementer et de laisser une place suffisante au principe du forfait.

Abordons l'apport réellement nouveau de l'ordonnance du 19 octobre. Il a un double aspect.

1° Le niveau de prix servant de base au calcul des honoraires, doit coïncider avec le niveau du remboursement (déduction faite du ticket modérateur). Autrement dit, les chiffres-clés doivent être les mêmes. Cette coïncidence, autrefois laissée aux bonnes volontés réciproques, doit aujourd'hui être inscrite dans une convention, contrôlée par une Commission tripartite, ou même à défaut de convention, être l'œuvre directe de cet organisme à forte densité ministérielle !

C'est donc bien plus le Syndicat médical qui perd la liberté de son tarif, que le médecin qui perd la liberté de ses honoraires.

Cette réforme qui tend à « intégrer » le Corps médical dans le système de sécurité sociale pour des fins essentiellement utilitaires et démographiques, peut être *désastreuse* ou *bienfaisante* : désastreuse si elle abaisse ou dégrade le niveau de prix des honoraires, donc le niveau de vie des médecins ; bienfaisante si elle met réellement à la disposition de l'ensemble de la population la médecine libre, la médecine « personnelle », au lieu de la médecine d'Etat.

La question est donc d'éviter le désastre, c'est-à-dire la fixation autoritaire, extra-médicale, des tarifs, sans pour cela aiguiller la masse des clients vers les « usines à soins ». Le meilleur moyen est et demeure l'entente collective entre les médecins et les Caisses, c'est-à-dire la *Convention Syndicat-Caisse*, à une double condition :

a) Que cette Convention se suffise à elle-même et n'ait point besoin d'être *approuvée* ou homologuée par la Commission nationale chargée d'établir les tarifs en cas de désaccord, car on se demande alors à quoi peut bien servir la Convention ;

b) Que la durée de la Convention soit suffisamment courte ou le mécanisme de révision suffisamment sensible pour éviter la dégradation des tarifs par suite des dévaluations.

Sur ce dernier point, les clauses de la Convention-type sont facultatives. Toute latitude est donc laissée aux contractants. Par contre la Convention n'a point par elle-même force de loi. Elle ne l'acquiert que par une « approbation » *qui doit disparaître*. Il faut en revenir au principe de la liberté des conventions. Le passé prouve qu'aucun abus n'a été commis, en matière de tarif, ni du côté médical, ni du côté des Caisses, tout au moins dans le sens de l'exagération.

2° Les honoraires ne doivent point *en principe* être supérieurs à ceux des tarifs. Les dépassements ne sont déclarés légitimes qu'après *contrôle*, par une Commission mixte, des motifs qui les ont déterminés.

C'est là renverser la règle antérieure, mise au point par les anciennes conventions collectives. Le Syndicat faisait connaître son tarif normal (c'est-à-dire moyen et courant), les médecins restant libres de le dépasser ; le contrôle technique n'intervenait qu'en cas d'« abus ».

La loi récente a commis une erreur de méthode grave. Partant du principe de contrainte chère au droit allemand, elle a commencé par tout interdire. Puis comprenant que cette rigidité absolue était rigoureusement impraticable, elle a autorisé des exceptions.

Il eût fallu à notre sens partir du principe de liberté et se borner à consacrer législativement l'œuvre spontanée et viable des anciennes conventions collectives dont la Seine nous avait donné un excellent exemple : le principe est la libre fixation des honoraires sur la base du *tarif normal*, pratiqué en fait par 85 % des médecins. Les dépassements sont libres, licites et non frappés de suspicion. Mais dans tous les cas d'abus présumés, la Caisse ou l'assuré peut mettre en œuvre une procédure de contrôle permettant de sanctionner professionnellement les *abus avérés*. Quand y a-t-il abus ? Tout simplement quand les honoraires dépassent la normale sans motifs valables (et la jurisprudence a depuis longtemps dégagé les éléments en fonction desquels peuvent légitimement varier les honoraires médicaux).

Nous retrouvons donc, mais en sens inverse, l'article 13 de la loi actuelle. Tout dépassement ne peut au reste être *matériellement* l'objet d'un contrôle, les Commissions n'y suffiraient point. Seuls les dépassements *importants* peuvent faire présumer l'abus et justifier, ne fût-ce qu'économiquement, la mise en œuvre d'une juridiction.

Enfin le contrôle doit échapper à une Commission mixte, et revenir en dernier ressort à la *juridiction professionnelle*, c'est-à-dire au Conseil de l'Ordre. Encore faudrait-il obtenir la disparition, au degré d'appel, de cette « section spéciale des assurances sociales », qui enlève pratiquement aux médecins la maîtrise de leur juridiction. Si la Commission mixte subsiste, elle devrait apparaître comme une création des Conventions, et figurer dans les clauses de la Convention-modèle. Elle ne saurait en aucune manière prendre le caractère d'une juridiction, mais rester ce qu'elle ne peut cesser d'être : un simple organe de *préconciliation*.

Libre choix. Liberté de traitement.

La contrepartie nécessaire des sacrifices consentis par le Corps médical, en contractant avec les Caisses, c'est-à-dire en aliénant une part de ses libertés naturelles, doit être nécessairement, du côté des Caisses, l'abandon de tout esprit de concurrence à la médecine libre et de toute entorse, même indirecte, au libre choix. Sinon l'avantage principal de la Convention s'évanouit.

Or, le texte de l'article 19 de l'ordonnance laisse entrevoir l'intention des Caisses de fonder des établissements destinés à soigner les assurés, ou de passer convention avec des organisations mutualistes dans le même but. La Convention-type se bornait, en cette matière, à prévoir la communication au Syndicat des Conventions ainsi conclues, ce qui constituait un « avantage » assez mince et d'une médiocre efficacité.

Il serait nécessaire que l'*avis* du Syndicat fût obligatoirement sollicité, au même titre que celui du Ministère du Travail ou de la Santé, avant toute création d'établissements de soins par les Caisses. Mieux même, la Convention Syndicat-Caisse devrait stipuler que rien ne pourrait être réalisé en ce domaine (création ou contrat) sans l'*autorisation* formelle du Syndicat signataire. Cette clause devrait apparaître aux deux parties, moins comme un frein imposé par la première, et impatiemment subi par la seconde, que comme l'amorce d'une coopération en vue de fonder et de gérer en commun les centres d'examens.

Enfin, reste la grave question des articles 33 à 35 sur la *longue maladie* et le rôle nouveau dévolu au médecin-conseil et aux médecins experts pour toute maladie dépassant trois mois. Une première réforme pourrait consister, selon nous, à réserver, plus nettement que le texte actuel, ces dispositions exorbitantes aux seules maladies de longue durée, c'est-à-dire, en termes d'assurances sociales, aux maladies échappant à la règle ordinaire du *délai de six mois*. Il ne faut pas que tout traitement spécial exigé après trois mois de soins entraîne obligatoirement cette lourde procédure de « consultation sociale ». Son domaine doit être précisément circonscrit aux cas où les finances des Caisses sont engagées gravement et pour une longue durée. Nous espérons que les auteurs du texte et ceux qui l'appliqueront ne seront pas mus en cette matière par le seul souci de « récupération sociale » qui semble exclusivement les inspirer et que les intérêts de l'homme ne seront pas sacrifiés sur l'autel des intérêts économiques ou démographiques. Sinon, que l'on cesse d'invoquer, en matière de sécurité sociale, les nobles sentiments dont il est bien porté de faire montre, et que l'on s'abstienne de faire vibrer les cordes sentimentales du public et des médecins.

Le plus sûr moyen de sauvegarder, dans les hypothèses bien définies où le régime de longue maladie doit entrer en vigueur, le souci de l'homme et de sa valeur absolue, est de réintroduire la liberté de choix du consultant (c'est-à-dire de l'expert) et, par là même, la liberté de traitement. Quoiqu'en pensent les hauts fonctionnaires de la Santé publique, le directeur régional de la Santé ne jouit en aucune manière du crédit, de l'autorité morale, de l'indépendan celui permettant de faire choix d'un *expert statuant sans recours*. La liste des consultants doit comprendre tous ceux que leurs titres ou leur notoriété ont accrédité auprès de leurs confrères ; seuls ces derniers, représentés par leurs organismes professionnels, sont habilités à les désigner. Le consultant, même ainsi déterminé, ne saurait prétendre à l'infaillibilité ; la loi doit ouvrir la possibilité d'une contre-expertise dans un délai suffisant pour permettre de juger l'évolution du mal.

En conclusion, nous réaffirmons qu'une réforme vaut, en l'espèce, mieux qu'une rupture. Certes, le Corps médical n'a point à redouter, dans son ensemble, les menaces de fonctionnarisation qu'un Ministre, jouant cartes sur table, lui a aimablement prodiguées. Mais en acceptant de participer, au prix d'une réforme, à l'édification du nouveau régime de sécurité sociale, que les faits économiques, démographiques et politiques rendent inéluctables, le Corps médical libre est à même d'y introduire ce haut souci d'humanité dont il risque d'être, en notre dure époque, l'un des rares détenteurs. Son abstention ne manquerait point d'avoir de graves conséquences : elle condamnerait, quasi nécessairement, une fraction importante de la masse française à relever d'un secteur médical étatique, peut-être scientifiquement élevé, probablement d'une technique efficace, mais qui aurait cessé d'avoir figure humaine. Peu importent alors les nobles mobiles des « abstentionnistes » ; ne pourrait-on ensuite, légitimement, leur imputer à faute ce qui risquerait d'apparaître comme le triste résultat de leur démission?

Jean Mignon.

LA NOUVELLE NOMENCLATURE GENERALE DES ACTES PROFESSIONNELS

par le Dr Fernand DECOURT

La nouvelle Nomenclature est enfin parue. Je viens d'en recevoir du Ministère un exemplaire avec ces mots : « Au nom de la Direction Générale de la Santé Publique, je vous adresse un des premiers exemplaires de la Nomenclature, sortis de l'imprimerie, en remerciement de la grande part que vous avez prise à l'établissement de ce document. »

Même si j'en avais l'intention — ce qui n'est pas — j'aurais mauvaise grâce à me livrer à de fougueuses critiques contre ce « document » ainsi que je l'ai fait lors de la parution en octobre 1942, de la Nomenclature « bleue » dite « mort-née ». Et cela d'autant plus que c'est l'**Avant-projet** que j'avais rédigé et fait distribuer aux membres du Conseil National de l'Ordre, le 7 août 1943, qui servit de base de discussion pour l'établissement du **Projet**, dressé dans la suite par la Commission spéciale nommée par le Conseil national, lequel m'avait désigné comme Rapporteur général avec une douzaine de Rapporteurs particuliers.

Au début de janvier 1944, ce projet de la Commission, après quelques retouches effectuées par le Conseil national fut présenté au Ministère de la Santé qui le modifia et l'envoya ensuite au Ministère du Travail qui le modifia également... C'est ainsi que les mois passèrent. Des événements heureux survinrent, grâce auxquels l'atmosphère médicale changea. Les syndicats et leur Confédération reparurent. Enfin — comme tout finit par arriver un jour ou l'autre — en février 1946, sortit des presses la nouvelle Nomenclature.

⁂

Sans entrer dans certains détails, au sujet desquels j'attendrai de recevoir des lettres de confrères pour classer les observations éventuelles, je ne parlerai guère aujourd'hui que de questions d'ordre plutôt matériel.

1° Parmi mes critiques contre la Nomenclature « mort-née », j'avais insisté, d'après les lettres reçues de confrères, sur l'incompréhensibilité de certaines prescriptions et la difficulté de s'y reconnaître dans l'ensemble, ces prescriptions étant placées de-ci de-là, sans ordre apparent. Aussi, dans mon Avant-Projet, avais-je eu l'idée de découper le tout en articles successifs et principalement en ce qui concernait les « dispositions générales ». Ce découpage en articles fut conservé dans le Projet du Conseil national et poursuivi jusqu'à la « dernière mouture ».

2° Par contre, il est un point que je déplore, c'est qu'il n'y ait point, à la fin de la brochure, un « **Index alphabétique** » semblable à celui, fort bien fait, qui se trouvait dans la brochure bleue contenant la Nomenclature mort-née. C'est une regrettable lacune, à mon avis, qui aurait besoin d'être comblée.

3° La question des « **Indemnités de déplacement** » n'a pas été traitée ni même esquissée dans la nouvelle Nomenclature. Sans fixer de chiffres évidemment comme dans le tarif des Accidents du Travail, on aurait pu donner des directives d'ordre général en se servant, là encore, des chiffres-clés pouvant toujours être fixés régionalement pour la valeur monétaire. Je l'avais fait dans mon Avant-projet de façon que les praticiens auraient pu trouver des indications tout au moins. Qu'il me soit permis de regretter qu'on ait laissé de côté cette question. C'est que je considère la nouvelle Nomenclature comme une sorte de « livre de chevet » (ou plutôt « de bureau ») puisqu'elle devra être employée en matière d'A. S. et d'A. T. et aussi probablement, dans l'avenir pour les soins aux Pensionnés de guerre, pour l'A. M. G., etc.

4° Je note en passant un défaut matériel de typographie, je pense. Aux pages 44 et 45 (Obstétrique) il n'est pas fait mention de **K** devant le montant des coefficients établis.

5° A la dernière page, au sujet des « **auxiliaires médicaux** », il est indiqué de multiples (**E**), ce qui signifie, d'après l'art. 7, qu'il y a lieu à « entente préalable ». Or, à cet article 7, il est prescrit : « .....Le malade est tenu d'adresser au contrôle médical, préalablement à l'exécution de l'acte, une demande « d'entente préalable » remplie et signée par le médecin, le chirurgien, le spécialiste ou le chirurgien-dentiste... » Mais il n'est pas parlé de l'auxiliaire médical. Et cela avec raison, puisque les soins dispensés par lui ne peuvent être remboursés qu'après « avoir été prescrits, au préalable, **qualitativement et quantitativement** par le médecin traitant. » (Art. 50). L'auxiliaire médical n'est donc pas qualifié pour signer à son client une demande d'entente préalable. De plus, un simple **B** (Bulletin d'Information) serait plus pratique quand il s'agit de « massages » car si pour une entorse, par exemple, il faut attendre dix jours pour commencer le traitement, malgré l'ordonnance médicale, ne serait-ce pas un tantinet ridicule — et impraticable ?

⁂

Certes, il y aura besoin d'un certain rodage pour que tout cela « tourne rond ». C'est entendu. D'ailleurs une telle Nomenclature, ainsi que je l'avais dit au Chapitre VII, art. 73, de mon Avant-Projet, doit être l'objet d'une « **création continue** »... Et c'est ce qu'on a heureusement compris en haut lieu. En effet, vient d'être créée une « **Commission permanente de la Nomenclature** ». Probablement une « Commission interministérielle », pour ainsi dire, comme celle existant pour les accidents du Travail au sujet de la « tarification » et dont je suis membre depuis l'époque antédiluvienne de 1912. La Confédération m'a désigné pour faire partie de cette nouvelle Commission. Je n'ai pas décliné cet honneur qui m'échoit « à l'ancienneté » évidemment. Je recevrai donc avec plaisir les observations que nos confrères du CONCOURS voudront bien me faire au sujet de cette nouvelle Nomenclature.

En conclusion, d'après ce premier examen, il m'apparaît qu'avec quelques modifications possibles, quelques précisions, quelques additions éventuelles effectuées peu à peu, cette nouvelle nomenclature pourra rendre au Corps médical français les services qu'il est en droit d'attendre d'elle.

P. S. — Dans un prochain article, nous verrons comment les travaux de la Commission désignée, en 1943, par le Conseil National, ont été effectués « au grand jour », en s'efforçant de recevoir des confrères, toutes suggestions utiles.

F. D.

ECLAIRCISSEMENTS SUR L'ARTICLE 13

L'article 13 de l'Ordonnance du 19-10-45 sur les Assurances Sociales, a fait déjà couler beaucoup d'encre et lever quelques boucliers contre l'action de la Confédération des Syndicats Médicaux qui, dans son Assemblée générale d'Octobre a voté à une grosse majorité la collaboration du Corps Médical à la nouvelle loi de Sécurité Sociale.

Puis quelques médecins se sont repris et ont traduit, même dans la grande presse, l'émotion qui se faisait jour dans certaines sphères médicales.

Il nous a paru bon de mettre au point cette importante question — après en avoir souvent parlé dans des Assemblées syndicales — surtout pour quelques confrères qui, n'ayant pas lu la loi dans son ingralité, ou se faisant l'écho inconscient de revendicateurs ignorants, sont persuadés que la médecine française est perdue !

⁂

Il est pourtant facile de démontrer que le Corps Médical n'a rien abdiqué de ses droits essentiels, en décidant **volontairement** de faire un effort réel — tout effort n'allant jamais sans quelques sacrifices — pour assurer la réussite du plan national de Sécurité Sociale.

Et il suffit de réfléchir un instant pour comprendre que le meilleur moyen d'éviter aux médecins la fonctionnarisation ou le salariat et la création d'organismes de soins de Caisses, est justement de permettre aux assurés sociaux de continuer à être satisfaits au maximum de la libre médecine, presque intégralement couverte par les prestations !

Quel est le principe même de tout plan de sauvegarde sociale ? (Mettons-nous un instant à la place — surtout pécuniaire — des malades) : couvrir au maximum tous les risques et en premier lieu le risque maladie souvent grave, toujours lourd pécuniairement et absolument involontaire.

Quelle a été de tous temps la tradition médicale ? : entretenir le « colloque singulier » entre médecin et malade et proportionner les honoraires du premier à la situation de fortune du second.

Voilà les deux éléments apparemment antagonistes du problème.

Quelle est la teneur officielle de ce fameux **Article 13** :

« Tout praticien qui demande à un assuré social « des honoraires supérieurs à ceux résultant du « tarif fixé conformément aux articles précédents, « peut, à la requête de l'assuré ou de sa Caisse, « être invité à justifier des motifs de ce dépasse- « ment, tels que la situation de fortune de l'assu- « ré, la notoriété du praticien ou autres circons- « tances particulières. »

En traduisant ce texte pourtant clair, on peut dire que s'il y a **dépassement abusif** des honoraires envers des assurés sociaux de **situation modeste**, honoraires établis par le Corps Médical, revisibles en cas de hausse des salaires, approuvés par une commission nationale en grande partie médicale st syndicale, il **peut** être demandé des justifications, d'abord devant une commission de conciliation essentiellement syndicale, et si l'arbitrage n'a pu se faire, devant le Conseil Régional de l'Ordre, exclusivement médical et confraternel !

C'est d'ailleurs ce qui a été établi de tout temps même en dehors des A. S. par les divers Codes de Déontologie.

En contre partie de cette fixation des honoraires, la Caisse rembourse tous les actes à 80 % et s'engage par Convention à ne pas faire jouer l'article 13 envers les Assurés sociaux dépassant le plafond actuel annuel de 120.000 francs !

Comment peut-on voir dans ces accords l'arbitraire des Caisses, l'avilissement de la médecine et le salariat et la mort de l'entente directe ? Il apparaît au contraire comme un véritable tour de force d'avoir pu concilier des intérêts aussi divergents de prime abord.

Non, l'entente directe n'est ni abolie, ni perdue pour nous, elle est transformée et se met en accord avec l'évolution des idées actuelles et le développement de la vie en société où chaque individu doit prendre part selon ses besoins et ses moyens à la vie collective.

En voici l'exemple concret et simplifié :

« Dans une ville, le Dr A. qui était seul médecin, appliquait à sa clientèle moyenne un tarif qui lui semblait normal. Cette clientèle s'était groupée pour créer une assurance collective contre le risque maladie. Le Dr B veut s'installer à son tour et va voir le Dr A pour appliquer les mêmes tarifs. Le Dr C. vient un peu plus tard, essaie de travailler seul, mais s'aperçoit vite qu'il est préférable de s'unir aux autres. Ces trois praticiens mettent leur accord par écrit et le portent au groupement des clients qui l'acceptent en échange de contreparties substantielles pour les médecins.

Cette entente directe individuelle qui existait entre A et ses malades, B et ses malades, C et ses malades a été transformée en entente directe collective, mais est restée une entente directe, puisque A. B. et C. peuvent rompre le contrat si les conditions n'en sont pas exécutées.

Pour finir le tableau pratique de notre ville, il faut ajouter que le Dr D arrivé ensuite, individualiste farouchement et obstinément, a bien voulu profiter de cet accord mais sans le signer, voulant garder le droit de pratiquer des tarifs supérieurs qu'en fait il n'applique **jamais** ! Il sera parfaitement libre de ne pas signer les feuilles officielles, et créera de ce fait de tels ennuis à ses malades qu'il est à peu près certain de ne plus les revoir !

⁂

Voilà posé en équation toute simple tout le problème de l'article 13. Certes les critiques ne manquent pas et nous avons en main quelques circulaires émanant de certains Syndicats qui n'ont pas eu peur de noircir le tableau de la médecine future en donnant des arguments de valeur douteuse ou même totalement erronée !

Ils comptent ainsi entraîner et entraîneront peut-être tous ceux qui, tels les fameux moutons d'autrefois, sont incapables de se faire une opinion ! Nous sommes persuadés que tout médecin ayant étudié la loi et le but recherché dans son application, ayant réfléchi sur ces problèmes sociaux si importants à l'heure actuelle, sera convaincu que le Corps Médical français s'honore grandement en apportant sa collaboration loyale à cet effort de sécurité sociale, gage certain d'équilibre futur et de paix intérieure.

Docteur CAFFORT.
(*Toulouse.*)

P. S. — Rien d'humain n'étant intangible, il est grandement souhaitable d'obtenir des pouvoirs publics l'aménagement de l'art. 13, dans un sens plus conforme à la Charte Médicale, et au Code de Déontologie, sous une forme acceptable pour les exégètes les plus pointilleux, et respectant le désir des Caisses et des médecins de voir accorder les honoraires à la situation de fortune réelle des malades.

UNE REUNION D'INFORMATION COMMUNISTE

Le 24 février, le Corps médical parisien était convié, par invitations individuelles à en-tête du Parti communiste français, à assister à une réunion sur les perspectives d'avenir de la médecine.

Le ministre du Travail, M. A. Croizat, tint tout d'abord à affirmer qu'en appelant tous les médecins à apporter leur collaboration au fonctionnement de la nouvelle institution de Sécurité Sociale, il entendait faire justice d'une calomnie : il n'est aucunement question de fonctionnariser la médecine, son indépendance et sa liberté doivent être entièrement sauvegardées.

M. Berlioz, député de l'Isère, membre du Comité central du parti communiste, fit ensuite un long exposé. Il s'efforça tout à la fois de présenter les insuffisances de la médecine actuelle comme une conséquence directe du régime capitaliste qui est le nôtre et de définir à grands traits la place du médecin dans l'organisation communiste qu'il nous promit pour demain. Cette place, précisa-t-il, doit être au tout premier rang. Bien entendu, le médecin donnera ses soins aux malades et dirigera la médecine préventive la plus large ; mais encore, c'est lui qui dirigera la lutte contre les fléaux sociaux, qui sera à la tête d'une grande politique du logement et de l'urbanisme ; enfin il participera activement et efficacement à l'élaboration des lois. L'orateur fit ensuite un tableau saisissant des progrès accomplis en quelques années en U. R. S. S., sans insister, toutefois, sur la fonctionnarisation totale du Corps médical soviétique et son corollaire : la disparition d'une médecine totalement humaine qui ne fut pas limitée à la seule recherche du rendement du travail. Pour terminer, il lança un vibrant appel aux médecins, « à eux qui connaissent si bien les besoins de l'homme, à eux qui sont en contact avec les masses populaires », pour qu'ils viennent grossir les rangs du parti qui en a, paraît-il, un pressant besoin.

Un confrère, dans la salle, fit observer que ce beau programme idéal — celui du Corps médical tout entier — n'était en rien lié à l'idéologie communiste et devait en être totalement dissocié. Remettant les pieds sur la terre, il s'étonna que la lutte contre l'alcoolisme et les syndicats de distillateurs, ne fut pas, en fait, menée avec autant de vigueur que celle contre les trusts. Il ne s'étonna pas moins de la contradiction entre les déclarations du Ministre nous promettant une médecine libre et le tableau enchanteur de la médecine soviétique présenté par le deuxième orateur comme un modèle à rejoindre.

Enfin, malgré les explications complémentaires données avec la meilleure grâce par M. A. Croizat, il n'apparut pas très nettement, à certains des assitants, que le plan dit de Sécurité Sociale dut apporter aux travailleurs, intéressés au premier chef, une médecine meilleure, un paiement plus rapide des prestations, ni des allocations familiales plus substantielles. Mais à coup sûr, ils virent distinctement la sécurité financière qu'y trouvera la C. G. T. grâce aux milliards recueillis et ils se représentèrent sans effort le gouffre qui engloutira une bonne part des cotisations.

Dr DE FONT-RÉAULX.

CONNAITRE — CAHIERS D'HUMANISME MÉDICAL

ÉDUCATION ET MÉDECINE

Il y a peu de questions aussi importantes pour notre avenir que celle de l'éducation. Et, aussi, peu de questions comportant plus d'interférences avec la médecine.

Les jeunes paient toujours un lourd tribut à l'épreuve. C'est pourquoi, après les années que nous venons de vivre, il importe beaucoup que les éducateurs connaissent avec une particulière précision la physiologie et la pathologie des enfants et des adolescents qui leur sont confiés, afin de savoir déceler, dans leurs plus discrètes manifestations, les réactions anormales, les altérations du caractère, les déviations du sens social.

L'éducateur ne peut ignorer l'importance des tempéraments et, aussi, que les enfants traversent des phases successives de concentration en eux-mêmes et d'épanouissement au dehors qui réclament une égale vigilance. Il doit être familier avec les troubles de la sensibilité, les déviations de l'intelligence, les défaillances de la volonté. Armé de la sorte de connaissances d'ordre physiologique et pathologique, il se proposera avant tout de réaliser chez ces jeunes êtres un équilibre vraiment organique entre les diverses tendances, une harmonieuse hiérarchie, en formant parallèlement les cerveaux et les caractères sans jamais sacrifier les uns aux autres.

On trouvera dans le numéro 3 des *Cahiers d'humanisme médical* « CONNAITRE », consacré à « *Education et Médecine* », une suite d'études que médecins et éducateurs liront avec un égal intérêt. Ces études portent sur toutes ces questions si délicates, que nous venons d'évoquer et qui exigent tant de tact, d'intuition, d'expérience. Elles sont signées de noms aussi autorisés que ceux des Drs Cathala, Lhermitte, Heuyer, Dublineau, Cl. Launay, Boutonier. Et c'est G. Berthier qui, avec sa double compétence de moraliste et d'éducateur, expose les nouvelles méthodes d'éducation qui se sont justement assigné pour but de ne pas sacrifier la formation du caractère.

Dr BIANCANI.

3e CAHIER : EDUCATION ET MEDECINE

SOMMAIRE

Editorial (Biancani). — Les stades du développement physique et psychique de l'enfance (Cathala). — Déséquilibre du caractère et tempéraments (Heuyer). — Les troubles de l'affectivité (Boutonier). — La rééducation des déficients intellectuels (Dublineau). — Les anomalies de la volonté (Launay). — Retour à l'équilibre (Lhermitte). — Les méthodes nouvelles d'éducation (Bertier). *Chroniques : Les courants de pensée :* vers Montaigne. — *Science :* Les isotopes en biologie et en médecine. — Le médecin entomologiste (Barthe). — Les cactées. — Les livres d'art (Normand). — Aristote musicien (Berger). — La place du cinéma d'amateur (Boyer). — *Bibliographie.* — *Revue des Revues.*

A paraître en avril. Prix de souscription : 130 *fr. Souscription à* 4 *Cahiers :* 500 *francs.*

RAPPEL. — *Cahier n°* 1 : « La Médecine et l'Homme ». Prix 100 fr. — *Cahier n°* 2 : « Peuples, Familles et Médecine ». Prix 150 francs.

Souscriptions au Concours Médical, 37, *rue de Bellefond, Paris-9e. Ch. Postaux : Paris* 167-95.


RECTOCALCIUM
CALCITHÉRAPIE INTENSIVE PAR VOIE RECTALE
SUPPOSITOIRES ADULTES
1 gr. de gluconate de chaux
SUPPOSITOIRES ENFANTS
0gr.50de gluconate de chaux
Toutes les indications du Calcium
Tolérance et assimilation parfaites
Aucun des inconvénients
de la Voie parentérale
LABORATOIRE ROGER BELLON
LOUIS FERRAND
Ex-Interne, Lauréat des Hôpitaux de Paris
PHARMACIEN-GÉRANT
(GAMBÉOL, ACTIPHOS,
HÉMOPYLORE "3", GLOBIRON)
78 bis, Avenue Marceau - PARIS (8e)

ECHOS & COMMENTAIRES

Pour une augmentation rapide du Tarif des soins aux pensionnés de guerre.

Le tarif des consultations, visites et actes de spécialité de l'article 64 a été, on s'en souvient, augmenté par un arrêté ministériel du 2 juin 1943. Quant au tarif des frais de déplacement, c'est par arrêté du 30 octobre 1944 qu'il a été relevé.

Depuis le 1er janvier 1943 la consultation est tarifée 25 fr. et la visite 30 fr. Depuis le 1er janvier 1944, l'indemnité kilométrique est de 3 fr. en plaine et 3 fr. 50 en montagne. Est-il besoin de souligner ce qu'a de ridicule, en mars 1946, une telle tarification ? A l'époque, elle le paraissait moins, parce que le coût de la vie n'avait pas encore subi la hausse impressionnante que nous connaissons, et parce que, le tarif des accidents du travail étant inférieur encore à celui des pensionnés de guerre, l'attention médicale était concentrée sur le tarif A. T. Mais aujourd'hui !...

Depuis quelques mois on nous berce dans l'espoir d'intégrer e régime de l'article 64, dans l'ensemble du système de sécurité sociale, et d'appliquer en conséquence aux soins aux pensionnés de guerre, des tarifs déterminés selon l'un des modes prévus par l'ordonnance du 19 octobre 1945, pour les A. S. et les A. T.

Aux dernières nouvelles, l'opposition du ministre des Finances laisse, hélas, présager que, faute de crédits, la réforme ne verra pas le jour de sitôt. Or, le mécontentement des médecins grandit chaque jour, devant ce qu'il faut bien appeler la carence grave du ministre des Anciens combattants et victimes de la guerre. L'ordre du jour du Conseil de la Confédération, en date du 24 février que nous publions d'autre part, en est une manifestation symptomatique.

Nous souhaitons très ardemment la publication rapide d'un arrêté qui, à titre transitoire et jusqu'à la mise au point de la réforme en cours d'étude, relèvera le montant des honoraires pour l'article 64. Une augmentation de 100 % sur les tarifs actuellement en vigueur (*soins* et *déplacements*, n'oublions pas les déplacements s. v. p.) paraît un minimum à défaut duquel le Corps médical serait vraiment en droit de suivre l'exemple de la magistrature, des fonctionnaires et autres fractions de la communauté nationale qui, à raison semble-t-il, s'estiment lésés par la démagogie actuelle.

La prolongation de l'aide médicale temporaire

On lira dans nos dernières nouvelles l'ordre du jour du Conseil de la Confédération sur cet épineux problème. Deux pages plus loin, sous notre rubrique « L'Officiel » s'étale insolemment le texte de *la Loi* (nous ne sommes plus, depuis l'heureux avènement de l'Assemblée constituante, sous le règne des ordonnances, dont le nom sentait un peu le fagot) de la loi du 1er mars 1946, portant à douze mois au lieu de neuf le délai pendant lequel les déportés rapatriés seuls peuvent prétendre aux soins gratuits.

Nous ne nous élevons pas contre le principe de l'A. M. T. les rapatriés ont incontestablement droit à des soins payé

Migraines, Rhumatismes
Toutes Algies
CURATINE BRUNET
1 à 4 cachets par jour
LABORATOIRE BRUNET
23, rue des Écouffes - PARIS-4e

GÉNATROPINE
Polonovski et Nitzberg
SÉDATIF DU VAGUE
Hyperchlorhydrie - Spasmes digestifs
Vomissements - Coliques - Diarrhées
10 à 30 gouttes ou 1 à 3 granules 2 ou 3 fois par jour, 2 heures aprés le repas ou en ampoules de 2 millig. pour injection sous-cutanée
Laboratoires AMIDO - A. BEAUGONIN, Pharmacien
4, Place des Vosges, PARIS.



par la collectivité ; que certains d'entre eux puissent en bénéficier pendant douze mois au lieu de neuf, nous y applaudissons ; mais pourquoi faut-il que seul le Corps médical, une fois de plus, supporte un sacrifice considérable sur le montant de sa rémunération ?

Pourquoi surtout des abus graves sont-ils non seulement tolérés, mais encouragés par l'administration dans l'application du régime des A. M. T. ?

L'ordonnance du 26 mai 1945 spécifie bien que la gratuité des soins ne peut être accordée que pour l'affection ayant un lien avec la captivité ou la déportation. Or, il est courant de voir un rapatrié muni d'une fiche d'A. M. T. se présenter chez un médecin pour se faire soigner d'une maladie récente, et n'ayant avec la captivité aucune corrélation.

Les médecins font alors leur possible pour faire comprendre au patient son erreur, et pour refuser de se rendre complices, somme toute, d'une fraude au préjudice de l'Etat ; ce faisant, non seulement ils s'attirent de leurs clients une rancune solide, et de la part de la population une impopularité regrettable, mais encore, et c'est bien le pire, des remontrances des services communaux et préfectoraux, dont voici un exemple entre mille autres.

Je suis saisi d'une plainte d'un client titulaire d'un carnet de soins gratuits, que vous auriez refusé de soigner au tarif qui leur (sic) *est consenti*, écrit un Préfet à un de nos confrères.

Cette plainte est soutenue par l'Association départementale des Prisonniers, qui m'a demandé d'une part de donner à votre refus la publicité des journaux et d'intervenir d'autre part tant auprès de l'Ordre des médecins, qu'auprès du tribunal (sic).

Cette instance énergique gêne évidemment le souvenir que j'ai de nos relations anciennes, et je prie votre bonne volonté d'arrêter une histoire malencontreuse, d'une part en faisant tenir à M. X..., prisonnier rapatrié, soigné par le docteur Y..., le chèque qu'il réclame, et d'autre part, en évitant de faire supporter aux prisonniers qui vous sont envoyés, l'insuffisance possible des tarifs qui vous sont attribués pour les soigner.

Voici la réponse du confrère :

M. X... s'est présenté chez moi il y a quelques jours pour un examen radiologique. L'examen terminé il m'a tendu une feuille d'Assistance médicale temporaire de prisonnier rapatrié. Je lui ai fait remarquer que la gratuité de soins était due pour les blessures ou maladies contractées du fait de la captivité et que je mettais en doute, en tant que médecin, le rapport de cause à effet entre la captivité et la maladie dont il était atteint. M. X... m'a alors grossièrement insulté et menacé.

Je n'ai jamais demandé d'honoraires à M. X..., et je préfère ne rien toucher plutôt que de faire supporter par l'Etat ce que je considère comme un abus.

Le lendemain, mon infirmière a remis au docteur Y..., la radiographie accompagnée d'un mot lui signalant la scène.

L'Association départementale des Prisonniers n'a d'ailleurs pas la compétence voulue pour connaître une question d'ordre essentiellement médical et qui ne relève que du Conseil de l'Ordre des médecins.

Je tiens à vous dire d'autre part qu'il ne saurait être question pour moi d'insuffisance de tarif vis-à-vis des prisonniers rapatriés. (Suivent tous les titres du confrère à la reconnaissance des rapatriés.)

A titre documentaire, je me permets de vous indiquer qu'à l'hôpital de X..., chaque examen radiologique a coûté à l'Etat une



Toujours Active ...
La Jamais Nocive
NÉVROSTHÉNINE FREYSSINGE
tout
convient à
DÉPRIMÉ
SURMENÉ
CÉRÉBRAL
INTELLECTUEL
CONVALESCENT
NEURASTHÉNIQUE
LF
LABORATOIRE FREYSSINGE - 6, RUE ABEL - PARIS

estomac
sel de hunt
laboratoire alph. Brunot,
16, r. de boulainvilliers,
paris-XVI'

moyenne de deux mille cinq cents francs. J'y ai pratiqué 457 examens sur lesquels 107 à peine étaient justifiés. Certains prisonniers se faisaient examiner pour la troisième ou quatrième fois pour des affections inexistantes. Voici un exemple pris au hasard : un ancien prisonnier vu en Allemagne avant son départ, revu à Paris, vu au Centre de libération de X..., s'est présenté un matin dans mon service de radiologie avec une fiche portant une demande d'examen du cœur, des poumons, de l'estomac, du foie, de l'intestin et des deux jambes.

De l'énumération de ces quelques faits vous pouvez donc constater, Monsieur le Préfet, que, s'il y a des abus, ils ne sont pas de notre côté.

S'il y a lieu, en effet, de protéger les droits légitimes des anciens prisonniers, nous avons également le devoir de sauvegarder les intérêts de l'Etat.

Nous ne saurions mieux dire ! Puisque le législateur vient de décider la prolongation du délai pour une catégorie privilégiée de rapatriés, nous souhaitons qu'au moins, les administrations, à l'avenir, veuillent bien s'abstenir de participer de façon trop vigoureuse à la grande valse des deniers de l'Etat.

Les élections dans la Seine.

Après deux essais infructueux, le Corps médical parisien semble enfin avoir réussi à se donner un Conseil départemental de l'Ordre. Le parti des abstentionnistes s'est quelque peu effrité et les médecins parisiens paraissent se réhabituer lentement à des mœurs qu'ils avaient peut-être oubliées. Sur 7.200 inscrits, 4.200 ont exprimé leurs suffrages (soit environ 58 %). La tête de liste obtient 3.600 suffrages (soit environ 48 % des inscrits). La moyenne des voix recueillies par les élus oscille entre 2.600 et 1.400 voix (soit de 36 % à 20 % des inscrits). La capacité représentative de fait du Conseil, si elle s'est accrue sur le précédent, est fort loin encore de cette quasi-unanimité qui, selon certains, ferait la force de l'Ordre.

Peut-être au reste ceux qui ont fait campagne lors de la période électorale ont-ils eu tort de vouloir transformer cette désignation de tuteurs moraux et, au second degré, de juges professionnels en une élection de représentants et de défenseurs

Cette erreur ,complaisamment entretenue par certains, est sans doute à la source des mésaventures de ce nouveau Conseil qui comporte en son sein des membres ayant eu, dit-on, déjà maille à partir avec les tribunaux de droit commun, ou dont l'activité brouillonne n'est peut-être point faite pour assurer aux délibérations du Conseil tout l'équilibre désirable.

Bien plus l'élection, ou plutôt les résultats proclamés, seraient éminemment contestables, en raison de l'omission d'un nom qui recueillit une fraction très importante des voix. Une décision de suspension pour cause d'épuration serait intervenue opportunément entre le dépouillement et la proclamation des résultats, — trop tard cependant pour rendre inéligible un élu qui dans un an devra prendre sa place pour cinq années — trop tard aussi pour transformer un suppléant en titulaire. En sorte que les actes du nouveau Conseil pourraient être dans leur racine tous entachés d'illégalité !

Aux dernières nouvelles, la situation du Dr Tournay, aurait été reconsidérée lors de la première réunion du Conseil, et sa place réservée, en attendant la décision de la Commission des élections nommée à l'Assemblée générale électorale du 3 Mars.

VITAMINE E
SOLUTION HUILEUSE NATURELLE
TITRÉE A 10 milligrammes par ampoule
EGERMOL
LABORATOIRE LAROCHE-NAVARRON
6, Passage Ramey - PARIS (18e) -:- Tél. MONtmartre 93-49 et 98-73

LE PANSEMENT BIOLOGIQUE COMPLET
DESITIN
DESITIN
DESITINOL
Pâte et crème vitaminée à l'huile de flétan (vitamines A & D)
Laboratoire CANAT, 22, Rue Lalande, PARIS

CARDIALGINE
CAMPHO-SPARTEINE
COLLO-IODE • IODOTENSYL
Laboratoires DUBOIS
— R. DUBOIS, Docteur en Pharmacie —
52, rue Montesquieu, ASNIÈRES (Seine)
Téléphone : GRÉ. 03-92

Le nouveau Conseil départemental de la Seine et la Sécurité sociale.

Parmi les nouveaux élus, nous relevons les noms de nos confrères Lafay, Funck-Brentano, Tissier-Guy, J. F. Buvat et Guyot, qui sont membres influents du Comité directeur de l'Union des Médecins français. En cette qualité, ainsi que nous avons déjà eu l'occasion de le rappeler, ils ont voté en décembre dernier une résolution par laquelle ils « apportent leur accord sur la nécessité même du projet d'organisation de la sécurité sociale : à savoir extension des Assurances sociales à l'ensemble des salariés du pays, en attendant son extension à l'ensemble de la population ; ils se déclarent pleinement d'accord sur l'organisation fixant le régime de la longue maladie ; ils admettent la nécessité d'un accord entre les Caisses de Sécurité sociale et les Syndicats médicaux pour la fixation des tarifs ».

Par contre, au cours de leur campagne électorale, ou bien ils se sont déclarés partisans du « respect absolu de la charte médicale », ou bien, ayant sur ce point gardé un silence prudent, ils ont laissé leur « clientèle » s'en réclamer pour eux bruyamment.

Aujourd'hui que les voilà, par la confiance du Corps électoral, mis à même d'agir, dans le cadre des pouvoirs légaux de l'Ordre, pour le plus grand bien de la profession médicale, nous serons tous curieux de savoir quelle est leur véritable doctrine quant au respect de l'entente directe absolue et quant au libre choix du consultant en matière de longue maladie : façon U. M. F. ou façon électorale ? Les paris sont ouverts.

P.-S. — Nous apprenons la démission de Lafay et de Buvat, entre autres, du Comité directeur de l'U.M.F. Mais restent les autres...

Beautés électorales (*suite*).

Entre autres beautés électorales auxquelles a donné lieu la campagne précédant la réélection du Conseil départemental de l'Ordre, nous croyons bon de monter en épingle cette perle de belle taille : une circulaire fut envoyée au Corps électoral comportant une liste particulièrement recommandée avec du reste des noms fort recommandables, tant par leurs titres scientifiques que par leur activité antérieure au sein des successifs Conseils départementaux. Jusque-là rien somme toute que de normal.

Mais ce qui est savoureux, c'est que la circulaire émanait d'un « agent de recouvrement » qui s'était fondé pour dresser sa liste sur le « travail » plus ou moins intense que ses clients-candidats lui donnaient — ce qui d'après lui constituerait le critère du « vrai praticien » (*sic*). Mieux encore, le signataire de ce factum invoquait en faveur des deux personnalités les plus en vue de sa liste... et du Conseil sortant, le fait qu'ils l'avaient « agréé » au temps de leur pouvoir comme agent de recouvrement de l'Ordre... ?

Nous sommes persuadés que l'initiative de ce « client » au sens latin du mot a été purement spontanée, et nous nous réjouissons de voir qu'elle n'a point eu pour ses bénéficiaires les tristes résultats que le fabuliste prête à ce genre de pavé !

PRODUITS SPÉCIALISÉS DES ÉTABLISSEMENTS KUHLMANN
MARQUE R. A. L.
H. DELOMÉNIE
Docteur en Pharmacie
15, Rue de La Baume, PARIS (VIIIe)
BINIDIA
Antiseptique génito-urinaire local
BINOXOL
Antiseptique gastro-intestinal
CHLORALOSANE
Hypnotique
DITHIORAL
Antirhumatismal
SUNALCOL
Antiseptique cutané
SUNOXIDON
Fébrifuge - Anti-infectieux
SUNOXOL
Antiseptique pour usage externe

LABORATOIRE CORBIÈRE, PARIS

SERUM ANTI-ASTHMATIQUE
DE HECKEL
AMPOULES de 5cc adultes. 2cc enfants. Injection sous cutanée indolore

CORRESPONDANCE

APPLICATION DES TARIFS

A) Accidents du travail.

5247. — Certificats de prolongation.

Je prévois pour un A.T. une incapacité temporaire de vingt jours, une mauvaise cicatrisation des plaies se produit et l'incapacité dure quarante jours :

1° Un article de loi ou décret me force-t-il à faire un certificat de prolongation de vingt jours ? ;

2° A la demande de la Compagnie d'assurance, je fournis un certificat rapport, donnant les raisons de la prolongation de vingt jours, que dois-je compter à la Compagnie ? Dr D,

Réponse 1

1° *Vous n'avez pas « l'obligation » de fournir, de vous-même, un certificat de prolongation, mais il semble assez naturel de le faire le cas échéant, pour prévenir le tiers intéressé (patron ou assureur substitué).*

2° *L'art.* 36 *dit : « ... Tout certificat fourni au cours du traitement à la demande de l'employeur ou de son assureur substitué pour énoncer, etc., sera tarifé* 15 *fr., soit* 30 *fr. avec la majoration de* 100 %.

3° Ibidém «... *Ne sont pas considérés comme certificats de cette catégorie les attestations affirmant simplement que le blessé n'est pas guéri* ».

Dr F. Decourt.

B. Pensionnés de guerre.

Pneumothorax et radiographie de contrôle.

Dans le *Concours* du 10 janvier 1946, j'avais écrit : « Dans l'arrêté complémentaire du 27 octobre 1944, on lit : « Pneumothorax artificiel 1re insufflation : 300 francs ; les suivantes : 100 francs. »

« Mais, contrairement au paragraphe 4 du Titre II du tableau annexé à l'arrêté du 2 juin 1943, il n'est pas mentionné cette fois « *avec radiographie de contrôle* ».

« J'en conclus que la radioscopie du thorax (tarifiée 75 francs) doit être comptée en plus, en matière de soins aux pensionnés de guerre, contrairement à ce qui se passe en matière d'A.S. »

Or, voici que je reçois de plusieurs confrères radiologues une lettre me disant qu'ils avaient suivi mon « avis », mais que la Préfecture avait refusé de s'y ranger. L'un des préfets, toutefois, demanda auparavant l'avis du « secrétaire général aux Anciens Combattants » et voici la réponse officielle qu'il en a reçu et que je me fais évidemment un devoir de publier :

« *Le Secrétaire général aux Anciens Combattants, à Monsieur le Préfet du Doubs.*

« *Par lettre du* 14 *janvier* 1946, *vous demandez s'il y a lieu, en cas de réinsufflation pour pneumothorax, de rémunérer en sus l'examen radioscopique de contrôle, comme le demande un médecin phtisiologue de votre département.*



CHATEL-GUYON
(PUY-DE-DOME)
380 km. de Paris
20 km. de Clermont-Ferrand
Station la plus riche du monde en CHLORURE DE MAGNÉSIUM
INTESTIN
FOIE
COLIBACILLOSE
ENTÉRITES INFANTILES et COLONIALES
Saison du 15 Mai au 30 Septembre

« *La pratique du pneumothorax impose systématiquement une investigation radioscopique destinée à apporter à l'opération le plus de lumière possible sur l'état pleuropulmonaire du malade. C'est pour cette raison qu'il a semblé superflu, dans l'arrêté du 30 octobre 1944 de reprendre l'indication « avec radioscopie de contrôle. »*

« *Il en résulte qu'il n'est pas possible de cumuler les honoraires relatifs à un examen radioscopique destiné à préparer ce pneumothorax.* »

Pour le Secrétaire général :
Le Directeur des Services médicaux,
(*signé* : illisible.)

Je ne puis que m'incliner.

Il était peut-être « superflu », mais il aurait été plus précis de mettre dans le nouveau tarif « avec radioscopie de contrôle » comme il était indiqué dans le tarif précédent. Du moment que cette indication était *supprimée*, on n'en pouvait conclure que comme je l'avais fait. Ce n'était pas à moi qu'il appartenait de juger cette question autrement que d'après les termes mêmes des textes officiels.

F. DECOUET.

★

AIDE MEDICALE TEMPORAIRE

4406. — Modalités de règlement des honoraires.

Je vous adresse aujourd'hui une demande de renseignements au sujet de tarification de notes d'honoraires pour A.M.T.

J'habite l'Eure, mais plusieurs communes de l'Eure-et-Loir m'envoient des malades car j'en suis l'un des médecins les plus rapprochés.

J'ai envoyé un mémoire d'honoraires pour consultations à des A.M.T. à la préfecture d'Eure-et-Loir.

On me répond :

1° Que je dois adhérer au règlement d'A.M.G d'Eure-et-Loir si je veux être payé pour les A.M.T.

2° Que je dois appliquer le tarif des caisses d'A. S. en faisant un rabais de 20 % sur le mémoire, et l'on me signale que le tarif de la consultation d'A. S. est de 35 fr. (Elle sera donc payée 35 fr. moins 7 fr. égal 28 fr. !)

Voici ce que je voudrais savoir :

1° Croyez-vous que les A.M.T. jouissant du tarif des A. S. (amputé de 20 %), je sois obligé, pour être payé, d'adhérer au règlement d'A.M.G. ?

2° Je croyais que les caisses d'A. S. et le comité médical national de la Libération avaient conclu un accord selon lequel les syndicats devaient aligner leurs tarifs d'A. S. sur ceux de la Seine, donc tarifer la consultation à 50 fr.

(Et, de fait, dans l'Eure, la consultation d'A. S. est à 50 fr. et celle d'A.M.T. est à 38 fr., c'est-à-dire sensiblement les 50 fr. avec rabais de 20 %.)

Je me demande s'il est conforme aux décisions prises sans doute pour tout le territoire que l'on offre 28 fr. dans l'Eure-et-Loir pour ce qui est payé 38 fr. dans l'Eure ?

Si vous pouvez m'éclairer, je vous en remercie.

Il ne s'agit pas de grosses sommes, 190 fr. en tout ! Mais véritablement, c'est inouï de penser que, pour une somme dérisoire, il faut encore recommencer des mémoires. (Sans doute me seront-ils retournés une

Révulsif Fouchère
DEUX FORMES :
EMULSION : Adultes
POMMADE : Bébés, Enfants et Adultes à épiderme sensible
LABORATOIRES FOUCHÈRE
RIVE-DE-GIER (Loire)

RHUMATISMES
MAGSALYL
Association Soufre Salicylate
Solution de goût agréable
Comprimés glutinés
Laboratoires du MAGSALYL
8, rue Jeanne Hachette, IVRY (Seine)
TÉL. : ITA 16-91

TRAITEMENT DES TROUBLES FONCTIONNELS DU SYSTÈME SYMPATHIQUE
NEUROTENSYL
COMPRIMÉS DRAGÉIFIÉS
BOUFFÉES CONGESTIVES - VERTIGES
INSOMNIES TENACES - ÉMOTIVITÉ
HYPEREXCITABILITÉ - ANGOISSE
ARYTHMIE - TROUBLES DE L'HYPERTENTION
TROUBLES CARDIO - VASCULAIRES
4 à 6 comprimés par jour dans un peu d'eau avant les principaux repas
LABORATOIRES J. P. PETIT - 72, BOULEVARD DAVOUT - PARIS (XX')

deuxième fois parce que faits sur des imprimés de l'Eure ?)

Non, réellement, c'est à être dégoûté de soigner pour des services préfectoraux ! Dr C.

Réponse

Nous estimons que c'est à tort que les services de la préfecture de l'Eure-et-Loir demandent votre adhésion au règlement de l'A.M.G. du département de l'Eure-et-Loir pour régler vos honoraires pour soins donnés à des prisonniers et déportés en application de l'ordonnance du 26 mai 1945 sur l'aide médicale temporaire.

En effet, si l'article 5 de l'Ordonnance prescrit que les mémoires ou relevés d'honoraires produits à l'appui des demandes de règlement doivent être soumis à la Commission de vérification prévue par le règlement départemental de l'A.M.G., l'ordonnance ne dit nulle part que les honoraires doivent être réglés suivant les modalités fixées par le règlement départemental d'assistance. Bien au contraire, dans son article 4, elle édicte que les honoraires des médecins leur seront réglés sur la base du tarif de responsabilité de la Caisse départementale d'assurances sociales avec un abattement de 20 %.

Par conséquent, si des soins ont été donnés à des prisonniers résidant en Eure-et-Loir, c'est le tarif de responsabilité de la Caisse départementale d'assurances sociales d'Eure-et-Loir qui doit être retenu pour base de vos honoraires.

La question est importante pour tout le Corps Médical en général. Il y aurait lieu, à notre avis, d'en saisir les présidents des syndicats de l'Eure-et-Loir et de l'Eure pour qu'ils interviennent auprès de la préfecture pour que des instructions précises soient données aux bureaux compétents.

DEMANDES ET OFFRES

Un poste de radiologie portatif ayant été volé avec sa voiture au Dr Pérol, 18, rue de la République à Avignon (poste Massiot, cuve cylindrique blanche contenue dans une housse verte, poste de commande et jeu de cables, bonnette). Prière d'avertir le Dr Pérol au cas où les voleurs chercheraient à négocier l'appareil.

N° 165. — Laborat. Spécialit. Pharmac. recherchent pour Serv. Public jeune diplômé ou non, sens commercial, pour assurer correspond., rédaction, édition, statistiques, classement. Situation d'avenir pour homme de premier plan. N° A.1032 S.P.M.O., 2 *bis*, rue de la Jussienne, Paris.

N° 166. — A vendre appar. de radioth. pénétrante Casel-Ropiquet 200 k. v. 40 cm EE. Docteur, 333, avenue Berthelot à Lyon.

N° 167. — Tous instruments chirurgie nécessaires à médecin de campagne : même basiotribe. Liste sur demande. Dr Guers, 16, rue Portalis à Aix-en-Provence.

N° 168. — A vendre : 1° 1 jeu de daviers. 2° Diverses revues et ouvrages homéopathiques.

N° 169. — A vendre Traité d'ophtalmologie de Poulard, 2 vol. cartonn. neufs. Edit. 1923 Faire offre au Dr Rincé à Cordemais (L.-Inf.)

N° 170. — Cause double emploi à vendre, bistouri électrique, modèle tout récent. Clinique de Vaugirard, 8 *bis*, rue Léon-Delhomme, Paris (15e).

N° 171. — Jeune médecin habitude client. reprendr. importante client. rég. Ouest de préférence.

N° 172. — A céder, après décès, client. chirurg. bourg de Vendée, installat. clinique 8 lits, avec possibilité agrandiss. radio. Ecr. journ. qui transm.

N° 173. — Jeune fille, 28 ans, sage-femme, 4 ans prat. référ. demande remplacem en vue success. ou collab. dans clini. accouchem. Mlle Duraud, 6, rue du Lunain, Paris (14e).

N° 174. — A vendre au plus offr. 1° 1 thermocautère de Paquelin avec 2 pointes platine et 1 couteau platine, sans soufflerie, en boîte nickelée, le tout en parfait état. 2° Appareil à tension Erkameter complet dernier modèle à cuve à mercure. Etat neuf. 3° 1 vélo homme demi course, état neuf. Dr Huzol, Dourgne (Tarn).

Gérant : J. MIGNON
Février 1879
G. Blanchong et Cie, 30, rue du Poteau, Paris. — 31.1040
Dépôt légal : N° 8
1er trimestre 46

SUPPONERYL
★
Insomnies
de toute nature
Hypoalgésie
opératoire
et obstétricale
THERAPLIX
98, RUE DE SÈVRES, PARIS-VII•

AMP. 5cc à 10% I.V.
AMP. 2cc à 2% I.M.
TABLETTES de 2grs.
GLYCOSTHENE
Solution de Glycocolle
PATHOLOGIE MUSCULAIRE
CARENCES ALIMENTAIRES
TROUBLES VASO-MOTEURS des EXTRÉMITÉS
LABORATOIRES DU MYORAL 3 rue S'Roch PARIS
Pub S.B.

ÉTABLISSEMENTS SOUDAN

48, rue d'Alésia - PARIS-XIVe

NITRITE D'AMYLE BOISSY

EUONYMINE PAUL THIBAULT
(Pilules)

GRAINS MIRATON
(Laxatif)

VIN GIRARD
Iodotannique phosphaté

SIROP GIRARD
Iodotannique phosphaté

BIOPHORINE GIRARD
(Granulé)

IODOMAISINE Globules

IODOMAISINE Pommade

LACTAGOL

Toutes ces spécialités sont enregistrées au Laboratoire National de Contrôle des Médicaments et peuvent être prescrites aux Assurés sociaux.

NÉOSPLÉNINE



LA 1E SYNERGIE A BASE D'EXTRAITS DE RATE-FOIE MUQUEUSE GASTRIQUE

TOUTES DÉFICIENCES ORGANIQUES

LABORATOIRE DU DOCTEUR E. AUBERT
71, RUE STE-ANNE - PARIS 2E

EXTRASYSTOLES des NEUROTONIQUES

Schéma d'Ordonnance

I Eviter les causes d'excitation nerveuse, les intoxications, rechercher le calme, les occupations faciles, sans agitation. S'abstenir de café, thé, tabac et alcool.

II Surveiller l'alimentation. Repas réguliers, assez espacés. Donner la préférence aux aliments de digestion facile, nourrissants sous un faible volume.

III Atténuer l'excitabilité neuro-cardiaque, en prenant jusqu'à disparition des extrasystoles :

COROSÉDINE * : *2 comprimés avant chacun des trois repas et 4 à 5 fours par semaine.*

IV Dans le même but : hydrothérapie sous forme de lotions tièdes (38 à 40°) suivie d'une légère friction au gant de crin, le matin au réveil et suivie d'un séjour au lit de 15 minutes.

V Traiter la cause provocatrice, si elle est reconnue : contre les troubles digestifs : régime mieux adapté, poudres absorbantes, alcalins, bismuth ; contre les troubles endocriniens : opothérapie rationnelle, hypophyse, ovaire, folliculine, corps jaune ; contre l'aérocolie : laxatifs, charbon, etc.

* La COROSÉDINE est une spécialité des Laboratoires MONAL, 13, av. de Ségur, PARIS

HYPERCHLORHYDRIE
TOUTES DOULEURS GASTRIQUES

GASTROSEDYL

GOUTTES

Le grand remède de toutes les
GASTRALGIES

COMPOSITION INCHANGÉE

Teinture Dausse de belladone.....	46
Teinture Dausse de jusquiame.....	20
Liqueur ammoniacale anisée.....	20
Bromure de Sodium..	13
Phosphate de codéine:	1

Antispasmodique certain

Régulateur de l'acide gastrique

Sédatif à effet immédiat

POSOLOGIE

10 à 30 gouttes dans un peu d'eau sucrée après les repas et au moment des douleurs

LABORATOIRES J. LANDRIER
— Coulange-sur-Yonne (YONNE) —

68e ANNÉE — N° 12 — 31 MARS 1946

LE

CONCOURS MÉDICAL

37, RUE DE BELLEFOND - PARIS (9e) - TRU 33-66

374a381

SOMMAIRE

PARTIE SCIENTIFIQUE.

Le traitement du Lupus tuberculeux par la Vitamine D.2 administrée à haute dose (Dr Lefèvre) 267

La Thérapeutique dite de rajeunissement (Dr L. Borrey) 271

Une curieuse erreur de radiographie (Dr Daniel Ferey) 271

Importance et conduite des traitements initiaux dans la syphilis du début (Dr Marcovici) .. 272

Les Thèses, 272. — Les Sociétés Savantes, 273. La Presse, 275.

PARTIE PROFESSIONNELLE.

Propos du Jour : De l'influence des activités endocriniennes sur les races humaines (J. Noir) 277

L'Actualité professionnelle : Pour une Symbiose nécessaire (Dr R. Jodin) 278

Allocations familiales — Les exonérations de cotisations (G. Gazac) 279

Méditation sur deux conceptions divergentes de la médecine d'A. S. (Dr Valingot) 281

Libres opinions (Dr Joannès Farjot) 282

Pages sans médecine : Livres, 283, Cinéma, 284.

DEMI-COLONNES.

Dernières Nouvelles, 258. — A travers l'Officiel, 262. — Echos et Commentaires, 287. Correspondance, 291.

RÉGÉNÉRATEUR ÉNERGIQUE

DIGITALINE NATIVELLE

VIOXYL

Élixir - Granulé Comprimés.

Éts MOUNEYRAT
VILLENEUVE-LA-GARENNE (Seine)

Traitement Spécifique de l'Acné

SACNEL

Laboratoires DUMESNIL, 10, Rue du Plâtre, Paris 4e

Toux Coqueluche

ÆTHONE

Laboratoire de l'ÆTHONE 35, rue Boissonnade, PARIS (XIVe)

Association Iode et Citrate de Soude
(Pilules)

IODOCITRANE

Artériosclérose, Hypertension
Scléroses, Ménopause

Labor. SCIENTIA
Dr PERRAUDIN
21, rue Chaptal, PARIS

Equilibre Phospho-calcique

TRICALCINE

Granulés IRRADIÉE Cachets

RECALCIFICATION de l'ORGANISME

Lab. SCIENTIA - Dr PERRAUDIN
21, rue Chaptal, PARIS

DERNIÈRES NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris.

M. le professeur Baudouin a été réélu doyen de la Faculté.

Journées médicales annuelles de la Clinique propédeutique de l'hôpital Broussais (professeur Pasteur Vallery-Radot). — Ces journées, consacrées aux acquisitions médicales récentes, auront lieu les 17, 18 et 19 mai 1946. Pour renseignements et inscriptions, s'adresser au docteur J. Hamburger, 29, boulevard de Courcelles, Paris (8e). Le nombre des inscriptions est limité à 150. Droits : 500 francs.

Faculté de médecine de Montpellier.

M. le professeur Gaston Giraud est réélu doyen de la Faculté.

Clinique d'accouchements Tarnier.

Cours de perfectionnement du jeudi soir, sous la direction du professeur Brindeau. Ce cours, gratuit, aura lieu le jeudi, à 20 h. 45, du 4 avril au 4 juillet 1946. Pour renseignements, s'adresser à M. le Chef de clinique, à la clinique Tarnier, 89, rue d'Assas, Paris (6e).

Centres de pénicillinothérapie de l'hôpital Tenon.

Trois Centres de traitement par la pénicilline viennent d'être créés à l'hôpital Tenon : à la clinique médicale du professeur Lian (cardiologie et médecine générale) ; dans les services du professeur Moulonguet (Centre anti-cancéreux et chirurgie générale) et du Dr Maurer (chirurgie thoracique). Ces Centres sont habilités pour distribuer de la pénicilline aux autres services de l'hôpital Tenon.

Conférences sur l'histoire de la syphilis.

M. le professeur Laignel-Lavastine fera du 2 avril au 28 mai 1946, à l'Institut Alfred-Fournier, 25, boulevard Saint-Jacques, Paris (14e), une série de conférences sur l'histoire de la syphilis. S'inscrire au secrétariat de l'Institut Alfred-Fournier.

Ministère de la Santé publique et de la Population.

Un *concours sur titres* pour le recrutement de *pharmaciens inspecteurs principaux* est ouvert au ministère de la Santé publique et de la Population. Le nombre des places mises au concours est de neuf (régions de Paris, Nancy, Bordeaux, Poitiers, Metz-Strasbourg, Marseille et Toulouse). Pour renseignements, les candidats sont priés de s'adresser à l'inspecteur divisionnaire de la Santé et de la Population de leur domicile.

Laboratoire départemental des Ardennes.

Un *concours sur titres* est ouvert pour la nomination d'un *médecin ou pharmacien, chef de laboratoire départemental de Bactériologie et d'Hygiène* des Ardennes, à Mézières-Charleville. Les candidats doivent justifier de connaissances particulières en bactériologie, sérologie et chimie biologique.

Les inscriptions sont reçues jusqu'au 15 avril 1946. Pour tous renseignements, s'adresser au Directeur départemental de la Santé des Ardennes, 1, avenue Aristide-Briand, à Mézières.

Journées Médicales Tunisiennes, avril 1946.

Ces Journées se dérouleront à Tunis du 13 au 20 avril 1946. Le voyage est d'ores et déjà organisé comme suit :

— Départ de Paris le 10 avril au soir par train spécial.

— Embarquement à Marseille le 11 avril sur le *Général-Chanzy*.

Arrivée à Tunis le 13 au matin.

Départ de Tunis le 22 à bord du *Général-Chanzy*.

Arrivée à Marseille le 24 et retour à Paris le soir même par train spécial.

Cette manifestation scientifique, qui se déroulera à Tunis sous la présidence effective de M. le Ministre des Affaires Sociales Mzali, sera patronnée du côté métropolitain par : M. le Président du Gouvernement Provisoire de la France ; MM. les Ministres de la Santé publique, des Affaires étrangères, des Armées, de l'Education Nationale, de l'Information. Et du côté tunisien par : Son Altesse le Bey de Tunis, M. le Résident Général.

Le Comité d'honneur métropolitain comprend :

INSULINOTHÉRAPIE

plus de démarches plus de bons !

LA PRESCRIPTION DE

L'ENDOPANCRINE

est libre

DEPUIS AVRIL 1946

LABORATOIRE DE L'ENDOPANCRINE
48, RUE DE LA PROCESSION, PARIS (15e)

MÉDICATION de DRAINAGE du FOIE et des REINS

HEPATOSODINE

Hépatisme - Congestion - Ictères - CHOLECYSTITES CHRONIQUES FOIE des COLONIAUX et des PALUDÉENS

MÉDICATION ALCALINE POLYVALENTE

Granulé : ½ à 1 cuillerée à café dans ½ verre d'eau le matin à jeun ou midi et soir 1 heure avant les repas.

Comprimés : 4 à 10 comprimés à avaler avec quelques gorgées d'eau aux mêmes heures.

SITSA

LABORATOIRES SITSA
(S. A.)
Docteur PIERRE ROLLAND
Ancien Chef de Laboratoire à la Faculté de Médecine de Paris. Pharmacien
15, Rue des Champs, 15
ASNIÈRES (Seine)

Visa n° 385 P-10.555

M. Georges Duhamel, de l'Académie Française ; M. Armand Guillon, conseiller d'Etat, ancien Résident Général de France en Tunisie ; MM. les Professeurs Robert Debre, Clovis Vincent ; M. le Recteur Roussy ; M. le Doyen Baudoin ; M. le Professeur Pasteur Vallery-Radot ; M. le Docteur Trefouel, directeur de l'Institut Pasteur ; MM. les Professeurs Gaston Ramon, Directeur de l'Institut Pasteur de Garches ; Gougerot, Lemaitre, Joliot-Curie, de l'Institut ; Lemierre, Fabre, de la Faculté de Pharmacie : Leriche Binet ; MM. les Médecins généraux De Benedetti, directeur du Service de Santé au Ministère de la Guerre ; Arène, directeur du Service de Santé du gouvernement militaire de Paris; Vaucel, Ministère des Colonies ; Le Chuiton, Ministère de la Marine.

Prière à ceux des participants qui ne l'auraient pas encore fait d'adresser le coût du voyage, ainsi que les pièces d'identité à M. le Trésorier général du Comité : Docteur Elmelik « Beata Solitudo », Chevilly-Larue (Seine).

Le prix global du voyage aller et retour, y compris les frais d'hébergement à Tunis (réceptions et banquets) a été fixé à 15.000 francs par personne.

Une réunion de tous les congressistes est fixée au dimanche 7 avril à 16 h. 30, 45 *ter*, rue des Acacias, à Paris (Quatuor Hewitt) au cours de laquelle il sera distribué un programme des Journées Médicales Tunisiennes, ainsi que toutes les indications nécessaires au voyage. (*Communiqué.*)

Prescription d'insuline.

Nous rappelons à nos lecteurs qu'en vertu d'un arrêté du 1er février 1946 publié en son temps dans nos colonnes, la liberté de prescription de l'insuline est rendue au corps médical à partir du 1er avril 1946.

Conseil départemental de l'Ordre de la Seine.

Composition du Bureau : Président : Pr Balthazard ; Vice-Présidents : Pr Le Lorier, Dr Boudin ; Secrétaire général : Dr Lafay ; Secrétaire général adjoint : Dr Guyot ; Trésorier : Dr Duvelleroy, Trésorier adjoint : Huet. — *Délégués au Conseil National :* Titulaires : MM. Lafay, Portes et Oberlin. — Suppléants : MM. Boudin, Duvelleroy et Debray. — *Délégués au Conseil régional :* Titulaires : MM. Tissier-Guy, Ménégaux, Buvat, Chérigie et Lambert. Suppléants : MM. Bouteau, Marsault, Poumailloux, Cayla et Léchelle.

Attributions de voitures automobiles.

Nous reproduisons ci-dessous la lettre adressée par le Secrétaire général de la Confédération au Ministre de la Santé :

Monsieur le Ministre,

Nous avons eu l'honneur de vous signaler à plusieurs reprises la situation tragique des médecins privés de voitures et qui, de ce fait, se trouvent déjà — ou vont se trouver très vite — dans l'impossibilité d'aller donner des soins à domicile, hors des agglomérations.

Nos réclamations et nos démarches auprès de votre Ministère et de celui de la Production Industrielle, sont restées sans effet. Or, vous connaissez le nombre ridicule de voitures qui nous a été attribué par votre entremise, pour toute la France, alors que dès maintenant, plus de 3.000 demandes d'extrême urgence nous sont transmises.

J'ai mission de vous informer de cette situation qui met en péril la santé d'un grand nombre de Français, et de vous informer aussi que les médecins, épuisés par cinq années d'une activité anormale, sont d'ores et déjà décidés à rechercher et employer d'énergiques moyens de pression sur l'administration publique en général. C'est avec regret qu'ils se voient réduits à cette nécessité, cette seule

Le Concours Médical
Fondé en 1879 par A. Cézilly.
Directeur honoraire : Docteur J. Noir
Directeur : Dr G. Lavalée.
Rédacteur en Chef : Dr G. Fischer.
Rédaction, Administration et Publicité. 37, Rue de Bellefond, Paris 9e).
Téléphone : TRU 33-66. R. C. Seine 76.579
Chèques postaux, Paris 167-95.
Abonnements : 1 an, 250 francs. - Etudiants, 125 fr. Le N° 10 fr. Changem. d'adresse 5 fr.

TUBERCULOSES ET TOUTES DÉFICIENCES

OKAMINE

du Docteur DANI-HERVOUET

SIMPLE — CYSTÉINÉE — DRAGÉES

Laboratoire d'Oxyaminothérapie, 13, Rue Pavée, PARIS-4e

SULFURYL MONAL

MÉDICATION SULFUREUSE par l'Hydrogène Sulfureux naissant, principe actif des eaux minérales sulfureuses

8 Formes

SULFURYL MONAL	1 Pastilles	Pharyngites - Angines - Rhumatismes.
	2 Granulé	
	3 Comprimés inhalants	Rhinites - Sinusites - Bronchites chroniques - Otites.
	4 Bain	Dermatoses - Gale - Rhumatisme.
	5 Savon	Toilette de la peau - Affections cutanées.
RHINO - SULFURYL	6 Gouttes	Coryza - Sinusites - Rhino-pharyngites - Otites.
DERMO - SULFURYL	7 Pommade	Maladies de la peau et du cuir chevelu - Gale.
LAXO - SULFURYL	8 Dragées	Constipation - Hémorroïdes - Colibacillose.

Laboratoires MONAL, 13, Avenue de Ségur, PARIS

action pouvant, pensent-ils, attirer l'attention des pouvoirs publics sur une situation qui va chaque jour s'aggravant.

Nous saisissons, par le même courrier, M. le Président du Conseil et M. le Ministre de la Production Industrielle d'une réclamation analogue.

Je vous prie d'agréer, etc...

Signé : CIBRIE.

Chambre syndicale des Médecins de la Seine.

La Chambre syndicale des Médecins de la Seine, considérant qu'il n'est possible à un malade de bénéficier de l'usage de la pénicilline que s'il entre dans un service hospitalier ; considérant qu'en dehors de ce cas, il est possible de trouver la pénicilline seulement à des prix de marché noir.

La Chambre syndicale estime que les malades graves doivent pouvoir en dehors de l'hôpital, trouver de la pénicilline scientifiquement contrôlée, comme dans les services hospitaliers et à des prix normaux, et souhaite que la pénicilline soit mise à la disposition du public dans des Centres chargés de contrôler sa qualité, son prix et la nécessité de son emploi comme il a été fait pour l'insuline.

(Communiqué.)

Comité intersyndical des médecins de la région parisienne.

Application des articles 85, 86 et 87 de l'Ordonnance du 19 octobre 1945 (Soins aux assurés sociaux, bénéficiaires des lois d'Assistance, ancien article 19). — Le Dr Gautrelet, rapporteur de la question, expose brièvement ce qu'était l'article 19, et la façon dont étaient admis au bénéfice de cette disposition, certains malades assurés sociaux, notamment le rôle des préfets, du ministère de l'Intérieur et du ministère du travail dans ces admissions.

Les articles 85, 86 et 87 de l'ordonnance du 19 octobre 1945, poursuit le Dr Gautrelet, modifient notablement les dispositions de l'article 19. Lecture est alors donnée de ces articles. Les articles 85 et 86 rappellent à peu de chose près, dans leur teneur, les dispositions de l'article 19; par contre l'article 87 stipule que pour chaque département le préfet, après avis du directeur régional des Assurances Sociales et de l'inspecteur de la Santé, pourra en accord avec les caisses de sécurité sociale et les syndicats médicaux décider que les dispositions des articles précédents seront remplacées par l'un des règlements suivants :

Ou bien les assurés sociaux, soumis au contrôle de l'assistance, recevront des médecins de l'assistance les mêmes soins que les assurés sociaux ordinaires sans aucune participation à leur charge, les caisses allouant à la fin de chaque trimestre au service de l'A.M.G. une participation forfaitaire proportionnelle au nombre d'assurés sociaux assistés.

Ou bien les assurés sociaux ne seront inscrits sur les listes d'assistance que pour l'hospitalisation, les caisses les prenant en charge pour les soins médicaux et pharmaceutiques et remboursant directement les honoraires aux praticiens lorsque ceux-ci estimeront que l'indigent se trouve dans l'impossibilité absolue d'acquitter une part quelconque des honoraires.

Ces dispositions soulèvent les critiques de l'assemblée et les membres présents décident d'attirer l'attention des syndicats sur cette question particulièrement importante.

(Communiqué.)

Syndicat des médecins des Ardennes.

Compte rendu de la réunion du Conseil du 3 février 1946. — Le référendum sur l'ordonnance du 19 octobre 1945 a donné le résultat suivant :

Soixante-dix réponses portant toutes la mention : Non. Nous demandons aux confrères qui ne l'ont pas encore fait, de nous retourner ledit référendum au plus tôt. Le Président donne lecture de la correspondance échangée à ce sujet.

Une réunion des sept départements de la région de Nancy a eu lieu à Bar-le-Duc, et après avoir entendu les explications de MM. les docteurs Manny et Lévy-Gillet, qui ont assisté à la réunion, nous avons reçu du syndicat de Meurthe-et-Moselle le texte suivant :

« Dans notre région, les représentants des Syndicats médicaux des sept départements englobés par l'Union Régionale des caisses primaires d'assurances sociales du Nord-Est (Ardennes, Aube, Marne, Haute-Marne, Meurthe-et-Moselle, Meuse et Vosges), se sont réunis à Bar-le-Duc le 20 janvier 1946. Après une étude de la convention, l'accord s'est fait totalement sur certaines modifications à apporter au texte et sur le montant des honoraires à inclure dans la convention. Le texte, qui a d'ailleurs été soumis aux dirigeants des Caisses d'Assurances so-





ciales le 24 janvier, n'a pas reçu leur agrément. Le désaccord existe : 1° Sur la question de la validité de la convention, les Assurances sociales désirant un an, notre Association syndicale fixant la validité jusqu'au 1er juillet 1946 ; 2° Sur la question des honoraires ; 3° Sur la fixation d'indice en fonction duquel varieraient les honoraires suivant les conditions économiques.

« En fait, notre Association syndicale n'a pas signé de convention. Nous avons procédé à un échange de vues, c'est la Commission Nationale Tripartite qui tranchera le différend. Cette Commission est dès maintenant saisie, nous écrit le Syndicat de Meurthe-et-Moselle. »

Le Syndicat, après avoir entendu la lecture de la lettre du docteur Cibrie au sujet du référendum, et après avoir étudié les propositions du Syndicat de la Somme, de la Savoie, Aube, Loire, Nord, Pas-de-Calais, décide d'adopter le texte de la Loire.

Le Syndicat ne peut passer de convention avec les Caisses pour les raisons suivantes :

1° La nouvelle nomenclature à laquelle on doit se rapporter n'est pas encore parue et son texte et ses modalités nous sont inconnus ;

2° L'ensemble des indices auxquels on doit se référer pour la modification des tarifs n'existe pas encore ;

3° L'Union Régionale des Caisses avec laquelle nous devons signer une convention ne nous a pas fait connaître si elle acceptait le tarif du Syndicat comme tarif de responsabilité.

Le contrat-type, paru à l'*Officiel* du 15 janvier 1946, contient des articles obligatoires et des articles facultatifs.

Nous ignorons si les articles obligatoires peuvent être ou non modifiés dans leur rédaction, et si les articles facultatifs seront acceptés par l'Union.

(*Communiqué.*)

Naissances.

Nous apprenons la naissance de Marie-Joëlle Creuzé, quatrième enfant du docteur Michel Creuzé, de Cadillac (Gironde) ; de Gilles Brochard, deuxième fils du docteur L. Brochard, de Versailles (S.-et-O.) ; de Bernadette Gay, fille du docteur Jacques Gay, d'Excideuil (Dordogne) ; de Marie-Christine Nicaudie, troisième enfant du docteur Nicaudie, de Cavignac (Gironde) ; de Jean-Pierre Cochart-Heisch, quatrième enfant du docteur Cochart-Heisch, de Longuyon (Meurthe-et-Moselle) ; de Jean-René Gilard, second fils du docteur René Gilard, de Riaillé (Loire-Inférieure) ; de Pierre-André Lefrère, troisième enfant du docteur Lefrère, de Paris ; de Jacques-Julien Gourdet, fils du docteur Donatien Gourdet, de Nantes, et petit-fils du docteur Julien Gourdet ; de Jean-Sébastien Guy, fils du docteur A. Guy, de Reims (Marne) ; de Madeleine-Mireille et de Danièle-Dominique Denis, deuxième et troisième filles du docteur Denis, de Moulins (Allier) ; d'Annecy Rouher, troisième enfant du docteur F. Rouher, de Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme) ; de Jean-Luc Castier, troisième enfant du docteur Castier, de Zégerscappel (Nord) ; de Bernard Gaudeau, fils du docteur Michel Gaudeau, de Saint-Flovier (Indre-et-Loire) et petit-fils du docteur J. Cazaux, de Savigné-sur-Lathan ; de Jean-Marc Dreyfous, fils du docteur Jacques Dreyfous, de Cannes (Alpes-Maritimes).

Mariages.

Le docteur Jean Boulland, de Vimoutiers (Orne), fait part du mariage de son fils Jacques, pilote-aviateur, avec Mademoiselle Irène Moreland, de Houston (Texas), et des fiançailles de sa fille Monique avec le lieutenant Denis Barois, pilote de l'Armée de l'Air.

Nous apprenons le mariage du docteur Georges Maillefert, fils du docteur Gaston Maillefert, de Chalindrey (Haute-Marne), avec Mademoiselle Gilberte Brönnimann.

Nécrologie.

Le docteur Diers, d'Audruicq (Pas-de-Calais), fait part du décès de sa fille Micheline, à l'âge de 5 mois.

On annonce la mort de Madame le docteur Marie Phisalix, veuve du docteur Phisalix. On doit au docteur et à Mme Phisalix d'importantes études sur les venins des reptiles.

Nous avons le regret d'annoncer la mort du docteur Georges Laberne, de Neuville-les-La-Charité (Haute-Saône) ; du docteur Louis Barbanneau, de Pouzauges (Vendée).

Le docteur Lucien Ponnavoy et Mme le docteur Odette Ponnavoy-Basilaire, font part du décès de M. Gaston Basilaire, contrôleur général de la Sûreté nationale, ancien déporté politique, leur beau-père et père.

BISMUTH TULASNE
NÉO-PANSEMENT TULASNE
LACTO PANSEMENT TULASNE
BISMU-CÔNES
FUCHELMINE
IODULANE
LABORATOIRES BOUILLET
7, SQUARE THIERS - PARIS 16e
TÉL. PASSY 14-17

Oui, les sulfamides font des prodiges...
Oui, la penicilline fait des miracles...
... cependant le vieux
NÉOL
a conservé ses modestes mais classiques propriétés
en **gargarismes** dans les angines
en **lavages** dans les affections et les ulcérations bucco-pharyngées
LABORATOIRES BOTTU
115, Rue Notre-Dame-des-Champs, PARIS VIe

A TRAVERS L'OFFICIEL

ASSURANCES SOCIALES

Arrêté du ministre du Travail du 15 février 1946 fixant le statut des médecins conseils et chirurgiens-dentistes conseils de la sécurité sociale.

Article premier. — Les médecins conseils de la sécurité sociale choisis sur la liste d'aptitude dressée par la section du contrôle médical du comité technique d'action sanitaire et sociale, et nommés par les conseils d'administration des caisses régionales, sur proposition des médecins conseils régionaux, débutent en qualité de médecin-conseils stagiaires.

Pendant le stage, dont la durée est au minimum de six mois, et au maximum d'un an, les médecins conseils reçoivent le traitement des médecins conseils de 5e classe, diminué de 10 %. Durant cette période, ils peuvent être licenciés ou renoncer à leurs fonctions à tout moment, sous la seule condition d'un préavis d'un mois.

A l'issue du stage, au cours duquel ils devront avoir suivi l'enseignement spécial organisé à leur intention, conformément aux dispositions prises par arrêté du ministre du Travail et de la Sécurité sociale, les médecins conseils seront soit titularisés, soit licenciés par le conseil d'administration de leur caisse régionale, sur proposition du médecin conseil régional et avis conforme de la section du contrôle médical du comité technique d'action sanitaire et sociale.

Avant leur titularisation, les médecins conseils stagiaires devront subir une nouvelle visite médicale effectuée par la commission de santé prévue à l'article 1er (§ 4) de l'arrêté fixant les conditions d'inscription sur la liste d'aptitude aux fonctions de médecin conseil de la sécurité sociale.

Art. 2. — Les médecins conseils titulaires sont répartis en cinq classes.

Les traitements, dans chaque classe, correspondent aux coefficient suivants :

5e classe, coefficient : 400.
4e classe, coefficient : 500.
3e classe, coefficient : 600.
2e classe, coefficient : 650.
1re classe, coefficient : 750.

Le coefficient 100 étant fixé conformément aux dispositions de l'article 9 de l'arrêté du 31 octobre 1945, fixant les salaires des agents de maîtrise et agents des cadres des organismes d'assurances sociales, d'allocations familiales, de congés payés et de mutualité.

Dans chaque région, les traitements applicables sont ceux du chef-lieu de la région, tels qu'ils sont déterminés en faisant application aux taux fixés pour la première zone de la région parisienne des abattements prévus par l'arrêté du 20 mai 1945 modifiant et complétant l'arrêté du 24 avril 1945 fixant, à titre provisoire, les zones territoriales pour la fixation des salaires.

Les médecins chefs de service ou de secteur dont la fonction a été avalisée par la section du contrôle médical du comité technique d'action sanitaire et sociale reçoivent une indemnité annuelle de 20.000 fr. à 40.000 fr. Toutefois, le montant de cette indemnité et du traitement cumulés ne pourra jamais être supérieur au traitement d'un médecin conseil régional de 1re classe dans la région considérée. Ces traitements et indemnités

PAUL-MARTIAL — PARIS

GASTRO-PANSEMENT
DU DOCTEUR ZIZINE
POSOLOGIE
Prendre le matin à jeun, et au besoin le soir, le contenu d'un paquet délayé dans un peu d'eau.
Pansement gastrique polyvalent à base de charbon actif
LABORATOIRES ZIZINE, 24, Rue de Fécamp, PARIS-12e



s'entendent pour exercice de la profession à temps complet.

Ils sont exclusifs de toute majoration individuelle ou prime d'ancienneté. Ils ne sont pas exclusifs des avantages suivants, s'ils sont régulièrement accordés à l'ensemble du personnel de la caisse régionale :

a) Allocation dite du treizième mois, prime d'assiduité ou avantages équivalents ;

b) Allocation ou complément de salaire destiné à encourager la famille ou la natalité.

Art. 3. — Au moment de leur titularisation, les médecins conseils peuvent être placés d'emblée dans une classe supérieure à la 5e, par décision du conseil d'administration de leur caisse régionale, faite sur proposition du médecin conseil régional et après avis conforme de la section du contrôle médical du comité technique d'action sanitaire et sociale.

Art. 4. — L'avancement d'une classe à la classe immédiatement supérieure a lieu uniquement au choix, après un minimum de trois ans d'ancienneté de classe.

Il est décidé par le conseil d'administration de la caisse régionale, sur rapport du médecin conseil régional.

Exceptionnellement, l'avancement peut avoir lieu après deux ans d'ancienneté de classe, sur avis favorable de la section du contrôle médical du comité technique d'action sanitaire et sociale.

En cas de mutation, les avantages acquis sont conservés.

Art. 5. — Les médecins conseils sont soumis aux mêmes règles que l'ensemble du personnel des cadres de la caisse régionale dont ils dépendent, en ce qui concerne la couverture des risques maladie, invalidité et décès, la constitution de leur retraite, le remboursement des frais de déplacement et de séjour, le droit au congé annuel.

En outre, des congés payés leur sont accordés, sur avis favorable du médecin conseil régional, pour assister à des congrès, accomplir des missions, effectuer des stages d'étude ou de perfectionnement.

Art. 6. — En cas de faute dans l'exercice de leurs fonctions, les médecins conseils sont passibles des sanctions suivantes:

1° Réprimande ;
2° Blâme avec inscription au dossier ;
3° Rétrogradation ;
4° Mise en disponibilité d'office ;
5° Révocation,

sans préjudice, le cas échéant, de l'application d'autres dispositions légales ou réglementaires.

Les deux premières peines sont prononcées par le conseil d'administration de la caisse régionale, après avis du médecin conseil régional.

Les autres sanctions ne sont prononcées par le conseil d'administration qu'après avis conforme de la commission disciplinaire instituée par l'article 8 du décret du 16 janvier 1946.

Art. 7. — Les médecins conseils peuvent obtenir leur mise en disponibilité sans traitement, pour une durée de cinq ans au maximum, par décision du conseil d'administration de la caisse régionale dont ils dépendent. Ils peuvent demander leur réintégration au plus tard, six mois avant l'expiration du congé obtenu. Cette réintégration leur sera accordée par le conseil d'administration de la caisse dans la limite des postes disponibles et sous réserve d'une nouvelle visite d'aptitude physique.

Art. 8. — L'âge limite d'activité est fixé normalement à soixante-cinq ans. Toutefois, cette limite peut être retardée d'année en année jusqu'à soixante-dix ans sur demande du médecin conseil,

MIDY LABORATOIRES
Thiodérazine MIDY
SOUFRE ORGANIQUE - IODE ORGANIQUE - PIPÉRAZINE
Traitement général du RHUMATISME CHRONIQUE
Arthrites & Périarthrites — Algies rhumatismales
Sciatiques — Lumbagos — Rhumatisme déformant
LABORATOIRES MIDY, 67, Av. de Wagram, Paris, - 4, Rue Besse, Vichy.
Fournisseurs des Hôpitaux.

Poudre alcaline
CAL-MAG-NA
Hyperchlorhydrie
Pyrosis, Ulcus
LABORATOIRES SUBSTANTIA, M. Guéroult, Docteur en Pharmacie, SURESNES (Seine)

et après avis favorables du médecin conseil régional et de la section du contrôle médical du comité technique d'action sanitaire et sociale.

Art. 9. — Les conseils d'administration des caisses régionales passent avec leurs médecins conseils, lors de leur entrée en fonctions, des contrats dont les clauses doivent être conformes aux dispositions du présent arrêté.

Ces contrats peuvent être résiliés par l'une ou l'autre des parties avec un préavis de six mois ou le paiement d'une indemnité correspondante réductibles l'un et l'autre d'un commun accord.

Toutefois, la dénonciation du contrat par la caisse régionale ne prend effet qu'après approbation par la section du contrôle médical du comité technique d'action sanitaire et sociale qui fixe, s'il y a lieu, le montant de l'indemnité supplémentaire à accorder au médecin conseil, compte tenu de son ancienneté.

En cas de résiliation du contrat, le médecin conseil s'interdit pendant une durée de deux ans la pratique de la clientèle dans le secteur où il exerçait ses fonctions au cours des deux dernières années.

Art. 10. — Les dispositions des articles 1er à 9 du présent arrêté sont applicables aux stomatologistes conseils. Elles sont également applicables aux chirurgiens dentistes conseils sous les réserves suivantes :

1° Les traitements des chirurgiens dentistes titulaires sont fixés aux coefficients suivants :

5e classe, coefficient 350.
4e classe, coefficient 450.
3e classe, coefficient 550.
2e classe, coefficient 600.
1re classe, coefficient 700.

2° Deux des trois médecins conseils membres de la commission disciplinaire siégeant auprès de la section du contrôle médical du comité technique d'action sanitaire et sociale sont remplacés par deux chirurgiens dentistes conseils.

Art. 11. — Les médecins conseils régionaux sont nommés par les conseils d'administration des caisses régionales ; leur nomination doit être agréée par la section du contrôle médical du comité technique d'action sanitaire et sociale.

Ils sont choisis parmi les médecins conseils. Exceptionnellement, ils peuvent être choisis parmi des médecins particulièrement qualifiés et justifiant d'au moins dix ans de pratique médicale ou de fonctions médico-sociales.

Ces médecins doivent satisfaire aux conditions d'aptitude physiques exigées des médecins conseils.

Les médecins conseils régionaux sont répartis en trois classes.

Leurs traitements, dans chaque classe, correspondent aux coefficients suivants :

3e classe, coefficient 700.
7e classe, coefficient 750.
1re classe, coefficient 800,

le coefficient 100 étant fixé conformément à l'article 2 du présent arrêté, dont les dispositions sont applicables aux médecins conseils régionaux, à l'exception de l'attribution de la prime de chef de service ou de secteur.

L'avancement d'une classe à la classe immédiatement supérieure a lieu au choix, dans les conditions d'ancienneté de classe prévues à l'article 4 du présent arrêté. Il est décidé par le conseil d'administration de la caisse régionale et soumis à l'approbation de la section du contrôle médical du comité technique d'action sanitaire et sociale.

Les dispositions des articles 5, 6, 7, 8 et 9 du présent arrêté sont applicables aux médecins conseils régionaux.





Toutefois, lorsqu'il s'agira de décider d'une sanction frappant un médecin conseil régional, la commission disciplinaire comprendra trois médecins conseils régionaux aux lieu et place de trois médecins conseils.

Art. 12. — Les conditions de rémunération des médecins ou chirurgiens dentistes consultants sont fixés par contrats passés entre ces derniers et le conseil d'administration de la caisse régionale. Les tarifs seront établis en tenant compte, notamment, du fait que les examens sont pratiqués au domicile du consultant et avec son matériel personnel ou dans un local et avec un matériel mis à sa disposition par la caisse.

Art. 13. — Les difficultés nées de l'application des dispositions du présent arrêté sont portées devant la section du contrôle médical du comité technique d'action sanitaire et sociale.

Art. 14. — Les dispositions du présent arrêté sont applicables à dater du 1er janvier 1946.

(*J. O.*, 24 février 1946.)

Arrêté du 22 février 1946 nommant les membres de la commission nationale d'homologation des tarifs.

Article premier. — Sont nommés membres de la commission nationale d'homologation des tarifs :

En qualité de représentant du ministre du Travail et de la Sécurité sociale, M. Guibert, directeur adjoint, chargé de la direction sociale à la direction générale de la Sécurité sociale ou son représentant.

En qualité de représentant du ministre de l'Economie nationale et des Finances, M. de Longeaux, contrôleur d'Etat au ministère de l'Economie nationale et des Finances ou son représentant.

En qualité de représentant du ministre de la Santé publique et de la Population, M. le docteur Aujaleu, directeur de l'Hygiène sociale ou son représentant.

En qualité de représentants des Organismes de sécurité sociale, MM. Rodel et Tessier, à titre de membres titulaires.

MM. Grimald, Yung et Bazin, à titre de membres suppléants.

En qualité de représentants des Organisations de praticiens :

Médecins

MM. les Drs

Gerson, titulaire permanent.
Robert Paul, suppléant.
Poumailloux et P. Cibrie, titulaires.
Mouthon et Tixier, suppléants.

Stomatologistes et chirurgiens dentistes

MM. les Drs

Hennion, stomatologiste, titulaire.
Longnon, stomatologiste, suppléant.
M. Maurice Vincent, chirurgien-dentiste, titulaire.
M. Pichenez, chirurgien-dentiste, suppléant.

Sages-femmes

Mmes Galdom et Jay, titulaires.
Péclet et Mlle Trédez, suppléants.

Les syndicats médicaux seront représentés pour toutes les questions intéressant les sages-femmes par :

M. le professeur Le Lorier, médecin accoucheur, à titre de membre titulaire, remplaçant le médecin siégeant à titre de membre permanent.

M. le docteur Jodin, médecin accoucheur, à titre de membre suppléant.

. . . . . .

(*J.O.*, 1er mars 1946.)





Les 3 Cyto Corbière

CYTO-SÉRUM

MÉDICATION CACODYLIQUE INTENSIVE ET INDOLORE

LYMPHATISME - CONVALESCENCES
ASTHÉNIES - LEUCÈMIES

HÉMO CYTO-SÉRUM

MÉDICATION FERRO-CACODYLIQUE INTENSIVE ET INDOLORE

ANÉMIES DE TOUTE ORIGINE
CHLOROSE - HÉMORRAGIES
CONVALESCENCES POST-OPÉRATOIRES

CYTO-MANGANOL

MÉDICATION MANGANO CALCIQUE ARSÉNIÉE

AMAIGRISSEMENT - LYMPHATISME
TROUBLES DE LA CROISSANCE

MODE D'EMPLOI

Une injection intramusculaire dans la région fessière tous les jours ou tous les deux jours.

LABORATOIRE **CORBIÈRE** 27, R. DESRENAUDES. **PARIS**

PARTIE SCIENTIFIQUE

LE TRAITEMENT DU LUPUS TUBERCULEUX PAR LA VITAMINE D.2. ADMINISTRÉE A HAUTE DOSE (TRAITEMENT DE CHARPY).

SES REMARQUABLES RÉSULTATS

Par Paul LEFEVRE,
Ancien Chef de Clinique à l'Hôpital Saint-Louis
Dermatologiste de l'Hôpital Saint-Joseph

Le visiteur qui traverse les cours du vieil Hôpipal Saint-Louis est toujours surpris et bien souvent ému par les visages ravagés qu'il y croise ; ce sont ceux de malades atteints de lupus vulgaire, lupus tuberculeux, ou lupus de Willan.

Ce qu'il imagine difficilement, ce sont les traitements infiniment douloureux et infiniment répétés qu'ont dû subir ces malades pour conserver de leur visage ce qu'il en reste.

La méthode de traitement proposée par Charpy (de Dijon) à la Société Française de Dermatologie (séance de Lyon du 3 juillet 1943) et les résultats impressionnants qu'elle a donnés permettent de dire dès maintenant qu'à l'avenir de tels ravages et de telles souffrances seront épargnés à ces malades et cela par un traitement interne facile à administrer.

Nous avons pensé faire œuvre utile en portant ici à la connaissance du plus grand nombre de praticiens la technique, réalisable par tous, de ce traitement, et ses merveilleux résultats.

Jusqu'ici, en effet, c'est presque uniquement par des traitements locaux, scarification, application de caustiques, finsenthérapie, diathermocoagulation que l'on s'efforçait de lutter contre les progrès incessants de cette tuberculose de la peau.

Les résultats ainsi obtenus, au prix de vives souffrances pour le patient étaient souvent satisfaisants, parfois remarquables, mais toujours passagers, jamais définitifs. Le principe de ces interventions, qui visait à enserrer, à étouffer la lésion tuberculeuse, le lupome dans du tissu scléreux de cicatrice se montrait toujours impuissant à empêcher la répullulation de nouveaux lupomes dans la cicatrice ou à sa périphérie. On se livrait à un véritable travail de Pénélope, jamais terminé.

En réalité, seule une médication interne capable de mettre l'organisme en mesure d'éteindre définitivement ce processus tuberculeux pouvait amener la guérison. Mais jusqu'ici, aucun traitement interne n'avait permis de guérir ces malades.

Charpy, impressionné dès 1942 par la réapparition plus rapide des lupomes chez les malades qu'il traitait et par le nombre insolite de nouveaux cas qu'il voyait, rattacha ces faits à l'insuffisance de la ration alimentaire.

Son attention fut attirée par le travail d'Hinglais qui faisait ressortir que la carence du « régime des cartes » portait avant tout sur le calcium, le phosphore et la vitamine D.

Il commença donc à administrer à ses malades, aux doses utilisées d'ordinaire, ces trois éléments. Il n'obtint aucun résultat appréciable.

Poursuivant ses recherches, deux faits retinrent son attention.

Il fut frappé par les bons résultats obtenus en Suisse par Rollier qui traitait ses lupiques en les faisant vivre constamment nus et exposés au soleil, à l'exception toutefois des lésions lupiques protégées par un voile.

Charpy estima que cette cure héliothérapique, où seule la lésion malade était protégée du soleil, agissait par transformation sous l'action de la lumière solaire des stérols de la peau en ergostérols irradiés et mettait ainsi à la disposition de l'organisme la vitamine D.

Il pensa que ces irradiations prolongées sur la totalité de la surface cutanée devaient amener la production de doses très importantes de vitamine D.

Par ailleurs, en parcourant la thèse de Horand de 1865, il put y lire qu'en 1849, Emery, à l'hôpital Saint-Louis, avait réussi à améliorer considérablement 74 lupiques, et même à guérir un certain nombre d'entre eux, en leur administrant de l'huile de foie de morue à dose progressivement croissante, jusqu'à atteindre la dose à peine croyable d'un litre par jour.

Sa conviction était faite qu'il convenait d'administrer chez les malades la Vitamine D à très haute dose. Tel fut le point de départ de ses essais.

Avant de commencer, Charpy voulut s'assurer de l'inocuité pour l'organisme de la Vitamine D administrée à haute dose, et il s'astreignit quelque temps à une expérience personnelle.

Il parcourut les travaux publiés sur le pouvoir cancérigène de la Vitamine D, sur les accidents d'hypervitaminose, de calcifications vasculaires ou rénales, et notamment les mises au point de Ravina, de Decourt, de Randoin sur ces prétendus accidents.

Il y acquit la certitude que les divers accidents observés l'avaient été avec la Vitamine naturelle obtenue par irradiation U.V. de l'ergostérol extrait à partir de la levure de bière qui, au lieu de contenir seulement la vitamine D.2. chimiquement pure : calciférol, contenait en plus des tachystérols ou des suprastérols qui l'un et l'autre sont toxiques.

La Vitamine D.2. chimiquement pure n'a jamais donné d'accident ni en clinique, ni expérimentalement.

L'erreur d'une malade de Charpy, qui en quatorze jours absorba les quatorze doses de quinze milligrammes prescrites pour trois mois, vint encore renforcer sa conviction. Personnellement on nous a rapporté le fait de plusieurs personnes ayant absorbé quotidiennement des quantités très élevées de Vitamine D.2. pendant plusieurs semaines sans le moindre inconvénient.

En réalité, la dose toxique de Vitamine D.2. serait plusieurs dizaines de milliers de fois supérieure à la dose active (Bauer).

Au début, Charpy donnait toutes les semaines pendant trois mois une dose de 15 milligrammes de Vitamine D.2. chimiquement pure en solution alcoolique, soit au total 180 milligrammes.

Actuellement, il utilise une posologie renforcée

réalisant un « traitement d'attaque » plus intense, plus serré et prolongé. Il donne **trois doses de 15 milligrammes la première semaine, deux doses les trois semaines suivantes, une dose par semaine pendant les quatre mois suivants, soit au total 375 milligrammes.**

Personnellement, les très beaux résultats que nous avons obtenus l'ont été avec la première technique de Charpy, puis ensuite en administrant deux doses de 15 milligrammes par semaine pendant cinq semaines, soit au total 150 milligrammes. Après un repos d'un mois nous prescrivons une autre cure.

Si l'on considère qu'un litre d'huile de foie de morue du Codex contient environ deux milligrammes de Vitamine D par litre (1), c'est environ 180 litres d'huile de foie de morue qu'il faudrait administrer pour donner en Vitamine D, l'équivalent de la posologie renforcée de Charpy, soit un litre par jour pendant six mois consécutifs !

On se rendra compte par ce seul fait de l'importance du progrès réalisé par la chimie sur ce point.

Pour que l'action favorable de la Vitamine D produise son plein effet, « un apport régulier de calcium est nécessaire ». Si l'organisme manque de cet apport calcique, l'action de la Vitamine est plus lente.

Dans ces conditions, Charpy a pu ressentir sur lui-même, et observer chez ses malades, de l'agacement des dents, des douleurs vagues du tibia. Il suppose que chez le sujet qui ne reçoit pas de calcium de l'extérieur, l'administration de Vitamine à haute dose « déclenche des mutations calciques qui se font à partir des réserves normales de l'organisme ».

L'apport calcique d'une alimentation normale serait suffisant et les plus beaux résultats observés par Charpy l'ont été chez des sujets qui pouvaient prendre 1 à 2 litres de lait par jour. Le régime alimentaire actuel risquant souvent de ne pas fournir l'apport calcique indispensable, Charpy prescrit en même temps que la Vitamine D **une dose de 0,50 de gluconate de calcium par la bouche quinze à vingt jours par mois.**

Le calcium n'intervient pas directement dans **l'action de la Vitamine sur la lésion tuberculeuse et notamment la guérison n'est pas obtenue par calcification du lupome (Vachon et Féraldi), comme cela s'observe pour les lésions pulmonaires.** Son apport à l'organisme est une condition nécessaire pour la bonne action de la Vitamine D sur la lésion tuberculeuse du lupus.

Enfin, retenant une des prescriptions du régime de Gerson-Sauerbrück, très utilisée en Allemagne depuis de nombreuses années, mais dont la réalisation dans son ensemble est très coûteuse, Charpy recommande la réduction dans **l'alimentation du sel et des aliments salés.** Le principe de cette recommandation repose sur l'idée théorique d'un antagonisme calcium-sodium.

Les résultats de cette thérapeutique sont **« constants et remarquables ».**

Très rapidement, sous l'influence du traitement on voit pâlir les lésions, qui perdent bientôt tout caractère inflammatoire, les lésions des muqueuses guérissent très rapidement, les adénites diminuent de volume, « les lupomes pâlissent, se fragmentent, fondent et finissent par disparaître ». Les formes ulcéreuses s'épidermisent très vite. Dans tous les cas, il y a une amélioration de l'état général, prise de poids, augmentation de l'appétit, modification du teint, euphorie.

Charpy rapporte ses résultats dans 38 cas, dont 30 par sa première technique et 8 par sa posologie renforcée. Il considère ses 38 malades comme guéris. 12 l'ont été par le seul traitement interne ; pour les 26 autres, les résultats obtenus par le traitement interne ont été complétés par une destruction locale des lésions résiduelles.

Il utilise la Vitamine D.2. en solution alcoolique, la solution huileuse s'étant montrée beaucoup moins efficace. Il en voit une explication dans la plus grande rapidité d'absorption de la solution alcoolique, l'action devant être brutale et semblant agir par « une série de coups de boutoir favorable », « l'amélioration se fait par paliers successifs ».

On peut dire qu'à l'heure actuelle, les dermatologistes sont unanimes à reconnaître les excellents effets de cette thérapeutique. Le « traitement de Charpy », comme l'a fort légitimement appelé Gougerot, est maintenant classique ». (Clément Simon).

Il est même devenu si rapidement classique, chacun en ayant observé presque simultanément les bons effets, que la plupart ont négligé de publier les bons résultats obtenus, sachant que tous leurs collègues pouvaient en apporter de comparables.

Le rapport sur « le traitement de Charpy », qu'a demandé à l'auteur la Société Française de Dermatologie et qui sera présenté à sa séance spéciale annuelle du mois de Mai, sera certainement l'occasion de nombreuses communications qui viendront confirmer l'excellence de cette méthode.

Dès 1944, Gougerot et Gaulier en ont exposé les principes et reconnu l'efficacité.

P.-J. Michel et Pellerat en ont signalé les résultats absolument remarquables.

Garric a obtenu des résultats remarquables dans dix cas. Dans deux cas praticulièrement graves, la guérison a été obtenue de façon très rapide par des **injections intra-musculaires** de stérogyl 15 **en solution huileuse.**

Personnellement avec Guillaume Hallé, depuis juillet 1944, nous avons pu traiter 30 lupiques par la méthode de Charpy. **Chez tous nous avons obtenu très rapidement des résultats vraiment impressionnants.** L'état du visage est complètement différent de ceux que nous obtenions après diathermo-coagulation où l'on voyait se reformer constamment de petites croûtelles recouvrant un lupome ulcéré. Après la cure de Vitamine, tout œdème du visage disparaît, excellent indice de la disparition de toute lésion inflammatoire, la peau blanchit et devient lisse et nette comme sur une belle cicatrice.

En vérité, jamais jusqu'ici nous n'avions obtenu pareils résultats. Ils ont été acquis uniquement par médication interne, c'est dans un cas seulement que nous avons détruit par diathermo-coagulation quelques lupomes isolés particulièrement résistants.

Nous croyons pouvoir dire malgré le peu de recul qu'il s'agit de résultats définitivement acquis, de guérisons. Dix de nos malades ne prennent plus de Vitamine depuis 8 à 10 mois et les résultats acquis ont été entièrement maintenus.

(1) Renseignement aimablement communiqué par M. Volkringer, pharmacien de l'hôpital Saint-Joseph.

Dès maintenant, la valeur reconnue du traitement de Charpy le fait utiliser comme « traitement d'épreuve », pour trancher la nature tuberculeuse de certaine affectation cutanée.

L'inefficacité de ce traitement dans le lupus érythémateux est invoquée par ceux qui ne croient pas à la nature tuberculeuse de cette affection. Gâté ayant constaté l'échec de cette thérapeutique dans la maladie de Besnier-Boeck-Schaumann et son bon effet sur des surcoïdes hypodermiques type Darier-Roussy en tire argument pour la démonstration de la nature tuberculeuse ou non de ces deux dermatoses. Duverne, cité par Charpy, a pu porter le diagnostic des syphilis sur l'échec complet du traitement vitaminé dans un cas de syphilides lupiformes, de diagnostic difficile.

Charpy a recherché l'action de son traitement sur les réactions tuberculiniques. Chez 11 lupiques dont la cuti-réaction était positive avant le traitement, il a pratiqué de nouvelles cuti 3 à 16 mois après leur guérison apparente. Il obtint 9 réactions positives et deux réactions totalement négatives (2 épreuves à 15 jours d'intervalle). Il en tire un argument biologique important en faveur d'une guérison définitive.

Un contrôle anatomique a été pratiqué par Vachon et Féroldi. Ces auteurs concluent que les résultats cliniques si remarquables ne s'accompagnent pas d'une guérison anatomique. Après quelques mois de traitement, il y a « désinfiltration cellulaire », disparition des lésions inflammatoires, puis une sclérose jeune apparaît étouffant progressivement les lésions qui perdent leur caractère évolutif. Il n'y a pas de calcification, le processus interne de l'amélioration demeure inconnu.

Quoique n'ayant pas encore pratiqué un tel contrôle, nous nous permettrons quelques remarques. Les prélèvements faits par les auteurs ont porté sur des lupomes persistants malgré l'amélioration. Cliniquement, « il persiste toujours quelques lupomes », écrivent-ils. Nous croyons que chez bon nombre des malades que nous avons traités, il serait bien impossible de mettre en évidence des lupomes cliniquement et peut-être aussi histologiquement.

Le calcium ne joue qu'un rôle d'appoint et n'intervient que « **comme un aliment** » que la ration normale devrait fournir.

« Les doses de vitamine juste suffisantes pour permettre la fixation et l'utilisation du calcium n'ont pas d'effet thérapeutique ».

Des recherches humorales ont été pratiquées par Pellerat, Vachon, Brudon et Mlle Murat chez des malades en cours de traitement par la méthode de Charpy. Dans les neuf cas étudiés ils n'ont pas observé d'augmentation de la calcémie, dans trois cas la phosphatémie était augmentée. La phosphatasémie a été modifiée dans deux cas. Enfin, chez 18 sujets étudiés, la cholestérolémie était normale dans 7 cas, faible dans 7 autres cas, et nettement abaissée (inférieure à 1 gramme) dans 4 cas.

« Tout se passe comme si les besoins calciques de l'organisme étant satisfaits nous faisions une **chimiothérapie intensive par la vitamine D** ». « C'est cela qui constitue l'originalité et l'efficacité de la méthode ».

Cette chimiothérapie paraît bien réaliser **« une héliothérapie par voie interne »**. Il est impossible pour le moment de saisir plus complètement le mécanisme de son action sur les lésions tuberculeuses de la peau.

Les indications de ce traitement paraissent bien devoir être élargies et ne pas être limitées au lupus tuberculeux.

Charpy signale de bons résultats dans l'érythème induré de Bazin, dans les adénites et les orchi-épididymites bacillaires. Thiers, Racouchot et Favre-Gilly dans un cas de tuberculose verruqueuse, P.-J. Michel et Pellerat ont obtenu un résultat favorable dans certains cas de gommes bacillaires.

Personnellement, nous avons obtenu une très rapide cicatrisation d'une ulcération tuberculeuse du col utérin.

Ce traitement agit de façon constante sur toutes les manifestations endo-nasales du lupus tuberculeux et paraît également efficace sur les lésions oculaires de nature tuberculeuse.

Il nous a paru agir favorablement dans un cas de tuberculose osseuse.

BIBLIOGRAPHIE

J. CHARPY. — Mise au point d'un traitement de lupus tuberculeux. « Bulletin Société Française de Dermatologie », 1943, p. 340 (séance de Lyon du 2 juillet 1943.)

J. CHARPY. — Technique de traitement de lupus tuberculeux. « Bull. S. F. de Dermatologie », 1943, p. 331 (séance du 9 décembre 1943).

J. CHARPY. — Au sujet du traitement du lupus tuberculeux. « Bull. S. F. de Dermalologie », 1944, p. 110 (séance de Lyon, 27 janvier 1944).

J. CHARPY. — Nouveaux essais thérapeutiques contre le lupus tuberculeux. « Bull. S. F. de Dermatologie », 1944, p. 110.

J. CHARPY. — Les réactions tuberculiniques après traitement des lupus,. « Bull. S. F. de Dermatologie », 199, p. 110.

J. CHARPY. — Le traitement du lupus tuberculeux. Technique nouvelle. « Journal de Médecine de Lyon », 20 juillet 1944.

P. J. MICHEL et PELLERAT. — Le traitement des tuberculeux cutanés par l'association de vitamine D calcium. « Bull. S. F. de Dermatologie », 1944, p. 107. Séance de Lyon, 27 janvier 1944.

J. PELLERAT, R. VACHON, J. BRUDON et Mlle MURAT. — Recherches humorales au cours de traitement de tuberculose cutanée par la méthode de Charpy. « Bull. S. F. de Dermatologie », 1944, p. 339 (séance de Lyon, 14 décembre 1944).

GARRIC. — A propos du traitement du lupus tuberculeux par la méthode de Charpy. « Bull. S. F. de Dermatologie », 1944, p. 313.

GOUGEROT et GAULLIER. — Efficacité du traitement de Charpy dans la tuberculose cutanée. « Revue Médicale Française », novembre 1944, N° 11.

GATE. — Résultats comparatifs fournis par le traitement de Charpy dans un cas de maladie de Bornier-Boeck, etc. « Bull. S. F. de Dermatologie », 1945, p. 100 (séance de Lyon du 19 avril 1945).

Clément SIMON. — Un traitement interne héroïque de lupus tuberculeux. (Le traitement de Charpy).. « Bulletin Médical », 11 novembre 1945, N° 26.

VACHON et FEROLDI. — Le traitement du lupus tuberculeux par la méthode de Charpy. Les résultats anatomiques. « Annales de Dermatologie », 1945, p. 241.

VACHON. — Le traitement du lupus tuberculeux par la méthode de Charpy. Thèse de Lyon, 1944.

THIERS, RACOUCHOT et FAVRE-GILLY. — Action remarquable du traitement de Charpy sur une tuberculose verruqueuse.

LA THÉRAPEUTIQUE DITE DE RAJEUNISSEMENT

A la décrépitude et aux troubles fonctionnels, accompagnant la vieillesse, peuvent être efficacement opposées les ressources de la thérapeutique.

Renvoyant à une étude ultérieure l'examen des procedes hygieniques, dietetiques, chimiques, physiotherapiques, opotherapiques s'opposant, tres efficacement d'ailleurs, a la senilité, nous nous bornerons dans le cadre volontairement restreint de cet article a exposer succinctement les procedes chirurgicaux agissant directement sur la glande genitale male, dont le bon fonctionnement joue un role important dans l'état d'activite et d'equilibre de toutes les fonctions de l'organisme. Nous insisterons, en particulier, sur un procedé de **petite chirurgie** que nous avons mis au point au cours de ces dix dernières annees.

Greffe et Pseudo-Greffe. — Hunter, dès 1762, puis Berold, Brown-Sequard, Moriss, Niehans, Voronoff, firent des transplantations de glandes chez l'homme comme chez l'animal. Ne voyant dans cette méthode qu'une sorte d'injection massive, d'autres auteurs ont remplacé les couteuses glandes par l'implantation sous-cutanée de comprimés d'hormones.

Action sur les plexus nerveux. — Les plexus nerveux entretenant la musculature des veines en état de spasme, leur destruction chirurgicale (Leriche, Dartigues) ou chimique (Doppler, Norgin, Vakulenko) entraîne une hyperémie des glandes et, partant, une meilleure sécrétion. Procédés extremement délicats ou dangereux. (gangrène phéniquée).

Suppression de la sécrétion externe. — Par la ligature des voies éfférentes (véritable castration dont la moralite et la légalité sont des plus contestables), Lichtenstern, Steinach pensèrent laisser plus de sang à la sécrétion interne revigorante.

Discussion

Bien que guidés par des idées théoriques très différentes, les auteurs de ces interventions paraissent tous et dans les mêmes proportions, chez l'homme comme chez l'animal, ce qui exclut toute possibilité de suggestion, avoir obtenu les mêmes beaux résultats.

A notre humble avis qui est également celui d'un maître éminent (1), ces résultats seraient surtout dus à l'hyperémie accompagnant le travail de cicatrisation et de résorption des tissus morts ou étrangers, seul point commun à toutes ces méthodes.

Aussi, cherchant à éviter les inconvénients communs à **toutes les opérations chirurgicales** (incisions, hemostase, ligatures, pansements, interruption des occupations, cicatrices révélatrices) avons-nous cherché à l'aide du bistouri électrique, à réaliser une intervention entièrement **sous-tégumentaire**, véritable **opération de petite chirurgie**, se pratiquant sous anesthésie locale, ne nécessitant ni **incisions**, ni **ligatures**, ni **sutures**, ne laissant pas de **cicatrices révélatrices**, et dont la bénignité permet la répétition indéfinie.

Modification cellulaire diathermique.

Principe

Produire dans la glande de petites escharres, dont la résorption stimulera son activité.

Le courant diathermique, lorsqu'on l'a bien en main, permet à la fois la **coupe**, l'**hémostase**, des **modifications de tissu** allant de la cautérisation à l'escharre en passant par un état très spécial d'étirement, d'accolement des cellules véritable tissu nouveau, dont la résorption n'aboutit jamais à la suppuration.

Technique

Après injection de quelques centicubes d'Allocaïne dans le cordon, à l'aide d'une aiguille d'acier isolée jusqu'à deux millimètres de sa pointe, nous perforons le scrotum en un seul point puis, l'aiguille étant libre dans la vaginale, nous pratiquons sur la face externe d'un ou des deux testicules, des coagulations minimes, neuf en moyenne.

L'opération se faisant hors du contrôle de la vue, nécessite un réglage très précis, étalonnage valant seulement pour un appareil donné, exécuté sur un animal vivant faisant électriquement corps avec un sujet humain.



Le repos à la chaise-longue pendant 24 heures et le port d un suspensoir en jersey sont d'utiles précautions, mais de nombreuses infractions à ces prescriptions attestent l'inocuité de cette intervention.

Effets

Parfois immédiats, les bons effets se font sentir habituellement au bout d'un délai de 15 jours et débutent toujours par l'euphorie, l'aptitude à l'effort et le retour de la mémoire. Chez certains ayant, du fait de leur état d'abattement, négligé leurs affaires, on constate une véritable frénésie d'action leur permettant de résoudre gaiement des problèmes, la veille jugés insolubles.

Physiquement, la dyspnée d'effort, la cryesthésie et la pollakiurie sont généralement les premiers troubles heureusement influencés. Signalons les heureux effets sur les organes des

(1) Docteur Leriche. Chirurgie des glandes endocrines. *Journal de Médecine de Lyon*, 20 juillet 1920, n° 13.

sens. Les chanteurs, les ténors en particuliers, notent l'amélioration de leur voix.

La baisse du poids et de la tension artérielle, et ceci uniquement chez les obèses et les hypertendus, paraît indiquer l'intervention chez cette catégorie de malades quel que soit leur âge.

Nous tenons à préciser en y insistant que si l'**impuissance** est heureusement influencée, elle l'est **très exactement dans la même mesure** que les autres défaillances fonctionnelles. Il serait non seulement immoral, mais aussi très dangereux, de ne voir en cette méthode qu'un succédané des classiques autant qu'inefficaces aphrodisiaques.

Enfin, signalons les heureuses modifications de l'habitus extérieur, de la démarche, de l'expression, souvent remarquées par des tiers ignorant l'opération subie, ainsi que l'amélioration du caractère et des relations familiales et sociales.

Terminons par une observation prise entre de nombreuses autres :

M. X.., 47 ans, ingénieur-constructeur. — Asthénie et anxiété. Habitus extérieur d'un vieillard. Impossibilité absolue de se livrer aux calculs exigés par sa profession. Parole bredouillée. Tremblement des avant-bras. Spécificité probable. Impuissance datant de 7 ans. On songe au diagnostic de P. G... Le 3 mai, intervention sur le testicule droit. Le 12 mai, grosse amélioration des facultés intellectuelles. Le 24 mai, le calcul redevient possible, s'attaque à l'énorme tâche de reconstruction de son entreprise dont la destruction par la guerre était une des causes de sa déchéance. Disparition du tremblement. Retour subit de la libido normale. Revu le 9 octobre. Habitus extérieur transformé. Grosse activité. Tension artérielle passée de 23/13 à 16/11. Poids de 70 à 64 kg.

Conclusions

Tout se passant à peu près comme si le sujet avait retrouvé son état de santé et d'activité des années révolues, le nom de (Rajeunissement) sous lequel certains procédés thérapeutiques sont connus dans le public, est acceptable sinon scientifique.

L'intervention que nous avons provisoirement appelée **(modification cellulaire diathermique)** supprime les inconvénients des procédés sanglants et peut être rangée dans le domaine de la **petite chirurgie**. Très efficace, son inocuité autorise sa répétition.

La thérapeutique de rajeunissement, tout comme la chirurgie esthétique qui n'en est qu'une branche, rencontre dans beaucoup de milieux une certaine suspicion. Nous répondrons qu'à notre époque de lutte, la sénilité apparente et réelle, toujours précoce, doit être considérée comme une véritable maladie et qu'il n'est pas plus contraire aux lois de la Nature de supprimer la douleur par un analgésique ou de corriger une amétropie que de stimuler nos moyens de défense contre la vieillesse.

Dr L. BORREY (de Lyon).

BIBLIOGRAPHIE

Auguste Lumière. Sénilité et Rajeunissement.
Drs Bouloumié et Boigey. Le Livre des plus de soixante ans.
Dr P. Niehans. La Sénescence et le Rajeunissement.
C. Picado. Vaccination contre la Sénescence précoce.
Dr Borrey. Les ressources des traitements physiques. « Avenir Médical », janvier 43, mars 43, janvier 44.

UNE CURIEUSE ERREUR DE RADIOGRAPHIE

par le Dr. Daniel FEREY (St.-Malo)

En juin 1945 une femme de 38 ans, vient me trouver parce que son médecin lui conseille l'ablation de la vésicule biliaire. Elle souffre de douleurs épigastriques vagues mais fréquentes, de douleurs dans la région sous-hépatique et également dans la fosse iliaque droite. L'interrogatoire ne révèle qu'une crise de colique hépatique (ou du moins étiquetée telle) survenue quinze ans auparavant. L'examen clinique ne décèle qu'une douleur avec un peu de défense de la paroi dans la fosse iliaque droite. Je conclus à une appendicite chronique, avec, de temps à autre, des poussées subaiguës.

A ce moment elle sort de son enveloppe une radiographie faite quelques jours auparavant. On voit dans la région sous-hépatique une tache ovalaire de la grosseur d'une petite amande et à côté, des petites taches de même nature. Le tout est sur le flanc droit de la 2e et 3e lombaire. La conclusion du radiographe est formelle : calculs dans la vésicule biliaire.

Mon attention est attirée par deux faits : un fait clinique, l'absence depuis quinze ans de crises de coliques hépatiques ; un fait radiographique, les calculs au lieu d'être étagés les uns au-dessus des autres sont sur une même ligne horizontale. Enfin le soi-disant gros calcul a un aspect particulier, la circonférence est très visible, mais le centre me paraît bien clair. J'interroge encore la malade ; elle a été radiographiée debout, elle n'avait gardé que sa chemise et un petit pantalon marce. Le radiographe avait eu soin de lui demander si elle n'avait pas de bouton ou d'épingle. La culotte n'était retenue que par un élastique. Je lui demande de me montrer cet élastique. Il a une boucle qui ressemble fort au contour du calcul, et les deux filets qui lui font suite sont tortillés l'un avec l'autre. Je téléphone au radiographe et l'on convient de faire l'épreuve suivante. La malade passera à nouveau à la radiographie, dans la même position, dans le même costume, mais le nœud en question sera placé sur la partie gauche de l'abdomen. La vérification radiographique montre que le gros calcul et les petits calculs sont passés de la partie droite dans la partie gauche de l'abdomen. Je l'ai opérée de son [illegible] j'ai trouvé un gros appendice rétro-cœcal adhérent et ayant revu la malade, pour un de ses enfants, au début de 1946, guérie des troubles qu'elle présentait auparavant, j'ai cru intéressant et curieux de publier cette observation.

IMPORTANCE ET CONDUITE DES TRAITEMENTS INITIAUX DANS LA SYPHILIS AU DÉBUT

L'article de M. le Dr R. Barthélemy, publié dans le **Concours** (20-10-1945, n° 42) intéressera plus d'un lecteur de ce périodique. Me serait-il permis de faire quelques remarques à ce sujet ? Le Dr B. a raison de souligner que « **le temps perdu par pusillanimité au début du traitement d'une syphilis primaire ne se rattrape pas** ».

Le nombre élevé des syphilitiques en clientèle privée pose constamment des problèmes d'ordre pratique, un peu délaissés, à mon avis, par nos Maîtres, qui envisagent trop souvent les auditions hospitalières. Les praticiens ont à faire face à deux graves conditions : 1° Soigner la maladie le plus économiquement possible : 2° Stériliser, et « guérir » dans le moindre délai. Les malades les plus résolus, les plus craintifs, les plus sages, finissent par se lasser moins d'un an après la première piqûre. Et ce n'est point les foudres de la police (comme l'exige la loi) qui changeront grand chose à une situation de fait. Médecin pour prisonniers en Allemagne, les conditions y étaient des plus difficiles et incitaient à réfléchir.

Quelques essais de «synthèse thérapique» m'ont fait adopter en France la conduite suivante :

Aussitôt le diagnostic bactériologique ou sérologique établi, je pratique plusieurs injections i-v de CyHg 0,01, une par jour (de 3 à 6 en tout). Puis 0,15 de novar, le lendemain 0,60, ensuite 2 injections hebdomadaires de 0,60 de novar et, les mêmes jours, 0,10 de bismuth oléosoluble. Dans l'intervalle, je fais 2 injections i-v de Cy Hg, soit une série de 7 gr. de novar (en moyenne), 1 gr. 20 de bismuth, 0 gr. 12 de cyanure, ce qui vaut, à nos malades, 24 déplacements. Réaction de BW, repos d'une semaine, puis deuxième série identique à la première, si la réaction de BW est encore positive. Si elle devient négative, la deuxième série sera un peu adoucie : soit 2 injections hebdomadaires de 0,60 de novar, plus 0,10 de bismuth chacune, soit 2 cyanures et 2 sulfar à 0,60, soit, quelquefois, de bismuth seulement.

Il est exceptionnel que le BW. reste positif après ces deux séries. Repos de 7 jours, puis troisième série d'huile grise à raison de 12 traits de la seringue de Barthélemy, une fois par semaine.

Ponction lombaire après la troisième série. Si le liquide C-R est absolument normal, je me contente d'une thérapeutique per os (calomel, iodures, etc.) ou en suppositoires.

Surveillance et BW trimestrielles.

Il va sans dire que toutes les précautions sont prises afin d'éviter le moindre incident (examen des urines, interrogatoire avant chaque nouvelle piqûre, surveillance de l'état général, injection à jeûn extrêmement lente, etc., etc.)

Ce n'est qu'un schéma avec des variantes suivant les tempéraments et les circonstances. Je ne suis inspiré des méthodes Sérazy, Ravaut, Vernes et allemande.

N'étant ni syphiligraphe, ni dermatologue, je serais heureux d'avoir des avis autorisés qui veuillent bien tenir compte aussi des nécessités **économiques et sociales** qui intéressent de 4 à 6 millions de Français.

Dr MARCOVICI, à Billancourt (Seine).

LES THÈSES

Dr Jean Castel. — **Diagnostic et traitement des abcès enkystés du cerveau** (Thèse de Paris, 1945).

Les éléments du diagnostic des abcès du cerveau sont donnés : **a**) par l'association de signes d'hypertension intra-crânienne, de signes de localisation, et de signes de toxi-infection ; **b**) par les conditions d'apparition de ces signes, deux mois environ après une infection locale (otite, traumatisme cranien), ou après une infection générale. Pour préciser le siège de l'abcès, la radiographie et surtout la ventriculographie sont nécessaires.

Les abcès d'origine auriculaire peuvent être guéris par le drainage filiforme de Lemaître. Il en est de même pour certains abcès du cerveau superficiels. Pour les autres variétés, de très bons résultats sont obtenus par la méthode de Clovis Vincent: l'ablation en masse de l'abcès (contenant et contenu) et son drainage, quelquefois après un premier temps préparatoire permettant à la poche d'enkystement de s'organiser, temps pendant lequel on pratique une décompression d'attente de l'encéphale.

On peut espérer, enfin, dans cette thérapeutique, obtenir une aide précieuse de la médication sulfamidée et surtout de la pénicilline.

Dr Pierre Ballereau. — **De l'énurésie et de son traitement. Résultats obtenus par l'électrothérapie.** (Thèse de Paris, 1945.)

L'auteur passe en revue les très nombreux traitements préconisés contre l'énurésie : hygiène générale et régime, pharmacothérapie (strychnine, belladone, gardénal), opothérapie, psychothérapie, intervention chirurgicale, électrothérapie, etc. S'appuyant sur un groupe de treize observations, il s'est arrêté à la thérapeutique suivante : régime (peu de liquide le soir, etc.) ; médication alcaline ou acide suivant que le pH de l'urine au réveil est inférieur ou supérieur à 5,4 (chiffre constant chez un sujet normal) ; médication calmante ; traitement électrique : galvano-faradisation locale alternant avec la diélectrolyse trans-cérébro-médullaire au calcium.

Dr J.-H. Gauthier. — **Pyurie amicrobienne essentielle.** (Thèse de Paris, 1945.)

A côté de la pyurie amicrobienne d'origine tuberculeuse et des pyuries passagèrement amicrobiennes causées par des lésions parenchymateuses, par une lithiase, ou coïncidant avec une altération de la morphologie pyélo-urétérale, existe une pyurie amicrobienne dite essentielle, de cause inconnue. Elle est beaucoup plus rare que la pyurie amicrobienne d'origine tuberculeuse et on ne doit l'admettre qu'après élimination certaine de celle-ci.

La pyurie amicrobienne essentielle, affection généralement bénigne mais traînante, peut être divisée en forme haute (vésico-pyélo-urétérale) et forme basse (vésicale, probablement uréthrale postérieure, voire prostatique). Dans la forme haute, surtout fréquente chez le sujet jeune, le novarséno-benzol donne de bons résultats — beaucoup moins réguliers dans la variété basse.

P. L.

LES SOCIÉTES SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

Accroissement de la valeur nutritive du pain par l'addition aux farines des albumines du lait.

(M. Maurice Renaud ; 20-11-1945))

Pour élever le taux de la ration azotée, une excellente solution peut être trouvée dans l'addition, aux farines, des albumines du lait (caséine des laits écrémés et albumines des petits-laits des fromageries).

M. Renaud rappelle que dans des expériences faites en 1939 à la manutention militaire d'Issy-les-Moulineaux, les résultats avaient été des plus satisfaisants. La présence d'albumines permet un merveilleux développement des levures et une belle ouverture à la cuisson, une torréfaction dorée de la croûte, et donne au pain une fine saveur.

L'addition d'albumines permet d'accroître dans des proportions convenables la ration en protides nécessaires à l'entretien et à l'accroissement des tissus. Elle offre tant d'avantages, aussi bien au point de vue de la diététique qu'à celui de l'économie publique, qu'elle mériterait de retenir l'attention, et probablement d'entrer dans la pratique courante.

Mort par teinture de coiffeur.

(MM. H. Gougerot et Sclafer ; 27-11-1945)

Le 31 juillet, une femme de 34 ans se fait faire une application de teinture capillaire, soi-disant au henné, en réalité à la « para » associée au henné, ce dernier n'étant pas toxique. Le lendemain, prurit facial, qui se généralise le 3 août. A l'entrée, à l'hôpital Saint-Louis, on constate un érythème intense, suivi le lendemain de bulles énormes sur la face et le tronc. Les muqueuses sont également atteintes. Température à 40°, urines rares, hypotension. Prostation alternant avec de l'agitation.

Les jours suivants, les lésions s'étendent. Albuminurie, urée sanguine à 0,62. Malgré le traitement (sérum intra-veineux, désoxycorticostérone, adrénaline, etc.), mort le 9 août. Autopsie refusée. A la connaissance des auteurs, il n'y a pas eu d'action médico-légale. Ajoutons que cette observation a déjà été présentée en novembre 1945 à la Société de Dermatologie.

— M. Fiessinger insiste sur la fréquence des albuminuries après les teintures de cheveux à la paraphenylène-diamine. Ces albuminuries disparaissent, quand elles sont récentes, par la seule cessation de la teinture, mais dans certains cas d'usage prolongé de la « para », il peut se produire une néphrite chronique.

A propos de la recrudescence des diphtéries et surtout des diphtéries malignes.

(MM. Desbuquois et Bree, de Tours ; 27-11-1945)

Les auteurs ont observé une recrudescence de diphtéries, et surtout de diphtéries malignes, dans leur service de l'hôpital Bretonneau, à Tours. Ils en étudient les causes : négligence des malades, retard du diagnostic, surtout dans les formes cliniques anormales, traitement insuffisant, absence ou insuffisance des mesures prophylactiques, insuffisance des vaccinations. Une telle recrudescence pourrait être évitée ou enrayée si des mesures convenables étaient réalisées.

Rapport sur l'état sanitaire en France en 1944.

(M. Tanon, au nom de la Commission d'hygiène; 27-11-1945)

M. Tanon constate qu'il est un peu difficile de se faire une idée exacte de la situation des maladies épidémiques et contagieuses pendant l'année 1944. En effet, par suite des événements, des bombardements, beaucoup d'enquêtes n'ont pu être faites ; les déclarations ont été moins nombreuses ; et 16 rapports départementaux seulement sont parvenus à l'Académie, plus un de l'Algérie où sévit une grave épidémie de typhus exanthématique.

Cependant, en tenant compte des faits et des statistiques nouvelles de l'Institut d'Hygiène, on se rend compte que presque partout il y a eu régression de la plupart des maladies. Il n'y a pas eu de véritable épidémie de fièvre typhoïde, et assez généralement il s'est agi de para B. La diphtérie, en dehors de quelques départements, a peu augmenté dans l'ensemble. Quant à la poliomyélite, à part quelques poussées au printemps, elle n'a pas donné lieu à épidémie.

Malgré une augmentation dans les Basses-Alpes et dans les départements pyrénéens, la mélitococcie ne s'est pas étendue. Quant aux autres maladies, elles sont restées stationnaires.

Destruction des moustiques, dans les fosses compartimentées, par le D. D. T.

(M. V. P. Poulain, E. Romañ et E. Rinaudo, de Lyon ; présentation par M. Ramon ; 4-12-1945)

La lutte contre les moustiques dans les fosses compartimentées n'apparaît pratique que par l'emploi d'un insecticide soluble ou émulsionnable et sans action sur les bactéries liquéfiantes. En mélangeant à de l'eau du D. D. T. en solution alcoolique, on obtient une suspension suffisamment stable et insecticide à faible concentration. Ce liquide, introduit par les W.-C., est entraîné jusqu'au troisième compartiment, détruit les larves de moustiques dans l'installation, sans nuire à l'activité bactérienne. Il semble donc possible de protéger les fosses compartimentées en déversant suffisamment souvent, dans les W.-C., des émulsions alcooliques de D. D. T., correspondant à 1 pour 5.000.000 du contenu liquide dans l'ensemble.

Les auteurs espèrent pouvoir généraliser cette méthode et débarrasser des moustiques certains quartiers urbains très infestés.

P. L.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX DE PARIS

Hématome sous-dural sans traumatisme direct sur la tête. Trépanation. Guérison.

(MM. Lechelle, Petit-Dutaillis et Thévenard ; 18-1-1946)

MM. Lechelle, Petit-Dutaillis et Thevenard rapportent l'observation d'un homme de 35 ans qui, deux mois après un accident de moto, sans traumatisme de la face, ni de la tête, entra dans le coma après avoir constitué en 24 heures une hémiparésie gauche avec signes pyra-

midaux. Le seul signe qui avait inquiété le malade avant le coma était une céphalée tenace apparue 3 semaines après l'accident. Trépanation frontale droite permettant la résection d'un volumineux hématome sous-dural. Guérison complète.

Les A. insistent sur la nécessité, si les symptômes cliniques inclinent à y faire penser, de ne jamais rejeter l'éventualité d'un hématome sus ou sous-dural par suite de la longueur anormale de l'intervalle libre ou de l'absence de choc direct sur le crâne.

Essai de traitement des suppurations pulmonaires par les instillations intra-bronchiques de pénicilline.

(MM. Mattei, Recordier, Metras et Barbe ; 18-1-1946)

Les auteurs rapportent des observations de guérison de suppurations pulmonaires en portant la pénicilline jusqu'au foyer abcédé par voie eudobronchique, sans employer d'autre voie. Sur 12 malades observés pendant 6 mois, ils ont obtenu 7 guérisons cliniques et radiologiques, 4 guérisons cliniques mais sans nettoyage radiologique complet, 1 échec qui était en réalité un cancer.

Cancer du pancréas avec hémorragies digestives et métastases cutanées chez un ancien pulmonaire.

(MM. Bariety, Lesobre et Danset ; 18-1-1946)

Les auteurs ont observé chez un homme de 55 ans, convalescent d'une pleurésie tuberculeuse ayant évolué pendant 16 mois, des hémorragies intestinales profuses et répétées entraînant la mort en 1 mois 1/2. Trois semaines avant le décès, des nodules cutanés au nombre d'une centaine s'étaient développés sur le tronc et les membres supérieurs. L'autopsie fit découvrir un épithélioma acino-canaliculaire du pancréas, confirmant les données de la biopsie d'un nodule métastatique de la peau.

Les métastases cutanées sont exceptionnelles au cours du cancer pancréatique.

Arthrite purulente de l'épaule à streptocoques greffée sur une périarthrite. Guérison par injection intra-musculaire de sulfaméthyldiazine.

(MM P. Hillemand et L. Faulong ; 18-1-1946)

MM. Hillemand et Faulong citent le cas d'un homme de 55 ans, tousseur, atteint de périarthrite scapulo-humérale traitée par novocaïne. Vers le 6e infiltration, apparition d'arthrite suppurée traitée sans succès par sulfaméthyldiazine « per os » et propidon. En 4 jours guérison par sulfaméthyldiazine intra-articulaire. Guérison complète en 1 mois 1/2. Un petit nodule cartilagineux qui avait été remarqué au début de l'affection a disparu après guérison.

— M. May : la périarthrite est un syndrome vasomoteur à type de vaso-constriction d'origine sympathique. Amélioration par thérapeutique vasodilatatrice.

— M. Cathala cite des cas où une précipitation calcaire apparaît puis disparaît brusquement. Les phénomènes vasculaires expliquent les mutations calciques.

— M. Jacob : les périarthrites après thoracoplastie ne peuvent s'expliquer que par des troubles vaso-moteurs.

Spirochétose ictéro-hémorragique avec hémorragie méningée et syndrome de la queue de cheval. Effets salutaires du traitement par la pénicilline.

(MM. R. Boulin, P. Uhry, Kaufmann et Piérard; 18-1-1946)

Les auteurs relatent l'observation d'un cas de S. I. H. remarquable par une hémorragie méningée coïncidant avec de larges placards purpuriques, un syndrome de queue de cheval avec anesthésie en selle, rétention d'urines et des matières, qui demanda plusieurs mois à disparaître et que les auteurs rapportent à l'hémorragie méningée ; par les heureux effets de la pénicilline. L'administration totale de 2.320.000 unités transforma une situation qui s'aggravait de jour en jour.

— MM. Nicaud et Decourt citent quelques rares cas d'hémorragie méningée au cours de S.I.H.

Thrombo-phlébite du sinus caverneux traitée par la pénicilline. Guérison.

(MM. Boquien. — Présentation par M. Lemierre; 18-1-1946)

Vérification opératoire de la thrombo-phlébite. M. Lemierre insiste sur le fait que ce diagnostic est porté souvent à tort et que les signes cliniques sont dus le plus souvent à une phlébite des veines faciales.

SOCIETE FRANÇAISE DE GYNECOLOGIE

Séance du 28-5-1945

Le diagnostic précoce du cancer du col.

M. Claude Béclère. — La gravité du cancer du col est l'envahissement très rapide des paramètres. Aussi doit-il être dépisté le plus tôt possible. B. insiste sur l'origine fréquemment intra-cervicale du cancer du col (3 à 5 fois sur 10 cas) qui l'a amené à préconiser systématiquement le curettage intra-cervical chez la femme perdant du sang entre les règles, surtout après les rapports ou à l'occasion de sa toilette.

— M. R. Huguenin souligne également la plus grande fréquence des cancers endo-cervicaux, leur rapide propagation lymphangitique sous-muqueuse qui fait que si minime soit la lésion visible au spéculum, une fois sur trois elle est plus étendue qu'elle ne le paraît. Il faut donc employer pour le traitement une méthode radiothérapique « élargie » : curiethérapie endo et exocervicale et irradiation paramétrale étendue.

— Mme Simone Laborde essaie de déterminer les lésions et les maladies propres à favoriser l'apparition du cancer du col. Les métrites qui durent devraient retenir l'attention des médecins et être traitées, bien qu'on ne puisse encore affirmer que la métrite inflammatoire soit susceptible de constituer un état précancéreux. Les lésions irritatives dues au port de pessaires ou d'appareils anti-conceptionnels déterminent des ulcérations qui peuvent se transformer en cancers. La syphilis, contrairement à ce qu'on a pu penser, n'est pas à incriminer ; par contre le dysfonctionnnement endocrinien joue un rôle plus important, en particulier l'excès de folliculine.

L'auteur insiste ensuite sur la difficulté de reconnaître un cancer au début. Le test de Lahm Schiller lui semble trop difficile à interpréter. Enfin elle préconise de nouveau l'examen gynécologique périodique et une meilleure instruction des médecins et des étudiants dans le domaine de la cancérologie.

— MM. Pierre Mocquot et Raoul Palmer pensent qu'il est juste d'admettre qu'un tiers des cancers du col débute par la cavité cervicale et préconisent l'hystéroscopie cervicale suivie, en cas de doute, d'un curettage biopsique et de l'examen de tous les débris retirés.

— M. Claude Béclère et M. J. E. Marcel présentent plusieurs observations curieuses de cancer endocervical.

— M. E. Douay, à propos d'un cas, insiste sur un signe physique qu'il considère comme capital, l'augmentation du volume du col dans sa portion sus-vaginale.

Sur 77 cas de cancers du col opérés, D. en a trouvé 26 endocervicaux soit environ 1/3, et 60 % de pavimenteux pour 40 % de glandulaires.

— M. E. Wallon rapporte l'observation d'une malade chez laquelle le cancer du col s'est révélé brutalement par une hémorragie abondante alors que les lésions étaient telles que leur début était certainement ancien.

— M. F. A. Papillon estime que l'examen systématique est une utopie. Cependant il croit nécessaire de rappeler aux femmes l'importance d'un examen gynécologique en cas de perte de sang, même minime, en dehors du rythme menstruel. Pour lui, la biopsie ne doit être pratiquée qu'après examen clinique approfondi et, en cas de positivité, être suivie d'une opération immédiate.

— M. Claude Béclère croit pouvoir résumer la question ainsi :

1° fréquence du début intra-cervical du cancer du col ; 2° intérêt relatif de l'examen systématique périodique ; 3° test de Schiller utile seulement pour dépister certaines modifications de la surface du col ; 4° Hystérographie inutile ; 5° Hystéroscopie, peu pratique ; 6° Par contre, biopsie endocervicale et biopsie exocervicale.

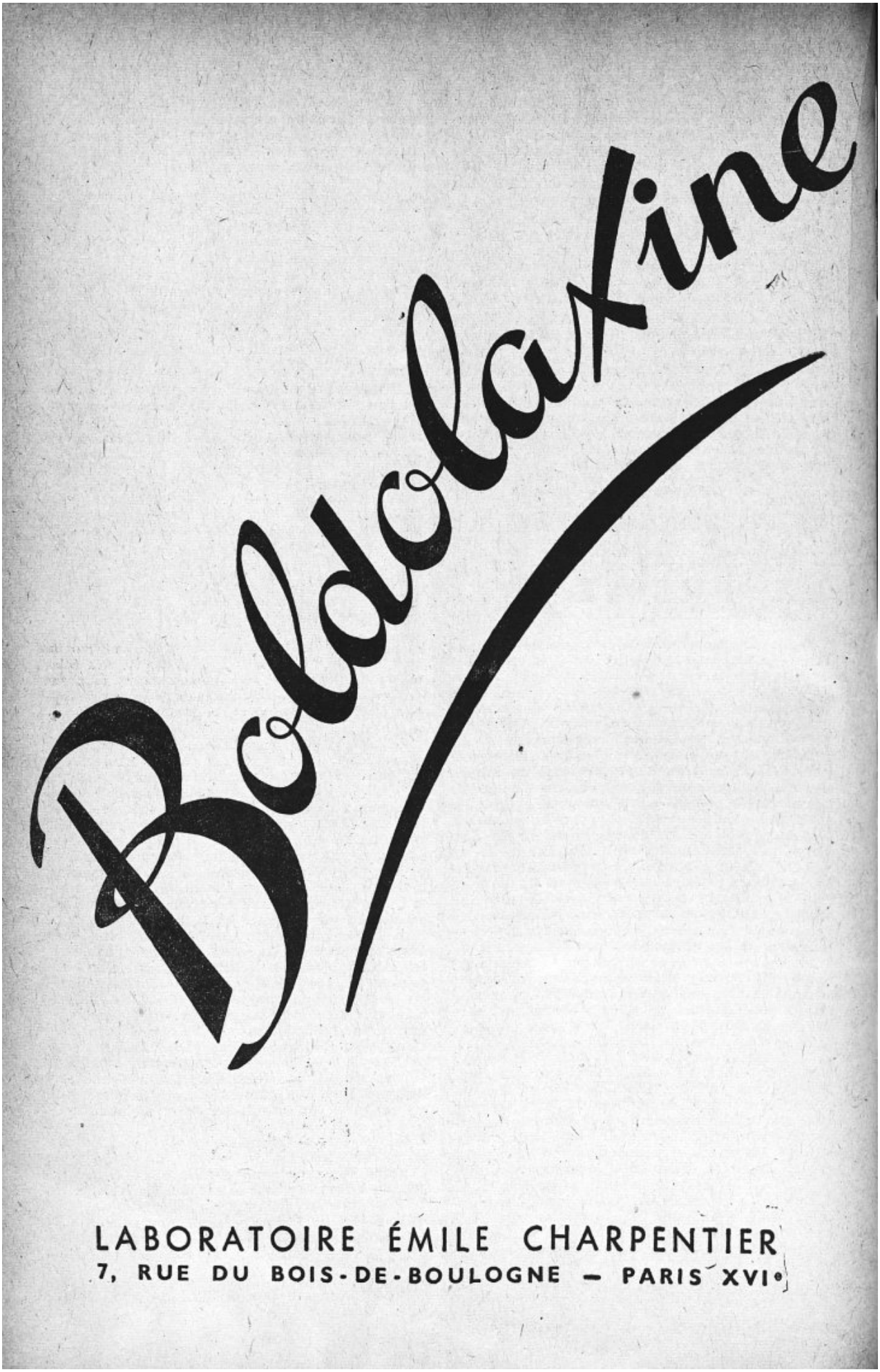
LA PRESSE

Les avions au service de la médecine en U. R. S. S. — C'est en 1935, que l'U. R. S. S. commença à créer des services médicaux aériens ; divers services locaux furent unifiés et coordonnés en une organisation centrale de l'Etat. Des stations d'ambulances aériennes furent organisées en différents centres importants ; chacune d'elles dispose de trois ou quatre avions et de plusieurs médecins et infirmières, doués d'énergie et d'esprit d'initiative. Dans chaque station, une équipe est constamment prête à partir au premier appel du téléphone ou de la radio pour porter secours à des malades domiciliés en dehors de la zone desservie par les hôpitaux réguliers. Pareil service médical aérien présente une importance particulière pour un pays aussi vaste que la Russie avec sa multiplicité de petites localités éloignées, avec ses agglomérations établies dans les régions de montagne ou de steppe, avec ses comptoirs commerciaux et ses cabanes isolées de trappeurs. Le poste de médecin d une ambulance aérienne n'est pas de tout repos ; il arrive souvent que le pilote cherche en vain un lieu d'atterrissage à proximité du domicile du malade, et le médecin peut être obligé en ce cas de parcourir à pied des kilomètres pour atteindre le but.

Durant la guerre, les services d'ambulances aériennes combinèrent leurs fonctions civiles avec l'accomplissement de tâches militaires. Ils assurèrent le transport de milliers de litres de sang pour les transfusions ainsi qu'une énorme quantité de produits médicaux pour les hôpitaux de l'armée. Ils eurent à s'occuper, en outre, de 20.000 cas civils, et les médecins de ces services procédèrent à 12.000 opérations urgentes sur des civils. Les avions ne transportent pas seulement des malades à l'hôpital, mais ils permettent également aux spécialistes de se rendre rapidement auprès des patients. Les épidémiologues ont, d'autre part, la possibilité de rejoindre immédiatement par la voie des airs les lieux où une épidémie aura éclaté, où une épidémie sera menaçante et de prendre les mesures nécessaires pour y parer. (*Médecine et Hygiène*, 15 novembre 1945.)

La tuberculose amygdalienne, dite primitive, chez l'adulte. — A propos d'une observation, **L. Fabre et M. Brun** ont pu recueillir 32 cas publiés, la plupart ayant évolué au voisinage de la trentaine. La femme observée était âgée de 56 ans, lors du début clinique, ce qui est exceptionnel. L'inoculation au cobaye confirmerait la nature réellement tuberculeuse dans une proportion de 5 pour 100 seulement. Quant au mode de contamination, la voie externe semble la plus fréquente : aliments ou boissons contaminés, air ambiant, gouttelettes de Pflügge. La voie interne est plus rare. Le diagnostic des tubercules de l'amygdale exige au sein de la tonsille des lésions tuberculeuses contastables au microscope et renfermant des bacilles de Koch ; le critère anatomo-pathologique est en fin de compte le seul certain. Le bacille peut aussi pénétrer dans le tissu lymphoïde, même sans lésion de la muqueuse et sans altérer l'amygdale, il gagne les ganglions lymphatiques du cou, où il se fixe ; le plus souvent cependant on observe une zone de ramollissement amygdalien, résultat de la lutte qui oppose le germe aux macrophages. La tuberculose amygdalienne primitive est caractérisée par sa bénignité, car son évolution est habituellement latente. On distingue une forme hypertrophique et une forme ulcéreuse. Chacune d'elle pose un problème de diagnostic difficile à résoudre sans le secours du laboratoire. On observe aussi une réaction régionale ganglionnaire et des troubles généraux. (*Montpellier Médical*, mars-avril 1945.)

G. F.


Boldolaxine
LABORATOIRE ÉMILE CHARPENTIER
7, RUE DU BOIS-DE-BOULOGNE — PARIS XVI

PARTIE PROFESSIONNELLE

PROPOS DU JOUR

DE L'INFLUENCE DES ACTIVITÉS ENDOCRINIENNES SUR LES RACES HUMAINES

La physiologie des activités endocriniennes n'a pas dit son dernier mot. Elle influe sur les caractères morphologiques, anatomiques et psychiques des individus. L'hyperthyroïdie qui se manifeste par la saillie des globes ovulaires, s'accompagne ordinairement par de l'hypersthénie et MARANON a démontré que l'insuffisance des capsules surrénales détermine 90 % des troubles asthéniques.

M. MAURICE FONTAINE, professeur au Muséum National d'Histoire Naturelle, a publié dans les *Bulletins et Mémoires de la Société d'Anthropologie de Paris* (tome III, IXe Série) une mise au point des recherches qui ont été faites dans ces dernières années sur ces intéressantes questions.

On a observé que les hyperthyroïdiens et les hyperpituitaires appartiennent aux types longilignes sthéniques tandis que les hypothyroïdiens et hypopituitaires seraient brévilignes asthéniques ; les hypersurrénaux qui seraient brévilignes sthéniques et les hyposurrénaux qui seraient longilignes asthéniques. Les observations médicales d'une part et les expériences sur les animaux de l'autre concordent pour établir que les activités endocriniennes ont influence sur la morphologie. Les physiologistes américains PUTNAM, TUL et BENEDICT ont injecté à des chiens courants de l'extrait aqueux de l'hypophyse antérieure, pendant assez longtemps, ils ont observé la modification des caractères de ces animaux ; peu à peu, ils seraient devenus acromégaliques, splanchnomégaliques ; des hypertrophies osseuses, de l'hyperplasie du corps thyroïde et des glandes cortico-surrénales sont survenues chez eux.

Une chose indiscutable a été établie par ces expériences, c'est que la morphologie canine peut être modifiée par des injections d'hormones.

Les anthropologistes et les endocrinologistes ont pensé que bien des caractères morphologistes même raciaux pouvaient être liés aux activités endocriniennes. Se basant sur des similitudes morphologiques des Mongols avec les myxœdémateux et les idiots mongoliques de race blanche, sir ARTHUR KEITH émit dès 1919 l'hypothèse que les Mongols seraient hypothyroïdiens.

A l'appui de cette hypothèse FUKUSHIMA établit le poids moyen du corps thyroïde chez les Japonais qui est 13 gr. 8 contre 39 gr. 4, poids moyen du corps thyroïde chez les Européens.

SIFTKO et PUZIK firent l'étude histologique du corps thyroïde chez les Mongols et constatèrent qu'il avait des caractères analogues au corps thyroïde de l'embryon européen.

FUKUSHIMA dosa l'iode de la glande thyroïde des Japonais et trouva la teneur d'iode supérieure à celle des Européens. Cela peut s'expliquer par l'alimentation des Japonais qui consomment des aliments provenant de la mer et parmi eux des algues qui contiennent beaucoup d'iode.

BENEDICT mesura le métabolisme basal chez des étudiantes de l'Université de Boston, du même âge, ayant la même alimentation, soumises au même climat, somme toute ayant des conditions de vie identiques, les unes chinoises, les autres américaines. Il constata des valeurs inférieures de 9 % à celles obtenues sur les américaines.

BABWIN et FUJISAKI mesurèrent le métabolisme basal chez des Japonais, nés aux Etats-Unis, fils d'émigrés et de civilisation américaine. Ils le trouvèrent légèrement inférieur au métabolisme basal des Américains. Les mêmes constatations ont été faites par EL KADA, SAKRRAI, KAMALA, MILLER et BENEDICT chez des Japonais habitant les îles Hawaï. D'autre part l'hypothyroïde et les myxœdèmes seraient fréquents chez les jaunes, le foyer de ces constatations medicales serait l'Himalaya. Tout cela concourt à vérifier l'hypothèse émise par Sir ARTHUR KEITH.

Les recherches de l'endocrinologiste espagnol MARANON sur la maladie d'Addison et les Nègres, chez qui cette maladie serait bien plus fréquente que chez les blancs, donnent à l'hypothèse de KEITH l'appui de l'insuffisance surrénale chez les noirs. L'apathie et la nonchalance dans les différentes races nègres seraient dues à l'insuffisance surrénale dont la pigmentation de la peau est normalement à la limite de la pathologie.

Les activités endocriniennes, spécifiques dans les races jaunes et noires, peuvent s'expliquer par l'influence du climat et de l'alimentation transmise aux descendants par une longue hérédité. Il serait très intéressant de poursuivre ces recherches dont les conséquences pratiques peuvent être importantes au-delà de toute prévision.

J. NOIR.

Nous avons reçu du Dr Yves COUZIGOU, de *Saint-Michel-en-Grèves* (Côtes-du-Nord) une lettre, inspirée par notre article : *Apogée de la Médecine française au* XIXe *Siècle. Des causes de son fléchissement au* XIXe *Siècle*, où il fait remarquer que c'est exact pour la Médecine classique, et il appuie sa thèse d'arguments que nous trouvons assez pertinents.

Cette lettre devrait être publiée, excusez-nous si nous ne pouvons le faire.

En même temps, le Dr COUZIGOU nous envoie un ouvrage qu'il a édité lui-même, intitulé *La Vie au secours de la Vie* (1) où en 23 chapitres, il passe en revue toutes les conceptions médicales.

Ce livre dont plusieurs passages mériteraient d'être médités, ne saurait être analysé.

(1) En vente chez l'auteur.

ACTUALITÉ PROFESSIONNELLE

POUR UNE SYMBIOSE NECESSAIRE

Le pouvoir des mots est considérable : il semble qu'actuellement persiste encore, à Paris tout au moins, une grande partie de la réticence condescendante qui s'était manifestée lors de la naissance des Syndicats ; et Cibrie l'a fort bien souligné récemment. Le terme d'Ordre enchante les amateurs de dignité, même superficielle. En se déclarant partisan d'un Ordre, on fait quelque peu sienne l'atmosphère de dignité, de majesté, qui, à nos yeux lointains, doit régner au Palais autour du Barreau et du Bâtonnier. Nous devons modestement reconnaître qu'il y a encore à faire en médecine pour atteindre à ce plan supérieur : nous regrettons quant à nous les faux pas qui ont, de notoriété publique, retardé cette ascension. Si l'Ordre doit vraiment un jour incarner la profession, sa dignité, son indépendance, il lui faudra d'abord respecter la loi et abandonner toutes les basses, besognes matérielles, tout le côté bazar qui, aux yeux de son président (*Archives Hospitalières*, 3-III-1946) et de certains autres, constituent de véritables titres de noblesse. Au Palais, de vagues huissiers, supervisés de très loin, suffisent à ce travail et s'en tirent fort bien, sans éclats de cuivres.

Dans ce même article, cet ordinaliste fervent, autrefois syndicaliste farouche et éminent, déclare « assister sans émotion à la mort lente des syndicats ». Les Syndicats seraient-ils malades ? Le Corps Médical doit-il souhaiter leur mort, même lente, même douce ?

Le contexte de l'article montre bien les fins réelles de l'auteur. Si on défend le côté noble, on répugne à abandonner, en obéissant à la loi, les bases matérielles et solides de la popularité.

Tous les auteurs désintéressés, ayant écrit sur la question, en accord toujours avec la loi assez explicite, veulent assurer à l'Ordre une activité d'une nature beaucoup plus relevée. La défense de l'honneur et de l'indépendance de la profession doivent reposer sur une attitude sans équivoque, sur une doctrine simple et rigide. L'application du Code de Déontologie devra être faite par des esprits sereins, aux divers échelons de notre juridiction professionnelle. Aux yeux de l'extérieur qui nous épient, le Corps Médical doit apparaître un bloc uni autour de personnalités indiscutables pour la défense des grands principes dont le caractère humain dépasse largement notre profession.

En un mot, pour remplir sa haute et difficile tâche, l'Ordre doit être vraiment une aristocratie d'élection, une élite au sens plein du terme. Les titres quels qu'ils soient, scientifiques, politiques ou guerriers, ne sont pas obligatoirement une caution suffisante.

L'établissement du tableau, la mise en train d'une juridiction, la transmission de directives émanant de l'Ordre supérieur justifient-ils un nombreux état-major à l'échelon départemental ? N'est-ce pas alourdir à l'excès l'organisme ordinal ? Bien des gens pensent actuellement que l'échelon régional était amplement suffisant pour vérifier les titres des médecins désireux de s'installer, pour juger les infractions à l'honneur, pour répandre la saine doctrine qui doit éclairer notre vie professionnelle.

En éloignant les juges, en étant plus sévère sur leur qualification, on ne peut qu'accroître le prestige dont ils ont besoin. Il faut rendre à l'Ordre un prestige plus certain : pourquoi tant d'abstentions — près de 50 % dans la Seine ? Pourquoi tant de personnalités indiscutables qui appartenaient au Conseil démissionnaire n'ont-elles plus voulu poser leur candidature ? Il y a une crise que ne résoudront ni la publicité, ni les plaidoyers *pro domo*.

Le conseil — a dit M. Balthazard — représentera exactement l'opinion des confrères et aura d'autant plus d'autorité que les abstentions seront moins nombreuses, 3.500 confrères de la Seine ont donc déclaré se désintéresser de la question, quoique assujettis obligatoires.

Un autre facteur existe qui retire à l'Ordre une grande partie de son autorité, c'est la présence à ses divers échelons d'un représentant du pouvoir central, porte-parole du Gouvernement et aussi son indicateur très précieux. Il y a là une situation intolérable qui a amené quelques timides protestations, sans résultats. Pour s'efforcer de rester libres, s'ils le désirent, nos conseillers devront biaiser, ruser : par exemple, ne discuter qu'en commission de certaines graves questions.

En face de cette liberté plus ou moins surveillée et sous caution, existe et vit la liberté syndicale. Le Syndicat tire sa force morale de la libre adhésion de tous ses membres, véritable acte de foi. Aucun représentant du pouvoir ne hante ses conseils.

A l'échelon départemental, le Syndicat doit d'après la loi, et peut fort bien en fait s'occuper de la défense des intérêts matériels des médecins ; il obtient et répartit les produits contingentés, il passe convention, si le cœur lui en dit, avec les caisses d'A. S. Il réagit contre les illégaux ou les médecins marrons.

Trouve-t-on actuellement suffisamment d'hommes pour peupler valablement ces organismes divers ? Non. C'est pour cela que l'exemple provincial doit être suivi, qui assure la symbiose des organismes en confiant aux mêmes hommes des fonctions de part et d'autre. Ceux-ci peuvent judicieusement se présenter sous telle ou telle étiquette et obtenir le maximum d'efficacité. C'est pour cela aussi qu'on doit éviter des recrutements discutables par une extension trop grande des organismes représentatifs.

Dans la Seine, la symbiose risque hélas ! d'être très réduite. On ne manquera pas de voir les Pouvoirs publics jouer habilement de ce manque de coordination, sachant opposer fonctions et personnes et obtenir ici ou là une réponse favorable à leur thèse.

La vitalité syndicale, nonobstant certains pessimistes se manifeste, depuis quelques mois, avec une belle vigueur. Les difficultés qui ont marqué la nouvelle naissance des Syndicats s'aplanissent peu à peu. Nous sommes convaincus que leurs cadres sauront allier leur vieille expérience à l'audace nécessaire en période révolutionnaire. La notion de liberté, condition essentielle de leur existence, se reflètera dans leur décision, les fera échapper aux tentatives de pression, et provoquera au besoin de leur part les réactions violentes qu'évoque le nom même de syndicat, organisme qui, s'il n'existait pas, devrait être créé.

Dr R. Jodin.

ALLOCATIONS FAMILIALES

LES EXONÉRATIONS DE COTISATIONS

L'article 35 du Code de la Famille prévoyait des exonérations de cotisations pour certaines catégories de travailleurs indépendants en raison soit de leur faible revenu professionnel, soit du nombre d'enfants qu'ils avaient élevés, soit de leur âge. Il semblait juste, en effet, de ne pas imposer la charge assez lourde de ces cotisations à ceux dont le revenu professionnel était peu important, et enfin à ceux écartés, par leur âge de tout espoir de bénéficier des allocations.

Mais les conditions fixées par l'arrêté du 1er novembre 1940 pour bénéficier de ces exonérations avaient restreint considérablement le champ d'application de ce texte.

En effet, les professions libérales réunies, pour cette occasion, avec les débitants de boisson, étaient écartées délibérément de tout droit à exonération du fait de l'âge ; quant aux exonérations basées sur le montant des ressources professionnelles, elle étaient limitées aux personnes justifiant d'un revenu inférieur à la moitié du salaire moyen départemental. Or ce salaire, fixé d'une manière assez arbitraire par arrêté ministériel, a toujours été très bas et pendant près d'un an a été malgré sa dénomination bien inférieur au salaire minimum légal . (Pour Paris salaire minimum de manœuvre non spécialisé : 3.470 ; salaire moyen départemental : 2.250 francs jusqu'en août 1945.)

Pratiquement donc, très peu de médecins pouvaient bénéficier de ces exonérations légales. C'est alors que le Comité de gestion de la Caisse d'Allocations Familiales des Professions Médicales dans sa séance du 4 mars 1943, prenant cette situation en considération, décida d'accorder à titre bénévole des exonérations plus efficaces. Ces exonérations approuvées par le Ministère intéressaient en particulier les médecins âgés de plus de 70 ans et ayant un revenu professionnel annuel inférieur à 50.000 francs. (Chiffre porté à 75.000 francs à partir du 1er janvier 1946.)

⁂

Le système fonctionnait, semble-t-il, à la satisfaction de tous les intéressés, lorsque l'Ordonnance du 3 juillet 1945 est venue modifier l'article 35 du Code de la Famille en prétendant instituer un régime plus souple permettant d'accorder des dispenses partielles ou totales selon l'importance des ressources des assujettis. Un arrêté ultérieur devait fixer les nouvelles conditions d'exonération. *Après six mois d'attente ce texte vient de paraître* (1) *et force nous est de constater que loin d'apporter un assouplissement des exonérations, il aggrave la situation des assujettis, particulièrement des médecins âgés et disposant de peu de ressources.*

En effet, si les professions libérales et leurs fidèles associés pour la circonstance, les débitants de boisson, sont encore écartés de toute exonération de cotisations en raison de leur âge, *il faut désormais considérer l'ensemble des ressources, professionnelles ou non, pour établir le droit aux exonérations.*

En outre, l'*exonération totale ne pourra être accordée que si l'ensemble de ces ressources est inférieur au quart du salaire moyen départemental.*

En pratique comme le salaire moyen départemental est actuellement fixé à des chiffres variant entre 2.300 francs et 4.500 francs, ne pourront être exonérés que les médecins ayant des revenus *professionnels ou non* inférieurs à 575 francs par mois pour les communes rurales et 1.125 francs pour la région parisienne.

Quant à l'assouplissement promis, il consiste en une exonération de 50 % des cotisations pour les personnes ayant des ressources totales variant entre 1.150 francs par mois pour les communes rurales et 2.250 francs pour la région parisienne.

D'autre part, les médecins ayant élevé au moins quatre enfants qui jusqu'à présent se trouvaient exonérés de toutes cotisations ne pourront continuer à bénéficier de ces dispositions que s'ils justifient ne pas avoir touché pour ces enfants plus de 5.000 francs au titre des Allocations Familiales. En pratique, cela aboutit à diminuer progressivement le nombre des bénéficiaires de ces exonérations à ce titre, pour arriver rapidement à leur suppression totale.

Ces dispositions sont encore aggravées par l'effet rétroactif de l'ordonnance du 3 juillet 1945, et de l'arrêté du 16 janvier 1946, ces textes ayant effet du 1er janvier 1945.

De nombreux médecins qui avaient été exonérés pour l'année 1945, vont donc se voir réclamer les cotisations arriérées qu'ils sont désormais tenus de verser et pour lesquels ils avaient été exonérés en vertu des anciennes dispositions.

L'assouplissement prévu va donc se traduire en pratique par une diminution des cas d'exonération de cotisation qui deviendront tout à fait exceptionnels, sauf peut-être pour les médecins pendant leur première année d'installation.

⁂

Les nouvelles dispositions auraient peu de conséquence pratique pour le corps médical, puisque les exonérations bénévoles accordées par la Caisse des Professions médicales sont heureusement plus efficaces pour alléger la charge des cotisations notamment pour les médecins âgés de plus de 70 ans et pour ceux ayant élevé au moins 3 enfants, *si n'intervenait ici le nouveau régime de sécurité sociale qui prévoit la suppression des Caisses d'Allocations Familiales actuelles, organismes privés, et leur absorption par des Caisses d'Allocations Familiales régionales interprofessionnelles.* A partir du 1er juillet 1946, la Caisse d'Allocations Familiales des Professions Médicales doit donc en principe, disparaître et ses attributions doivent passer aux Caisses prévues par la nouvelle législation.

Ces Caisses pourront-elles maintenir les avantages accordés précédemment par les organismes qu'elles auront absorbés ? Nous ne le pensons pas tout au moins, en l'absence d'un texte particulier.

Le Ministère du Travail a d'ailleurs précisé dans une réponse publiée au *J. O.* du 23 décembre 1945 que les nouvelles Caisses d'Allocations Familiales ne seraient habilitées qu'à verser les prestations prévues par les textes légaux et réglementaires en vigueur. « Quant aux avantages complémentaires à caractère facultatif, des textes d'application actuellement à l'étude détermineront dans quelles conditions les Caisses d'Allocations Familiales pourront collaborer à leur établissement et à leur service. » Les mêmes principes seront certainement utilisés pour les exonérations de cotisations. Seules seront appliquées les exonérations expressément prévues par les textes en vigueur. *Le plan de sécurité sociale va donc non seulement ôter aux méde-*

(1) Arrêté du 16 janvier 1946 (*J.O.*, 24 janvier 1946, *Concours Médical*, 28 février 1946).

cins la gestion du service des Allocations Familiales dans leur profession, mais encore probablement supprimer les avantages particuliers dont ils bénéficiaient jusqu'à présent, avantages qui leur étaient accordés en tenant compte des conditions spéciales de l'exercice de leur profession.

Dans lès nouveaux organismes, il est à craindre que les médecins ne soient submergés par la masse de tous les autres « travailleurs indépendants » et leurs intérêts qui ne sont pas les mêmes que ceux des courtiers d'assurances, débitants de boisson et crieurs de journaux risquent d'être sacrifiés.

En particulier, les médecins âgés qui se trouvent souvent dans l'obligation de continuer l'exercice de leur profession pour vivre, vont de nouveau être obligés de supporter le poids assez lourd pour eux des cotisations aux Caisses d'Allocations Familiales.

⁂

Mais la transformation des Caisses d'Allocations Familiales pourra-t-elle avoir lieu dès le 1er juillet ? Cette transformation se heurte en effet dès à présent à d'énormes difficultés matérielles que le législateur n'avait pas envisagées. La date prévue sera-t-elle reculée ? Un projet de loi est déjà déposé en ce sens, devant l'Assemblée Constituante, et une demande de révision de l'Ordonnance du 4 octobre 1945 a été faite par la Fédération nationale des Caisses de Compensation. Souhaitons que des modifications puissent intervenir qui tiennent compte des intérêts des médecins.

En particulier, pourquoi ne serait-il pas possible de maintenir une Caisse professionnelle médicale pour toute la France, Caisse qui continuerait d'accorder aux médecins les avantages qu'ils avaient jusqu'à présent. Les professions médicales vont en effet très probablement rester encore un certain temps en dehors des Assurances Sociales et le maintien pour leur professior d'une Caisse Nationale d'Allocations Familiales ne pourrait en aucune manière gêner l'application du plan de Sécurité Sociale.

G. Cazac.

MÉDITATION SUR DEUX CONCEPTIONS DIVERGENTES DE LA MÉDECINE D'A. S.

Deux conceptions de l'attitude du médecin vis à vis des organisations sociales viennent de se manifester, ces derniers mois, dans la Région Parisienne. Les résultats obtenus sont instructifs, et nous voudrions essayer d'en tirer une conclusion pour fixer l'action syndicale et ses mots d'ordre à venir.

D'abord, attitude de la Seine : les dirigeants du syndicat s'opposent toujours à l'intrusion des Caisses d'A. S. dans des décisions qu'ils considèrent purement professionnelles ; ils refusent de signer les conventions avec les Caisses et se prétendent maîtres de fixer leurs tarifs et les conditions d'exercice de leur art sans avoir de comptes à rendre à personne qu'à eux-mêmes, fidèles en cela à la vieille conception de la médecine profession libérale.

Dans la Seine-et-Oise, au contraire, les jeunes dirigeants ont été les fervents partisans de l'entente avec les Caisses : ils y sont allés de tout leur enthousiasme issu de la Résistance pour construire un monde nouveau de solidarité nationale ; ils ont compris que l'œuvre des A. S., pour remplir son plein effet social, avait besoin de la compréhension et de l'aide du Corps médical, qu'il n'était pas indifférent pour les malades, pour la prévention et le dépistage précoce de la maladie, et pour la conduite efficace des diagnostics et des traitements, que les tarifs medicaux soient liés ou non aux remboursements des A. S. : ils ont donc signé une convention avec les Caisses. La sagesse — dans l'incertitude où nous sommes du véritable état d'eprit des Caisses — les a incités à ne signer que des conventions à court terme.

Ils ont ainsi sûrement pris la bonne voie.

Le syndicat de S.-et-O. a fait preuve, en agissant ainsi, d'un esprit constructif. Il se propose d'aller plus loin et envisage d'organiser avec les A. S. des centres d'examen dits de diagnostic.

Cependant, l'expérience de la Seine n'est pas stérile. Elle est riche d'enseignemnts et d'avertissements qui doivent exhorter les dirigeants de syndicats à beaucoup de prudence et à un élargissement considérable de la conception de l'action syndicale.

⁂

En effet ,que s'est-il passé ?

D'une part, comme le syndicat de S.-et-O. avait accepté de signer la convention, les Caisses ont consenti à reconnaître le bien-fondé des augmentations des tarifs médicaux en S.-et-O. ; elles ont accepté de relever le montant de leurs remboursements, afin que les assurés soient remboursés à 80 % de ces tarifs. Les augmentations, d'ailleurs, sont bien modestes, eu égard à l'accroissement du prix de la vie et des frais professionnels, et aussi au standing de vie auquel le médecin a le droit de prétendre. Il faut savoir qu'en France, actuellement, le gain d'un médecin moyen n'atteint pas celui de certains ouvriers spécialistes.

Mais, d'autre part, comme le syndicat de la Seine, lui, avait refusé de se lier par une convention aux Caisses A. S., celles-ci ont longtemps méconnu les augmentations de tarifs, légitimes en S.-et-O., illégitimes à Paris. Pour punir les médecins parisiens de leur esprit d'indépendance, les Caisses ont pénalisé l'assuré en ne lui octroyant pas les remboursements accordés en S.-et-O. et auxquels il pourrait prétendre.

Je n'ai pas l'impression qu'on ait — du côté médical — dégagé toute la signification de ce comportement des caisses.

Les médecins de S.-et-O. ont eu l'air triomphant ; ceux de la Seine, l'air contrit. A-t-on songé à toute la gravité du fait ?

Il y a une sorte d escroquerie à l'égard de l'assuré que pendant plusieurs mois on a remboursé moins dans la Seine que dans la Seine-et-Oise, alors que les salaires — partant les versements aux A. S. — étaient égaux, sinon plus élevés qu'en Seine-et-Oise.

Où était donc ce souci des intérêts des assurés que les caisses prétendent mettre au-dessus de tout ?

Ce procédé confirme de façon éclatante que les dirigeants des caisses veulent essentiellement asservir le Corps médical, lui retirer ses moyens naturels de défense, le priver de cette indépendance totale vis-à-vis de tous les corps sociaux, cette belle indépendance qui proclame le salut du malade.

Les caisses, ne pouvant rien contre la volonté du Corps médical, ont essayé de le prendre par la

bande : elles se sont efforcées de faire insurger le malade contre son médecin.

Les médecins, quand ils voudront organiser la Santé avec les Caisses devront désormais se souvenir des événements de la Seine. Dans leur désir de créer enfin une œuvre sociale, qu'ils ne se laissent pas prendre aux belles promesses, mais qu'ils ne bâtissent pas d'organismes qui les mettraient demain à l'entière merci des Caisses, sans de sérieuses et longues garanties. (1)

⁂

La réorganisation des A. S. qui va bouleverser la direction des Caisses n'infirme pas cette conclusion. Par la nouvelle loi, les anciens conseils d'administration vont céder la place à de nouveaux, où, à côté d'anciens dirigeants, la C. G. T. prendra une place importante. Nous sommes tout disposés à croire que la C. G. T. vise avant tout à l'exercice d'une medecine efficace pour la classe ouvrière et ne sera pas une ennemie pour le Corps médical. Cependant, il faut que les médecins se pénètrent d'un certain nombre de vérités élémentaires.

1° La technique médicale a évolué.

Autrefois, l'habileté manuelle jointe à une acuité particulière de sens exercés suffisait à l'établissement total d'un diagnostic qui restait, en cas de contestation tranché en définitive par l'autorité d'un maître en attendant la sanction de la nature.

Actuellement, le laboratoire, la radio, les examens spéciaux viennent avec une force incomparable et une autorité presque indiscutable au secours de la perception et du raisonnement cliniques, bien qu'ils ne soient pas du tout absolus et exempts d'erreurs graves.

Déjà la radioscopie et la radiographie ne suffisent plus aux diagnostics pulmonaires et il faut le recours aux tomographies.

Le matériel médical se complique et se transforme rapidement, exigeant de plus en plus de main-d'œuvre médicale et para-médicale, de plus en plus de capitaux, entraînant des frais plus considérables qui ne s'amortissent raisonnablement que par un emploi intensif.

2° Les connaissances médicales ont évolué.

La santé et la maladie ont dans la société moderne une importance qu'elles n'avaient pas autrefois. Les notions de contagion, de prévention, d'hygiène entraînent les collectivités sociales à systématiser leurs efforts dans la sauvegarde de leurs membres.

Les conditions du travail dans les entreprises modernes où la défaillance d'un ouvrier ne concerne pas seulement son rendement personnel, mais influe sur le rendement de quantités d'autres déterminent les chefs d'entreprises à se soucier — en dehors de tout paternalisme et même en dehors de l'arrière-pensée de rattacher le personnel par des attentions bienveillantes pour le détacher des velléités de lutte sociale — de la santé de ses employés.

La nation elle-même — dans les rivalités internationales accrues, où le rendement industriel, l'état physique du combattant et du non combattant, et la densité de la population jouent un rôle important dans les problèmes mondiaux — ne peut plus laisser l'organisation de la Santé à l'initiative individuelle. Toutes ces préoccupations étrangères à la médecine pure, mais primordiales dans la vie d'un Etat, expliquent qu'en dehors du médecin et du malade, des institutions se sont créées — sans attendre la bonne volonté du médecin — dans le but d'organiser la Santé et de lutter contre la maladie.

Aussi le médecin ne doit-il pas s'étonner de voir tant de puissances sociales prétendre s'ingérer dans son organisation professionnelle et vouloir diriger et utiliser son activité technique.

⁂

Mais ces diverses puissances qui prétendent se servir de son activité technique et bénéficier de sa valeur sociale — si je puis dire — sous l'empire de la nécessité, parce qu'elles appuient dans leurs branches respectives l'organisation industrielle ou administrative, parce qu'elles sont aussi très sensibles aux balances financières, tendent à organiser la médecine sur le modèle industriel ou administratif. Elles ignorent — ou oublient — que la médecine n'est ni une science ni une industrie, mais un art. Un ajusteur dans une usine de série est un ajusteur, et un ajusteur en vaut un autre : le travail d'ajustage se fait, pourrait-on dire, automatiquement.

La médecine exige des connaissances théoriques et pratiques, et ces connaissances sont infinies et sans cesse remaniées, mais ce qui importe le plus, peut-être, ce n'est pas tant la somme de ces connaissances que la mise en œuvre de ces connaissances, l'inspiration, l'effort particulier qui fait qu'un diagnostic et même l'institution d'une thérapeutique représentent une création véritable de la part du médecin, création de tous les instants, de jour et de nuit, qui ne dépend pas du moment du médecin mais de la circonstance.

Ce n'est pas un métier : c'est un art et un sacerdoce. On l'a souvent dit, et c'est vrai, et un sacerdoce ne s'organise pas comme un métier.

D'autre part, tout gestionnaire non médecin d'une caisse de soins tentera de rationaliser le travail, mais aussi le montant des frais. Or, comment évaluer la valeur d'un acte médical qui est le pendant d'une œuvre d'art, si l'on veut, mais surtout comment apprécier la valeur d'un traitement par rapport à la maladie ou à la santé ? On perçoit le risque très grand de limiter l'initiative du médecin dans sa thérapeutique.

La tendance logique des gestions de caisses de soins bien ordonnées mais extra-médicales, c'est d'augmenter le rendement du médecin de mécaniser son travail, de standardiser les soins, d'interdire les traitements onéreux dont le résultat n'est pas immédiat et tangible ; c'est de multiplier les contrôles, de développer la bureaucratie.

Laisser la liberté totale, c'est tolérer l'abus possible. C'est sortir des cadres normaux de l'organisation industrielle ou administrative. Pour une organisation normale, le médecin indépendant apparaît comme un rebelle : il faut, un jour ou l'autre, le faire entrer de force dans les disciplines sociales, industrielles et administratives.

Et il ne faut pas oublier que notre société actuelle se construit sur l'exemple de l'industrie et du commerce, sur la conception d'un déterminisme absolu et rigoureux du fait social. On tend à l'homme robot.

L'action politique des partis se fait sur cette conception et leur agitation participe plus des enseignements de la publicité commerciale que du respect de l'esprit humain. Ces conceptions philosophiques se sont révélées fausses à l'expérience, mais la France est encore un des rares pays, sinon le seul au monde, à vouloir les propager et les appliquer pour des raisons que nous n'avons pas à envisager ici.

⁂

Voilà cet ensemble de faits qui pèsent lourdement sur l'organisation de la médecine française. L'intérêt qu'elle suscite est immense et préoc-

(1) Depuis un mois, environ, les Caisses ont relevé leur tarif de responsabilité dans la Seine, comme en Seine-et-Oise. (N. D. L. R.).

cupe des milieux divers extra-médicaux : ce qui fait sa chance, car on ne la négligera pas. Mais elle est confiée par les lois jusqu'à ce jour à des organismes qui ne connaissent rien des particularités et des difficultés de l'acte médical, et les médecins n'y sont pas présents de façon utile et efficace.

Les dirigeants du syndicat de S.-et-O. ont bien fait de signer la convention, mais la question des conventions et tarifs — quoi qu'on en pense — n'est qu'une petite, très petite question devant les réformes de structure fondamentales qui vont toucher l'exercice médical. La médecine ne peut plus être une profession vraiment libérale. Le médecin doit s'intégrer dans l'organisation générale du Pays ; il doit prendre la tête de l'aménagement de la Santé en France. Il ne doit même y avoir techniquement que lui avec l'assistance des divers intéressés. Mais il n'est pas suffisant de vouloir se contenter d'un rôle purement technique.

Les syndicats ouvriers ont dépassé depuis longtemps le stade de la revendication professionnelle. Ils ont compris à la lumière de leurs luttes que la revendication simple était, en définitive, stérile et vaine. Ils réclament leur rôle et leur part dans l'organisation générale. Le syndicalisme médical, s'il veut défendre à la fin les intérêts de la profession, mais aussi et surtout l'intérêt de la Santé nationale, doit passer à ce stade : il faut que le Corps médical participe effectivement à la gestion des organismes de la Santé nationale.

Dans un rapport que nous avons déposé à la Résistance, nous avons réclamé la gestion des A. S. par les assurés — effectivement et non pas par le truchement d'organisations complexes qui ne peuvent à aucun titre traiter pour les assurés — et les médecins, avec la participation régulatrice des Pouvoirs publics.

Tant que le Corps médical n'aura pas sa place, et toute sa place, dans la gestion des A. S., il se trouvera en présence de forces qui en feront le serviteur de méthodes et d'intérêts qui ne sont pas ceux de la Santé, avec tous les inconvénients que cela comporte. Le mot d'ordre essentiel et capital que les syndicats médicaux doivent mettre en tête de leur programme et de leurs revendications auprès des Pouvoirs publics, c'est leur participation effective et à égalité aux organismes de la sécurité sociale dans ce qu'ils concernent la santé. Ils y apprendront à connaître plus complètement les besoins du pays ; ils initieront des bonnes volontés évidentes aux difficultés — qu'elles ne soupçonnent pas — du problème de la santé ; ils feront enfin des A. S. une œuvre féconde et efficace pour la Santé nationale en même temps qu'ils défendront, de façon plus large, la profession médicale.

Dr VALINGOT.
(*Achères.*)

Libres Opinions

FAUT-IL DEMANDER NOTRE FONCTIONNARISATION POUR L'ÉVITER ?

Je viens d'établir pour la deuxième fois mon mémoire en trois exemplaires de soins aux assistés, que m'avait renvoyé la Préfecture pour vice de forme. Les consultations de spécialiste y sont facturées 20 francs alors que le tarif syndical minimum est de 200 francs. Je viens de consulter également le tableau des soldes actuelles des officiers : un célibataire gagne environ 50.000 francs par galon. Je me demande s'il y a beaucoup d'omnipraticiens qui, à quarante ans, en travaillant au maximum, arrivent à gagner 200.000 à 250.000 fr. par an, après déduction des frais professionnels. Et, en outre, au fur et à mesure qu'avec l'âge leur rendement diminue, leur chiffre d'affaires décroit. Dans le même temps le traitement du fonctionnaire augmente. Comme on ne peut augmenter indéfiniment les honoraires des malades payants et que le nombre des malades non payants ou à honoraires limités ira toujours croissant, il deviendra bientôt pécuniairement plus intéressant d'être fonctionnarisé.

La limitation de nos honoraires à des taux parfois ridicules, comme pour l'A.M.G., tient, je crois, à un fait qui ne me semble pas avoir été assez mis en lumière : lorsqu'il s'agit de fixer un traitement pour un médecin fonctionnaire, l'administration, ou le public, l'accordent toujours assez élevé considérant le médecin comme un haut fonctionnaire. Ils admettraient certainement de même qu'un praticien ait, au bout de l'année, un bénéfice net analogue, voire supérieur, pour compenser l'absence de retraite. Mais ce bénéfice net, personne ne peut le connaître, ni donc en discuter. On juge seulement d'après les honoraires à l'acte, dont on se dit alors : « 20 fr. pour un coup l'œil, ou d'oreille, c'est bien assez payé ! » D'ailleurs, on ne fera jamais croire à un ministre qu'un médecin est à plaindre ; il faut en prendre notre parti.

Au train où vont les choses, peut-être aurons-nous alors bientôt intérêt à réclamer à cor et à cri notre fonctionnarisation, ce qui aurait le mérite d'attirer l'attention sur nous, en montrant la réalité de l'injustice commise à notre égard. On y regarderait à deux fois avant de nous l'accorder, par suite de la perspective de 30.000 nouveaux hauts fonctionnaires, alors qu'on cherche au contraire à réduire leur nombre, et du bouleversement que cela provoquerait dans les habitudes des malades. D'autre part, la situation de plus en plus précaire de la médecine libre nous permettrait, sans grande appréhension de courir le risque d'être pris au mot.

A ce moment, afin d'obtenir les meilleures conditions pécuniaires pour la médecine libre, un moyen me semble utile à signaler, surtout si nous avions alors un ministre communiste : au lieu d'invoquer nos propres intérêts, attirer l'attention sur celui des malades assistés qui, avec ces tarifs ridicules, sont ou se croient traités au rabais, ce qui est une injustice sociale flagrante. D'ailleurs, d'une façon générale, je crois que nous avons intérêt à ne nous préoccuper que de l'intérêt des malades, ce qui nous rendrait beaucoup plus sympathiques, et nous procurerait le reste « par surcroît » : la preuve en est que les médecins fonctionnaires obtiennent spontanément, et sans revendiquer, de beaux traitements, cela du seul fait du prestige du corps médical, quand il n'est pas terni par un esprit que le public estime trop exclusivement intéressé.

Dr Joannès FARJOT.
(*Le Puy.*)

PAGES SANS MÉDECINE

LIVRES

DISTRIBUTION DES PRIX

M. Gallimard se dispose à éditer un annuaire des personnalités qui possèdent les deux romans de M. Jean-Paul Sartre (un appendice indiquera celles qui sont disposées à le prêter). Nous attendrons que ce soit fait pour nous engager dans les *Chemins de la Liberté*. En critique, je pense, il s'agit de parler sur un texte. Au lieu que les innombrables réactions déchaînées par Sartre visent presque toujours une doctrine. C'est moins dangereux, mais ce n'est peut-être pas de la meilleure règle littéraire.

Prix Goncourt : *Mon village à l'heure allemande* (1), de Jean-Louis Bory. C'est un premier prix, c'est même un prix de fondation. Jean-Louis Bory était certainement le meilleur élève de l'année. Un élève « doué ».

Un village sous l'occupation. On voit ce qui était à faire sur le sujet. L'auteur l'a bien traité, d'une façon un peu trop attendue, en dépit de nombreuses trouvailles de détail, et assez scolaire, sous la richesse verbale et la facilité de la forme. Dans les deux camps, des collaborateurs et des résistants, comme dans le no man's land des attentistes, les caractères sont systématisés, chargés ou simplifiés, relèvent de l'imagerie. La forme se souvient du roman américain. Une technique américaine pour parler d'un village français sous l'occupation allemande, c'est avoir les idées larges. Le dialogue est prenant, poussé dans le sens du relief, de la couleur, de la verdeur. Chaque mot est choisi. Un dialogue pareillement étudié convient peut-être mieux au cinéma, où les mots doivent craindre de diminuer l'image, qu'au roman, où il faut des parties grises et des temps ralentis. Le style des descriptions est guetté par l'affectation Par la richesse du vocabulaire, l'ingéniosité des images, M. Bory semble vouloir rivaliser avec Colette ou Giono. On préfère sans doute aujourd'hui lire ce qui est écrit dans le style de la vie. M. Bory retrouve le naturel dans les photographies de « choses vues » sous l'occupation, et aussi dans quelques scènes d'amour, simples, sincères et pleines de fraîcheur. C'est à ces moments aussi que l'analyse psychologique prend plus de vérité.

Le jury des Critiques avait déjà couronné l'*Education européenne* de M. Romain Gary. On sait que ce récit sur un maquis polonais a été écrit par un aviateur des Forces Françaises Libres qui n'avait jamais pris le maquis, ni en Pologne ni ailleurs, qui a tout imaginé, ou retrouvé en lui-même. Il n'y a pas là de quoi surprendre. Par contre il y aurait, dans le ton du livre. Sans que rien marque une influence passivement subie, ni un efforcement littéraire, l'*Education européenne* semble une traduction (il n'est pas inutile de rappeler les origines russes de l'auteur, bien qu'il soit venu tout jeune en France) : on y trouve un certain genre de puissance dépouillée, une absence d'académisme même honteux, un accent profond et rauque, toutes choses, rares en France. On pense nécessairement au film russe de l'*Arc-en-Ciel*, et à ses images d'une efficacité incomparable. En refermant l'*Education européenne*, on reste longtemps, hanté par le destin pur et la violence de ses scènes, par la résonance sourde et longue des mots les plus simples. La note qui persiste est déchirante, composée de foi et de désespoir ; foi dans la découverte de l'amitié humaine, dont l'amitié européenne est la première esquisse ; mais dans le bois glacial et plein d'embuscades, les partisans frustes sentent bien que la guerre périssable n'est, elle aussi qu'une figure de la souffrance nécessaire ; il n'y aura pas toujours des guerres, les partisans le croient de toutes leurs forces, mais la menace des éléments, du hasard, pèsera toujours sur le corps nu de l'homme, il règne entre le monde et l'homme un malentendu sans répit.

Il est assez étonnant que les deux premiers jurys aient laissé *Drôle de Jeu* (2) à celui du prix Interallié. M. Roger Vailland nous conduit au cœur d'un mouvement français de Résistance. Il nous conduit surtout dans la psychologie d'un homme de 35 ans, François Lemballe, Marat pour les « conjurés ». M. Vailland a beau protester, dans une note liminaire, qu'il ne se confond pas avec son personnage principal, il semble bien que l'optique de l'auteur soit celle de Marat. Et l'auteur ni le lecteur ni perdent rien. Marat est un exemplaire très réussi d'humanité : l'homme de 35 ans au XXe siècle. Si on le considère à ce titre et qu'on le compare à un autre exemplaire humain, par exemple Julien Sorel, il paraîtra à la fois plus moderne et plus accompli, étant plus âgé. Malgré d'une part les embûches de la lutte, de l'autre les préjugés du monde en haine duquel l a choisi l'illégalité, Marat est l'homme libre, respirant à pleins poumons. Anarchiste sans être brouillon (montrant parfois une satisfaction un peu agaçante à se comparer à ses camarades plus jeunes), il s'est vraiment émancipé. Ça ne court pas les rues. Il est encore capable de se griser de tout, de ses plaisirs, de sa force et aussi de sa cause ; mais il n'est plus, comme l'adolescent, diminué par une certaine très vulnérable complaisance à sa propre griserie. Il parle beaucoup, et ne rabâche pas trop : surtout il sait faire parler les autres. Il est désabusé sur bien des points, (quelqu'un l'appelle « Monsieur-Plus-rien-ne-m'étonne-le ciel - m'est - déjà - tombé-sur-la-tête-dans-un-bordel-de-Tombouctou-en-1789 »), mais pas encore ennuyeux. Self made man, sans la rancune de l'espèce. Il n'est plus dupe et pas encore égoïste. Finis les emballements, il connaît pourtant la générosité : il sait pourquoi il vit, il sait ce qu'il croit.

On dirait souvent qu'il ne croit qu'à lui-même, et à son jeu. « Très naturellement persuadé que ce qu'il fait est bien, *parce que c'est lui qui le fait*... je ne déteste pas cela » dit-il d'un mercenaire. Mais ce n'est pas le cas de Marat. Lui défend une cause, disons, pour gagner du temps, la cause du socialisme. Mais pas un instant il ne la *sert*, comme une foi qui demanderait un abandon de soi-même. Pas un instant il ne reconnaît la dualité — ne serait-elle que provisoire — des fins égoïstes et des fins altruistes. En servant, l'homme ne cesse pas de rester son maître. Sa cause est la loi de sa vie, le sang même qui coule dans ses veines bien à lui. En la désertant, il se renierait lui-même' commettrait un acte de fou. Son dévouement procède de son intérêt — c'est-à-dire de l'intérêt qu'il porte à la vie — et ne s'en distingue jamais.

Il y a un passage très significatif : c'est celui où Marat reproche à un camarade d'avoir voulu cotiser à une œuvre de la Résistance. S'il s'emporte là-contre, c'est qu'il voit dans la cotisation une forme de l'idée chrétienne de don. A quoi son camarade lui répond : « Tu parles comme un anarcho. Au fond tu en es encore au stade de révolte individuelle : c'est de ta génération. Moi je suis discipliné, Le premier devoir du militant, a dit Lénine, c'est de cotiser. » Marat est bien obligé de reconnaître que « c'est vrai pour un parti ». Pour Marat et ceux de sa « génération » —je crois qu'il s'agit plutôt de « race » — le drame intérieur commencera le jour où ils s'affilieront à un parti, au Parti. Y resteront-ils longtemps ?

Aimé GIGNOUX.

(1) Flammarion.
(2) Corréa.

CINÉMA

Nous avions, dans un premier et lointain papier, essayé de prendre une vue cavalière — il serait peut-être temps, à notre époque, de remplacer cette épithète par celle d'aérienne ! — du traitement législatif qui avait été administré au cinéma français pendant l'occupation ; et nous en avions tiré la conclusion que parmi tant de regrettables entraves de toute nature, certaines contraintes au moins étaient utiles à retenir, notamment la suppression du « double programme » composé de deux « grands films ».

Qu'est-il, en fait, résulté de cette réglementation ?

Une assez remarquable floraison de documentaires, puisque le documentaire était la forme obligée du complément de programme : beaucoup furent excellents, de réalisation soignée et de forme attachante ; toutes choses qui nous changèrent agréablement du si souvent fastidieux documentaire d'avant guerre qui distillait au spectateur l'ennui que sa réalisation, on le sentait, avait imposé à son auteur.

Une salle parisienne, sous l'impulsion d'un journaliste, M. André Robert, qui fut également le promoteur du premier et jusqu'ici unique congrès du Documentaire, prouva d'ailleurs qu'il existe, dans une grande ville comme Paris, un public nombreux et fidèle pour ce genre de production.

Favoriser le documentaire était bien ; l'imposer comme seul complément de programme, à l'exclusion de tout autre, était une erreur, que nombre de réalisateurs avaient tournée de leur mieux en donnant, sous le nom de documentaires, des films mieux dénommés « films de genre ».

Si notre nouveau régime souhaitait concilier la liberté désirable du complément de programme avec le souci légitime de « pousser » le documentaire, il semble que la solution la meilleure consisterait à dégrever, dans une certaine mesure, ce dernier genre de film ; cette solution, malheureusement, supposerait la compréhension du Fisc, et nous payons tous pour savoir ce qu'on peut espérer de cet organisme dans un tel ordre d'idées...

***

Nous aimerions aborder maintenant, pour en achever avec le court métrage pendant la période d'occupation, la question du dessin animé français. Celui-ci nous intéresse particulièrement, d'une part parce que le dessin animé est par essence un art cinématographique, et d'autre part parce que les expériences françaises dans ce domaine se sont montrées fertiles en enseignements.

La disparition des programmes américains, et avec eux des productions de Walt Disney et de Fleischer, dont la virtuosité technique et le légitime prestige artistique étaient capables de décourager avant la lettre toutes les initiatives sur le vieux continent, fut, pour plusieurs dessinateurs français, l'occasion de tentatives diverses dans cette voie soudain devenue libre.

Parmi les premières réalisations produites en public, l'une retint l'attention du jury chargé de couronner le meilleur dessin animé français : ce fut « Callisto », conte mythologique dont la nymphe du même nom est l'héroïne ; la légende nous est contée avec une grâce réelle, et le commentaire, chanté dans le style du grand opéra, sait éviter le ridicule ; le graphisme est agréable, et de nombreux tableaux, fort bien venus, sont pleins de charme. Il y avait là, sur un mode poétique, une heureuse innovation, et il s'en fallut peut-être de peu que l'on atteignît à une réussite complète dans un genre qui, pour n'être pas le seul conforme à la tradition française, contrairement à ce qu'essaie un peu d'insinuer le générique du film, — n'en demeure pas moins un genre intéressant en effet, et fort peu prospecté encore.

Mais une prise de vues souvent imparfaite et, surtout, une animation beaucoup trop rudimentaire, déclassaient irrémédiablement cette originale production.

A l'opposé, quelques équipes s'attachèrent avant tout à la qualité de l'exécution technique ; et, pendant la guerre, l'on eut surtout l'occasion de connaître les productions des « Gémeaux », groupement qui avait, de 1937 à 1939, mis au point plusieurs très courts métrages publicitaires en couleurs dont l'un, prônant la lampe Mazda, avait pu être considéré comme un modèle du genre à l'époque.

Deux films furent achevés et sortis ; deux autres, terminés, étaient prêts à commencer une carrière commerciale lorsque cessa l'occupation. Tous furent réalisés en couleurs.

Le premier, intitulé « Le Marchand de Notes », était un conte féerique traité sur un mode surréaliste, où apparaissait pour la première fois le personnage du « Niglo », jeune garçon aux cheveux blonds et au nez retroussé destiné à devenir pour les Gémeaux ce que sont Mickey à Disney ou Mathurin à Fleischer. Ce film, acquis par les Allemands, ne fut pas projeté au public français ; le second, par contre « Les Passagers de la Grande Ourse », fut présenté en exclusivité au cinéma des Champs-Elysées lors d'un programme « Arts, Sciences, Voyages ». Annoncé comme le premier dessin animé français de classe internationale, il produisit une profonde déception. Sans doute, l'animation était-elle bien meilleure que ce qu'on avait connu jusqu'alors en France ; sans doute, y avait-il quelques passages agréables à l'œil ; mais le scénario, sorte d' « à la manière de » Jules Vernes, était vraiment un peu sommaire ; et, surtout, il se présentait dans sa totalité comme un début de film, si bien que le mot « Fin » apparaissait au moment précis où les spectateurs s'attendaient à voir le film commencer vraiment. Les deux tentatives suivantes de la même maison, si elles marquèrent de nouveaux progrès dans l'animation, prouvèrent, dans leur ensemble, et à des nuances près, une presque complète indigence dans le scénario.

Cette même carence de l'imagination créatrice se retrouve à la vision des quelques œuvres produites par d'autres ateliers, en noir celles-là, que l'on put voir au lendemain de la Libération. Par-dessus tout, ces scénarii, il faut bien le dire, même lorsqu'ils font montre, de-ci de-là, d'un éclat imaginatif, ne sont pas drôles : le fameux « gag » des Américains, au lieu d'y étinceler en cascades, n'y apparaît qu'à titre tout à fait exceptionnel et isolé. Les artistes français seraient-ils donc frappés d'inaptitude congénitale pour le dessin animé ? Nous ne le croyons absolument pas. Mais, outre la solution de problèmes financiers qui ne sont certes pas des moindres, les Français désireux de réussir et de persévérer dans cet art difficile ont, à notre sens, à faire preuve, d'abord, de la plus grande ténacité, afin d'atteindre à la virtuosité dans l'animation, virtuosité que les meilleurs de l'heure présente ne possèdent pas encore ; mais aussi, mais surtout, à éviter deux écueils essentiels : le premier est le plagiat, souvent involontaire d'ailleurs, du graphisme et de la manière des auteurs américains : nous sommes battus d'avance tant que nous ne saurons que démarquer la production d'outre-Atlantique, tant que les animaux sembleront tous échappés d'une « Silly Symphony », tant que les petites femmes ou les « malabars » ne seront que des démarquages de Betty Boop et de Popeye ; le second, c'est la croyance, qui semble encore fortement implantée chez plusieurs générations d'artistes jeunes, en la vertu d'une certaine « fantaisie », extraordinairement artificielle, et fille desséchée de ce surréalisme auquel nous avons fait allusion plus haut ; ce n'est pas que nous niions l'intérêt ni les mérites du surréalisme, dont il ne nous appartient pas au reste de faire ici le procès ; mais, en tout état de cause, les conceptions surréalistes sont, dans la règle, nées d'un jeu purement intellectuel, et leur inévitable ésotérisme ne les prédispose guère à provoquer, chez un public de salle de cinéma, même un simple sourire ; or tout est là : si les dessins animés n'ont certes pas pour tâche unique de nous faire rire, pas plus qu'on ne confine dans la seule farce l'art dramatique, du moins la gaieté — qui peut être discrète — est-elle une des choses essentielles qu'on leur demande ; on leur demande surtout, en tout cas, de réussir à nous amuser lorsqu'ils y prétendent ; et, pour y parvenir, l'on ne saurait oublier cette règle d'airain que le comique ne peut pas naître de l'irréel mais au contraire, mais uniquement d'une action qui, quelles que puissent être les variétés de ses modes d'expression, sache demeurer toujours sous-tendue, en quelque sorte, par la réalité, — réalité qu'on peut et doit transposer à l'infini, mais dont on ne peut pourtant jamais, sans dommage irrémédiable, enfreindre ou surtout oublier la vérité.

Le Médecin de service.

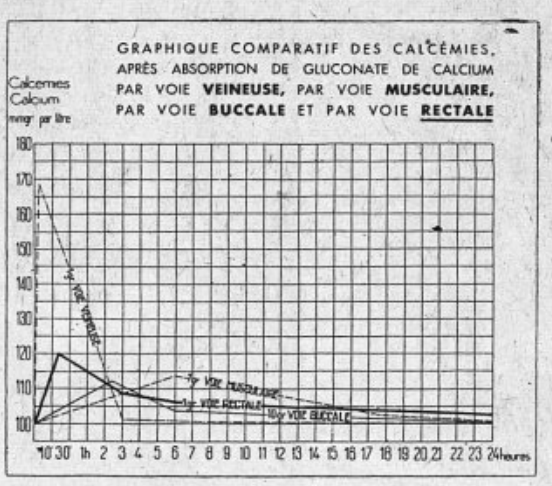
LA CALCITHERAPIE PAR VOIE RECTALE

Au cours de ces dernières années, la prescription du Gluconate de chaux s'est généralisée, mais nombre de confrères se plaignent de ne pouvoir appliquer cette thérapeutique sur une aussi grande échelle qu'ils le souhaitent, car les modes d'administration de ce médicament, jusqu'alors préconisés, présentent de notables inconvénients.

L'administration des sels de calcium par voie buccale est soumise à tant de facteurs qu'on ne peut toujours en garantir la parfaite absorption.

Quant à la voie parentérale, intramusculaire ou intraveineuse, elle est d'une posologie trop limitée et provoque des accidents dont on trouve de nombreuses observations dans la littérature médicale.

C'est ainsi que nous avons été amenés à étudier l'absorption du Gluconate de chaux par voie rectale en utilisant des suppositoires contenant un gramme de ce sel.



Ch.-J. Ravaud, dans sa thèse inaugurale (*Thèse de Pharmacie*, Paris, 1936), nous rappelle que les médicaments administrés par suppositoires pénètrent dans l'organisme par deux voies principales :

1° Les veines hémorroïdales moyennes et surtout inférieures qui se jettent, par l'intermédiaire des veines iliaques internes, dans la veine cave inférieure.

2° La voie lymphatique qui porte les substances actives, par le canal lymphatique, dans la veine sous-clavière gauche et la veine cave supérieure.

Les médicaments échappent en grande partie à la barrière hépatique et se trouvent portés dans la circulation générale comme s'ils avaient été administrés par voie veineuse.

Nous avons établi un parallèle entre les quatre modes d'administration du Gluconate de chaux, en pratiquant une série d'expériences dont voici le protocole :

Prenant des sujets normaux dont la calcémie a été mesurée au préalable, nous leur avons administré, suivant l'un des modes précités, du Gluconate de chaux aux doses thérapeutiques ; puis, nous avons dosé le Calcium dans le sang à des instants divers ; en même temps, nous en suivions l'élimination dans les urines de vingt-quatre heures, en titrant cet ion avant et après traitement.

Les dosages de calcium sanguin ont été pratiqués par la microméthode de Guillaumin.

Les résultats de nos expériences sont exprimés par le graphique ci-dessus dont l'examen montre que :

1° Dans l'administration de Gluconate de chaux par voie buccale, il faut donner d'emblée des doses élevées (au moins 10 gr. en une prise) pour élever la calcémie de façon notable, une partie importante du médicament étant inutilisée et rejetée avec les matières fécales.

2° Dans l'administration par voie endoveineuse, s'il est exact que celle-ci provoque une forte hypercalcémie au moment de l'injection, cette hypercalcémie n'est que passagère et la teneur du sang en Calcium retombe rapidement à la normale, en même temps que s'installe une hypercalciurie marquée : on dirait que l'organisme est pressé de se débarrasser d'une surcharge en calcium trop brutalement introduite dans le torrent circulatoire. Pour une injection intraveineuse de 1 gr. de Gluconate de calcium, la calciurie des vingt-quatre heures dépasse de 140 % la calciurie normale.

3° Dans l'administration par voie intramusculaire, la calcémie augmente lentement pour devenir maxima au bout de six heures et revenir à la normale en dix-huit heures. Pour 1 gr. de Gluconate de calcium injecté la calciurie des vingt-quatre heures dépasse de 47 % la calciurie normale.

4° L'administration d'un suppositoire de 1 gr. de Gluconate de chaux élève rapidement la calcémie qui atteint, en une demi-heure, un maximum de 120 mmgr. par litre pour décroître lentement, en revenant à la normale au bout de vingt-quatre heures. Quant à la calciurie des vingt-quatre heures, elle ne dépasse que de 30 % la normale. Cet état prolongé d'hypercalcémie s'explique par le fait qu'une partie du principe actif est absorbée et lentement déversée dans le torrent circulatoire par la voie lymphatique.

Rien qu'avec un gramme de Gluconate de chaux en suppositoire, nous pouvons maintenir un état d'hypercalcémie prolongé et mettre ainsi à la disposition de l'organisme les quantités de calcium qui lui sont nécessaires.

De nombreux essais cliniques ont, en outre, montré que cette médication n'est suivie d'aucune réaction tant locale que générale. Seule, elle permet un traitement intensif, impraticable avec les modes d'administration préconisés jusqu'à ce jour.

Docteur A. GERVAIS.


RECTOCALCIUM
CALCITHÉRAPIE INTENSIVE PAR VOIE RECTALE
SUPPOSITOIRES ADULTES
1 gr. de gluconate de chaux
SUPPOSITOIRES ENFANTS
0gr.50 de gluconate de chaux
Toutes les indications du Calcium
Tolérance et assimilation parfaites
Aucun des inconvénients
de la Voie parentérale
LABORATOIRE ROGER BELLON
LOUIS FERRAND
Ex-Interne, Lauréat des Hôpitaux de Paris
PHARMACIEN-GÉRANT
(GAMBÉOL, ACTIPHOS,
HÉMOPYLORE "3", GLOBIRON)
78 bis, Avenue Marceau - PARIS (8e)

ECHOS & COMMENTAIRES

D'UNE ASSEMBLÉE A L'AUTRE.

A LA veille même de la nouvelle Assemblée confédérale, la circulaire du Syndicat des médecins de la Somme signée du Dr FILACHET, président, nous paraît faire très heureusement l'historique des attitudes et des idées sur la question de l'assurance-maladie.

Devant l'ordre du jour de l'Assemblée du 6 octobre, le Syndicat de la Somme s'est délibérément placé dans l'opposition. Il fut à cette époque en flèche parmi les Syndicats provinciaux. Sa position fut exposée et motivée en janvier dernier devant la Commission de la Sécurité sociale d'une manière à la fois cohérente et compréhensive. Du nouveau texte, découleraient en effet une regrettable « catégorisation » des médecins, la faculté pour les Caisses de créer des établissements de soins, l'avilissement d'une profession obligée de défendre une « note de plombier » devant des juges prévenus, la perte de la liberté médicale pour toute maladie dépassant un trimestre et le débit réglementaire de diagnostics immuables!

Le rapporteur divise le Corps médical en trois groupes : la troupe des malléables allant de l'insouciance par l'étonnement à la résignation, les satisfaits et les mécontents. Les satisfaits tentent honnêtement un essai dont ils ne peuvent connaître le terme. Les mécontents n'offrent point de solution pratique, et leurs réflexes furent bien lents qui ne les firent point réagir devant la dangereuse ordonnance du 3 mars.

Dans la Somme, les syndicalistes partent eux d'un double principe : le courant social dont on doit tenir compte, l'organisation de la médecine sociale par les médecins eux-mêmes et leurs groupements et conseils professionnels et juridictionnels. Autrement dit, les tarifs du secteur contrôlé devraient être établis par les syndicats et approuvés par la Confédération ; leur application en serait contrôlée par l'Ordre. Au delà règnerait le secteur libre, ou le médecin ne serait soumis qu'au seul contrôle de sa conscience.

Cette thèse ne fut point retenue en son intégralité et cependant, le Dr FILACHET fut un des signataires de l'Ordre du jour du 23 février (publié dans notre numéro du 10 mars), conseillant, sous réserve des modifications légales demandées, la signature des Conventions. De cette décision, l'auteur nous expose les motifs : l'ordre du jour actuel efface celui du 6 octobre et correspond aux vœux minima des divers syndicats qu'il représente. Mais une certaine confusion règne à cet égard qu'il importe de dissiper : ce n'est point sur les modifications légales, revendication très largement dépassée, que s'est fait l'accord, c'est sur l'introduction du « secteur libre » qui par définition doit échapper à toute réglementation.

L'auteur reste en contact par ailleurs avec les « francs-tireurs » du mouvement d'opposition et le Syndicat qu'il anime continue a revendiquer un découpage de la médecine en trois secteurs : gratuit — réglementé et contrôlé (par la profession elle-même) — libre, c'est-à-dire totalement indépendant. Est-il d'accord en cela avec l'opposition qui semble rejeter toute idée de contrôle, si localisé qu'il soit ? Sera-t-il suivi par une importante fraction du Corps médical ? L'Assemblée confédérale des 30 et 31 mars devra, de ces courants contradictoires faire une synthèse cohérente. Trois idées-force doivent cependant être retenues, selon nous : il est impossible de ne

DRAGÉES "YSE" Névrosthéniques

Phosphure de zinc 2 milligr.
Nux vomica
Kola guarana

Asthénie - Surmenage Intellectuel
Dépressions Physique et Cérébrale
forme B pour Diabétique

Médication iodo-arsénicale-phosphorée - Strychnique

HEMAGÉNINE GIRAUD

Lymphatisme - Rachitisme - ASTHME - Tous états infectieux et ganglionnaires

ZONE OCCUPÉE — LABORATOIRES YSE — ZONE NON OCCUPÉE
65, Rue Louis Blanc, Paris (Xe) — — — Saint-Benoît du Sault (Indre)



Artério-sclérose, Angine de poitrine, Aortites, Asthme, Emphysème

Laboratoires PHARMA-FRANCE
43, rue de l'Ancienne Mairie
Boulogne-s-Seine - Mol 12-17



Troubles digestifs, cutanés, nerveux, Grossesse, Croissance

Laboratoires Pharma-France
43, rue de l'Ancienne Mairie
Boulogne-s-Seine - Mol 12-13

point tenir compte des besoins sociaux actuels ; l'on doit faire davantage confiance au Corps médical pour les comprendre et les satisfaire, l'action syndicale, le contrôle ordinal valent mieux à cet égard que les impératifs légaux ou les menaces ministérielles ; enfin les cloisonnements rigides sont difficiles pour le présent et dangereux pour l'avenir. La liberté, comme la grandeur, ne se divise pas !

Première réunion de la commission nationale tripartie.

Le 13 mars dernier s'est tenue, au Ministère du Travail, la première réunion de la Commission nationale tripartite chargée, par l'article 10 de l'ordonnance du 19 octobre 1945, d'approuver les tarifs des honoraires médicaux, inscrits dans les conventions « Syndicats-Caisses ». Parmi les représentants des organisations de praticiens, figuraient plusieurs membres du Conseil d'administration de la Chambre syndicale des Médecins de la Seine. Ceux-ci tinrent, avant de prendre séance, à déclarer que leur présence ne comportait pas adhésion à l'ordonnance du 19 octobre et requirent l'insertion de cette déclaration au procès-verbal de la réunion.

Si nos informations sont exactes, à la date du 13 mars, quatorze départements avaient signé « convention ». Sept ou huit de ces conventions firent l'objet de l'examen de la Commission, mais seules trois furent approuvées : celles de Seine-et-Oise, Seine-et-Marne et Côtes-du-Nord.

L'atmosphère de cette réunion fut, d'ailleurs, assez orageuse. Les causes de discussion furent, d'une part, le désir exprimé par les médecins de faire admettre par les Caisses dans les conventions déjà signées, l'introduction du chiffre 75 pour la valeur de K. et de P.C. au lieu du chiffre 60, et, d'autre part, le refus des Caisses d'accepter la fixation des tarifs de visite du dimanche et de nuit à un chiffre résultant de l'application stricte de la nomenclature (V. x 2 ou V. x 3). Aux dernières nouvelles, la Commission permanente de la nomenclature aurait donné satisfaction aux Caisses en proposant au Ministre la suppression de la nomenclature des règles de fixation du prix de V.D. et de V.N. On voit mal ce qui a pu pousser la Commission permanente à obtempérer de façon rapide et complète à des exigences aussi mal fondées que celles des Caisses sur ce point.

Une dérobade de nos cracks parlementaires.

L'ordonnance du 20 octobre dernier sur « la limitation des débits de boisson » était, on s'en souvient, assez décevante. Après avoir fermement exposé le problème de l'alcoolisme en France, elle s'avachissait en articles dénués de rigueur et ouvrant en outre la voie à toutes les échappatoires. Visiblement le rédacteur avait voulu, par son exorde, apaiser les propagandistes de l'antialcoolisme et par ses prescriptions, rassurer les débitants de boissons. Pourtant ceux-ci s'estimèrent encore trop durement traités et surent parler aux politiciens le langage qui les touche.

Un nouveau texte abrogeant les dispositions relatives à la cession des débits (rachat obligatoire d'une licence) vient d'être proposé par un député communiste à la Constituante

DIASTOGÈNE F
AMAIGRISSEMENTS, ASTHÉNIES, CONVALESCENCES
2 à 3 cachets ou 4 à 6 comprimés par jour à prendre au milieu des repas
LABORATOIRES DEHAUSSY, 50, rue Nationale, LILLE
Pour la France sud : 21, Av. Saint-Sulpice - LAVAUR (Tarn)

GÉLYSINE
PRÉVENTIF-CURATIF
ÉPHÉDRINE — VITAMINE B_1 — VITAMINE NICOTINIQUE PP
Asphyxies locales - Érythémies - Engelures - Troubles dus aux sulfamides - Aphtes - Syndromes pellagroïdes
4 COMPRIMÉS BLANCS le matin
4 COMPRIMÉS ROSES le soir
Laboratoire FABOL, 1, Rue Gounod, PARIS (XVIIe) — Tél. : CAR. 59-51

et voté par elle. Au temps de Vichy, une moitié de chaque « Journal Officiel » était employée à annuler des lois précédemment publiées. Nous sommes en train de reprendre cette démarche de crabe.

Il est regrettable de voir un parti qui se dit défenseur du peuple prendre l'initiative d'une mesure qu'il sait pernicieuse puisque c'est un ministre communiste qui avait, le 20 octobre, brossé le tableau des méfaits de l'alcool.

Il est décevant de voir une Assemblée à ce point obsédée par sa réélection qu'elle adopte, à quelques semaines du scrutin, une loi notoirement démagogique.

La France, dans un moment aussi critique de son histoire, a besoin d'hommes qui la remettent debout à la force du poignet. Elle n'a que faire de pantins qui se déjugent avec tant de pusillanimité.

La nationalisation de la tuberculose

A l'origine les dispensaires antituberculeux étaient essentiellement des organismes de prophylaxie et de dépistage. Il avait été convenu qu'en aucun cas ils ne devraient faire d'acte thérapeutique.

Certaines régions s'étant ensuite révélées dépourvues de médecins capables d'entretenir les pneumos, il fut admis que les dispensaires procèderaient aux insufflations.

Mais depuis plusieurs années la situation a notablement évolué. Les phtisiologues qualifiés se sont multipliés, même beaucoup de jeunes praticiens ont appris pendant leurs études à insuffler une plèvre. Qu'attend-on pour ramener les dispensaires à leur rôle primitif de dépistage ?

On nous signale un département du centre où le médecin-chef de l'O.P.H.S. a été nommé par le préfet médecin phtisiologue départemental et a été, à ce titre, mis à la tête du service des tuberculeux à l'hôpital jusqu'alors desservi par deux médecins qualifiés et agréés.

En outre, comme l'on sait, les dispensaires seuls sont habilités à délivrer aux tuberculeux des certificats de suralimentation.

L'Etat est donc en train de mettre progressivement la main sur tout un canton de la médecine.

La médecine sera-t-elle nationalisée ?

Nos Constituants, — s'efforçant avec un rare bonheur, à défigurer la déclaration des droits naturels et imprescriptibles de l'homme, et sous prétexte de les actualiser, à les inclure dans des formules qui seront probablement aussi éphémères qu'eux-mêmes — ont le 19 mars dernier « déclaré » les deux premiers « droits économiques et sociaux ». Et ces droits

Eczéma
CUROZEMA
9 Dragées par jour
OPOSÉROTHÉRAPIE VALTRY
LABORATOIRE BIOLOGIQUE VALTRY
46, Rue St-Didier-Paris-16e
FORMULE INFANTILE :
Pédiozema
GRANULÉ

MÉTHODE DE WHIPPLE
TECHNIQUE DE MINOT ET MURPHY
SYNDROMES ANÉMIQUES
INSUFFISANCES HÉPATIQUES
HÉPATHÉMO
DESCHIENS
EXTRAIT CONCENTRÉ DE FOIE DE VEAU FRAIS
Hémoglobine, Vitamines Hépato-Sanguines
Ampoules buvables de 10 cc. et 3 cc. - Sirop
DESCHIENS, Docteur en Pharmacie, 9, Rue Paul-Baudry - PARIS (8e)

FAUTEUILS ROULANTS
DUPONT
Cent ans de spécialisation dans le confort du malade
VENTE & LOCATION
10, Rue Hautefeuille - PARIS (6e)
Téléphone : DANTON 05-61 - 05-62
Succ. à LYON, 6, Place Bellecour

objets des articles 21 et 22, visent, nous l'avons dit, à être les fondements de la médecine et de la sécurité sociales. L'essentiel, rappelons-le, réside dans cette phrase : « le bénéfice de tous les soins que permet la science est garanti à tous et assuré par la Nation. »

Fort heureusement, un député curieux s'est enquis du sens exact de cette formule qui, selon lui, « impliquerait la nationalisation de la médecine et le monopole d'Etat des soins médicaux. » Certaine conférence ministérielle récente n'était pas, à vrai dire, pour affaiblir ces légitimes inquiétudes.

Le rapporteur de la Commission voulut bien, il est vrai, les apaiser partiellement. « *L'on prête, nous dit-il, à la Commission des intentions que ses membres n'ont jamais eues. Notre texte ne dit pas, en effet, que les soins sont assurés « gratuitement », mais « sont assurés par la Nation... ». C'est donc un texte législatif qui déterminera les conditions dans lesquelles la Nation assurera les soins et la protection de la santé de tous les citoyens.* »

Est-ce aussi apaisant qu'on veut bien nous le dire ? Certes, l'article 22 n'entraîne ni expressément ni directement la « nationalisation » de la médecine. Mais une loi la décrétant, bien loin de violer ledit article, ne ferait qu'en tirer la suprême conséquence logique. Et cependant, la liberté la plus concrète de l'homme, la liberté physique, ne serait-elle point alors dangereusement menacée ? Il est vrai qu'elle a le tort de n'être ni « économique » ni « sociale ».

Cette absurdité n'est au reste que le résultat normal d'une incohérence fondamentale : l'on prétend « reconnaître » à l'homme des droits antérieurs ou supérieurs aux impératifs sociaux, tandis qu'on lui accorde en fait des droits étroitement dépendants de l'organisation économique et sociale du moment ! Invinciblement, l'on pense à l'enfer, œuvre future de ces bonnes intentions.

Ou l'Union des Médecins Français se désagrège

En raison de la publicité faite au communiqué de l'Union des Médecins Français, assurant les pouvoirs publics du « plein accord » de son Comité directeur sur la nouvelle législation des Assurances sociales, des démissions retentissantes se sont produites. Certains conseillers départementaux de la Seine ont jugé que leur présence au comité directeur de l'U.M.F. devenait incompatible avec les professions d'attachement à la Charte médicale, si généreusement prodiguées lors de la campagne électorale. Ces scrupules, quoique tardifs, honorent les démissionnaires.

Quant aux autres Membres de l'Ordre, on s'étonne de ne pas les voir ressentir la gêne la plus légère parmi les membres de l'U.M.F. Certains folliculaires même se sont acharnés contre des confrères favorables à la signature des conventions Syndicat-caisses, sans vouloir se souvenir de la motion enthousiaste qu'ils ont eux-mêmes signée en faveur de l'ordonnance du 19 octobre 1945. Adaptation médicale de la fable « La paille et la poutre ».

OPOTHÉRAPIE ASSOCIÉE
Hormones folliculaires ovariennes
+
Lobe antérieur hypophysaire
= FOLLI-LOBINE
DU Dr FRAYSSE
DÉCLANCHE ET RÉGULARISE LE FLUX MENSTRUEL
2 FORMES : PILULES ACTIVES PAR VOIE BUCCALE
AMPOULES INJECTABLES 2cc INDOLORES
LABORATOIRE FRAYSSE ET Cie NANTERRE (SEINE)

DERMATOSES - HYPERTENSION
pilules glut. par jour - 2 à 3 I. V. par semaine
HYPOSULFÈNE
Laboratoires TORAUDE
22, Rue de la Sorbonne, PARIS
2, Rue du Pensionnat, LYON

Quoi qu'il en soit un malaise indéniable se manifeste au sein de l'U.M.F. Plusieurs de ses dirigeants se demandent à la fois comment sortir d'une grave crise d'impécuniosité et d'où ont bien pu provenir, jusqu'à présent, les fonds qui ont permis à l'U.M.F. de vivre, au ralenti nous le voulons bien, mais tout de même de vivre. La réponse à cette dernière question est si troublante que d'autres démissions seraient en vue.

CELA VA DÉJA MIEUX.

Les Syndicats ont commencé la distribution des voitures attribuées au Corps médical. La Chambre syndicale de la Seine vient de distribuer les cinq voitures qui lui étaient confiées : il s'agit de 5 CV d'une grande marque latine. Les pouvoirs publics laissent entendre qu'il ne sera donné une suite à cette libéralité que dans un certain délai. Pourquoi faut-il que pendant ce temps les 8 CV de cette marque encombrent les halls de l'usine faute de commandes accompagnées de bons de déblocage ?...

Cela pourrait aller beaucoup mieux.

CORRESPONDANCE

APPLICATION DES TARIFS

ACCIDENTS DU TRAVAIL.

265. — **Ostéosynthèse pour fracture d'un doigt.**

Je ne trouve pas, sur le tarif des frais médicaux en matière des accidents du travail, la tarification pour « ostéosynthèse par enchevillement médullaire par broche pour fracture d'un doigt ».

Voudriez-vous être assez aimable pour m'indiquer le prix que je puis demander dans ce cas.

Dr D.

Réponse :

On lit à l'art. 20 F. « Débridement esquillectomie d'une fracture ouverte (à l'exclusion des doigts et des orteils, etc.) et aussitôt après : « avec ostéosynthèse, etc.» Il s'ensuit qu'en cas d'ostéosynthèse, sont exclus les doigts et les orteils. Ceci dit, puisque vous déclarez avoir fait « une ostéosynthèse par enchevillement médullaire par broche pour fracture d'un doigt », il faut chercher une tarification par analogie. *Je la propose dans l'art. 17 « Régularisation, épluchage, etc... d'une plaie des doigts ou des orteils, avec... lésions ostéo-articulaires : 110 fr. ». Ceci, avec la majoration actuelle de 100 % ferait donc 220 fr. pour l'intervention seule, bien entendu.*

Dr F. DECOURT.

Micelliode
IODE COLLOIDAL MICELLAIRE ÉLECTRO-POSITIF
Toutes les Indications de l'IODE, SANS IODISME POSSIBLE
GOUTTES
Laboratoires de l'HÉPATROL _ 4 Rue Platon, PARIS (XVe)

LE TRAITEMENT POLYPHOSPHORÉ ACIDE
Particulièrement dense en acide ortho-phosphorique et en composés phosphorés
NEUROKABRYL
GOUTTES
ASTHÉNIES (neuro-musculaires) ALCALOSES
TUBERCULOSES (modification du terrain) COLIBACILLOSES
LABORATOIRES E. M. DAUMAS, 1, rue Méhul - PANTIN (Seine)

AIDE MEDICALE TEMPORAIRE

4600. — Affection sans rapport avec la captivité.

Quelle conduite tenir lorsqu'un malade, prisonnier libéré, se présente avec une feuille d'A.M.T. si je constate que l'affection dont souffre le malade n'a aucun rapport avec sa captivité ? (Ce qu'il reconnaît parfois lui-même.)

Les soins et médicaments lui sont-ils dus par le fait qu'il a en mains les papiers *ad hoc* ?

Dans le cas contraire, le premier examen que je pratique — pour m'en rendre compte — représente-t-il « une prestation » qui m'est due ?

Dr C.

Réponse

Aux termes de l'article 1er de l'Ordonnance du 26 mai 1945 qui a institué une aide médicale temporaire en faveur des prisonniers et déportés, cette aide médicale temporaire est à la charge de l'Etat et due pour toutes maladies ou blessures à l'exception de celles qui n'ont aucun lien avec la captivité ou la déportation.

L'admission à l'aide médicale temporaire, prononcée par le maire sur présentation de la carte de rapatrié et à la suite d'une déclaration souscrite par l'intéressé, ne peut valoir que dans le cadre tracé par l'article 1er.

Si donc le médecin constate, après examen de l'intéressé, que la maladie de celui-ci n'a aucun lien avec la captivité ou la déportation, il ne peut accepter de faire jouer à son profit l'aide médicale temporaire, car ce serait se faire complice d'une fraude au préjudice de l'Etat dont il pourrait avoir à répondre conjointement avec l'intéressé.

Bien que celui-ci lui présente des documents parfaitement en règle du point de vue administratif, le médecin est donc tenu, en pareil cas, de refuser de les remplir ou de les accepter et doit se faire payer directement ses honoraires calculés alors suivant le tarif syndical.

★

EXERCICE DE LA MÉDECINE

5737. — Partage d'honoraires avec la succession d'un confrère décédé.

Mon ancien médecin-chef, le Dr P..., un de vos fidèles abonnés, est décédé en août 1944. A la demande de la veuve, j'ai accepté d'assurer, comme dans le passé, la direction du cabinet d'électro-radiologie. Aucun contrat écrit n'a été établi entre Mme P... et moi, car je croyais que ce remplacement ne serait que temporaire. Cette situation irrégulière menace de s'éterniser.

Je voudrais savoir si la veuve d'un médecin peut ainsi gérer indéfiniment le cabinet de son mari.

Personnellement, je crains que ma situation ne soit, vis-à-vis de l'administration, irrégulière. Que faudrait-il que je fasse pour normaliser cette situation ?

Dr A.

Réponse

L'ordonnance du 24 septembre 1945 relative à l'exercice et à l'organisation de la profession de médecin. interdit, par son article 13, à toute personne ne remplissant pas les conditions requises pour l'exercice de la profession, de recevoir, en vertu d'une convention, la

CONTRE
LA DYSPNÉE SPASMODIQUE
un adrénalinique nouveau
ÉPROUVÉ DANS L'ASTHME BRONCHIQUE

ALEUDRINE
SULFATE DE DIOXYPHÉNYLÉTHANOLISOPROPYLAMINE

NÉBULISATIONS AÉROSOLS
ALEUDRINE SOLUTION

ADMINISTRATION PERLINGUALE
ALEUDRINE TABLETTES

LABORATOIRES M.R. BALLU
104, RUE DE MIROMESNIL - PARIS 8e

CACODYLINE

JAMMES
A : 10 cgs.
B : 20 cgs. D : 50 cgs.
C : 30 cgs. E : 1 gr.
ET
MAGNÉSIO-CACODYLINE

IODINJECTOL

3 FORMES { SIMPLE / SALICYLÉ / GOUTTES

Une injection intramusculaire ou intraveineuse par jour. 60 à 100 gouttes par jour.

Laboratoires JAMMES
86, Rue Michel-Ange, 86
PARIS (16e)

totalité ou une quote-part des honoraires ou des bénéfices provenant de l'activité professionnelle d'un médecin. Toute infraction à ces dispositions est punie d'une peine prévue pour l'exercice illégal de la profession de médecin, c'est-à-dire d'une amende de 12.000 francs à 60.000 francs et en cas de récidive, d'une amende de 60.000 à 120.000 fr. et d'un emprisonnement de six jours à six mois ou de l'une de ces deux peines seulement.

En outre, la confiscation du matériel peut être prononcée.

Il est donc absolument illégal que vous continuiez à exploiter le cabinet d'électro-radiologie de votre confrère décédé pour le compte de la veuve ou des héritiers et que vous partagiez avec eux le produit de votre activité professionnelle. Deux solutions seulement sont possibles : ou la cession totale et définitive du cabinet à votre profit par la succession, ou bien votre démission des fonctions que vous occupez. Il est urgent à notre sens que vous régularisiez votre situation, si vous voulez éviter des ennuis avec l'Ordre des médecins.

★

4110. — Exercice de la radiologie avec un matériel appartenant à un tiers.

Vous seriez très aimable de me donner tous renseignements sur la question suivante :

Je n'ai pas d'appareil de radio à mon cabinet. Mais je suis médecin du Sana de X, et il entre dans mes conventions avec cet Etablissement, que je puis en toute liberté disposer de son appareil. Existe-t-il du point de vue légal ou déontologique un empêchement à cette manière de faire ? Je ne le crois pas, puisque le Sana est une maison privée, mais j'aimerais avoir votre avis. Dr C.

Réponse

Rien ne s'oppose ni du point de vue légal, ni du point de vue déontologique, à ce qu'un médecin, particulièrement un médecin radiologue, exerce sa profession avec un appareillage qui ne soit pas sa propriété. Un médecin peut donc valablement passer un contrat pour obtenir, soit la location du matériel et du local qui lui sont nécessaires, soit la mise à sa disposition de ce matériel ou de ce local suivant toutes autres modalités.

Il faut seulement, et c'est là une chose essentielle, qu'il conserve vis-à-vis de la personne qui lui concède l'exploitation du local et du matériel, une pleine indépendance technique et qu'il perçoive lui-même ses honoraires des clients qui viennent se faire soigner par lui.

Toutefois, nous vous signalons l'ordonnance du 24 septembre 1945 qui réglemente à nouveau l'exercice et l'organisation de la profession de médecin et qui crée un Ordre des médecins obligatoire.

Aux termes de l'article 67 de cette ordonnance, les médecins devront communiquer au Conseil de l'Ordre intéressé, les contrats ayant pour objet l'exercice de leur profession et, s'ils ne sont pas propriétaires de leur matériel et du local dans lequel ils exercent, les contrats leur permettant l'usage du matériel et du local.

Lorsque l'Ordre ainsi créé sera entré en fonctions, vous aurez donc l'obligation de lui communiquer votre contrat avec le Sanatorium.

Si ce contrat respecte pleinement votre indépendance dans les conditions que nous venons de vous indiquer, il n'est pas douteux que l'Ordre ne pourra faire autrement que de lui donner son approbation.

LA CAISSE D'ESCOMPTE MÉDICO-PHARMACEUTIQUE (C.E.M.P.)
13, Rue Auber, PARIS (IXe)

Règle *immédiatement* toutes les notes d'honoraires d'*Accidents* du *Travail.*

Taux d'Escompte 10 % (dix pour cent) du montant des notes.

Demander Imprimés et documention à la C.E.M.P.
13, Rue Auber, PARIS (IXe) — Tél. : OPÉra 56-13

FOIE ET REIN DÉFICIENTS
CHOPHYTOL
AMPOULES INJECTABLES
DRAGEES, GOUTTES "per Os"
Laboratoires ROSA 11, Rue Roger-Bacon, PARIS (17e)

HOPITAUX PUBLICS

4679. — Commissions administratives des hôpitaux. Composition et désignation des membres.

Je vous serais reconnaissant de bien vouloir m'indiquer la composition actuelle de la Commission administrative d'un hôpital de chef-lieu de canton. On m'a indiqué :

Un membre nommé par le Préfet ;
Deux membres désignés par le Conseil municipal ;
Un membre médecin ;
Un membre désigné par les syndicats, et le maire qui doit être président de la Commission.

Y a-t-il erreur ou omission ?

Voudriez-vous me fixer à ce sujet ? Dr G.

Réponse

Une ordonnance du 15 juin 1945 a modifié la composition des Commissions administratives des hôpitaux et le mode de désignation de leurs membres, tels qu'ils avaient été réglementés par la loi du 21 décembre 1941.

Aux termes de l'article 2 de l'ordonnance du 15 juin 1945, les Commissions administratives des hôpitaux et hospices communaux sont composées du maire et de six membres renouvelables. Deux de ces membres sont élus par le Conseil municipal, les autres sont nommés par le préfet. Parmi les membres nommés par le préfet doivent figurer un médecin présenté par le Conseil départemental des médecins institué par l'Ordonnance du 11 décembre, 1945 un représentant des Caisses d'assurances sociales présenté par le directeur du Service régional des A.S. et un représentant des organisations syndicales présenté par l'Union départementale des syndicats. Les présentations ci-dessus prévues donnent lieu à l'établissement d'une liste de trois noms soumis au choix du préfet. C'est le maire qui reste président de la Commission administrative.

Il convient de noter qu'actuellement l'administration paraît admettre que le droit de présenter des médecins pour faire partie de la Commission administrative, soit exercé par les syndicats médicaux au lieu des Conseils départementaux.]

★

QUESTIONS DIVERSES

5136. — Nettoyage des pointes de thermocautère.

Les pointes de thermocautère s'encrassent bien fréquemment depuis la guerre. Cela tient sans doute à la qualité de l'essence employée. Y a-t-il un moyen pratique : 1° Pour éviter l'encrassement ; 2° Pour nettoyer les pointes qui ne fonctionnent plus ?

Dr B.

Réponse

Pour répondre aux questions que vous avez bien voulu nous poser, nous avons fait une enquête auprès d'une maison particulièrement qualifiée qui vient de nous adresser la réponse dont nous vous donnons ci-après le texte :

« Nous n'ignorons pas, en effet, les difficultés rencontrées par le Corps médical pour l'utilisation des thermocautères.

Nous ne pouvons malheureusement vous indiquer aucun remède à cet état de choses.

Pour éviter l'encrassement, il suffit simplement d'employer une essence parfaitement rectifiée (incolore), qu'il est évidemment très difficile de se procurer à l'heure actuelle.

Lorsque le cautère est encrassé, il doit être démonté, ce que les médecins ne peuvent faire eux-mêmes. »

Pleurésies, Péritonites
Ostéo-arthrites, Fistulisations
TUBERCULEUSES
"Rhumatismes"
de l'Ostéoporose
DÉCALCIFICATIONS
Engelures
STÉROGYL 15
ROUSSEL
LES LABORATOIRES ROUSSEL
LABORATOIRES FRANÇAIS DE CHIMIOTHÉRAPIE
88, Rue du Cherche-Midi, Paris — Tél. Littré 66-22

PYUROL
Antiseptique le plus actif et le moins toxique
sur l'appareil Urinaire,
l'appareil Digestif,
sur le Foie et sur la Diurèse
ORTHOPHORINE
Acide phosphorique granulé (Formule de Joulie)
TROUBLES DE LA NUTRITION
TONIQUE DU SYSTÈME NERVEUX
ORTHO-GASTRINE
TROUBLES D'ORIGINE GASTRIQUE
OU INTESTINALE
Laboratoires A. LE BLOND
15, rue Jean-Jaurès, PUTEAUX (Seine)

CONNAITRE — CAHIERS D'HUMANISME MEDICAL.

3e CAHIER : ÉDUCATION ET MÉDECINE

SOMMAIRE

Editorial (Biancani). — Les stades du développement physique et psychique de l'enfance (Cathala). — Déséquilibre du caractère et tempéraments (Heuyer). — Les troubles de l'affectivité (Boutonier). — La rééducation des déficients intellectuels (Dublineau). — Les anomalies de la volonté (Launay). — Retour à l'équilibre (Lhermitte). — Les méthodes nouvelles d'éducation (Bertier). *Chroniques : Les courants de pensée* : vers Montaigne. — *Science :* Les isotopes en biologie et en médecine. — Le médecin entomologiste (Barthe). — Les cactées. — Les livres d'art (Mornand). — Aristote musicien (Berger). — La place du cinéma d'amateur (Boyer). — *Bibliographie. — Revue des Revues.*

A paraître dans les premiers jours d'avril. Prix de souscription : 130 fr. Souscription à 4 Cahiers : 500 francs.

RAPPEL. — *Cahier* n° 1 : La Médecine et l'Homme ». Prix 100 fr. — *Cahier* n° 2 : « Peuples, Familles et Médecine ». Prix 150 francs.

Souscriptions et envois de fonds au Concours Médical, 37, rue de Bellefond, Paris-9e. Ch. Postaux Paris 167-95.

★

DEMANDES ET OFFRES

N° 175. — Jeune médec. anc. ext. hôp. Lyon, habitué client, cherche poste assistant médec. génér. ou pédiatrie. Paris ou banlieue.

N° 176. — A céder 70 km. de Lyon, poste médec. génér. et phtisiologique. Appar. radio, diagnostic, Villa et jardin.

N° 177. — Ophtalmologiste Midi, grosse client. cherche remplaçant longue durée.

N° 178. — A vendre paire fauteuils cabriolet Louis XVI, laqués blanc d'époque, velours Gênes. Prix net 40.000 francs.

N° 179. — A vendre install. compl. diagnostic et thérapie pénétr. récente, en état de marche. Dr Lamy, radiologiste, 15, rue Charles-Duguet à Creil (Oise).

N° 180. — Suis acheteur table gynécologique. Faire offre au journal qui transm.

N° 181. — A céder pour raisons famille, bonne client. rurale en voie d'extension, proximité de Nantes et bords de mer, pays riche et agréable, tourisme, chasse et pêche.

N° 182. — Doct. serait désireux trouver Paris ou banlieue, remplacement ou assistance avec possibilité reprise.

N° 183. — A céder à 1 h. 1/2 de Paris, très importante client. d'ophtalmologie. Ecr. journ. qui transm.

N° 184. — Achèterais petit moteur adaptable à vélo. Ecr. Secrétaire de l'Ecole Dentaire, 110, rue Coulmiers à Nantes (Loire-Inf.).

N° 185. — Médecin changerait grosse client. ville 100 km. Paris, contre client. analogue banlieue Paris.

N° 186. — On demande successeur pour médecin décédé récemment, bonne client., médec. génér. à Lille. Paiement par annuités.

Gérant : J. MIGNON
Février 1879
G. Blanchong et Cie, 30, rue du Poteau, Paris. — 31.1040
Dépôt légal : N° 8
1er trimestre 46

DUNA-PHORINE
SELS ORGANIQUES DE MORPHINE
ADAPTÉS A CHAQUE EXIGENCE
RAPIDE
MIXTE
LENTE
3 formules
Ampoules de 1 cc. à 1 % et 2 %
Tableau B
LES LABORATOIRES BRUNEAU & Cie
17, RUE DE BERRI — PARIS

PASSIFLORINE
Le médicament des cœurs instables
La PASSIFLORINE
par sa composition atoxique
PASSIFLORE, AUBÉPINE, SAULE
est un calmant
du Système végétatif
et un
Régulateur toni-cardiaque
La PASSIFLORINE
est le grand remède phytothérapique
de l'Eréthisme cardiaque
avec
Palpitations et Tachycardie
Laboratoire G. RÉAUBOURG, Dr en Phie
115, Rue de Paris - BOULOGNE-sur-SEINE

DÉMANGEAISONS
PRURITS



LACTACYD
PÂTE STABILISÉE A *pH* : 5,2

La grande marque
des antiseptiques urinaires et biliaires

URASEPTINE
ROGIER

Laboratoires Henry ROGIER, 56, Bd. Péreire, Paris

CHLORURE D'ACÉTYLCHOLINE
EN SOLUTION ANHYDRE ET STABLE

ACÉCOLINE

"L'Acécoline dilate les artérioles et lève les spasmes vasculaires"

RAMOLLISSEMENT CÉRÉBRAL
Hypertension artérielle
SPASMES RÉTINIENS
Artérites, Gangrènes
CLAUDICATION INTERMITTENTE
Syndrome de Raynaud
ANGINE DE POITRINE
Coliques de plomb
SUEURS DES TUBERCULEUX

BOITES DE 3 OU 8 AMPOULES



A 2,5,10 OU 20 Cg

LABORATOIRES LEMATTE ET BOINOT
52, RUE LA BRUYÈRE, PARIS



CRINEX *stimule*
EXTRAIT OVARIEN TOTAL STANDARDISÉ

OREX *équilibre*
EXTRAIT ORCHITIQUE TOTAL STANDARDISÉ

FRÉNOVEX *freine*
EXTRAITS MAMMAIRE ET LUTÉINIQUE

la fonction ovarienne

LABORATOIRES 25 CRINEX-UVÉ
1, AVENUE DU DOCTEUR LANNELONGUE, PARIS (XIVe)

68e ANNÉE — No 13 et 14 — 10 AVRIL 1946

LE

CONCOURS MÉDICAL

37, RUE DE BELLEFOND - PARIS (9e) - TRU 33-66

379a 381

FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS IMPRIMÉ

SOMMAIRE

PARTIE SCIENTIFIQUE.

La pénicilline en Oto-rhino-laryngologie (Prof. Jean Piquet) 305

Conférences médicales genévoises.
La Thérapeutique anti-coagulante moderne (Prof. Bickel) 307

Consultations médico-chirurgicales (G. Fischer) 309

Les Livres, 309. — Les Sociétés Savantes, 310. La Presse, 311.

PARTIE PROFESSIONNELLE.

Propos du jour : Les risques de la faiblesse (G. Lavalée) 313

Organisation professionelle : Le nouveau régime des Assurés assistés (P. Douriez) 315

L'Electro-radiologie dans la Nouvelle Nomenclature officielle (Dr Coliez) 317

DEMI-COLONNES.

Dernières Nouvelles, 298. — A travers l'Officiel, 302. — Echos et Commentaires, 321.

OUABAINE ARNAUD

Silicyl

Médication de BASE et de RÉGIME des ÉTATS ARTÉRIOSCLÉREUX et des carences siliceuses

18, Rue Ernest-Rousselle - PARIS-13e

Antianaphylactique et Cholagogue

PEPTAMINE

MAGNÉSIÉE

Congestions du foie
Troubles hépatiques

Lab. SCIENTIA
Dr PERRAUDIN
21, rue Chaptal, PARIS

Une nouvelle forme

NAIODINE SURACTIVEE

B FORTE

Vitamine B_1 = 25 mgrs. pour 10 CC

Laborat. Jacques LOGEAIS, Issy-les-Moulineaux, PARIS

Toux Coqueluche

ÆTHONE

Laboratoire de l'ÆTHONE 35, rue Boissonnade, PARIS (XIVe

PYRÉTHANE

Antinévralgique Puissant

18, Rue Ernest-Rousselle - PARIS-13e

DERNIÈRES NOUVELLES

A l'Académie de médecine.

A propos d'un nouveau moyen de traitement de la tuberculose. — A la suite de diverses informations prises dans la grande presse et paraissant de nature à laisser croire que l'Institut Pasteur a une part de responsabilité dans le contrôle de l'efficacité d'un nouveau moyen de traitement de la tuberculose, M. le Professeur Jacques Tréfouël, directeur de l'Institut Pasteur, a saisi de cette question l'Académie de médecine, et lui a exposé les raisons pour lesquelles un démenti formel devait être opposé à de telles allégations.

L'Académie de médecine a immédiatement adopté un vœu demandant aux Pouvoirs Publics d'empêcher par tous les moyens de droit la diffusion dans l'opinion publique de méthodes de traitement qui n'ont pas fait leurs preuves.

Académie de médecine.

M. Le Lorier est élu membre titulaire de l'Académie dans la IIe section (*chirurgie, accouchements et spécialités chirurgicales*).

Faculté de médecine de Paris.

Cours de technique hématologique et sérologique. — Ce cours, sous la direction du Dr Ed. Peyre, commencera le 3 juin 1946 au laboratoire de thérapeutique. Inscriptions au Secrétariat de la Faculté. Droit : 800 francs.

Hôpitaux de Bordeaux.

Enseignement hospitalier de la radiologie. — M. Mathey-Cornat, radiologiste des hôpitaux de Bordeaux, a commencé la deuxième série de ses leçons de pathologie radiologique et de radiodiagnostic le 3 avril, à l'hôpital de Tondu (mercredis à 10 h. 30 et jeudis à 9 h. 30).

Hôpitaux communaux et intercommunaux de la Seine, Seine-et-Oise et Seine-et-Marne.

Un *concours* pour la nomination aux places d'*internes en médecine* dans les hôpitaux communaux et intercommunaux des départements de la Seine, de Seine-et-Oise et de Seine-et-Marne sera ouvert le 28 mai 1946, à Paris.

Les candidats peuvent s'adresser pour tous renseignements au Secrétariat de la Direction Régionale à la Santé et à l'Assistance, 1, avenue Victoria. Les inscriptions y sont reçues du 18 au 30 avril.

Hôpital de Rochefort.

Un *concours sur titres* pour le recrutement d'un *médecin-adjoint* de l'hôpital de Rochefort (Charente-Maritime) est ouvert à l'Inspection divisionnaire de la Santé, 12, rue Victor-Hugo, à Poitiers. Adresser les dossiers de candidatures avant le 20 avril 1946 à l'Inspection divisionnaire.

La journée médico-chirurgicale de St-Germain-en-Laye.

Une journée d'étude, organisée par la Société médico-chirurgicale des hôpitaux libres et l'Enseignement des hôpitaux libres, s'est tenue à l'hôtel de ville de St-Germain-en-Laye le dimanche 24 mars, sous la présidence du Dr Larget.

De nombreux confrères de Paris et de Seine-et-Oise y assistèrent. Une série de communications furent faites sur des sujets d'actualité, suivies d'intéressantes discussions. L'exposé de l'organisation technique de l'hôpital St-Germain et des résultats obtenus provoqua l'admiration des auditeurs. Le Dr Blechmann la cita en exemple aux hôpitaux français et évoqua à son sujet la clinique Mayo, de Rochester, rapprochement assez éloquent par lui-même.

Un déjeuner, magnifiquement servi dans un restaurant de la forêt, un récital d'œuvres de Debussy offert aux dames et un programme de visites aux principaux monuments de la ville complétèrent cette journée dont l'organisation fait honneur au Corps médical de St-Germain, en particulier au Dr Larget et au Dr Bruel. Elle montre la vitalité du centre médico-chirurgical qu'est St-Germain et qu'il ne se laisse pas éclipser par la proximité de la capitale tentaculaire.

G. L.

l'Hormone cortico-surrénale
préparée par synthèse
chimiquement pure

Percortène
NOM DÉPOSÉ
ACÉTATE DE DÉSOXYCORTICOSTÉRONE
CIBA

INSUFFISANCES SURRÉNALES
MALADIE D'ADDISON
ASTHÉNIES ET ADYNAMIES
CONVALESCENCES DE
MALADIES INFECTIEUSES
ÉTATS DE SHOCKS, APRÈS
LES INTERVENTIONS GRAVES

Ampoules à 2 mgr. à 5 mgr. et à 10 mgr.
pour injections intra-musculaires

LABORATOIRES CIBA D'P. DENOYEL
105 à 117, BOULEVARD DE LA PART-DIEU, LYON

INTESTARSOL
Granulé
TOXI INFECTION INTESTINALE
PARASITOSES

Laboratoire H. CALAS
162, Rue de l'HAY
GENTILLY (Seine)

Ouverture d'un sanatorium universitaire français en Forêt Noire.

Nous apprenons l'ouverture, en Allemagne occupée, d'un sanatorium universitaire français.

L'établissement est situé à Saint-Blasien et compte 75 lits pour étudiants et universitaires du sexe masculin. Sa gestion est assurée par la Croix-Rouge française. Le médecin-directeur est le docteur Joussaume, médecin de la Fondation « Sanatorium des Etudiants de France ».

Pour les admissions, s'adresser au « Service Scolaire et Universitaire des Envois en Cure », 49, rue de Bellechasse, Paris (7e). Téléphone : Invalides : 56-57.

Société médicale d'Aix-les-Bains.

La prochaine réunion scientifique de la Société médicale d'Aix-les-Bains, avec le concours de la Ligue Française contre le Rhumatisme, se tiendra le dimanche 2 juin 1946, à l'Etablissement thermal d'Aix-les-Bains. Objet : le traitement chirurgical et orthopédique des rhumatisants en milieu thermal. Rapporteur : Dr J.-J. Herbert.

Pour tous renseignements, s'adresser au docteur Baumgartner, secrétaire de la Société médicale, place Carnot, à Aix-les-Bains.

Dispensaires anti-tuberculeux du Doubs.

Un poste de médecin des dispensaires anti-tuberculeux du département du Doubs, à Besançon, est actuellement vacant. Echelle de traitement des médecins de sanatoriums publics. S'adresser pour renseignements et candidature à l'Inspection Départementale de la Santé du Doubs (Préfecture).

Médecin-inspecteur des Ecoles (départ. de la Savoie).

Un poste de médecin-inspecteur des Ecoles est actuellement vacant en Savoie. Résidence à St-Jean-de-Maurienne. Le médecin nommé à ce poste devra renoncer à toute clientèle.

Pour tous renseignements, s'adresser à la Direction de la Santé, Préfecture de la Savoie, Chambéry.

Hôpital psychiatrique de Saint-Dizier.

Un poste d'*interne en médecine* est vacant à l'hôpital psychiatrique départemental de Saint-Dizier (Haute-Marne). Pour renseignements, écrire au Directeur de cet établissement.

Ligue nationale française contre le péril vénérien.

Un cours de service social antivénérien, pour les infirmières et les assistantes sociales, aura lieu du 6 au 11 mai 1946, à l'Institut Alfred-Fournier et à la clinique Baudelocque. S'inscrire, le plus tôt possible, à la Ligue Nationale Française contre le péril vénérien, 25, boulevard Saint-Jacques, Paris (14e).

Médaille du professeur Fernand Arloing.

Les collègues, les amis et les élèves du professeur Arloing ont décidé de faire frapper une médaille dont l'exécution a été confiée au graveur lyonnais Louis Muller. Toute souscription minimum de 300 francs donnera droit à un exemplaire de la médaille.

Adresser les versements, avant le 15 mai 1946, au Dr Josserand, compte-courant postal, Lyon n° 1028-15.

Xe Congrès français de Cynécologie.

Changement de date. — En raison des élections, ce Congrès aura lieu les 27, 28 et 29 mai à Lyon.

Association corporative des étudiants en médecine de Paris (service des remplacements).

L'Association corporative des étudiants en médecine de Paris, reconnue d'utilité publique, 8, rue Dante, Paris (5e), tél. : ODE 58-90, procure dans les plus brefs délais, pour toute région de France, des remplaçants remplissant toutes les conditions

Le Concours Médical
Fondé en 1879 par A. Cézilly.
Directeur honoraire : Docteur J. Noir.
Directeur : Dr G. Lavalée.
Rédacteur en Chef : Dr G. Fischer.
Rédaction, Administration et Publicité, 37, Rue de Bellefond, Paris 9e).
Téléphone : TRU 33-66. R. C. Seine 76.579.
Chèques postaux, Paris 167-95.
Abonnements : 1 an, 250 francs. - Etudiants, 125 fr. Le N° 10 fr. Changem. d'adresse 5 fr.





légales, aux praticiens qui lui en font la demande, sans aucune condition pécuniaire pour le médecin.

Conseil supérieur de l'Ordre des médecins de Paris (service des remplacements).

Le Directeur de l'Office de Documentation médicale professionnelle et de Remplacement du Conseil Supérieur des Médecins rappelle à ses confrères ainsi qu'aux Etudiants et à leurs familles qu'il est toujours à leur disposition, 60, boulevard de Latour-Maubourg, Paris (7e), téléph. INV. 39-98, qu'il s'agisse de création ou de transmission de cabinet, de situations médicales administratives à pourvoir, de remplacements à effectuer, etc.

(*Communiqué*).

Astrologie et médecine.

..Nous recevons le communiqué suivant :

« Les médecins s'intéressant à l'astrologie sont invités à se faire connaître en écrivant au Dr Borliachon, 156, rue de Rivoli, Paris (1er), en vue de la constitution d'une Société d'Astrologie médicale. »

Société française d'Acupuncture.

Cette Société, qui vient de se fonder, organise des cours, tous les mercredis, à son siège social : 8, avenue Franklin-Roosevelt, Paris (8e). Elle comprend des membres fondateurs, des membres associés, des membres correspondants et des membres honoraires. S'adresser soit au Président, le Dr de La Fuye, 8, av. Franklin-Roosevelt, Paris (8e), soit au secrétaire général, Dr de la Farge, 15, rue Jean de Riouffe, à Cannes. (*Communiqué.*)

Naissances.

Nous apprenons la naissance de Bernard Filippi, fils du docteur Max Filippi, de Lille (Nord) ; de Chantal Langeard, troisième enfant du docteur Noël Langeard, de Melun (Seine-et-Marne) ; de Pierre Tabary, deuxième enfant du docteur Tabary, de Paris ; de Pascale et d'Hubert Déchy, enfants du docteur Jacques Déchy, d'Enghien-les-Bains (Seine-et-Oise) ; de Pierre-Jean Texier, troisième enfant du docteur R. Texier, médecin de 1re classe de la Marine ; de Brigitte Desbonnets, sixième enfant du docteur Henri Desbonnets, de Tourcoing (Nord) ; de Jean-François Prost, deuxième enfant du docteur Jacques Prost, de Vincennes (Seine) ; de Marie-Josèphe-Camille-Georges-Patrice Libéral, cinquième enfant du docteur Jean-Hervé Libéral, de Saint-Pol-de-Léon (Finistère) ; de Marie-Martine Mialaret, fille du docteur Jacques Mialaret, chirurgien des hôpitaux de Paris ; de Jean-Philippe Avrilleaud, fils du docteur J. Avrilleaud, de Varennes-sur-Loire (Maine-et-Loire).

Mariages.

Le docteur Marcel Laisney, de Condé-sur-Noireau (Calvados), fait part de son mariage avec Mlle Jeanne Rault.

Le docteur Louis Godard, du Portel (Pas-de-Calais), fait part du mariage du docteur Léon Godard, croix de guerre, médaille des épidémies, avec Mlle Geneviève Boulet.

Nécrologie.

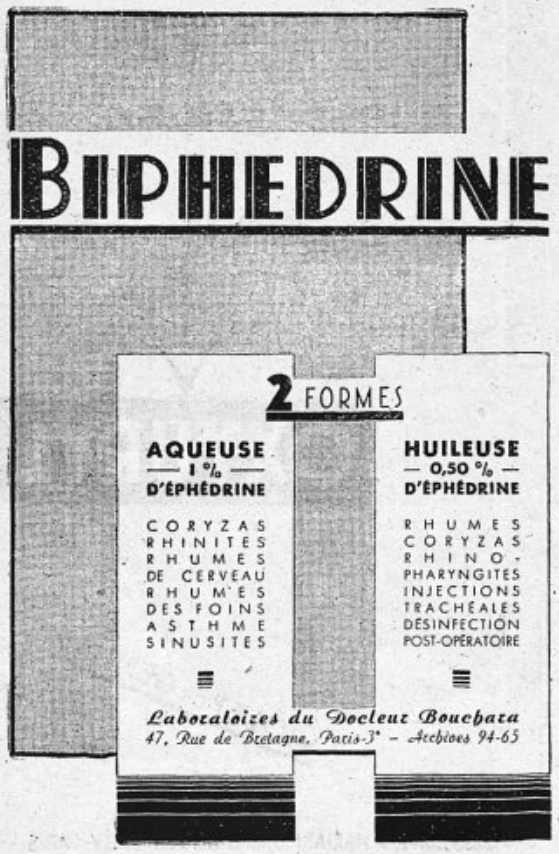
Nous avons le regret d'annoncer la mort du docteur Louis-Melchior Pierra, directeur fondateur de la « Revue française de Gynécologie » ; du docteur Louis André, de La Chartre-sur-le-Loir (Sarthe) ; du professeur Gabriel Florence, professeur de chimie biologique à la Faculté de Lyon, déporté et fusillé par les Allemands à Neuengammen ; du professeur Marcel Lisbonne, professeur de bactériologie à la Faculté de Montpellier.

Nous apprenons avec un vif regret la mort de notre excellent confrère, le docteur J. Mosnier (d'Alès), qui fut un des pionniers durant la période où le syndicalisme médical était encore dans l'enfance. Nous envoyons à sa veuve, Mme le docteur Mosnier-Clauzel, nos biens sincères condoléances.

Nous avons le regret d'annoncer la mort, survenue le 23 février 1946, au Tonkin, du lieutenant Pierre Duchet-Suchaux, tombé sous les balles chinoises à l'âge de 26 ans.

Il était le troisième enfant de notre excellent confrère, le docteur Duchet-Suchaux, dont les deux autres fils prirent aussi part vaillamment à la guerre de libération.

Nous adressons à ses parents nos condoléances amicales et sincères.





Confédération des Syndicats médicaux.

Assemblée du 31 mars 1946 : ORDRES DU JOUR

I. **Assurances Sociales.** — L'Assemblée Générale de la Confédération des Syndicats Médicaux Français, après étude et discussion de l'Ordonnance du 19 octobre 1945 :

1° S'engage à présenter au Gouvernement des propositions concrètes qui soient de nature à apporter tous apaisements à l'Administration et aux Caisses, toute sécurité aux assurés sociaux, en conservant toutefois à l'exercice de la médecine, les garanties indispensables :

Secret professionnel. Libre choix. Liberté de prescriptions. Entente directe.

2° Procède, dès le 31 mars 1946, à la constitution de la Commission confédérale chargée d'établir ces propositions ;

3° S'engage à appliquer, sauf cas exceptionnels, les honoraires syndicaux à tous les assurés sociaux qui ne sont pas dans une situation notoirement aisée, tout dépassement injustifié ou abus devant être déférés devant la Juridiction professionnelle.

Ces honoraires, proposés par les Syndicats médicaux et approuvés par la Confédération des Syndicats Médicaux Français, seront communiqués par celle-ci à la Commission Nationale Tripartite.

4° Décide que la signature des conventions sera différée dans l'état actuel du texte de l'Ordonnance du 19 octobre 1945.

II. **Consultation préalable.** — La C. S. M. F. Demande que pour tous textes législatifs ou réglementaires intéressant la Santé publique, la Sécurité sociale, l'Hygiène et l'Exercice de la Profession médicale, aucune décision ne puisse être prise sans que les organismes représentatifs de notre profession aient été consultés.

III. **Médecine de mines.** — La C. S. M. F. rappelle la position déjà prise par elle au sujet de la médecine dite des mines. Elle déclare que le système appliqué encore actuellement dans certaines régions minières constitue un intolérable scandale et une inacceptable caricature de médecine.

Décide d'entamer immédiatement une action énergique à l'effet d'obtenir, pour ces travailleurs, l'application d'une saine médecine.

IV. **Alsace et Moselle.** — La C. S. M. F. rappelle l'intérêt absolu qu'elle attache à l'extension aux départements d'Alsace et de Moselle, de la législation sociale appliquée à tout le reste du territoire français métropolitain.

Assure les médecins d'Alsace et de Moselle de son appui total, et par tous moyens, pour obtenir l'abolition du régime actuellement appliqué à ces départements.

V. **Régime hospitalier.** — La C. S. M. F. après avoir pris connaissance du projet de décret modifiant le décret du 17 avril 1943 relatif aux hôpitaux et hospices publics,

Considérant que certaines modifications importantes concernant le bon fonctionnement des services hospitaliers doivent être apportées à ce décret.

Demande instamment à M. le Ministre de la Population de bien vouloir, avant la promulgation du décret, convoquer d'urgence une commission mixte, composée de représentants des Syndicats médicaux et du Ministère de la Population, commission qui pourra, après une étude approfondie, mettre sur pied un plan d'organisation hospitalière du pays conforme à l'intérêt des malades et permettant une utilisation aussi parfaite que possible de notre équipement scientifique et technique.

Déclare qu'en ce qui concerne les rapports entre les Assurances Sociales et les hôpitaux, au point de vue médical, les conventions doivent être passées entre Assurances Sociales et Syndicats médicaux.

MIGRAINES — GRIPPES
DOULEURS CATAMÉNIALES
ALGIES

ALGOCRATINE
Un cachet dès la première sensation de douleur
LANCOSME, 77, Avenue Victor-Emmanuel III — PARIS


KAOSYL
DESLEAUX
PANSEMENT GASTRO-INTESTINAL
LANCOSME, 71, Av. Victor Emmanuel III, Paris (8e)

ANEMIES
Ampoules buvables
Une ampoule avant chaque repas
HEPAMINE MAUCHANT
Acides aminés Hématogènes
Comprimés
Quatre comprimés avant chaque repas
LABORATOIRE MAUCHANT
GENNEVILLIERS (Seine)

A TRAVERS L'OFFICIEL

ACCIDENTS DU TRAVAIL.

Arrêté du 14 février 1946 modifiant l'arrêté du 1er mars 1945 sur le tarif des frais pharmaceutiques en matière d'accidents du travail.

Article premier. — L'article 3 de l'arrêté du 1er mars 1945, fixant le tarif des frais pharmaceutiques en matière d'accident du travail, est rédigé comme suit :

« **Art. 3.** — Le règlement des fournitures pharmaceutiques est effectué, dès réception de la facture, par l'employeur responsable. »

(*J. O.*, 28 février 1946.)

ASSURANCES SOCIALES.

Décret du 16 février 1946 relatif à la liquidation de l'Institut National d'Action Sanitaire des Assurances Sociales et au transfert de son patrimoine à la Caisse Générale de Garantie.

(*J. O.*, 17 février 1946.)

Arrêté du 7 février 1946 supprimant le remboursement de certaines spécialités pharmaceutiques.

Article premier. — A compter du premier jour du mois suivant la publication du présent arrêté, les spécialités pharmaceutiques classées dans la catégorie « D » de la liste des médicaments spécialisés prévue à l'article 6 (§ 9) du décret-loi du 28 octobre 1935 ne donnent plus lieu à remboursement de la part des caisses d'assurances sociales.

(*J. O.*, 21 février 1946.)

Arrêté du 13 février 1946 approuvant le modèle de convention à intervenir entre les caisses de sécurité sociale et les syndicats de chirurgiens dentistes.

(*J. O.*, 24 février 1946.)

HOPITAUX ET HOSPICES.

Arrêté ministériel du 11 mars 1946 modifiant l'arrêté du 7 décembre 1945 sur les concours spéciaux des médecins chirurgiens, spécialistes et assistants des hôpitaux.

Article premier. — L'article 2 de l'arrêté du 7 décembre 1945 est ainsi modifié :

« Les concours spéciaux seront ouverts aux candidats qui se sont trouvés dans l'une des situations suivantes et, de ce fait, n'ont pu se présenter aux concours organisés entre la date d'ouverture des hostilités et celle du présent arrêté ou qui, n'ayant pu se présenter qu'à un seul concours dans cet intervalle, s'y sont trouvés gravement défavorisés dans leur préparation :

« 1° Les déportés ou internés pour des motifs politiques ou militaires ;

« 2° Les prisonniers de guerre ;

« 3° Les mobilisés ou engagés dans les formations militaires françaises de terre, de mer et de l'air ;

« 4° Les mobilisés ou engagés dans les forces alliées ayant réintégré les forces françaises avant le 1er décembre 1942 ;

« 5° Les combattants des forces françaises de l'intérieur ou assimilés, dont la qualité a été homologuée par l'autorité militaire ;

« 6° Ceux qui, pendant six mois au moins se sont soustraits aux recherches ou aux réquisitions des autorités ennemies ou du pseudo-gouvernement de Vichy ;

« 7° Ceux qui n'ont pu faire acte de candidature, en raison des mesures prises contre certaines catégories de Français ;

INNOVATIONS THÉRAPEUTIQUES Innothéra
SYMPATHYL
RÉGULATEUR DU SYSTÈME NEURO-VÉGÉTATIF
3 à 8 comprimés par jour
INNOTHÉRA, 54, AVENUE PAUL-DOUMER, ARCUEIL (SEINE)

BOURBON-LANCY
(Saône-et-Loire)
Eaux oligométalliques, hyperthermales, radioactives
Traitement du Rhumatisme articulaire aigu et de ses séquelles endocarditiques, des Rhumatismes chroniques, de la Goutte, de la Sciatique.
Saison du 15 Mai au 1er Octobre

« 8° Ceux qui ont dû travailler, pendant six mois au moins, sous la contrainte de l'ennemi (S. T. O.) ;

« 9° Ceux qui ont été atteints d'infirmités dans les conditions prévues par la législation en vigueur sur les victimes civiles de la guerre.

« Ces concours seront considérés comme des concours supplémentaires et, de ce fait, n'entreront pas en ligne de compte pour le calcul du nombre maximum de concours auxquels peuvent se présenter les candidats en vertu de la réglementation en vigueur. »

Art. 2. — L'article 9 de l'arrêté du 7 décembre 1945 est abrogé.

(*J. O.*, 12 mars 1946.)

Arrêté ministériel du 11 mars 1946 modifiant l'arrêté du 7 décembre 1945 en ce qui concerne les concours spéciaux des médecins, chirurgiens, spécialistes et assistants des hôpitaux pour Paris, Lyon et Marseille.

Article premier. — Les dispositions de l'arrêté du 7 décembre 1945 relatif aux concours spéciaux des médecins, chirurgiens, spécialistes et assistants des hôpitaux sont modifiés ainsi qu'il suit, en ce qui concerne les établissements relevant de l'administration générale de l'Assistance publique à Paris, l'administration de l'Assistance publique à Marseille et l'administration des hospices de Lyon.

Art. 2. — Pour les différentes catégories de candidats visées à l'article suivant, un concours spécial sera ouvert dans chacune des disciplines hospitalières, en vue de la nomination, soit de chef de service, soit d'assistant.

Art. 3. — (*Reproduit intégralement les dispositions de l'article 2 de l'arrêté du 7 décembre 1945 modifié par l'arrêté du 11 mars 1946, tel que reproduit ci-dessus.*)

Art. 4. — Les candidats bénéficieront de majorations dont le taux variera suivant la nature et la durée du préjudice qu'ils ont subi ainsi que des mérites patriotiques exceptionnels dont ils pourraient, le cas échéant, faire la preuve.

Une majoration supplémentaire pourra être également prévue au profit des candidats déjà inscrits avant la guerre et qui se trouvent désavantagés par rapport aux plus jeunes concurrents.

Art. 5. — Les candidats pourront, en outre, bénéficier de dispenses portant sur l'internat, le clinicat ou l'assistanat prévus par les règlements en vigueur pour l'accès aux concours normaux.

Art. 6. — Les dispositions ci-dessus ne seront pas applicables aux candidats qui, par suite d'échecs successifs, avaient antérieurement perdu le droit de se représenter aux concours normaux.

Art. 7. — Le directeur général de l'administration de l'Assistance publique à Paris, le directeur de l'administration de l'Assistance publique à Marseille et le conseil général d'administration des hospices de Lyon fixeront, chacun en ce qui le concerne, et après consultation des syndicats professionnels intéressés, les modalités desdits concours, compte tenu des dispositions prévues aux articles précédents.

Art. 8. — Ces modalités devront être soumises à l'approbation du ministre de la Santé publique et de la population, qui prendra l'avis de la commission nationale prévue à l'article 6 de l'arrêté du 7 décembre 1945 ci-dessus visé, à laquelle seront adjoints cinq membres, dont trois du corps médical des hôpitaux de Paris, un du corps médical des hôpitaux de Marseille et un du corps médical des hospices de Lyon, choisis par le ministre, sur proposition des syndicats médicaux hospitaliers.

La commission ainsi composée sera, en outre, chargée de la vérification des titres des candidats aux concours : la liste des candidats admis à concourir sera définitivement arrêtée par le ministre, sur proposition de ladite commission.

(*J. O.*, 12 mars 1946.)





RECTOCALCIUM

CALCITHÉRAPIE INTENSIVE PAR VOIE RECTALE

SUPPOSITOIRES ADULTES
1 gr. de gluconate de chaux

SUPPOSITOIRES ENFANTS
0gr.50 de gluconate de chaux

Toutes les indications du Calcium
Tolérance et assimilation parfaites
Aucun des inconvénients
de la Voie parentérale

LABORATOIRE ROGER BELLON
LOUIS FERRAND
Ex-Interne, Lauréat des Hôpitaux de Paris
PHARMACIEN-GÉRANT
(GAMBÉOL, ACTIPHOS, HÉMOPYLORE "3", GLOBIRON)
78 bis, Avenue Marceau - PARIS (8e)

PARTIE SCIENTIFIQUE

LA PÉNICILLINE EN OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

par le Professeur Jean PIQUET (Lille)

DES travaux et de nombreuses revues générales ont fait connaître les principales indications médicales et chirurgicales de la sensationnelle découverte de Fleming. Par contre, les indications de la pénicillothérapie en oto-rhino-laryngologie ont donné lieu à fort peu de publications. Dans ce domaine, où le nouvel agent thérapeutique a donné des résultats remarquables, nous voudrions essayer de préciser quelles sont, à l'heure actuelle, ses possibilités et ses limites (1).

Nul n'ignore que la pénicilline peut être utilisée par voie générale (sous cutanée ou mieux intramusculaire) et par action locale. Contrairement aux sulfamides, peu actifs dans les plaies infectées, la pénicilline conserve toute action antimicrobienne dans le sang, le pus, et les produits d'autolyse tissulaire. C'est pourquoi " in situ ", en solution titrant 1.000 U.O., en moyenne, par centicube, elle peut donner de brillants résultats et dispenser du traitement général. On sait, en effet, que ce dernier nécessite des doses considérables de pénicilline, au moins 100.000 U. O. par jour, étant donné que l'agent thérapeutique s'élimine presque entièrement par les urines en quelques heures de temps, la partie retenue dans les tissus étant minime. D'autre part, la pénicilline, employée par voie générale, ne passe pas à travers la coque des abcès et pénètre difficilement dans les foyers infectieux parce que le poids de sa molécule est très élevé (Sureau). Ainsi donc, les applications locales seront plus actives et moins dispendieuses que le traitement général. Cependant, les septicémies et les infections osseuses graves, où il est essentiel d'imprégner tout l'organisme où la totalité de l'os menacé d'une infection extensive, restent l'indication majeure de la pénicillothérapie générale.

Pénicilline et sulfamide ne s'excluent nullement. Dans bien des cas, on a intérêt à associer ces deux méthodes de traitement, qui se complètent (Canfield), surtout si les sulfamides sont utilisés par voie générale. Cependant, il faut se souvenir qu'en applications locales, on ne peut employer avec la pénicilline qu'un sulfamide ayant un P.H. voisin de la neutralité (septoplix par exemple).

Les germes couramment rencontrés en O.R.L. : streptocoque, staphylocoque, pneumocoque, et, éventuellement anéarobies, sont sensibles à la pénicilline dans la proportion de 90 % d'après les auteurs américains. Un petit nombre est pénicillo-résistant (pneumobacille de Friedlander, bacille de Pfeiffer). Cependant, parmi les germes habituellement sensibles à la pénicilline, **certaines souches peuvent être résistantes.** C'est pourquoi il sera toujours bon de faire contrôler par le laboratoire l'action de la pénicilline sur le germe en cause pour savoir ce que l'on est en droit d'espérer du traitement.

Les otites aiguës sans perforation du tympan ne sont guère influencées par la pénicilline. Par contre, dès que l'écoulement est apparu, on peut mettre en œuvre le traitement pénicillinique sous forme d'applications locales d'une solution de 250 à 500 U. par centicube. Celle-ci est instillée dans l'oreille malade, la tête étant couchée du côté opposé, et refoulée dans la profondeur par insufflation à l'aide du spéculum de Siegle, comme s'il s'agissait de la méthode de Proetz. Dans les formes graves, on associe à ces instillations un traitement général, allant de 60.000 à 100.000 U. par jour. Les auteurs américains (Swanson et Baker, Koebbe, etc.) auraient obtenu ainsi la guérison d'otites aiguës graves et même d'otites chroniques. En France, la rareté de la pénicilline n'a guère permis la mise en œuvre d'un semblable traitement, nécessitant 300.000 à 1.500.000 U.O. Cependant, on a publié quelques cas d'otites graves traitées et guéries par des applications locales de pénicilline (Huet).

Les suites opératoires de la **mastoïdite ont été** transformées par la pénicilline en applications strictement locales, qui stérilise complètement la cavité opératoire. En Amérique, F. Florey, et en France, Aubin, Guillon et Sureau suturent complètement la plaie cutanée après l'intervention, ne laissant en place qu'un petit drain. Par ce dernier, on aspire les sécrétions toutes les six ou huit heures et l'on instille une solution de pénicilline à 500 U.O. par centicube en fermant soigneusement le drain. Au bout de huit jours, on cesse le drainage et la plaie est cicatrisée.

Nous avons utilisé une technique un peu différente. Après l'intervention la plaie est suturée en ne laissant qu'un petit pertuis à sa partie inférieure, jouant le rôle de " soupape de sûreté " si le germe en cause est pénicillo-résistant. Par ce pertuis, on introduit une petite mèche imprégnée de pénicilline. Cette mèche, changée matin et soir, est enlevée définitivement le huitième jour. Dans six cas ainsi traités par nous (1), la cicatrisation a été obtenue d'une façon constante en l'espace de huit jours. Une fois même, le traitement n'a été commencé que le septième jour et néanmoins la cicatrisation était complète au bout d'une semaine. Dans un septième cas, où il s'agissait d'une ostéite profonde du rocher, il était survenu une hémorragie du bulbe de la jugulaire ayant nécessité un tamponnement à

(1) Si l'on en croit les nouvelles données par la presse quotidienne, la France disposerait prochainement de trente milliards d'unités mensuellement, contre dix milliards à l'heure actuelle.

(1) Le petit nombre des cas de mastoïdite tient à la rareté actuelle de cette affection dans notre région, où les médecins traitent systématiquement les otites aiguës par la sulfamidothérapie.

demeure. Après avoir placé des mèches imprégnées de pénicilline, la plaie a pu être suturée secondairement le cinquième jour et la réunion a eu lieu par première intention. Enfin, dans une otite chronique avec ostéite de la base du rocher (foyer sous-labyrinthique postérieur) où il persistait une suppuration abondante et fétide, malgré une large intervention chirurgicale, les mèches pénicillinées ont séché le foyer d'ostéite.

Plusieurs points péritent d'être retenus. En premier lieu, il est à noter que nous n'avons presque jamais obtenu la stérilisation **bactériologique** de la plaie opératoire : au huitième jour, la culture décelait encore des germes. Néanmoins, la guérison clinique était obtenue. En second lieu, les examens histologiques du tissu de granulation prélevé après traitement pénicilliné n'ont montré à notre collègue le professeur agrégé Driessens aucune espèce d'altération. Enfin, chez tous nos malades, la suppuration de l'oreille moyenne, parfois très abondante, avait complètement cessé après quarante-huit heures de traitement par la pénicilline.

Le traitement pénicilliné **après évidement pétro-mastoïdien** a été essayé par notre collaborateur le Dr Ducrocq dans un service de tuberculeux. Après l'opération, un petit drain était placé dans la plaie retro-auriculaire suturée. Des instillations biquotidiennes de pénicilline étaient faites par ce drain et la mèche intra-cavitaire était changée tous les cinq jours environ. La suppuration était insignifiante et la réparation s'effectuait avec une extrême rapidité, alors que l'on sait combien elle est lente et difficile chez des tuberculeux pulmonaires en évolution.

Les septicémies otogènes constituent le triomphe de la pénicillothérapie, utilisée à la dose de 100.000 à 200.000 U.O. par jour. Sur quatre cas particulièrement graves où nous avons dû pratiquer l'opération de Grunert, trois fois la guérison a été obtenue. Dans le quatrième cas, l'insuccès a été dû vraisemblablement à ce que le traitement par la pénicilline a été appliqué trop tardivement. Enfin, tout récemment, nous avons vu guérir un cas de **thrombose du sinus caverneux** d'origine indéterminée. Il faut encore retenir les faits suivants. Tout d'abord, le traitement pénicillinique ne dispense pas de l'acte chirurgical. Un de nos malades, déjà opéré, chez qui les injections de pénicilline avaient d'abord été inactives, n'a été amélioré qu'après une large intervention suivie de la ligature de la jugulaire, bien que le sinus latéral se soit montré indemne à l'opération. Un cas analogue a été rapporté par Leroux-Robert. D'autre part, le traitement doit être continué plusieurs jours après la guérison apparente, sous peine de voir les accidents reparaître.

Les méningites dues à des germes résistant aux sulfamides (en particulier le staphylocoque et le pneumocoque) sont généralement guéries par l'action de la pénicilline. Comme celle-ci ne passe pas du sang dans les méninges, elle doit être introduite par voie rachidienne. Une ou deux fois par jour, après avoir retiré 20 centicubes de liquide C.R., on injecte une solution titrant suivant la gravité du cas 400 à 1.000 U.O. par centicube. Les doses à utiliser varient entre 5.000 à 10.000 U.O. (Fleming) et 20.000 à 40.000 U.O. par jour (Dawson et Hobby, Waring et Smith). Mais, à notre avis, il ne faut pas négliger le traitement du foyer osseux, qui doit rester le premier acte thérapeutique. Après mastoïdectomie large ou évidement pétro-mastoïdien, il importe de compléter la désinfection de l'os par un traitement pénicillinique local, pour stériliser d'une façon complète la lésion osseuse. L'utilité de cette stérilisation du foyer osseux par l'intervention chirurgicale et la pénicilline, nous a été prouvée par le fait que, chez l'un de nos malades, opéré par le Dr Barlet, **ce seul traitement, sans injection intra-rachidienne,** a amené en quarante-huit heures la disparition de presque tous les signes cliniques dans une méningite à " mucosus ". Mais le traitement par la pénicilline, pour être efficace, doit être précoce. Ainsi, une de nos malades, atteinte d'une méningite pneumococcique évoluant depuis près d'un mois, entrée à l'hôpital au stade d'obnubilation, n'a pu être guérie, malgré une amélioration passagère, par des injections intra-rachidiennes de 20.000 U.O. par jour durant cinq jours.

Plusieurs cas **d'abcès cérébral** guéris par ponction évacuatrice et injection de pénicilline intra-cavitaire ont été rapportés par Aubin et ses collaborateurs. Mais ces faits, fort intéressants en soi, ne doivent pas nous faire abandonner la sulfamidothérapie dans le traitement des suppurations cérébrales. En effet, celles-ci peuvent être localisées ou s'accompagner d'encéphalite progressive. Les abcès sans encéphalite guérissent par simple drainage et rien ne prouve que les cas guéris par l'injection de pénicilline n'appartenaient pas à cette forme. Au contraire, les abcès avec encéphalite se terminent presque toujours par la mort. Or, il n'est pas encore prouvé que la pénicillothérapie agisse contre cette encéphalite progressive, contrairement aux sulfamides, dont l'emploi à forte dose a transformé le pronostic de l'abcès cérébral (1). Actuellement, comme il est impossible de savoir si l'abcès s'accompagne ou non d'encéphalite, nous estimons qu'il n'est pas prudent de s'abstenir du traitement sulfamidé.

Les sinusites aiguës peuvent être traitées par la pénicilline en applications locales, soit par la méthode de Proetz (sinusites frontales), soit par ponction (antrites maxillaires). La guérison est généralement obtenue en quelques séances. **Les sinusites chroniques** peuvent aussi être guéries par le même traitement (Aubin, Rouget et Lemariey). Mais les échecs sont nombreux, dus sans doute à la présence de germes pénicillo-résistants (Aubin). D'autre part, la guérison n'est pas toujours définitive : nous avons vu ainsi une sinusite, guérie en apparence, récidiver au bout de quelques semaines. Dans les cas de sinusite avec **ostéite localisée,** la pénicilline en applications locales après l'opération nous a donné d'excellents résultats. Chez deux malades où la sinusite maxillaire antérieurement opérée

(1) J. Piquet. Abcès encéphaliques et Sulfamidothérapie. " Presse médicale, " 9 Février 1946.

et fistulisée s'accompagnait d'ostéite (streptocoque et staphylocoque), après une cure radicale l'application de mèches pénicillinées renouvelées deux fois durant huit jours a amené une guérison complète. Dans **l'ostéomyélite envahissante des os de la face** (Ramadier) et dans **l'ostéomyélite cranienne d'origine sinusienne** (Putney, Lemariey) des malades ont pu être guéris par la pénicilline. Mais il est parfois nécessaire, après avoir commencé par 100.000 U.O. par jour, d'utiliser dans les formes graves des doses considérables de pénicilline allant jusqu'à un million d'unités par jour (Canfield). La guérison a souvent été acquise sans intervention. Nous pensons que le traitement pénicillinique nous permettra d'éviter les larges opérations craniennes du type Mygind, qui, jusqu'à présent ne nous ont pas paru améliorer sérieusement le pronostic de l'ostéomyélite envahissante des os du crâne.

Dans les **angines,** on a eu recours en Amérique aux pastilles pénicillinées (500 U.O. au gramme). Le traitement général demande une telle quantité de pénicilline qu'il est trop dispendieux pour pouvoir être utilisé dans les infections banales de l'amygdale. Par contre, dans les **septicémies à point de départ amygdalien**, généralement très graves, la pénicilline a souvent donné des résultats remarquables. Ainsi, chez six malades présentant, à la suite d'une angine (avec ou sans abcès), une septicémie à B. funduliformis, avec grands frissons, Lemierre, Reilly, Morin et Rathery n'ont pas enregistré un seul échec par le traitement pénicillique. La dose moyenne a été de 100 à 120.000 U.O. par jour, et parfois de 160.000 U.O.

La pénicilline a été peu utilisée pour le traitement des **maladies du larynx.** Cependant, tout récemment, Rebattu a signalé les bons résultats qu'il a obtenus dans la laryngite sous-glottique de l'enfance. Nous avons eu recours, à quatre reprises, à la pénicilline après des **laryngectomies totales** pour cancer (20.000 U.O. par voie trachéale et 80.000 par voie intra-musculaire). Les suites opératoires ont été remarquablement simples. L'expectoration a toujours été peu abondante, la température est restée modérément élevée et la plaie n'a eu que fort peu le caractère sphacélique. Pour cette raison, nous nous proposons d'étendre les indications de la laryngectomie à des sujets dont l'âge ou l'état pulmonaire constituaient une contre-indication chirurgicale.

Une **perforation traumatique de l'œsophage** survenue chez un enfant à la suite d'un bougirage a été traitée par la pénicilline par Rouget et Lemariey. Le malade a guéri sans incident et sans élévation thermique (1).

Enfin, les **abcès du poumon** et la stase bronchique infectée ont été traités par voie endoscopique (broncho-aspiration et instillation endobronchique de pénicilline) associée ou non à la mycothérapie générale. Nos collègues, le Pr. Gernez-Rieux et le Dr. A. Breton réalisent ces " lavages endoscopiques " suivant une méthode analogue à celle de Metras (de Marseille). Dans la stase bronchique infectée (vérifiée au lipiodol), après avoir recherché la sensibilité des germes à la pénicilline, ils aspirent les sécrétions et injectent de 20.000 à 50.000 U.O. dissoutes dans 5 centicubes d'eau seulement. Les séances sont renouvelées en principe de trois jours en trois jours. Dans les abcès pulmonaires, le traitement pénicillinique général est appliqué durant toute la période aiguë. Dès la chute de la température, la bronche de drainage, repérée sous endoscopie, est drainée deux fois par semaine et injectée à la pénicilline (50.000 U.O.). Jusqu'à présent les résultats ont été très satisfaisants.

Tels sont les résultats, encore incertains et fragmentaires, qui ont été publiés ou qui ont été obtenus par nous en collaboration étroite avec le Pr. Gernez, directeur de l'Institut Pasteur de Lille. Mais nos conclusions, dans une semblable question, en pleine évolution, devront être complétées, et peut-être révisées dans un proche avenir.

(1) Il faut cependant tenir compte que les perforations de l'œsophage ne sont pas toujours graves et qu'elles peuvent guérir spontanément, sauf quand elles compliquent un cancer. Nous avons signalé, dans la thèse de Deburge, la possibilité de ces perforations " bénignes " et de nouveaux faits ont confirmé notre manière de voir.

(Travail du Centre hospitalier et de l'Institut Pasteur de Lille

CONFÉRENCES MÉDICALES GENÉVOISES (1)

LA THERAPEUTIQUE ANTI-COAGULANTE MODERNE

par G. BICKEL
Professeur de Clinique Thérapeutique (Genève)

Ces traitements sont d'autant plus importants que les thromboses et les embolies sont environ deux fois plus fréquentes qu'il y a une vingtaine d'années, aussi bien dans les services de médecine que de chirurgie. Si le citrate de soude est un excellent anti-coagulant « in-vitro », il provoque chez l'animal une hyper-coagulabilité qui favorise les thromboses. Les oxalates et les fluorures sont trop toxiques. Les sangsues ont une action intéressante, mais la quantité d'hirudine mise en liberté est trop faible pour agir efficacement. Restent donc deux produits en présence : l'héparine et la dicoumarine.

(1) V. *Concours Médical*, n^os^ du 10-2 et du 10-3-1946.

I. — Héparine

Elle est ainsi appelée parce qu'elle s'extrait spécialement des foies d'animaux ; elle s'y trouve en quantité très faible, puisqu'un kilo de glande ne fournit que 25 à 50 mgr. d'H pure.

Sa propriété essentielle est de rendre le sang incoagulable ; dès qu'elle pénètre dans la circulation, elle allonge le temps de coagulation, mais au bout d'une heure l'effet a disparu,

étant neutralisée sur place. Le temps de saignement n'est pas modifié, sauf par l'emploi de très fortes doses ; aussi le produit n'est-il pas toxique.

1° Mode d'emploi :

Elle s'emploie uniquement par voie intra-veineuse. 60 mgr. ainsi introduits élèvent le temps de coagulation, de 5 à 7 minutes normalement, à 30 minutes et, en pratique, il n'y a pas intérêt à dépasser les chiffres de 15 à 30 minutes. Ce résultat apparaît 10 minutes après l'injection, il s'atténue assez rapidement et disparaît au bout de 3 à 4 heures. La répétition des injections prolonge cet effet anti-coagulant ; pour qu'il soit permanent, il faut utiliser « l'infusion » intra-veineuse d'une solution de sérum, 100-200 mgr. par litre, à raison de 1 à 2 cc3 par minute. En pratique, on se borne, peut-être avec un résultat moins bon, à des injections intra-veineuses répétées, de 50 à 75 mgr, à 8, 12 et 16 heures, en doublant la dose à 20 heures. On étudie aux Etats-Unis l'emploi du produit en injections sous-cutanées, et une dose unique de 300 mgr. suffirait à agir pendant 3 jours.

2° Indications :

Transfusion sanguine : Le citrate raccourcit le temps de coagulation du receveur, ce qui est utile si celui-ci est atteint d'une diathèse hémorragique, mais nuisible comme c'est le cas chez la plupart des opérés qui présentent une prédisposition aux thromboses. Il y a deux manière d'utiliser l'H.

a) Injection dans les veines du donneur, quelques minutes avant la transfusion, d'un demi à 1 mgr. du produit par kilo. de poids, très lentement (5 minutes) et dilué dans 20 cc3 de sérum physiologique ;

b) Pour ne pas agir sur les 5 litres de sang dont on ne prélève que 300 à 500 cc3, le sang du donneur est reçu dans un récipient renfermant de l'H. dissoute dans du sérum, à raison de 2 mgr. pour chaque 100 cc3 de sang ; la dose est portée à 4 mgr. si le sang doit être conservé pendant plus de 3 heures.

Prophylaxie des thromboses : On emploie le goutte à goutte intra-veineux, pendant 5 à 6 jours, après les opérations, ou les injections intra-veineuses : 50 à 75 mgr., 3 fois par jour, et le soir 100 à 125 mgr., cette dose quotidienne de 250 à 350 mgr. étant administrée pendant 5 à 10 jours. Autre procédé plus pratique, mais peut-être moins sûr : infiltration dans la plaie opératoire par une solution de 15-20 mgr. d'H dans 30-80 cc3 de sérum, puis 1, 5 et 30 heures après l'opération, 40 mgr. intra-veineux ; y associer la gymnastique respiratoire et les contractions rythmiques des muscles des jambes.

Traitement des thrombo-phlébites et des embolies : le seul effet de l'H. sur les thromboses constituées est d'arrêter l'extension du thrombus. et le traitement doit être poursuivi 10 à 15 jours. Pour les phlébites, la « veinographie », c'est-à-dire l'introduction d'un produit opaque aux rayons X dans une veine du coup de pied, montre que les thromboses ne débutent pas dans le plexus veineux du bassin, mais bien dans la partie inférieure de la jambe ; le thrombus remonte, il se fixe à la veine mais reste encore flottant à son intérieur, d'où grave danger d'embolie alors qu'aucun signe clinique n'attire l'attention; enfin il se fixe définitivement et oblitère la veine, moment auquel apparaissent les signes cliniques. En cas de phlébite « en fer à cheval » la veinographie montre qu'il s'agit d'un second foyer symétrique, et non du passage du thrombus d'un côté à l'autre. Le traitement préventif de la thrombo-phlébite doit donc être précoce : pendant 3 à 5 jours, donner 100 mgr., 3 fois par jour, la première dose étant de 125 à 150 mgr. Comme la veinographie n'est pas utilisable en pratique, il faut se méfier des symptômes suivants : élévation inexpliquée de la température et du pouls, agitation générale, douleurs passagères dans les mollets, changement de coloration de la peau, augmentation de la consistance des muscles du mollet, apparition d'un point sensible à la palpation dans la partie postéro-inférieure de la jambe.

Au cours de l'embolie pulmonaire, l'H. aura quelque effet favorable, mais ce n'est pas assuré. Elle est indiquée dans la chirurgie vasculaire et surtout dans les embolectomies. On a recommandé deux méthodes :

a) Injecter 2/3 de mgr. par kilo lorsque l'artère est mise à nu et deux heures plus tard, puis continuer le traitement en se basant sur le temps de coagulation ;

b) Verser dans la plaie une solution d'H. à 1 0/00, en imbiber les fils de suture et injecter dans les veines 40 mgr. à la fin de l'intervention et 24 heures plus tard.

II. — Dicoumarine

Un vétérinaire canadien ayant remarqué que des hémorragies apparaissent chez le bétail ayant absorbé du fourrage contenant du mélilot avarié, il fut possible d'identifier le principe hémorragipare, sous forme d'un dérivé de la coumarine, produit utilisé en parfumerie pour obtenir l'odeur du foin coupé. La D. purifiée et isolée sous forme cristalline, préparée par voie synthétique, produit à fortes doses une diathèse hémorragique mortelle par diminution de la coagulabilité sanguine (que les transfusions de sang frais font disparaître) ; à doses modérées, on arrive à empêcher, sans accident, l'apparition des thromboses intra-vasculaires et des embolies.

L'avantage de la D. sur l'héparine est d'être d'un prix peu élevé et de pouvoir s'administrer par voie buccale, ce qui est précieux pour un traitement de longue haleine. Autre différence : elle n'agit qu'après un temps de latence de 24 à 48 heures et son action se prolonge un certain temps (3 à 7 jours), tandis que l'héparine agit rapidement et cesse d'agir de même (4 à 6 heures). En cas d'urgence, il faut donc associer les injections intra-veineuse d'héparine à la prise buccale de D. ; dès que le temps de prothrombine est de 35 secondes, on arrête l'héparine et on continue la D. seule. Enfin la D. est d'une application beaucoup plus délicate, puisqu'elle nécessite des contrôles de laboratoire, utilisables seulement dans les services spécialisés.

La D. se donne à 300 mgr. le premier jour, 200 le lendemain, puis à des doses d'entretien basées sur l'examen quotidien du sang, pour déterminer indirectement le taux de prothrombine par mesure du temps de prothrombine, car la simple détermination du temps de coagulation ne suffit pas. Il ne faut pas donner le pro-

duit lorsque le temps de prothrombine est supérieur à 35 secondes, soit un taux compris entre 20 et 30 %. Comme l'action de la D. ne se manifeste qu'après deux jours pleins de traitement, on recherche le temps de prothrombine au matin du troisième jour et, s'il est supérieur à 35 secondes, on arrête le médicament jusqu'à ce qu'il revienne à ce chiffre. On continue alors par séries fractionnées, en donnant, par jour, 150 à 200 mgr, aussi longtemps que besoin, pour maintenir le temps de prothrombine entre 30 et 40.

Les **complications hémorragiques** sont assez fréquentes et parfois même graves ; les plus bénignes sont les hématomes, hématuries, mélæna et métrorragies. Il faut alors aussitôt interrompre le traitement et pratiquer des transfusions sanguines répétées ; celles-ci seront sans doute remplacées plus tard par des injections intra-veineuses de prothrombine humaine. La vitamine K, même à forte dose, est peu active (1).

(1) Leçon recueillie et résumée par le Dr Pierre Lowys.

CONSULTATIONS MÉDICO-CHIRURGICALES

Comment interpréter les suites impressionnantes d'une injection intraveineuse de Gonacrine

Un malade est traité par des injections intraveineuses de gonacrine. Lors de l'une de ces interventions, à peine l'injection était-elle poussée, qu'au-dessous du garrot les téguments prirent instantanément une coloration érythro-cyanotique. Moins de dix secondes après, sur ce fond violacé, se détachèrent des papules cuisantes, rappelant les papules urticariennes, mais ici d'un jaune acridinique intense. A cet aspect, parfaitement insolite, se joignaient des signes subjectifs angoissants : sensation de bras mort et douleur angineuse. Puis, quelques minutes après, s'installait un œdème blanc, qui débutait par l'extrémité distale du membre, et avec lui disparaissait l'éruption ortiée du début.

Le confrère, médecin traitant, nous rapporte ce cas, et nous demande une explication.

Pour le renseigner, nous nous sommes adressé au docteur **H. Jausion,** promoteur de l'acridinothérapie. Celui-ci nous réfère à une communication, que, dès le 6 mars 1931, il avait faite à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris sur les accidents possibles de cette méthode par la gonacrine, chlorométhylate de diamino-acridine.

Il s'agit là de l'un des risques les plus saisissants, celui de **l'injection malencontreuse dans l'artère humérale,** pénétrée après effraction de la paroi postérieure d'une médiane basilique. Cinq fois dans sa pratique, cet auteur avait rencontré pareil accident, dont l'apparence, ainsi qu'on a pu en juger, est des plus dramatiques : la totalité de la charge injectée avait dû créer l'embolie acridémique dans l'artère humérale. Pareilles observations ont été également relatées en France et à l'étranger.

L'évolution de ces accidents est variable d'un cas à l'autre ; chez tous les patients elle semble s'être déroulée sans séquelles graves. L'œdème blanc, qui apparaît en dernier, a même pu se restreindre à la main dans le plus bénin des cas. Toujours chez un patient de Carillo y Barralt, le retour à la normale dans la semaine consécutive. Cependant, des placards pigmentaires ont apparu sur l'emplacement des maculo-papules primitives ; leur disparition a exigé plusieurs semaines. Portello incrimine en pareils cas capillarite et œdème vaso-paralytique ; il faut y ajouter l'action tinctoriale du colorant, plus intense par voie directe et artérielle.

Contre cette éventualité, il n'y a qu'un remède : injection intra-veineuse, satisfaisant à sa définition.

G. Fischer,

LES LIVRES

G. DOIN et Cie, éditeurs

Jean Olmer, P. Buisson et M. Audier, médecins des Hôpitaux de Marseille. — **Les interventions de pratique médicale courante.** 2e édition entièrement refondue. Un vol., 122 p. avec fig., 88 fr.

Le médecin trouvera dans ce livre un exposé clair et complet, sans détails superflus, des diverses techniques de pratique médicale courante, depuis les mieux connues et les plus anciennement employées jusqu'à celles qui ont pris tout récemment leur place parmi les méthodes de diagnostic ou de traitement. La description des diverses techniques est suivie, chaque fois, d'une mise au point des incidents et des accidents qui peuvent survenir lors de leur mise en pratique, de la manière de les éviter ou du traitement à leur appliquer si par hasard ils surviennent. Les indications de chacune de ces interventions, les renseignements qu'elles apportent au diagnostic, leur valeur thérapeutique ont été précisés avec soin.

Cette seconde édition a été minutieusement revue et trois nouveaux chapitres y ont été ajoutés, consacrés à la ponction sternale, aux perfusions sanguines, aux infiltrations sympathiques. Enfin, il a paru utile de présenter, dans un quatrième chapitre, nouveau, l'état actuel de la question des vaccinations dans la pratique médicale.

LIVRES RECEMMENT PARUS

Chez MASSON et Cie

J. Delmas et A. Delmas. — **Voies et centres nerveux.** Introduction anatomo-physiologique à la neurologie. Un vol., 164 pages, 92 fig., 1946, prix : 270 fr.

D. Petit-Dutaillis et S. de Sèze. — **Sciatiques et lombalgies par hernie postérieure des disques intervertébraux.** Un vol., 180 pages, 133 fig., 1945, prix : 235 fr.

Pierre Mollaret et Ivan Bertrand. — **L'hypertonie de décérébration chez l'homme.** Contribution physio-pathologique et anatomique à propos d'un cas permanent pendant dix-sept ans. Préface du professeur G. Guillain. Un vol., 156 pages, avec fig., 1945, prix : 180 fr.

ACADEMIE DE MEDECINE

La Pénicilline en chirurgie

(M. F. M. Cadenat ; 11-12-1945)

Au centre de pénicilline de la Clinique chirurgicale de l'hôpital Saint-Antoine, M. Cadenat a pu réunir, depuis six mois, 133 observations de cas chirurgicaux soumis à la pénicillinothérapie : anthrax, furoncles, panaris et phlegmons de la main, infections d'origine buccale ou rhino-pharyngée, infections puerpérales, etc.

Dans 12 cas d'anthrax et furoncles à formes intensives, dont plusieurs de la face, l'amélioration s'est faite sept fois dès le premier jour ; cinq fois, elle a demandé trois ou quatre jours. Les doses de pénicilline ont été de 2 à 300.000 unités quotidiennes dans les cas particulièrement graves. Deux phlegmons sous-maxillaires (dont une angine de Ludwig) ont été guéris par l'association pénicilline-chirurgie. Sur 12 infections puerpérales graves traitées par la pénicilline, 9 ont guéri : 4 guérisons sur 6 cas avec lésions péri-utérines et péritonéales sévères ; 5 guérisons sur 6 cas d'infection générale sans manifestations locales utérines ou péritonéales.

A côté des brillants résultats de la pénicillinothérapie, il faut signaler la simplicité de son emploi : les injections intra-musculaires de pénicilline sont indolores et les réactions sont nulles, mais cette facilité même offre un écueil. Il ne faudrait pas substituer sans réserves la pénicilline aux moyens qui ont fait leurs preuves ; elle ne dispense pas des règles thérapeutiques habituelles. Il ne faudrait pas s'adresser à la pénicilline dans les cas justiciables d'autres méthodes et en prolonger l'usage beaucoup plus longtemps qu'il n'est nécessaire. En dehors de la rareté du produit, qu'il convient d'économiser, on risquerait peut-être de créer une pénicillino-résistance qui, dans une circonstance ultérieure vraiment grave, rendrait moins efficace ce mode précieux de traitement.

ACADEMIE DE CHIRURGIE

Névralgie du glosso-pharyngien traitée par section extra-cranienne du nerf.

(M. Froehlich, de Strasbourg. — Rapport de M. Petit-Dutaillis ; 5-12-1945)

Une femme de 55 ans souffre depuis trois mois de douleurs lancinantes dans la région sous-angulo-maxillaire gauche, douleurs exaspérées par le frôlement de la peau au niveau de la grande corne de l'os hyoïde et le passage de la salive sur le bord postéro-externe de la langue. L'alimentation et la parole sont entravées. M. Froehlich fait une injection locale de novocaïne, qui est suivie de disparition des douleurs pendant deux jours. Il pratique ensuite une résection extra-cranienne de deux centimètres de nerf glosso-pharyngien. Revue un an et demi après, la malade n'a plus eu de douleurs et n'accuse aucun trouble de déglutition ou sensoriel.

— M. Petit-Dutaillis note que dans ce cas, où la névralgie du glosso-pharyngien (névralgie assez rare) était typique, avec ses douleurs atroces à l'occasion de la déglutition et ses irradiations, il y a lieu de signaler le siège assez particulier de la « trigger zone », qui était sus-hyoïdienne et répondait à un territoire cutané, alors qu'habituellement la trigger zone siège au niveau de la région amygdalienne (amygdale et base de la langue). La supériorité de la voie extra-cranienne comparée à la voie intra-cranienne, pour cette neurotomie, réside dans sa plus sûre efficacité.

— M. H. Welti a obtenu, après section exo-cranienne du glosso-pharyngien une guérison qui se maintient, dans un cas depuis quinze ans, dans un autre depuis sept ans. Dans un troisième cas, les douleurs réapparurent après 7 ans, pour cesser après une résection, cette fois, endo-cranienne.

Fracture de la colonne vertébrale par effort, au cours du travail.

(M. J. Caraven, d'Amiens. — Lecture par M. André Sicard ; 12-12-1945)

En juin 1944, à l'Académie de chirurgie, M. Caby et M. Lance avaient appelé l'attention sur les tassements vertébraux qui peuvent se produire au cours du tétanos. Ce sont des fractures de cause interne, dues aux contractions musculaires toniques, et analogues à celles que l'on peut observer dans les crises convulsives du cardiazol ou de l'épilepsie. Peut-être les fractures tétaniques sont-elles favorisées par un certain degré d'ostéoporose toxique.

De semblables fractures, moins bien connues toutefois, peuvent aussi se produire au cours de contractions musculaires volontaires, d'efforts pendant le travail par exemple, et cela alors même que l'effort n'est pas d'une intensité nettement anormale. M. Caraven en rapporte un exemple.

Il concerne un homme de 64 ans qui, en portant avec un de ses camarades un roule (partie de tronc d'arbre) de 120 kilos, chaque ouvrier se tenant à une extrémité du roule, perçoit au bout de quelques mètres un craquement brusque au niveau de ses reins, et s'affaisse. Il regagne péniblement son domicile, cesse son travail, qu'il ne peut reprendre qu'après trois mois. Six mois plus tard, il quitte l'usine, son état de santé s'altère et il meurt l'année suivante. L'autopsie montre des lésions d'hépatite aiguë avec splénomégalie, et, au niveau de la colonne vertébrale, une gibbosité lombaire, un tassement de L1 et de D12 avec ostéite banale à ce niveau, sans néoplasme ou tuberculose osseuse.

La fracture vertébrale avait donc été d'origine traumatique, réellement causée par le traumatisme, mais par un traumatisme interne, par la contraction musculaire de l'effort. Elle a évolué cliniquement comme beaucoup de tassements tétaniques, qui ne se remarquent pas au début et dont le diagnostic est fait seulement quelques mois après, lorsque les douleurs s'aggravent et que la gibbosité apparaît.

— M. Lance remarque que le mécanisme de cette fracture semble bien identique à celui observé dans les fractures vertébrales au cours du tétanos ou du choc électrique.

P. L.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX DE PARIS

Considérations sur un cas de spirochétose mortelle. Traitement par la pénicilline.

(MM. Léchelle et Boulanger ; 18-1-1946)

Les auteurs rapportent un cas de S. I. H. très

grave, traitée par la pénicilline. En dépit d'une régression très nette des symptômes d'hépato-néphrite dès les 48 premières heures du traitement, la mort survint le 18e jour de l'affection.

Les auteurs discutent les causes de cet échec : gravité particulière, traitement trop tardif, doses insuffisantes. Ils ne croient pas qu'en donnant des doses plus élevées ils auraient pu obtenir un succès.

Tuberculose bronchique isolée.

(MM. R. Even, J. Lecœur et G. Vermeil ; 25-1-1946)

Les auteurs rapportent l'observation d'un malade atteint de dyspnée très marquée. La radiographie ne montre aucune image pulmonaire anormale. La bronchoscopie révèle l'existence d'ulcérations tuberculeuses. Décès. Présentation de pièces.

Il y a lieu de rechercher la tuberculose trachéo-bronchique isolée en présence de bacilloscopies positives sans lésions pulmonaires cliniquement et radiologiquement décelables. La bronchoscopie suffit à préciser le diagnostic.

Dans certains cas l'attention sera attirée par une dyspnée avec « wheezing », ou par une toux incessante rebelle aux thérapeutiques habituelles, ou par une image radiologique systématisée. Mais alors, dans ce dernier cas, on ne peut que soupçonner un obstacle bronchique que pourra révéler la bronchoscopie ; la biopsie sera nécessaire pour le diagnostic de structure.

— M. R. Even remarque d'ailleurs qu'il ne conviendrait pas de donner trop d'importance à la tuberculose bronchique. En effet, les travaux de Louis, Letulle et Halbron et les autopsies qu'il a pratiquées à Champcueil montrent la discrétion des atteintes bronchiques chez les tuberculeux pulmonaires ($\frac{1}{10}$), le plus souvent constituées par quelques granulations ou nodules, une teinte rouge de la muqueuse, des exulcérations. Les ulcérations sont exceptionnelles. Dans la tuberculose bronchique primitive sans lésions pulmonaires, pourquoi et comment le B. K. vient-il provoquer une ulcération de cet organe, si résistant et si rarement atteint chez les tuberculeux pulmonaires ?

LA PRESSE

Sur un cas de recto-colite hémorragique avec anasarque. — L'apparition d'une anasarque au cours de l'évolution d'une recto-colite hémorragique et purulente est chose rare.. L'observation de **C. Auguste, J. Paris et A. Lorriaux** pourra servir à l'étude de la pathogénie et du traitement des œdèmes secondaires à des troubles intestinaux. Ces œdèmes généralisés semblent, en pareille occurrence, liés à une hypoprotéidémie considérable. Le meilleur moyen de lutter contre celle-ci et d'obtenir la disparition des œdèmes paraît être de répéter les transfusions sanguines avec une grande persévérance. A défaut de transfusion, l'injection intraveineuse de plasma sanguin pourrait être envisagée. Il est indiqué de maintenir une alimentation riche en protides. (*La Semaine des Hôpitaux*, 7 décembre 1945.)

Considérations sur la fièvre au cours de la menace d'avortement. — **MM. Trillat, Burthiault et Viallier** démontrent qu'il existe manifestement au cours des avortements des poussées fébriles que l'on ne peut rapporter à l'infection. Cette température, parfois impressionnante, n'est pas toujours un élément de mauvais pronostic ; elle disparaît habituellement lorsque l'utérus est vidé de son contenu. Il est logique de penser qu'il s'agit là d'une fièvre de résorption protéinique, comme chez les traumatisés, comme dans l'abcès de fixation ; on peut admettre que la pénétration des tissus embryonnaires dans la circulation maternelle, à l'occasion de l'avortement, conditionne cette fièvre protéinique. L'examen bactériologique sanguin ou intra-utérin dans la menace d'avortement fébrile, n'a jamais montré de streptocoque, parfois du colibacille, plus souvent des germes susceptibles d'être considérés comme provenant d'une contamination accidentelle.

Le point délicat est d'établir cliniquement quand on doit penser à cette fièvre protéinique. On y pensera lorsqu'il s'agit d'une menace d'avortement chez une femme qui a peu saigné, qui présente de grands accès fébriles avec frissons, chez qui l'on trouve à l'examen un ventre souple, un utérus globuleux indolore, et des culs-de-sac vaginaux souples et indolores (*Lyon-Médical*, 2 décembre 1945.)

A propos de la clitocybine et du traitement antibiotique de la tuberculose. — **L. Girard** écrit : « Le traitement curatif de la tuberculose fait naître périodiquement de grandes espérances, qui jusqu'ici se sont trouvées déçues ». En effet, l'emploi de l'amide nicotinique ou vitamine P. P. n'en est encore qu'au stade de l'expérimentation, et il faut attendre l'épreuve du temps pour juger de son efficacité. De même pour la découverte du prof. Hollande, de Montpellier, de la clitocybine. Les résultats positifs in vitro de cette substance antimicrobienne ne sont pas toujours positifs, quand on passe de l'éprouvette à l'animal. Les expériences en sont là ; elles n'ont pas dépassé le début de l'expérimentation animale ; on n'a pas encore guéri expérimentalement un cobaye tuberculeux, on n'a pas encore essayé sur l'homme l'action de la clitocybine. Il est possible que celle-ci n'atteigne pas le bacille de Koch au milieu de substances caséeuses ou qu'elle détermine des réactions d'allergie imprévisibles. Enfin, la streptomycine (extraite de lactinomyces griseus) n'a pas encore dépassé le stade expérimental, en ce qui concerne son action sur le bacille tuberculeux. (*Bulletin Médical*, 1er décembre 1945.)

G. F.

ANIODOL
LE PLUS PUISSANT ANTISEPTIQUE — NON TOXIQUE
ANIODOL EXTERNE
Désodorisant Universel
Chirurgie - Obstétrique
Hygiène privée
Gynécologie
ANIODOL INTERNE
Gastro-Entérite
Fièvre typhoïde
Diarrhée verte des nourrissons
Furonculose
Laboratoires de l'ANIODOL, 3 à 9, Rue des Alouettes — NANTERRE (Seine)
R. C. Seine 340.534

PROPOS DU JOUR

LES RISQUES DE LA FAIBLESSE

Les débats du mardi 19 mars 1946 à l'Assemblée Constituante sont d'une lecture pénible et incitent à des réflexions moroses : en un tournemain, le temps d'entendre quelques orateurs redondants et de laisser leur éloquence embrouiller à plaisir la question, l'Assemblée a voté l'abrogation des dispositions en date du 20 octobre dernier tendant à limiter le nombre de débits de boissons.

Contrairement à ce que disait, dans notre numéro du 31 mars, l'un de nos échos rédigé sous le coup de l'information et avant la lecture du *Journal Officiel*, la responsabilité de cette initiative ne revient pas, tout entière du moins, à un député communiste. Celui-ci déposa une proposition de résolution, tandis que deux de ses collègues appartenant à d'autres groupes déposaient deux propositions de loi. On voit à cet empressement combien l'intervention était réputée urgente : ce fut une course à qui en aurait la gloire.

Au reste les débats ont montré que ces promoteurs zélés avaient trouvé là l'exutoire à un lourd souci qui rongeait la grande majorité de nos parlementaires. Tous ceux qui se sont succédé à la tribune ont exprimé l'avis que la malencontreuse ordonnance du 20 octobre manquait son but, qu'elle présentait de multiples inconvénients et qu'elle méritait largement de rentrer dans le néant. L'Assemblée les a approuvés avec chaleur par un vote à main levée.

N'allez pas croire qu'ils méconnaissent les méfaits de l'alcool. Ils en sont au contraire si bien pénétrés qu'ils entendent « s'associer sans réserve » à la lutte contre l'alcoolisme ; ils estiment qu'ils ne doivent reculer devant aucune mesure, « si hardie soit-elle », de manière à provoquer la régression du péril. « Loin de nous l'idée de vouloir accroître le nombre des débits de boisson. Nous sommes au contraire persuadés que sa réduction est souhaitable. » Ceci dit, sans doute ont-ils estimé qu'ils venaient de porter à l'alcoolisme un coup qui l'étendait raide, et qu'il était superflu de passer de la parole aux actes. Les mots ont au Parlement une valeur que les profanes ne soupçonnent pas.

Cet ennemi maintenant terrassé était-il au fond si redoutable qu'on a bien voulu le dire ? « Il faut pourtant convenir que le nombre des licences de troisième et quatrième catégories, qui seules permettent la vente des boissons alcooliques, a régulièrement diminué depuis 1915. En effet, d'après les statistiques de la direction des contributions indirectes, ce nombre est passé de 323.135 en 1915 à 272.832 en 1941..., soit une diminution de 50.000 licences en vingt-cinq ans. » La tribune du Palais-Bourbon est un lieu si auguste qu'il serait impie de jeter la suspicion sur les paroles qui y sont proférées. Toutefois on est éberlué d'apprendre que depuis vingt-cinq ans le vin et les boissons alcooliques ont perdu en France un si grand nombre de comptoirs. L'impression du citoyen moyen est fort différente et il se demande si la direction des contributions indirectes n'aurait pas acquis l'art si répandu et si commode de faire dire aux statistiques ce qu'on souhaite qu'elles disent.

Poussant leur contre-offensive, les avocats des bistrots ont entrepris ensuite de discuter les reproches adressés à leurs clients. « Le développement de l'alcoolisme en France n'est d'ailleurs pas le fait des seuls débitants de boissons, dont le chiffre d'affaires ne comporte actuellement que 5 à 15 % de recettes provenant de la vente de boissons alcooliques. » Saluons en passant la précision de cette documentation ; à moins d'aides extérieures l'orateur a dû se livrer à de patientes recherches pour y parvenir.

« Avant la guerre, plus des deux tiers de la production de liqueurs et d'alcools étaient vendus au public pour la consommation familiale par les épiciers et les marchands de vin à emporter. » Tant pis ! voilà deux corporations mises, comme on dit vulgairement, dans le bain. L'image n'est du reste pas hors de propos lorsqu'il s'agit de noyer le poisson.

Au demeurant, de quoi est-il question ? De lutter contre l'alcoolisme du peuple ? Eh bien ! l'alcoolisme du peuple n'existe plus ! « L'usage des boissons alcooliques à degré élevé s'est peu à peu localisé aux classes possédantes. Il n'est pas excessif d'affirmer que l'alcoolisme mondain a remplacé l'alcoolisme du prolétaire. » Ici l'honorable orateur trahit une conception assez particulière de ce qu'il appelle « le monde ». Selon lui n'appartiennent au monde que les gens maniant beaucoup d'argent. On peut lui signaler que les circonstances actuelles ont singulièrement déplacé le circuit des espèces et que les mains les mieux fournies ne sont pas celles qu'il croit. Il est bien vrai que seuls les trafiquants du marché noir peuvent se livrer aujourd'hui à des libations dont le moindre verre est tarifé 100 ou 150 francs. Il serait intéressant d'élucider l'état-civil et la profession avouée de ces habitués des bars américains. Quant au « gros rouge » à 25 francs le verre et aux apéritifs selon la formule du jour, ils se débitent encore sur tous les comptoirs et aux mêmes clients qu'avant.

L'ordonnance du 20 octobre était, paraît-il, anti-démocratique. Elle n'avait cependant en vue que le bien du peuple, et les orateurs ne le contestent pas. Elle était tout de même anti-démocratique parce que, en imposant à tout acquéreur le rachat de deux licences, elle lèse et brime le « petit débitant », sans inquiéter le moins du monde celui qui a de grosses ressources. J'admets que des modalités pouvaient lui être apportées afin de remédier à ce déséquilibre, mais en maintenant le principe ; d'abord parce que, de l'avis unanime, il était opportun, ensuite parce qu'il avait force de loi. Un texte avait été demandé au ministère de la Santé Publique qui pouvait tenir compte de ces observa-

tions. Le Parlement a préféré accuser l'ordonnance du 20 octobre d'avoir été mal étudiée et l'accabler sous les critiques. « Elle jette une profonde perturbation dans toute une branche de l'activité commerciale et lèse considérablement non seulement un grand nombre de commerçants honorables et travailleurs, mais aussi l'Etat. » « Elle tue le tourisme... et il faut conserver à la France son vrai visage... avec ses traditions, ses mœurs, son accueil, avec ses cafés, ses hôtels, ses restaurants qui créaient une ambiance unique au monde. » « Pour avoir tout ce dont nous manquons il faut l'acheter à l'étranger, donc il faut des devises. Nous ne pouvons actuellement nous en procurer qu'avec le tourisme, c'est-à-dire en attirant les étrangers chez nous. »

On le voit, aucun argument n'a été négligé. Certains ont eu la naïveté de montrer leur véritable souci. « L'ordonnance du 20 octobre... risquait de provoquer certaines difficultés, certains troubles qu'il est préférable d'éviter pour le moment. » Et comme certaines allusions avaient été faites au privilège des bouilleurs de cru, un autre se jetant précipitamment à la traverse s'écrie : « Qu'une discussion doive s'instaurer sur ce point je n'y contredirai pas, mais elle devra avoir lieu quand le moment sera venu. »

Le moment ! le moment ! Il faut donc choisir son moment pour prendre des mesures de salut public ? Les singuliers représentants que nous avons là ! Qui représentent-ils donc ? Et qui défendent-ils ? Une clientèle, peut-être ; mais certainement pas le peuple.

Quoi qu'il en soit, par leur faute, la bataille contre l'alcool est perdue et ce n'est certainement pas sur eux qu'il faut compter pour la gagner un jour. Les parlements se suivent et se ressemblent ; celui-ci est aussi pusillanime que les précédents en face des puissances occultes. Le trust de l'alcool a encore de beaux jours devant lui !

Tel est le récent exploit de nos Triplepattes du parlement. Une fois de plus la proximité des élections les jette hors d'eux-mêmes.

A quelques jours d'intervalle il nous faut enregistrer une autre dérobade.

On se souvient qu'à la suite d'un tumultueux débat au Conseil municipal de Paris et d'une courageuse intervention de Mme Marthe Richard, le préfet de police, dans un arrêté du 15 janvier 1946, avait prescrit la fermeture des maisons de tolérance dans le département de la Seine. Un arrêté du 25 mars « suspend l'application » de l'arrêté du 15 janvier, et ce, « considérant les instructions de M. le Ministre de l'Intérieur, en date des 4 mars, 11 mars et 12 mars, prescrivant la suspension de l'application » dudit arrêté.

En somme dans l'espace d'une semaine, deux mesures de salubrité réclamées depuis longtemps, discutées encore par certains et qui n'ont pu, par conséquent, être prises à la légère, sont rapportées dans les conditions les plus décevantes. Nos dirigeants n'ont pu se résoudre à maintenir contre certaines interventions intéressées une position où l'on s'était plu à saluer le retour de quelque fermeté. Nous retombons dans l'atonie, dans la politique si longtemps stigmatisée du « chien crevé ».

Je n'écris pas ces lignes en pamphlétaire qui s'ébat allègrement dans la satire politique. La détresse du pays est poignante et je ne pense pas que les partisans les plus acharnés puissent la considérer sans un serrement de cœur. Il serait bon, après les années que nous venons de vivre, de pouvoir s'écrier : « Enfin ! nous sommes en route vers le mieux ; le salut est en vue ! » Est-il possible cependant de reprendre confiance lorsque, en une semaine, on se voit infliger deux preuves aussi patentes d'incohérence ?

Nos dirigeants se rendent-ils compte de l'action néfaste qu'ils accomplissent ?

Les impératifs catégoriques ont, en beaucoup de consciences, perdu leur rigidité. La guerre, vectrice de toutes les brutalités, l'occupation qui fit fleurir le mensonge et la délation, la lutte contre l'occupant où devinrent nécessaires le sabotage, le double jeu, l'action clandestine, la disette et ses féroces égoïsmes, le marché noir et ses ignobles trafics, n'ont pu peser si longtemps sur les caractères sans les détériorer gravement. Notre société est plus que jamais une jungle où le scrupule et la générosité sont d'importunes entraves. La morale s'est réduite à quelques éléments qui s'effritent encore tous les jours. Les scandales foisonnent dans les centres d'accueil des prisonniers, dans les services municipaux de rationnement, dans le contrôle des prix. Les attentats se multiplient. La politique internationale donne l'exemple des plus ténébreuses machinations, des reniements les plus effrontés. La parole donnée n'engage plus, la signature pas davantage; de solennelles institutions sont ouvertement bafouées.

Les mystiques se réfugient dans le surnaturel et y trouvent un apaisement à leur angoisse. Mais les autres, rivés à la terre et incapables de s'en abstraire, où cherchent-ils leur défense sinon dans la Loi ? Et quelle confiance faire à une Loi qui si manifestement ne sait pas ce qu'elle veut et absout aujourd'hui ce qu'elle condamnait hier ?

Messieurs nos dirigeants, c'est par un mesquin souci de carrière que vous tombez dans la compromission et donnez un désolant spectacle d'ataxie. Vous êtes des hommes et, malgré l'office éminent que vous remplissez, de vues aussi courtes que la plupart. Sinon vous vous préoccuperiez d'un symptôme où j'aperçois une menace pour le pays tout entier et en particulier pour vous-même.

Les scrutins de ces dernières semaines ont révélé un nombre d'électeurs abstentionnistes qui semble s'accroître d'une fois sur l'autre. Visiblement les citoyens se désintéressent des institutions. Vous êtes-vous demandé pourquoi ? Et pensez-vous raffermir le crédit de ces institutions en laissant voir le mauvais usage que vous en faites ? Or méfiez-vous ! Un peuple qui n'a plus foi en rien ni personne est vacant pour n'importe quelle tyrannie. Le premier venu, honnête homme s'il se trouve, aventurier le plus souvent, qui saura lui parler le mènera où bon lui semble.

Ce jour-là, messieurs, le pays sera dans l'aventure, la paix tiendra à un fil. Et, tous tant que nous sommes, bon gré mal gré, nous n'aurons plus qu'à obéir.

Mais vous, messieurs, vous n'aurez plus, par dessus le marché, qu'à vous en aller !

G. Lavalée.

ASSURANCES SOCIALES

LE NOUVEAU REGIME DES ASSURÉS ASSISTÉS

L'ARTICLE 19 du décret-loi du 28 octobre 1935 prévoyait jusqu'à présent que « *les assurés indigents et leur famille peuvent être inscrits sur les listes d'assistance, dans les conditions de la loi du 15 juillet 1893, soit pour les soins médicaux et les frais pharmaceutiques, soit pour les frais d'hospitalisation, soit pour la totalité de ces avantages... les syndicats médicaux ayant passé convention avec les caisses pouvant prendre connaissance de ces listes et présenter des réclamations... En ce qui concerne le règlement des prestations pour lesquelles l'assistance est accordée, celles de ces prestations à la charge des caisses d'Assurances sociales sont les mêmes que celles prévues pour les autres assurés. Les frais médicaux et chirurgicaux sont réglés sur la base du tarif de responsabilité des caisses aux praticiens par les collectivités d'assistance qui récupèrent sur les caisses les prestations dues par celles-ci* ».

De ce texte découlait une conclusion nette : les droits des assurés assistés sont identiques à ceux des assurés sociaux ordinaires. Le Corps Médical ne cessa de défendre le slogan : *les assurés assistés sont des assurés, non des assistés.* La tâche fut rude : à tout propos les Préfectures tentaient de restreindre les droits des assurés assistés. Que ce soit en ce qui concerne la prescription des spécialités pharmaceutiques, le libre choix du praticien, l'application du tarif d'honoraires, cauteleusement le règlement d'assistance était invoqué, jusqu'au jour où intervint l'arrêt de la Cour de Cassation du 10 février 1944 (1). Selon cet arrêt « *l'article 19, par. 3, édictant des règles spéciales aux assurés assistés se réfère aux règles communes à l'ensemble des assurés sociaux* ». On ne pouvait mieux confirmer la thèse de l'assimilation des assurés assistés aux assurés ordinaires.

La bataille était gagnée sur le plan des principes. Mais, en fait, la position du Corps Médical restait — et reste encore — des plus inconfortables quant au règlement de ses honoraires. Payés par les services d'assistance, après enquête menée sur chaque cas particulier, à la fois par ces services d'assistance et par les Caisses d'Assurances sociales, les médecins, provinciaux surtout, sont réglés avec un retard variant entre un an et deux ans et demi selon les Préfectures, et sous déduction constante d'une somme située entre 10 et 800 francs, sans que les motifs d'une telle retenue puissent leur être expliqués. La cause réelle ? Les Préfectures ne veulent pas prendre le risque de payer des frais dont elles craignent de ne pas être remboursées par les Caisses.

LES NOUVEAUX TEXTES

C'EST donc avec satisfaction que nous avons pris connaissance des articles 85, 86 et 87 de l'ordonnance du 19 octobre 1945 complétés par les articles 108 et suivants du décret du 29 décembre 1945. Trois solutions sont maintenant offertes au Corps Médical.

La première résulte des articles 85 et 86 qui rappellent formellement le principe de l'assimilation des assurés assistés aux assurés sociaux ordinaires : « *Les prestations dues par les caisses de sécurité sociale, pour les assurés bénéficiaires du présent chapitre sont les mêmes et de même montant que celles prévues pour les autres assurés.* » Cette solution n'est en gros que la continuation de l'état de choses antérieur : possibilité pour les assurés indigents d'être admis à l'A.M.G., soit pour les frais médicaux et pharmaceutiques, soit pour les frais d'hospitalisation, soit pour la totalité de ces avantages ; droit pour les syndicats médicaux de faire des réclamations sur les inscriptions ; versement des prestations dues par les Caisses à la collectivité d'assistance.

Toutefois, deux points sont laissés dans l'ombre. D'une part, il n'est plus précisé que les praticiens sont réglés par les collectivités d'assistance : mais cela semble résulter implicitement du texte. D'autre part, et ceci est important, il n'est plus expressément indiqué sur quelles bases doivent être calculés les honoraires médicaux et chirurgicaux. L'ancien article 19 indiquait expressément le tarif de responsabilité des caisses. L'article 86 se borne à rappeler que les prestations *dues par les caisses* sont les mêmes que pour les assurés ordinaires, et qu'elles sont versées à la collectivité d'assistance. Mais il n'est pas précisé si la collectivité d'assistance doit, pour régler les médecins, ajouter aux prestations à elle versées par les caisses le montant du ticket modérateur. On peut donc se demander si les soins aux assurés assistés seront honorés au tarif de responsabilité ou au tarif de remboursement des caisses. A notre avis, malgré la rédaction imprécise et incomplète, il n'y a aucune raison pour frustrer le Corps Médical des 20 % du ticket modérateur supporté antérieurement par la collectivité d'assistance. Ceci d'autant moins que l'article 109 du décret du 29 décembre 1945 prend le soin de préciser que : « *les assurés sociaux indigents sont traités dans les mêmes conditions que les autres assurés.* » Au premier rang de ces conditions identiques doit figurer, ce nous semble, le tarif d'honoraires. Il y a là cependant un point à faire élucider par la Confédération.

Les deuxième et troisième solutions sont posées par l'article 87, lequel prévoit que, pour chaque département, le Préfet *pourra* en accord avec les Caisses et les syndicats médicaux, au lieu d'appliquer les articles 85 et 86, prendre un règlement instaurant l'un des deux régimes ci-dessous :

— Ou bien les assurés sociaux indigents seront considérés comme des assistés (soumis au contrôle exclusif de l'assistance, soignés par les médecins de l'assistance, et ne pouvant prétendre que dans une mesure limitée aux spécialités pharmaceutiques); les caisses allouant à la fin de chaque trimestre au service d'A.M.G. une participation forfaitaire proportionnelle au nombre d'assurés assistés soignés pendant ce trimestre.

— Ou bien les assurés sociaux indigents seront considérés, pour les frais médicaux, comme des assurés sociaux, *inscrits sur les listes d'assistance uniquement pour l'hospitalisation*, soumis au contrôle exclusif des caisses, celles-ci cependant, à la différence de ce qui se passe pour les cas ordinaires, remboursant (*sic*) *directement* aux praticiens les honoraires dus lorsque ceux-ci auront estimé que le malade indigent se trouve dans l'impossibilité absolue d'acquitter une part quelconque des honoraires. Avec cette troisième solution, les assurés

(1) Voir *Concours Médical* du 1er avril 1944, page 189.

sociaux indigents, par la grâce du règlement préfectoral, ne sont pas considérés comme indigents, et doivent, en principe, supporter le ticket modérateur. Si on avait sur ce point le moindre doute, l'article 109 du décret le dissiperait : « *les assurés sociaux indigents ne supportent aucune participation aux frais de traitement*, sous réserve de l'application des dispositions de l'article 87 de l'ordonnance ». (Ce sont ces dispositions que nous venons de reproduire). Ils doivent en outre faire l'avance des frais médicaux et pharmaceutiques et sont remboursés ensuite par la Caisse dans les conditions fixées par le règlement préfectoral (mais sans aucun doute sous déduction du ticket modérateur) (article 111, par. 1er du décret).

Toutefois, il appartient au Corps Médical de faire lui-même la discrimination entre les cas dans lesquels les assurés sociaux indigents doivent faire l'avance des frais et supporter le ticket modérateur d'une part, et les autres cas où les praticiens doivent être payés directement par les caisses d'autre part (art. 87 de l'ordonnance et art. 111 par. 2 du décret).

Signalons que les règlements prévus par l'article 87 et constituant les deuxième et troisième solutions, sont valables pour un an au moins, et cessent d'avoir effet au premier jour du trimestre civil qui suit leur abrogation par le préfet, ou la dénonciation par les syndicats médicaux ou les caisses de l'accord qui aura permis au préfet de prendre ces règlements (article 110 du décret).

Devant l'option

Devant cette triple option quelle peut être l'attitude du Corps Médical ?

Un premier point semble certain : il faut écarter la seconde solution qui donne aux assurés assistés l'entier statut des assistés, avec tous les inconvénients de cette assimilation : diminution du libre choix, de la liberté de prescription et très certainement, bien que cela ne résulte pas clairement des nouveaux textes, de la rémunération médicale (tarif d'A.M.G.).

Reste le choix entre la première et la troisième solution. Pour notre part, nous voyons à la troisième solution les avantages suivants :

1° Elle donne beaucoup plus nettement que jamais aux assurés sociaux indigents les droits des assurés ordinaires. Elle peut donc être considérée comme le couronnement de l'action menée par les organisations professionnelles médicales. Elle est aussi dans la ligne de l'évolution sociale actuelle qui tend à substituer l'assurance à l'assistance.

2° Elle permet dans une large mesure le paiement direct du médecin par le malade, le paiement par la caisse n'étant qu'exceptionnel et uniquement déclenché par la décision du médecin lui-même. Elle entraîne le recul du système du tiers payant. Certes, dans le cas où le médecin aura estimé que « l'indigent se trouve dans l'impossibilité absolue d'acquitter une part quelconque des honoraires, » le médecin sera alors réglé par *tiers payant*, mais, d'une part il n'y aura que substitution du Tiers-payant-caisse au Tiers-payant-préfecture — substitution exceptionnelle rappelons-le — et d'autre part on peut espérer que les caisses de sécurité sociale seront moins lentes dans leurs règlements que les préfectures, et que le Corps Médical aura ainsi gagné au change.

3° Car, c'est l'avantage essentiel du nouveau régime, la responsabilité du paiement des honoraires médicaux sera maintenant centrée uniquement sur les caisses (ou sur les préfectures si par hasard la seconde solution était adoptée). Ainsi seront évités les chevauchements d'attributions, les doubles contrôles, les cascades d'irrégularités dans les dossiers d'assurés assistés, les retenues pusillanimes de préfectures anxieuses de ne pas payer sans être absolument certaines de l'accord des caisses, tous obstacles qui se traduisent, pour les malheureux médecins, par les scandaleux retards et les soustractions abusives que nous avons trop souvent dû dénoncer ici.

Il faut cependant reconnaître un inconvénient à cette troisième solution. C'est au médecin, avons-nous dit, qu'est donné pratiquement le pouvoir de classer les indigents de sa clientèle en assurés sociaux ou en assistés. Honneur et avantage économique certains : Par qui, plus sérieusement et plus pertinemment que par le médecin, pourrait être faite cette discrimination ? Mais c'est un honneur redoutable, parce que le médecin sera souvent placé devant des cas de conscience délicats, pris entre son intérêt légitime immédiat, et le souci de ne pas déplaire à un client en le forçant à supporter le ticket modérateur. On voit trop bien quelle lutte pourrait s'engager entre des confrères acharnés, à se disputer la clientèle des assurés sociaux indigents. Honneur redoutable encore, parce qu'une fois de plus le médecin se trouve investi par la loi, en tant que médecin, d'une fonction administrative importante : indication nouvelle d'une tendance qui cherche à transformer les médecins en détenteurs d'une parcelle de l'autorité publique, c'est-à-dire pratiquement : en fonctionnaires.

Conclusion

C'est probablement cette objection sérieuse, qu'ont eue en vue les Membres du Comité inter-syndical des Médecins de la région parisienne lors de leur réunion du mois de février dernier, En effet, semble-t-il, ils n'ont manifesté d'enthousiasme, ni pour l'ensemble de la réforme que nous venons d'analyser, ni pour la solution, que nous estimons favorable. Nous tenons toutefois à signaler que la Chambre syndicale des Médecins du département du Nord, et les Syndicats médicaux d'Eure-et-Loir et de l'Oise, ont dès maintenant opté en faveur de cette troisième solution. La Chambre syndicale des Médecins de la Seine étudie le problème, tout en considérant qu'elle est moins intéressée par la réforme du système que les syndicats de province parce que, grâce à une bonne organisation des services préfectoraux de la Seine, les médecins parisiens n'ont pas eu à souffrir à beaucoup près des mêmes vexations que leurs confrères provinciaux.

Quelle va être l'attitude de l'ensemble du Corps Médical sur cet important problème de médecine sociale ? C'est ce que nous ne manquerons pas de suivre avec intérêt. En tout cas, pour permettre aux syndicats de prendre leur décision en connaissance de cause, des éclaircissements leur sont nécessaires sur les différents points laissés dans l'ombre par les textes et des directives doivent leur être données sur les réactions qu'il convient d'avoir devant le rôle d'inquisiteur social, auxiliaire des Caisses, que l'ordonnance cherche à confier aux médecins. La parole est à la Confédération.

Timeo Danaos et dona ferentes, sera-t-elle peut-être tentée de dire, pensant à la troisième solution.

P. Douriez.

L'ELECTRO-RADIOLOGIE DANS LA NOUVELLE NOMENCLATURE OFFICIELLE

par le Dr Robert COLIEZ

Médecin Electro-Radiologiste des Hôpitaux de Paris

La Nomenclature Générale des Actes Professionnels qui vient de paraître après plusieurs années de gésine (les premières commissions de révision commencèrent à fonctionner au Ministère de la Santé en 1941) doit être considérée comme le résultat de discussions très nombreuses entre le Ministère de la Santé, les Conseillers Techniques du Ministère du Travail, les médecins-chefs des Caisses d'Assurances Sociales, les représentants désignés par la Confédération des Syndicats Médicaux. On peut évaluer à plus d'une centaine les réunions qui ont eu lieu depuis cinq ans pour obtenir un accord sur le texte qui est présenté aujourd'hui.

Suppression des tarifs globaux. — En ce qui concerne l'Electro-Radiologie, la réforme la plus importante, qui avait été demandée à une énorme majorité (referendum) par les médecins électro-radiologistes qualifiés, est la suppression des « actes globaux ». On peut remarquer que la valeur de ces actes avait été fixée en 1932 d'une manière un peu arbitraire, et c'est certainement la portion de la nomenclature qui avait le plus vieilli. Le remboursement des actes globaux était devenu particulièrement injuste pour le malade, surtout en ce qui concerne le traitement de certains cancers, comme le cancer du sein resté à K 60, lettre-clé qui au début de cette année 1946 ne pouvait provoquer, dans le département de la Seine, qu'un remboursement de $60 \times 32 = 1.920$ fr. Il est certain que les malades pouvaient se considérer comme fortement lésés par une telle nomenclature, les honoraires demandés par les spécialistes qualifiés ayant dû être nettement relevés par suite du prix des appareillages et des tubes. En particulier quand on considère qu'un tube à rayons X de radiothérapie (200 kV et 25 millis) coûte actuellement 62.000 fr., il n'y a pas lieu de s'étonner que le traitement global d'un cancer du sein (lequel nécessite au moins trois champs de 3.000 unités r internationales, soit trois fois douze séances de 250 r) ait dû être porté par le médecin spécialiste à un chiffre supérieur à $60 \times 40 = 2.400$ francs. Les hausses vertigineuses des appareillages et des tubes n'étaient plus en rapport avec les tarifs de responsabilité des Caisses. Celles-ci l'avaient du reste parfaitement compris, et, à plusieurs reprises, des cas particuliers furent réglés d'une manière spéciale, après avis des médecins-experts des Caisses, en tenant compte des doses jugées nécessaires et effectivement reçues par le malade. Le Ministère du Travail n'a du reste fait aucune objection concernant la suppression de ces tarifs globaux. Il n'est pas douteux qu'une injustice (vis-à-vis des malades) a ainsi été supprimée.

Bulletins d'entente. — Une autre innovation, moins heureuse, est la nécessité nouvelle de l'entente préalable pour certains actes d'Electro-Radiologie. D'après l'article 7 en effet certains actes ne peuvent donner lieu à remboursement que si la Caisse d'Assurances Sociales, après avis du contrôle médical, a préalablement accepté de le prendre en charge. Ces actes sont indiqués par la lettre (E). Ces demandes doivent être établies sur des imprimés spéciaux conformes au modèle arrêté par le Ministère du Travail. La réponse de la Caisse d'Assurances Sociales doit être adressée au malade au plus tard le **dixième jour** suivant l'envoi de la formule ; faute de réponse dans ce délai, son assentiment est présumé acquis. Toutefois, lorsqu'il y a urgence manifeste, le praticien dispense l'acte, mais remplit néanmoins les formalités ci-dessus indiquées, en portant la mention « acte effectué d'urgence ».

Si l'on parcourt l'ensemble de la Nomenclature, on s'aperçoit que le Ministère du Travail et les Caisses semblent surtout n'avoir exigé l'entente préalable (E) que pour le traitement de maladies que nous qualifierons d'esthétiques : par exemple, en chirurgie, sont grevées de la lettre (E) l'ablation de petites tumeurs bénignes comme les kystes ou lupus, l'ablation d'angiomes, les tumeurs cutanées, les adénopathies, le traitement de l'hallux valgus, de l'oeil en marteau, etc., l'ablation des hémorroïdes, mais aussi en gynécologie, l'hystéropexie et toutes les **hystérectomies.** En urologie, la circoncision, le varicocèle, sont atteints par la même exigence. En O. R. L., l'adénoïdectomie et l'amygdalectomie et toutes les plastiques et autoplasties du nez et de l'oreille y sont astreintes.

Les Médecins Electro-Radiologistes ont donc émis avec raison une très vive protestation lorsqu'ils ont constaté que le nombre d'actes d'Electro-Radiologie soumis à l'entente (E) était pour leur spécialité **infiniment plus considérable** que pour toutes les autres. A la vérité, au cours des interminables discussions qui eurent lieu à l'Ordre National entre le Ministère du Travail, les représentants des Caisses et les délégués des Spécialistes, la situation avait à un moment donné paru beaucoup plus grave : en 1943, lors d'une séance de commission, les représentants du corps des électro-radiologistes s'étaient trouvé devant une exigeance plus sérieuse encore. Il s'agissait de la mise en entente obligatoire (E) exigée par le Ministère du Travail, de la plupart des actes les plus courants de radiodiagnostic et en particulier l'examen de l'estomac. Mais, fort heureusement, grâce aux délégués des radiologistes, ce danger fut écarté : il eut du reste embouteillé complètement tout le diagnostic médical et obligé les Caisses à l'embauche d'un nombre considérable de nouveaux fonctionnaires administratifs et de médecins-conseils. Bien qu'améliorée, la situation créée par la nouvelle nomenclature ne paraît pas cependant très viable en ce qui concerne l'électroradiologie eu égard au nombre considérable d'actes placés en entente (E). L'Institut d'Action Sanitaire (au temps où cet organisme existait encore) avait sagement accepté que la plupart des actes de physiothérapie (sauf ceux pouvant prêter le plus facilement à des abus sérieux) soient simplement marqués en (B). C'est du reste ce que demandent aujourd'hui les radiologistes. Il en résulterait une grande simplification, car la pratique de ces actes ne nécessiterait que l'envoi d'un simple bulletin d'Information, comme sous l'ancien régime (1932-1945). C'est du reste cette solution qui semblait avoir été acceptée par les Caisses (au bon sens desquelles nous rendons hommage) en dernière heure. Et nous avons été fort surpris de constater que ces dispositions n'avaient pu être incluses, faute de temps, dans la nouvelle nomenclature. Le résultat sera un afflux très considérable de feuilles vers les Caisses qui auront une obligation plus grande que précédemment à une prompte réponse (avant 10 jours) et il faut prévoir que les lettres perdues de part et d'autre vont être la cause de

maintes discussions. On peut se demander du reste où commence l'urgence et quel avantage les Caisses pouvaient marquer à risquer par exemple qu'une verrue plantaire très douloureuse et qui doit être traitée par la roentgenthérapie le plus tôt possible (puisque le malade a quelquefois interrompu son travail) ne soit commencée qu'après réception de l'Entente, c'est-à-dire après une attente qui durerait souvent 10 jours en raison de l'encombrement des services administratifs.

Pour tous les cancers, sauf peut-être pour certains épithéliomes cutanés, il est difficile d'admettre que l'attaque d'une affection aussi grave, aussitôt diagnostiquée par la biopsie, puisse supporter un délai quelconque : le devoir de l'Electro-Radiologiste, comme celui du chirurgien, sera de ne pas attendre l'acceptation de la Caisse si elle se faisait attendre pour commencer le traitement ; selon nous, le cancérologue devra seulement s'assurer d'une manière formelle du diagnostic grace au concours d'un Laboratoire où la lecture des examens histologiques puisse être jugée indiscutable ; et ceci afin de pouvoir faire face aux contrôles ultérieurs toujours possible des Caisses. C'est bien la raison pour laquelle nous pensons que pour la très grande majorité de la Rœntgenthérapie et de la Curiethérapie, le Bulletin d'Information (B) eût été largement suffisant. Il comporte même pour les Caisses un avantage appréciable auquel on n'a pas toujours pensé : c'est que le medecin-conseil peut se rendre beaucoup mieux compte du traitement qui est effectué au malade, si ce traitement est commencé. Au contraire, si le malade est laissé en attente, il peut arriver que le médecin-conseil soit dans l'impossibilité — à la simple lecture des K proposés — de déterminer le genre de traitement électro-radiologique qui est envisagé par le médecin traitant électro-radiologiste qualifié et il lui est plus difficile de donner un accord.

Comme nous le verrons plus loin, les Caisses paraissent décidées à élargir leur point de vue en ce qui concerne la nécessité des « ententes » en Electro-Radiologie.

Et, puisque nous parlons de la grave question du Cancer, notre opinion est que le ticket modérateur devrait être supprimé pour tous les traitements (chirurgie, rayons X, rayons du radium) à partir du moment où l'on est en présence d'un cancer prouvé histologiquement. En matière de cancer, comme du reste de tuberculose et de syphilis, fléaux sociaux, le ticket modérateur est sans utilité : il rançonne inutilement les malheureux qui ont à lutter contre des affections particulièrement longues et douloureuses. C'est dans ces affections que la Sécurité Sociale doit jouer au maximum. Du reste, le Ministère du Travail a déjà indiqué à plusieurs reprises qu'il étudiait la question. En particulier, il a déjà envisagé la suppression du ticket modérateur pour toute la chirurgie, disposition contre laquelle nous avons protesté : on ne comprendrait pas en effet, à titre d'exemple, qu'une malade atteinte de fibrôme soit déchargée de son ticket modérateur seulement si elle choisit la cure opératoire, mais reste condamnée à en effectuer le versement si elle préfère le traitement par les rayons X. La suppression du ticket modérateur doit être accordée pour un certain nombre de maladies, quel que soit le moyen thérapeutique employé pour les combattre.

Les spécialistes qualifiés. — Un autre point semble avoir irrité les Associations Syndicales de Spécialistes, c'est celui qui confie au Directeur régional de la Santé le soin d'établir la liste des spécialistes qualifiés. Nous avons bien noté que cette liste n'est établie par ce directeur que sur la proposition du Syndicat médical départemental après avis du Conseil régional de l'Ordre. Mais les Syndicats de Specialistes avaient demandé au Ministère du Travail que la liste leur fût également soumise. Satisfaction ne leur a pas été donnée, ce qui est grave, car au moment où l'on semble désirer mettre un peu d'ordre dans les spécialités, des conditions de compétence véritable, bien sanctionnees par un exercice prolongé ou par une spécialisation réelle (1) eussent été bien accueillies. Enregistrons cependant que c'est la première fois qu'il est question d'établir une liste officielle des spécialistes « qualifiés » et que cette mission incombe à la fois aux Syndicats et aux Ordres. Il va donc falloir que l'Ordre National et la Confédération des Syndicats Médicaux se mettent d'accord sur la définition du spécialiste, question qui est étudiée à l'Ordre National depuis plus de cinq années.

Electrodiagnostic et Electrothérapie. — Dans son ensemble, et mise à part l'obligation de l'entente préalable qui, pour beaucoup d'actes, paraît nettement exagerée (2), la nomenclature, dans sa portion électrologique, est claire et en grande amélioration sur la précédente ; elle comprend des rubriques entièrement nouvelles comme la mesure de certaines chronaxies et elle tient compte des toutes dernières recherches si remarquables apportées par l'encéphalographie. Mais une étude plus serrée montre de curieuses anomalies dont la plus curieuse est certainement celle-ci : les Caisses avaient exigé que la diathermie gynécologique (vaginale) fut réduite à K × 2. Mais on a quelques raisons de s'étonner en ouvrant la Nomenclature à la page 43, de constater que la même application est tarifée en gynécologie à K × 3. Il est également curieux de constater que les ondes courtes sont tarifées K × 3 lorsque l'application est pratiquée par un électro-radiologiste, mais K × 4 lorsqu'il s'agit d'un gynécologue On désirerait plus d'unité...

Radiodiagnostic. — En ce qui concerne le radiodiagnostic, on remarque que la nomenclature a été fortement modernisée par l'addition des découvertes radiologiques nouvelles entrées dans la pratique courante depuis 1932 : la tomographie, la radiokymographie, la sériescopie ont été ajoutées, de même que l'urographie apres compression des uretères (méthode de la rétention pyélo-calicielle provoquée), l'urétrographie, l'arthrographie, l'encéphalographie et la myélographie (injection de lipiodol dans le canal rachidien). En ce qui concerne le tube digestif, qui laissait particulièrement à désirer dans l'ancienne nomenclature, une rédaction précise mettra fin à des conflits qui furent nombreux, surtout en province entre Caisses et médecins spécialistes : en particulier en ce qui concerne les clichés en série exécutés pour l'étude du duodénum, les Caisses avaient toujours estimé que le K 16 de l'ancienne nomenclature devait être interprété comme un K global, quel que soit le nombre de clichés en série qui étaient exécutés. Une telle interprétation pouvait être acceptable en 1932, alors que les clichés en série n'avaient pas l'importance qu'ils ont pris aujourd'hui où l'expérience a montré que le diagnostic

(1) L'enseignement spécial de l'Electro-Radiologie dans les Facultés de médecine est sanctionné par des examens qui conditionnent l'obtention officielle du « Diplôme d'Electro-Radiologie ».

(2) D'après nos derniers renseignements, une entente de dernière heure avec les Caisses, diminuant dans une proportion importante le nombre d'actes en (E) n'aurait pu parvenir au Ministère assez à temps pour pouvoir être imprimée : la Commission consultative en sera saisie dès sa première séance.

des ulcères ne pouvait se faire qu'en pratiquant une série de clichés en position debout, et une autre série en position couchée. La question est maintenant tranchée : nous savons que le K 16 correspond à 4 ou 8 petits clichés, et qu'au-dessus de ce chiffre chaque petit cliché ou pose supplémentaire (justifiés) doit être compté K 2. Quelques protestations concernent également la faiblesse des tarifs radioscopiques qui nous ont été imposés : nous pensons que cette faiblesse est probablement en rapport avec le peu de renseignements généralement apportés par ce qu'on a appelé les « coups d'écran », qui sont réputés classiquement si dangereux en raison des erreurs auxquelles ils conduisent sans cesse, surtout en ce qui concerne l'examen des poumons et du duodénum.

Roentgenthérapie et Curiethérapie. — En **Roentgenthérapie**, et en dehors de l'obligation à l'entente (E) dont nous avons signalé plus haut les inconvénients et la suppression heureuse des « tarifs globaux », toutes les formes de roentgenthérapie ont été catégorisées avec précision depuis la Buckythérapie jusqu'à la Roentgenthérapie à très haut voltage, du reste peu employée. Une définition précise de chaque application a été faite, qui ne devrait plus prêter à erreur ou confusion comme par le passé. Enfin, il a été tenu compte dans la mesure du possible des distances focales, de manière que les cas nécessitant des distances focales élevées (au-dessus de 99 cm.) ne soient plus prohibitifs pour le radiologiste (qui jusqu'ici faisait seul les frais du temps passé en plus pour ces irradiations spéciales). Par contre, la suppression des tarifs globaux a obligé les Caisses à exiger pour toutes les catégories de roentgenthérapie un tarif dégressif au delà de la dixième ou de la douzième seance, et cette obligation nous a toujours été signifiée comme absolument formelle.

En **Curiethérapie**, la tarification employée se rapproche de certaines dispositions qui furent prises en 1942, dans cette malheureuse nomenclature dite « nomenclature mort-née » qui fut homologuée et imprimée mais se révéla inapplicable en raison d'une complication effroyable. Les actes les plus importants de la curiethérapie sont tarifés en K, mais il est tenu compte (ce qui est logique) de la quantité du précieux métal employé : les indemnités et honoraires dus pour la surveillance du malade et des appareils par journée d'application s'ajoutent donc aux tarifs globaux. Ils permettront aux curiethérapeutes d'être correctement indemnisés pour les débours considérables nécessités par les quantités importantes de radium nécessaires à leurs applications

Conditions d'application de la nouvelle nomenclature. — On peut se demander quand la nouvelle nomenclature sera applicable. Elle ne l'est pas encore actuellement et ne le sera qu'au fur et à mesure de l'application de l'ordonnance du 19 octobre 1945. D'après cette ordonnance, la valeur des lettres-clefs doit en effet être acceptée pour chaque département par le Syndicat départemental et par les Caisses, conformément à la convention-type, puis acceptée par la Commission nationale d'homologation qui siège au Ministère du Travail. Rappelons que dans le cas de conflit, cette commission fixe elle-même cette valeur, prétention que la plupart des Syndicats départementaux n'ont pas encore acceptée et qui crée un véritable malaise à l'heure actuelle entre le Ministère du Travail et le Corps Médical.

Erratum. — Enfin, la nomenclature étant une œuvre collective, et surtout ayant comporté les corrections et les additifs les plus divers et les plus inattendus, il était presque inévitable, à moins d'avoir été communiquée dans son entier aux intéressés responsables de chaque spécialité, que des erreurs matérielles d'imprimerie s'y soient produites : nous donnons ci-dessous le premier erratum provisoire accepté par le Ministère du Travail et qui donnera les quelques éclaircissements nécessaires.

Tout apaisement doit du reste être donné à ceux qui estiment que certaines particularités de la nomenclature nouvelle seraient avantageusement modifiées : le Ministère du Travail a prévu ces remarques ainsi que la nécessité d'une refonte périodique de celle-ci, soit pour obvier aux dispositions que la pratique pourrait révéler inapplicables, soit pour permettre l'admission d'examens ou de traitements nouveaux. Une Commission permanente existe au Ministère du Travail, qui sera chargée des modifications périodiques à y apporter. Quoi qu'il arrive, nous ne pourrons plus rester comme précédemment pendant plus de quatorze ans en présence d'une nomenclature insuffisante ou désuète.

ERRATUM

Electro-Radiologie et Physiothérapie

Page 65. — Ligne 18, au lieu de « Examens électro-encéphalographiques » lire : « *encéphalographiques* ».

Page 67. — A la deuxième avant-dernière ligne : au lieu de « Electro-coagulation superficielle du col utérin », lire : « *Electro-coagulation du col utérin* ».

Page 69. — Avant-dernier paragraphe : au lieu de : « Par contrôle supplémentaire justifié (face ou profil) », lire : « Par contrôle supplémentaire justifié (face *et* profil) ».

Page 72. — Deuxième ligne : au lieu de : « distance focale min. 1 m. 50 », lire : « distance focale min. 1 *m.* 75 ».

Page 73. — Supprimer la dernière ligne.

Page 74. — Supprimer les trois premières lignes.

Page 75. — Supprimer le paragraphe 0, c'est-à-dire les quatre premières lignes.

Page 75. — Ligne 22 : au lieu de : « laminographie » lire : « *laminagraphie* ».

Page 75. — Ligne 31 : au lieu de « sériscopique », lire : « *sériescopique* ».

Page 77. — Ligne 16 : au lieu de : « Définition : voltage au delà de 290 à 400 KW », lire : *Définition : voltage de 290 à 400 KW* ».

Page 77. — Ligne 31 : le titre : « **ACTES DE ROENGENTHERAPIE SUPERFICIELLE PRATIQUES AU DOMICILE DU MALADE** » doit être *supprimé et reporté* page 78 après les mots : « Pour 3 mètres : 6 r ..... E ».



CORYDRANE CRISTALLISE EN UNE MOLÉCULE LES VERTUS APAISANTES DE L'ASPIRINE ET LA FORCE TONIQUE DU NORÉPHÉDRANE.

AINSI LES TROUBLES S'EFFACENT AU MOMENT MÊME OU L'HOMME RETROUVE L'ÉNERGIE DE LES DOMINER.

L'INTELLIGENCE ET LA LIBERTÉ DE RESPIRER REVIENNENT A L'ENRHUMÉ, ET LE GRIPPÉ SENT FUIR SA FIÈVRE.

QUI SOUFFRE DANS SES NERFS OU DANS SES OS ACCUEILLE LE CORYDRANE AVEC GRATITUDE. GRACE A LUI LE MIGRAINEUX SE RÉJOUIT D'UNE LUCIDE DÉTENTE.

SOULAGER ET SOUTENIR, LOI IMMUABLE D'ÆSCULAPE QUI S'OPPOSE AU PRINCIPE D'EPICTÈTE

Ἀνέχου καὶ ἀπέχου

HIPPOCRATE APPLIQUAIT CETTE RÈGLE D'OR A SES ASTHÉNIQUES, GALIEN A SES RHUMATISANTS.

ET TOI-MÊME, UN JOUR, CLINICIEN AVERTI, SI QUELQUE MALAISE T'ASSAILLE, PRENDS PLUTOT UN COMPRIMÉ DE

CORYDRANE

LABORATOIRES DELAGRANGE
39, Bd. de LATOUR-MAUBOURG, PARIS - 7e

ECHOS & COMMENTAIRES

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE EXTRAORDINAIRE DE LA CONFÉDÉRATION DES 30 ET 31 MARS 1946.

PREMIÈRE JOURNÉE — DANS LE CALME ET LA DIGNITÉ.

Les travaux s'ouvrent par une allocution du Pr MARQUIS, successeur du regretté Pr Fiessinger. Après un hommage rendu à la mémoire de son prédécesseur, le président souligne l'importance de la manifestation et suggère que les deux thèses en présence ne sont peut-être pas si inconciliables qu'elles le paraissent dès l'abord.

Le Dr CIBRIE rappelle quelles sont les deux thèses, bien connues : « Nous ne sommes pas seuls dans le débat, indique-t-il ; comme adversaires nous avons le Gouvernement, la Constituante, les Caisses et la C.G.T. Il ne faut pas surestimer nos forces, ni sous-estimer celles de la partie adverse. L'entente directe, nous y tenons tous, pour une raison morale et pour une raison matérielle ; mais est-il possible de la maintenir intégralement aujourd'hui ? Deux solutions sont possibles : soit la lutte contre la loi, soit l'aménagement dans le cadre de la loi. » Et de souligner les dangers de la position de refus. Il termine en donnant deux informations : *a*) A la demande du Syndicat du Rhône, une audience a été demandée au Ministre du Travail qui doit recevoir à 17 heures une délégation de la Confédération ; *b*) Dans la semaine écoulée les Drs CIBRIE, GERSON et REMILLY ont été reçus par les dirigeants de la C.G.T. qui leur ont fait connaître que la C.G.T. entendait obtenir l'application stricte des articles 10 et suivants de l'ordonnance. Le Dr CIBRIE donne lecture d'une déclaration rédigée en ce sens par le bureau de la C.G.T. « Chantage » crie-t-on dans un coin de la salle au milieu de quelques applaudissements, pendant que le Dr CIBRIE se rassied non sans avoir donné, pendant son allocution, quelques signes d'amertume.

Au nom du Rhône, le Dr GARDÈRE déclare que, quelle que soit la solution adoptée, son département observera la discipline syndicale. « Tous unis dans le désir d'obtenir la modification de l'ordonnance, nous sommes désunis sur la procédure, constate-t-il. Le Rhône refuse de signer la convention parce que, pour ce département, signer la convention veut dire adhérer à la loi. Or, nous ne voulons pas ; et cela non à cause d'intérêts matériels, dont nous n'entendons pas tenir compte, et sur lesquels nous sommes prêts à des sacrifices, mais pour des motifs d'ordre moral. Le Corps Médical est désireux d'appliquer la loi de Sécurité sociale dans le respect de la Charte mais rien d'autre. » Jusqu'à réforme de l'ordonnance, le Corps Médical devrait s'engager à prendre comme base d'honoraires le tarif syndical maximum ; contre les abus sévirait l'Ordre des Médecins. Et l'on demanderait au Ministre de ne pas appliquer tout de suite la lettre de l'ordonnance. Il conteste que l'attitude du Syndicat du Rhône puisse présenter des inconvénients, et donne lecture d'un ordre du jour qui sauvegarde l'entente directe.

Après le Dr PERCHE (Allier) et le Dr TRISTANI (Var) qui, tous deux, exposent pourquoi ils ne signeront pas de convention, le Dr COSSA (Alpes-Maritimes) déclare se présenter à la

Vitamine P.P.
Vitamine de protection neuro-cutanéo-muqueuse
nicotamide specia
RÉGIMES DE RESTRICTIONS
ASTHÉNIES · DYSPEPSIES
SYNDROMES PELLAGREUX FRUSTES
APHTES · GASTRITE · CÔLITE
DÉPRESSION MENTALE
ÉRYTHÈMES SOLAIRES
ENGELURES
PYORRHÉE · SÉBORRHÉE
Traitement adjuvant de la sulfamidothérapie et de la radiothérapie
PRÉSENTATION | POSOLOGIE
Société Parisienne d'Expansion Chimique SPECIA marques Poulenc Frères et Usines du Rhône
21, rue Jean Goujon - Paris-8e

SPASMOSÉDINE
sédatif et antispasmodique cardio-vasculaire
LABORATOIRES DEGLAUDE
15, Bd Pasteur - PARIS-XVe

PRODUIT DE LA BIOTHÉRAPIE
Vaccination par voie buccale contre la typhoïde et les para A et B
BILIVACCIN
ANTITYPHIQUE
H. VILLETTE & Cie, Pharmac. 5, r. Paul-Barruel, PARIS-XVe

fois au nom du Syndicat et du Conseil de l'Ordre de son département : ce qui marque, dit-il, l'union des deux organismes, l'unanimité des 750 médecins des Alpes-Maritimes, syndiqués et non-syndiqués et l'intrication des intérêts matériels et moraux en cause. Dans une langue claire et élégante, avec une calme autorité, le Dr Cossa fait le procès du tarif limitatif et de la nomenclature, laquelle ne reconnaît à la part intellectuelle du travail médical qu'une importance dérisoire. Tarif limitatif et nomenclature vont engendrer des abus de soins et entraîner à bref délai la détérioration de la médecine française. « Vous n'avez pas le droit de ne pas obéir à la loi, nous objecte-t-on, mais de quel poids peut être cet argument dans la bouche de ceux qui ont fait insérer dans la Constitution : « La résistance aux lois injustes est un des plus sacrés devoirs. » *(Applaudissements.)* D'ailleurs, dans la région du Sud-Est où aucune convention n'a été signée, les Caisses viennent de donner leur accord pour un relèvement général des tarifs de responsabilité. » Le danger des médecins de Caisses ? Illusoire ! Il n'y a pas et il n'y aura pas de médecins briseurs de grève. En terminant, l'orateur fait à l'Assemblée deux propositions : motiver le refus de signer les conventions par un texte calqué sur l'ordre du jour du Rhône remanié par la Seine ; étudier les modifications à apporter aux articles 10 et 13 de l'ordonnance. Il regagne sa place salué par une ovation prolongée.

Le Dr Grimaud (Gard) se montre inquiet des conséquences du refus de signer les conventions. Le Dr Delmas (Hérault), dans une forme acérée, montre le danger que fait courir au Corps médical la liberté donnée aux Caisses d'Assurances sociales de passer des conventions avec les cliniques mutualistes. Il révèle à l'auditoire que le Corps médical, dans sa lutte, a trois alliés : la C.F.T.C., l'Association des Familles nombreuses et le malade.

Le Dr Traut (Savoie) se livre à la critique des propos tenus par les orateurs précédents. A la lecture par le Dr Cibrie de l'ordre du jour de la C.G.T., il écrivit sur son calepin : utopie, pommade, chantage. Répondant au Dr Grimaud, il proclame nécessaire de traduire systématiquement devant le Conseil de l'Ordre, en vue de sanctions, tout médecin qui fait plus de quarante visites par jour, parce que suspect, à priori, de faire de la mauvaise médecine. *(Protestations dans la salle.)*

Pour le Dr Garvay (Aude), il n'est pas utile de suivre l'évolution sociale, qui n'est pas si brillante ; il faut, au contraire, éviter le nivellement par le bas. « Laissez-nous la liberté de la charité », faut-il dire au Ministre. Le Dr Laffitte (Hautes-Pyrénées) conseille de ne pas prendre une attitude systématiquement hostile, mais de subordonner la collaboration à l'ordonnance au rétablissement de la juridiction professionnelle pour sanctionner les abus. Après intervention du Dr Puy (Var) opposant aux conventions, l'on s'en va déjeuner.

Sous le tunnel.

L'après-midi, vigoureuse contre-offensive des signataires de convention. Mais, alors que, dans la matinée, les partisans du refus avaient pu, tout à leur aise, développer leurs arguments, on assiste soudain à un changement d'atmosphère. N'y est, d'ailleurs, pas étrangère la malencontreuse limitation du droit de parole à cinq minutes par orateur, proposée par

Micelliode
IODE COLLOIDAL MICELLAIRE ÉLECTRO-POSITIF
Toutes les Indications de l'IODE, SANS IODISME POSSIBLE
GOUTTES
Laboratoires de l'HÉPATROL _ 4 Rue Platon . PARIS (XVe)

GRIMAULT
DELBIASE
Stimulant biologique général
Dermatoses - Prophylaxie du Cancer
★
LABORATOIRES GRIMAULT
51, RUE FRANÇOIS-Ier - PARIS

CLONAZONE DAUFRESNE
ANTISEPTIQUE SULFAMIDO-CHLORE PUISSANT STABLE NON IRRITANT
LAB. PHARMACEUTIQUE DAUFRESNE
42, rue Thiers, LE HAVRE

le Président, et adoptée par l'Assemblée. Les adversaires des conventions vont s'en servir comme moyen d'obstruction systématique.

La Haute-Vienne (Dr VALLEGEAS), la Haute-Garonne (Dr CAFFORT) et la Seine-et-Oise (Dr GRENIER) viennent tour à tour défendre un point de vue qui rallie un nombre important de suffrages. Avec un beau talent de tribun, le Dr VALLEGEAS, qui a voté contre l'ordre du jour de collaboration du mois d'octobre dernier, et qui n'en est que plus à l'aise, assène à l'auditoire quelques vérités qui le font réagir ; il le fouaille tel un dompteur ses fauves. Le Dr BERGOUIGNAN (chirurgiens) révèle que la majorité des chirurgiens de province est d'accord pour accepter le principe de la collaboration à l'ordonnance, mais que les opinions sont également partagées sur l'ordre du jour du Conseil de la Confédération du 23 février dernier. Il donne lecture d'une résolution déclarant impossible la signature actuelle des conventions, et demandant la révision du texte de l'ordonnance. Pendant son intervention, le Dr BERGOUIGNAN, comme ses prédécesseurs, est constamment interrompu par des exclamations passionnées, fusant toujours du même coin de la salle. Sous la verrière largement ensoleillée, la température est montée, au propre et au figuré. Les apostrophes vengeresses se croisent et les interjections volent. Le Président presse l'Assemblée de préciser sa position, avant l'audience demandée au ministre du Travail. Elle adopte, dans son esprit, une résolution proposée par le Dr CIBRIE ; puis il s'agit de désigner la délégation. A ce sujet, les orateurs se succèdent de nouveau à la tribune, le débat reprend de plus belle, et la confusion atteint à son comble. La lumière jaillit cependant — pour les non initiés — grâce au Dr BOUILLIÉ (Seine-Inférieure) qui, au nom d'un certain nombre de « conjurés », dépose un ordre du jour de défiance pour les dirigeants de la Confédération, et demande la désignation de nouveaux délégués régionaux. Sous le débat de principes se masque, on le voit, un âpre conflit de personnes.

La résolution du Dr CIBRIE, adoptée dix minutes avant, est remise en question, et l'on voit l'Assemblée, éperdue, sur le point de prendre un parti exactement inverse. De hardis novateurs suggèrent, dans un véritable délire de terminologie, qu'il soit interdit aux délégués d'articuler un mot au Ministre qui leur a accordé audience et qu'ils aient seulement à écouter afin de tâter l'opinion du Ministre. L'on imagine avec effroi le tête-à-tête inextricable de ces interlocuteurs déterminés à s'écouter l'un l'autre. La délégation, complétée à la diable, part enfin. « Ne sait quand reviendra », ni même ce qu'elle pourra exactement dire....

LE POINT DE VUE DE L'ALSACE ET DE LA MOSELLE.

Entre temps, la Moselle (Dr BURGER) était venue, en termes mesurés, remémorer à l'Assemblée les conséquences d'un vote d'opposition totale. L'extension aux départements recouvrés de la législation française est liée à la mise en œuvre de l'ordonnance : « En cas de conflit, nous retombons dans le système allemand, dont nous ne voulons plus. » Et il relate les péripéties de la lutte intervenue, au cours de 1945, entre les médecins et le Préfet de leur département. (Nos lecteurs en ont eu les échos en leur temps.) Un compromis est intervenu non sans peine. L'attitude raidie du Préfet ne pourrait-elle pas préfigurer ce que sera celle du gouvernement si les médecins

GASTRHÉMA
CONTRE LES ANÉMIES
ASTHÉNIE - ANOREXIE - HYPOPEPSIE
17, Avenue de Villiers — PARIS (17e)
EXTRAIT DE MUQUEUSE D'ANTRE PYLORIQUE
1 à 3 amp. buvables, par jour
FRÉNASMA
TROIS A QUATRE COMPRIMÉS PAR JOUR. UN A DEUX DÈS LE DÉBUT DE LA CRISE.
LABORATOIRES DU GASTRHÉMA
17, AVENUE DE VILLIERS
PARIS (17e)
ASTHME - EMPHYSÈME - BRONCHITES CHRONIQUES - MÉDICATION PRÉVENTIVE, ABORTIVE ET CURATIVE DES CRISES

AMPHO-VACCINS
RONCHÈSE
à ingérer
injectables
pansements
21, Bd de Riquier, à NICE (A.-M.)
— 62, Rue Charlot, PARIS (3e) —

CALMOPELVINE
Dragées
ANTISEPTIQUE URINAIRE
LABORATOIRES FERGANT
81, Rue Réaumur, PARIS - Tél. : Central 37-91

se cantonnent dans un refus systématique ? « Pour vous, dit le Dr Spimskismy (Haut-Rhin), l'ordonnance est un recul, pour nous c'est un paradis. »

Suspension de séance et baisser de rideau.

La séance est suspendue à 4 heures et demie en raison du départ de la délégation chez le ministre. Elle devait reprendre à 5 heures et demie mais, effectivement, c'est à 7 heures moins 10 que la sonnette retentit. Le Pr Marquis informe l'auditoire, devenu fort clairsemé, que la délégation a été reçue par le Ministre, assisté de M. Bloch-Laroque ; que ce dernier s'est montré moins bien disposé pour les médecins que le Ministre lui-même. « Nous tenons, leur a-t-il dit, à l'application immédiate de l'ordonnance, sans que, toutefois, nous repoussions toute idée de réforme. Si les médecins ne veulent pas coopérer à la loi, ce que nous regrettons, nous trouverons facilement du personnel disposé à les suppléer. » Sur ce, l'Assemblée se retire commentant de façon diverse les résultats de l'ambassade.

Deuxième journée : débats et combats !

Dimanche matin le Président rend compte à nouveau de l'entrevue ministérielle qui se borna à un échange de vues, empreint de part et d'autre (grâce sans doute du côté ministériel à la vigilante tutelle directoriale), d'une fermeté qui ne fermait point cependant la porte à des assouplissements lointains, parce que dépendant du futur Parlement. Reprennent ensuite, sur la discussion générale, d'assez académiques débats. Après le Dr Estival, qui veut faire du médecin un « travailleur » conscient et organisé, le Dr Salaun (Finistère) expose les avantages matériels et moraux de la Convention Syndicat-Caisse, à laquelle tous ses mandants, sauf un, sont extrêmement attachés. Après quelques interventions confuses et houleuses, la discussion générale est close et l'on passe à l'étude des ordres du jour.

Le Secrétaire général fait part de son désir d'aboutir à un texte ralliant la quasi unanimité. Or, le projet déposé par la forte minorité (ou la faible majorité), comporte selon lui une déclaration de guerre. Il faut être sûr que ses auteurs ont les armes et les moyens de la victoire. Les forces adverses sont considérables. D'autre part les chefs ne se battent pas toujours avec les troupes !

Le Pr Gardère (Rhône) fait observer que la déclaration de guerre ne vient pas du Corps Médical ; elle viendra du Travail si celui-ci veut imposer la loi. Son projet repousse la signature des conventions dans l'état actuel des textes. Il repousse également tout projet ne respectant pas la charte et l'entente directe. Une commission devra étudier des propositions conciliant les nécessités sociales et la qualité de la médecine ainsi que des dispositions transitoires sauvegardant les intérêts des assurés.

L'Assemblée voudrait bien savoir, de manière précise, ce qu'il y aura lieu de faire pratiquement à l'expiration, le 20 avril prochain, de la mise en demeure ministérielle. Il faut avouer qu'à cette demande répétée avec insistance à deux reprises, le Pr Gardère ne fit que réponses évasives ou

SUPPONERYL
★
Insomnies
de toute nature
Hypoalgésie
opératoire
et obstétricale
THERAPLIX
98, RUE DE SÈVRES, PARIS-VII•

BAUME THOMAS
Douleurs de la première dentition
Véritable Huile de Haarlem G. de Koning Tilly
Cachets Pachaut - Valériane Pachaut
Phosdhogène Pachaut - Terbinthiol
Lab. THOMAS 2, r. Ste-Cécile, 31, Fg Poissonnière, Paris-9e

LIT MÉCANIQUE
POUR SOULEVER ET SOIGNER LES MALADES
DUPONT
Cent ans de spécialisation dans le confort du malade
NOUVEAU MODÈLE PERFECTIONNÉ RECOMMANDÉ PAR LE CORPS MÉDICAL
VENTE ET LOCATION
6, Place Bellecour
LYON
Téléphone : Franklin 32-87

obscures. Plus subtils mais non plus exacts furent les conseils du Dr Cossa. « La signature des feuilles n'entraîne adhésion qu'à la Convention. Mais si la Convention n'est pas signée ? » Et l'orateur en conclut, au reste à tort, que le médecin reste alors libre à l'égard de la loi. En remettant un reçu à l'assuré, celui-ci ne serait pas lésé, donc point mécontent. En tous cas les épouvantails professionnels ou politiques dont on nous menace ne doivent point nous faire peur, car ils ne sont point dangereux.

BERCHE, du Pas-de-Calais, demande que la question de la médecine des mines soit liée à celle plus générale des assurances sociales, afin de faire disparaître un « foyer d'infection » dangereux. Par une intervention très applaudie BOUVAT (Ardèche), souhaite que les médecins ne cherchent pas à faire fortune mais s'efforcent de faire comprendre au peuple de France et à la C.G.T. par l'exemple et la propagande, ce qu'est la vraie médecine. Il se déclare prêt à se laisser traîner au besoin devant les Tribunaux *(vifs applaudissements.)*

Courageusement le Pr Fabre (Haute-Garonne), tout en s'inclinant devant la discipline majoritaire, se déclare partisan des Conventions. Il connaît les défauts des médecins dont les organismes professionnels auraient trop souvent étouffé les dossiers qui leur étaient déférés par le contrôle des Caisses. Mais il connaît aussi l'atmosphère irrespirable de lutte de classes qui animent trop souvent les Caisses à l'égard du Corps Médical. Le drame qui se joue est politique : l'on veut atteindre une profession libérale qui, par essence, apparaît comme « réactionnaire », car elle a toujours refusé de se plier à toute discipline imposée. Mais l'Ordre doit être une juridiction, non un fantôme. Il doit juger, non lessiver.

Après l'échec d'une tentative passionnée, tendant à faire voter par priorité une motion favorable à l'entente directe, CIBRIE donne alors lecture d'un nouvel ordre du jour, s'opposant à la mainmise des Caisses sur une profession libérale, mais engageant le Corps Médical à appliquer le tarif minimum aux assurés non notoirement aisés (sauf cas exceptionnels), l'entente directe restant applicable à tous les autres assurés. Les médecins s'engageraient de même à observer l'économie dans le traitement, et à n'accorder que les interruptions de travail nécessaire. Des propositions concrètes seraient faites au gouvernement. Dans l'attente des modifications légales, toute nouvelle signature de Convention devrait être différée.

Après quelques remous, le Président obtient que le règlement au reste fort sage, soit observé et que la mise aux voix des deux ordres du jour, préalablement communiqués par écrit aux délégations, n'ait lieu qu'au début de l'après-midi.

UNION SACRÉE.

L'entracte était utile, et propice aux négociations. Les meneurs de jeu, soucieux sans doute d'éviter aux spectateurs sensibles un dénouement tragique, ou, moins désireux qu'au départ de provoquer une crise confédérale, s'efforcèrent d'aboutir à un texte unique, et apportèrent en présent à l'Assemblée le nègre-blanc susceptible de susciter l'unanimité.

TRINITRINE
ET ASSOCIATIONS
(DRAGÉES A NOYAU MOU)
TRINITRINE SIMPLE
TRINITRINE CAFÉINÉE DUBOIS
TRINITRINE PAPAVÉRINE LALEUF
TRINITRAL LALEUF
TRINIBAÏNE LALEUF
ANGINE DE POITRINE
CRISES VASCULAIRES SPASMODIQUES
LABORATOIRES LALEUF
Georges DUGUÉ, Docteur en Pharmacie
51, R. NICOLO, PARIS-16e
Téléphone : TROcadéro 62-24

ACTIPHOS
AMPOULES BUVABLES DE 3 C.C.
L'ALIMENT ÉQUILIBRÉ DE LA CELLULE NERVEUSE
Acide phosphorique en Synergie suractivée par les Phosphates métalliques et les Catalyseurs minéraux
LABORATOIRE ROGER BELLON
LOUIS FERRAND
Interne, Lauréat des Hôpitaux de Paris
PHARMACIEN-GÉRANT
(GAMBÉOL, RECTOCALCIUM, HÉMOPTLOSE - 3e, GLOBIRON)
78bis, Avenue Marceau - PARIS (8e)

Ce chef-d'œuvre de balancement parlementaire fut lu à la tribune par le Dr Cossa, et expliqué par le Pr Gardère, lequel mû par des raisons de haute politique voulut permettre au Corps Médical de faire la preuve de sa cohésion et de son union. L'élément essentiel de sa doctrine : la non-signature actuelle des conventions lui était accordé. Mais la porte était grande ouverte à des négociations, à des propositions concrètes, et le principe des honoraires syndicaux applicables aux assurés qui ne seraient pas notoirement aisés, avec possibilité de dépassement, sous réserve du contrôle des juridictions professionnelles, y était expressément inscrit. On trouvera page 301 le texte complet de cet accord, qui par la faute de deux opposants irréductibles et d'une abstention ne fera cependant pas l'unanimité totale que l'on espérait.

Une Commission fut décidée, qui serait chargée de mettre au point des propositions concrètes permettant le fonctionnement de la loi de sécurité sociale. Furent élus : Pr Gardère, Dr Cossa, Dr Mahoudeau, Pr Filachet, Pr Müller, Dr Dubeuf, Dr Vourch, Pr Fabre, Dr Grenier, Dr Carlotti.

HOPITAUX.

LA Confédération vient d'être informée, d'une manière aussi tardive que brutale, que le statut hospitalier réglé par le décret du 17 avril 1943 allait être modifié de fond en comble par un décret nouveau préparé par la Santé publique. Le Dr Bergouignan nous en expose rapidement les points essentiels :

— Il n'y a plus que deux catégories : malades sociaux et petits payants ; malades payants ordinaires ;

— Les cliniques ouvertes administratives et comptables (et non bâties) sont admises ;

— Tous les malades devront payer en consultation externe sur des bases normales ;

— Les honoraires sont proportionnels aux chiffres-clés syndicaux, mais restent recouvrés par l'administration hospitalière (alors que le Corps médical revendique l'organisation d'un secrétariat particulier). Les honoraires forment une masse entre tous les services dans les villes de Facultés, et sont répartis par service dans les autres villes ;

— Enfin, les médecins s'engageant à consacrer trois après-midi par semaine à l'hôpital bénéficieront du logement et d'un local pour consultation privée.

L'Assemblée demande qu'avant toute publication le décret soit soumis pour étude à la Confédération, et que les honoraires hospitaliers, en matière d'assurances sociales, soient dorénavant fixés par convention Syndicat-Caisse (et non par tractation entre les Caisses et les Commissions administratives).

QUESTIONS DIVERSES. — LA CONFIANCE EST VOTÉE.

SUCCESSIVEMENT, il est rendu compte des négociations en cours en ce qui concerne l'application aux honoraires de médecine sociale du taux de l'impôt sur les traitements et salaires ; des dangers présentés par l'ordonnance du 31 octobre 1945 étatisant le traitement de la tuberculose ; des promesses des Pensions, non tenues par les Finances, en ce qui concerne le rehaussement des tarifs de l'article 64 ; des abus de l'A.M.T, prorogée démagogiquement pour trois mois en faveur des

PHYTOJAVA
Affections hépatiques et hépato-arthritiques
Comprimés : 1 à 3 ou Gouttes : 20 à 60 avant chaque repas
LABORATOIRES LONGUET, 34, RUE SEDAINE - PARIS

ENTEROSPASME
DYSARIODE
Bismuth ★ Quinoléine ★ Curcuma
LABORATOIRES DU VIOPHAN 8 COMPRIMÉS PAR JOUR 91, RUE DE MONCEAU, PARIS-8e

déportés. Deux ordres du jour votés à l'unanimité décident une *grève administrative* à compter du 1er mai si, à cette date, satisfaction n'est pas donnée au Corps médical. Une expérience récemment faite dans les Côtes-du-Nord a montré toute l'efficacité de ce procédé qui paralyse le fonctionnement régulier de l'Administration.

A nouveau le problème de l'attitude à prendre à l'égard des A. S., après la mise en demeure ministérielle, est remis sur le tapis. La discussion n'est guère plus claire que la première fois, faute sans doute des précisions juridiques qui eussent été indispensables pour orienter le débat. Au milieu d'affirmations aussi péremptoires que gratuites, une indication intéressante fut cependant donnée par CIBRIE ; il a pu faire préciser par le Conseil supérieur des A. S. que le médecin a le droit de refuser de soigner un assuré ès qualité. La grève administrative, s'il faut y recourir, ne saurait être décidée à la légère et sur le seul plan local.

Des précisions sont données sur le marché des voitures, qui laissent, au reste, fort peu d'espoir (bien que l'Administration des Domaines semble avoir été insuffisamment prospectée). Des mesures sont envisagées pour attirer l'attention des Pouvoirs publics et gagner à la cause médicale le grand public.

Une protestation indignée est élevée contre l'abrogation de la loi relative à l'alcoolisme.

Enfin — au risque de décevoir les amateurs de sensations fortes et peut-être aussi quelques ambitions — un ordre du jour renouvelant la confiance de l'Assemblée dans son Bureau et son Secrétaire général est votée par l'unanimité des délégués. Sommation courtoise fut faite cependant à CIBRIE d'être davantage combattant que diplomate : l'ère bourgeoise est révolue ; la victoire va davantage, en notre époque à la violence qu'à la raison !

Peut-être faut-il cependant plus les unir que les opposer?

AU CHEVET DE LA PROFESSION.

Il est notoire que l'ordonnance du 20 octobre marque un moment particulièrement solennel de la profession. Cette Assemblée était donc exactement l'analogue d'une consultation entre confrères à propos d'un malade grave. En pareille circonstance il est d'usage que les avis différents soient confrontés et discutés avec une rigueur, une bonne foi, une tolérance absolues. Le seul objet en cause : le bien du malade, doit imposer silence à tout esprit de parti. L'avis le plus surprenant peut recéler une part de vérité ou faire apparaître un point de vue valable. Des médecins devraient être rompus à cette discipline intellectuelle qui permet de dégager pas à pas les modalités d'une conduite à adopter.

Les débats de l'Assemblée, on regrette d'avoir à le dire, n'ont pas été édifiants. Ils ont été dominés par la passion. Trop souvent une argumentation s'est manifestement heurtée à des partis pris ou même à de l'obstruction. Il ne s'agissait pas pour certains de peser avec conscience le pour et le contre pour se faire une opinion, mais d'enlever la position.

L'esprit de parti empoisonne ce pays et le mène aux abîmes. Il eût mieux valu, pour le prestige de la profession, ne pas le trouver aussi fortement installé dans cette Assemblée et que l'on pût croire le boulevard de Latour-Maubourg plus loin qu'il n'est réellement du Palais-Bourbon.

Gérant : J. MIGNON — Lang, Blanchong et Cie, 30, rue du Poteau - Paris (18e) — 31.1040
Février 1879 — Dépôt légal : N° 8 — 2e trimestre 46





CHLORO-CALCION

Boldolaxine

LABORATOIRE EMILE CHARPENTIER
7, RUE DU BOIS DE BOULOGNE PARIS. XIVe

NÉOSPLÉNINE



LA 1E SYNERGIE
A BASE D'EXTRAITS
DE RATE-FOIE
MUQUEUSE GASTRIQUE

TOUTES DÉFICIENCES ORGANIQUES
LABORATOIRE DU DOCTEUR E. AUBERT
71, RUE STE-ANNE - PARIS 2E

Toutes les indications du Calcium et de la Vitamine D

ULTRACALCIUM

PHOSPHORE CALCIUM VITAMINE D

RECALCIFIANT COMPLET ET ÉQUILIBRÉ
EN COMPRIMÉS OU DRAGÉES A CROQUER

LABORATOIRES DEROL, 66 TER RUE ST DIDIER. PARIS 16E

CALCIUM CORBIÈRE

GLUCONATE DE CALCIUM PUR A 10 %
EN AMPOULES
DE 2cc. 5cc. 10cc

POUR INJECTIONS
ENDO-VEINEUSES OU
INTRA-MUSCULAIRES
INDOLORES

LABORATOIRES CORBIÈRE
27, Rue Desrenaudes, PARIS TÉLÉPH. CARNOT 78-11

68e ANNÉE — Nº 15 — 20 AVRIL 1946

LE

CONCOURS MÉDICAL

37, RUE DE BELLEFOND - PARIS (9e) - TRU 33-66

379 à 381

SOMMAIRE

PARTIE SCIENTIFIQUE.

La rétraction ischémique de Volkmann (Pr E. Mériel) 337

Deux nouveaux traitements du cancer de la prostate (P. Lacroix) 340

Les Livres, 341. — Les Sociétés Savantes, 342. La Presse, 343.

PARTIE PROFESSIONNELLLE.

Propos du jour : L'assemblée générale de la Confédération (G. Lavalée) 345

Organisation professionnelle : Assurances sociales, Précisions et Conjectures (Jean Migon) 347

L'O.P.H.S. de l'avenir (Dr Jodin) 350

DEMI-COLONNES.

Dernières Nouvelles, 330. — A travers l'Officiel, 333. — Echos et Commentaires, 353. — Correspondance, 357.

NATIBAÏNE
NATIVELLE

Toux — Coqueluche

ÆTHONE

Laboratoire de l'ÆTHONE 35, rue Boissonnade, PARIS (XIVe

Silicyl

Médication de BASE et de RÉGIME
des ÉTATS ARTÉRIOSCLÉREUX
et des carences siliceuses

18, Rue Ernest-Rousselle - PARIS-13e

Chl. de Ca. Gluconate de Ca. phosph. di-acide de Ca.
(Gouttes)

POLYCALCION

Antihémorragique
Déchlorurant
Neuro-Sédatif

Labor. SCIENTIA
Dr PERRAUDIN
21, rue Chaptal, PARIS

Traitement Spécifique de l'Acné

SACNEL

Laboratoires DUMESNIL, 10, Rue du Plâtre, Paris 4e

VÉRITABLE
HUILE DE HAARLEM
G. de Koning-Tilly
GOUTTES - CAPSULES

LABORATOIRES THOMAS
2, Rue Sainte-Cécile, 2 — PARIS (9e)

DERNIÈRES NOUVELLES

Institut d'Hygiène de la Faculté de médecine de Paris.

Stage pratique de médecine sportive. — Un stage pratique de médecine sportive, réservé aux docteurs en médecine et aux étudiants de 5e année, est organisé au centre régional d'Education physique et des Sports de Dinard (Ille-et-Vilaine), du 20 juillet au 15 août 1946, sur l'initiative du Laboratoire d'hygiène sportive de la Faculté de médecine de Paris.

Les élèves seront exercés individuellement à la pratique du contrôle médical des sports rendu obligatoire par l'arrêté ministériel du 5-2-1946.

Conditions d'admission : être docteur en médecine ou titulaire de 20 inscriptions validées en vue du diplôme d'Etat ; être titulaire du B.S.P. ; faire une composition écrite sur un sujet élémentaire d'hygiène sportive traité au cours d'hygiène de 5e année.

N. B. — Pour les candidats non titulaires du B.S.P. une session spéciale de cet examen est prévue avant le cours.

Les frais de voyage et de séjour au Centre sont supportés par la Direction générale E.P.S.

A l'issue du cours, et après examen probatoire, il sera délivré un brevet d'aptitude aux fonctions de médecin-contrôleur de l'E.P.S.

Les inscriptions sont reçues au Laboratoire d'hygiène sportive de la Faculté de médecine de Paris, 21, rue de l'Ecole de Médecine, Paris (6e), à partir du 15 avril jusqu'au 15 juin dernier délai.

Ecole de médecine d'Angers.

M. le professeur Amsler est nommé médecin-inspecteur du travail spécialisé en matière de pneumoconiose.

Hôpitaux de Paris.

Concours spécial d'assistant en obstétrique. — Un concours spécial — réservé aux candidats non forclos appartenant aux catégories énumérées par l'arrêté ministériel du 11 mars 1946 — pour deux places d'assistant en obstétrique des hôpitaux de Paris, sera ouvert le 9 mai 1946. Les inscriptions sont reçues, jusqu'au 25 avril 1946 inclusivement, 3, avenue Victoria, Paris (4e).

Concours d'assistant en stomatologie. — Un concours pour trois places d'assistant en stomatologie des hôpitaux de Paris sera ouvert le 21 mai 1946. Inscriptions, 3, avenue Victoria, jusqu'au 29 avril inclusivement.

Concours des prix de l'internat (médaille d'or). — En raison du fait qu'il n'y a pas eu de concours de médaille d'or en 1945, trois concours des prix de l'internat auront lieu en 1946. Le premier de ces concours, réservé aux internes des promotions d'avant-guerre, a été annoncé dans notre numéro du 20 mars 1946.

Enseignement des hôpitaux libres.

Le docteur G. Blechmann a fait le 5 avril, à l'Institut Prophylactique, une conférence sur le sujet suivant : *Dystrophies infantiles. Meilleure connaissance des causes.*

Journées médicales de Bruxelles de 1946.

La conférence inaugurale des Journées médicales de Bruxelles 1946 sera faite le 22 juin par le professeur Mondor, au Palais des Académies.

Citons, parmi les conférenciers, le professeur Giraud (de Montpellier), MM. Bessemans (de Gand), Raoul Palmer (de Paris), Bigwood, Rijland et Deloyers (de Bruxelles).

Le programme récréatif comprendra un banquet, le 22 juin, un concert de gala dans le grand auditorium de l'I.N.R., et une représentation au théâtre Royal de la Monnaie.

Alerte pour les produits laitiers.

Nous recevons le communiqué suivant :

Les producteurs sont découragés : le lait leur est actuellement payé bien en dessous du prix de revient.

Des vacheries se ferment et, du fait des lois sociales, ne se rouvriront plus. Il est à prévoir qu'après la pointe de mai prochain, les grands centres urbains seront de moins en moins approvisionnés en lait. Il



SALICYLATE
de SOUDE CLIN
PURETÉ CHIMIQUE — TOLÉRANCE
ACTIVITÉ

Voie buccale

SOLUTION CLIN (2 gr. par cuillerée à soupe.)

SOLUTION concentrée CLIN (2 gr. par cuillerée à café)

CAPSULES glutinisées CLIN (0 gr. 50 par capsule)

Voie veineuse

AMPOULES de Salicylate de Soude glucosé CLIN (solution à 10 % - 1 gr. pour 10 cc.)

AMPOULES de Salicylate de Soude CLIN pour médication sclérosante (solution à 20, 30, 40, et 60 % - Am. de 3 cc.)

Voie musculaire

AMPOULES de Salicylate de Soude CLIN I, M. (1 gr. pour 5 cc.)

LABORATOIRES CLIN - COMAR & Cie
20, rue des Fossés-St-Jacques, PARIS-Ve

faudra alors faire venir le lait de très loin avec de nombreux risques et des charges accrues.

La France devra-t-elle donc importer encore davantage de lait qu'elle pourrait produire et ne devrons-nous pas le payer à un prix plus élevé que celui que l'on refuse actuellement à nos paysans ?

Les médecins ne peuvent se désintéresser de tout ceci, ni de toutes les réformes nécessaires dans la chaîne laitière de la production à la distribution, pour que désormais les familles disposent de lait en quantité abondante, et non seulement ayant la richesse butyrique normale, mais encore une propreté bactériologique aussi grande que possible.

« Médecine et Famille », Association des Médecins amis de la Famille et des familles nombreuses, 28, place Saint-Georges, étudiera volontiers toutes informations et toutes suggestions sur ces problèmes.

Médecin Inspecteur des Ecoles (Ville de Troyes).

Un poste de *médecin inspecteur des écoles* de la Ville de Troyes est actuellement vacant. Poste tout temps et exclusif de toute clientèle. Traitement de 120.000 à 150.000 francs, auquel s'ajoutent une indemnité de résidence et les avantages prévus par le Code de la Famille. Adresser candidature et curriculum vitae à la Direction départementale de la Santé de l'Aube, Préfecture, à Troyes.

Groupe Lyonnais d'Etudes Médicales, Philosophiques et Biologiques.

Le Groupe lyonnais d'études médicales, 16, rue du Plat, Lyon (2e), organise pour les 27, 28, 29 avril prochains les réunions de travail en commun dont le projet avait été ébauché déjà en 1942 et que les circonstances avaient obligé à différer.

Ces réunions auront lieu à Francheville-le-Haut, à 9 km. de Lyon, dans la propriété des Pères Jésuites, Notre-Dame du Chatelard.

(*Communiqué.*)

Conseil supérieur des médecins.

Le Conseil supérieur des médecins a adressé au Ministère de la Santé Publique le vœu suivant :

Le Conseil supérieur des médecins, certain d'exprimer l'opinion unanime du Corps Médical Français, proteste hautement contre la suppression de la limitation des débits de boisson et contre l'abrogation de l'Ordonnance du 20 octobre 1945.

Soucieux, avant tout, de l'intérêt de la Santé Publique, il demande à nouveau à Monsieur le Ministre de la Santé Publique et de la Population de s'employer à faire remettre en vigueur, sans délai, les dispositions législatives antérieures.

(*Communiqué.*)

Chambre syndicale de Médecine de la Seine.

I. — MEMBRES DU CONSEIL.

1° *Syndics d'arrondissement* : MM. les Drs Spindler (1er et 2e) ; Pierrote (3e-4e) ; Montagne (5e) ; Thuillant (6e) ; Charry (7e) ; Croquefer (8e) ; Gerson (9e) ; Izard (10e) ; Dupas (11e) ; Boelle (12e) ; Biard (13e) ; Hariel (14e) ; Bzwoski (15e) ; Quivy (16e) ; Jodin (17e) ; Gauthier (18e) ; Cabessa (19e) ; Moreau (20e). *Banlieue* : MM. les Drs Lion, Bezançon, Nouviale (Banlieue Ouest), Auber, Brétonville, Fougerat, Meuvret, Rameaux (Est et Sud).

2° *Conseillers élus par l'Assemblée* : MM. les Drs Lafay ; Drouet ; Robert ; Mahoudeau ; Rouèche ; Debray ; Poumailloux ; Boudin ; Pinel ; Vaslin.

3° *Spécialités*. Electroradiologiste : Dr Aimé ; chirurgie : Dr Séjournet ; O.R.L.-ophtalmo. : Dr Bonnet-Roy ; phtisiologie : Dr Lecœur ; gynécologie-obstétrique : Dr Devé ; dermato-vénéréo-urologie : Dr Bouteau.

Le Concours Médical
Fondé en 1879 par A. Cézilly.
Directeur honoraire : Docteur J. NOIR.
Directeur : Dr G. LAVALÉE.
Rédacteur en Chef : Dr G. FISCHER.
RÉDACTION, ADMINISTRATION ET PUBLICITÉ, 37, Rue de Bellefond, Paris 9e).
Téléphone : TRU 33-66. R. C. Seine 76.579.
Chèques postaux, Paris 167-95.
ABONNEMENTS : 1 an, 250 francs. - Etudiants, 125 fr. Le N° 10 fr. Changem. d'adresse 5 fr.



TOPIQUE INTESTINAL
COLITES, ENTÉROCOLITES, INTOXICATIONS, INFECTIONS
LANCOSME . 71, Av. Victor Emmanuel III, Paris (8e)

SILYMAR
Spécifique de l'Hypotension et des troubles liés aux états parasympathicotoniques
2 à 3 pilules
avant chacun des deux repas
LANCOSMÉ, pharmacien, 71, Avenue Victor-Emmanuel-III Paris-8e

BOURBON-LANCY
(Saône-et-Loire)
Eaux oligométalliques, hyperthermales, radioactives
Traitement du Rhumatisme articulaire aigu et de ses séquelles endocarditiques, des Rhumatismes chroniques, de la Goutte, de la Sciatique.
Saison du 15 Mai au 1er Octobre

II. — Délégués a la Confédération.

MM. les Drs Boelle, Drouet, Dupas, Fanton-d'Andon, Jacquelin-Cluseau, Jodin, Mahoudeau, Robert, Poumailloux, Roueche, Sénéchal, Vaslin.

III. — Bureau.

Président : Dr Roueche ; *Vice-Présidents* : Drouet, Dupas, Lafay, Pinel ; *Secrétaire général* : Charray ; *Secrétaires généraux adjoints* : Jodin, Lion, Robert, Vaslin ; *Trésorier* : Poumailloux ; *Trésorier adjoint* : Bouteau.

IV. — Assemblée générale du 27 mars.

Ordre du jour : La Chambre Syndicale des Médecins de la Seine, réunie en Assemblée Générale le 27 mars 1946, demande :

1° que la signature de la Convention soit différée dans l'état actuel des textes gouvernementaux concernant la loi de sécurité sociale du 19 octobre 1945, et attache la plus grande importance à ce que tous les Syndicats Médicaux Français, adoptent sur ce point, la même ligne de conduite ;

2° repousse toute atteinte à l'un quelconque des principes de la Charte — libre choix — entente directe — liberté de prescription — secret professionnel ;

3° demande à la Confédération des Syndicats Médicaux Français, d'établir et de défendre un projet conforme, sans réserve, à tous les principes de la Charte.

L'Assemblée Générale de la Chambre Syndicale des Médecins de la Seine donne mandat à ses délégués, à l'Assemblée extraordinaire de la Confédération du 30 et 31 mars, de soutenir les principes énumérés dans cet Ordre du Jour.

Ordre du Jour voté à l'unanimité par l'Assemblée Générale, moins 11 opposants.

Pour le 1er paragraphe : 8 opposants.
Pour le 2e paragraphe : 2 opposants.
Pour le 3e paragraphe : 6 opposants.

Cet Ordre du Jour s'inspire de celui des Syndicats Médicaux du Rhône.

Commission tripartite nationale d'approbation des tarifs.

L'ordonnance du 19 octobre 1945, fixant le nouveau régime des Assurances Sociales, comporte un certain nombre d'articles, contre lesquels le Corps médical s'est élevé.

La Commission, composée en vertu de cet article, vient de tenir sa première séance le 13 mars courant.

Les représentants des organisations professionnelles désignées par le ministre du Travail et de la Sécurité sociale sont, pour les médecins de la Seine, les docteurs : Gerson, titulaire permanent ; Robert, suppléant permanent ; Poumailloux et Cibrie, titulaires ; professeur Le Lorier, représentant titulaire des accoucheurs, et Jodin, suppléant.

MM. Robert, Poumailloux, Le Lorier et Jodin ont déposé au cours de cette séance, une motion dont ils ont demandé l'inscription au procès-verbal qui précise : « Que leur présence à cette Commission ne comporte ni de leur part, ni de la part de la Chambre syndicale des médecins de la Seine, une adhésion tacite aux termes de l'ordonnance du 19 octobre 1945. Ils considèrent que le Corps médical n'a pas eu la possibilité de faire entendre son avis en temps opportun sur des textes modifiant profondément des principes posés par les lois pré-existantes. Plusieurs articles de cette ordonnance ont soulevé et soulèvent des critiques d'ordres matériel et moral de la part du Corps médical, et les récentes élections au Conseil départemental de l'Ordre dans la Seine ont souligné la quasi-unanimité des votants à cet égard.

Les docteurs Cibrie et Gerson n'ont pas signé cette motion, mais s'y sont associés verbalement.

Nécrologie.

Le docteur J. Lohéac, ex-interne des hôpitaux de Lille, à Gourin (Morbihan) ; le docteur Paul Lohéac, ex-chef de clinique chirurgicale à la Faculté libre de Lille, à Gourin ; le docteur Jean-Urban Monnier, ex-médecin assistant des hôpitaux de Nantes, à Fontenay-le-Comte, font part du décès de Mademoiselle Cécile Lohéac, leur fille, sœur et belle-sœur.

Nous avons le vif regret d'annoncer la mort de Madame Maurice Perrin, femme du docteur Maurice Perrin, Professeur honoraire à la Faculté de médecine de Nancy, membre correspondant de l'Académie de médecine. Nous adressons à notre éminent collaborateur, le Professeur Maurice Perrin, nos sincères condoléances et l'expression de notre douloureuse sympathie.

TUBERCULOSE
VITADONE
INJECTABLE
Vitamines A et D physiologiquement titrées
BOITES DE 6 AMPOULES DE 2 cc.
chaque ampoule contient:
20.000 unités int. de Vitamine A
20.000 unités int. de Vitamine D
2 injections intra musculaires par semaine
Littérature aux Etablissements BYLA
26, avenue de l'Observatoire, à PARIS (14e)

GASTRHÉMA
Anémies — Anorexie
Hémogénie — Hypopepsie
GASTRHÉMA
Asthénie — 1 à 3 ampoules buvables par jour
Méthode de Castle — 17, Av. de Villiers, Paris-17e
GASTRHÉMA

SEPTICARBONE

Antiseptique intestinal
LABORATOIRES DU Dr DEBAT - 60, RUE DE MONCEAU - PARIS 18e

A TRAVERS L'OFFICIEL

ASSURANCES SOCIALES.

Arrêté du 6 février 1946 nommant les membres de la commission permanente de la nomenclature.

Article premier. — Est nommé président de la commission permanente de la nomenclature :

M. le président du comité technique d'action sanitaire.

Sont nommés membres de cette commission :

En qualité de représentants de la Confédération des syndicats médicaux français :

MM. les docteurs :

BERGOUIGNAN, chirurgien.

COLIEZ, radiologue.

Fernand DECOURT, médecine générale.

MOUTHON médecine générale.

En qualité de médecins conseils des caisses d'assurances sociales : MM. les docteurs MEULLE et MARCOTTE.

En qualité de représentants du ministre de la Santé publique et de la Population : M. le docteur AUJALEU, directeur de l'hygiène sociale, ou son représentant.

M. BOUSCATEL, directeur de l'entraide sociale, ou son représentant.

En qualité de représentants du ministre du Travail et de la Sécurité sociale : Le directeur général de la sécurité sociale, ou son représentant, et M. le docteur HILAIRE.

En qualité de représentants des Caisses d'Assurances Sociales : MM. les docteurs CHARPENTIER et JOUTARD. (*J. O.*, 24 février 1946.)

Arrêté du 13 février 1946 approuvant le modèle de convention à intervenir entre les caisses de sécurité sociale et les syndicats de sages-femmes.

(*J. O.*, 24 février 1946.)

Arrêté du 13 février 1946 approuvant le modèle de convention entre les caisses de sécurité sociale et les syndicats d'auxiliaires médicaux.

(*J. O.*, 24 février 1946.)

Arrêté ministériel du 12 mars 1946 fixant les conditions d'inscription sur la liste d'aptitude aux fonctions de médecin conseil de la Sécurité sociale.

Article premier. — Nul ne peut être inscrit sur la liste d'aptitude aux fonctions de médecin conseil de la sécurité sociale s'il ne remplit les conditions suivantes :

1° Etre Français, titulaire du diplôme d'Etat de docteur en médecine, inscrit à un tableau de l'ordre des médecins et n'avoir été sous le coup d'aucune mesure disciplinaire jugée incompatible avec l'exercice des fonctions de médecin conseil ;

2° Justifier, soit de cinq années au moins de pratique professionnelle, soit de titres universitaires, hospitaliers ou médico-sociaux jugés suffisants par la section du contrôle médical du comité technique d'action sanitaire et sociale ;

3° Etre âgé de cinquante ans au plus. Toutefois, il peut être dérogé provisoirement à cette limite d'âge dans des cas particuliers laissés à l'appréciation de la section du contrôle médical du comité technique d'action sanitaire et sociale, sous réserve que l'âge des intéressés ne dépasse pas cinquante-cinq ans ;

4° Avoir été reconnu apte à des fonctions actives par une commission de santé comprenant, dans chaque région, le médecin conseil régional et deux médecins désignés par lui, dont un phtisiologue des services publics ;

Révulsif Fouchère
DEUX FORMES :
EMULSION : Adultes
POMMADE : Bébés, Enfants et Adultes à épiderme sensible
LABORATOIRES FOUCHÈRE
RIVE-DE-GIER (Loire)

LE DÉFICIT EN CALCIUM ALIMENTAIRE
peut être comblé par
L'OPOTHÉRAPIE OSSEUSE
qui représente une méthode sûre de
RÉMINÉRALISATION
HOLOS
POUDRE D'OS OPOTHÉRAPIQUE VITAMINÉE
DESCHIENS, Docteur en Pharmacie, 9, Rue Paul Bandry - PARIS (8e)

MORRHUËTINE VITAMINÉE JUNGKEN
Toutes les vitamines de l'Huile de Foie de Morue
Véritable SUCRE VITAMINÉ
Laboratoires BRACQUEMOND & Cie, 105, Rue de Normandie, Courbevoie (Seine)

5° Prendre l'engagement de renoncer, en cas de nomination, à toute clientèle privée et à toute activité jugée incompatible avec la fonction.

Art. 2. — La commission, prévue à l'article 18 (§ 2) du décret du 29 décembre 1945 portant règlement d'administration publique pour l'application de l'ordonnance du 19 octobre 1945 et chargée de l'établissement de la liste des médecins consultants, est composée ainsi qu'il suit :

Le directeur régional de la Santé, président.
Le directeur régional de la Sécurité sociale.
Le médecin conseil régional.
Deux représentants de la caisse régionale de Sécurité sociale.
Deux représentants des syndicats médicaux.

Art. 3. — Les dispositions des articles précédents s'appliquent aux chirurgiens-dentistes. Toutefois, en ce qui les concerne, le diplôme d'Etat de docteur en médecine exigé à l'article 1er du présent arrêté est remplacé par le diplôme de chirurgien dentiste.

(*J. O.*, 19 mars 1946.)

Arrêté ministériel du 22 mars 1946 supprimant la participation des assurés sociaux aux frais engagés en cas d'interventions chirurgicales.

Article premier. — Les assurés sociaux et leurs ayants droit sont dispensés de la participation prévue à l'article 24 de l'ordonnance du 19 octobre 1945 pour les frais engagés à l'occasion de toute intervention chirurgicale inscrite à la nomenclature générale des actes professionnels annexée à l'arrêté du 29 octobre 1945, avec un coefficient égal ou supérieur à 50.

Art. 2. — Ces dispositions sont applicables pour toutes les interventions chirurgicales subies à compter du jour de la publication du présent arrêté.

(*J. O.*, 30 mars 1946.)

Arrêté ministériel du 11 avril 1946 supprimant les dispositions des articles 21, 22 et 23 de la nouvelle nomenclature.

Article premier. — Les dispositions des articles 21, 22 et 23 de la nomenclature générale des actes professionnels des médecins, chirurgiens, chirurgiens-dentistes, spécialistes, sages-femmes, et auxiliaires médicaux relatives à la visite du dimanche et à la visite de nuit sont supprimées.

(*J. O.*, 5 avril 1946.)

LABORATOIRES D'ANALYSES.

Loi du 18 mars 1946 fixant le statut des laboratoires d'analyses médicales.

Article premier. — Nul ne peut ouvrir, exploiter ou diriger un laboratoire d'analyses médicales s'il n'est pourvu d'un des diplômes dont la liste sera fixée par décret portant règlement d'administration publique pris sur proposition du ministre de la Santé Publique et de la Population.

Sont considérées comme analyses médicales les examens de laboratoires destinés à faciliter le diagnostic médical, le traitement ou la prophylaxie des maladies humaines.

Art. 2. — Toute publicité est interdite aux laboratoires d'analyses médicales, à l'exception de la publicité scientifique auprès du corps médical et pharmaceutique.

Art. 3. — Les inspecteurs divisionnaires adjoints du ministère de la Santé Publique et de la Population sont habilités à inspecter les laboratoires d'analyses médicales.

Art. 4. — Les dispositions de la présente loi ne s'appliquent pas aux laboratoires dépendant de l'armée, de la marine ou de l'air.

Art. 5. — Le ministre de la Santé Publique et de





la Population peut accorder l'autorisation de diriger un laboratoire, à titre exceptionnel et sur avis de l'Académie de Médecine et de la Société de Pharmacie de Paris, à des personnalités scientifiques qualifiées ne possédant pas les diplômes prévus à l'article 1er.

Art. 6. — Un décret portant règlement d'administration, pris sur proposition du ministre de la Santé Publique et de la Population fixera les conditions d'application de la présente loi.

Art. 7. — Toute infraction à la présente loi sera considérée comme une infraction aux lois concernant l'exercice de la médecine.

(*J. O.*, 19 mars 1946.)

MEDECINE DU TRAVAIL.

Arrêté ministériel du 15 mars 1946 fixant le mode de rémunération des médecins du travail.

Article premier. — Le présent arrêté a pour objet de fixer le mode de rémunération des médecins chargés du service médical du travail dans les entreprises industrielles ou commerciales ainsi que dans les services inter-entreprises.

Art. 2. — Les médecins du travail sont répartis dans les catégories définies ci-après :

1re catégorie. — Médecins ne possédant pas de diplôme de médecine du travail délivré par une faculté de médecine française.

2e catégorie. — Médecins titulaires d'un des diplômes de médecins du travail délivrés par les facultés de médecine française et médecins non diplômés mais anciens internes des hôpitaux de villes de faculté ou chefs de clinique, pratiquant l'exercice de la médecine en clientèle privée.

3e catégorie. — Médecins titulaires des mêmes titres que ceux de la deuxième catégorie, mais spécialisés en médecine du travail, c'est-à-dire n'exerçant pas en clientèle.

4e catégorie. — Médecins possédant à la fois un des diplômes de médecine du travail et le titre d'ancien interne de ville de faculté ou de chef de clinique et spécialisés en médecine du travail, c'est-à-dire n'exerçant pas en clientèle.

Art. 3. — Les honoraires des médecins du travail seront au minimum calculés sur la base d'un nombre, variable suivant la catégorie, de consultations au tarif fixé dans chaque département par la convention intervenue entre le syndicat des médecins et la caisse régionale de sécurité sociale, et approuvée par la commission nationale visée à l'article 10 de l'ordonnance du 12 octobre 1945 fixant le régime des assurances sociales applicable aux assurés des professions non agricoles.

Par vacations forfaitaires de trois heures et demie, le nombre de consultations sera le suivant :

1re catégorie	6	consultations
2e catégorie	7	—
3e catégorie	8	—
4e catégorie	9	—

Le nombre de vacations de trois heures et demie ne peut excéder dix par semaine.

Pour une vacation de deux heures, les honoraires seront fixés aux deux tiers de ceux d'une vacation de trois heures et demie.

Pour une vacation d'une heure, les honoraires seront fixés au tiers de ceux d'une vacation de trois heures et demi avec majoration de 10 %.

Art. 4. — L'application des dispositions du présent arrêté ne peut entraîner une diminution d'appointement pour un médecin du travail déjà attaché à une entreprise à la date de la parution de cet arrêté.

J. O., 21 mars 1946.)

TRIADE DIGESTIVE
CHARVOZ
CACHETS CHARVOZ
Apéritifs et Digestifs
•
Hyperchlorhydrie — Gastralgies
Dyspepsies
HÉPATOGÈNES CHARVOZ
•
Thérapeutique Hépato-biliaire complète
•
2 à 6 pilules par jour
INERTYL CHARVOZ
Antiseptique intestinal
•
Auto-intoxications
Diarrhées — Entérites
Lab. S. COUDERC
9 et 9 bis, rue Borromée, PARIS-XVe
En Z. N. O. :
2, place Croix-Paquet, LYON
47

Schéma d'ordonnance

HYPERTENSION DE LA MÉNOPAUSE

La suppression des fonctions ovariennes rompt l'équilibre neuro-végétatif en déréglant l'appareil régulateur de la pression sanguine, fait apparaître avec une élévation de la tension artérielle, un riche cortège de troubles nerveux et circulatoires.

1° Il faut rechercher la vie calme, exempte d'agitations, de préoccupations irritantes, les excès de fatigue. Du régime exclure les excitants café, thé, alcool.

2° Assagir les réactions vaso-motrices, abaisser la tension, atténuer les troubles fonctionnels par un sédatif polyvalent qui s'adresse à la fois au système végétatif, à l'hypersensibilité du système nerveux et aux spasmes vasculaires en donnant :

Trois semaines par mois, au début de chacun des trois repas, deux comprimés de *TENSÉDINE* *.

3° La dernière semaine traiter la cause endocrinienne par l'extrait ovarien, la folliculine ou la lutéine, suivant la forme symptomatique.

* La TENSÉDINE est une spécialité des Laboratoires MONAL, Docteurs en Pharmacie
13, Avenue de Ségur, PARIS


RECTOCALCIUM
CALCITHÉRAPIE INTENSIVE PAR VOIE RECTALE
SUPPOSITOIRES ADULTES
1 gr. de gluconate de chaux
SUPPOSITOIRES ENFANTS
0gr.50 de gluconate de chaux
Toutes les indications du Calcium
Tolérance et assimilation parfaites
Aucun des inconvénients
de la Voie parentérale
LABORATOIRE ROGER BELLON
LOUIS FERRAND
Ex-Interne, Lauréat des Hôpitaux de Paris
PHARMACIEN-GÉRANT
(GAMBÉOL, ACTIPHOS,
HÉMOPYLORE "3", GLOBIRON)
78 bis, Avenue Marceau - PARIS (8e)

PARTIE SCIENTIFIQUE

LA RÉTRACTION ISCHÉMIQUE DE VOLKMANN (HIER ET AUJOURD'HUI)

Par le Professeur E. MÉRIEL, Toulouse

Il y a quinze jours venait à notre consultation de l'Hôtel-Dieu, un homme de 26 ans, cultivateur des environs de Foix, présentant à la main gauche une déformation curieuse, en griffe, de tous les doigts, qui n'a pas manqué de nous frapper. A quelques-uns d'entre nous qui pensaient à une griffe cubitale, j'ai fait remarquer que la flexion portait sur **tous** les doigts de la main, et non uniquement sur l'annulaire et l'auriculaire comme dans la paralysie cubitale. Il s'agissait en réalité d'une rétraction des tendons fléchisseurs des doigts, qui serait survenue, au dire du malade, à la suite de l'application d'un appareil plâtré circulaire — trop serré sans doute — faite il y a un mois pour une fracture de l'avant-bras. En effet, dès les premières heures de cette application, des fourmillements, puis des douleurs accompagnées bientôt de gonflement des doigts, rendaient intolérable cet appareil plâtré ; le médecin rappelé en avait d'abord différé l'ablation, mais devant la recrudescence des signes d'intolérance, avait fini par supprimer ce bandage. Dès lors était apparue la déformation que vous avez vue, ainsi que l'impossibilité d'étendre les doigts de la main. Les quatre doigts étaient fixés en flexion irréductible des deux dernières phalanges, la première phalange du pouce en adduction, la deuxième fléchie croisant la dernière de l'index. Essayait-on d'étendre ces phalanges fléchies, la résistance était presque absolue. Mais si nous fléchissions le poignet, ils pouvaient être étendus ; par contre, si on replaçait le poignet en extension, les doigts se replaçaient en griffe. Cette singulière affection a été décrite en 1875 par Volkmann sous le nom de : paralysie et contracture ischémique. Terme impropre, car il n'y a pas paralysie, attendu que les muscles peuvent reprendre leur position si, comme vous l'avez vu, en fléchissant le poignet on rapproche leurs insertions, ce qui corrige leur raccourcissement. Ce n'est pas davantage une contracture, puisque l'anesthésie générale ne modifie pas cette attitude. Le terme de rétraction des muscles fléchisseurs est donc plus exact, et si on y ajoute le qualificatif d'ischémique, on dépeint alors exactement et la forme et l'origine de cette lésion. C'était donc à une **rétraction ischémique de Volkmann** que nous avions affaire chez ce malade. Les commémoratifs étaient très nets, comme en pareil cas : fracture antibrachiale au tiers moyen (cubitus et radius), appareil plâtré circulaire trop serré et maintenu sans surveillance suffisante, douleurs rapidement apparues, œdème et enfin, à la sortie de l'appareil, attitude en flexion forcée des doigts, impotence fonctionnelle très marquée. Tels étaient les éléments que je vais maintenant reprendre pour vous montrer l'évolution des idées, depuis hier jusqu'à aujourd'hui, sur la pathogénie et le traitement de cette complication singulière des fractures antibrachiales, à laquelle vous devrez penser dans votre pratique.

Le traumatisme, qui est à l'origine de l'affection, est généralement une fracture du coude (sus-condylienne) ou de la diaphyse anti-brachiale, rarement du tiers inférieur du radius. La réduction une fois faite, est maintenue par un appareil plâtré plus ou moins étroitement appliqué. C'est ainsi qu'apparaissait naguère le principal agent producteur, la compression continue et prolongée. Or, nous savons aujourd'hui que l'appareil plâtré n'est pas indispensable, puisque certains incriminent également la constriction par le tube d'Esmarck. Quel que soit donc l'agent de constriction, celle-ci semblait jusqu'ici indispensable pour produire la complication de rétraction. Mais on a aussi remarqué que ce foyer de fracture s'accompagnait d'un épanchement sanguin intra-musculaire qui, par son volume, allait ajouter sa compression interne à la compression extérieure plâtrée sur les vaisseaux et les nerfs de la région traumatisée. Ceux-ci étant ainsi soumis à une double compression, il en résulte un arrêt prolongé du sang artériel, d'où état ischémique. Le tissu musculaire insuffisamment irrigué subit alors une sorte de nécrose, nécrose aseptique de la substance contractile des fléchisseurs, à la suiet de laquelle le tissu musculaire se trouve remplacé par du tissu fibreux, aux tendances rétractiles. Telle fut l'interprétation donnée à l'origine et jusqu'à ces dernières années. Des recherches plus modernes (Mouchet, Massart) devaient présenter la pathogénie de cette complication des fractures sous un jour différent, d'où devait découler une orientation nouvelle du traitement.

A la conception d'hier incriminant une compression excessive par un appareil trop serré, Trocello, Denucé, d'abord, puis Leriche et Policard sont venus opposer aujourd'hui leur théorie des réflexes vaso-moteurs d'origine sympathique. " La maladie de Volkmann est essentiellement un syndrome d'ischémie par traumatisme artériel ", dit Leriche et, de ce fait, les résultats satisfaisants obtenus par la sympathectomie péri-artérielle semblent lui donner raison.

D'autre part, l'élément fracture n'est pas indispensable. C'est ainsi que Tixier et Patel signalent comme agent producteur la contusion simple du bras et de l'avant-bras, sans fracture, avec ou sans hématome volumineux, les plaies musculaires de l'avant-bras. On a signalé, plus rarement il est vrai, la rupture de l'artère humérale (Patel et Viannay), des embolies ou thromboses de l'artère humérale, de la cubitale au tiers supérieur, des phlegmons de la gaine des fléchisseurs des doigts diffusés de l'avant-bras. En somme, on considère aujourd'hui ce syndrome comme l'aboutissement de toute une série de lésions diverses

provoquant des troubles vasculo-nerveux dans les muscles fléchisseurs, déclenchant le mécanisme de la myosite scléreuse et rétractile, ou mieux encore de la nécrose aseptique de ceux-ci (Policard). D'ailleurs cette affection n'est pas spéciale au membre supérieur, puisqu'on a signalé des exemples au niveau des orteils, surtout au niveau du pied, où elle est facile à constater, mais toujours à la suite d'ischémie par garrot, par embolie ou par suppuration du mollet.

Cette multiplicité d'éléments étiologiques justifie donc le terme de **syndrome ischémique**, habituellement adopté aujourd'hui.

L'histoire clinique de notre malade est conforme à la description classique. Les accidents ont ici débuté, quelques heures après l'application d'un bandage plâtré, par des fourmillements et des douleurs d'intensité croissante dans l'avant-bras, accompagnés de cyanose de la main et des doigts, traduisant la stase veineuse. Ces symptômes inquiétant le blessé et sa famille, provoquèrent l'appel au médecin ; il ne vint que le lendemain, prescrivit quelques frictions des doigts ainsi qu'une potion calmante, rassurant enfin tout le monde en conseillant la patience. Malgré ces assurances, l'appareil ne put être toléré que quatre jours, au bout desquels le médecin fut mis en demeure de déplâtrer le malade. On vit alors que le gonflement était considérable, les téguments violacés et surtout qué la main et les doigts étaient maintenus dans l'attitude en flexion irréductible de la main et des doigts. De plus, l'avant-bras était immobilisé en position intermédiaire à la pronation et à la supination. A cela s'ajoutait cette impotence fonctionnelle pour les mouvements d'extension du poignet et des doigts, que certains avaient naguère qualifiée à tort de paralysie.

Douleurs, gonflement et cyanose avaient été la triade de début apparue rapidement et simultanément. L'attitude vicieuse observée à la levée de l'appareil caractérisait la période d'état qui se présentait à notre examen.

Vous avez pu constater l'irréductibilité de cette contracture digitale, puis aussitôt qu'on cesse de tirer sur les doigts fléchis, la main qui s'était mise en hyperflexion, revient à son attitude pathologique, obéissant à une sorte de détente élastique. Mais comme l'indique Denucé, si on fléchit le poignet, les doigts peuvent alors obéir au mouvement d'extension ; si au contraire le poignet n'est plus maintenu en flexion forcée, les doigts reviennent à leur position vicieuse. En outre, les mouvements de supination se trouvent limités par la rétraction des muscles rond et carré pronateurs.

En palpant la région des muscles antérieurs de l'avant-bras, nous ne les avons pas senti de consistance indurée et douloureuse ; au contraire, ils semblaient diminués de volume, tendus, rigides, sous forme de cordons. L'avant-bras était amaigri et la peau amincie, les muscles postéro-externes présentaient une légère atrophie due à l'immobilisation fonctionnelle du membre.

Nous n'avons pas observé les troubles trophiques (glossy-skin, ongles secs, et ulcérations digitales) généralement signalés. Nous n'avons pu rechercher la réaction de dégénérescence, le malade n'ayant pas voulu être hospitalisé.

Avec les commémoratifs très précis (durée d'application d'un plâtre trop serré, la triade symptomatique de la période initiale, les signes de la période d'état) nous en avions assez pour poser sans difficulté le diagnostic. Pour peu qu'on y songe, en effet, avec les signes sus-décrits le diagnostic est facile. Aussi éliminera-t-on la paralysie des divers troncs nerveux (médian, cubital, radial) si on constate l'apparition précoce de la rétraction tendineuse succédant à un traumatisme (fracture ou contusion) ayant provoqué l'hématome intra-musculaire (avec ou sans compression extérieure), et si on peut avoir la confirmation de l'absence de réaction de dégénérescence. Pour les mêmes raisons, on ne songera pas à la paralysie infantile, qui d'ailleurs frappe surtout les membres inférieurs, pas plus qu'à une maladie de Little, à une rétraction de l'aponévrose palmaire, à une contracture hystérique dont l'aspect clinique est tout différent.

Dans les cas où il n'y a pas eu compression extérieure ni traumatisme osseux et musculaire, le diagnostic deviendra plus difficile, car on aura à songer à une rétraction des fléchisseurs par phlegmon profond de la main, diffusé à l'avant-bras, ou exceptionnellement à la fixation des muscles fléchisseurs au niveau d'un foyer d'ostéite cubitale (Vallas). Enfin le diagnostic sera plus difficile encore s'il s'agit d'une brièveté congénitale des fléchisseurs des doigts (Mouchet et Gy). Si je vous signale ces difficultés, c'est pour les avoir présentes à l'esprit dans les cas où les antécédents étiologiques n'auraient pas la netteté du cas que nous avons observé. Ici en effet le traumatisme anti-brachial avec ses complications vasculaires — et peut-être aussi sympathiques — était tellement net que le diagnostic ne pouvait s'égarer sur d'autres pistes.

Qu'allait devenir notre malade ? Je lui ai expliqué que, actuellement sa situation n'était plus aussi désespérée qu'elle l'aurait été hier encore. En effet nos méthodes chirurgicales ont sensiblement amélioré le pronostic, et je l'ai engagé à s'y soumettre. Il s'y est cependant refusé, tant par peur de l'opération — sentiment très répandu — que par un sentiment moins avouable, celui d'exploiter cette infirmité aux dépens du médecin traitant. Dans son village en effet on accusait complaisamment le médecin d'ignorance ou tout au moins de négligence, et le malade — je l'ai su depuis — avait l'intention de réclamer des dommages et intérêts. Forgue a eu à expertiser ainsi un cas d'inculpation qui depuis des années accablait un confrère. Aujourd'hui, après les données étiologiques rénovées, la responsabilité du médecin apparaît moins évidente qu'hier, et les jugements accusateurs seraient à réviser. C'est sur ce point que les hypothèses pathogéniques d'hier et d'aujourd'hui, alternativement comparées, prennent tout leur intérêt. Comment se produit cette lésion ? Laissant de côté le rôle d'hier encore uniquement invoqué du bandage trop serré, nous savons aujourd'hui que dans un certain nombre de cas, c'est, d'après Mouchet et Stern, à l'héma-

tome sous-aponévrotique ou interstitiel, aboutissant à une myosite scléreuse et rétractile qu'il faut attribuer un rôle de premier plan. Cette théorie a trouvé un appoint sérieux dans l'observation de Moulonguet et Sénèque qui, incisant l'aponévrose des fléchisseurs, ont pu arrêter un syndrome de Volkmann commençant. Tavernier a de même plusieurs fois vérifié opératoirement l'infarctus des muscles sous tension dans leur loge ostéo-fibreuse. Leriche et Policard parlent également de petits foyers de nécrose ischémique, par lesquels " le muscle atteint perd la possibilité de prendre sa longueur maxima. Il est devenu trop court pour sa fonction, et il en résulte de grandes infirmités ".

Peut-on prévoir un syndrome de Volkmann ? C'est aussi impossible, déclare Aimes, que de prévoir une interposition fibreuse ou un mouvement de déplacement secondaire. Tout ce qu'on peut faire, conseille Forgue, c'est avant d'appareiller une fracture du coude ou de l'avant-bras, de vérifier si le pouls radial bat normalement, ou s'il n'existe pas déjà une tuméfaction antibrachiale, une abondante ecchymose qui traduirait un hématome infiltré, et par prudence, consigner cette constatation. On peut dire aussi que, dans ce cas, les appareils devront être plus largement fendus sur le milieu afin d'éviter la compression extérieure. Aussi, dès les premiers symptômes avertisseurs (fourmillements, douleurs, œdème et cyanose) il y aura urgence à débrider cet appareil mal toléré, et même ouvrir l'aponévrose, la laisser largement ouverte (Jorge), enfin dégager les nerfs comprimés. Puisque malgré tout la compression tant interne qu'externe est à considérer, il y aura obligation de surveiller dès les premiers jours le degré de constriction du plâtre et de le supprimer même dès qu'apparaîtront les signes avertisseurs.

D'autre part, pour éviter la production de cet hématome et libérer précocement vaisseaux et nerfs, on a proposé de redresser la main et les doigts par un tourniquet. Sorrel insiste sur la valeur de ce traitement préventif, mais pour Leveuf, dans les cas où le syndrome existe, de manière certaine, une opération même précoce " n'empêchera pas l'évolution inéluctable des accidents ". Aussi, en attendant qu'on ait découvert une thérapeutique préventive efficace, conseille-t-il de réduire la fracture avec douceur et d'instituer un traitement par injection d'acétylcholine, bains chauds, ionisation iodurée, et de lutter contre la rétraction fibreuse, avant même le début de son apparition, par le massage, la physiothérapie et les appareils de redressement.

On accuse toujours l'appareil plâtré trop serré, mais en réalité, remarque Aimes, on ne peut oublier que ce syndrome peut apparaître dans des fractures correctement traitées, immobilisées dans une simple gouttière, même aussi dans les contusions simples sans fracture, par contusion du sympathique péri-artériel (Trocello, Denucé) ou lésion du tissu nerveux. C'est donc le cas de modifier par une sympathectomie péri-artérielle les conditions de circulation et de tonus musculaire (Ombrédanne, Leriche).

Tout ceci est applicable à la période de début, mais quand la lésion est confirmée par l'attitude vicieuse irréductible que vous avez vue chez notre malade, il faudra agir différemment. Je citerai pour mémoire les tractions élastiques de Cl. Martin, soit par extension continue, soit par des appareils de tourniquet, genre Monissen, modifiés par Michel Massabuau et Guibal, dont vous trouverez la description dans vos livres ; c'est un traitement long et minutieux, qui a procuré de bons résultats.

En cas d'insuccès, vous pourrez conseiller une opération sur les tendons fléchisseurs ou une résection diaphysaire des deux os de l'avant-bras. L'une ou l'autre méthode ont pour but de redonner aux tendons la longueur qui leur manque ; dans ce but Harry Platt a même proposé de détacher les fléchisseurs et les pronateurs de leur attache épitrochléenne. Plus simplement, l'allongement des tendons conviendra aux rétractions localisées ; exécutées sur un grand nombre de tendons; elles seraient très laborieuses et de résultat aléatoire. Quant à la résection diaphysaire, elle sera pratiquée à un niveau différent sur chacun des deux os (ablation de 3 cm.) pour éviter le cal interosseux, et complétée par une ostéosynthèse. Les résultats ont été, paraît-il, excellents.

Il n'est pas enfin jusqu'à l'artériectomie de l'humérale ou de la cubitale, dans les cas de thrombose, qui n'ouvre également des perspectives de guérison (Picot, Tiveck, Brenttans, Fèvre).

Vous voyez ainsi l'évolution du traitement ; tandis que hier on s'adressait uniquement au traitement physiothérapique et orthopédique, actuellement on demande la guérison aux interventions sanglantes (ténoplasties, résection diaphysaire, sympathectomie, artériectomie) (1).

De tout cela, il faut conclure que vous pourrez observer ce syndrome à diverses périodes de son évolution, et que dans celles-ci, il existe des cas intermédiaires reconnaissant une pathogénie différente, et quelquefois imprécise, dans lesquels les diverses interventions pourront être combinées. Pour apprécier leur valeur exacte, il faudrait d'après Tixier et Patel, connaître le degré de la lésion musculaire autant que la part prise par ce que Jaboulay appelait la " rétracture ", et cela expliquerait les résultats inconstants. Ainsi peut-on dire avec Mouchet qu'il semble que le dernier mot ne soit pas encore dit sur cette affection, pour y trouver la leçon du passé et le conseil du lendemain.

(1) Depuis cette leçon, la pathogénie, sous l'impulsion de Leriche, a évolué dans le sens du sympathique. Ainsi, après libération de l'artère humérale, Stultz, Fontaine et Kanlin ont vu le syndrome de Volkmann disparaître : celui-ci, est d'après Leriche, un spasme de l'humérale avec ischémie. Il existe en effet des faits indiscutables de ce syndrome liés à un spasme artériel, puisqu'il a suffi d'anesthésies stellaires répétées, comme dans les deux cas de Cahuzac et Maisonnabe (1941) pour supprimer les symptômes caractéristiques. Lombard avait également, en 1939, affirmé la réalité du spasme artériel.

DEUX NOUVEAUX TRAITEMENTS DU CANCER DE LA PROSTATE

Les traitements habituels du cancer en général — exérèse chirurgicale, radium, radiothérapie — ne trouvent que des applications réduites dans la thérapeutique du cancer de la prostate. La chirurgie, en raison de la situation anatomique de la prostate et de ses connexions avec les organes voisins, doit souvent limiter son action et n'être utilisée que comme traitement palliatif ou symptomatique. Le radium rencontre les mêmes difficultés techniques d'application. Plus employées sont les irradiations sans cependant qu'elles puissent donner ici, pour le même motif, toute leur mesure.

Depuis quelques années, deux nouveaux traitements ont été mis en œuvre dans la thérapeutique de cette affection, avec des résultats particulièrement intéressants. Il s'agit de traitements médicaux, applicables, sous une surveillance régulière, par le praticien : l'un est hormonal, l'administration d'un œstrogène, le diéthylstilbœstrol ; l'autre est chimiothérapique, les injections intra-veineuses de solutions iodo-iodurées acides (méthode de Botelho).

Le diéthylstilbœstrol

Le diéthylstilbœstrol est un œstrogène de synthèse, très voisin de la folliculine, mais trois fois plus actif que celle-ci. Son action œstrogène est utilisée, en gynécologie, chez les femmes présentant des phénomènes d'hypofolliculinie (aménorrhée, troubles de la castration et de la ménopause). Elle a trouvé aussi des indications importantes chez l'homme, lorsqu'il paraît utile de réduire l'action des androgènes, de la testostérone. Le stilbœstrol, comme tous les œstrogènes, provoque une atrophie des organes génitaux masculins, un repos testiculaire favorable dans certains états pathologiques, dans l'hypertrophie et le cancer de la prostate en particulier.

Le diéthylstilbœstrol (distilbène) a été, en effet, à la suite d'expérimentations et de travaux divers, préconisé dans le traitement du cancer de la prostate par les auteurs américains et anglais et par Van den Branden (de Bruxelles). Il peut, également, intervenir favorablement dans l'hypertrophie prostatique.

Huggins, de Chicago, a montré en 1941 qu'une amélioration du cancer de la prostate pouvait être obtenue par la réduction des androgènes, par la castration. D'autres auteurs, américains et anglais, ont recherché cette réduction en s'adressant aux antagonistes des androgènes, en particulier au diéthylstilbœstrol. Depuis 1941, aux Etats-Unis, de nombreux cas de cancer prostatique ont été soumis, avec de très heureux résultats, à la cure de stilbœstrol. La méthode, connue en France, en 1944, a été utilisée de différents côtés. Des essais ont été faits à la consultation d'urologie de Necker : sur cinq malades, quatre n'ont présenté aucun changement après 12 injections de stilbœstrol ; le cinquième a eu une transformation complète de sa prostate, mais le diagnostic de cancer ne peut être affirmé (Thèse de Pichon, 1945). En 1944-45, la cure de stilbœstrol, appliquée chez 20 malades par M. Louis Michon, sur les indications de M. Vynalek (de Chicago), alors à l'hôpital Beaujon, a donné de très importantes améliorations de l'état local et général. Dans une communication faite à l'Académie de chirurgie le 12 décembre 1945, MM. Louis Michon et W. Vynalek présentent un résumé de ces observations. D'une façon générale (90 % des cas), disent-ils, le traitement par le diéthylstilbœstrol (associé à la résection endoscopique si l'évacuation insuffisante de la vessie rend cette association nécessaire) a amené une réduction de la tumeur, une diminution de la douleur, une disparition des troubles urinaires et un mieux général. C'est un puissant palliatif du cancer de la prostate, qui donne d'importantes améliorations, sans toutefois — les auteurs américains insistent sur ce point — que l'on puisse parler de véritables guérisons.

A propos de la communication de M. Michon, M. Rouhier a rapporté à l'Académie, de son côté, l'histoire d'un malade atteint de cancer prostatique, traité à Lyon par M. Cavailher, avec un résultat nettement favorable.

Le traitement s'applique ainsi : traitement d'attaque à la dose de 5 milligr. « per os », par jour, pendant trois semaines ; puis diminution progressive, 2 milligr. 1/2 ; puis 1 milligr. plus ou moins longtemps. Quelques auteurs ont recours aux injections intra-musculaires.

La cure de stilbœstrol peut déterminer, après un certain temps, divers troubles : sensibilité des seins, gynécomastie, atrophie des testicules, impuissance. Une surveillance régulière permettra de pallier au développement de ces troubles. On a évoqué la possibilité de carcinose du sein, s'appuyant sur des expériences faites en 1938 par M. Lacassagne, qui a observé chez des souris mâles l'apparition d'adéno-carcinome mammaire à la suite d'injections d'œstrogènes synthétiques. Mais, il s'agissait de doses beaucoup plus fortes et, dans la vaste statistique américaine relevée par M. Vynalek, aucun cas de ce genre n'a été signalé.

Les solutions iodo-iodurées acides (Méthode de Botelho)

Les essais de chimiothérapie du cancer ont été assez nombreux. Sans entrer dans le détail des multiples agents préconisés (métaux, métalloïdes, etc., isolés ou associés) je signalerai, toutefois, la préparation poly-métallique d'Arthur Vernes qui a donné, en injections intra-veineuses, quelques résultats appréciables à M. Georges Luys, dans le traitement du cancer de la prostate en particulier (« Archives Hospitalières », nov. 1945).

L'emploi des solutions iodo-iodurées acides dans le traitement du cancer en général a été proposé par M. Botelho à la suite de travaux de cet auteur longtemps poursuivis au centre anticancéreux de l'Hôtel-Dieu (service du professeur Hartmann). Le but initial de ces travaux a été la recherche d'une réaction biologique, sérologique, du cancer. Etudiant les phénomènes physico-chimiques de la précipitation des sérums, cancéreux et non cancéreux, M. Botelho observa une précipitation élective des globulines des sérums cancéreux par les solutions iodo-iodurées acides : c'est là la base de la réaction de Botelho, qui se vérifie dans 75 à 80 % des cas.

Partant de cette réaction, un fait dirigea l'auteur dans le domaine thérapeutique. Ces albumines (globulines), abondantes et en excès dans le

sérum des cancéreux, qui précipitent par les solutions iodo-iodurées acides, présentent une parenté, établie par les travaux de Loeper et ses collaborateurs, avec les albumines du cytoplasme de la cellule cancéreuse. Si les albumines en question des sérums cancéreux sont précipitées par les solutions iodo-iodurées acides, il était logique de penser que leurs homologues, les albumines des cellules cancéreuses, seraient également modifiées par les mêmes solutions iodo-iodurées acides, peut-être lysées par elles. De là est né le traitement par les dites solutions.

M. Botelho a pu, effectivement, observer cette lyse des cellules néoplasiques « in vitro » et il a, cliniquement, obtenu des améliorations de cancers ulcérés de la face, du sein, etc., par des applications locales prolongées de solutions iodo-iodurées acides. Après plusieurs années de recherches, il a mis au point, dans la suite, une préparation halogénée iodo-iodurée acide, utilisable en injections intra-veineuses. En 1942, il a appliqué sa méthode dans le service de M. Gouverneur, à l'hôpital Necker, chez une série de malades atteints de cancer de la prostate. Les résultats ont été exposés à l'Académie de chirurgie par M. Gouverneur (2 février 1944) et dans la thèse du Dr Pierre Pichon (Paris, 1945), où se trouvent présentées 17 observations.

La méthode chimiothérapique de Botelho, conclut le Dr Pierre Pichon, si elle ne permet pas de parler de guérison du cancer, mérite néanmoins de bénéficier d'un certain crédit, par son innocuité, son action favorable sur la douleur des cancéreux, son action sur les troubles fonctionnels, et une certaine action inhibitrice tumorale incontestable.

Avec le diéthylstilbœstrol et les solutions iodo-iodurées acides de Botelho, le praticien dispose de deux nouveaux traitements, d'un grand intérêt, du cancer prostatique. Ces traitements permettent d'espérer, non sans doute une guérison, mais pour un temps plus ou moins long une stabilisation du néoplasme.

P. LACROIX.

LES LIVRES

ÉDITIONS MÉDICALES FLAMMARION, PARIS

La Pénicilline et ses applications cliniques, par R. Martin, F. Nitti, B. Sureau et J. Berrod. Collection de l'Institut Pasteur.

Dans sa préface à cet important volume de 224 pages, le Dr J. Tréfouël, directeur de l'Institut Pasteur, membre de l'Académie de médecine, le présente au lecteur comme " un guide simple et sûr pour les bactériologistes et les médecins qui se heurtent encore aux difficultés de rassembler les documentations étrangères ".

Une première partie de généralités expose ce qu'est la pénicilline puis décrit la préparation, l'extraction, la purification, le titrage, l'activité " in vitro " et " in vivo ".

La deuxième partie, consacrée aux applications cliniques, précise et classe les diverses indications.

Des conclusions particulièrement pondérées résument l'opinion des auteurs qui ne cachent pas leurs espérances mais en même temps se tiennent en garde contre un enthousiasme prématuré.

Une bibliographie extrêmement fournie (30 pages) presque uniquement composée de références anglo-saxonnes constituera pour les chercheurs un répertoire de valeur inestimable.

G. L.

LIVRES RECEMMENT PARUS

Chez DOIN et Cie, Editeurs

A. Tzanck et Paul Chiche. — **Réanimation et transfusion sanguine.** Un vol. 270 p., 17 fig. et 2 pl., 1945. Prix : 320 fr.

J. Oddo. — **La Médecine d'urgence.** Symptômes. Diagnostic. Traitement immédiat. Formulaire. 8e édition entièrement revue. Introduction du Professeur Grasset. Un vol. 840 p. Prix : 490 fr.

E. Mériel. — **Les syndromes douloureux de la fosse iliaque et du flanc droits.** Bibliothèque des grands syndromes. Un vol., 374 p., 78 fig. Prix : 560 fr.

Maurice Pont. — **L'hypotension orthostatique.** Etude clinique, expérimentale et pathogénique. Préface du Dr Louis Gallavardin. Un vol., 224 p. avec pl. hors texte. Prix : 250 fr.

G. Le Carboulec. — **La spléotomie.** Préface de A. Bernou. Un vol., 186 p., 41 fig. Prix : 160 fr.

Charles Coury. — **Les « Kystes dermoïdes » intra-thoraciques** (Dysembryomes hétéroplastiques). Préface du prof. Troisier. Un vol., 290 p., 65 fig., 350 fr.

H. Gabrielle. — **Anatomie médico-chirurgicale du système nerveux organo-végétatif.** Un vol., 256 p., 98 fig., 350 fr.

La Pratique chirurgicale illustrée. Fascicule XXV. Jean Quénu, directeur. Un vol., 312 p., 259 fig. (dessins de S. Dupret), 330 fr.

Chez Amédée LEGRAND et J. BERTRAND, Editeurs

Dr Jean Lacapère. — **Les rhumatismes. Symptômes et traitements.** Illustrations en partie d'après Mennel. Un vol., 136 p., 90 fr.

Editions de l'Office d'Information médicale des Etats-Unis, Washington

Pénicilline. — Extraits autorisés du « Journal de l'Association médicale américaine », du « Bulletin de l'Académie de médecine de New-York », de « Science » et du « Medical Times ». Un vol., 28 articles, 1944.

Médecin-Colonel James A. Phalen, U.S. Army. — **La question du plasma sanguin.** Une broch., 24 pages. Juillet 1944.

J. PEYRONNET et Cie, Editeurs 33, rue Vivienne, Paris

Drs J. Baratoux et H. Khoubesserian. — **Thérapeutique en acupuncture.** Points à employer dans chaque maladie. Un vol. 92 p., 10 planches dessinées par R. Stab. Prix : 60 francs.

Imprimerie « LA TYPO », à Oran (Algérie)

Dr Sicard, chirurgien de l'hôpital civil d'Oran. — **Mélanges. Commentaires, critiques, recherches.** Une broch. 40 pages.

Edition de la « REVUE DU PALUDISME ET DE MEDECINE TROPICALE »

36, rue Saint-Croix-de-la-Bretonnerie, Paris (4e)

G. J. Stéfanopoulo et J. Etévé. — **La santé sous les tropiques. Conseils d'hygiène aux jeunes coloniaux.** Une brochure, 32 pages, prix : 20 fr.

LES SOCIÉTES SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

Synergie de la pénicilline et du bismuth dans le traitement de la syphilis expérimentale.

(MM. C. Levaditi et A. Vaisman ; 15-1-1946)

Une activité thérapeutique synergique et accumulative apparaît lorsqu'on administre, simultanément, à des lapins porteurs de chancres syphilitiques scrotaux, des doses subthérapeutiques de pénicilline et de bismuth. Alors que ces deux médicaments spécifiques, administrés isolément à doses faibles, n'empêchent pas les récidives et n'exercent guère un effet stérilisant profond, ils évitent, par contre, associés, les rechutes et stérilisent l'organisme. L'utilisation du bismuth, en tant que médication renforçant le pouvoir virulicide et stérilisant de la pénicilline, semble donc tout à fait indiquée dans la syphilis humaine.

ACADEMIE DE CHIRURGIE

Plaies avec projectiles intra-péricardiques. Sur deux cas heureux d'extraction.

(M. Michel Ballivet, de Bourg-en-Bresse.
Rapport de M. Jean Patel ; 31-10-1945)

Pathogénie de l'anévrysme cirsoïde. Le rôle du glomus de Masson.

M. Pierre Lombard.
Lecture par M. Moulonguet ; 31-10-1945)

La pneumotomie en un temps. Etude d'après 54 interventions.

M. Marc Iselin. — **Rapport de** M. Jean Quénu ; 21-11-1945)

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX DE PARIS

Sur une forme rare de splénomégalie tuberculeuse.

(M. Orenstein; 18-1-1946)

M. Orenstein rapporte le cas d'un noir qui fut atteint d'ascite, grosse rate, gros foie lisse, léger subictère des conjonctives, hématies falciformes. Mort en 3 semaines. A l'autopsie, l'organisme entier est rempli de tubercules crus ou ramollis.

— M. Bariety confirme les faits de primo-infection chez les noirs. On croirait avoir devant soi les pièces d'une inoculation à l'animal tant est grande la diffusion des tubercules.

— M. E. Bernard cite des cas de généralisation tuberculeuse non miliaire avec atteinte des systèmes ganglionnaires.

— M. Lemierre a vu en 1914-18 des coloniaux chez qui on avait porté le diagnostic de fièvre typhoïde et qui étaient atteints de primo-infection tuberculeuse.

A propos d'un cas de distomatose hépatique.

(MM. P. Hillemand, A. Varay, J.-R. Debray et Mme Duguet ; 18-1-1946)

Les auteurs rapportent une nouvelle observation de distomatose et insistent sur plusieurs points particuliers : importance de l'asthénie physique et psychique ; taux très élevé des éosinophiles ; apparition d'un épanchement pleural très fugace avec T. à 40, sans symptômes pulmonaires.

Septicémie à staphylocoques. Thrombophlébite double des sinus caverneux. Guérison par la Pénicilline.

(MM. André Corcos et Materi (Tunis)
Présentation par M. R. Cattan ; 1-2-1946)

Les auteurs rapportent une observation de septicémie consécutive à une pyodermite de la région occipitale, avec thrombophlébite double du sinus caverneux, hématémèse et hématurie. La guérison fut obtenue par la pénicilline à la dose de 25.000 unités toutes les 4 heures, d'abord par voie intra-veineuse puis par voie intra-musculaire. Dose totale : 600.000 unités. A propos de cette observation, les auteurs rappellent les bons résultats qu'ils ont obtenus par la mycothérapie dans les complications phlébitiques des staphylococcies de la face.

Ictère hémolytique, acquis syphilitique avec anémie intense guéri par les Arsénones.

(MM. R. Dupuy, J. Borniche, G. H. Baule
Présentation par R. A. Gutmann ; 1-2-1946)

Les auteurs relatent l'histoire d'un algérien soigné pour un ictère hémolytique, avec splénomégalie et anémie intense, apparu peu de temps avant des accidents cutanéo- muqueux de syphilis secondaire. Malgré des transfusions répétées, des injections de bismuth régulières et de cyanure de mercure rendues irrégulières par des accidents d'intolérance, l'état s'aggrava rapidement, l'anémie devint extrême et la situation des plus alarmantes. C'est alors que fut décidé le recours aux arsénones. A la troisième injection de 2.591 R. P. une amélioration nette se dessina et les réactions sérologiques se négativèrent. Le syndrome hémolytique avait disparu 15 jours après la première injection d'arsénone. On retient dans cette observation le rôle sans doute favorisant d'un épisode infectieux splénomégalique, antérieur de 5 ans à l'ictère hémolytique, l'intensité de l'anémie peu classique dans l'ictère hémolytique syphilitique, l'inefficacité du traitement anti-anémique et l'action remarquable de l'arsénone.

— M. Brulé souligne l'intérêt de cette observation car les cas d'ictère hémolytique syphilitique sont rares. D'autre part, l'action des arsénones amenant la disparition de la splénomégalie et la disparition de l'autoagglutination des hématies est d'autant plus remarquable que l'on sait le danger d'employer chez ces malades les arsénobenzols courants.

— M. Chevalier rappelle que l'action favorable du traitement sur le purpura présenté par ce malade se conçoit très bien si l'on veut bien admettre qu'il existe en fait deux sortes de purpuras : l'un, correspondant à un vice constitutionnel sanguin ; l'autre, d'origine nettement inflammatoire, comme le montre l'examen histologique de l'élément purpurique. C'est à ce deuxième type qu'appartenait sans doute la lésion rapportée.

— M. Decourt demande si l'explication de la splénomégalie observée ne peut se trouver dans un paludisme larvé, sensible d'ailleurs aux dérivés arsenicaux.

— M. Hubert pense que certains ictères hémolytiques dits congénitaux ont des antécédents entachés de syphilis.

— M. Brulé rappelle qu'il y a lieu de dis-

tinguer deux groupes de faits entièrement différents ; d'une part, les ictères hémolytiques congénitaux, dans lesquels peut-être la spécifité et surtout les lois de la génétique interviennent ; d'autre part, les ictères hémolytiques acquis, dont l'étiologie est très diverse comme il a eu l'occasion de l'observer et de le relater depuis sa thèse inaugurale consacrée à ce sujet.

SOCIETE DE MEDECINE DE PARIS
Séance du 26-5-1945

Les nouveaux traitements de la maladie de Basedow par les dérivés des sulfamides comportant un radical soufré. MM. Guy-Laroche et Coury-Laffont. — Depuis quelques années, une médication nouvelle de la maladie de Basedow s'est ajoutée aux médications classiques : les dérivés sulfamidés comportant un radical soufré. Voici la conclusion des auteurs : nous sommes là en présence de médications nouvelles intéressantes mais dont les indications ne pourront être précisées que par une plus longue observation clinique.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX DE LYON

La sédimentation sanguine, critère d'évolutivité dans l'aortite syphilitique.
(MM. Barbier et Fédry ; 19-6-1945)

De leurs recherches sur la sédimentation sanguine dans l'aortite syphilitique, MM. Barbier et Fébry concluent que la vitesse de sédimentation, en matière de syphilis cardio-aortique, est modifiée proportionnellement au degré d'évolutivité des lésions. Une V.S. franchement mauvaise est un argument d'évolutivité et une raison de poursuivre le traitement spécifique.

Quelques cas de pneumonies post-traumatiques. (MM. Jean Barbier et J. Courjon ; 19-6-1945)

Au cours de l'hiver 1944-45, les auteurs ont observé cinq cas de pneumonie ou congestion pulmonaire fébrile (38°3, 39°5, 40°) ayant succédé à un traumatisme (chute ou forte contusion) du thorax. Dans deux cas, il s'est agi d'une pneumonie classique ; dans les trois autres, d'un syndrome de congestion des bases où l'on aurait pu discuter le diagnostic d'hémothorax si l'on n'avait pas eu le secours de la radiologie.

Dans ces cinq observations, il existait une période de maturation, un intervalle libre de quelques jours entre le traumatisme et les phénomènes morbides pulmonaires. L'évolution des cinq cas a été favorable. Aucun d'eux n'a donné lieu à des constatations médico-légales, mais la question du rôle du traumatisme peut être posée à ce point de vue dans les observations de ce genre.

LA PRESSE

Le juvénilisme facial, syndrome d'insuffisance sexuelle secondaire ; ses rapports avec la pathologie hépatique. — Pour *Et. May*, la pauvreté du système pileux de la face constitue un aspect morphologique qui mérite d'être individualisé ; il réalise un juvénilisme partiel, qui tire son intérêt du fait qu'il s'associe à divers troubles fonctionnels, en particulier une instabilité psychique plus ou moins marquée et une diminution habituelle des réflexes sensitifs. En outre, cet aspect paraît bien coïncider avec une certaine fragilité hépatique et prédisposer à la cirrhose alcoolique. Ainsi le peu de développement des caractères sexuels secondaires a des conséquences lointaines et retentit sur le comportement général de l'individu. Il existe donc une véritable insuffisance sexuelle secondaire qui, pour être moins apparente que les grandes insuffisances génitales classiques, n'en mérite pas moins une place dans la nosographie. (*La Semaine des Hôpitaux*, 28 décembre 1945).

L'hypertension artérielle paroxystique par paragangliome surrénal. — Dans une série d'articles, le *Prof. Lian* et ses collaborateurs brossent le tableau de cette affection, encore peu étudiée. Celle-ci apparaît à l'âge moyen de la vie ; sa durée s'échelonne entre quelques mois et plusieurs années. La fréquence des accès hypertensifs augmente progressivement ; ceux-ci se déclenchent habituellement en pleine santé et sans cause évidente. La crise, annoncée par une sensation de fourmillement et de picotement au niveau des extrémités, se complète en quelques instants, réalisant une véritable vague ascendante, constrictive, qui remonte des pieds vers les jambes, les cuisses, l'abdomen avec coliques violentes, le thorax ; elle irradie dans les bras serrant la nuque pour gagner la tête, siège d'une céphalée atroce. On note angoisses, palpitations, tremblements, sueurs ; rien n'est plus frappant que la pâleur livide des malades à ce moment. Tout est comparable aux effets d'une injection intraveineuse d'adrénaline. Au bout de quelques minutes à une demi-heure (parfois 2 ou 3 heures), la tension artérielle s'abaisse progressivement, alors qu'apparaissent des phénomènes de vaso-dilatation.

Au bout d'un certain temps, l'hypertension tend à devenir permanente avec ralentissement cardio-rénal ; la mort en est l'aboutissement fatal. Seule l'ablation d'un paragangliome surrénal, qui en est la cause, permet d'envisager une guérison radicale; encore cette intervention, ne met-elle pas à l'abri du collapsus et de la mort subite. (*La Semaine des Hôpitaux*, 7 janvier 1946).

Forme mineure, non tumorale, de l'hypertension artérielle paroxystique d'origine surrénale. — *C. Lian, H. Welti et F. Siguier* décrivent cette forme en se basant sur six observations personnelles. Ses manifestations sont moins brutales, moins intenses et moins brèves que celles des paragangliomes. Son pronostic est bien moins grave. Si les troubles sont assez accentués, il y a lieu de recourir à l'ablation de la capsule surrénale radiologiquement la plus grosse, et à la splanchnicectomie uni ou bilatérale pour chercher à s'opposer à la tendance évolutive vers l'hypertension artérielle permanente. (*La Semaine des Hôpitaux*, 7 janvier 1946). G. F.

THIONAÏODINE

INJECTABLE A & B

la maladie rhumatismale chronique
et ses syndromes douloureux

COMPRIMÉS

carences soufrées
rhumatismes chroniques

LABORATOIRES — JACQUES LOGEAIS — ISSY-LES-MOULINEAUX — PARIS —

Maladies du Foie et des Voies biliaires

PANBILINE

Pilules et Solution

Auto-intoxication intestinale - Constipation

RECTOPANBILINE

Suppositoires, Solution

Anémies - Convalescence

HÉMOPANBILINE

Comprimés et Solution

Lab. du Docteur PLANTIER, à Annonay (Ardèche)

UN HYPNOTIQUE DOUX
DE TOLÉRANCE PARFAITE
DESTINÉ AUX INSOMNIQUES ET AUX ANXIEUX

Sonéryl

butyl-éthyl-malonylurée

INSOMNIE causée par la douleur
INSOMNIE des vieillards

COMPRIMÉS à 0,40 en 10 TUBES de 20 COMPRIMÉS

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
SPECIA
MARQUES POULENC FRÈRES & USINES du RHÔNE
21, rue Jean Goujon • PARIS 8ème

Désinfectant intestinal
sans contre indication
Pilules de

CHLORAMINE FREYSSINGE

1er Jour : 12 pilules en 3 fois
2me Jour : 9 pilules en 3 fois
3me Jour : 6 pilules en 3 fois

Les jours suivants : 3 pilules en 3 fois

LF LABORATOIRE FREYSSINGE - 6, RUE ABEL - PARIS

PARTIE PROFESSIONNELLE

PROPOS DU JOUR

L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DE LA CONFÉDÉRATION

A LA demande de ceux qui n'acceptaient pas l'ordre du jour voté les 5 et 6 octobre derniers, une nouvelle assemblée générale devait se réunir, les 30 et 31 mars, et décider si les syndicats médicaux signeraient ou non convention avec les Caisses d'assurances sociales.

L'importance de cette décision n'échappait à personne : en fait il s'agissait de dire si le corps médical se mettait ou non en lutte ouverte avec les pouvoirs publics. Il est d'autant plus regrettable d'avoir à constater que les débats se sont en grande partie déroulés dans la confusion.

Une quinzaine de départements avaient signé. Les trois départements recouvrés d'Alsace-Lorraine, de par le texte même de l'ordonnance ,attendaient de connaître, suivant la décision prise, le sort qui leur serait fait et optaient pour la signature. Quelques gros centres de résistance s'étaient d'autre part constitués : Région lyonnaise, Sud-Est, Nord, Normandie. Il est permis d'augurer que les autres départements restaient dans l'expectative et que leurs délégués espéraient discerner au cours de la discussion la meilleure ligne de conduite pour s'y rallier. On peut se demander si l'allure prise par les débats leur a permis de suivre ce programme de sagesse.

DE quoi s'agissait-il ?

De choisir entre deux positions plus voisines en réalité qu'il ne semble au premier abord. Sur le fond les deux camps adverses étaient en effet entièrement d'accord : l'ordonnance du 19 Octobre est irrecevable en tant qu'elle lèse les intérêts de la profession médicale. Une modification de certains articles du texte doit être demandée aux pouvoirs publics. C'est là une démarche qui, il y a quelques années encore, alors qu'était reconnue à la Loi une majesté souveraine, eut paru exiger de la méthode et de la réflexion. L'ambiance actuelle est moins stricte. Et des arguments qui, eux aussi sentent leur époque, peuvent être mis en avant : les représentants de la profession ne furent pas consultés pour l'élaboration du texte incriminé ; celui-ci n'a pas eu davantage l'agrément des représentants du peuple puisque, le 19 octobre, il n'y avait pas de Parlement. On ne peut donc que lui reconnaître l'autorité d'une décision ministérielle et faire observer, par contraste, qu'en Angleterre, le plan de sécurité sociale a été déposé sur le bureau de la Chambre des Communes et sera débattu dans les formes ordinaires d'une loi de l'Etat.

C'est sur la façon de comprendre comment l'ordonnance du 19 Octobre lèse leurs intérêts que les médecins se sont divisés. Sentant que leur opposition leur donnait l'apparence d'être réfractaires au progrès social, et que cette apparence ne manquerait pas d'être exploitée pour les discréditer aux yeux des masses populaires, ils tinrent à invoquer à la fois leurs intérêts matériels et leurs intérêts moraux, et à représenter que l'éthique même de la médecine était en jeu. Actuellement c'est sur la seule défense du prestige de la profession que la plupart des opposants portent leur effort.

Noble préoccupation certes ! et tout à leur honneur. Mais à mon sens elle a causé un malentendu qui aurait pu coûter au corps médical son unité d'action et y entretint une agitation à tous égard pernicieuse.

Comment se formulent en effet, à l'heure actuelle, les impératifs catégoriques de la profession ? Je dis : à l'heure actuelle parce que la médecine n'est pas une religion et n'embrasse pas l'éternité : elle est centrée sur l'homme, être vivant et évoluant. Il est permis de se demander en conséquence si le serment d'Hippocrate, la tradition et même les codes de déontologie épuisent dans leurs prescriptions les devoirs du médecin. Celui-ci peut valablement s'assigner aussi pour idéal d'être constamment en flanc-garde de l'être humain, où que l'entraînent les circonstances ; il peut concevoir cette règle que les controverses de principes sont aussi extérieures à la pratique quotidienne que les débats de conscience ; il peut catégoriser ses comportements par ordre d'urgence et se dire : « Allons d'abord au plus pressé, au service de l'homme, et par les voies que je trouve ouvertes ; ce sera ensuite affaire à moi d'en ouvrir de nouvelles qui me plaisent mieux. » Ceux qui pensent et agissent ainsi sont-ils d'une qualité moins rare que les traditionnalistes ? Chacun selon ses inclinations trouvera ici matière à philosopher.

ET voici que nous touchons au point névralgique : la philosophie a une tendance déplorable à s'envaser dans la politique, et la politique... que peut-il en sortir de bon ?

Elle a manifestement désaxé le débat. Si, à la tribune, aucun orateur n'eut le front de dévoiler cette intrusion inopportune, les conversations de couloirs furent moins discrètes. Certains ne cachèrent pas leur ferme résolution de défendre leurs droits de classe. On voit que même le vocabulaire politique était de la partie. « Le corps médical est une élite ; il doit s'affirmer et revendiquer des prérogatives en rapport avec ses mérites. » On conçoit qu'à l'heure où nous sommes les tenants d'une telle opinion n'ont qu'un parti à prendre : se cabrer et rompre tout net avec les dirigeants du moment. En riposte à la politique d'accommodement ils préconisent donc la politique du pire. Soit ! Chacun a le droit de courir les risques qui lui plaisent. Il est permis de relever le paradoxal chassé-croisé qui s'établit du plan politique au plan professionnel : les modérés de la profession semblent se rallier aux « chambardeurs » de

l'ordre social ; les conservateurs de l'ordre social n'hésitent pas à pousser à la rébellion contre la conception actuelle de l'ordre public. Peut-être se rejoindront-ils un jour dans l'anarchie générale, au moment d'essayer de recoller les morceaux.

Mais encore une fois quels éclaircissements ont pu trouver dans ces passes d'armes les délégués qui étaient venus avec le mandat de prendre le parti le plus profitable à la profession ? Leur indécision se manifesta de la façon la plus évidente : ce débat, qui divaguait dans l'équivoque, fit apparaître des majorités de rechange oscillant d'un orateur à l'autre. Un vote acquis à la majorité sur l'esprit dans lequel une délégation devait parler au Ministre du Travail fut totalement perdu de vue. Le débat ayant repris à propos de la désignation des délégués, ceux-ci en fin de compte reçurent des directives toutes différentes.

Il est à craindre que beaucoup n'aient aperçu à aucun moment ni la direction précise dans laquelle était engagé le corps médical ni ses aboutissants.

Il n'y eut pas que la politique pour vicier ces débats. Des questions de personnes étaient aussi implicitement posées. Une atmosphère de conjuration flottait sur l'assemblée : les ides de Mars marquent décidément une passe dangereuse. La manœuvre ne fut qu'esquissée, mais ce fut assez pour que l'on vît se démasquer des ambitions avides de s'ouvrir une carrière. Ce ne fut certes point sans décontenancer de naïfs délégués qui, venus pour débattre un point de tactique professionnelle, ne s'attendaient pas à avoir le spectacle d'une chasse à courre. Le vote de confiance unanime du lendemain atténuera cette impression sans toutefois l'effacer entièrement.

Mal engagé le débat fut aussi mal réglé. Sur la demande, fut-il dit, de la région lyonnaise, une audience avait été demandée au Ministre du Travail et fixée par celui-ci au samedi 16 heures 30. Cette entrevue ne pouvait avoir qu'un sens : faire connaître au Ministre la position adoptée par l'Assemblée et, par conséquent, sanctionner les délibérations de celle-ci.

En intervenant de façon prématurée elle a accentué le désarroi : la séance du samedi après-midi fut menée au pas de charge ; les passions exaspérées tournèrent dans un carrousel échevelé. Ambiance peu favorable à la lucidité et au bon sens. A aucun moment il ne fut possible de discerner où en était la discussion ni surtout si elle progressait ou si elle piétinait. En fait elle battait les buissons dans un manque absolu de méthode.

Les spectateurs eurent en outre le déplaisir de constater une indiscipline que les rappels à l'ordre du président ne parvenaient pas à enrayer. Une assemblée ne peut prétendre à quelque efficience que si elle se soumet à des règles. La première de toutes entre gens de bonne compagnie doit être le respect du contradicteur. Il est puéril et incorrect d'étouffer l'antithèse par un vacarme d'interjections saugrenues. A quoi bon se concerter si l'on est déterminé à n'admettre que des approbations. Les manœuvres d'obstruction rappellent les mœurs peu policées des meetings. Comment des médecins qui prétendent faire respecter en eux la prééminence d'une élite, ont-ils pu, tout au moins le samedi après-midi, se laisser glisser à des allures donnant un démenti aussi flagrant à leurs propres affirmations ? L'ordre revint heureusement le dimanche matin et l'on put assister, grâce à l'autorité enfin reconnue du Prof. Marquis, au triomphe qu'un sage règlement — qui devait permettre l'adoption quasi unanime d'un ordre du jour équilibré. Mais la victoire restait fragile et la lassitude y avait peut-être autant de part que la raison.

Enfin il faut regretter à tous égards que la tyrannie du mot d'ordre de parti, en pleine efflorescence chez d'autres représentants, ait pu sembler s'introduire jusqu'ici. Des positions prises d'avance, et sur la seule décision de quelques leaders, faussent sans recours les délibérations d'une assemblée. Un délégué scrupuleux ne peut se lier à un parti et aliéner son vote. Il y va de sa dignité de rester en mesure, à tout moment de la discussion, d'apprécier de quoi et en dépit de quoi est faite son opinion. Sinon il n'est pas un délibérant mais un simple mannequin porteur de bulletin de vote. Des hommes accoutumés par leur profession à réfléchir, à juger une situation et à en tirer les conséquences ne sauraient se résoudre à un effacement aussi négateur de toute personnalité.

En définitive, à quoi a abouti cette assemblée ? A porter au Ministre la décision de « différer » la signature des conventions. On sait quelle fut la réponse du Ministre. Regrettant l'attitude adoptée par les médecins il n'a pas caché son intention de passer outre et d'instaurer coûte que coûte le régime nouveau des Assurances sociales. Selon toutes apparences et sous réserve des espoirs que nous ménage un ordre du jour respectueux des exigences sociales et prometteur de réalisations concrètes, l'épreuve de force est donc virtuellement ouverte.

Si tel était le désir de la majorité tout est pour le mieux ; il ne reste qu'à attendre les résultats. Si certains délégués se sont laissés surprendre par la confusion des débats, il est trop tard pour revenir en arrière. A eux et à leurs mandats, ne reste plus qu'un recours : tenir ferme dans un conflit qu'ils n'avaient pas souhaité.

Au cours du débat, un orateur vint sagement réclamer de tous, avant que la décision fût prise, l'engagement de s'y soumettre et d'observer la discipline syndicale. Fut-il entendu de tous ? On n'en saurait jurer car à ce moment précis la discipline d'assemblée était singulièrement battue en brèche. S'il fallait par là augurer de la suite des événements, les perspectives ne seraient pas brillantes. Le triomphe de la règle et l'unanimité qui marquèrent la fin des débats nous ouvrent heureusement d'autres horizons.

Mais il n'est pas douteux que l'adversaire, puisqu'adversaire il y a désormais, sondera soigneusement le front de défense et se tient prêt à élargir la moindre brèche qui s'y révélerait. S'il parvient à dissocier les médecins et à en embrigader assez pour faire fonctionner sa machine la position des autres deviendrait vite intenable.

Plus que jamais, comme en 1922, et de façon bien plus impérieuse qu'alors, il nous faut donc de la résolution. Nous sommes dans le défilé !

G. Lavalée.

ORGANISATION PROFESSIONNELLE

ASSURANCES SOCIALES

PRÉCISIONS ET CONJECTURES

Les passions sont refroidies. Loin des mouvements d'Assemblée, il est indispensable de chercher comment poser le problème dans sa réalité juridique et sociale. Car il est non moins vrai qu'on ne domine la nature sociale, comme la nature tout court, qu'en obéissant à ses lois.

Précisons donc aujourd'hui certaines idées qui, plus justement exposées le 30 mars dernier par des orateurs dont nous ne méconnaîtrons point le talent, eussent contribué à donner aux travaux de l'assemblée plus de tenue et de clarté. Il n'est rien de tel pour ne point s'entendre que de commencer par mal entendre l'objet d'un débat.

***

I. Il a été affirmé à de nombreuses reprises que « signer une convention était accepter la loi ». Une idée juste est en germe dans cette formule lapidaire : apporter un concours volontaire à l'application de la loi est renforcer l'autorité morale de celle-ci. Mais ce slogan accrédite une idée fausse : le contenu de la loi s'identifie avec le principe de la convention et l'on en vient à conclure qu'il suffit, pour paralyser le jeu légal, de refuser son consentement. Comme si, dans le cadre de la vie juridique normale — et en dehors, bien entendu, de la grève de résistance — il dépendait de la décision syndicale que continue le mode d'exercice actuel ou que s'y substitue le nouveau régime. Cette confusion inconsciente allait si loin que l'on entendit proférer le barbarisme juridique suivant : « si le Ministre nous impose la convention... », qui voulait dire sans doute « si le Ministre impose la loi... », comme si, d'ailleurs ce n'était le rôle normal des Pouvoirs publics.

Mieux même, un autre orateur se ménagea un bel effet de séance en démontrant que seule la Convention-type prévoyait que la signature des feuilles de maladie entraînait adhésion aux dispositions relatives au tarif. Il en déduisait avec une apparente logique qu'il suffisait de ne point conclure de convention pour que le médecin puisse signer les feuilles de ses clients et conserver toute sa liberté à l'égard des limitations d'honoraires. A la base de ce raisonnement inexact se trouve la même idée fausse qui confond loi et convention, respect de l'ordre public et respect de la parole donnée.

En réalité la convention Syndicat-Caisse ne constitue qu'une des modalités prévues par l'ordonnance, celle capable d'assurer aux médecins, *à l'intérieur du régime légal*, le maximum de souplesse et de liberté — mais le législateur, fort prudent et quelque peu averti par de précédentes expériences de la réticence du Corps médical, a ménagé en seconde ligne un *régime de contrainte directe* qui se substitue *ipso facto* au régime conventionnel, dès lors qu'il n'y est pas fait recours. Le tarif, s'il n'est pas convenu, est fixé par arrêté interministériel ; il s'impose aux médecins, sous réserve de dépassements exceptionnels et justifiés selon la procédure légale.

On peut discuter, avec d'excellents arguments pour ou contre, des bienfaits ou des méfaits moraux de la signature des conventions. Il est légalement possible de n'en point signer. C'est à cette décision que conduit aujourd'hui la discipline syndicale. Mais cette décision prise, il restait un autre problème, plus essentiel peut-être encore à résoudre, éludé cependant, par la majorité de l'Assemblée : quelle sera l'attitude du Corps médical en face de la contrainte toute nue du régime légal qu'il est du devoir des ministres d'appliquer jusqu'à ce qu'une réforme opérée par le futur Parlement puisse entrer en vigueur ? Il n'est évidemment que deux réponses :

— Ou bien les médecins se soumettront à la loi ;

— Ou bien ils se mettront « hors la loi ».

Nous allons étudier les conséquences de ces deux solutions tant sous l'angle individuel que collectif.

***

II. Ce problème se pose en réalité de manière immédiate, puisque la mise en demeure ministérielle expire aux alentours de cette fin de mois, et pratiquement il se pose dans les termes suivants : si le Syndicat n'a pas signé convention, le médecin lui, *signera-t-il ou non les feuilles de maladie* présentées par ses clients assurés sociaux ?

1° A cet égard un point capital, dont il était permis de douter en raison du caractère d'ordre public de toutes les lois sociales en général et de l'ordonnance du 19 octobre en particulier, nous a été affirmé par le Dr Cibrie : il a pu faire reconnaître non sans mal par le Conseil supérieur des A.S. qu'un médecin était *libre de refuser de soigner un assuré ès qualité*. L'assuré renonce alors volontairement à sa qualité. Le médecin lui remet sur sa demande un reçu *timbré* d'honoraires indiquant la quantité et la nature des soins administrés et la durée de son incapacité de travail. Mais quelle est alors la situation du client-assuré vis-à-vis de sa Caisse ?

Affirmer, comme beaucoup l'ont fait, qu'aucun préjudice matériel ne lui est causé est proférer une contre-vérité dangereuse. En effet, cette modalité, autrefois prévue par l'article 10 § 2 du R.A.P. du 11 juillet 1939, a disparu entièrement du nouveau R.A.P. du 31 déc. 1945. L'assuré a renoncé à sa qualité, *donc à ses droits d'assuré*. La Caisse peut — mais sans y être obligée — lui verser des prestations qui ne pourraient être calculées que sur la base de son tarif minimum, c'est-à-dire de l'ancien tarif de réassurance. Le remboursement serait alors dérisoire. Certes le médecin conserverait intacte sa liberté, et celle de son malade ; mais à ce dernier cette liberté ne risquerait-t-elle point d'apparaître une viande bien creuse. ?

Valable exceptionnellement sur le plan individuel, que devient cette solution sur le plan collectif ? Autrement dit, quelles seraient les conséquences juridiques et sociales d'une décision syndicale enjoignant aux médecins de recourir systématiquement à ce procédé ? Cette « grève administrative » (notre point de départ une fois admis) *ne serait point illégale*, le droit de grève étant au reste reconnu à tous les citoyens pour la défense de leurs intérêts par l'article 32 de la Déclaration des Droits. Mais laisserait-elle sans réactions les Pouvoirs publics, et de quels moyens de contrainte disposent-ils ? Nous ne parlerons pas de la contrainte indirecte consistant à recourir, systématiquement également, à des

praticiens aux ordres des Caisses. Mais y a-t-il une possibilité de pression directe sur l'ensemble du Corps médical ? Elle peut être trouvée dans l'article 16 de l'ordonnance du 25 septembre 1945 sur l'exercice de la médecine, selon lequel « tout docteur en médecine est tenu (sous peine de sanctions pénales) de déférer aux réquisitions de l'autorité publique » (et non plus seulement comme autrefois aux réquisitions de justice). Cet article est cependant moins dangereux qu'il ne paraît, à première lecture, car il ne prévoit que les réquisitions individuelles, non les réquisitions collectives.

Mais le danger véritable est que le législateur averti ne manquera pas d'orienter la réforme légale projetée dans un sens plus coercitif et non plus libéral et précisera (comme il l'a fait dans les rapports du salarié et de l'employeur) que l'assuré ne peut valablement renoncer à sa qualité et à ses droits d'assuré. L'action entreprise dans un désir d'assouplissement, aboutira ainsi à un régime de contrainte et d'étatisme direct auprès duquel le régime combattu apparaîtra comme un paradis libéral !

Ou bien au contraire, l'on prendra acte de ce refus collectif. Mais une carence de cette taille appelle nécessairement une initiative étatique. La masse sera soignée, car ses besoins, les besoins démographiques de la nation ne peuvent rester insatisfaits, et il n'est point de monopole qui n'ait ses brèches et ses « ersatz ». La masse sera donc rejetée durement de la médecine individuelle, de la médecine libre à laquelle l'action syndicale avait toujours tendu jusqu'à maintenant à lui donner accès. La médecine « personnelle » apparaîtra plus que jamais comme une « médecine de classe ». Nous posons la question : une élite qui abandonne la masse à son destin et se laisse enfermer dans sa classe ne justifie-t-elle point par là même les théories et les luttes qui lui sont odieuses ? Le Corps médical « serait-il même heureux dans la bataille que la victoire de ses armes ne résoudrait rien : elle participe trop de ce qu'elle abat » (1).

2° Le médecin signe les feuilles de maladie. Il *n'adhère* pas, bien entendu ce faisant, aux clauses d'une convention restée à l'état virtuel. Mais il est *soumis* aux prescriptions légales ; cela revient à dire qu'il doit observer le tarif ministériel préparé par la Commission nationale tripartite. Deux hypothèses — et deux seulement — peuvent être envisagées sous l'angle individuel :

— *Le praticien se conforme au tarif* ou ne le dépasse qu'exceptionnellement dans les cas prévus par la loi (art. 13 : notoriété, situation de fortune, circonstances particulières). Dans ce cas, son attitude est juridiquement impeccable ; mais l'on peut se demander alors quelle valeur démonstrative pratique aura le refus de signer convention. Au régime conventionnel, on préfère ainsi un régime de taxation ministérielle, plus commode pour l'Administration. On risque fort d'installer ce régime à titre définitif, c'est-à-dire d'en revenir à l'ordonnance du 3 mars, de si funeste mémoire. Et la grande question des adaptations du tarif au coût de la vie reçoit la pire des solutions, cette révision dépendant de décisions ministérielles lointaines et lentes, oh combien ! (Le présent tarif de l'article 64 en est un magnifique exemple). Cette politique n'a qu'un nom *la politique du pire*. Mais « le pire n'est pas toujours sûr ».

— *Le praticien dépasse habituellement et systématiquement le tarif*, hors des cas légalement prévus. Autrement dit, il enfreint les prescriptions légales. C'est l'hypothèse la plus vraisemblable à brève échéance, les tarifs fixés à l'origine au taux syndical moyen risquant de se dégrader rapidement au rythme des dévaluations. Dans ce cas l'assuré ou la Caisse peut tout d'abord le déférer à la *Commission bipartite départementale*, laquelle n'est d'ailleurs pas une juridiction, puisqu'elle peut seulement *l'inviter* à rembourser le trop-perçu mais ne saurait légalement l'y contraindre. Si les décisions de cette Commission ne sont pas respectées par lui, deux voies de recours peuvent être exercées contre lui.

a) Une action de *droit commun* devant le juge de paix ou le tribunal civil. Appliquant la loi, le tribunal ne pourra que prononcer la répétition de l'indu, si les honoraires dépassent le tarif légal et si leur taux n'est point motivé — selon une jurisprudence aussi ancienne que bien établie — par la qualité du médecin, celle du malade ou l'importance du service rendu. Il apparaît ainsi que l'entente directe *contrôlée* n'est pas une nouveauté, les tribunaux s'étant toujours reconnu ce droit depuis qu'ils existent.

b) Une action *disciplinaire* devant la juridiction du contrôle technique (art. 100 et suivants de l'ordonnance) qui est en première instance le Conseil régional de l'Ordre et en appel la *Section des Assurances sociales* du Conseil national, laquelle comprend un président, conseiller d'Etat, un représentant des Caisses, un représentant du Travail et deux médecins. Les précautions de la loi sont bien prises : les praticiens y sont en *minorité*. Selon l'article 103, « dans le cas d'abus d'honoraires le Conseil régional et la Section spéciale peuvent également obtenir le remboursement à l'assuré du trop-perçu, même s'ils ne prononcent aucune des sanctions ci-dessus prévues (blâme ou suspension) ». Ces décisions ont force exécutive. Elles ne peuvent faire l'objet que d'un recours en cassation devant le Conseil d'Etat. Les Caisses, étant parties à l'instance, jouissent au reste de ce droit de recours.

La résistance individuelle et systématique d'un médecin risquerait fort d'être brisée par un tel déploiement de force publique. Il serait vain de se rassurer en invoquant qu'en dernière analyse, c'est l'Ordre qui juge les abus ; la Section « spéciale » risque fort d'être sans pitié. Une réforme essentielle eût consisté à en obtenir la suppression, en donnant confiance aux Pouvoirs publics dans les juridictions professionnelles ordinaires. Malheureusement nous doutons que la méthode suivie et les arguments invoqués aident à l'obtenir. Nous craignons même qu'ils aident surtout à consolider ce que l'on voudrait détruire !

La question ne changera d'aspect évidemment que si cette infraction habituelle se généralise au point de rendre impossible le fonctionnement de la juridiction disciplinaire, et si elle est accomplie (comme il est probable) avec le consentement des clients. Mais il importe que cette généralisation n'apparaisse point comme *le résultat d'une action collective concertée*. La « grève » de désobéissance serait ici *nettement illégale*. Toute décision syndicale de cette nature serait nulle comme contraire à l'ordre public. La « socialisation » du phénomène doit provenir essentiellement de la *similitude des réactions individuelles* des médecins placés dans des conditions identiques.

Enfin il serait grave, comme certains le laissent entendre, d'engager dans cette bagarre l'Ordre des médecins comme un moyen de combat. Il est certes

(1) *Le Rocher de Sisyphe*, R. Caillois.

tentant d'avoir ici recours aux pouvoirs de suspension que lui donne la loi, pour frapper tous ceux qui, par indiscipline ou par conviction personnelle, appliqueraient l'ordonnance et collaboreraient avec les Caisses. Mais l'on ne peut valablement poser en principe que cette collaboration est contraire à l'indépendance médicale. Et surtout l'on ne peut utiliser les armes de la loi pour combattre la loi. Ce *détournement de pouvoir* serait inévitablement censuré, d'abord par le président, conseiller d'Etat, de la Section de discipline du Conseil national, puis en cassation par le Conseil d'Etat lui-même. Mais surtout, il servirait d'argument pour justifier un renforcement des pouvoirs de contrôle de l'Etat sur la vie et les décisions de l'Ordre. Ici apparaît la faiblesse congénitale d'un organisme qui ne tient son pouvoir que de la loi. Seul le Syndicat, dans les limites de l'ordre public que nous avons tracées, peut mener légitimement le combat.

***

III. Quelle construction positive peut-on faire surgir des décisions de l'Assemblée ? Nous entrons ici dans le domaine des conjectures, mais l'esprit qui anima les débats d'une part, et le petit nombre de solutions possibles d'autre part, permettent de s'y livrer sans trop de hardiesse.

Tout d'abord, et malgré ce que certaines déclarations ont pu laisser croire, le Corps médical accepte le principe des assurances et de la sécurité sociales et entend apporter son concours *sous conditions*.

Sous l'angle individuel, en second lieu, les médecins acceptent les *limitations* suivantes à leur liberté de principe : ils se borneront à demander les *honoraires syndicaux* (*sauf exceptions*) aux assurés sociaux qui ne seraient pas dans une situation *notoirement aisée*.

Nous saluerons ici l'abandon du mot « tarif » et le retour à l'idée *d'honoraires*. Nous avons, ici même, maintes fois insisté sur cette distinction capitale. Mais la décision prise implique :

— Le renoncement au jeu purement individuel et libre de l'entente directe, puisqu'il est parlé d'honoraires *syndicaux*. L'on admet donc qu'il est nécessaire socialement de compromettre.

— Le renoncement à l'idée des tarifs *minimums*, les honoraires syndicaux étant de honoraires *courants* (ou moyens) ;

— Par suite l'extension de la décision prise, non plus aux seuls indigents, mais à la clientèle *moyenne*, puisque (sauf les exceptions imprévisibles) n'en sont exclus que les « notoirement aisés ». Il a donc été tenu compte des conditions nouvelles de la vie économique et sociale.

Il est demandé en outre que les abus soient jugés par « les juridictions professionnelles ». Nous avons vu que le juge n'est pas actuellement la Commission départementale bipartite, mais les *juridictions de l'Ordre*. La revendication formulée serait donc d'emblée satisfaite. Il eût fallu demander, selon nous, la suppression de la « Section des Assurances sociales » du Conseil National.

Si l'on excepte la question de la détermination de ces « honoraires syndicaux », nous en revenons donc au jeu combiné des principes de l'article 13, et de l'article 6 §5 de la Convention-type quelque peu assouplis dans leur rédaction et dépouillés d'un aspect inutilement comminatoire. Cela prouve qu'il n'y avait point lieu, comme nous n'avons cessé de le dire, de centrer uniquement le débat sur le principe de l'*entente directe* qui, rappelons-le, n'a jamais cessé d'être contrôlée et limitée par le jeu des mœurs, des lois économiques et des tribunaux de droit commun.

Le vrai problème apparaît : *comment sera déterminé ce niveau de prix* (nous ne disons pas ce tarif) auquel les médecins se référeront pour déterminer leurs honoraires dans chaque cas particulier ?

L'ordre du jour le résout ainsi : fixé par le syndicat local, ce niveau de prix serait *approuvé* par la Confédération et *communiqué* à la Commission tripartite. A une homologation ministérielle serait substituée une homologation *confédérale*. Ce régime constituerait un idéal que nous avions nous-mêmes proposé peu avant le 3 mars. Pour qu'il ait chance d'être accepté, il serait nécessaire que cette homologation n'apparaisse point aux Pouvoirs publics comme constituant une simple formalité. Le self-control ne cesse et ne doit point cesser d'être un contrôle. Mais la liberté ne consiste-t-elle pas à se dominer soi-même ?

Faudra-t-il cependant conclure des *conventions* ? Leur rôle ne disparaît pas, car seules ces conventions (en dehors d'une pression de l'Etat sur les tarifs de responsabilité, qui supposerait une pression identique sur les honoraires) peuvent assurer la *coïncidence* désirable entre le niveau des honoraires et le niveau des remboursements. Au reste, l'ordre du jour n'en élimine pas le principe, puisqu'il parle seulement d'en *différer* la signature. Cette signature est donc une question de temps, non de principe.

Le régime proposé se rapproche donc maintenant, de fort près, du régime que nous avions nous-mêmes esquissé.

On ne peut manquer de se demander s'il n'eût pas été possible, avec moins de hâte et plus de soins, de faire, de part et d'autre, l'économie de tant de méfiance et de querelles, et d'aller directement à ce régime qui peut vivre. Mais peut-être est-ce une loi inéluctable des sociétés humaines que tant de passions soient nécessairement mises en branle pour qu'un problème, après avoir fait le tour des solutions extrêmes, puisse enfin franchir un pas ?

Jean MIGNON.

L'O. P. H. S. DE L'AVENIR

Réponse du Dr R. Monod.

J'ai lu, évidemment avec le plus vif intérêt, l'article sur *l'O. P. H. S. de l'avenir*, paru dans votre numéro du 20 février 1946.

Pour les lecteurs du « Concours Médical », je vous demande, en réponse à votre article, la permission d'ajouter quelques éclaircissements au projet de réforme, tel qu'il leur a été exposé :

Tout plan comporte la marge d'erreur qui sépare la théorie de la pratique, mais mieux vaut encore un plan imparfait que pas de plan du tout, quitte à le modifier selon les circonstances.

S'efforçant de traiter dans son ensemble le problème de la prophylaxie des maladies sociales, ce plan n'a rien de « grandiose » et ne paraît pas à priori, irréalisable par ses conséquences financières. Loin de faire table rase de tout ce qui existe, son premier objectif est de tirer parti de tout ce qui fonctionne, partant du principe que dans le département de la Seine, c'est moins les ressources qui manquent que leur mauvaise répartition et cela étant vrai, aussi bien pour les locaux que pour le personnel.

Bien que centré sur un service public chargé d'en assurer la continuité, ce plan n'a rien « d'inhumain ». Loin d'écraser l'individu, il se préoccupe par l'intermédiaire de ses Assistantes Sociales visiteuses, de le défendre en allant jusque dans son milieu familial l'éclairer et l'aider à vaincre ses propres négligences, en appliquant la méthode persuasive.

La répartition par districts, la division par quartiers et par communes, tend à réagir contre la déshumanisation des grandes villes et à lui substituer le climat des communes rurales ou tout le monde se connaît.

Le Centre de Santé polyvalent, tel que nous le concevons, est appelé à devenir dans chaque district, le pôle d'attraction aussi bien des familles que des *praticiens*, car ce n'est que dès le jour où les uns et les autres seront bien convaincus que sa raison d'être est aussi bien leur *intérêt* que l'intérêt général que le succès de la réforme sera assuré.

⁂

« La collaboration des praticiens est indispensable pour obtenir le plein rendement de ce plan ». En écrivant cette phrase, votre plume a atteint le point crucial de la question. Loin d'être considéré comme un concurrent, le dispensaire polyvalent de prophylaxie de quartier devrait devenir l'allié du praticien, être considéré par lui comme une aide dans l'exercice de sa profession et être utilisé par lui, comme un centre de diagnostic destiné à compléter son examen clinique. Nul ne conteste aujourd'hui que la lutte contre la tuberculose, la lutte contre le cancer dépassent, par tout ce qui est exigé comme équipement et comme moyens d'action, les possibilités du médecin praticien. Dépister précocement une tuberculose ou un cancer doit être le premier souci du praticien, mais c'est aussi son intérêt. Combien souvent n'entend-on pas des familles reprocher, injustement parfois à leur médecin-traitant d'avoir perdu du temps en ne faisant pas assez tôt le diagnostic et rendre ainsi le médecin responsable des suites fâcheuses, parce que trop tardives du traitement. En faisant confirmer précocement son diagnostic par le dispensaire, le praticien ne peut que renforcer la confiance que la famille a en lui.

N'en va-t-il pas de même pour la prophylaxie mentale qui, parmi toutes les spécialités, est la moins répandue et qui exige des notions qui outre passent les notions courantes de médecine générale, fussent-elles exceptionnellement étendues. Et l'on sait combien hélas cette prophylaxie concernant l'enfance et l'adolescence est devenue nécessaire, l'augmentation du nombre des déficients ou débiles mentaux étant un signe non des moins préoccupants de l'époque.

Reste le domaine de la prophylaxie anti-vénérienne. Il est exact que c'est là que l'activité du dispensaire risque d'empiéter le plus sur les prérogatives des praticiens, bien que les examens sur grande série, les dépistages systématiques, complétés par les enquêtes d'épidémiologie, aient comme principal effet de découvrir bien des malades qui s'ignoraient et, en conséquence, d'augmenter le nombre d'éventuels clients. Sur ce point, il n'est pas défendu d'espérer que des relations de bonne confraternité et de déontologie correcte pourraient s'établir entre les médecins traitants et les médecins-consultants des dispensaires.

En ce qui concerne les traitements des malades, il n'y aurait certes pas d'inconvénient à ce que les uns soient renvoyés à leur médecin et à ce que les autres, *les moins fortunés*, soient traités au dispensaire, en dehors des heures de travail, jours fixes, par les *praticiens eux-mêmes*, qui pourraient ainsi grouper leurs clients, ce qui rendrait service à la clientèle laborieuse en lui évitant de sacrifier des heures de travail, sans fruster les praticiens des vacations perçues pour ces traitements.

Ce principe une fois posé et mis en pratique en ce qui concerne les maladies vénériennes, il serait grand temps, en se plaçant à un point de vue plus général, que la pratique médicale consente à s'adapter aux transformations sociales actuelles dont il serait vain de tenter d'empêcher la réalisation.

A côté de la médecine du médecin de famille, la médecine curative, qui s'occupe de cas individuels et sauvegarde entre le médecin et son malade le colloque singulier librement et bi-latéralement consentie, il paraît désormais impossible de ne pas faire une large place à la médecine préventive et prophylactique, médecine organisée au profit de la collectivité, médecine qui fait appel à l'esprit de solidarité du médecin et exige la collaboration étroite du praticien polyvalent avec celle du médecin spécialiste qui accepte au dispensaire de pratiquer les consultations et les examens de dépistage.

⁂

Reste une dernière critique qu'on ne manque pas de faire au projet de réforme visé, celle qui consiste à dire : au lieu d'étendre l'activité de l'Office, « n'est-il pas préférable de restreindre ses attributions à la lutte anti-tuberculeuse pour laquelle il y a encore beaucoup à faire. »

Dans le projet en question, la lutte antituberculeuse n'a pas le *N°* 16, comme cela est signalé dans votre article, mais bien le N° 1. C'est-à-dire qu'elle reste la priscipale préoccupation de l'*O. P. H. S. de l'avenir*.

A Paris, la mise en secteurs de la lutte antituberculeuse a certainement amélioré la liaison entre les phtisiologues qui s'y consacrent pour le plus grand profit des malades et les courbes statistiques de mortalité et de morbidité les plus récentes établissent que sur ce point le département

de la Seine est parmi les mieux partagés. Il subsiste pour terminer deux gros griefs : le retard des déplacements et la diminution des enquêtes sociales.

Le retard des placements dépend d'une seule cause : le manque de lits libres dans nos sanatoriums, ce qui ne veut pas dire qu'il faille construire d'urgence de nouveaux établissements. Le nombre de lits disponibles pour le département de la Seine et Seine-et-Oise, s'ils étaient tous bien utilisés, seraient, dans l'état actuel suffisants. Ils atteignent le chiffre de 6 à 7.000. Ce nombre se rapproche du nombre optimum qu'est celui des décès annuels. Ce qui explique l'embouteillage actuel, c'est que plusieurs sanatoriums ont été déviés de leur but (un sanatorium de Seine-et-Oise n'est-il pas occupé par une école de police) soit endommagés du fait de la guerre, soit imprudemment réquisitionnés.

Par ailleurs, une enquête faite dans un sanatorium montre qu'à côté des maladies véritablement sanatoriables, il en existe un quart qui pourraient aussi bien gutrir dans des maisons de précure ou des préventoriums et un autre bon quart qui n'ont plus rien à attendre de la prolongation de leur séjour dans un sanatorium étant des malades chroniques, non améliorables. Pour ces malades non sanatoriables, pour les moins graves, il faudrait créer des maisons de réadaptation et pour les incurables, de véritables hospices-sanatoriums (type Brévannes). Comme nous l'avons exposé au Conseil Général, la remise en route de ces deux types d'établissements d'une gestion beaucoup moins onéreuse que celle d'un sanatorium supprimerait immédiatement le retard de placement dans les sanatoriums des malades nouvellement dépistés et curables.

Quant à l'enquête sociale, elle est une question d'effectif d'assistantes sociales et l'Office ne cesse d'en réclamer. Le jour où ces effectifs atteindront leur chiffre normal, l'assitance aux malades et la protection de l'Enfance, partie essentielle de la lutte contre la tuberculose pourront donner tout leur plein effet.

⁂

En conclusion, il semble que le projet en question mérite mieux « que d'être étudié », il mérite d'être essayé. Loin d'être « destiné à un pays de dictature », nous le croyons, tout au contraire, réalisable dans une démocratie, à la condition formelle que l'opinion du public lui soit favorable ainsi que celle des praticiens dont beaucoup d'ailleurs lui sont déjà acquis, car la médecine de prophylaxie, sous son allure forcément administrative, n'est nullement une menace pour l'avenir du médecin. En étendant les notions des ravages provoqués par les maladies sociales, elle développe, parmi le public le besoin de soins et la conviction des bienfaits de la médecine, par surcroît, elle contribue à enrayer le déclin démographique vers lequel tend d'une façon inquiétante notre pays, au grand dol du bien-être national. Elle mérite de ce point de vue de rallier tous les suffrages, et de susciter tous les concours y compris le *Concours Médical*.

M. Monod nous a fait le grand honneur de nous lire et de nous répondre. Sa réponse fort courtoise est accompagnée du texte de ses interventions au Conseil Général de la Seine et au Comité National de la Défense contre la Tuberculose. Ces documents confirment pleinement ce que nous avons écrit :

L'Action anti-tuberculeuse de l'O. P. H. S. peut subir encore de très considérables améliorations ne serait-ce que dans l'action des dispensaires (ceux-ci ne sortent pas de leur rôle en pratiquant les examens systématiques des collectivités, le manque d'Assistantes sociales réduit leur efficacité) ou dans le fonctionnement du Laboratoire d'Hygiène de la Ville de Paris, qui « est très mal installé et très mal équipé en personnel comme en matériel » et qui fournit « des examens de valeur discutable ».

Au point de vue médical, le taux de vacation des médecins de dispensaire montre bien à quel point, en acceptant une semi-fonctionnarisation, nos confrères se prolétarisent.

En ce qui concerne les rapports avec les médecins traitants nous avouons ne pas très bien voir les quelques 25 ou 30 médecins d'un secteur de 50.000 habitants venir soigner leurs propres malades au dispensaire officiel. Quant à l'esprit profond qui anime tout cela, nous ne reprochons pas au Dr Monod d'avoir eu la franchise de dire lui-même : « Il serait grand temps que la pratique médicale consente à s'adapter aux transfomations sociales actuelles dont il serait vain de tenter d'empêcher la réalisation. » Voilà qui est clair...

Non, la pratique médicale ne veut pas s'opposer à un progrès réel de ses techniques, elle veut avant tout leur conserver les caractères d'une médecine de qualité, pour le plus grand bien du malade, caractères qui sont schématisés dans les principes de la Charte. Elle refuse de se transformer inéluctablement en une médecine de prolétaires pour des prolétaires.

Nous remarquerons que la transformation rapide et éventuelle des organismes de prévention en organismes de soins n'a pas été niée par le Directeur de l'O. P. H. S. ; ce sera là le stade ultime d'adaptation.

Quant aux difficultés avec les organisations voisines et concurrentes, l'auteur en fournit lui-même de savoureux exemples sous l'espèce de l'A. P. refusant de s'entendre avec l'O. P. H. S. à propos des lits vacants, de l'autorité militaire faisant payer aux contribuables parisiens l'hospitalisation à Hauteville des militaires originaires du Rhône, de l'Ecole de Police promettant toujours d'évacuer le sanatorium d'Aincourt et ne tenant jamais parole.

Un dernier point, méritant une étude plus générale, que nous nous promettons de reprendre quelque jour, est soulevé, l'insuffisance de la nourriture dénoncée par le Directeur lui-même devant le Conseil Général (séance du 24 décembre 1945). Il serait bon de façon générale que la cuisine soit l'objet de soins plus assidus de la part des Administrations : trop souvent que ce soit dans l'Armée ou dans les collectivités civiles les rations fondent étrangement de l'attribution à la consommation, et de plus sont mal utilisées, mal préparées. La cuisine collective peut sans peine être savoureuse. L'alimentation des tuberculeux comme celle des biens portants est à la base de la prophylaxie des maladies de carence : les Pouvoirs Publics font preuve à ce sujet d'une étrange impuissance.

Bien d'autres points mériteraient d'être notés, la place nous manque. Aux yeux de son père, le projet mérite d'être essayé, nous comprenons sa tendresse. Nous souhaitons pour notre part qu'il comprenne que de la part des praticiens réticents il s'agit d'autre chose que de la défense de sordides intérêts matériels, mais bien de l'effroi inspiré par l'in[illegible]n d'une énorme machine administrative. Elle ne pourra être que semblable aux autres énormes machines, aveugle, irresponsable et dévorante de ce qui reste de liberté à l'individu. Il y a certainement d'autres solutions moins impressionnantes peut-être mais moins étouffantes. Il faudra les trouver.

Dr R. JODIN.

Admis par le Ministère de la Santé Publique

LYSOTHIAZOL

(640 M)

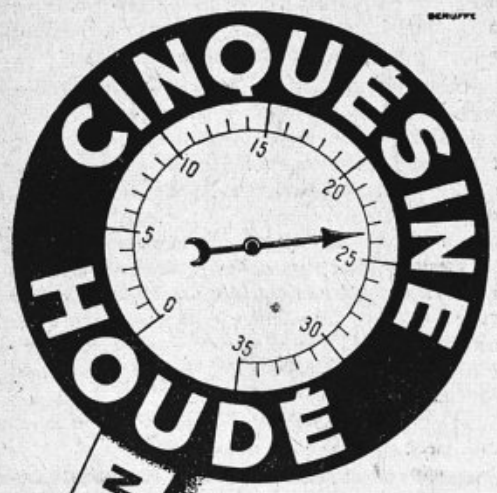
2 (paraaminophénylsulfamido) thiazol aluminique

INDICATIONS : Colibacilloses - Blennorragie - Infections urinaires - Streptococcies - Staphylococcies

COMPRIMÉS à 0 gr. 56 de LYSOTHIAYOL

Établissemts MOUNEYRAT, 12, rue du Chemin-Vert à **VILLENEUVE-la-GARENNE (Seine)**

CINQUESINE HOUDÉ



HYPERTENSION

Association synergique
vaso-dilatatrice
et sympathicolytique
D'YOHIMBINE, ET
D'HYDROCINCHONIDINE

ACTION RAPIDE :
sur les syndromes subjectifs
ACTION LENTE ET DURABLE
sur la pression arterielle

Laboratoires HOUDÉ, 9, rue Dieu, PARIS

Viosten

Citoïdes, Phosphatides, Vitamines



Pour avoir récolté au verger faut de bonne heure le fortifier

Déficiences organiques

Comprimés - Injections de 1 c. C. - Granulés

LABORATOIRES LESCÈNE
PARIS, 58, Rue de Vouillé (XVe) et LIVAROT (Calvados)
Téléph. : Vaugirard 08-19

RADIO SALIL

CRAYON FONDANT " SURACTIVÉ "

TRAITEMENT SALICYLIQUE EXTERNE
EFFET SUR ET RAPIDE

ANTINEVRALGIQUE
ANALGESIQUE
REVULSIF

Laboratoires UROMIL - PARIS

ECHOS & COMMENTAIRES

Les conventions syndicats-caisses et la Commission nationale tripartite.

A l'Assemblée confédérale des 30 et 31 mars dernier, il fut pratiquement impossible de connaître exactement le nombre de conventions syndicats-caisses conclues en exécution de l'ordonnance du 19 octobre 1945.

De source autorisée, nous sommes à même de préciser qu'à fin mars dernier, des conventions avaient été signées et soumises à l'approbation de la Commission nationale, dans les départements suivants :

Seine-et-Oise, Seine-et-Marne, Côtes-du-Nord (tarif approuvé le 13 mars) ; *Haute-Garonne, Haute-Vienne, Charente-Maritime, Corrèze* (sursis à statuer sur les tarifs jusqu'à la prochaine réunion de la Commission nationale) ; *Creuse, Vienne, Ariège, Tarn, Cher* (conventions soumises à l'homologation après le 13 mars). Enfin, des demandes d'arbitrage pour des tarifs à inscrire dans des conventions en cours d'étude avaient été formulées pour l'*Ille-et-Vilaine*, la *Meuse*, la *Meurthe-et-Moselle* et les *Vosges*. Pour ces derniers départements, il est vraisemblable qu'en raison de la décision prise par l'Assemblée confédérale, l'étude ne sera pas poussée plus loin.

La sécurité sociale et la responsabilité professionnelle médicale.

Les craintes formulées par un certain nombre de confrères quant aux néfastes répercussions du nouveau régime de sécurité sociale sur la qualité de la médecine trouvent chez les assureurs une curieuse confirmation sur le point précis de la responsabilité professionnelle.

On sait que la nouvelle organisation de la sécurité sociale a provoqué des perturbations considérables dans le monde des assurances (suppression de la branche accidents du travail) ; mais voici que s'esquisse pour les assureurs l'espoir de certaines compensations, sous la forme de l'augmentation des risques de responsabilité professionnelle médicale.

Dans le numéro du 31 mars 1946 de l'Argus des Assurances, M. L. W. expose la question en ces termes :

L'extension du bénéfice des Assurances sociales à de nouvelles et vastes catégories de travailleurs incitera les nouveaux assujettis à profiter des avantages accordés et à faire plus souvent qu'autrefois appel à la science médicale. Et les praticiens, déjà passablement surmenés, le seront un peu plus et les possibilités d'accidents en seront accrues. Ainsi, la nouvelle organisation de la sécurité sociale aura-t-elle du moins cet avantage de fournir aux assureurs une compensation en leur permettant d'intensifier leur production dans ce domaine. Ils seront donc intéressés, pensons-nous, de savoir comment se pose le problème de la responsabilité médicale.

Suit une étude fouillée de la jurisprudence sur la responsabilité médicale. En voici la conclusion :

THÉRAPEUTIQUE RHINO-PHARYNGÉE A DOSE FAIBLE

KIDARGOL

LABORATOIRE R. GALLIER, 1 bis, Place du Président-Mithouard, PARIS-VI.

Anémies · Asthénies
Amaigrissement
TOUTES DÉFICIENCES

ARSENOCRINE

AMPOULES BUVABLES AGRÉABLES A PRENDRE

LABORATOIRES DE SPÉCIALITÉS S.A.
LASSA

LASSA - 31, R. Chardon-Lagache, Paris 16e

A première vue, les cas qui viennent d'être cités pourraient paraître impressionnants. En réalité cependant, et c'est tout à l'honneur du Corps médical, les accidents dus à l'exercice de la profession médicale sont exceptionnels. Mais y a-t-il lieu de s'étonner qu'il en existe quand même ? Il suffit de penser à l'intense activité parfois sans répit, que déploie un médecin, pour comprendre que c'est fatal qu'il en soit ainsi. C'est ce que nous voulions faire ressortir en même temps que nous cherchions à mettre à la disposition de nos lecteurs assureurs des arguments qui, dans leur tâche de prospection, les aideraient à faire pénétrer plus profondément dans les milieux médicaux l'idée de la nécessité de l'assurance.

Cette argumentation semble laisser présager, n'est-il pas vrai, une augmentation prochaine des primes d'assurance !

La fabrication de la pénicilline en France,

Il court actuellement, sur les perspectives de voir fabriquer de la pénicilline en France, des bruits singuliers.

Diverses firmes importantes se seraient déclarées au gouvernement prêtes à assurer cette fabrication, l'une moyennant une subvention, les autres de leur propre chef. Le Gouvernement aurait refusé toute autorisation sous le prétexte à peine croyable, qu'il craindrait de voir se constituer un trust de la pénicilline !

Le Gouvernement aurait, dit-on aussi, projeté de constituer une Commission chargée d'étudier la question. Cette Commission aurait comporté cinq représentants de l'administration, cinq représentants de la C.G.T. et un médecin. Celui-ci aurait, en apprenant la composition de cette Commission, refusé sa participation.

De telles rumeurs sont trop troublantes pour que la question ne soit pas carrément posée. Nous souhaitons de les voir démenties de source officielle. L'intérêt public exige que la France dispose, aussitôt que faire se pourra, de quantités de pénicilline suffisantes pour ses besoins et à des prix accessibles à tous. S'il est vrai que le gouvernement ait refusé les concours qui lui étaient offerts, on demande à connaître les véritables raisons de son refus.

Sécurité médicale.

Nous *recevons la lettre suivante* :

Sécurité sociale ? Oui, d'accord.

Tous les médecins dignes de ce nom y ont toujours travaillé de grand cœur.

Nos gouvernants la découvrent et la codifient.

Ils nous en font les serviteurs et cela nous honore.

Mais ils nous en excluent et c'est pénible, et la codification projetée amènera de grandes perturbations dans notre exercice professionnel.

Si nous demandions aux ministres intéressés de nous aider à établir notre propre sécurité et particulièrement au ministre des Finances de ne pas entraver notre projet de retraite ?

Le médecin, qui est un artisan, est en passe de devenir un prolétaire, c'est-à-dire un individu dont l'avenir est incertain et qui n'est pas à l'abri des traitrises de la vie !

LES ÉTABLISSEMENTS JACQUEMAIRE à Villefranche (Rhône) RAPPELLENT LEURS PRODUITS diététiques

★ LA BLÉDINE
Aliment de préparation au sevrage. Farine complète et équilibrée.

★ LA DIASE CÉRÉALE
Bouillie maltosée fluide. Assimilation totale.

★ LE MALTOGIL
Extrait de malt sec rigoureusement pur. Puissant reconstituant.

LES LABORATOIRES DU GALACTOGIL à Villefranche (Rhône) RAPPELLENT LEURS PRODUITS pharmaceutiques

★ LE GALACTOGIL
Puissant galactogène. A base d'extrait de galéga.

★ LE PEPTOGIL
Spécifique des anaphylaxies protéiques (peptones gastriques et pancréatiques)

P. L. Dupuy

CHATEL-GUYON
(PUY-DE-DOME)
380 km. de Paris
20 km. de Clermont-Ferrand
Station la plus riche du monde en CHLORURE DE MAGNÉSIUM
INTESTIN
FOIE
COLIBACILLOSE
ENTÉRITES INFANTILES et COLONIALES
Saison du 15 Mai au 30 Septembre



LES ÉTRANGETÉS DE L'A.M.T.

UN de nos lecteurs nous communique le fait suivant :

Un déporté rapatrié se remet au travail rapidement, deux mois après son retour ; il cotise aussitôt pour le compte des Assurances sociales, comme il le faisait avant son arrestation; il tombe malade ces jours-ci et envoie la carte-lettre habituelle à sa caisse d'A.S. qui lui répond, sans savoir d'ailleurs si la maladie est imputable à la captivité ou non : « Vous devez être soigné au titre de l'A.M.T. » Or, l'indemnité journalière (50 francs) est dérisoire par rapport à celle des Assurances sociales, et l'assuré non assuré aurait préféré payer de sa poche les 10 francs qui séparent ici le tarif de remboursement de la Caisse de la visite du médecin, 10 francs que je n'aurais pas acceptés d'un déporté, pour toucher une indemnité plus substantielle.

Ses camarades d'atelier qui n'ont pas cotisé plus que lui mais qui sont restés à leur foyer, percevraient, dans les mêmes conditions, plus que lui. Beau résultat de la « protection » égale



L'AUTOMOBILE DU MÉDECIN.

PENDANT l'occupation, le scandale de l'essence souleva bien des colères. Parcimonieusement mesurée aux médecins, aux services publics, elle était, d'autre part, gaspillée par certains trafiquants ou équivoques personnages hantant les bars et les boîtes de nuit.

Voici dix-huit mois que la libération est intervenue et cela n'a guère changé. Il ne s'agit plus aujourd'hui de l'essence — la plupart des médecins en touchent assez pour leur consommation professionnelle — mais des pneus et des voitures. Rien n'est éternel : les pneus sont usés jusqu'à la corde, les voitures, gorgées de kilomètres, rendent l'âme. Et il est à peu près impossible de remplacer les uns et les autres.

Les voitures de tourisme neuves sont à peu près totalement réservées à on ne sait quels services ministériels dont il resterait à établir l'utilité. Sur plus de 3.000 demandes de médecins quelques dizaines seulement ont été satisfaites et il ne semble pas que les perspectives d'avenir soient plus favorables.

Quant aux voitures d'occasion, elles donnent lieu à une véritable foire d'empoigne. Elles sont vendues telles quelles, sans garantie, sans possibilité d'expertiser le mécanisme. Un de nos lecteurs nous signale qu'une V 8 vendue d'occasion 180.000 francs s'est révélée, au bout de peu de temps, avoir un bloc moteur fissuré. Coût pour l'échange : 75.000 francs.

A Paris, les voitures déréquisitionnées vendues par les Domaines tomberaient sous la coupe d'une maffia qui, par des manœuvres souterraines, écarte des ventes toute personne étrangère.

La colère gronde. Les médecins sont exténués par des années de cyclisme intensif et aspirent à retrouver un exercice professionnel qui ne participe pas du championnat sportif. Il leur faut des pneus et des voitures. Ils ne peuvent tolérer que le service de la santé publique soit cyniquement sacrifiée par un gouvernement français à la satisfaction futile

FAUTEUILS ROULANTS
DUPONT
Cent ans de spécialisation dans le confort du malade
VENTE & LOCATION
10, Rue Hautefeuille - PARIS (6e)
Téléphone : DANTON 05-61 - 05-62
Succ. à LYON. 6. Place Bellecour

RHUMATISMES
MAGSALYL
Association Soufre Salicylate
Solution de goût agréable
Comprimés glutinés
Laboratoires du MAGSALYL
8, rue Jeanne Hachette, IVRY (Seine)
TÉL. : ITA 16-91

FOIE ET REIN DÉFICIENTS
CHOPHYTOL
AMPOULES INJECTABLES
DRAGEES, GOUTTES "per Os"
Laboratoires ROSA 11, Rue Roger-Bacon, PARIS (17e)

de parasites bien en cour. La IVe République se déconsidère par des abus aussi criants.

Les médecins ne sont pas seuls en cause. Un lecteur nous apporte le cas d'un blessé grave que, seule, pouvait sauver une opération d'urgence. Ne pouvant transporter lui-même le blessé puisqu'il était sans voiture, il s'évertue pendant une heure au téléphone pour trouver une ambulance ou tout autre mode de transport. Au bout d'une heure de palabres et d'insistance, les pompiers consentent, en dépit des règlements, paraît-il, à se déplacer. Mais lorsqu'ils arrivent, un long moment après, le blessé, père de famille de 27 ans, est mort !

Ce seul exemple devrait suffire à mettre nos gouvernants en face de leurs responsabilités.

Deux illégaux notoires sont arrêtés.

Qui, parmi nos abonnés (les Parisiens surtout), n'a eu entre les mains les « *Consultations* » de l'abbé Cappoen ? Ces consultations, toujours données par correspondance après examen d'une mèche de cheveux, coupée selon des rites d'une rigoureuse asepsie, donnaient aux malheureuses dupes, sur leurs affections, des explications du genre de celles-ci : « 20 % du foie, 18 % du sang, 21 % de l'estomac, 22 % de l'intestin, 19 % du gros intestin. » Elles concluaient à la nécessité de l'absorption d'une drogue onéreuse et mystérieuse, le plus souvent fournie par le prescripteur.

Nos syndicats, depuis longtemps, déposaient plainte sur plainte contre l'abbé Cappoen, hélas ! sans grand succès. On présumait qu'il était pratiquement invulnérable. Tout récemment encore, la Chambre syndicale des Médecins de la Seine, saisie de nouvelles incartades de l'abbé, avait déposé une nouvelle plainte. Est-ce sur celle-ci qu'enfin il a été suivi ? Toujours est-il que par le journal suisse Médecine et Hygiène, nous apprenons que la police niçoise vient d'arrêter l'abbé Cappoen et son frère, l'abbé Julien Cappoen pour exercice illégal de la médecine. Ils auraient, paraît-il, travaillant en Suisse, en Belgique et en France, réalisé plus d'une dizaine de millions de francs... *français*, ajoute le journal suisse. Même calculé en cette monnaie, le patrimoine des abbés Cappoen est rondelet. Nous ne sommes pas certains que leur contrôleur ait pu leur appliquer, pendant la durée de « leur exercice », un forfait correctement établi sur le montant de leurs « recettes professionnelles ».

Un souvenir de Petiot.

Petiot, qui « revendiquait » la responsabilité de soixante-trois meurtres, a affecté en Cour d'assises un cynisme et une effronterie rares, même parmi le gibier de potence.

Il n'avait pas attendu son procès pour étaler la vulgarité de son caractère. Un de nos lecteurs (que nous remercions ici), feuilletant une vieille collection du Concours, y a retrouvé le fac-similé de la carte diffusée par Petiot dans la population de Villeneuve-sur-Yonne, et que Duchesne reproduisait dès 1923 « sans commentaires ! »

« *Le docteur Marcel Petiot, de la Faculté de médecine de Paris, ex-interne des hôpitaux et des asiles, soigne ses clients selon les méthodes les plus modernes, mais ne les exploite pas C'est pourquoi les malades intelligents ont confiance en lui.* »





Aujourd'hui que sont connues les « méthodes » du personnage et sa façon personnelle de « ne pas exploiter » ses clients, à notre tour de dire : Sans commentaires !...

LES ASSURANCES-VIE.

UN de nos lecteurs nous communique une formule de rapport qui lui a été remise par la famille d'un de ses clients décédé et assuré sur la vie. La Compagnie « La G... » y demande les détails les plus circonstanciés sur la maladie et la mort du sujet, y compris, bien entendu, le diagnostic.

Dans un préambule aux formules patelines la Compagnie expose que « ce rapport, dont le coût est à la charge des bénéficiaires de l'assurance, doit, conformément aux conditions des polices, être fourni lors du décès d'un assuré... Le rapport médical a pour but de renseigner (la Compagnie) et de la dispenser de l'enquête à laquelle, à défaut du rapport, elle serait obligée de faire procéder et qui pourrait entraîner des retards pour le paiement de l'assurance. Messieurs les médecins ne doivent pas hésiter, dans l'intérêt des familles, à le délivrer ».

La Compagnie avoue ainsi implicitement qu'elle s'attend au refus des médecins. Et elle dénonce d'avance les inconvénients qui en résulteront pour les familles, afin que celles-ci fassent pression sur leur médecin et l'induisent à se mettre en contravention avec l'article 378.

Une fois de plus avertissons les jeunes de ne pas se laisser esbrouffer par de tels procédés.

CORRESPONDANCE

APPLICATION DES TARIFS

B) ASSURANCES SOCIALES.

4224. — **Pneumothorax avec radioscopie.**

Au taux Assurances sociales, une radioscopie pulmonaire vaut K. 5, une insufflation de pneumothorax vaut K. 4.

Or, elle comporte généralement : une radioscopie avant insufflation, et une seconde radioscopie après.

Il est paradoxal que deux radioscopies et une insufflation vaillent moins qu'une seule radioscopie.

Ceci serait sans grand inconvénient, si les réparations radiologiques n'avaient pas atteint une valeur exorbitante.

Dois-je, ce qui serait scrupuleusement exact, marquer par séance K. 5 (radioscopie) plus K. 4/2 (insufflation) ou tout simplement K. 5 pour ne pas trop bouleverser l'usage, en ne cotant que l'acte le plus coûteux, alors qu'il n'est pas l'acte essentiel.

Je serais très heureux d'avoir votre avis sur ce sujet.

J'écris par le même courrier au médecin-conseil de la caisse d'A. S., car je n'ai pas à me plaindre des relations avec la Caisse.

Réponse :

On lit en K. 4 in fine : « PHT : Pneumothorax, chaque insufflation (sauf la première) y compris examen radioscopique, s'il est nécessaire ».

Dans ces conditions, il est évident que vous ne pouvez compter : K. 5 (radioscopie) plus K 4/2 (insufflation). D'autant plus qu'en K. 5 il n'y a pas radioscopie, *mais « radio-diagnostic » qui peut être considéré comme la conséquence d'une radiographie, alors qu'on lit à la*

HÉMO
CYTO
SÉRUM
CORBIÈRE
Thérapeutique Ferro-Cacodylique
ANÉMIES
LYMPHATISME
CHLOROSE
CONVALESCENCES
TROUBLES DE LA CROISSANCE
LABORATOIRE CORBIÈRE
27, Rue Desrenaudes, PARIS

VINGT PEPTONES DIFFÉRENTES
Hyposulfites de Magnésium et de Sodium
Sels halogénés de Magnésium
ANACLASINE
RANSON
Comprimés — Granulé
Désensibilisation
Etats Hépatiques
Action Cholagogue
ANACLASINE INFANTILE
Granulé soluble
LABORATOIRES DÉ L'OPOCALCIUM
96, Rue Orfila PARIS (20e)

même rubrique œsophage, estomac, duodénum, etc... qui n'apparaît pas pouvoir être la conséquence d'une radioscopie simple.

Nota : *Je serais heureux d'avoir l'avis du médecin de la Caisse pour le mettre dans mes archives.*

Dr F. DECOURT.

★

AUTOMOBILISME

698. — **L'eau distillée est-elle nécessaire dans les accus ?**

Voulez-vous avoir l'obligeance de me donner un conseil concernant l'entretien des accus.

Je n'ai plus d'eau distillée, et je ne peux pas m'en procurer : les pharmacies et droguistes auxquels je m'adresse me disent qu'il est impossible d'en avoir. Je ne peux pas me servir de l'eau de mon puits qui est calcaire ; l'eau de pluie, qui pourrait servir, est également rare ; de plus, elle circule dans des gouttières et dalles en zinc et séjourne plus ou moins dans des récipients de même nature ; il faudrait la recueillir directement dans des bocaux en verre. D'aucuns m'ont conseillé l'eau de rivière?... Qu'en pensez-vous?

Dr A.

Réponse

Les accumulateurs sont moins difficiles que vous le pensez : à défaut d'eau distillée ou d'eau de pluie, prenez simplement de la bonne eau potable. Si elle est calcaire, faites la bouillir auparavant, ce qui permettra au carbonate de se déposer et utilisez-la sans arrière-pensée.

Henri PETIT.

★

CONNAITRE
CAHIERS D'HUMANISME MEDICAL

3e CAHIER : ÉDUCATION ET MÉDECINE

SOMMAIRE

Editorial (Biancani). — Les stades du développement physique et psychique de l'enfance (Cathala). — Déséquilibre du caractère et tempéraments (Heuyer). — Les troubles de l'affectivité (Boutonnier). — La rééducation des déficients intellectuels (Dublineau). — Les anomalies de la volonté (Launay). — Retour à l'équilibre (Lhermitte). — Les méthodes nouvelles d'éducation (Bertier). *Chroniques : Les courants de pensée :* vers Montaigne. — *Science* : Les isotopes en biologie et en médecine. — Le médecin entomologiste (Barthe). — Les cactées. — Les livres d'art (Mornand). — Aristote musicien (Berger). — La place du cinéma d'amateur (Boyer). — *Bibiographie. — Revue des Revues.*

Prix : 1 Cahier de 112 pages sur papier couché et surglacé : 150 francs.

RAPPEL. — *Cahier* n° 2 : « Peuples, Familles et Médecine ». Prix 150 francs.

SOUSCRIPTION A 4 CAHIERS : 500 fr.

Souscriptions et envois de fonds au Concours Médical, 37, rue de Bellefond, Paris-9e. Ch. Postaux Paris 167-95.

DIGESTION
du pain et des féculents
Fermentations et gaz gastro-intestinaux · Colites droites · Dyspepsie salivaire ou pancréatique · Maladies par carence
AMYLODIASTASE
DIASTASES & VITAMINES
de l'Orge et des céréales germées
2 Formes
Comprimés — Sirop
LABORATOIRES THÉPÉNIER
10, rue Clapeyron - Paris (8e)

CORYZA RHINITES
IDRIANOL
m-MÉTHYLAMINOÉTHANOLPHÉNOL LÉVOGYRE
EMULSION NASALE
Action intense et prolongée sans congestion secondaire emploi propre et agréable
LABORATOIRES M. R. BALLU
104, RUE DE MIROMESNIL — PARIS 8e

DEMANDES ET OFFRES

Un individu espagnol nommé Ibanès José, 52 ans, se disant monteur en électricité médicale, peut se présenter chez un médecin pour obtenir de la morphine pour ulcère de l'estomac puis cherchera à rester dans la maison pour cambrioler, 15 plaintes pour vol et exercice illégal. Prévenir d'urgence la police qui le recherche.

N° 187. — Suis acheteur appareil graphie portatif.

N° 188. — Confrère O.R.L. désirer. entrer en relat. avec confr. Y. O.R.L. en vue d'associat.

N° 189. — Achète os séparés ou squelette. Dr Roeser, 30, place Saint-Georges, Paris. Tru. 52-65.

N° 190. — A vendre : Forceps Tarnier, Boîte métallique curetage. Aspirat. Dieulafoy. Stéto phonendoscope de Frossard, Spéculum Cuzco. Trocarts, Seringues verre boîte métal, etc...

N° 191. — Rech. à achet. aspirat. O.R.L. chir.

N° 192. — Oscillomètre de Pachon, ét. neuf à vendre, au plus offr.. Dr Péré, 27, rue Jules-Durandeau, Angoulême

N° 193. — Achèter. appar. scopie moderne ou échanger. contre Radio-portatif Philips graphie.

N° 194. — Doct. actif cherche remplacements courte durée.

N° 195. — Méd. sinistré demande à achet. un thermocautère et un appar. à tension en bon état de fonctionn. et doubles rideaux pour salon Louis XVI. Ecr. journ. qui transm.

N° 196. — Confr. achèter. balance pèse-bébé. Dr Houssay, Villa du Port, Hendaye (B.-P.).

N° 197. — Méd. électroradiol. dispos. plus. heures par jour, cherche occupat. Paris ou banl. Fournirait au bes. appareil.

N° 198. — Rég. Ouest. Méd. fatigué céder. client. import. et stable mi-rur., mi-ouvr. Fixe élevé. Conviendr. à jeune méd. act. Ecr. journ. qui transm.

N° 199. — Urg. Cherche remplaçant longue durée (3 ans) pour bon poste médic. ch.-lieu cant. Côte-d'Or. Gr. mais. tout conf. avec jard. Condit. à déb. Ecr. journ. qui transm.

N° 200. — Urg. achète compt. poste radio-scopie-graphie. Dr Caillol A.M.M. Saint-Hilaire du Touvet, Isère.

N° 201. — On dem. médec. célibat. cathol. 25 à 40 ans pour poste ville gr. banl. Ecr. journ. qui transm.

N° 202. — A vendre biblioth. envir. 500 vol., bon état. reliure cuir., médec., phar. et chir. du 15e, 16e et 17e siècle, compren. : les œuvres d'Ambroise Paré, Charas, Guillemeau, Lemery, Laurens, Heister, etc. S'adr. Pierre Roche, « Bel Air », Saint-Flour (Cantal).

N° 203. — On dem. jeune sage-femme, très sér., pour second. dans pet. clin. d'accouch. Normandie.

N° 204. — Dem. pour poste médec. génér., rég. Maubeuge un remplaçant pour plusieurs mois. Ecr. journ. qui transm.

N° 205. — Méd. cherche particip. dans mais. de santé ou de convalesc., montagne préfér.

N° 206. — A céder d'urg. 80 km. de Bordeaux, très gr. client. mi-rur., mi-urb., médec. génér. avec électroradiologie.

N° 207. — A vendre appar. transport. Philips Métallix pour radioscopie radiogr. Tr. bon état. Faire offre Dr Morel, Saint-Aubin du Cormier (I.-et-V.)

N° 208. — Import. client. méd. génér. à céd. dans ch.-l. cant. Sud-Ouest, rég. très riche. Céder. Simca 5. Ecr. jour. qui transm.

N° 209. — A vendre outils médec. génér. et chirurg. accid. du trav., Thermocautère, appar. à tension Gallavardin, Collect. Testut en 6 vol. rel. marocain.

N° 210. — Méd. achèter. client. ville Côte-d'Azur, appartem. indispens.

N° 211. — Médec. command. 36 ans, prévis. démobil. rech. Maroc ou Côte-d'Azur poste ou remplacement longue durée ou associat. conf., ou clin. médec. génér., phtisiol.

N° 212. — A vendre voit. électr., marque G. Irat, cabriol. décapot., 2 CV, avec deux transf. S'ad. Office d'Hygiène, 2, rue Philippe-de-Beaumanoir à Beauvais (Oise).

N° 213. — Médec. titul. du certif. d'électro-radiol., dispos. appareillage. offre collab. à confr. installé sur le Littoral méditér. ou accepter. client. médec. génér. entre Marseille et Menton. Ecrire journ. qui transm.

Les LABORATOIRES PAUL METADIER, 55, rue Nationale à Tours, rappellent au Corps médical et pharmaceutique que toutes commandes du vaccin « *V.A.V.* » du Dr Vaudremer devront leur être adressées dorénavant.

Gérant : J. MIGNON — Lang, Blanchong et Cie, 30, rue du Poteau - Paris (18e) — 31.1040
Février 1879 — Dépôt légal : N° 8 — 2e trimestre 46



CABINET BREITEL ET GORET
1, rue Dante, Paris (5e). Tél. : Odéon 36-46
Fondé en 1903

PORTE PARIS. Autobus. 15 ans ancienneté, bon rappt.
BANLIEUE SUD. 60 km. PARIS. 1 confr. gros fixe usine.
PRES ST-MALO. Grs bourg. Maison. Jardin. Intéressant.
LOIRET. Près Gde ville. Propharm. Grosses possibil.
SAINTONGE. 25 km. mer. Maison 9 pièces. Jardin. Grs chif.
PRES VICHY. Très bon poste. Campag. Matériel. Voiture.
SUD-OUEST. Méd. S.N.C.F. + Maison santé, parc. Intéressant.
COTE BASQUE. Station. Méd. Gale, poumons. Fixés. Intéress.
LABOR. 1er ordre. Pyrénées. Belle ville. Appt. Grs chif.
CLINIQUE CHIRURG. recherchée. Ville province. 20.000 hab. Midi si possible. Gros comptant. Très urgent.

Cette RIGUEUR de préparation
que vous appréciez dans :
l'ENDOPANCRINE
Insuline Française
vous la retrouverez dans:
l'HOLOSPLENINE
Extrait de rate injectable
et dans
l'ENDOTHYMUSINE
Extrait de thymus injectable
Laboratoire de l'**ENDOPANCRINE**
48, rue de la Procession — PARIS-XVe

ÉTABLISSEMENTS SOUDAN
48, rue d'Alésia - PARIS-XIVe

NITRITE D'AMYLE BOISSY
EUONYMINE PAUL THIBAULT
(Pilules)
GRAINS MIRATON
(Laxatif)
VIN GIRARD
Iodotannique phosphaté
SIROP GIRARD
Iodotannique phosphaté
BIOPHORINE GIRARD
(Granulé)
IODOMAISINE Globules
IODOMAISINE Pommade
LACTAGOL

Toutes ces spécialités sont enregistrées au Laboratoire National de Contrôle des Médicaments et peuvent être prescrites aux Assurés sociaux.


NÉOSPLÉNINE
NÉOSPLÉNINE
LA 1E SYNERGIE
À BASE D'EXTRAITS
DE RATE-FOIE
MUQUEUSE GASTRIQUE
TOUTES DEFICIENCES ORGANIQUES
LABORATOIRE DU DOCTEUR E. AUBERT
71, RUE Ste-ANNE - PARIS 2


EUPHORYL
Désensibilisant
EUPHORYL INFANTILE
Troubles hépato-digestifs de l'enfance
HIRUDINASE
Troubles de la circulation veineuse
SALICYLATE "ANA" SURACTIVE
Médication classique formule moderne
SCLÉRANA
Injections sclérosantes
SPASMORYL
Médication de base du Terrain spasmogène
LABORATOIRES "ANA"
Dr VENDEL ET Cie
16, 18, Avenue Doumesnil PARIS (12e)


Nouveauté
BILKA
comprimés
VITAMINE K
SELS BILIAIRES
ETATS HÉMORRAGIQUES
PREVENTION TRAITEMENT
Echantillons sur demande
LABORATOIRES A. BAILLY
• SPEAB •
15 RUE DE ROME, PARIS-8e - LAB. 62-30

68e ANNÉE — Nº 16 et 17 — 28 AVRIL 1946

LE

CONCOURS MÉDICAL

37, RUE DE BELLEFOND - PARIS (9e) - TRU 33-66

379 à 381



SOMMAIRE

PARTIE SCIENTIFIQUE.

Régimes et conseils pratiques dans les affections du système nerveux (Dr Georges Boudin) 371

Critique de quelques méthodes de traitement de la fièvre typhoïde (Dr M. Wahl) 373

La Méthode des bains salés dans le traitement des brûlures (P. Lacroix) 374

A propos des accidents du Sulfarsénobenzol .. 375

Sur un traitement simple de l'ongle incarné .. 376

Les Livres, 376. — Les Thèses, 376. — Les Sociétés Savantes, 377. — La Presse, 379.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Propos du Jour : La tuberculose et les taudis (J. Noir) 381

Organisation Professionnelle : Le désordre actuel du régime hospitalier (P. Douriez) .. 382

Comment fut établie matériellement la Nouvelle Nomenclature (Dr Fernand Decourt) .. 385

Sanctions contre les signataires éventuels de conventions individuelles (Dr Quivy) 387

Libres opinions. — Un plan d'action réaliste (Dr Ménager) 387

Bibliographie 388

DEMI-COLONNES.

Dernières Nouvelles, 362. — A travers l'Officiel, 367. — Echos et Commentaires, 391. Correspondance, 395.

NATIROSE

Dragées de Trinitrine

Laboratoire NATIVELLE

Coryza spasmodique
Rhinite arthritique

LENIFEDRINE

Solution AQUEUSE

L. E. V. A. PARIS
26, Rue Pétrelle IXe

Equilibre Phospho-calcique

TRICALCINE

Granulés IRRADIÉE *Cachets*

RECALCIFICATION de l'ORGANISME

Lab. SCIENTIA - Dr PERRAUDIN
21, rue Chaptal, PARIS

Succédané des charbons

ENTÉROSPASMYL

Simple et Mucilagineux

Lab. JACQUES LOGEAIS, Issy-les-Moulineaux, PARIS

PYRÉTHANE

Antinévralgique Puissant

18, Rue Ernest-Rousselle - PARIS-13e

Toux *Coqueluche*

ÆTHONE

Laboratoire de l'ÆTHONE 35, rue Boissonnade, PARIS (XIVe

DERNIÈRES NOUVELLES

Académie de Médecine.

Elections. — MM. Leroux et Pruvost ont été élus membres titulaires dans la 1re section (*médecine et spécialités médicales*).

Faculté de Médecine de Paris.

Le Conseil de la Faculté a proposé, pour les chaires nouvellement créées, les nominations suivantes :
Chaire de Biologie générale, M. Verne ;
Chaire d'Embryologie, M. Giroud ;
Chaire de Puériculture, M. Lelong ;
Chaire de Radiologie, M. Desgrez.
Mlle Jeanne Lévy a été proposée pour le titre de professeur sans chaire.

— *Concours d'adjuvat et de prosectorat.* — Les prochains concours d'adjuvat et de prosectorat auront lieu les 7 et 8 mai.

— *Laboratoire d'hygiène : Cours d'hygiène scolaire.* — Un cours gratuit d'hygiène scolaire aura lieu au Laboratoire d'hygiène de la Faculté de médecine (21, rue de l'Ecole de Médecine), du 29 avril au 29 mai 1946, les lundis, mercredis et vendredis de 17 h. à 18 h. 30 (le 1er mai excepté). Des démonstrations seront données à l'Institut d'éducation physique, 1, rue Lacretelle. Ce cours constitue une préparation aux fonctions de médecin inspecteur des Ecoles. Pour renseignements, s'adresser au Laboratoire d'hygiène.

Les « Journées médicales annuelles » de la Clinique propédeutique de Broussais.

Ces Journées, consacrées aux *Acquisitions médicales récentes*, auront lieu, comme nous l'avons annoncé dans notre n° du 31 mars, à la Clinique propédeutique de l'hôpital Broussais (96, rue Didot, Paris), sous la direction du professeur Pasteur Vallery-Radot, les 17, 18 et 19 mai 1946.

Le programme général comporte l'étude des acquisitions médicales récentes : en endocrinologie sexuelle (Dr Varangot) ; en thérapeutique endocrinienne (prof. agr. de Gennes) ; en endocrinologie thyroïdienne (Dr May) ; sur les avitaminoses (prof. Justin-Besançon) ; en pathologie digestive (Dr René Gutmann), rénale (Drs Hamburger, Milliez, Fauvert, prof. Cibert), hépatique (prof. agr. Cachera) ; sur les sulfamides (prof. Huriez), la pénicilline (Dr René Martin, prof Lemierre) ; en thérapeutique anti-syphilitique (Dr Degos) ; dans le traitement des brûlures (Dr Patel), la transfusion du sang et la réanimation (Dr Tzanck) ; en thérapeutique anti-allergique (Drs Halpern et Mauric) ; en électrocardiologie (prof. agr. Soulié) ; sur la thérapeutique de choc en psychiatrie (prof. agr. Delay). Vue d'ensemble par le prof. Pasteur Vallery-Radot.

Pour les inscriptions, s'adresser au Dr Hamburger, 29, boulevard de Courcelles, Paris (8e). Droit : 500 fr. Nombre d'inscriptions limité à 150.

Faculté de Médecine de Nancy.

M. Merklen est nommé Doyen de la Faculté de Médecine de Nancy.

Hôpitaux de Paris.

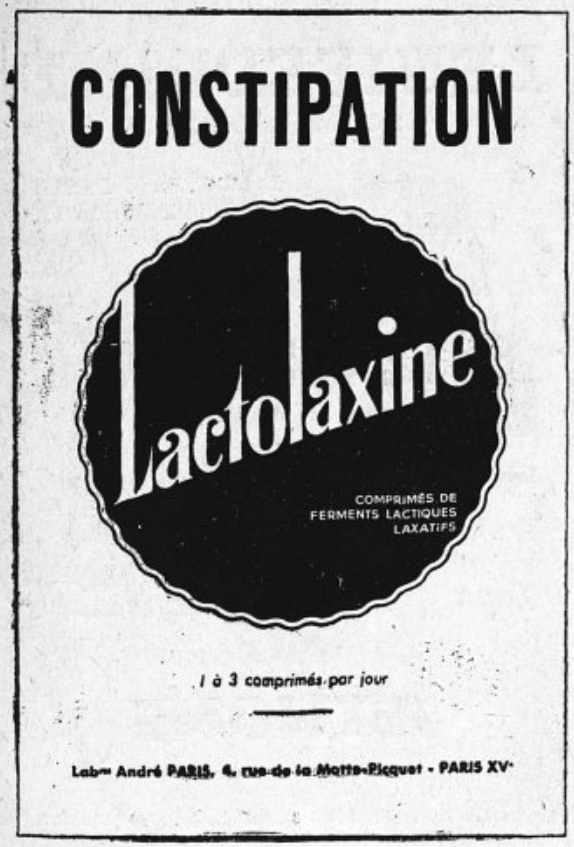
Concours des prix de l'internat (Médaille d'Or). — Le 2e concours de 1946, des prix de l'internat (internes nommés par titularisation des externes en premier de 1938, suivant la décision prise en 1939) aura lieu les 3 juillet (médecine) et 5 juillet (chirurgie et accouchements). Le 3e concours de 1946 (internes nommés au concours d'octobre 1941) aura lieu les 22 octobre (médecine) et 25 octobre (chirurgie et accouchements).

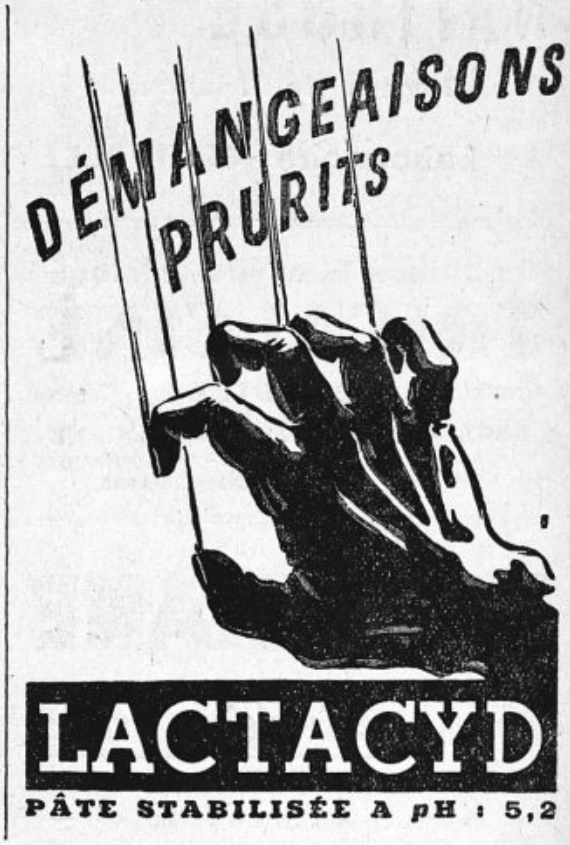
Un *concours spécial* pour la nomination d'*assistants en médecine* des hôpitaux de Paris sera ouvert le 15 mai. Inscriptions jusqu'au 3 mai.

Maison de Saint-Lazare.

Un concours pour trois places d'*interne en médecine* et la désignation de *six internes provisoires*, à la Maison de Saint-Lazare ou au Dispensaire de Salubrité de la Préfecture de Police, aura lieu prochainement.

Le registre des inscriptions est ouvert à la Préfecture de Police, à Paris (direction du personnel), jusqu'au 11 mai 1946.





Dispensaires antituberculeux des Ardennes.

Un *Concours sur titres* est ouvert pour la nomination d'un médecin-chef des dispensaires antituberculeux du département des Ardennes. Les inscriptions sont ouvertes jusqu'au 20 mai 1946.

Pour tous renseignements complémentaires, s'adresser au Directeur Départemental de la Santé des Ardennes, 1, avenue Aristide-Briand, à Mézières.

Ordre National des chirurgiens dentistes.

Résultat des élections au Conseil National des chirurgiens dentistes : MM. Andrieux, à Joinville en Vallage (Haute-Marne) ; Dehilotte, à Saint-Jean-Pied-de-Port (Basses-Pyrénées) ; Dondey, à Grenoble (Isère) ; Etavard, à Angers (Maine-et-Loire) ; Favreau, à Draguignan (Var) ; Guilleux (Seine-et-Marne) ; Hulin, à Paris ; Louvet, à Saint-Malo (Ille-et-Vilaine) ; Pichenez (Seine-et-Oise).

Elections du Bureau du Conseil National de l'Ordre des chirurgiens-dentistes. — Président : M. le docteur Ch. Hulin, chirurgien-dentiste ; Vice-Président : M. Louvet, chirurgien-dentiste ; Secrétaire général : M. Pichenez, chirurgien-dentiste ; Trésorier : M. Guilleux, chirurgien-dentiste.

Conseil Départemental de l'Ordre des médecins de la Seine.

Au cours de sa séance du 4 avril, le Conseil a émis les 2 vœux suivants :

1° Le Conseil départemental de l'Ordre des Médecins de la Seine devant l'ordonnance du 19 octobre 1945.

Les membres du Conseil de l'Ordre des Médecins de la Seine, élus le 3 mars 1946, tiennent à faire connaître, dès leur entrée en fonctions, l'opinion clairement exprimée par la quasi-totalité de leurs électeurs qui représentent le quart du Corps Médical Français, quant aux répercussions possibles de l'application de l'Ordonnance du 19 octobre 1945.

Le Conseil de l'Ordre, auquel l'article 19 de l'Ordonnance du 24 septembre 1945 confie la défense de l'honneur et de l'indépendance du Corps Médical, tient à déclarer solennellement, comme l'avait déjà fait le Conseil Provisoire, que l'Ordonnance du 19 octobre 1945 n'est pas compatible avec les principes de la médecine traditionnelle.

Dans ces conditions, il approuve pleinement l'attitude de la Chambre Syndicale des Médecins de la Seine et l'Ordre du jour voté le 31 mars 1946 par l'Assemblée Générale de la Confédération des Syndicats Médicaux Français.

2° Vœu concernant la composition de la Commission d'épuration et l'appel possible des décisions de cette commission :

Le Conseil départemental de la Seine de l'Ordre des Médecins,

Considérant,

Qu'à la suite d'élections régulières, le Conseil de l'Ordre des médecins, tant juridictionnel qu'administratif, s'est légalement constitué ;

Qu'il apparaît conforme au principe de la légalité républicaine basée sur l'élection de lui réserver l'instruction et le jugement de tous les faits relevant de l'épuration professionnelle ainsi qu'il est procédé pour les avocats, conformément aux ordonnances du 27 juin et 6 décembre 1944 ;

Emet le vœu,

Que tous les faits relatifs à l'épuration professionnelle soient dorénavant instruits sur plainte des Pouvoirs Publics et des Conseils départementaux et, le cas échéant, jugés et sanctionnés, comme en matière disciplinaire, par les Conseils régionaux avec recours devant le Conseil National.

(*Communiqué.*)

Le Concours Médical
Fondé en 1879 par A. Cézilly.
Directeur honoraire : Docteur J. Noir.
Directeur : Dr G. Lavalée.
Rédacteur en Chef : Dr G. Fischer.
Rédaction, Administration et Publicité, 37, Rue de Bellefond, Paris 9e).
Téléphone : TRU 33-66. R. C. Seine 76.579.
Chèques postaux, Paris 167-95.
Abonnements : 1 an, 250 francs. - Etudiants, 125 fr. Le N° 10 fr. Changem. d'adresse 5 fr.

les 3 Farines de NESTLÉ :

SINLAC
pour les décoctions

FARINE LACTÉE NESTLÉ
pour les bouillies lactées

FARINE NESTLÉ NON LACTÉE
(sucrée)
pour les bouillies non lactées ou lactées à volonté

STÉ NESTLÉ
6, Avenue César Caire - PARIS-8e

Eczéma
CUROZEMA
9 Dragées par jour
OPOSÉROTHÉRAPIE VALTRY
LABORATOIRE BIOLOGIQUE VALTRY
46, Rue St Didier-Paris-16e
FORMULE INFANTILE
Pédiozema
GRANULÉ

Comité de Coordination de la région parisienne.

(Comité inter-Conseil et inter-syndical.)

I. — COMITÉ INTERSYNDICAL.

APPLICATION DE LA NOUVELLE NOMENCLATURE. — Les « tarifs » inclus dans les Conventions passées par l'Union régionale des Caisses de la région parisienne avec les syndicats médicaux de Seine-et-Oise et de Seine-et-Marne ayant été homologués par la Commission nationale d'homologation le 13 mars 1946, il en résulte qu'à partir de cette date la nouvelle nomenclature est applicable dans ces deux départements.

Par contre, dans les départements de la Seine, de l'Eure-et-Loir et de l'Oise, où il n'existe pas de convention et où la valeur des lettres-clés n'a pas été fixée dans les conditions prévues à l'ordonnance du 19 octobre 1945, il semble que l'ancienne nomenclature de la Confédération des Syndicats médicaux reste toujours en vigueur.

A noter qu'en exécution d'un arrêté du 1er avril 1946 paru au *Journal Officiel* du 5 avril 1946, les dispositions de la nouvelle nomenclature relatives à la visite du dimanche et à la visite de nuit supprimées. En conséquence, les médecins, pour ces deux catégories de visite, doivent s'en tenir aux honoraires fixés par leurs syndicats départementaux respectifs.

NOUVEAUX TARIFS D'HONORAIRES POUR SOINS DONNÉS AUX ACCIDENTS DU TRAVAIL. — Du fait de l'homologation par la Commission nationale, des « tarifs » inclus dans les Conventions passées par l'Union des Caisses de la région parisienne avec les syndicats médicaux de Seine-et-Oise et de Seine-et-Marne, il résulte que le tarif des honoraires pour soins donnés aux accidentés du travail doit tenir compte des « tarifs » inclus dans lesdites conventions. Ces « tarifs » doivent, rappelons-le, subir un abattement de 20 % (Arrêté du 25 septembre 1945).

En conséquence, dans les départements de Seine-et-Oise et Seine-et-Marne, les tarifs de la consultation et de la visite pour soins donnés aux accidentés du travail sont les suivants :

Seine-et-Oise zone urbaine : C = 80 fr. V = 96 fr.
Seine-et-Oise zone rurale : C = 72 fr. V = 88 fr.
Seine-et-Marne : C = 72 fr. V = 88 fr.

Doit-on faire partir ces nouveaux tarifs de la date d'homologation, c'est-à-dire du 13 mars 1946 ou doit-on les faire partir de la date inscrite dans les conventions (1er janvier 1946 pour la Seine-et-Oise ; 1er février 1946 pour la Seine-et-Marne). Un certain nombre de compagnies d'assurances accidents acceptent dès maintenant la dernière interprétation, plus favorable aux praticiens.

Pour les trois autres départements de la région parisienne qui n'ont pas signé les nouvelles conventions prévues par l'ordonnance du 19 octobre 1945 et dont les « tarifs » n'ont pas été homologués, la situation est encore plus délicate. Devons-nous continuer à appliquer dans ces départements les tarifs provisoires de 40 fr. la consultation et 52 fr. la visite, comme semble le dire l'article 1er de l'arrêté du 25 septembre 1945 ; ou bien comme semble l'indiquer l'article 8 de l'ordonnance du 19 octobre 1945 modifiant et codifiant la législation sur les accidents du travail, pouvons-nous établir nos mémoires en tenant compte des nouveaux tarifs de responsabilité des Caisses ? Cette dernière interprétation nous paraît plus conforme à la logique.

Nous conseillons donc aux médecins des départements de la Seine, de l'Eure-et-Loir et de l'Oise d'établir leurs mémoires d'honoraires en appliquant les tarifs suivants pour les soins donnés à partir du 1er février 1946, date du relèvement des tarifs de responsabilité des Caisses :

Seine : C = 80 fr. V. = 104 fr.
Eure-et-Loir : C = 64 fr. V. = 80 fr.
Oise : C = 64 fr. V = 80 fr.

Nous croyons savoir qu'un certain nombre de compagnies d'Assurances acceptent de régler les mémoires rédigés sur ces bases. Des démarches sont en cours pour obtenir que toutes les compagnies d'Assurances adoptent cette même façon libérale d'interpréter l'article 8 de l'ordonnance du 19 octobre 1945 et l'arrêté du ministre du Travail du 25 septembre 1945.

N.B. — L'application des nouveaux tarifs ci-dessus indiqués entraîne automatiquement l'application des nomenclatures des Assurances sociales pour tous les soins donnés aux accidenté du travail. Il y a donc lieu d'établir les mémoires en donnant à PC et à K une valeur de 60—20 %, soit 48 fr. dans les cinq départements.

Ne pas oublier que le « pansement petit (en série) » est un acte fréquent en matière d'accidents du travail et qu'il est affecté du coefficient PC 0,75

Thiodérazine MIDY
SOUFRE ORGANIQUE - IODE ORGANIQUE - PIPÉRAZINE
Traitement général du RHUMATISME CHRONIQUE
Arthrites & Périarthrites — Algies rhumatismales
Sciatiques — Lumbagos — Rhumatisme déformant
LABORATOIRES MIDY, 67, Av. de Wagram, Paris, - 4, Rue Besse, Vichy.
Fournisseurs des Hôpitaux.

MYRTINE BÉRAL
contre
la MUCO-PURULENCE
BRONCHO-PULMONAIRE
AMPOULES (2 cc hypod ou muscul indolore) 2-4 cc
SUPPOS (Adultes et Enfants) 1-2
GOUTTES X à XL dans un peu de lait
LABORATOIRE BERAL 36, Avenue Hoche - Paris

VERMALA
OXYUROSE
VERT MALACHITE
LABORATOIRES F. BOUCHARD
83, rue Dutot, PARIS (15e)

dans l'ancienne nomenclature et du coefficient PC 1 dans la nouvelle.

RÉMUNÉRATION DES MÉDECINS DU TRAVAIL (application de l'arrêté du 15 mars 1946) (1).

En suivant l'interprétation que nous avons donnée plus haut pour les tarifs d'accidents du travail, les tarifs minima se trouvent être les suivants pour les départements de la Seine et de la Seine-et-Oise (zone urbaine).

— 1re *catégorie* : Médecins ne possédant pas de diplôme de médecine du travail délivré par une faculté de médecine française.

Vacation de 3 h. 1/2 : 600 fr. Vacation de 2 h. : 400 fr. Vacation de 1 h. : 220 fr.

— 2e *catégorie* : Médecins titulaires d'un des diplôme de médecine du traavil délivré par les facultés de médecine française et médecins non diplômés, mais anciens internes des hôpitaux de villes de faculté ou chefs de clinique, pratiquant l'exercice de la médecine en clientèle privée.

Vacation de 3 h. 1/2 : 700 fr. Vacation de 2 h. : 466 fr. Vacation de 1 h. : 256 fr.

— 3e *catégorie* : Médecins titulaires des mêmes titres que ceux de la deuxième catégorie, mais spécialisés en médecine du travail, c'est-à-dire n'exerçant pas en clientèle.

Vacation de 3 h. 1/2 : 800 fr. Vacation de 2 h. : 532 fr. Vacation de 1 h. : 292 fr.

— 4e *catégorie* : Médecins possédant à la fois un des diplômes de médecine du travail et le titre d'ancien interne de ville de faculté ou de chef de clinique et spécialisés en médecine du travail, c'est-à-dire n'exerçant pas en clientèle.

Vacation de 3 h. 1/2 : 900 fr. Vacation de 2 h. : 600 fr. Vacation de 1 h. : 330 fr.

Pour le département de Seine-et-Marne et le département de Seine-et-Oise (zone rurale), les tarifs sont les suivants :

— 1re *catégorie* : Vacation de 3 h. 1/2 : 540 fr. ; Vacation de 2 h. : 360 fr. ; Vacation de 1 h. : 198 fr.

— 2e *catégorie* : Vacation de 3 h. 1/2 : 630 fr. ; Vacation de 2 h. : 420 fr. ; Vacation de 1 h. : 231 fr.

— 3e *catégorie* : Vacation de 3 h. 1/2 : 720 fr. ; Vacation de 2 h. : 480 fr. ; Vacation de 1 h. : 264 fr.

— 4e *catégorie* : Vacation de 3 h. 1/2 : 810 fr. ; Vacation de 2 h. : 540 fr. ; Vacation de 1 h. : 297 fr.

Pour les départements de l'Oise et de l'Eure-et-Loir, les tarifs sont les suivants :

— 1re *catégorie* : Vacation de 3 h. 1/2 : 480 fr. ; Vacation de 2 h. : 320 fr. ; Vacation de 1 h. : 176 fr.

— 2e *catégorie* : Vacation de 3 h. 1/2 : 560 fr. ; Vacation de 2 h. : 372 fr. ; Vacation de 1 h. : 204 fr.

— 3e *catégorie* : Vacation de 3 h. 1/2 : 640 fr. ; Vacation de 2 h. : 426 fr. ; Vacation de 1 h. : 234 fr.

— 4e *catégorie* : Vacation de 3 h. 1/2 : 720 fr. ; Vacation de 2 h. : 480 fr. ; Vacation de 1 h. : 264 fr.

UNE RÉSOLUTION DE LA C.G.T. — Le Peuple (30 mars 1946) :

Le bureau confédéral a voté la résolution suivante sur le problème de la collaboration des syndicats médicaux et de la C.G.T., pour assurer le meilleur fonctionnement du programme actuel de sécurité sociale :

« La confédération générale du travail, émue des difficultés que rencontre dans nombre de départements la conclusion des conventions entre syndicats médicaux et caisses pour la fixation des honoraires dus par les assurés sociaux et préoccupée de créer à l'occasion de la mise en œuvre de ces dispositions un climat favorable à une saine application de la nouvelle législation sur les assurances sociales, tient à affirmer son désir sincère de collaboration confiante et étroite avec le corps médical dans l'organisation de la sécurité sociale, en même temps que sa ferme volonté d'obtenir au bénéfice des assurés sociaux la stricte application des articles 10 et suivants de l'ordonnance du 19 octobre 1945 par la fixation des taux raisonnables des honoraires médicaux tenant compte à la fois des légitimes intérêts du corps médical, de l'équilibre financier des caisses et de la protection due aux assurés sociaux.

« Convaincue que cette formule concilie heureusement les intérêts du corps médical et des assurés sociaux, elle croit pouvoir faire confiance au corps médical pour que toute la bonne volonté souhaitable soit apportée à la mise en œuvre des dispositions dont il s'agit.

« La C.G.T., convaincue de l'efficacité de la soli-

(1) Voir *Concours Médical*, 20 avril, page 335.

MIGRAINES — GRIPPES
DOULEURS CATAMÉNIALES
ALGIES
ALGOCRATINE
Un cachet dès la première sensation de douleur
LANCOSME, 71, Avenue Victor-Emmanuel III — PARIS

KAOSYL
DESLEAUX
PANSEMENT GASTRO-INTESTINAL
LANCOSME, 71, Av. Victor Emmanuel III, Paris (8e)

PHYTOMENSYL
médication toni-veineuse à base de
vigne rouge
POSOLOGIE MOYENNE : 30 gouttes 2 fois par jour.
DOSES FORTES : 50 gouttes 6 fois par jour, durant 6 jours.
LABORATOIRES BLAQUE, 59 RUE BOISSIÈRE, PARIS (16e) KLE 88-70

dité de cette collaboration, est persuadée qu'ainsi pourra être évitée la mise en application d'autres formules déjà envisagées dans certains pays. »

II. — CONSEIL SUPÉRIEUR

Le Conseil supérieur vient d'adresser au Ministre de la Santé publique le vœu ci-dessous :

« Le Conseil supérieur des Médecins, certain d'exprimer l'opinion unanime du Corps médical français, proteste hautement contre la suppression de la limitation des débits de boissons et contre l'abrogation de l'Ordonnance du 20 octobre 1945.

« Soucieux avant tout, de l'intérêt de la Santé publique, il demande à nouveau à M. le Ministre de la Santé publique et de la Population de s'employer à faire remettre en vigueur, sans délai, les dispositions législatives antérieures.

(*Communiqué* — extrait — 8 avril 1946.)

Famille et Sécurité sociale.

Vœu émis par l'Assemblée générale extraordinaire de l'Union Nationale des Associations familiales, le 31 mars 1946.

L'Union Nationale des Associations familiales réunie en Assemblée générale à Paris, le dimanche 31 mars 1946,

D'une part :

Constate que certaines dispositions prévues par l'ordonnance du 4 octobre 1945, relative à la Sécurité sociale sont inacceptables par les organisations familiales :

Celles-ci estiment, en effet :

1° Que l'assimilation des charges apportées par la présence d'enfants au foyer à des risques comme la maladie ou l'accident du travail est contre nature;

2° Que la différence essentielle entre ces diverses prestations doit se manifester dans l'intérêt national par une évolution divergente de leurs valeurs ; la maladie et les accidents du travail doivent diminuer, tandis que les naissances doivent augmenter ;

3° Il est indispensable de séparer l'organisation de la gestion des deux catégories de prestations et de maintenir définitivement le régime d'autonomie des caisses d'allocations familiales prévu à titre provisoire.

D'autre part :

Constate l'insuffisance de la représentation des familles dans les caisses de sécurité sociale, la qualité de père ou de mère de famille ne constituant pas un mandat de représentation des familles.

En conséquence :

Demande que la désignation de ces représentants soit dans tous les cas suffisante, directe et inconditionnelle.

N.B. — *L'Union nationale des Associations familiales groupe* UN MILLION *de familles cotisantes.*

Naissances.

Nous apprenons la naissance de Gérard Biette, fils du docteur Biette, de Blois (Loir-et-Cher) ; de Christiane Bémer, fille du docteur J.-V. Bémer, de Ban-de-Laveline (Vosges) ; de Flossie Huet, troisième enfant du docteur Huet, de Belle-Isle-en-Terre (Côtes-du-Nord) : notre confrère, revenu du camp de Flossenburg, où il fut déporté par les Allemands, a donné à sa fille le prénom-souvenir de Flossie ; de François Apostolidès, cinquième enfant du docteur Paul Apostolidès, de Saint-Mards-en-Othe (Aube) ; de Simone Favennec, quatrième enfant du docteur Favennec, de Briec-de-l'Odet (Finistère) ; de Jean-Charles Guillot, fils du docteur Guillot, de Courbevoie (Seine) ; de Catherine Collin, troisième enfant du docteur J. Collin, de Blois (Loir-et-Cher) ; de Marc Longuet, cinquième enfant du docteur Yves Longuet, de Nantes (Loire-Inférieure) ; de Pierre-Jean Weiller, fils du docteur Raymond Weiller, de Marseille ; de Jean-Luc Muller, troisième enfant du docteur Muller, de Notre-Dame-de-Gravenchon (Seine-Inférieure).

Nécrologie.

Nous apprenons la mort de Madame Paul Schwartz, femme du docteur P. Schwartz, de Remiremont (Vosges), et nièce du docteur Thinesse, d'Epinal.

Nous avons le regret d'annoncer la mort du docteur Maurice Démésy, de Ronchamp (Haute-Saône) ; du docteur Louis Dupuy-Dutemps, ophtalmologiste honoraire des hôpitaux de Paris, père du docteur P. Dupuy-Dutemps, assistant aux Quinze-Vingts ; du docteur Louis Devraigne, accoucheur honoraire des hôpitaux de Paris, commandeur de la Légion d'honneur.

ARHEMAPECTINE
GALLIER
Prévient et arrête les HEMORRAGIES de toute nature
Laboratoire R. GALLIER, 1 *bis*, Place du Président-Mithouard, PARIS (7e)

Anémies • Asthénies
Amaigrissement
ARSENOCRINE
AMPOULES BUVABLES AGRÉABLES A PRENDRE
TOUTES DÉFICIENCES
LASSA - 31, R. Chardon-Lagache, Paris 16e
LABORATOIRES DE SPÉCIALITÉS SA
LASSA

A TRAVERS L'OFFICIEL

ASSURANCES SOCIALES.

Arrêté du 11 février 1946 nommant les membres de la section du contrôle médical du comité technique d'action sanitaire et sociale.

Article premier. — Sont nommés membres de la section du contrôle médical du comité technique d'action sanitaire et sociale :

M. Pierre LAROQUE, directeur général de la Sécurité sociale, ou son représentant, à titre de représentant du ministre du Travail et de la Sécurité sociale.

M. le docteur AUJALEU, directeur de l'Hygiène sociale, ou son représentant, à titre de représentant du ministre de la Santé publique et de la Population.

M. HELLER, président du conseil d'administration de l'Union régionale des caisses d'assurances sociales maladie-maternité de Paris ;

M. Abel DURAND, président du conseil d'administration de l'Union régionale des caisses d'assurances sociales maladie-maternité de Nantes ;

M. le docteur CHARPENTIER, président du conseil d'administration de la caisse primaire La Familiale, à Paris, à titre de représentants des organismes d'assurances sociales.

M. le docteur Pierre BOURGEOIS, médecin des hôpitaux de Paris ;

M. le docteur DESCOMPS, chargé de mission au cabinet du ministre du Travail et de la Sécurité sociale,

choisis parmi les membres désignés par le ministre de la Santé publique et de la Population.

M. le docteur JOUTARD, médecin-chef de la caisse interdépartementale des assurances sociales de Seine et Seine-et-Oise ;

M. le docteur BAILLARGE, médecin conseil régional de Rennes,

médecins conseils des organismes d'assurances sociales.

M. le docteur CIBRIE, secrétaire général de la Confédération nationale des syndicats médicaux, représentant des organisations de praticiens.

(*J. O.*, 24 février 1946.)

AUTOMOBILISME.

Loi du 9 mars 1946 annulant les dispositions interdisant la circulation des voitures anciennes.

Article unique. — Est expressément constatée la nullité des actes dits loi du 14 octobre 1941 et loi du 24 août 1942 portant interdiction de circulation de certaines catégories de véhicules automobiles. Toutefois, cette nullité ne porte pas atteinte aux effets découlant de l'application desdits actes antérieurs à la mise en vigueur de la présente loi.

(*J. O.*, 10 mars 1946.)

EXERCICE DE LA MEDECINE.

Décret du 19 mars 1946 rendant applicable à l'Algérie l'ordonnance du 8 août 1945.

Article premier. — L'ordonnance du 8 août 1945 fixant les conditions d'accès aux diplômes d'Etat des titulaires du diplôme d'université de docteur en médecine, de chirurgien dentiste ou de pharmacien ou des étudiants en cours d'études pour ces diplômes est déclarée applicable à l'Algérie.

(*J. O.*, 20 mars 1946.)

Décret du 16 mars 1946 rendant applicable à l'Algérie l'ordonnance du 6 août 1945 relative à l'exercice de la médecine par les médecins étrangers.

Article premier. — Le décret du 15 septembre

Révulsif Fouchère
DEUX FORMES :
EMULSION : Adultes
POMMADE : Bébés, Enfants et Adultes à épiderme sensible
LABORATOIRES FOUCHÈRE
RIVE-DE-GIER (Loire)

MÉTHODE DE WHIPPLE
TECHNIQUE DE MINOT ET MURPHY
SYNDROMES ANÉMIQUES
INSUFFISANCES HÉPATIQUES
HÉPATHÉMO
DESCHIENS
EXTRAIT CONCENTRÉ DE FOIE DE VEAU FRAIS
Hémoglobine, Vitamines Hépato-Sanguines
Ampoules buvables de 10 cc. et 3 cc. - Sirop
DESCHIENS, Docteur en Pharmacie, 9, Rue Paul-Baudry - PARIS (8e)

VULCASE
COMPRIMÉS LAXATIFS cholagogues soufrés
CONSTIPATION DERMATOSES
LABORATOIRES BRISSON
Dr DEDET & Cie, Pharmaciens
Anc. Internes des Hôpit. de Paris
157, rue Championnet, PARIS (18e)

1943 relatif à l'utilisation des médecins étrangers en Algérie pendant la durée des hostilités est abrogé.

Art. 2. — L'ordonnance du 6 août 1945 relative à l'exercice de la médecine par des médecins étrangers est déclarée applicable à l'Algérie.

(*J. O.*, 17 mars 1946.)

Arrêté ministériel du 28 mars 1946 autorisant des médecins étrangers à exercer leur profession.

Article premier. — Les praticiens étrangers dont les noms suivent, titulaires du diplôme d'État français de docteur en médecine, sont autorisés à exercer la profession de médecin, pour une durée de six mois renouvelable, dans les conditions des articles 1er à 4 de l'ordonnance du 6 août 1945 et sur toute l'étendue du territoire français métropolitain :

Mlle Blioblum (Szoszana) dite Suzanne, née le 18 septembre 1913 à Varsovie (Pologne), demeurant 4, rue Nicolas-Roret, Paris (13e).

M. Fregosi (Emile), né le 14 août 1909 à Carrara (Italie), demeurant 37, boulevard de la Libération, Marseille.

Art. 2. — Les praticiens français dont les noms suivent, titulaires du diplôme d'université de docteur en médecine, sont autorisés à exercer provisoirement la profession de médecin jusqu'à la fin légale des hostilités, dans les conditions des articles 2 et 4 de l'ordonnance du 6 août 1945 et suivant les conditions indiquées :

M. Dobo (Nicolas), né le 19 avril 1905 à Raab (Hongrie). — Demande déposée dans le département de la Seine. — A la disposition du ministre de la Santé Publique et de la Population.

M. Königsberg (Josel), né le 23 juillet 1913 à Zaleszczyki (Pologne). — Demande déposée dans le département du Rhône. — A la disposition du ministre de la Santé Publique et de la Population.

M. de Miroschedji (Alexandre), né le 4 septembre 1896 à Odessa (Russie). — Demande déposée dans le département de la Seine. — A la disposition du ministre de la Santé Publique et de la Population.

(*J. O.*, 3 avril 1946.)

Décret du 28 mars 1946 portant reclassement des médecins des hôpitaux psychiatriques de province.

Article premier. — Les médecins directeurs et les médecins chefs de service des hôpitaux psychiatriques de province sont, pour l'application de l'article premier de la loi validée du 3 août 1943, reclassés dans l'échelle de traitement 21 B.

Art. 2. — Les traitements et les classes que comportent les divers emplois visés à l'article premier ci-dessus sont fixés ainsi qu'il suit :

Médecins directeurs et médecins chefs de service des hôpitaux psychiatriques de province :

1re classe	Fr.	210.000
2e classe		194.000
3e classe		178.000
4e classe		162.000
5e classe		147.000
6e classe		132.000

Art. 3. — Les nouveaux traitements fixés par le présent décret sont exclusifs de toute gratification.

Aucune indemnité ou avantage de quelque nature que ce soit, ne peut être accordé aux fonctionnaires énumérés ci-dessus que dans les conditions fixées par les articles 5 et 7 de l'ordonnance n° 45-14 du 6 janvier 1945.

Art. 4. — Les nouveaux traitements sont attribués aux agents suivant leurs classes respectives.

L'attribution des nouveaux traitements ne sera pas considérée comme un avancement et l'ancienneté des fonctionnaires dans leurs classes ou échelons comptera du jour de leur dernière promotion.



Infestations intestinales

Laboratoires Pharma-France
43, rue de l'Ancienne Mairie
Boulogne-s-Seine - Mol 12-13



Croissance, Grossesse

Laboratoires Pharma-France
43, rue de l'Ancienne-Mairie
Boulogne-s.-Seine. Mol. 12-13

Oui, les sulfamides font des prodiges...
Oui, la penicilline fait des miracles...

... cependant le vieux

NÉOL

a conservé ses modestes mais classiques propriétés

en **gargarismes** dans les angines
en **lavages** dans les affections et les ulcérations bucco-pharyngées

LABORATOIRES BOTTU
115, Rue Notre-Dame-des-Champs, PARIS VIe

TUBERCULOSE.

Décret du 1er avril 1946 relatif à la nomination et aux attributions des médecins consultants régionaux de phtisiologie.

Article premier. — Les médecins consultants régionaux de phtisiologie prévus à l'article 31 de l'ordonnance du 31 octobre 1945 visée en référence sont nommés par le ministre de la Santé Publique et de la Population après avis de la commission de la tuberculose du conseil permanent d'hygiène sociale.

Ils sont choisis parmi les médecins spécialisés en phtisiologie particulièrement qualifiés par leurs titres, leurs travaux ou leur notoriété scientifique.

Les médecins consultants de phtisiologie sont nommés pour trois ans. Leur mission peut être renouvelée dans les mêmes formes pour une ou plusieurs périodes de trois ans.

Art. 2. — Chaque médecin consultant régional exerce ses fonctions dans une circonscription sanitaire définie par le ministre de la Santé Publique et de la Population. Lorsque cette circonscription sanitaire comporte une Faculté de médecine, le médecin consultant doit résider dans cette circonscription.

Les consultants régionaux spécialisés en tuberculose non pulmonaire peuvent avoir dans leur ressort plusieurs circonscriptions sanitaires.

Art. 3. — Les médecins consultants de phtisiologie sont chargés d'orienter et de coordonner la lutte antituberculeuse. A cet effet ils sont les conseillers techniques des directeurs départementaux de la santé des départements désignés comme il est prévu à l'article 2 ci-dessus.

Ils donnent leur avis sur toutes les affaires qui leur sont soumises par les directeurs départementaux de la santé ou par le ministre de la Santé Publique et de la Population. Ils sont consultés notamment sur l'organisation générale de la lutte antituberculeuse dans les départements qui leur sont assignés et sur le choix des médecins, non recrutés au concours, qui sont chargés de la lutte antituberculeuse dans ces départements.

Indépendamment des enquêtes spontanées qu'implique leur mission générale et qui les mettent périodiquement en contact avec les établissements relevant des collectivités publiques ou ayant traité avec elles, ils peuvent être chargés soit par le ministre de la Santé Publique et de la Population, soit par les directeurs départementaux de la santé, de missions de contrôle technique sur tous les organismes et établissements, publics et privés, participant à la prévention ou au traitement de la tuberculose.

Ils peuvent, en outre, faire toutes suggestions qu'ils jugent utiles, concernant la lutte antituberculeuse, aux médecins directeurs départementaux de la santé de leur ressort et, le cas échéant, au ministre de la Santé Publique et de la Population.

Art. 4. — Les médecins consultants de phtisiologie adressent chaque année au ministère de la Santé Publique et de la Population, dans le courant du mois de décembre, un rapport relatant leur activité au cours de l'année écoulée et faisant connaître leur appréciation sur le personnel spécialisé et les organismes de prévention, de cure ou de traitement des départements de leur ressort.

Art. 5. — Les médecins consultants de phtisiologie se réunissent au ministère de la Santé Publique et de la Population au moins une fois par an. Au cours d'une de leurs réunions ils élaborent, à l'intention du ministre, un rapport d'ensemble contenant leurs observations et leurs suggestions sur l'organisation et le fonctionnement de la lutte antituberculeuse.

(*J. O.*, 2 avril 1946.)

Micelliode
IODE COLLOIDAL MICELLAIRE ÉLECTRO-POSITIF
Toutes les Indications de l'IODE, SANS IODISME POSSIBLE
GOUTTES
Laboratoires de l'HÉPATROL _ 4 Rue Platon. PARIS (XVe)

céréSsine
Cachets, Comprimés, Granulés
SIMPLE ET SURVITAMINÉE
LABORATOIRES DEHAUSSY
50, rue Nationale - LILLE
POUR LA FRANCE SUD
21, Av. Saint-Sulpice, LAVAUR (Tarn)

CORYZAS - SINUSITES
RHINO-PHARYNGITES
AFFECTIONS GRIPPALES



BALSAMO-RHINOL

Huile balsamique - Essences végétales à action élective sur la flore microbienne du nez et du rhino-pharynx

●

S'emploie en instillations (bouchon compte-gouttes très pratique) et en pulvérisations.

LABORATOIRE FIDES, 14, Rue de la Comète, PARIS

PARTIE SCIENTIFIQUE

RÉGIMES ET CONSEILS PRATIQUES DANS LES AFFECTIONS DU SYSTÈME NERVEUX (1)

par M. GEORGES BOUDIN, médecin des hôpitaux.

LA thérapeutique ne se résume pas à prescrire des substances médicamenteuses et à commenter une ordonnance, elle consiste également en une série de conseils pratiques et de notions générales dont l'importance peut être capitale, surtout lorsqu'il s'agit d'une affection incurable. Celles-ci sont fréquentes en neurologie, aussi est-il utile de bien savoir ce que l'on peut faire à côté de la thérapeutique médicamenteuse.

Il existe d'abord quelques gestes qu'il faut savoir ne pas faire.

1° On ne doit jamais faire de ponction lombaire lorsqu'il existe des symptomes d'hypertension intra-crânienne, tels que céphalée, vomissements, ralentissement du pouls, et surtout stase papillaire. Pratiquement, lorsque le malade se plaint de céphalée, et à fortiori si l'on suspecte une tumeur cérébrale, on doit toujours faire pratiquer un examen du fond d'œil avant de s'autoriser à faire une P.L.

2° On doit éviter de mettre une camisole de force à un malade agité, en particulier à un delirium tremens, surtout s'il est fébrile et que l'on redoute une pneumonie associée. On empêchera qu'il ne se blesse en lui attachant les mains, en lui fixant les pieds avec un drap roulé, mais on ne le ligotera pas. De même il peut être dangereux de lui supprimer brutalement l'alcool, on lui autorisera du vin laudanisé, et on essaiera de calmer son agitation par la thérapeutique médicamenteuse ; le chloral, les barbituriques donneront de bons résultats, et la strychnine, qui est pourtant un médicament neurostimulant, calmera fort bien ces malades en l'utilisant à fortes doses, par 5 et 10 milligrammes à la fois, répétées 3 à 4 fois dans la journée.

3° Il faut enfin savoir éviter une erreur de diagnostic par oubli, et ne pas passer à côté d'une pneumonie du sommet devant un delirium tremens ou un coma hémiplégique ; toute fièvre à 40° doit faire rechercher un skodisme sous-claviculaire et un foyer de râles fins dans l'aisselle.

Le régime alimentaire a, en général, peu d'importance en neurologie

Presque tous les malades neurologiques sont laissés à un régime normal. Il existe cependant quelques exceptions.

Les comas seront mis au régime lacté ; il faut faire boire le malade, et, en cas d'impossibilité, le rehydrater par des injections de sérum.

Les intoxiqués seront soumis à un régime hypotoxique, en particulier les alcooliques, qu'il s'agisse de polynévrites ou de troubles psychiques. On commencera par les laisser à un régime lacto-végétarien pour reprendre ultérieurement un régime normal sans vin ni alcool.

Le premier conseil pratique à utiliser est de savoir gagner la confiance du malade et de son entourage

1° Il faut savoir faire admettre l'idée d'une maladie longue, peut-être chronique et incurable, qui va laisser un malade infirme et diminué : la famille se résignera relativement facilement lorsqu'il s'agit d'un sujet âgé, pseudobulbaire, cérébroscléreux, hémiplégique ; elle l'admet avec beaucoup plus de réticences chez les sujets jeunes, atteints par exemple d'une sclérose en plaques ou d'une maladie de Parkinson ; il faut savoir faire admettre l'impossibilité actuelle de toute thérapeutique étiologique et la seule possibilité de thérapeutiques symptomatiques dont les effets sont plus ou moins manifestes.

2° Il faut savoir rechercher une étiologie par un interrogatoire adroit, recherche parfois difficile dans certains milieux susceptibles lorsqu'on veut mettre en évidence une hérédité syphilitique, une tare héréditaire, une intoxication alcoolique ou opiacée, et que l'entourage peut volontairement cacher.

3° Il faut savoir faire admettre une ponction lombaire lorsque l'on juge celle-ci indispensable. La ponction lombaire a mauvaise réputation dans le public, il faut la faire en position couchée, en mesurant la pression au manomètre de Claude, il sera bon de ne pas la faire seul et d'avoir un bon aide qui sache bien tenir le malade.

Des incidents peuvent survenir tels que la céphalée : on essaiera de les éviter en laissant le malade à jeun, en l'obligeant à rester couché à plat ventre deux heures après la P.L., puis sur le dos, immobile, pendant toute une journée. On essaiera de calmer la céphalée par des injections d'eau distillée intraveineuses, destinées à lutter contre l'hypotension rachidienne, l'acécoline a pu donner parfois de bons résultats. La céphalée est surtout fréquente chez les sujets neurotoniques, impressionnables et nerveux, surtout si l'on a retiré une certaine quantité de liquide, elle est moins fréquente au cours des encéphalographies ou l'on ajoute de l'air après avoir soustrait le liquide.

4° Il faut savoir proposer et faire admettre une intervention neurochirurgicale ; la ventriculographie est souvent le seul moyen de différencier une

(1) Leçon faite le 17 février 1946 à la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu. Cette leçon est la dernière d'une série de conférences du dimanche organisées par notre maître, le Pr Fiessinger. Elle a été faite alors qu'il n'était plus. Nous avons essayé de lui donner les directives qu'il avait voulu y imprimer et qu'il avait si bien su montrer dans la très belle leçon qu'il fit sur le régime des affections du foie quelques jours avant de succomber à une foudroyante maladie. L'ensemble de ces conférences sera publié prochainement dans un recueil dédié à la mémoire de notre cher patron.

maladie tumorale d'une maladie inflammatoire, elle est anodine et sans danger, et constitue dans les tumeurs le premier temps de l'intervention. La céphalée des tumeurs avec hypertension intracrânienne peut dominer le tableau clinique, le seul moyen de la soulager est l'emploi de substances hypertoniqus par voie intraveineuse ou intrarectale; le lavement hyper-tonique de sulfate de magnésie à 30% donne souvent de bons résultats.

5° Il faut savoir expliquer à l'entourage du malade la nécessité ou l'on peut être d'utiliser parfois des doses médicamenteuses toxiques, dépassant largement les doses maxima du Codex, et les prévenir de la possibilité d'accidents toxiques ; on utilise la strychnine par centigrammes dans les comas barbituriques, et l'on atteint facilement des doses de 15 et 20 milligrammes dans les polynévrites ; on surveillera l'état des réflexes, de la contractilité idiomusculaire, on cherchera l'apparition d'un signe de Chwostek. La scopolamine, l'atropine, le datura sont parfois utilisés à fortes doses au cours de la maladie de Parkinson et l'on préviendra la famille du malade de la possibilité d'accidents d'intolérance.

Les soins d'hygiène et d'infirmière ont une importance capitale

1° Il faut tenir le malade demi-assis, soutenu par une pile d'oreillers ou un dossier en bois, et éviter qu'il ne glisse ou s'affaisse trop vite. Ceci est très important chez les sujets âgés qui font un coma hémiplégique, et chez lesquels on doit particulièrement redouter une congestion hypostatique des bases.

2° Il faut les faire boire, ce qui peut être difficile s'il existe un trouble de la déglutition (pseudobulbaire, paralysie du voile), ou si le malade est dans le coma. On les fera boire par petites gorgées, par cuillerées à café, avec un canard si possible.

3° Il faut les réchauffer avec des couvertures chaudes et des bouillottes ; on doit toujours se méfier de la possibilité de brûlures chez un malade dans le coma ou bien présentant un trouble de la sensibilité superficielle (syringomyélie, hématomyélie, etc.). La responsabilité du médecin pourrait ultérieurement être mise en cause par une famille récalcitrante.

4° Il faut éviter que le poids des draps et couvertures porte directement sur des jambes paralysées, car il suffirait à favoriser des déformations ; ceci est surtout important dans les paralysies flasques du neurone périphérique, telles que polynévrites, poliomyélites, polyradiculonévrites. Des ankyloses qui ultérieurement gêneront la reprise de la marche peuvent être uniquement dues à ce défaut de soins.

5° Il faut tenir propre le siège et les fesses du malade, bien l'installer sur un rond de caoutchouc, nettoyer la peau à l'alcool, poudrer, et surveiller attentivement l'apparition de rougeurs, de plaies ou d'escarres. Les escarres seront nettoyées, désinfectées à l'alcool, touchées au mercurochrome.

On juge la qualité d'une infirmière à la manière et à la propreté avec lesquelles elle exécute tous ces soins, dont l'importance est capitale chez un grabataire.

6° Les troubles urinaires viennent souvent compliquer encore ces soins de propreté.

Lorsqu'il existe de l'incontinence vésicale, ou que le malade en rétention pisse par regorgement, il se mouille fréquemment, et si l'onn'a soin de le changer chaque fois, il va macérer dans son urine et infecter son siège d'autant plus facilement.

La rétention nécessite des sondages qu'il faut faire le plus aseptiquement possible, en se méfiant, si on les répète tous les jours, de l'infection urinaire qui est l'une des manières de mourir des paraplégiques. La pose d'une sonde à demeure est parfois nécessaire et donne moins de risques d'infection.

7° L'intestin sera surveillé de la même façon. Il peut exister de la diarrhée, le malade se salissant au lit, il existe plus souvent une constipation opiniâtre par parésie ou paralysie intestinale, qui nécessitera des lavements fréquents, des purgatifs; on pourra tenter des injections de sérum salé hypertonique intraveineux, ou de prostigmine sous-cutanée.

8° La mobilisation et le massage deviendront, à un moment donné, l'un des temps importants des soins ; on les fera précocement dans toutes les paralysies flasques, afin d'éviter l'ankylose des articulations et les déformations vicieuses qui pourraient ultérieurement entraver la reprise de la marche. Les massages permettront de conserver la souplesse et la tonicité musculaire, la mobilisation active permettra de suivre la récupération de la force musculaire segmentaire et les progrès journaliers du malade.

Il faut savoir s'aider des ressources de la mécanothérapie et des agents physiques

1° La radiothérapie doit être faite précocement dans la poliomyélite antérieure aiguë, radiothérapie médullaire qui, associée à la diathermie, constitue la méthode de Bordier.

Au cours des sciatiques, on obtient souvent d'excellents résultats avec la radiothérapie vertébrale, surtout s'il existe des lésions de rhumatisme vertébral associé. On obtient les mêmes effets dans la névralgie cervicobrachiale, ainsi que dans les algies rebelles du zona. Au cours de la syringomyélie et de certaines tumeurs médullaires ou cérébrales, la radiothérapie constitue la seule thérapeutique efficace.

2° La diathermie doit être systématiquement utilisée dans la poliomyélite antérieure aiguë, elle permet de réchauffer les membres et de lutter contre les troubles vaso-moteurs. Elle pourra être également utilisée avec succès dans toutes les algies, alternée avec des ondes courtes et des infra-rouges.

3° L'ionisation médullaire, iodée ou calcique, est une excellente méthode qu'on utilisera systématiquement dans toutes les affections du neurone périphérique, paralysie d'un nerf, polynévrites, poliomyélites, polyradiculonévrites. C'est un traitement de fond, dont il faudra multiplier les séances, et que l'on utilisera pendant des mois.

Cures hydroclimatiques

Certains climats sont excellents au cours des diverses affections neurologiques. Le climat tempéré de l'Ile-de-France, des bords de la Loire, de la région Paloise, exercent une action sédative chez tous les sujets anxieux et nerveux, aidant à la convalescence des maladies longues. Certains petits mentaux sont justifiables d'un climat tonique de petite montagne, aux environs de 1.000 mètres. On se méfiera toujours du bord de la mer qui est tonique mais excitant, et provoque de l'insomnie chez tous les petits nerveux.

Cures hydrominérales

Néris-les-Bains, Divonne, Bagnères-de-Bigorre sont des stations sédatives qui exerceront une heureuse influence sur tous les déprimés et anxieux.

Lamalou pourra rendre des services aux tabétiques.

Balaruc aux hémiplégiques.

Bourbon-l'Archambault aux poliomyélites.

Bourbonne-les-Bains à toutes les atrophies musculaires.

Ces cures sont d'excellents adjuvants, qui, associés aux thérapeutiques étiologiques, permettront aux malades de tirer un meilleur profit de leurs traitements.

Récupération sociale

A quel moment certains malades pourront-ils retravailler et mener une existence normale ?

Tous ne le peuvent pas, et certains resteront des infirmes ou même des grabataires.

D'autres sont guérissables dans un laps de temps qu'il n'est pas toujours facile de préciser. Le dernier acte du médecin va être un acte de rééducation, rééducation de la marche au cours d'une polynévrite, d'une poliomyélite, celle-ci ne pouvant parfois ne se faire correctement qu'à l'aide d'appareillages orthopédiques, rééducation de la parole chez un aphasique, nécessitant de la patience et de longs mois d'efforts, etc. L'avenir d'un épileptique est également difficile à préciser, surtout si la cause de l'épilepsie reste indéterminée. Ce sont autant de problèmes qu'il faut savoir traiter avec tact et douceur, et qui nécessiteront dans tous les cas une surveillance et une influence médicale de longue durée.

CRITIQUE DE QUELQUES MÉTHODES DE TRAITEMENT DE LA FIÈVRE TYPHOIDE

par le Docteur Maurice WAHL (1)

La fièvre typhoïde est une maladie toxique plus qu'infectieuse car l'organisme humain est bien armé pour combattre la prolifération septicémique éberthienne dans l'économie. Celle-ci a pour point de départ les multiples chancres d'inoculation que sont les plaques de Peyer dont le sphacèle puis l'ulcération témoignent d'une réaction neurodystrophique de l'organisme sensibilisé aux toxines des microbes. L'importance du rôle de celles-ci découle des travaux récents des Professeurs Loeper, Reilly, Vincent.

S'il est d'innombrables procédés de traitement de la fièvre typhoïde, il nous semble cependant que l'on peut ramener ceux-ci à trois méthodes.

— **La thérapeutique anti-toxique spécifique** (c'est-à-dire la sérothérapie) **ou non spécifique :** celle qui cherche à augmenter les processus de dépenses naturelles (auxothérapie).

— **Les agents floculants non spécifiques ;**

— **Les agents antiseptiques.**

Dans la pratique, il est des produits qui remplissent, à la fois, par exemple deux de ces indications.

I. — La première idée qui est venue aux médecins a été de s'adresser aux substances antiseptiques pour combattre la prolifération éberthienne. On a utilisé le **salicylate de soude** par la voie veineuse et divers de ses dérivés, dont l'efficience semble parfois réelle à la phase initiale, mais assez éphémère.

L'iode et ses dérivés organiques sont plus faciles à manier mais moins actifs. **L'urotropine** et ses dérivés iodés ou iodométhylés sont employés par la voie veineuse. **Le campho-sulfonate d'urotropine** est très maniable. Il s'emploie en injection intra-musculaire ; la posologie moyenne peut varier sans intolérance du simple au quadruple, mais certaines races microbiennes ne sont pas sensibles à ses effets.

Les différents **sulfamides injectables** qui ont été employés engendrent des inconvénients rapides à apparaître : l'oligurie, l'augmentation du tuphos et de l'intoxication sont les principaux : la plupart des sulfamides sont, en effet, des substances diazoïques, c'est-à-dire que leurs effets s'ajoutent à ceux des résidus diazoïques qui prennent naissance en dehors de tout traitement pour donner lieu à la classique diazoréaction d'Erlich dans les urines du typhique. Quant à la **Pénicilline** proprement dite, elle s'est avérée sans effet contre la maladie éberthienne.

II. — Les floculants. — L'iodo bismuthate de quinine sous sa forme insoluble, est à la fois floculante et antiseptique. Comme ce produit n'est pas sans toxicité, les auteurs de la méthode conseillent d'appliquer, à l'adulte, le tiers au moins de la posologie antisyphilitique et à l'enfant la moitié ou le tiers de la posologie correspondant à l'âge.

Dans le même ordre d'idée les « granions » d'argent, d'or, d'osmium sont utilisés ; l'injection intramusculaire **d'argent colloïdal** pratiquée au début ou contre les retours offensifs de la septicémie, de même que **l'abcès de fixation** jouissent de la faveur de certains médecins. **L'or colloïdal** est plus difficile à manier. On l'avait utilisé par la voie veineuse pendant la guerre de 1914-1919: le **carbone intraveineux** semble l'avoir détrôné dans la lutte contre les formes purement septicémiques.

(1) Cet exposé pratique a été rédigé d'après les notes versées à la discussion aux séances de la « Réunion d'Endocrinologie », de Marseille, et en particulier d'après le rapport d'un médecin varois, le Dr A. R..., dont nous regrettons la non publication. Que les intéressés soient ici remerciés de nous avoir autorisé à utiliser leurs travaux.

Les lysats de bacilles banaux ou typhiques, surtout ceux mélangés de **lysats de globules blancs ayant subi** un commencement de dégénérescence purulente et associés à l'uroformine, constituent, introduits par la voie veineuse, une bonne méthode de traitement et bien tolérée.

Les solutions injectables de sels de terres rares gardent la faveur de beaucoup de praticiens : outre leur effet de choc floculant, les terres rares favorisent (comme les lysats globulaires) la défense leucocytaire.

Certains lipides déterpénés ont été utilisés, notamment à la suite des travaux de Jentzer de Genève.

Les vaccins spécifiques sont utilisables à la période initiale de la fièvre typhoïde, comme des agents de choc.

Nous devons faire remarquer que les réactions normales d'immunisation ne tendraient à apparaître qu'après la troisième semaine : nous estimons donc que leurs effets immédiats qui sont réels sont des effets de choc. Il faut utiliser de très faibles doses. Leur maniement délicat a fait l'objet, il y a une dizaine d'années, d'une thèse à Montpellier (Mlle Cousin) et plus récemment d'une thèse lyonnaise.

III. — **La thérapeutique antitoxique spécifique** ne peut être réalisée actuellement que par un seul produit : le sérum antityphique préparé à la suite des travaux du Professeur Vincent ; nous conseillons de l'utiliser par la voie veineuse et à fortes doses.

Parmi les produits aptes à renforcer les défenses organiques, il en est de très efficaces : à côté de **l'hépatothérapie injectable**, indiquée, à notre avis, dans les formes naissantes ou chez les insuffisants hépatiques. **L'adrénaline**, sous sa forme injectable, permet de lutter contre le collapsus ; des **cortines** extractives ou de synthèses rendent d'appréciables services à la convalescence.

A la période d'état des fièvres typhoïdes, c'est par un véritable paradoxe clinique que les cortines, agent principal de la lutte antitoxique, n'ont qu'une efficience assez restreinte ou éphémère.

Nous estimons qu'il faut expliquer ce fait par une lenteur parfois trop grande de la réaction chimique spécifique que conditionne la cortine. Celle-ci peut, en effet, se produire avec des vitesses très inégales sur un assez grand nombre de corps chimiques contenant le même radical, d'où il résulte — en fait, des modalités dissociées d'efficiences, dues à des inégalités très fortes dans la vitesse de la réaction ; telle est du moins la conclusion que nous avons tirée de recherches personnelles.

Nous pouvons, par une modification appropriée, faire croître la vitesse de la réaction anti-infectieuse, jusqu'à un ordre de grandeur mesurable **et nous obtenons, dès maintenant, des cortines douées de cette efficacité anti-infectieuse** et capables de rendre les plus grands services dans la lutte contre la maladie éberthienne.

D'ailleurs, l'extrait mixte de cortex et de moelle osseuse préparé par extraction hydroalcoolique du mélange à l'état frais des deux substances, extrait que nous prônons depuis plusieurs années (Thèse de Bonhomme, Montpellier, 1939) permet déjà d'obtenir de très bons résultats, à condition de l'employer à doses fortes et de répéter les injections intra-musculaires trois fois par 24 heures. Le mélange avec la vitamine PP injectable renforce encore ses effets.

Cette classe d'agents thérapeutiques permet régulièrement des cures qui ne sont comparables qu'à celles qu'on peut parfois obtenir grâce aux **transfusions massives immunisantes**, méthode d'exception et qui ne peut être laissée entre des mains inexpertes.

LA MÉTHODE DES BAINS SALÉS DANS LE TRAITEMENT DES BRULURES

M. Lagrot, dans une étude présentée à l'Académie de Chirurgie, et également à la Société de Médecine militaire, signale les bons effets des bains salés, utilisés par les chirurgiens anglais selon la méthode rajeunie de Mac Indoe, dans le traitement des brûlures.

Une observation faite au cours de la guerre maritime, a montré que les aviateurs atteints de brûlures et naufragés, ne souffrent pas et ne sont pas shockés pendant la durée de leur immersion en mer. Les chirurgiens anglais ont utilisé cette propriété du bain salé et ils ont eu recours chez les aviateurs soignés pour brûlures au traitement suivant. Le membre intéressé est lavé à l'eau savonneuse et rincé. La surface brûlée est nettoyée au sérum, les lambeaux excisés, les phlyctènes ouvertes — puis pansée avec une couche légère de sulfamide étalée au doigt, et recouverte de tulle gras et de gaze imbibée de sérum qui est renouvelé toutes les quatre heures. Le malade est replacé alors dans son lit.

Le jour suivant, ou plus tard au cas de shock, on a recours aux grands bains salés. La baignoire étant remplie de sérum physiologique à 37 degrés continuellement renouvelé, le blessé y est assis et ôte ses pansements lui-même sous jet de sérum ; les brûlures sont nettoyées, les débris épidermiques excisés; puis, le pansement sulfamide - tulle gras - compresses humides est replacé. Le bain dure une heure au plus et est répété chaque jour.

La méthode, mise en œuvre dans des centres spéciaux en général, est longue et nécessite une organisation complexe, mais elle donne de très bons résultats, quant à la sédation de la douleur, à la prévention de l'infection, à la préparation du lit de la greffe, en particulier. Bien entendu, ce sont là seulement les grandes lignes de cette thérapeutique des brûlures.

P. LACROIX.

A PROPOS DES ACCIDENTS DU SULFARSENOBENZOL

Le travail quotidien du médecin praticien ne lui permet pas de publier certaines observations intéressantes. Cependant, la lecture de l'article du « Concours Médical », de MM. Chevalley et Hadengue, m'incite à résumer brièvement un accident grave d'intolérance au Sulfarsénobenzol, auquel je viens d'assister.

Le 26 novembre 1945, je suis appelé d'extrême urgence auprès d'un enfant de dix ans.

Sans découvrir aucun signe de spécificité hé-

réditaire, le médecin habituel de la famille avait cru devoir instituer un traitement de Sulfarsénobenzol pour améliorer l'état général.

Ce garçon avait reçu le 21 novembre une injection de 0 gr. 12 de Sulfarsénobenzol qu'il avait bien tolérée.

Le 26 novembre, une infirmière fait une injection sous-cutanée de 0 gr. 18. Dix minutes après l'injection, l'enfant est pris de malaise, de dyspnée, et tombe dans le coma. A mon arrivée, vingt minutes après, cet enfant était cyanosé, il avait perdu urines et matières. Le cœur était à peine perceptible, et les deux poumons encombrés de râles d'œdème.

Après injection d'adrénaline, que j'avais dans ma trousse, puis de sérum glucosé, l'enfant a repris connaissance, et les choses se sont arrangées. Il a seulement persisté une gangrène de l'extrémité de deux orteils.

Je crois qu'il s'agit là d'un accident rare, mais qui mérite cependant d'être signalé afin d'inviter nos confrères à utiliser les arsénicaux avec prudence, et lorsqu'il y a vraiment des antécédents syphilitiques dans la famille, ou des signes évidents de syphilis congénitale.

Dr LEVANNIER (de Clichy, Seine).

⁂

L'article de MM. Chevalley et Hadengue dans le nº 11 (20 mars 1946) du « Concours Médical » m'a remis en mémoire un accident du même ordre que ceux qu'ils rapportent et qu'il est peut-être intéressant d'ajouter au dossier de la Sulfamidothérapie.

En voici l'observation qui remonte à mai 1938. Mlle A..., 19 ans, atteinte de dilatation bronchique avec suppuration très abondante et emphysème, est en outre porteuse de stigmates discrets d'Hs : dents d'Hutchinson — axyphoïdie en particulier — pour lesquels je décide d'essayer une série de Sulfarsénol malgré une S.R. négative.

Les urines sont normales — il n'y aucun signe cliniquement appréciable d'insuffisance hépatique, ni de troubles de la coagulabilité sanguine.

Le traitement est donc commencé, à faible dose du reste : 0 gr. 02, le lendemain 0 gr. 03 — 4 jours plus tard 0 gr. 06 — ensuite, chaque semaine, successivement 0 gr. 12 — 0 gr. 18 — 0 gr. 24. Jusque-là tout s'est très bien passé et la malade paraît supporter admirablement bien le médicament qui est injecté sous la peau dissout dans la quantité correspondante d'arsénosolvant. Elle accuse même une nette diminution de l'emphysème et de la suppuration bronchique. Pas de température. La dose de 0 gr. 30 est donc injectée à son tour sans la moindre appréhension. Mais 10 minutes se sont à peine écoulées, et je n'ai pas encore quitté la maison, que brusquement la malade se plaint de « se sentir très mal ». En quelques secondes, en effet, sa face devient extrêmement rouge — cramoisie — ses yeux pleurent — elle est prise d'une toux sèche et quinteuse, continue et très pénible qui la rend rapidement asphyxique et qui s'accompagne de nausées et de vomissements — vomissements qui ne ramènent qu'un peu de liquide bilieux puisqu'elle est à jeun. Le pouls est rapide, incomptable, petit et la T.A. (au Vaquez) est en quelques minutes totalement effondrée : 5 et 7. Le corps est couvert d'une rougeur diffuse assez vive, d'aspect scarlatiniforme. La patiente se plaint d'une violente céphalée et d'éblouissements.

Une piqûre d'adrénaline est faite aussitôt qui amène assez rapidement une sédation de ces accidents, en particulier la rougeur et la toux — puis des tonicardiaques qui contribuent surtout à me rassurer, mais ne paraissent pas influencer beaucoup le pouls, ni la tension. Peu à peu cependant tout se calme et au bout de 2 heures tous les symptômes aigus ont disparu complètement — le pouls est à peu près normal et la tension est remontée à 12.

Il persiste seulement une sensation intense de lassitude avec lourdeur de la tête. Le lendemain, je revois la malade qui ne se ressent plus de rien. Mais elle est couverte de purpura à petits éléments — pétéchiaux pour la plupart. — Elle a eu la nuit une diarrhée profuse sans coliques. Les urines contiennent de l'albumine (0 gr. 60) qui ne disparaîtra ensuite qu'assez lentement. Une sorte de desquamation exfoliante succédera au purpura, les jours suivants.

Ces accidents qui me rappelèrent immédiatement une crise nitritoïde grave et presque typique me laissèrent rêveur, car j'avais été habitué jusque-là à considérer le Sulfarsénol comme un arséno-benzène puissant et à peu près inoffensif. Est-il utile d'ajouter que désormais je le fais avec la même prudence et presque les mêmes précautions que le Novarsénobenzol.

Dr W. DEWING.
(La Ferté-Bernard, Sarthe).

SUR UN TRAITEMENT SIMPLE DE L'ONGLE INCARNÉ

J'ai lu avec beaucoup d'intérêt, dans votre numéro du 20 février 1946, l'exposé du Dr Ducasse sur cette question, mon expérience venant pleinement corroborer la sienne. J'ai été, moi-même, mon premier sujet d'expérience, il y a de nombreuses années. J'ai pu ainsi constater qu'il ne suffisait pas de « limer le dos de l'ongle », mais qu'il fallait plutôt le limer sur le côté, et, en particulier sur le côté incarné (il n'y en a qu'un le plus souvent) dans toute sa longueur, en insistant surtout sur sa base, au voisinage de la région « matricielle ». Pour cela, un grattoir bien affilé fait mieux que la lime. La petite opération est à renouveler quatre à cinq fois par an, de préférence après un bain de pied chaud. Ne pas craindre d'insister sur ce râclage.

Avec ce procédé, je n'ai jamais connu d'insuccès, ni de récidive, pas plus sur moi que chez un malade ainsi débarrassé, à peu de frais, d'une infirmité qui empoisonnait son existence.

Dr J. PLASSON (Lyon).

LES THÈSES

Dr Jean Gajac. — **La laparoscopie** (Thèse de Lyon, 1945).

Analogue à la pleuroscopie, la laparoscopie est une exploration endoscopique de l'abdomen, qui consiste à examiner au travers d'un trocart introduit dans la cavité péritonéale, à l'aide d'un éclairage télescopique spécial, les différents organes accessibles de la cavité abdominale : foie, péritoine, estomac, intestin, utérus, etc. Cette méthode, encore peu utilisée en France, peut rendre des services dans nombre de cas. Ses indications principales résident dans le diagnostic des affections hépatiques (cirrhoses, etc.), des tuberculoses entéro-péritonéales, des tumeurs pelviennes chez la femme (fibromes, kystes, grossesses, etc.). L'auteur rapporte 6 observations originales de laparoscopies effectuées au Centre sanatorial de Saint-Hilaire-du-Touvet, et 7 autres dues à MM. Fourestier et Belbenoît.

Dr Jean-Louis Devaux. — **La gastrectomie pour-ulcère est-elle une opération bénigne ?** (Thèse de Paris, 1945).

Depuis une quinzaine d'années, la gastrectomie est devenue la méthode de choix dans le traitement chirurgical de l'ulcère gastro-duodénal. Si, dans nombre de statistiques particulières, la mortalité de cette opération est très faible, il est d'autres statistiques moins favorables, qui viennent légitimer l'opinion que la gastrectomie pour ulcus, excellente opération certes, n'est pas l'intervention aussi bénigne qu'on a voulu le dire. M. Devaux note que l'opération se montre plus grave dans des mains non spécialisées, et il indique certaines précautions susceptibles d'améliorer le pronostic opératoire : ne pas opérer à chaud, en pleine crise douloureuse, vaccination préalable chez les sujets sensibilisés, recherche des réactions neuro-végétatives de l'opéré. L'épreuve du test de l'orthostatisme de Crampton, en particulier, lui paraît, comme à Demirleau (de Tunis), fournir des données intéressantes à ce point de vue. Le test de Crampton se pratique comme suit : le malade, passant de la position couchée à la position verticale, on recherche les modifications du pouls et de la tension systolique après 2 minutes de station debout immobile; toute baisse de tension et l'accélération du pouls sont des indices de moindre résistance opératoire du sujet, qu'il vaudra mieux orienter si possible, en ce cas, vers des interventions palliatives moins importantes.

Dr Léon-René Gautier. — **L'exploration des fonctions respiratoire et circulatoire dans la silicose** (Thèse de Paris, 1945).

L'auteur présente une étude des moyens d'exploration des fonctions respiratoire et circulatoire dans la silicose. Il envisage successivement l'examen physique pulmonaire et cardio-vasculaire, les symptômes fonctionnels, les épreuves fonctionnelles cliniques (temps maximum d'apnée volontaire — qui est en moyenne de 40 secondes chez un sujet normal —, tests d'effort), les examens radiologiques et électrocardiologiques, les épreuves fonctionnelles paracliniques (mesure de la saturation oxy-hémoglobinée, épreuve spirométrique de Knipping, méthode de Nylin, épreuve des aérosols broncho-dilatateurs ou broncho-constricteurs de R. Tiffeneau), etc.

L'exploration des fonctions respiratoire et circulatoire chez le silicotique permet d'apprécier l'incapacité fonctionnelle apportée par la maladie. Elle est nécessaire à l'expert qui doit en combiner les résultats avec ceux de l'examen radiologique pour établir l'indemnisation, le taux de celle-ci pouvant éventuellement être majoré par l'existence d'une complication pulmonaire ou cardiaque.

LES LIVRES

EDITIONS INITIATIQUES
63, rue Ramey, Paris

Intérêt clinique de la sédimentation sanguine par le docteur Paul Marcovici.

Préface de M. le Professeur Bezançon.

Ce livre présente cette particularité attachante d'avoir été écrit en captivité d'après des études faites sur les prisonniers de guerre.

La sédimentation sanguine n'était pas avant la guerre et n'est vraisemblablement pas encore très usitée en France, alors qu'à l'étranger elle est depuis longtemps entrée dans la pratique courante.

L'auteur s'est donné à tâche d'éveiller l'intérêt des praticiens français pour cette méthode, qui lui rendit de grands services en Allemagne et sur laquelle il a acquis une compétence particulière.

Après une description technique très précise, il examine les indications de la recherche de la sédimentation sanguine en pathologie médicale et ses données dans les diverses formes de tuberculose.

C'est dire que ce volume constitue une mise au point de la question et que le lecteur y trouvera ce qu'il est utile de savoir pour le plus grand profit des malades.

G. L.

LIVRES RECEMMENT PARUS

Chez MASSON et Cie

Albert Policard et P. Galy. — **Les Bronches. Structures et Mécanismes à l'état normal et pathologique.** Un vol. 192 pages, 40 fig., 215 fr.

P. Mallet-Guy et P. Maillet. — **Hypoglycémies spontanées. Le traitement chirurgical de l'hyperinsulinisme.** Préface du prof. H. Mondor. Un vol. « Collection Médecine et Chirurgie ; Recherches et Applications), 102 p., 17 fig., 55 francs.

L'EXPANSION SCIENTIFIQUE FRANÇAISE
23, rue du Cherche-Midi, Paris (6e)

Paul Chevallier. — **L'Anémie.** Un vol. 166 pages, 34 fig., 200 francs.

LIBRAIRIE FLAMMARION
26, rue Racine, Paris

Alajouanine, Bezançon, Boivin, Chiray, Huguenin, Laubry, Lemierre, Pasteur Vallery-Radot, Sézary, Trefouël. — **Ce que la France a apporté à la Médecine depuis le début du XXe siècle.** Conférences faites à la Clinique médicale de l'Hôpital Bichat pendant l'occupation allemande. Préface de Georges Duhamel (Bibliothèque de Philosophie scientifique). Un vol. 278 pages, 120 francs.

LES SOCIÉTES SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

Sur l'inscription au tableau C de la folliculine et des œstrogènes de synthèse.

(M. R. Fabre ; 8-1-1946)

M. Fabre présente un rapport relatif à l'inscription au tableau C de la folliculine et des œstrogènes de synthèse.

La question de la valeur abortive, chez la femme, de la folliculine et des œstrogènes de synthèse, remarque-t-il, a été étudiée par de nombreux auteurs et résolue par la négative. « Les propriétés abortives des hormones œstrogènes, disent MM. Portes et Varangot, sont une légende qu'il importe de détruire, car elle peut jeter le discrédit sur des substances qui nous rendent journellement d'inappréciables services en thérapeutique gynécologique. » Mais s'il apparaît qu'on ne puisse retenir en aucune manière les propriétés abortives de ces hormones pour demander leur inscription au tableau C, on doit toutefois constater avec regret qu'elles sont d'un commerce libre et parfois clandestin, profitant de la fausse renommée abortive qu'elles possèdent. Il est souhaitable, dans ces conditions, de ne permettre l'emploi de ces médicaments que sous surveillance médicale. M. Fabre conclut à l'inscription au tableau C de la folliculine et des hormones œstrogènes naturelles ou synthétiques. Ses conclusions sont adoptées par l'Académie.

Etude des propriétés abiotiques du plumbagol.

(MM. L. de Saint-Rat, H.-R. Olivier et J. Chouteau. — Présentation par M. Bertrand; 22-1-1946)

Le plumbagol est une substance extraite de la racine de « Plumbago europea ». Il est doué, in vitro, à concentrations faibles, de propriétés bactéricides ou bactériostatiques qui laissent envisager d'intéressantes utilisations pharmacologiques.

La transfusion sanguine n'est pas sans danger.

(M. Arnault Tzanck. — Présentation par M. Laubry ; 29-1-1946)

La transfusion sanguine est une méthode thérapeutique qui rend de très grands services et qui sauve journellement des vies humaines. Il ne faudrait pas cependant laisser s'accréditer l'idée qu'elle est une intervention toujours anodine. M. Tzanck rappelle qu'elle n'est pas sans danger et qu'elle nécessite des contrôles rigoureux, une expérience approfondie et une prudence sans laquelle on risquerait d'aller au-devant de sérieuses déconvenues.

P. L.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX DE PARIS

Fièvre typhoïde suivie de quatre rechutes. Antécédent identique chez la mère du malade.

(MM. P. Lechelle et R. Lamy : 1-2-1946)

Les auteurs rapportent l'observation d'un jeune homme de 19 ans chez lequel, après une fièvre typhoïde classique à bacille d'Eberth, évoluèrent quatre rechutes de cette affection. Ces rechutes, reproduisant exactement la maladie initiale y compris l'hémoculture positive, étaient séparées par des phases d'apyrexie réalisant le tableau de la guérison.

MM. Lechelle et Lamy discutent les causes de cette absence d'établissement de l'immunité et la rapportent, pour une large part, à une prédisposition humorale héréditaire, la mère de ce jeune homme ayant eu en 1914 une fièvre typhoïde d'évolution identique.

— M. Brulé, qui a observé un cas à peu près semblable considéré faussement comme une mélitococcie, pense que, dans ce défaut d'immunisation des sujets, intervient peut-être une prédisposition humorale mais aussi un facteur épidémique, plusieurs cas de ce genre ayant été constatés en 1941-1942.

Abcès du poumon, traitement par la pénicilline ; guérison rapide.

(MM. P. Nicaud, A. Laffitte et F. Dessertenne ; 1-2-1946)

Il s'agit d'un abcès du poumon gauche survenu chez un malade porteur, 14 mois auparavant, d'un abcès du poumon droit ayant évolué comme une pyo-sclérose. Dans ces conditions difficiles et après échec du traitement sulfamidé, la décision chirurgicale a été retardée et le traitement à la pénicilline a été entrepris. Le malade a reçu, en 37 jours, 4.500.000 unités de pénicilline uniquement par voie intra-musculaire. Le traitement a eu une action immédiate sur la température qui est tombée en 24 heures, sur l'expectoration qui a été tarie dès le dixième jour après avoir été de 200 c.c. en 24 h. L'état général a été très rapidement amélioré et une série de clichés a permis de suivre les modifications radiologiques également très rapides. En quatre semaines, toute trace radiologique de l'abcès gauche a disparu. L'opacité apicale droite, par contre, n'a pas été modifiée.

— M. Even pense que dans l'action de la pénicilline sur les abcès du poumon il y a lieu de distinguer : l'action immédiate, toujours très nette sur la fièvre et l'expectoration, et l'action à longue échéance pour laquelle il formule des réserves.

— M. Decourt a eu l'occasion de traiter avec succès par la pénicilline un abcès du poumon.

— M. Lemierre n'est pas convaincu de l'efficacité de la pénicilline dans les abcès du poumon. Les observations qu'il a recueillies ne lui permettent pas de retrouver dans cette affection les effets si extraordinaires de ce médicament dans diverses septicémies. Il ne faut jamais perdre de vue l'évolution toujours possible des abcès spontanément vers la guérison. D'autre part, il ne semble pas qu'on applique actuellement dans l'abcès du poumon le traitement pénicillé avec une technique satisfaisante. Celle-ci demandera sans doute l'introduction de la pénicilline par voie bronchique et son application « in situ » grâce à l'aide des spécialistes endoscopistes.

Actuellement, en tout cas, il a renoncé à traiter dans son service les abcès du poumon par la pénicilline par voie intra-musculaire.

Pyo-pneumothorax putride, traitement par la pénicilline, guérison.

(MM. P. Nicaud, A. Laffitte et M. Cirille ; 1-2-1946)

Les auteurs rapportent une observation de pyo-pneumothorax avec signes fonctionnels et généraux alarmants traité au huitième jour par

la pénicilline : 5.600.000 unités par la voie intra-musculaire et 650.000 unités par voie intra-pleurale, après ponction pleurale, ont été injectées en 16 jours. Dès le troisième jour, la fièvre a disparu et les signes fonctionnels et généraux se sont considérablement améliorés. Le pus pleural, de flore aérobie et anaérobie, a perdu toute fétidité en quatre jours et est devenu amicrobien. Radiologiquement, la poche pleurale primitive s'est cloisonnée rapidement. Le traitement de ces petites collections a nécessité de nouvelles ponctions et des injections intra-pleurales de pénicilline.

— M. Lièvre a observé un cas de pleurésie putride rapidement guérie par la pénicilline associée au sulfamide.

M. P.

Pleurésie putride traitée par la pénicilline. Guérison.

(MM. A. Lemierre, Marcel Morin et Fr. Darius; 8-2-1946)

MM. Lemierre, Morin et Darius rapportent l'histoire d'une femme atteinte depuis un mois d'une pleurésie putride avec état général extrêmement grave.

Une série de ponctions évacuatrices ont été pratiquées, chacune suivie d'une injection intra-pleurale de 100.000, puis de 50.000 unités de pénicilline, combinées avec des injections intra-musculaires quotidiennes atteignant 160.000 par 24 heures.

Dès la troisième ponction, le liquide pleural, horriblement fétide au début, est devenu inodore et s'est transformé en une sérosité fluide. Il a fallu onze ponctions pour obtenir la disparition complète de l'épanchement.

L'examen bactériologique du liquide fourni par la première ponction a montré la présence de quatre espèces anaérobies : un Bacillus ramosus, un coccus Gram positif, un long bacille filamenteux Gram négatif et un petit bacille Gram négatif. Le liquide de la deuxième ponction ne contenait plus que le bacillus ramosus ; le coccus a été le dernier à disparaître. A partir de la septième ponction, le liquide s'est montré stérile.

Presque dès le début du traitement, l'état général s'est amélioré. La fièvre a décru progressivement et la guérison complète a été obtenue.

SOCIETE DE MEDECINE DE PARIS

Séance du 29-6-1945

Les enfants mongoloïdes.

M. de Parrel définit le mongolisme : un complexe dystrophique congénital, qui se manifeste par des dysmorphies somatiques, notamment un rappel des traits de la race mongole, d'où son nom. Il décrit le type mongolien dans ses caractéristiques physiques, fonctionnelles, intellectuelles et caractérielles. Puis, il se déclare convaincu de l'origine germinale du mongolisme, par altération des gamètes sous une influence quelconque : épuisement des géniteurs par l'âge, la maladie, les infections (surtout la syphilis), les intoxications (surtout l'alcoolisme), les grossesses multiples, les psychoses. A son avis, c'est l'âge maternel qui joue le premier rôle dans la préparation d'un mongolien, surtout si le passé familial est lourd de dystrophies. Lorsque la femme est jeune, ce qui d'ailleurs est exceptionnel, on découvre souvent dans les antécédents des causes pathologiques ou héréditaires de vieillissement prématuré ; en ce cas, l'âge chronologique s'efface devant l'âge morbide. Le mongolisme est une dysgenèse et non une maladie acquise. On naît mongolien, on ne le devient pas. Le traitement de base du mongolisme est la rééducation. La thérapeutique médicale ne joue qu'un rôle d'appoint.

La sténose aortique calcifiée.

M. Heim de Balsac. — La sténose aortique calcifiée a pris, ces dernières années, une place particulière dans la nosologie cardio-vasculaire par suite de la possibilité de déceler radiologiquement « in vivo » la pétrification des sigmoïdes et de l'orifice aortique rétréci, ainsi que par les perturbations électriques qui l'accompagnent si souvent.

La recherche systématique des calcifications sigmoïdiennes par la simple radioscopie, mais avec une technique appropriée, fait fréquemment découvrir cette lésion chez les sujets porteurs d'un double souffle de la base.

Si son étiologie est discutable (terme final d'une évolution infectieuse par sclérose primaire, ou processus calcifiant secondaire dans l'artério-sclérose sénile), la syphilis ne semble être jamais en cause. Au contraire, la sténose aortique calcifiée et l'aortite sus-sigmoïdienne syphilitique paraissent être deux formes distinctes, mais d'égale fréquence, du grand groupe des aorto-myocardites.

SOCIETE DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 18-5-1945

Infarctus du myocarde, simulant une perforation abdominale.

M. Etienne Bernard rapporte l'observation d'un malade auquel il fit une gastrectomie pour ulcus de la petite courbure et qui, huit ans après, parfaitement guéri, présenta brusquement les signes d'un syndrome aigu de l'étage supérieur de l'abdomen gauche, avec douleur en coup de poignard et défense musculaire.

L'examen répété de l'abdomen, où la contracture cède progressivement, l'état général, les signes fonctionnels, font écarter l'idée d'une intervention d'urgence. Vingt-six heures après ce début aigu, le malade meurt brusquement. L'autopsie révèle un infarctus du myocarde, avec rupture du cœur.

Deux cas d'Hermaphrodisme.

M. Jean Leuret rapporte les constatations cliniques et opératoires concernant un androgyne et un gynandre. A ce propos, l'auteur rappelle que la conduite du chirurgien doit être guidée, non par recherche du sexe vrai, mais par la notion d'utilisation fonctionnelle des caractères sexuels apparents.

SOCIETE MEDICALE ET ANATOMO-CLINIQUE DE LILLE

Séance du 24-7-1945

Hématurie et hypertrophie prostatique.

M. G. Vincent. — A l'occasion de quatre observations : la première, d'hématurie chez un prostatique, survenue après cystostomie et causée par des varices du bulbe médian ayant entraîné la prostatectomie d'urgence ; la deuxième, d'hématurie chez un prostatique, causée par

un papillome vésical ; la troisième, d'hématurie d'origine néoplasique rénale ayant déterminé une rétention aiguë chez un prostatique avéré ; la quatrième, d'hématurie considérable chez un malade atteint de maladie du col et porteur de cinq volumineux diverticules, l'auteur fait remarquer l'importance des examens urologiques complets : cystoscopie, pyélographie ascendante et urographie endoveineuse dans les hypertrophies de la prostate accompagnées d'hématurie.

Les arthropathies protéiques ; à propos de deux observations.

M. A. Bernard. — Un malade de 23 ans, après ingestion de langouste, fait une urticaire généralisée pendant quatre jours. Un mois après, à la suite de l'ingestion du même aliment, il présente 30 crises épileptiformes en 36 heures, avec albuminurie. Quatre mois plus tard, après avoir mangé des crevettes et des moules, il revient à l'hôpital avec une conjonctivite double et des arthropaties des genoux, des cous-de-pied et des coudes, avec fièvre à 38 degrés 5.

La deuxième observation se rapporte à une femme de 30 ans qui, huit jours après un abortum spontané et sans incident, présente une urticaire généralisée avec gonflement, rougeur et raideur de toutes les articulations ; température 38 degrés 5.

Chez ces deux malades, on avait le trépied protéinique (Violle) : accidents cutanés, arthropathies, phénomènes généraux Le salicylate à hautes doses fut inopérant, l'évolution vers la guérison se fit en plusieurs mois.

L'auteur pense à des phénomènes d'anaphylaxie locale, dus à une vaso-dilatation avec œdème, par enosérose, dans lesquels le foie joue un rôle prépondérant.

SOCIETE FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

(Réunion de la Filiale Lyonnaise ; 28-6-1945)

La dermatose prurigineuse de la laine de verre.

MM. J. Gaté, J. Pellerat et J. Coudert rappellent les caractères de la dermatose professionnelle par laine de verre : dermatose très prurigineuse, constituée par une multitude de petits éléments érythémateux, quelquefois légèrement papuleux, siégeant sur les régions découvertes et parfois sur le tronc, la pénétration des fragments de verre se faisant alors au travers des vêtements. L'examen au dermatoscope montre de nombreuses fibrilles de verre encastrées dans les sillons interpapillaires ou dans les orifices pileux et sudoripares. La prophylaxie réside surtout dans des mesures industrielles.

LA PRESSE

La bague jaune dentaire, signe précoce de l'intoxication chronique par l'hydrate de cadmium. — Cette intoxication a été étudiée par *P. Barthélemy et R. Moline* dans une usine de fabrication d'accumulateurs ferro-nickel, dans lesquels l'électrode négative est à base de cadmium. Elle se produit dans les ateliers de concassage et de manipulation du métal sec et pulvérulent. Son évolution se fait en quatre périodes : durant deux ans environ, latence ; dès la deuxième année, période d'alarme caractérisée par la bague cadmique ; dès la quatrième année, période algique, douleurs lancinantes en divers points du squelette ; vers la huitième année, période radiologique ou d'impotence, décalcification. Or la recherche systématique de la bague jaune cadmique dentaire, permet la mise en œuvre d'un traitement, de haute valeur prophylactique : injections intraveineuses ou intramusculaires d'une solution à 10 p. 100 — ampoules de 10 cc. — de gluconate de calcium, avec absorption buccale de vitamine D.

La bague jaune est une véritable pigmentation de l'émail dentaire, avec imprégnation du tartre ; elle débute au collet et y garde le maximum d'intensité, couvrant peu à peu le tiers, puis la moitié de la dent attenante à la gencive ; mais la gencive n'est jamais modifiée, ni colorée, ni enflammée ; la couleur va du jaune clair au jaune or ; la pigmentation cadmique, alors que celle due au tabac est labile, disparaît par les brossages et détartrages. (*Paris-Médical*, 10 janvier 1946).

La guerre bactériologique. — Redoutant l'éventualité de cette guerre spéciale, le gouvernement britannique, dès 1936, entreprit des recherches sur les meilleures méthodes de protection des militaires et des civils contre des attaques de ce genre. En 1944, de semblables études étaient poursuivies aux Etats-Unis dans quatre instituts spéciaux. Il y a lieu de mentionner, parmi les résultats obtenus, le développement des méthodes suivantes. Préparation en masse de microorganismes et de leurs produits. Méthodes de détermination rapide et précise des plus petites quantités d'agents pathogènes microscopiques. Production, pour la première fois, d'une toxine bactérienne cristalline, ce qui ouvre la voie à l'élaboration d'une substance immunisante encore plus efficace. Préparation et production d'une substance antitoxique en quantité suffisante pour permettre de parer à des attaques massives éventuelles. Développement des méthodes de défense par l'emploi de vêtements protecteurs, etc., etc. (D'après *Médecine et Hygiène*, 15 janvier 1946).

Action de la pénicilline dans quelques septicémies à microbes anaérobies. — Il résulte des faits exposés par *MM. Lemierre, Reilly, Morin* et *Michel Rathery* que si le traitement par la pénicilline ne nous apporte encore que des espoirs, mais des espoirs solidement justifiés, en ce qui concerne les septicémies post-abortum à B. perfringens, la preuve semble faite que cette thérapeutique se montre d'une efficacité régulière et non douteuse dans les septicémies dues au B. funduliformis, les unes et les autres étant parmi les plus graves qu'on puisse rencontrer en clinique. (*La Presse Médicale*, 26 janvier 1946).

G. F.

RECTOCALCIUM

CALCITHÉRAPIE INTENSIVE PAR VOIE RECTALE

SUPPOSITOIRES ADULTES
1 gr. de gluconate de chaux

SUPPOSITOIRES ENFANTS
0gr.50 de gluconate de chaux

Toutes les indications du Calcium
Tolérance et assimilation parfaites
Aucun des inconvénients
de la Voie parentérale

LABORATOIRE ROGER BELLON
LOUIS FERRAND
Ex-Interne, Lauréat des Hôpitaux de Paris
PHARMACIEN-GÉRANT
(GAMBÉOL, ACTIPHOS, HÉMOPYLORE "3", GLOBIRON)
78 bis, Avenue Marceau - PARIS (8e)

PARTIE PROFESSIONNELLE

PROPOS DU JOUR

LA TUBERCULOSE ET LES TAUDIS

Vous me demandez, Docteur, quelles circonstances m'ont déterminé à venir à Paris ; elles sont bien simples. Vous savez de quelle monotonie souffrent les campagnards avec l'obscurité des interminables hivers. L'Ecole, le régiment nous ont fait entrevoir les plaisirs de la ville. Ils ne me séduisent pas beaucoup, car je me suis attaché au pays où je suis né, et puis je soupçonnais que les jouissances des citadins avaient leur contrepartie à les voir avec quelle joie ils allaient en vacances à la campagne. Mais c'est pour répondre au désir de ma femme. Elle s'ennuyait terriblement au pays. Elle me talonnait, me citait un tel et un tel qui sont partis et qui reviennent tous les ans et ne tarissent pas en contant les plaisirs de la ville, les cinémas, les cafés-concerts, les bals, etc., etc. Je pris donc la résolution funeste d'aller à Paris. Mais il fallait y vivre ; pour cela, y trouver un emploi. Je m'adressai à notre député qui avait été plusieurs fois ministre. La plupart des députés y arrivent dans le midi de la France. Il me trouva un poste de facteur. Paris en consomme, paraît-il, beaucoup. Les appointements étaient un peu maigres, mais, comparés au salaire d'un ouvrier agricole, c'était la fortune, et puis on serrait d'un cran la ceinture. Le député me faisait miroiter une loge de concierge pour ma femme, ce qui assurait le logis sans payer de loyer. Il s'assurait ainsi, le malin, toutes les voix de la famille aux prochaines élections et la majorité dans le village. Nous partîmes donc.

Une campagnarde ne peut assurer le service d'une loge de quelque importance dans un quartier riche. C'est ce qui vous explique que nous avons été obligés d'échouer rue de la Huchette. La loge est évidemment étroite, obscure, humide, mal odorante. Nous n'avons pu trouver autre chose Mais à moins de coucher dehors ! ! Le coût de la vie à Paris dépassait nos prévisions, nous fûmes obligés de nous priver, surtout de nourriture. La femme, pour comble, devint enceinte ; élever un enfant dans ces conditions ! L'hiver survint avec son cortège de toux, rhumes, bronchites, congestions. Nous tombâmes tous malades. Obligés de vous faire appeler !...

Voilà toute mon histoire, Monsieur le Docteur, vous aurez bien de la peine à nous tirer de là. »

CETTE famille de campagnards qui, à son arrivée à Paris, était dotée de la santé la plus parfaite, par le fait de l'infâme taudis où elle était obligée de se loger et des privations, était condamnée à la misère physiologique et devenir la proie de la tuberculose.

Ce n'est qu'un épisode d'un drame de la misère dans les îlots insalubres de notre capitale. Au cours de notre carrière professionnelle nous avons pu observer cent fois pareille infortune.

En 1905, exerçant dans le quartier Saint-Séverin, assurant un service d'assistance médicale à domicile, nous avons fait une enquête à ce sujet, nous avons collaboré avec M. P. Juillerat, le distingué chef du Casier sanitaire des maisons de Paris, qui mit à notre disposition les statistiques de la mortalité des rues que nous devions examiner.

Les résultats de cette enquête présentés à la VI session du *Congrès international de la tuberculose*, furent publiés dans le *Progrès médical* (30 septembre 1905) (1). Aussi quand nous vîmes dans le dernier *Cahier du Musée Social*, le Professeur BEZANÇON traiter dans une conférence : *Les îlots insalubres d'habitation et la tuberculose*, nous l'avons lu avec attention, pour savoir ce que ce Maître incontesté de la Tuberculose pensait sur l'étiologie de la tuberculose qui pour beaucoup est une maladie des taudis. Nos idées ne sont pas sensiblement différentes de celles du Professeur.

DÈS 1865, Villemin avait constaté que le surpeuplement des locaux habités, par conséquent les villes, avait une influence sur le développement de la tuberculose. Ceci, joint au taudis, explique la mortalité plus grande des quartiers de la Kasbah à Alger.

A l'air confiné était jointe l'obscurité (P. JUILLERAT, J. NOIR, le Pr L. RENON). L'ingénieur belge KNAPEN y ajouta l'humidité. Certes le surpeuplement, l'obscurité, l'humidité, en un seul mot le taudis et l'inévitable « bistro », sont des facteurs qui favorisent l'éclosion de la tuberculose, mais on ne saurait dire que la tuberculose est la maladie des taudis. On a constaté, surtout en Europe centrale, que l'essor de la grande industrie, le machinisme, s'accompagne de la diminution de la mortalité en général et partant de celle de la tuberculose. On attribue cette constatation qui semble paradoxale à ce que le développement de la grande industrie amène l'amélioration de l'hygiène de l'habitation et de l'alimentation.

Il est urgent de détruire les îlots insalubres et les taudis, mais il faut songer au relogement de leurs habitants dans des conditions satisfaisantes et l'on n'obtiendra des résultats qu'en *améliorant le standard de la vie* qui est augmenté par la grande industrie.

La cause du développement de la tuberculose dans les îlots insalubres est qu'ils sont habités fatalement par une population misérable, et ce sont l'alcool, le surpeuplement des taudis, l'obscurité, l'humidité, l'air confiné qu'on y respire. La misère physiologique, la sous-alimentation qui y tiennent le premier rôle et préparent le milieu où se développera le bacille de Koch. Aussi le meilleur

(1) *La Tuberculose pulmonaire chez les indigents et les nécessiteux dans un coin du Vieux Paris (Le quartier Saint-Séverin)*, par le Dr J. NOIR, médecin de l'Assistance, *Progrès médical*, nº 39, 30 sept. 1905.

agent de la lutte contre la tuberculose, c'est la lutte contre la misère et surtout la sous-alimentation. Le Pr BEZANÇON s'élève contre la mystique de la campagne. Il y a des taudis à la campagne et ils sont nombreux. Construire des quartiers salubres dans nos villes industrielles pour remplacer les îlots insalubres, surtout *élever le niveau de la vie* de la population ouvrière, multiplier les hôpitaux, les préventoria, les sanatoria pour isoler les malades autant que possible et préserver l'enfance, veiller au dépistage de la maladie à son début, alors qu'elle est curable, sont les moyens efficaces pour lutter avec succès contre le fléau.

La tuberculose n'est pas la maladie des taudis, ni de l'obscurité, ni de l'humidité, pas plus que de l'alcoolisme, c'est la maladie sociale de la misère, maladie de la sous-alimentation.

J. NOIR.

ORGANISATION PROFESSIONNELLE

LE DÉSORDRE ACTUEL DU RÉGIME HOSPITALIER

PARMI les problèmes médico-sociaux qui exigent solution rapide, il n'en est peut-être pas où le besoin en soit plus criant que dans le domaine hospitalier.

La loi du 21 décembre 1941 et le décret d'application du 17 avril 1943, demandaient, pour pouvoir entrer réellement en vigueur, à être complétés par des arrêtés qui n'ont jamais vu le jour : de telle sorte que cette réforme hospitalière est restée complètement lettre morte. Par ailleurs les retouches de détail, apportées depuis la Libération, sont aujourd'hui désuètes. Enfin les répercussions de la loi de sécurité sociale et de la réforme des régimes assurances sociales et accidents du travail, sur les questions hospitalières, rendent nécessaire une adaptation soigneuse de ces diverses législations. Telles sont les causes du profond désordre qui règne à l'heure actuelle.

Or, un projet de décret, modifiant le décret du 17 avril 1943 a été préparé par la Santé Publique. Lors de l'Assemblée générale de la Confédération des 30 et 31 mars dernier, les dispositions essentielles en ont été communiquées aux Délégués. Nous nous proposons, lors de l'examen de chacune des difficultés pratiques actuelles, d'indiquer la solution prévue par le projet de décret, et si nécessaire, de la critiquer. *Nos lecteurs voudront bien ne pas perdre de vue que le texte en préparation n'est qu'un projet* et qu'il peut être substantiellement remanié avant publication à l'*Officiel*. La Confédération s'y emploie activement, paraît-il.

***

Commission administrative. — Peut-on cumuler les fonctions de médecin d'hôpital et de membre de la Commission administrative? Ce cumul a été autrefois interdit par le décret-loi du 31 octobre 1935, abrogé par le décret du 29 juillet 1939, que la loi du 21 décembre 1941 est venue elle-même abroger. L'abrogation d'un texte abrogeant un autre texte ne faisant pas nécessairement revivre, sauf indication contraire expresse, le premier texte abrogé, nous considérons que le cumul en question est aujourd'hui possible. Cette solution se justifie d'autant mieux que la législation actuelle prévoit obligatoirement, dans la Commission administrative, la présence d'un membre médecin. Un élémentaire bon sens conseille d'y placer un médecin de l'hôpital qui sera, plus que tout autre, au courant des questions débattues. En outre, la représentation du Corps Médical hospitalier au sein de la Commission administrative, répond à la préoccupation actuelle de faire participer le personnel à la direction et à la gestion des Entreprises. La cause paraît entendue, et c'est dans ce sens que, dans la plupart des hôpitaux, le problème a été résolu ; mais une disposition légale expresse serait tout de même la bienvenue.

Autre problème : par qui doivent être proposés au choix du Préfet les noms des médecins candidats aux fonctions d'administrateurs? Promulguée au temps de l'Ordre corporatif, la loi du 21 décembre 1941 confiait ce soin au Conseil départemental de l'Ordre. Une ordonnance du 15 juin 1945 a inconsidérément innové, en dotant de cette prérogative le Conseil départemental des Médecins (organisme transitoire créé à la Libération pour prendre la suite du Conseil départemental de l'Ordre dissous), et ce, au moment précis où l'organisme transitoire devenait inutile par suite de la reconstitution des syndicats. Vivement critiquée par la Confédération, cette ordonnance n'a malheureusement pas encore été rapportée ; seule une circulaire du Ministre de la Santé Publique aux Préfets, en date du 11 septembre 1945, a enjoint à à ceux-ci de s'adresser aux syndicats médicaux pour obtenir les listes des candidats aux postes d'administrateurs hospitaliers. Mais une circulaire n'ayant pas force de loi, on voit mal comment contraindre effectivement un préfet, qui fait la sourde oreille, à s'adresser au Syndicat pour ces présentations. Le Conseil d'Etat saisi ne pourrait que se référer à la loi !

Le projet de décret ne contient pas réforme des deux points que nous venons de signaler. Au contraire, il parle expressément : « du médecin représentant, à la Commission administrative, le Conseil départemental des Médecins. » Il ne faut pas s'en étonner puisque la composition de la Commission administrative a été réglée, non par le décret du 17 avril 1943, mais par la loi du 21 décembre 1941, que le projet de décret n'a pas qualité pour réformer. Nous souhaitons donc la publication d'une loi à ce sujet.

***

Commission médicale consultative. — Celle-ci est, aux termes de l'article 14 du décret du 17 avril 1943, « *obligatoirement appelée à donner son avis sur les chan-*

gements dans l'aménagement ou la répartition des services, et sur les grosses réparations envisagées. Elle délibère en outre sur l'hygiène, la salubrité et la propreté des locaux et des dépendances, l'installation technique des services, le régime alimentaire des malades et en général sur toutes les questions intéressant le fonctionnement médical et technique de l'établissement ».

La Commission médicale n'étant que consultative, il n'est pas question d'exiger que ses suggestions soient suivies par la Commission administrative, mais il serait bon qu'au cas où celle-ci croit devoir en prendre le contre-pied, l'arbitrage du Préfet soit prévu, sans quoi les avis de la Commission médicale risquent de peser léger auprès de la Commission administrative.

En outre, il convient de ne pas laisser restreindre le domaine ouvert par la loi, et qui est fort vaste. Les membres de la Commission médicale consultative ont à lutter contre l'inertie ou la mauvaise volonté du Directeur et de la Commission administrative qui voient d'un mauvais œil l'intrusion dans leur confortable routine d'un œil médical averti.

Les réactions de méfiance des uns et des autres sont assez bien traduites dans un article de M. PETIT, membre du Conseil supérieur de l'Assistance de France (1) :

« *La Commission médicale consultative doit-elle s'immiscer dans les moindres détails de l'administration, proposer à celle-ci des transformations coûteuses, demander des aménagements somptuaires, critiquer une organisation souvent incomplète étant donné les moyens financiers limités que les petites administrations hospitalières ont à leur disposition ? Certainement pas. L'administration sait bien qu'elle ne doit négliger aucun détail. Elle n'ignore pas, par exemple, qu'un service de salle fonctionnerait mieux avec un plus grand nombre d'employés, que le service de brancardage serait mieux assuré avec un plus grand nombre d'équipes, que les soins seraient moins discutés — quoique pas toujours meilleurs — avec des infirmiers diplômés qu'avec des femmes de service même qualifiées et que l'on connaît depuis longtemps. Ce ne sont pas de telles observations que la Commission administrative attend de la Commission médicale consultative, qui, au surplus, n'a pas davantage qualité pour discuter des tarifs d'honoraires à appliquer aux assurés sociaux ou aux payants, ni pour protester contre l'interdiction légale de l'entente directe.* »

Nous nous élevons formellement contre cette conception restrictive du rôle de la Commission médicale consultative, qui ne répond ni à la lettre ni à l'esprit du décret.

Que dit sur ce point le projet de décret ? Il reprend purement et simplement le texte du décret du 17 avril 1943. Par contre, il modifie considérablement la composition de la Commission médicale consultative : il n'y a plus qu'un médecin, un chirurgien et un spécialiste, chefs de service, au lieu de deux de chaque catégorie; mais prennent place trois représentants du personnel, dont un surveillant ou premier infirmier, et un agent du personnel secondaire soignant. Pourquoi, si les médecins n'en forment plus que la moitié, continue-t-on à appeler « médicale » cette Commission consultative ?

L'article 15 du projet, surtout, nous laisse rêveur : « *Lorsqu'il n'y a pas trois médecins ou chirurgiens ou spécialistes chefs de service dans l'établissement, le nombre des membres de la Commission médicale consultative élus par leurs collègues peut être réduit par décision du Directeur départemental de la Santé sans toutefois pouvoir être inférieur à trois.* » Dans les petits hôpitaux, selon ce texte, on peut prévoir des commissions médicales consultatives, où le Corps médical sera en minorité par rapport aux représentants du personnel.

Autre nouveauté : Le Directeur départemental de la Santé *doit* être convoqué aux réunions et *peut* y assister à titre consultatif. Même sur les organismes consultatifs, la tutelle de l'administration s'appesantit.

***

Cliniques ouvertes. — Le décret du 17 avril 1943 réglemente très étroitement leur création ; insuffisance de l'initiative privée, avis favorable du Conseil départemental de l'Ordre, et surtout obligation pratique (bien que non expressément prévue par le texte) d'organiser ces cliniques dans des bâtiments, ou tout au moins dans des services distincts des parties communes, telles étaient, entre plusieurs autres, des conditions qu'il semblait difficile de réunir. Le besoin de ces cliniques ouvertes se faisait cependant si vivement sentir que, par circulaire du 25 août 1945, le Ministre de la Santé s'était vu obligé de préconiser la création de « services ouverts » fonctionnant sur le mode des cliniques ouvertes, mais n'étant pas obligatoirement créés dans des bâtiments distincts des parties communes.

Le projet de décret subordonne, en gros, aux mêmes conditions qu'avant la création des cliniques, mais : *a*) il ne fait plus mention de l'insuffisance de l'initiative privée (les maisons de santé privées risquent donc de voir naître de redoutables concurrentes) ; *b*) l'avis favorable du Conseil de l'Ordre est remplacé par « l'avis conforme ou la demande de la Commission médicale consultative » ; c) les services ouverts sont expressément autorisés pour les cas où la structure de l'hôpital et l'organisation des salles d'opérations ou de consultations ne permettent pas les cliniques ouvertes. Le libre choix à l'hôpital va donc se trouver, parallèlement à l'entente directe, grandement favorisé. Correctif important toutefois : dans les centres hospitaliers régionaux (c'est-à-dire dans les hôpitaux de grandes villes) tous les lits disponibles dans les services ouverts, et les trois quarts des lits disponibles dans les cliniques ouvertes sont attribués aux malades soignés par le Corps médical hospitalier.

On se souvient, peut-être, de ce qu'une circulaire ministérielle du 2 mars 1945, vivement critiquée par nous, avait, « au nom de la réglementation en vigueur », prétendu interdire aux assurés sociaux les cliniques ouvertes (1). La circulaire du 25 août 1945, baissant le ton, leur avait reconnu le droit d'être admis en service ouvert.

Le projet de décret les introduit expressément dans les cliniques et les services ouverts. Par cette réglementation, beaucoup plus libérale, des cliniques et services ouverts, la solution du problème de l'entente directe à l'hôpital se trouve considérablement avancée.

***

Rémunération du Corps médical. — C'est dans ce domaine, très complexe déjà lorsqu'il est correctement réglementé, que règne aujourd'hui la plus inextricable confusion.

(1) Techniques hospitalières n° 3 Décembre 1945.

1) *Concours Médical* du 31 Mai 1945.

A. Soins aux hospitalisés en partie commune.

1° *Pour les soins aux bénéficiaires des lois du 15 juillet 1893 (assistés) du 7 juillet 1877 (militaires et marins) et 31 mars 1919 (pensionnés de guerre)*, le décret du 17 avril 1943 prévoit une indemnité forfaitaire annuelle, fixée par la Commission administrative, et approuvée par le Préfet. Sur quelle base doit-elle être calculée ? Une circulaire ministérielle du 1er février 1944 avait recommandé aux préfets de « *tenir compte de la moyenne des journées d'hospitalisation d'une part, et du nombre des actes chirurgicaux d'autre part, telle qu'elle ressort des statistiques de l'année précédente pour chaque hôpital* ». Mais cette circulaire, purement indicative d'ailleurs, ne paraît guère avoir été observée.

Le projet de décret prévoit que le taux de ces indemnités, sera fixé dans des conditions déterminées par arrêté du Ministre du Travail et de la Sécurité sociale et du Ministre de la Santé Publique et de la Population. Souhaitons que cet arrêté permette des indemnités correctes, et facilement révisibles suivant les variations du coût de la vie.

2° *Assurés sociaux. Bénéficiaires des lois sur les maladies du travail et maladies professionnelles. Malades payant de troisième catégorie* (c'est-à-dire : non bénéficiaires des lois d'assistance et de prévoyance sociales, dont les ressources annuelles ne sont pas supérieures à 20.000 francs, majorés de 5.000 francs par personne à charge — arrêté du 9 septembre 1943).

Le décret du 17 avril 1943 fixe les honoraires selon un tarif comportant une nomenclature des actes et interventions, et fixé par arrêté du Secrétaire d'Etat à la Santé, après entente soit avec le Ministre du Travail, soit avec le Ministre de l'Agriculture. L'arrêté ainsi prévu n'ayant jamais été publié, cette disposition n'est pratiquement pas entrée en vigueur, et il faut à l'heure actuelle se reporter, pour les assurés sociaux et pour les accidentés du travail, aux textes organiques les régissant.

a) Pour les assurés sociaux, par l'arrêté du 7 octobre 1938, contenant tarif-limite de réassurance, les honoraires médicaux sont fixés à 4 fr. par journée d'hospitalisation, et les honoraires chirurgicaux, selon les cas, à 4 fr. par journée d'hospitalisation, ou à l'intervention forfaitaire avec application des chiffres-clés de 3 fr. 50 et 7 fr. aux coefficients de la nomenclature des actes de chirurgie et de spécialité. (*L'ancienne nomenclature dans la majorité des départements*, puisque les nouvelles conventions syndicat-caisse n'ont pas été signées.) Le chiffre de 3 fr. 50 s'applique lorsque le coefficient est inférieur à 24, et le chiffre de 7 fr. lorsque le coefficient est supérieur à 24. Jusqu'en mai 1941, le dépassement de ce tarif-limite faisait perdre aux caisses le bénéfice de la réassurance. Depuis la loi du 29 mai 1941, ces tarifs maxima sont devenus des tarifs minima. Les caisses ont donc liberté pour les dépasser, mais dans la majorité des cas, les commissions administratives, mal averties de leur droit, ont omis de réclamer aux caisses des rajustements équitables, soit en signant de nouvelles conventions, soit en rajeunissant les anciennes conventions hôpitaux-caisses. Dans bien des hôpitaux, les honoraires médicaux et chirurgicaux, pour les assurés sociaux, sont restés aux taux ridiculement bas que nous venons d'indiquer. Le scandale est devenu si criant que, par circulaires nos 77 et 89 des 3 septembre et 5 novembre 1945, publiées et mentionnées dans nos colonnes, le Ministre du Travail invitait les Unions régionales à entrer en contact avec les groupements de praticiens, en vue de rechercher les bases de nouveaux accords. Nous ne saurions donc trop engager le Corps médical hospitalier, et au besoin les commissions compétentes des syndicats départementaux, à prendre l'initiative d'entamer au plus tôt des pourparlers avec les caisses, pour obtenir un *modus vivendi* provisoire plus équitable.

Provisoire ? Oui, car par le jeu combiné de l'ordonnance du 19 octobre 1945 et du projet de décret, des règles nouvelles s'appliqueront pour le calcul des honoraires médicaux et chirurgicaux. En médecine, ce sera un chiffre d'honoraires journalier fixé par arrêté ministériel (Travail ou Agriculture selon le cas) et variant, suivant les caractéristiques de l'établissement, de 20 à 50 % du tarif syndical homologué de la consultation au cabinet du praticien. En chirurgie et spécialité, ce sera d'abord un chiffre d'honoraires fixé dans les mêmes conditions que ci-dessus, mais variant de 20 à 40 % du chiffre clé de la nomenclature générale, et, en outre, des honoraires journaliers s'appliquant à la période post-opératoire et égaux à 50 % du tarif des honoraires journaliers de médecine. Pour le laboratoire et la radiologie, seul le premier chiffre d'honoraires s'appliquera, variant de 20 à 40 % du tarif pharmaceutique national (laboratoire) ou du chiffre clé de la nomenclature (radiologie).

Voilà donc quels sont les projets d'avenir. Ils ne semblent pas trop déplaisants, mais leur réalisation risque de ne pas être rapide, puisqu'elle suppose la publication du décret actuellement en projet et des arrêtés ministériels qui y sont prévus en grand nombre.

b) Pour les accidentés du travail, c'est provisoirement encore le titre V de l'arrêté ministériel du 5 mai 1939 (modifié par arrêtés des 17 mars 1943 et 25 septembre 1945) qui s'applique. Il suffit de s'y reporter. Dans les départements où des conventions syndicats-caisses ont été conclues en exécution de l'ordonnance du 19 octobre 1945, les honoraires à l'hôpital (comme ceux à domicile ou au cabinet du praticien) doivent être calculés sur les mêmes bases que ceux applicables, à compter du 1er janvier 1946, aux assurés sociaux. Ceci résulte de l'article 1er de l'arrêté ministériel du 25 septembre 1945. Le projet de décret les assimile aux assurés sociaux et les classe en deuxième catégorie (voir plus haut).

c) Enfin *pour les malades payants de troisième catégorie*, aux termes de la réglementation actuelle, ils doivent être traités dans les mêmes conditions que les assurés sociaux. Nous renvoyons donc aux explications ci-dessus.

Dans le projet de décret ces malades de troisième catégorie passent, avec les bénéficiaires des lois sociales, de troisième en deuxième catégorie (il n'y a plus que deux catégories de malades payants). Ils sont classés en seconde catégorie, si leurs ressources ne dépassent pas un maximum fixé par arrêté ministériel.

3° *Malades payants de deuxième et troisième catégories.*

Aux termes de l'article 132 du décret du 17 avril 1943, les tarifs qui les visent sont fixés régionalement par arrêté ministériel appliquant aux tarifs admis pour la troisième catégorie des coefficients de majoration. Cet arrêté ministériel n'a pas non plus été publié. La circulaire du 1er février 1944, déjà citée, recommandait qu'en attendant sa publication, les honoraires

soient fixés en accord entre médecins et administrateurs. En fait, c'est, là encore, la confusion la plus complète. Des différences du simple au double et même au triple sont constatées d'une région à l'autre, et, dans une même région, d'un établissement à l'autre.

Le projet de décret bloque en première catégorie les malades des ex-deuxième et première catégories, c'est-à-dire ceux dont les ressources dépassant le maximum fixé pour la nouvelle deuxième catégorie. Il leur applique le tarif de cette deuxième catégorie majoré de 20 %. Donc, pour les malades de première catégorie les honoraires à l'hôpital seront toujours de 20 % au moins inférieurs à ceux résultant du tarif syndical minimum.

B. SOINS AUX HOSPITALISÉS EN CLINIQUES OU SERVICES OUVERTS. — A l'heure actuelle en vertu de l'article 26 du décret du 17 avril 1943, les honoraires médicaux, chirurgicaux ou de spécialités, sont fixés par entente directe. Dans le projet de décret cette disposition est conservée pour les cliniques ouvertes et les services ouverts.

C. CONSULTATIONS EXTERNES. — Actuellement, selon l'article 48 du décret du 17 avril 1943, les tarifs y sont fixés comme suit : *a) assistés, pensionnés de guerre, accidentés du travail* : tarif applicable au cabinet du praticien pour chacune de ces catégories ;

b) Assurés sociaux et malades de troisième catégorie : tarif des assurés sociaux ;

c) Malades payants de deuxième et première catégories : tarif des assurés sociaux majoré régionalement par arrêté. *Nous insistons sur ce fait que ces dispositions sont applicables dès maintenant* (sauf pour les malades payants de deuxième catégorie et de première catégorie faute d'arrêté), car *nous savons que dans bon nombre d'hôpitaux où fonctionnent des consultations externes, l'administration prétend confondre, avec l'indemnité forfaitaire annuelle, les honoraires dus au Corps médical hospitalier pour les soins aux A.M.G. et pensionnés de guerre.* En réalité cette source d'honoraires doit venir en supplément de l'indemnité forfaitaire annuelle. Il y a donc lieu, pour le Corps médical hospitalier, de mettre les commissions administratives en demeure de s'exécuter.

Le projet de décret distingue les catégories suivantes : *a)* assistés et pensionnés de guerre : tarif applicable au cabinet du praticien pour ces catégories, ou le tarif des Assurances sociales au cabinet du praticien, diminué du tiers, si ce tarif est moins élevé ;

b) Accidentés du travail : tarif applicable au cabinet du praticien ;

c) Bénéficiaires de la législation de sécurité sociale et malades payants de deuxième catégorie : tarif des Assurances sociales diminué d'un tiers ; toutefois les commissions administratives peuvent, avec accord des représentants de chaque spécialité médicale, établir un prix de consultation forfaitaire et unique pour cette spécialité, ce prix comprendrait soit tous les actes qui peuvent être accomplis à la consultation, soit seulement une partie de ces actes jusqu'à un coefficient à fixer.

d) Malades payants de première catégorie : la disposition n'est pas fort claire, mais il semble en résulter que c'est le tarif de deuxième catégorie augmenté de 20 % qui doive s'appliquer. Une sérieuse étude de cette question doit être faite pour l'éclaircir.

⁂

La place nous manque pour continuer l'étude approfondie de tous les aspects du problème hospitalier. Nous avons voulu, sur les sujets les plus importants, indiquer à nos lecteurs, dans l'enchevêtrement actuel des textes, quels sont leurs droits pour qu'ils puissent les faire valoir, et aussi les informer des réformes qui se préparent. Le projet de décret contient d'autres innovations : le statut des laboratoires occupe une grande place. Il supplante celui des assistants d'anesthésie prévus par le décret du 17 avril 1943 et qui disparaissent presque complètement. Les chambres particulières doivent être réservées par priorité aux malades dont l'état commande l'isolement, puis, selon les disponibilités, aux malades de première catégorie. Seront mis à la disposition du Corps médical hospitalier des locaux de consultation, dans l'après-midi, pour leur clientèle privée. L'entente et le paiement directs y seront pratiqués. Cette disposition nous paraît être une des dispositions capitales du décret. Sera-t-elle maintenue ? Elle constitue l'amorce du cabinet de groupe et du centre de diagnostic hospitalier.

La Commission hospitalière de la Confédération s'est réunie, le dimanche 21 avril pour étudier ce projet de décret. Nul doute que nous sachions bientôt quelle a été sa réaction et quelles retouches elle aura proposées au Ministre de la Santé.

P. DOURIEZ.

COMMENT FUT ÉTABLIE MATÉRIELLEMENT LA NOUVELLE NOMENCLATURE

par le Dr Fernand DECOURT

Une NOMENCLATURE des actes médicaux n'est pas un « Tarif ». C'est une sorte de « catalogue » des actes professionnels établi par hiérarchie, suivant l'importance technique de chacun de ces actes, au moyen du « chiffre-clé » (Pc, K...) et d'un « coefficient » (5, 20, 60, 100...), multiplicatif qui reste toujours **invariable**, quelle que soit la catégorie dans laquelle puisse être rangé l'assuré, où la région dans laquelle les soins furent dispensés. Au contraire le chiffre-clé peut représenter une valeur basique monétaire différente suivant les cas, c'est-à-dire s'il s'agit d'A. S., d'A. T., d'A. M. G., etc., et aussi suivant les régions — et, en ce qui concerne les A. S., suivant les départements Ainsi P. C. 5 ou K. 40 resteront toujours P. C. 5 ou K. 40. Mais si P. C. = 30, dans la région a, nous aurons P. C. 5 = 150 fr et dans la région **B**, si P. C. = 50, nous aurons P. C. 5 = 250 francs. De même pour la valeur de K : si K = 50, nous aurons K 40 = 2.000 fr. et si K = 80, nous aurons K 40 = 3.200 fr. On voit quelles différences énormes peut présenter une Nomenclature uniforme, suivant la valeur attribuée au chiffre-clé

La première Nomenclature, établie par la Con-

fédération, sur l'invitation du Ministre de la Santé parut au « J. O. » du 29 novembre 1921. Du moins celle en K pour les chirurgiens et spécialistes. Celle en P. C. pour la « pratique médicale courante » date du 19 mars 1940, près de dix années après celle en K. (Toutes deux sont encore en cours à l'heure actuelle et vont être remplacées par la « nouvelle Nomenclature) ».

Tout alla bien tout d'abord. Mais, peu à peu, la Nomenclature en K, la plus complexe et de beaucoup, fut jugée insuffisamment détaillée et, dès l'année 1941, le Ministre de la Santé décida de la faire mettre à jour Il nomma, dans ce but, une Commission spéciale qu'il chargea d'établir une nouvelle Nomenclature générale. Mais cette Commission, arbitrairement composée par le Ministre, ne contenait à peu près aucun omnipraticien, rien que des chirurgiens et des spécialistes. Les travaux s'en ressentirent. Si, d'une part, elle établit une Nomenclature fort complète — trop détaillée même, car elle en devenait confuse — on doit reconnaître qu'elle aurait présenté un certain progrès sur l'ancienne si elle n'avait multiplié les chiffres clés qui, en s'additionnant pour un même acte, permettaient merveilleusement d'établir une inénarrable « note du plombier ». Elle présentait, en outre, des défauts tels que, dans le « Concours » du 1er décembre 1942, après plusieurs exemples donnés dans divers articles, je n'hésitais pas à conclure qu'elle était « parfois **incompréhensible**, parfois **inapplicable** et toujours **inégale...** » ce dernier qualificatif relatant des différences scandaleuses suivant que les dispositifs concernaient ou les « privilégiés » (chirurgiens et spécialistes) ou les infortunés praticiens.

En même temps, d'autres confrères formulaient d'autres critiques non moins justifiées en divers journaux professionnels. Rappelerais-je enfin le « plébiscite » que j'instituai dans le « Concours » et les 512 confrères qui prirent la peine d'envoyer au journal la copie de la lettre-type de protestations que j'avais proposée et que j'allai présenter au nouveau Ministre de la Santé ?... Bref, quelque temps plus tard, la Nomenclature est devenue « **la Nomenclature mort-née** ».

⁂

Ce Ministre de la Santé, d'une mentalité toute différente de celle du précédent, chargea alors le Conseil National de l'Ordre (nous étions en 1943) d'établir un Projet de Nomenclature et de le lui présenter, en remplacement de la précédente « mort-née ». Le Conseil National nomma donc une « **Commission de révision de la Nomenclature** » avec 13 Rapporteurs particuliers (pour les diverses spécialités à envisager) et un Rapporteur général, lequel était le signataire même de ces lignes.

C'est que, afin de servir de base aux travaux projetés, j'avais envoyé, en juillet 1943, à chacun des membres du Conseil National, cet « **Avant-projet de Nomenclature** » dont j'ai dit un mot dans un article précédent et sur lequel je n'ai pas à revenir, désirant simplement expliquer ici ce que le rapporteur général demanda aux rapporteurs particuliers

Tout d'abord, pour suivre les instructions même données par le Ministre, faire : « une **simplification** générale, par rapport à la Nomenclature « mort-née » et **suppression de toute possibilité de « note du plombier »**, par suppression de tous les chiffres-clés surajoutés et accolables les uns aux autres pour un seul acte.

Mais il fallait, en outre, tenir compte des critiques et des suggestions provenant des Confrères et reçues non seulement par la Commission mais aussi par le Minitère lui-même. De plus, chacun des rapporteurs particuliers était prié, en ce qui concernait sa spécialité, de demander l'avis des confrères spécialisés, ce qui eut lieu dans la suite et même certains purent prendre officiellement les suggestions des dirigeants des anciens Syndicats de spécialistes. Il en résulta que, pratiquement, chaque rapport particulier ne fut pas établi par un confrère isolé mais fut « la somme » des avis et suggestions fournies par un grand nombre de confrères, ceux surtout qui s'étaient intéressés depuis longtemps aux questions de médecine sociale. Ainsi, au lieu de travailler dans l'ombre du cabinet, comme la précédente Commission, ce fut au grand jour, si je puis dire, que se firent, autant que possible, les travaux de la nouvelle Commission.

Les Rapports particuliers furent ensuite centralisés et unifiés, dans leur forme, par le rapporteur général. Puis fut désignée, par la Commission elle-même composée de confrères venant des quatre coins de la France, une « **Commission restreinte** » de confrères, de la région parisienne surtout, en sorte que les séances, multipliées à la cadence de trois par semaine purent durer plus d'un mois et demie...

Or, à cette Commission restreinte furent adjoint les **médecins délégués** du Ministère de la Santé, de celui du Travail et de l'Union des Caisses-Maladie, qui purent ainsi apporter leurs avis et leurs suggestions, à leur tour, alors qu'ils représentaient des ambiances nouvelles. De nombreuses réunions, où chaque rapporteur particulier vint, tour à tour exposer ses travaux, se passèrent ainsi dans une atmosphère de cordialité et de désir évident de compréhension mutuelle des « **besoins** » de chaque partie en présence : Corps Médical organisé, Administration, Caisses-Maladie Et cela dans le désir commun, je répète le mot, d'aboutir à une Nomenclature stable, bien « équilibrée », suivant une hiérarchie vraie de chaque acte médical, au point de vue de son importance technique.

⁂

Dans le courant de janvier 1944, après une étude des travaux par la Commission de révision de la Nomenclature, puis un examen par le Conseil National de l'Ordre, ce dernier transmettait — officiellement — le « Projet de Nomenclature » au Ministre de la Santé qui le remettait ensuite au Ministre du Travail. Et ainsi, comme nous l'avons vu dans un article précédent, après de multiples modifications tant à la Santé qu'au Travail, ce ne fut que **deux années après** que vint au jour — enfin — la nouvelle Nomenclature...

Comme on le voit — et mon intention était de le démontrer en écrivant ces lignes — la Commission de révision de la Nomenclature s'est entourée de toutes les compétences techniques particulières qu'elle a pu rencontrer. Elle a fait de son mieux pour établir une Nomenclature qui pût donner satisfaction au Corps Médical.

Rien n'est parfait en ce bas monde. Je fus le premier, dans un précédent article, à signaler des imperfections, des omissions, comme par exemple, le manque d'Index alphabétique, ce qui est, à mes yeux, une lacune à combler au plus tôt.

On en signalera d'autres, et d'autres encore.. Comme l'a fait la Commission de révision, il appartiendra à la « **Commission permanente de la Nomenclature** », que l'on vient de créer, d'ouvrir toutes grandes les fenêtres, ainsi que les oreilles, si j'ose dire. La parole est désormais aux confrères...

Dr Fernand DECOURT.

SANCTIONS CONTRE LES SIGNATAIRES ÉVENTUELS DE CONVENTIONS INDIVIDUELLES

Il faut bien lire le titre de cet article, en n'omettant pas son dernier mot.

Car ce ne sont pas les partisans d'une convention collective que je vise, et je ne me permettrais pas de le faire dans les colonnes d'un journal aussi impartial et tolérant que notre « Concours Médical ». Et, tout en partageant avec la grande majorité du Corps Médical la conviction que ces confrères sont dans l'erreur et sous-estiment le poids des chaînes que les pouvoirs publics ont forgées et forgeront à notre intention, je crois qu'ils ont toujours droit à la considération due aux adversaires à priori de bonne foi et désintéressés. Donc, à l'instar du loup de la fable, ne mettons pas en pièces le chien gras sur le cou duquel nous venons de découvrir la trace du collier, et prenons le large.

Mais, tout en prenant le large, nous devons dès à présent organiser notre défense contre ceux de notre horde, qui, dans la nostalgie des os de poulet, sans parler de maintes caresses, pourront se laisser tenter par l'appât d'une convention individuelle, dans les départements — que j'espère très nombreux — où la convention ne sera pas signée.

Ces mauvais confrères, il faut dès maintenant leur faire sentir qu'ils seront véritablement mis au ban de notre grande famille médicale.

C'est pourquoi je suggère que dès aujourd'hui toutes les sociétés médicales les préviennent qu'on leur appliquera l'article des statuts qui prévoit la radiation pour manquement à la discipline ou à l'honneur ou à la bonne confraternité. Car ce n'est pas seulement l'exclusion des syndicats qu'il faut prononcer contre eux (au reste la plupart d'entre eux ne seraient pas des syndiqués), mais il faut aussi les radier de toutes les sociétés scientifiques, de la plus humble société d'arrondissement jusqu'à l'Académie de Médecine, et de toutes les associations d'entraide ou mutuelles ou confraternelles.

Que dès maintenant chacune de ces associations prenne une semblable décision, et que cette décision soit notifiée par un manifeste commun, dont la publication donnera à réfléchir aux indécis comme aux pouvoirs publics, voilà le vœu que je formule.

Dr QUIVY (Paris).

Libres Opinions (1)

UN PLAN D'ACTION RÉALISTE

Je suis avec un grand intérêt les commentaires auxquels donne lieu la loi de sécurité sociale. J'admire la constance des défenseurs de la médecine libérale. Mais nous ne pouvons nier les tendances socialisantes de la majorité actuelle : pouvons-nous espérer que dans une société socialiste une profession se maintiendra libérale ? Une médecine non libérale existe dans divers pays, et assure les soins des malades aussi bien que l'hygiène et la prévention.

Nous devons donc étudier dans quelles conditions une médecine non libérale donne les meilleurs garanties au malade et au médecin.

Tout d'abord le médecin ne doit pas avoir un avantage matériel à multiplier les actes médicaux au cours de la même maladie : aucun contrôle ne peut empêcher les abus d'une médecine gratuite à l'acte : les clients payants n'ont que trop tendance à apprécier les visites répétées et les thérapeutiques impressionnantes ; que seraient des clients gratuits ?

On doit ensuite s'efforcer de respecter un libre choix au moins relatif : les tarifs kilométriques actuels sont déjà un frein au libre choix.

Des garanties de compétence et de technicité doivent être demandées à tous les médecins, surtout aux spécialistes et aux consultants.

Du côté médecins, il faut obtenir un niveau de vie conforme à la haute technicité et aux responsabilités encourues.

Des facilités pour le perfectionnement professionnel et des congés payés, une retraite suffisante en cas d'invalidité ou de vieillesse.

Une juridiction professionnelle où les médecins soient en majorité ; une réforme des études comportant le « numérus clausus ».

Pour la majorité des clients, le secret est la seule clause importante de la charte médicale : elle ne semble point comprendre la signification de l'entente directe et paraît **indifférente** au libre choix ; d'ailleurs pourquoi choisir son médecin, si on ne peut choisir sa caisse ou l'école de ses enfants ? La liberté socialiste est celle de penser et de faire comme tout le monde.

Il est faux de dire que l'Etat n'a aucun moyen de combattre une résistance médicale : il suffit de monter une médecine de soins gratuits dans les dispensaires et de refuser le remboursement des soins donnés ailleurs pour rendre **presque intenable la situation de la plupart des médecins** : il y a actuellement assez de médecins fonctionnaires pour cela : toute résistance est vaine si les médecins ne sont pas disposés à prendre des mesures extrêmes contre les dissidents éventuels. (Celles qui sont prises contre les ouvriers, contre les briseurs de grève.)

La seule mesure intelligente qui puisse être prise en ce moment est, à mon sens, l'adhésion de la confédération des syndicats au **cartel des services publics** (la médecine n'en est-elle pas un) et l'étude d'un statut de médecine non libérale, à opposer éventuellement à celui, idiot et inapplicable, qu'on va inévitablement vouloir nous imposer un de ces jours.

Croyez que je ne suis nullement moi-même un socialiste, étant libéral de conviction ; mais je crois la socialisation inévitable pour un temps, celui de montrer sa non viabilité : il s'agit de rendre cette période vivable pour les médecins. Et pas trop préjudiciable aux malades ; je crois que se cramponner aux débris du libéralisme est dans ce but une erreur de méthode, quelque attitude intellectuelle qu'on ait pour la doctrine.

Il faut éviter que le médecin soit obligé de

(1) Nous rappelons que les opinions émises sous cette rubrique n'engagent que leurs auteurs.

fournir un travail de forçat pour un standard de vie insuffisant — ou même suffisant.

La forme actuelle de la loi de sécurité sociale encourage le malade à voir le médecin très souvent, et celui-ci y trouve avantage : en avant les intraveineuses ! Aucun contrôle ne peut empêcher cela. Le seul frein à l'abus des actes médicaux est que chaque acte coûte assez cher au client ou rapporte trop peu au médecin, ceci sans parler des pirates de la profession. Il est difficile de refuser à un client qui le désire, une thérapeutique ou un examen inutile, il se trouvera toujours un confrère plus complaisant pour satisfaire à l'avidité thérapeutique que vous croyez ne pas devoir satisfaire.

Tout cela postule en faveur d'une organisation de la médecine où le niveau de vie du médecin ne soit pas dans la dépendance directe de la multiplication des actes médicaux, ni dans celle de la complaisance au goût de la clientèle pour les thérapeutiques compliquées et impressionnantes et pour les larges conges maladie. Je ne vois pas d'ailleurs quelle pourrait être cette organisation : c'est aux dirigeants syndicaux de l'étudier. La première qui vient à l'esprit est l'organisation de centres médicaux de diagnostic et de traitement travaillant en équipe avec répartition des honoraires entre les médecins participants selon des modalités à définir. Ces centres pourraient être organisés soit par les médecins eux-mêmes, soit par des collectivités qui les loueraient à des groupes de médecins recrutés par cooptation (proposition à peu près la même que celle du docteur NÉDELEC). Les médecins de ces centres assureraient en commun le service des visites de leur rayon, et par roulement les visites de nuit et d'urgence (pour lesquelles je serais d'avis de laisser subsister l'entente directe et les honoraires personnels).

Il serait bon que les participants de chaque centre campagnard, médecins généraux en principe, aient une certaine spécialisation (par exemple, pour un centre de trois médecins, un accoucheur pédiâtre, un radiologiste phtisiologue, un bactériologiste spécialiste des maladies infectieuses).

Il serait souhaitable à la campagne que le centre dispose de quelques lits d'hospitalisation et de maternité. Les centres médicaux devraient être répartis géographiquement de manière à soigner de 2 à 3.000 personnes par médecin. Dans les régions de population dense ou on aurait des centres de plus de six médecins, un chirurgien pourrait être adjoint au centre et le centre d'hospitalisation comprendrait une clinique (solution contestable, les chirurgiens ayant eux-mêmes avantage à travailler par équipe de deux, plus un médecin anesthésiste et réanimo-transfuseur et un aide chirurgical si possible : un centre chirurgical ainsi monté doit faire 20 interventions sérieuses par semaine pour en valoir la peine, au moins 30.000 clients, soit 10 à 15 clientèles médicales, où 4 à 5 centres seraient donc le minimum nécessaire pour le centre chirurgical, qui se mettrait à côté du centre médical le plus central ou le plus important).

Il est certain que le plan ci-dessus esquissé est un plan rural : la grande ville appelle d'autres solutions. D'autre part il est éminemment contestable et ne résout nullement toutes les difficultés de l'exercice de la médecine en économie socialiste où le médecin est un récupérateur d'heures de travail perdues, un dépisteur de malades socialement dangereux et un pourchasseur de tire-au-flanc désireux de se faire entretenir par la société sans rien faire : ces fonctions sont contraires à l'exercice de la médecine libérale et je doute que celle-ci puisse coexister avec un corps de médecins chargés de les assurer au profit de la société nouvelle.

Il paraît inutile en économie socialiste d'entretenir des médecins traitants d'une part et d'autre part des médecins contrôleurs sans action sur le traitement : un beau jour les médecins de caisse se verront promus médecins traitants ou tout au moins consultants obligatoires ; puis les caisses recevront l'autorisation d'ouvrir des consultations de prophylaxie, où on passera bientôt au traitement. Etant donné la raréfaction du secteur libre, les médecins libéraux n'auront plus les moyens de gagner leur vie ; dès maintenant les caisses refusent les conventions portant engagement de ne pas ouvrir d'établissement de soins. Il serait souhaitable que le nouveau statut de la médecine donne le rôle de médecins conseils des caisses à des médecins particulièrement qualifiés et élus par les syndicats médicaux. Ceci ne se peut que si les médecins n'ont pas d'intérêt direct à la multiplication des actes médicaux, dans tout autre cas, les caisses voudront avoir un représentant capable d'apprécier les abus possibles et qui soit leur commis, non un représentant des délinquants présumés — « l'avidité bien connue » du Corps Médical ayant été maintes fois dénoncés aux caisses. Nous assistons en ce moment à la constitution d'un corps de médecins fonctionnaires, destinés en principe au contrôle et à la prophylaxie. Il viendra inévitablement un jour où leur activité débordera assez sur la thérapeutique pour que celle-ci ne puisse plus faire vivre les médecins indépendants qui ne seront ni des aigles ni des pirates. C'est cette éventualité que doit prévoir la Confédération des Syndicats médicaux, et il vaut mieux des clients sans charte, qu'une charte sans clients.

Voyez ici les préoccupations d'un médecin praticien qui cherche pour lui et pour ses pairs cette sécurité sociale qu'on promet aux autres et qu'on présente, à tort selon moi, comme devant améliorer le rendement des travailleurs, comme si l'aiguillon de la nécessité et la concurrence vitale avaient perdu leur vertu.

Dr MÉNAGER (*Machecoul*).

BIBLIOGRAPHIE

L'ÉDUCATION DANS LA CONFIANCE. — *Dr Louis Corman*. Editions Stock, Paris.

Le Dr Corman s'est fait connaître par ses travaux de morpho-psychologie qui continuèrent et développèrent les doctrines de Sigaud.

Dans le présent volume il examine les problèmes de l'éducation avec cette pensée que les éducateurs, c'est-à-dire les parents ont souvent autant besoin d'être éduqués que les enfants. Il s'efforce de faciliter la compréhension mutuelle, de décrire le surmenage nerveux souvent méconnu et de faire comprendre que ce que l'on appelle des défauts peuvent être chez l'enfant des réactions de défense.

Par ses méthodes morpho-psychologiques il met le lecteur en mesure d'analyser la physionomie d'un enfant et d'en déduire ses principales tendances d'après lesquelles devra varier le mode éducatif.

Enfin il aborde avec détermination la délicate question de l'information sexuelle qui met tant de parents en échec.

Livre utile et d'actualité par la clarté avec laquelle il pose les grande problèmes familiaux et les solutions qu'il leur apporte.

ASTHÉNIES
DÉPRESSIONS
ATONIES

STRYCHNOTONINE

CATALYSEUR CELLULAIRE
DYNAMOGÈNE

LABORATOIRE **M. LEFEBVRE** 25, Bd La Tour-Maubourg. PARIS. 7e

---

ANTISEPTIQUE PULMONAIRE

alme la toux

GUÉTHURAL

AMPOULES — GRANULÉ

puissant modificateur des sécrétions bronchiques

■

LABORATOIRES PÉPIN & LEBOUCQ.
Courbevoie (Seine)

RHUMATISME ARTHRITISME

Paralysie de toute nature — Suite de Fracture

MALADIES DES FEMMES

La Station Idéale des Rhumatisants

BOURBON L'ARCHAMBAULT

(Allier)

Eau chlorurée sodique, bicarbonatée mixte, bromo-iodurée hyperthermale

THERMES de 3e CLASSE ouverts toute l'année
Saison : 1er Mai - 30 Septembre



CÉRÉRIF

FARINES COMPOSÉES MALTÉES SUCRÉES

Le traitement thermique que subissent les céréales de ces farines leur assure un goût agréable et une grande digestibilité.

Ets RIFF. Laboratoire et Usine à Valenciennes (Nord)



L'ACCOUCHEMENT ÉLECTRIQUE

Méthode du Docteur Frédéric Benoit

Technique d'accouchement **Rapides et Analgésiques**

Épreuve du travail

LEVER PRÉCOCE

Appareil fonctionnant automatiquement

Modèle clinique : sur pied — Modèle praticien : en mallette

Nombreuses références

Pour toute documentation et références s'adresser à :

O. C. E. M.

Tel. Ric. 94-34 / Ric. 32-81

OMNIUM CHIRURGICAL & MÉDICAL

26, rue du Quatre-Septembre, 26

PARIS (2e)

PANTOPON
ROCHE — OPIUM TOTAL

SOMNIFÈNE
ROCHE — HYPNOTIQUE

SÉDOBROL
ROCHE — TRAITEMENT BROMURÉ

SÉDORMID
ROCHE — HYPNOGÈNE

ALLONAL
ROCHE — ANALGÉSIQUE

PRODUITS "ROCHE" 10, rue Crillon, PARIS

OXYURYL

VIOLET DE GENTIANE

Laboratoires A. MARIANI, 10, rue de Chartres, NEUILLY-PARIS

ANÉMIES - ANOREXIE - AMAIGRISSEMENT
SURMENAGE INTELLECTUEL ET PHYSIQUE
CARENCES MARTIALE ET CALCIQUE
CONVALESCENCE

FERVALÈNE

Comprimés dragéifiés

Calcium et Fer assimilables + Kola

MODE D'EMPLOI

Adultes : 2 comp. avant chaque repas 2 à 3 fois par jour
Enfants : 1 comp. avant chaque repas 2 à 3 fois par jour

INSUFFISANCE RÉNALE - NÉPHRYTES - AZOTÉMIE
ALBUMINURIES - HYPERTENSION - ŒDÈMES
MANIFESTATIONS ANAPHYLACTIQUES
ÉPANCHEMENTS SÉREUX
MALADIES INFECTIEUSES - DÉMINÉRALISATION

NÉPHRALBINE

Cachets et comprimés

MODE D'EMPLOI | **Adultes :** 3 à 6 par jour
Enfants : 1 à 3 par jour

La NÉPHRALBINE est, dans la plupart des cas, supérieure à la théobromine

LABORATOIRE ROBERT FAURE, 2, rue Carnot, MELUN (S.-et-M.)

ECHOS & COMMENTAIRES

Sécurité, Famille et Ravitaillement

Il n'est pas paradoxal, à la réflexion, de soutenir que la floraison, un peu partout dans le monde, de grands « Plans » dits de « sécurité sociale » manifeste surtout l'*insécurité* croissante des hommes dans les sociétés modernes. Mais il ne faudrait pas que les remèdes que l'on nous propose n'aient simplement pour objet que de pallier les conséquences de cette angoissante condition et que le législateur ou les pouvoirs publics se croient ensuite moralement autorisés à se désintéresser des causes d'une déchéance qui hélas ! est nettement « progressive », mais pas dans le sens que ce mot prend dans la bouche de certain !

Parmi les causes profondes de cette déchéance, de cette impuissance de l'individu contre les misères qui l'assaillent chaque jour un peu plus, figure au premier plan l'affaiblissement de l'idée familiale et sa conséquence : la dénatalité, la dépopulation. Il est économiquement démontré que notre misère actuelle tient tout autant au manque d'hommes qu'au manque de matières. Or c'est en vain que l'on chercherait trace dans le plan « Parodi » du désir de donner aux problèmes familiaux la prééminence qui leur revient. Bien au contraire, ainsi que le fait observer un communiqué de l'Union nationale des Associations familiales (publié page 355), les subventions familiales englobées dans les autres services des Caisses de Sécurité sont assimilées à un « risque » (et ces mots traduisent tout un état d'esprit) au même titre que la maladie, le décès ou l'invalidité. La représentation des familles n'est pas organisée au sein des Conseils de Caisses, et les futurs administrateurs délégués par les syndicats, mûs par de vieux reflexes doctrinaux, ne seront vraisemblablement guère soucieux des intérêts familiaux.

Cette protestation d'un million de familles cotisantes contre l'inspiration par trop économique d'un plan qui tend à substituer à l'indépendance familiale le paternalisme d'Etat, coïncide curieusement avec les protestations non moins véhémentes du Corps médical organisé contre un système par trop contraire à l'action bénéfique du « médecin de famille ». Mais est-ce là seulement une coïncidence ? N'y peut-on voir la preuve que familles et médecins réagissent selon les mêmes réflexes parce que soucieux des mêmes valeurs que des interventions maladroites risquent plus de détruire que de protéger ?

Autre exemple de ce curieux état d'esprit qui préfère réparer à grands frais les conséquences d'un mal que de s'attaquer réellement à ses causes : il est incontestable que la morbidité en France ne fait que s'accroître aux dépens du rendement de l'activité nationale, de la protection maternelle et infantile, de la croissance des adolescents. La tuberculose augmente ses ravages, que l'on met facilement au compte des taudis. Or la cause primordiale et essentielle de cet affaiblissement de la santé nationale n'est-elle point la sous-alimentation chronique de la masse, à laquelle le ravitaillement officiel

calcithérapie stimulante

CAMPHO CALCIUM

CAMPHOSULFONATE DE CALCIUM

AMPOULES DE 5cc — IV — IM —

LES LABORATOIRES BRUNEAU & Cie
DÉPOT J. BRUNEAU PHARMACIEN
17ème RUE DE BERRI - PARIS VIII

ne manquent pas

HORMOCRINOL

♀ F et M ♂

Médication Thyro-génitale
associée aux électrolytes activateurs
PHOSPHORE et POTASSIUM

TROUBLES DU MÉTABOLISME
RHUMATISME ENDOCRINIEN
TROUBLES GÉNITAUX ET CIRCULATOIRES

6 à 8 comprimés par jour

GOSSYPIOL
MAURIN

16 DRAGÉES en deux jours
déterminent les règles et calment les douleurs

Laboratoires JAMMES, 86, r. Michel-Ange, Paris

théorique n'assure même point le minimum de calories nécessaire pour subsister ?

Académies, Société médicale des hôpitaux, Chambre syndicale des médecins de la Seine, savants, spécialistes et praticiens, tous s'inquiètent des constatations journalières qu'ils sont amenés à faire en ce domaine, qui semblent laisser insensible un ministère « technique » dont les partis ne veulent même plus assumer la charge.

Que font nos gouvernants ? S'ils ne contribuent pas directement à accroître le malaise en protégeant es « débits de boissons », ils préfèrent construire des édifices administratifs et publicitaires, des lois théoriques sur la protection des mères et des enfants, des paradis sanitaires à base de dispensaires et d'assistantes sociales, des Caisses uniques de sécurité sociale délivrant une médecine à prix fixe sous le contrôle et la garantie du gouvernement.

Le peuple demande, selon nous, moins que des textes t des organismes chargés de veiller à son traitement et à sa protection, que l'on prenne soin davantage de lui donner cette « sécurité » essentielle et primordiale qu'est la sécurité du pain quotidien.

EST-CE LE DÉBUT DE L'OFFENSIVE ?

On sait que la Chambre syndicale des médecins de la Seine devançant la décision adoptée par la Confédération le 30 mars dernier, a refusé de signer une convention avec l'Union des Caisses de la région parisienne. Ou plutôt, continuant à appliquer les règles posées par la Convention conclue par le Conseil départemental de 1942, la Chambre syndicale n'a point estimé nécessaire de modifier les bases de relations qui jusqu'à maintenant lui avait donné satisfaction.

Faut-il établir un lien entre cette attitude et la récente décision de l'Union des Caisses qui aurait signé avec la Croix-Rouge un accord mettant pratiquement les dispensaires de cette dernière entre les mains des Assurances Sociales, afin de dispenser des soins gratuits à leurs ressortissants ? La chose ne paraît point improbable. Il est beaucoup question aujourd'hui d'abattre le pouvoir de l'argent.Ce fameux pouvoir semble surtout avoir changé de mains.

Ces faits au reste ne sont point récents. Ils seraient même antérieurs à la décision de l'Assemblée Confédérale. Les négociations des Caisses avec la Croix-Rouge auraient donc été menées parallèlement aux prises de contact avec le Corps médical parisien.

La menace mérite d'être prise au sérieux et montre que contrairement à ce que certains avaient avancé, les difficultés techniques et matérielles actuelles ne sont pas un obstacle insurmontable à la prise en charge du service médical par les organismes assureurs.

Une leçon doit en être tirée pour l'avenir, (c'est-à-dire pour le temps où une loi réformée ne mettra plus obstacle à la conclusion souhaitable des Conventions Syndicats-Caisse) : c'est qu'une convention de ce genre n'a de sens que si les Caisses consentent à limiter leur activité en matière de dispensaire, ou plutôt à la subordonner à l'accord — mieux même



PASSIFLORINE

Le médicament des cœurs instables

La PASSIFLORINE
par sa composition atoxique
PASSIFLORE, AUBÉPINE, SAULE
est un calmant
du Système végétatif
et un
Régulateur toni-cardiaque

La PASSIFLORINE
est le grand remède phytothérapique
de l'Eréthisme cardiaque
avec
Palpitations et Tachycardie

Laboratoire G. RÉAUBOURG, Dr en Phie
115, Rue de Paris - BOULOGNE-sur-SEINE

à la coopération du Syndicat signataire. Nous l'avons déjà dit — et nous nous excusons de nous répéter — la Convention-type était à cet égard notoirement insuffisante. L'expérience actuelle ne doit point être inutile.

LA NON-SIGNATURE DES CONVENTIONS ET LES TARIFS DE MÉDECINE SOCIALE.

La décision prise par l'ensemble du Corps médical de différer la signature des Conventions avec les Caisses n'est pas sans avoir des répercussions sur d'autres domaines que les A.S. et sans soulever de délicats problèmes que la Commission intersyndicale de la Seine a étudiés récemment — mais non point résolus —. Les deux principaux concernent le *Tarif des accidents du travail*, et les honoraires des *médecins d'entreprise*.

Voici comment juridiquement se présente la question : l'article 1er de l'arrêté du 25 septembre 1945 modifiant le tarif A.T. posait le principe de l'application en ce domaine des « tarifs homologués en vertu de l'Ordonnance du 3 mars », en matière d'assurance-maladie. On connaît la fortune de ce texte mort-né. Sa disparition rendait-elle donc inapplicable le tarif A.S. aux accidentés du travail ? En aucune manière heureusement. Le principe de cette disposition a été repris dans l'article 8 de l'Ordonnance du 14 octobre 1945 codifiant la législation en matière d'A.T. dans le cadre général de la sécurité sociale. « La Caisse paie directement, nous dit cet article, d'après les *tarifs applicables en matière d'assurance-maladie.* » Remarquons qu'il n'est nullement nécessaire que ces tarifs soient conventionnels. Il faut et il suffit qu'ils aient été établis selon l'une des modalités prévue par l'article 10 de l'ordonnance sur les assurances sociales, et notamment qu'ils aient été fixés par la Commission nationale tripartite.

Actuellement c'est par cette voie que seront donc déterminés (à défaut de convention) les tarifs de l'assurance-maladie. Tant que cette détermination ne sera pas intervenue, subsisteront les dispositions transitoires de l'arrêté du 25 septembre : 40 francs la visite ou la consultation — majoration de 100 % — application de la nomenclature spéciale aux A.T. (le tout sous réserve du plafond des tarifs de responsabilité locaux).

Pour l'applicabilité du tarif A.S. (et par suite de la nouvelle nomenclature) au domaine des A.T., une autre condition est également requise : la publication d'un arrêté ministériel fixant les conditions spéciales de ce recours au tarif A.S. Nous sommes donc, on le voit, pour quelque temps encore dans le régime transitoire actuel. Mais ce n'est pas la signature des Conventions qui met obstacle au principe du tarif unique prévu par la loi !

Quant aux honoraires des médecins d'entreprise, ils ont été fixés par un arrêté du ministre du Travail du 15 mars 1946 par référence à la valeur de la consultation d'après le tarif A.S. Cependant par suite de ce que nous voulons croire être une erreur matérielle, il n'a pas été fait référence, comme en matière d'accidents du travail, au tarif applicable en matière d'assurance-maladie », mais (art. 3) au « tarif fixé dans chaque département par la convention intervenue entre le Syndicat et la Caisse et approuvé par la Commission nationale ». En sorte

Pour drainer
la vésicule biliaire
DAMICOL
liquide
Sulfate de Magnésie
Peptone
Extrait de Bouillon
2 cuillerées à café le matin à jeun
dans une tasse d'eau chaude
ROUSSEL
LES LABORATOIRES ROUSSEL
Institut de Sérothérapie Hémopoïétique
97, rue de Vaugirard, Paris-6e - Tél. Littré 66-22

INTESTARSOL
Granulé
TOXI INFECTION INTESTINALE
PARASITOSES
Laboratoire H. CALAS
162, Rue de l'HAY
GENTILLY (Seine)

que la décision (légale, répétons-le) des Syndicats de différer la signature des conventions paralyserait le jeu du nouveau texte et brimerait, on ne sait pourquoi, les médecins du travail. Nous demandons donc que soit rectifiée cette absurdité et qu'une modification de l'arrêté fasse référence au tarif de l'assurance-maladie quelle que soit l'autorité qui l'ait établi.

LA VOITURE DU MÉDECIN.

Nous *avons reçu la lettre suivante* :

Je me permets de vous faire part de nos doléances qui sont communes à beaucoup de médecins en ce qui concerne l'irritante question du remplacement des voitures réquisitionnées. Je suppose que, partout ailleurs, les solutions qui devraient y remédier sont les mêmes.

1° *Le marché d'occasion libre ;* au prix de l'Argus : pas de voitures ; au marché noir, une 11 CV traction se négocie jusqu'à 300.000 fr., une V 8 21 CV, 350.000 fr. ; une 402 B de 280.000 à 350.000 fr. J'entends voitures révisées et équipées de pneus et d'accus.

2° *Les Domaines ;* seuls les amis pouvaient se servir, et encore le plus souvent avec des bank-notes ; aujourd'hui, pour éviter les « commissions coûteuses », la Production industrielle bloque toutes les voitures venant de l'armée et les distribue aux prioritaires, mais seulement après leur « remise en état » par les garagistes qu'il faut bien aider. La voiture achetée 30.000 fr. est revendue entre 150.000 et 250.000 fr., à cause des réparations ; exemples : deux V 8 11 CV sans moteur, ni boîte de vitesses, ni sièges, ni radiateur, ni roues, et toit défoncé. Ne serait-il pas plus simple de nous donner des voitures neuves ? Enfin, le garagiste devient le propriétaire de la voiture et émet la prétention de la vendre à qui bon lui semblera, c'est-à-dire au plus offrant ; est-ce bien le moment de vouloir bloquer les honoraires ? Sans doute toutes les voitures ne sont-elles pas dans cet état, mais le plus clair de la question depuis que je l'étudie consiste à faire empocher un gros bénéfice au garagiste, la nature exacte et l'importance des réparations, l'achat des pièces « au noir » étant difficilement évaluables, et des vols étant souvent commis entre l'expertise et l'arrivée de la voiture au garage.

3° *Les voitures neuves* et leur attribution constituent, je le crois, un problème complexe ; la part primordiale réservée à l'exportation exclue-t-elle tous les passe-droits, et l'attribution grotesque des 83 voitures aux médecins de France n'est-elle pas la preuve de l'injustice que nous endurons ? Vous serait-il possible de nous défendre auprès des Pouvoirs publics ? Maintenant, comme auparavant, est-ce que ce ne sont pas ceux qui crient le plus fort qui ont satisfaction ? Voyez les cafetiers et les tenanciers des maisons closes ?

Croyez bien que ma lettre est inspirée par une exaspération contenue depuis plusieurs mois ; si les médecins étaient des trafiquants à leurs heures de loisir, de tels problèmes ne se poseraient pas, car ils n'en seraient pas à 100.000 ou 150.000 fr. près !

AÉROCID Aérophagie Aérocolie
CACHETS ET COMPRIMÉS

AQUINTOL Coqueluche Toux spasmodique
EN GOUTTES

HEP'ACTI Méthode de Whipple et de Castle Tréphones embryonnaires amino-acides
anciennement HEPASÉRUM
AMPOULES DE 10 cc.

OPOCÉRÈS Simple et vitaminé Fortifiant biologique général
AMPOULES BUVABLES
COMPRIMÉS FRIABLES

LABORATOIRES DE L'AÉROCID
20, rue de Pétrograd, PARIS (9e)



CRINEX stimule
EXTRAIT OVARIEN TOTAL STANDARDISÉ
OREX équilibre
EXTRAIT ORCHITIQUE TOTAL STANDARDISÉ
FRÉNOVEX freine
EXTRAITS MAMMAIRE ET LUTÉINIQUE
la fonction ovarienne
LABORATOIRES CRINEX-UVÉ
1, AVENUE DU DOCTEUR LANNELONGUE, PARIS (XIVe)

CORRESPONDANCE

AIDE MEDICALE TEMPORAIRE

5063. — **Aide Médicale Temporaire et Assurances sociales.**

Auriez-vous la bonté de me donner quelques renseignements sur la question suivante : Quelles sont les conditions d'admission des rapatriés d'Allemagne dans les hôpitaux ?

L'administration de l'hôpital semble confondre A.M.T. et A.M.G. ; si bien que tous les malades se présentant avec un carnet d'A.M.T. bénéficient de tous les avantages de l'A.M.G. Je dois ainsi opérer gratuitement toutes les appendicites aiguës, etc., qui n'ont rien à voir avec des affections qui ont pû être contractées pendant le séjour en Allemagne. Bien entendu, je ne voudrais pas demander d'honoraires à des rapatriés, mais ce que je voudrais, c'est qu'ils sachent que si je les opère gratuitement, c'est par dévouement, car je ne suis pas du tout obligé de le faire. Ces rapatriés semblent croire, et ils sont de bonne foi, que tous les soins doivent leur être donnés gratuitement, soit pour des affections chroniques contractées pendant leur séjour en Allemagne, soit pour des affections intercurrentes aiguës ; ce qui n'est pas du tout normal.

Dr H.

Réponse

Vous avez parfaitement raison de vous refuser à opérer sous le régime de l'A.M.G. les rapatriés d'Allemagne.

L'Ordonnance du 26 mai 1945 qui a institué une aide médicale temporaire en faveur des prisonniers, déportés rapatriés, a nettement indiqué, au contraire, que ces rapatriés ne devaient pas être considérés comme des assistés.

L'article 3 de cette ordonnance a prévu que les bénéficiaires de l'aide médicale temporaire peuvent être admis dans les hôpitaux et sanatoria publics et dans les établissements créés à cet effet par les préfets.

L'article 4 dispose que les frais d'hospitalisation sont décomptés sur la base des prix de journée déterminés selon les règles de la législation hospitalière, et que les honoraires des médecins, chirurgiens, etc., sont réglés au praticien (depuis l'abrogation de l'Ordonnance du 3 mars 1945) sur la base du tarif de responsabilité de la Caisse départementale d'assurances sociales, frappé d'un abattement de 20 %. Les honoraires ainsi réglementés sont évidemment, non seulement ceux relatifs à des actes dispensés en clientèle courante, mais aussi ceux relatifs à des actes dispensés à l'hôpital.

L'article 5 dispose que toutes les sommes dues en application de l'article 4 sont liquidées et mandatées par les préfets, sur mémoires ou relevés d'honoraires à eux adressés.

Ces dispositions sont relatives aux rapatriés non assurés sociaux.

Il est évident qu'a fortiori les rapatriés bénéficiaires du régime des A. S. ne doivent pas être considérés comme des assistés, mais que, comme assurés sociaux, ils ont droit, suivant le droit commun de leur régime, aux mêmes prestations que leurs collègues non assurés sociaux, le paiement de ces prestations étant en définitive assuré, non pas par le service préfectoral, mais par les Caisses d'assurances sociales selon les modalités prévues pour les assurés sociaux indigents (articles 7 et 8 de l'Ordonnance du 26 Mai).

Donc, vous devez indiquer à la Commission adminis-

VITADIASE
PRODUIT NATUREL
INOSITO de Ca - Mg PHOSPHATE
COMPLEXE VITAMINES B

Equilibre la santé
CACHETS - DRAGÉES - GRANULÉS
LABORATOIRES GEORGES TIXIER - 18 RUE HAMELIN - PARIS-16e

HYPERCHLORHYDRIE
TOUTES DOULEURS GASTRIQUES
GASTROSEDYL
GOUTTES
Le grand remède de toutes les GASTRALGIES
COMPOSITION INCHANGÉE
Teinture Dausse de belladone..... 46
Teinture Dausse de jusquiame..... 20
Liqueur ammoniacale anisée..... 20
Bromure de Sodium.. 13
Phosphate de codéine: 1
Antispasmodique certain
Régulateur de l'acide gastrique
Sédatif à effet immédiat
POSOLOGIE
10 à 30 gouttes dans un peu d'eau sucrée après les repas et au moment des douleurs
LABORATOIRES J. LANDRIER
— Coulange-sur-Yonne (YONNE) —

trative ou à la direction de votre hôpital qu'elle a à transmettre au Service préfectoral compétent tous vos mémoires d'honoraires pour interventions par vous pratiquées sur les rapatriés, honoraires qui devront être calculés selon la nomenclature des Assurances sociales, sur la base du tarif de responsabilité de la Caisse départementale de la Haute-Marne, diminué de 20 %. Ces honoraires devront vous être réglés par les soins de la préfecture qui, soit vous les fera parvenir directement, soit, plus vraisemblablement, les versera à la Caisse de l'hôpital qui devra vous les transmettre ensuite. Ces mémoires d'honoraires doivent être établis par vous non seulement pour les rapatriés assurés sociaux, mais aussi pour les rapatriés non assurés sociaux, conformément aux termes de l'Ordonnance dont nous vous avons rappelé quelques extraits.

Veuillez nous tenir au courant des suites de vos démarches, car la question est des plus intéressantes.

★

APPLICATION DES TARIFS

ACCIDENTS DU TRAVAIL.

356. — **La majoration de 100 % pour les interventions.**

J'ai recours à vous pour me donner votre avis autorisé au sujet d'un différend qui a surgi entre une Compagnie d'assurances et moi-même. Voici les faits :

Le 18 octobre 1945, j'opère un blessé abdominal, victime d'un accident du travail sur un chantier. Laparotomie, éclatement du foie (rupture de 20 cm. environ sur le bord convexe) et déchirure presque totale du grand épiploon. Je fais des points séparés au catgut sur le parenchyme hépatique et resèque le grand épiploon : je compte sur ma note d'honoraires (tarif de 1945 soit 100 % d'augmentation sur 1939), 2.480.

L'opération a eu lieu vers 23 heures. En 1939, toute opération faite la nuit donnait droit à une majoration de 25 %. En vertu de l'arrêté du 25 septembre 1945, cette majoration à mon sens est portée à 50 %. Et c'est ici que la Compagnie n'est pas d'accord avec moi : elle veut bien régler les 2.480 francs, mais ne veut payer qu'une majoration de 25 %, soit 620 fr. pour le tarif de nuit, alors que j'estime qu'elle me doit 1.240 fr. Devant mon refus, elle porte et je suis en accord avec elle, le différend devant une Commission d'arbitrage. Elle prétend avoir consulté la Fédération des Syndicats médicaux qui confirme, d'après elle, sa façon d'interpréter l'arrêté du 25-9-1945. J'avoue ne pas comprendre...

Dr V.

Réponse :

La majoration de 100 % se fait pour les interventions, mais non pour la structure interne du tarif.

Ainsi, les visites de nuit sont triplées et sextuplées par exemple. De même la majoration de 25 % pour intervention de nuit (art. 8) ne peut devenir une majoration de 50 %, en théorie du moins, car en pratique cela revient presque au même. Prenons un exemple. Telle intervention est tarifée 1.000 fr. : faite de nuit et majorée de 25 % cela fait 1.250 fr. Lesquels 1.250 fr. établis d'après le tarif de 1939, devant être majorés de 100 % font bien 2.500 fr.

Donc la majoration de nuit se trouve ipso facto *majorée puisque la majoration de 100 % s'applique en bloc au prix porté d'après le tarif de 1939 que nous avons supposé en l'espèce être de 1.000 fr. pour prendre un exemple facile à comprendre.*

Dr F. DECOURT.

GYNOPLIX
COMPRIMÉS VAGINAUX
★
Toutes leucorrhées
Vaginites
à trichomonas
THERAPLIX
98, RUE DE SÈVRES, PARIS-VII•

MÉDICAMENT DES ANGOISSÉS DU CŒUR
PRODUIT PHYTOTHÉRAPIQUE
EUPHYTOSE
Deux formes : Solution, Comprimés
LABORATOIRE MADYL
14, Rue de Miromesnil, PARIS (8e)

FURONCULOSE
DERMATOSE
ALLERGANTYL
MILUC
Solution et Pommade

380. — 1° **Pansements.** — 2° **Plafond.**

J'ai l'honneur de demander au *Concours Médical* de vouloir bien m'éclairer sur les points suivants concernant le nouveau tarif transitoire en matière de traitement aux accidentés du travail.

1° Quand un médecin a traité un blessé par *une série de pansements*, comment doit-on interpréter le tarif ? *Article 2. § C. : les autres prix fixés par l'arrêté du 5 mai 1939 sont affectés d'une majoration de 100 %,*

Doit-on compter par pansement :
— Une consultation : 40 fr. (nouveau tarif).
— Ou un pansement 17 fr. ancien tarif × 2 = 34 fr.
ou, en tenant compte de la restriction suivante :

« *Toutefois, les prix ainsi majorés ne peuvent dépasser les prix correspondants figurant au tarif de responsabilité de la caisse départementale des Assurances sociales dans la circonscription de laquelle sont donnés les soins* », PC 0,75 = 35 × 0,75 = 26 fr. 25?

La difficulté d'interprétation vient de ce que dans la nomenclature des accidents du travail *le pansement, simple n'est pas tarifé*, il s'incorpore à la consultation, alors que dans celle des Assurances sociales, il est tarifé (PC 0,75 quand il est fait en série).

Si l'on doit toujours considérer le pansement comme incorporé à la consultation, le prix en est évidemment de 40 fr.

2° Ancien tarif :

Pansement à 1 doigt.....	17 fr.
Pansement à 2 doigts de la même main.....	22 fr. (Art. 16)
Mais on n'a pas prévu :	
Incision à un doigt	25 fr. (Art. 17)
Pansement au doigt voisin	?

Il semblerait qu'on doive compter 5 fr. de majoration, soit 10 fr. au dernier tarif, par analogie avec l'article 16. Le cas vient de se présenter pour moi ; puis-je compter : (25 + 5 = 30) × 2 = 60 fr. ?

3° En faisant une note, je me trouve en face d'une conséquence paradoxale :

Pansement d'un doigt de la main droite, avec pansement d'un doigt de la main gauche.

L'article 16 dit : 17 fr. chacun, soit 34 fr. avec le 100 %, soit 68 fr. pour les deux.

Mais alors joue la restriction par comparaison aux prix de l'Assurance sociale : un pansement en série : P.C. 0,75 = 26 fr. 25 pour le premier ; et l'autre

$$\frac{\text{P.C. } 0{,}75}{2} = \frac{26{,}25}{2} = 13 \text{ fr. } 125$$

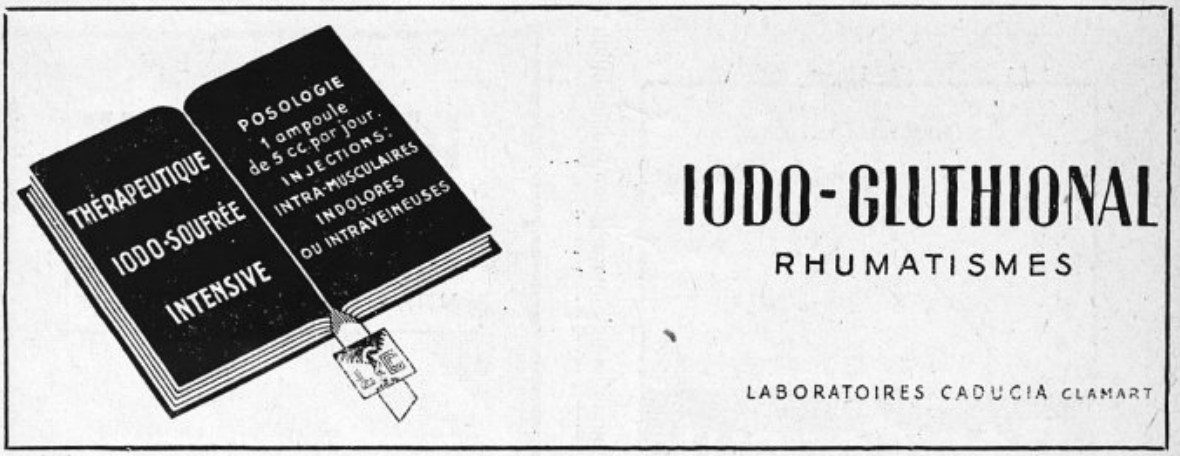
et les autres, s'il y en a, gratuits ; de sorte que je dois facturer ma note 26,25 + 13,125 = 39 fr. 375, c'est-à-dire moins cher que si je n'avais fait qu'un seul pansement, au cas où celui-ci serait payé 40 fr.

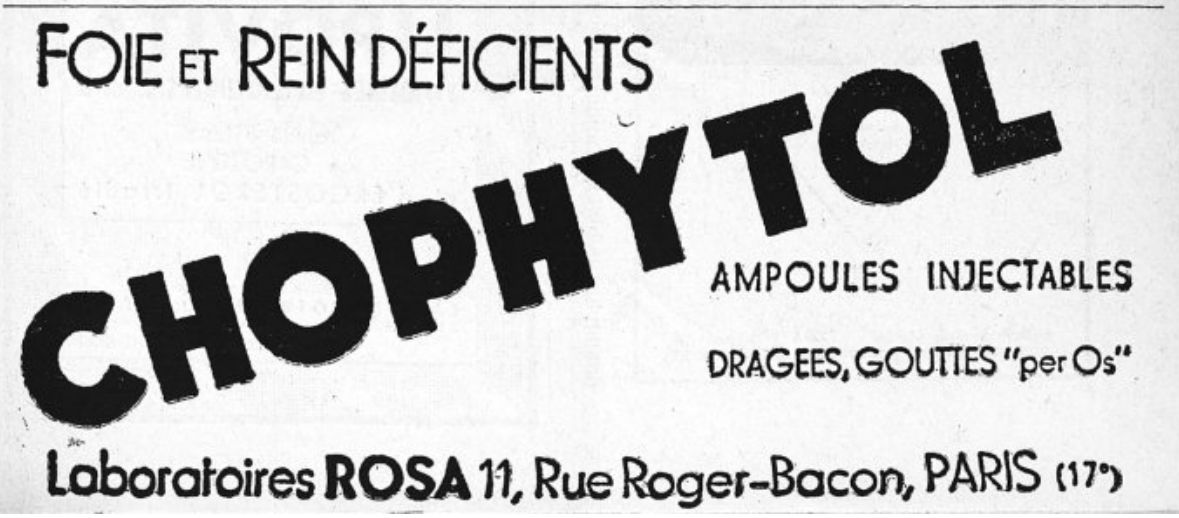
Et cependant, le tarif des Accidents du Travail dit : 17 fr. *chacun*. Dois-je facturer : 26 fr. 25 + 26 fr. 25 = = 52 fr. 50 sans tenir compte de la réduction de moitié imposée par l'Assurance sociale sur le deuxième pansement? Et si j'ai fait trois ou quatre interventions dois-je faire gratuitement la troisième et la quatrième, conformément au tarif de l'Assurance sociale? Dr S.

Réponse :

1° *Il n'y a pas dans le tarif A.T. de « prix de pansement », celui-ci étant compris (art. 1er) dans le prix de la visite ou consultation. Il n'y a d'inscrits spécialement sur le tarif que les « pansements multiples » (art. 16). Vous n'avez donc qu'à compter visite ou consultation suivant le cas à 40 francs.*

2° *Quant au plafond correspondant à l'alinéa spécial portant référence au tarif de responsabilité des Caisses*





comme il y a 89 plafonds différents suivant les tarifs d'A.S. départementaux, je n'ai pas la possibilité d'entrer, de Paris, dans de telles questions qui diffèrent pour chaque département français. Faites votre compte suivant le tarif, mais il me semble que si la Caisse veut vous opposer le plafond, c'est à elle qu'il appartient de fournir les chiffres justifiant ses demandes de réduction. *Tel est du moins mon avis personnel.*

3° *En cas « d'incision à un doigt, plus pansement au doigt voisin, vous avez à compter seulement l'intervention et non en plus la consultation (avec ou sans pansement, c'est la même chose : voir Art. 1er). Ce serait pratiquer le cumul interdit par l'article* 13. Dr F. DECOURT.

HOPITAUX PUBLICS

5387. — **Commission administrative d'hôpital. Désignation du représentant du Corps médical.**

Pouvez-vous me dire quel est *actuellement* l'organisme qui désigne dans la Commission des hospices le représentant du Corps médical ?

Est-ce le Syndicat ?

Est-ce l'Ordre des médecins?

Est-ce le Conseil départemental des médecins de la Résistance ?(que je crois aujourd'hui défunt). Dr D.

Réponse

Actuellement, *depuis l'ordonnance du* 15 *juin* 1945 *qui a modifié la composition des Commissions administratives et le mode de désignation de leurs membres, c'est le Préfet qui nomme le représentant des médecins sur présentation d'une liste de noms établie* par le Conseil Départemental des Médecins. *Cette liste doit comprendre au moins trois noms pour chaque poste de représentant du Corps médical.*

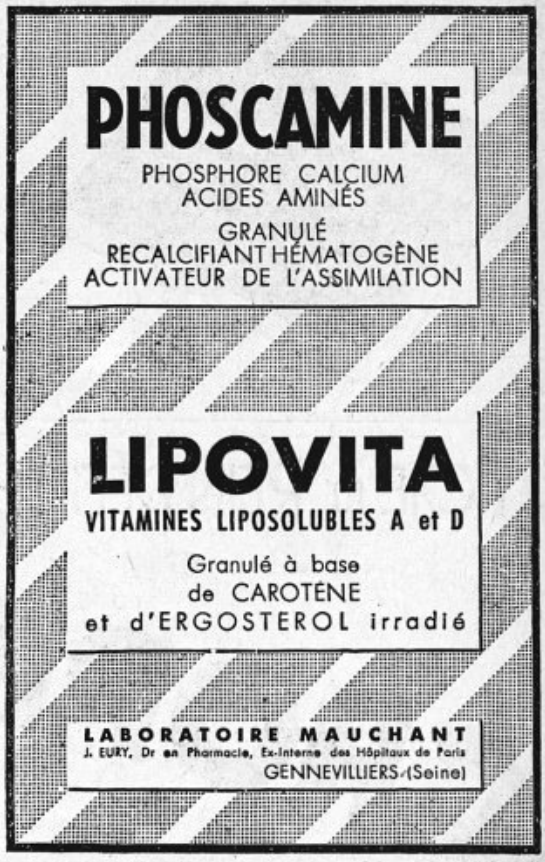
Voilà la situation légale, extrêmement critiquable depuis la reconstitution des syndicats médicaux et contre laquelle la Confédération des Syndicats a protesté. La présentation au choix du Préfet des trois noms parmi lesquels sera désigné par lui le représentant médical est évidemment du ressort du Syndicat. La protestation de la Confédération avait, paraît-il, reçu accueil favorable au Ministère de la Santé. Un communiqué dans ce sens, publié dans le Concours Médical *du* 10 *octobre, l'avait tout au moins laissé entendre. Mais de divers côtés, il nous est signalé que des préfets font obstacle à l'exécution de la circulaire ministérielle dont la Confédération avait obtenu l'envoi par le Ministère de la Santé aux préfets. Les uns prétendent n'avoir pas reçu cette circulaire ; les autres prétendent n'avoir pas à y obtempérer. C'est ce qui se passe notamment dans l'Aude.*

Nous avons alerté à ce sujet le Dr CIBRIE, *qui nous a dit, à la date du* 30 *novembre, devoir rencontrer le directeur de l'Assistance et avoir l'intention de lui signaler que certains préfets négligent d'exécuterles circulaires.*

Voilà l'état actuel de la question : légalement, c'est au Conseil départemental de proposer au choix du préfet, en fait, officieusement, ce serait au Syndicat. Mais il n'empêche qu'en cas de résistance du préfet à l'exécution de la circulaire, il n'y a pas à l'heure actuelle, dans l'état de la législation, moyen de le contraindre à s'adresser au Syndicat plutôt qu'au Conseil départemental pour obtenir la liste des noms parmi lesquels il fera son choix.

La législation hospitalière est, en ce moment-ci, sur le point d'être révisée. Il est à espérer que le nouveau texte tiendra compte des démarches faites par la Confédération et reconnaîtra l'intervention du Syndicat dans la procédure de nomination des représentants du Corps médical au sein de la Commission administrative.





CONNAITRE
CAHIERS D'HUMANISME MEDICAL

3e CAHIER : ÉDUCATION ET MÉDECINE

SOMMAIRE

Editorial (Biancani). — Les stades du développement physique et psychique de l'enfance (Cathala). — Déséquilibre du caractère et tempéraments (Heuyer). — Les troubles de l'affectivité (Boutonier). — La rééducation des déficients intellectuels (Dublineau). — Les anomalies de la volonté (Launay). — Retour à l'équilibre (Lhermitte). — Les méthodes nouvelles d'éducation (Bertier). *Chroniques : Les courants de pensée :* vers Montaigne. — *Science* : Les isotopes en biologie et en médecine. — Le médecin entomologiste (Barthe). — Les cactées. — Les livres d'art (Mornand). — Aristote musicien (Berger). — La place du cinéma d'amateur (Boyer). — *Bibliographie. — Revue des Revues.*

Prix : 1 Cahier de 112 pages sur papier couché et sur glacé : 150 francs.

RAPPEL. — *Cahier* n° 2 : « Peuples, Familles et Médecine ». Prix 150 francs.

SOUSCRIPTION A 4 CAHIERS : 500 fr.

Souscriptions et envois de fonds au Concours Médical, 37, rue de Bellefond, Paris-9e. Ch. Postaux Paris 167-95.

DEMANDES ET OFFRES

N° 214. — Doct. désir acheter, appareil scopie-graphie récent, bon état de fonct .et matériel access., gants, tablier, cuves, etc. Ecr. journ. qui trans.

N° 215. — A vendre : nombr. livres médic., ophtalm. et instrum. ophtalm. et chirurg. Appareil à haute fréquence Heitz-Boyer. S'adr. Mme Fouassier, 1, rue Childebert, à Lyon.

N° 216. — Confr. recomm. personne très sérieuse et dévouée qui prendr. en pension fillette de 4 à 5 ans. Pays agréable et bien situé.

N° 217. — Jeune méd. anc. int. mais. matern. nation. très au cour. client., cherche poste accouch. ou médec. génér. ville province (de préf. Sud-Ouest ou rég. paris.). Possibil. échanger appartem. 4 pièces pr à Paris.

N° 218. — A céder rais. de santé. Grosse client. médic. 80 km. de Paris. Urgent. Ecr. journ. qui transm.

N° 219. — A vendre. Table du Dr Vacheron pour cure varices, gynécol. et pansements. Dr Bordet, à Essarois (Côte-d'Or).

N° 220. — Céderai client. thermale dans ville d'eau du Sud-Est, cabinet installé et appartem. à louer, pour cause repos. Urgent.

N° 221. — A céder cause décès. Pays Basque, bon cabinet médic. et dentaire, conviendrait à médecin-stomatol., maison avec jard. Ecr. Mme Jean Fréguel, à Louhossoa (B.-P.).

N° 222. — Stomatol. ou chirurg. dentiste demandé. Ecr. Directeur Ecole dentaire, 110, rue Coulmiers, à Nantes.

N° 223. — A vendre : 1° Appareil Diathermigène ; 2° Appareil Electro-Thérapie, tous courants, Walter.

N° 224. — Le Dr Brissaud de Pont-de-Beauvoisin (Isère), recherche l'Histoire de France illustrée, depuis les origines jusqu'à la Révolution, par Ernest Lavisse. Libr. Hachette, 18 vol.

N° 225. — Jeune profess. excell. famille, désire entrer comme précepteur dans bonne maison, région montagnes, si possible. Confiance, durée illimitée.

N° 226. — Médecin biolog. gr. ville Ouest cherche assistant médec. spécialis. labo. Possibil. logement. Sér. référ. exigées.

Gérant : J. MIGNON
Février 1879
Lang, Blanchong et Cie, 30, rue du Poteau - Paris (18e) — 31.1040
Dépôt légal : N° 8
2e trimestre 46

OPOTHÉRAPIE ASSOCIÉE

PANCRÉPATINE
LALEUF
CAPSULES GLUTINISÉES

DIABÈTE

6 A 12 CAPSULES PAR JOUR
(AU COURS DES REPAS)
SUIVANT PRESCRIPTION MÉDICALE

LITTÉRATURE
LABORATOIRES LALEUF
51, RUE NICOLO . PARIS-16e

GRIMAULT

DELBIASE

Stimulant biologique général
Dermatoses - Prophylaxie du Cancer

LABORATOIRES GRIMAULT
51, RUE FRANÇOIS-Ier - PARIS

Vaccin contre la VARIOLE

Service Vaccinal du « Concours Médical »
assuré par

L'INSTITUT DE VACCINE
8, Rue Ballu
PARIS (IXe)
Téléph : TRInité 46-15

Boldolaxine

LABORATOIRE EMILE CHARPENTIER
7, RUE DU BOIS DE BOULOGNE PARIS. XIVe

NÉOSPLÉNINE



LA 1E SYNERGIE
A BASE D'EXTRAITS
DE RATE-FOIE
MUQUEUSE GASTRIQUE

TOUTES DÉFICIENCES ORGANIQUES

LABORATOIRE DU DOCTEUR E. AUBERT
71, RUE STE-ANNE - PARIS 2e

VALS SOURCE LA REINE

ARTHRITISME - DYSPEPSIE
DIARRHÉE INFANTILE
GASTRO-ENTÉRITES
DIABÈTE

—

Cure de boisson dans les
Maladies infectieuses

—

Eau de table
remarquable

—

Sté VALS-REINE
à Vals-les-Bains
(Ardèche)

On désinfecte

avec le

FUMIGATOR

GONIN

60, Rue Saussure
PARIS (17e)

68e ANNÉE — N° 18 — 4 MAI 1946

LE

CONCOURS MÉDICAL

37, RUE DE BELLEFOND - PARIS (9e) - TRU 33-66

379a-381

SOMMAIRE

PARTIE SCIENTIFIQUE.

L'ACTUALITÉ PROPHYLACTIQUE. — Notre état sanitaire impose d'urgence un meilleur ravitaillement (G. FISCHER) 409

CONFÉRENCES MÉDICALES GENEVOISES. — Le Traitement de l'Hyper-thyroïdisme par les dérivés de Thio-urée (G. BICKEL) 413

LES SOCIÉTÉS SAVANTES, 414. — LA PRESSE, 415.

PARTIE PROFESSIONNELLE.

PROPOS DU JOUR. — Les Journées Médicales Tunisiennes (G. LAVALÉE) .....

ACTUALITÉ PROFESSIONNELLE. — Considérations d'architecture médicale (Dr JODIN) 418

Autour d'une question : Signer ou ne pas signer ? (Dr P. DELIB) 420

La Nouvelle Nomenclature (Dr F. DECOURT) .. 421

Les Patrons ou le triomphe des couleurs (Pierre MAURIAC) 422

CHRONIQUE DE L'AUTOMOBILE. — L'entretien des batteries d'accumulateurs (Henri PETIT) 423

DEMI-COLONNES.

DERNIÈRES NOUVELLES, 402. — A TRAVERS L'OFFICIEL, 405. — ECHOS ET COMMENTAIRES, 425. CORRESPONDANCE, 428.

DIGITALINE NATIVELLE

Une nouvelle forme

NAIODINE SURACTIVEE

B forte

Vitamine B_1 = 25 mgrs. pour 10 CC

Laborat. Jacques LOGEAIS, Issy-les-Moulineaux, PARIS

Silicyl

Médication de BASE et de RÉGIME des ÉTATS ARTÉRIOSCLÉREUX et des carences siliceuses

18, Rue Ernest-Rousselle - PARIS-13e

Toux *Coqueluche*

ÆTHONE

Laboratoire de l'ÆTHONE 35, rue Boissonnade. PARIS (XIVe

Antianaphylaxie polyvalente

PEPTALMINE

Migraine - Urticaire
Eczéma - Asthme

Lab. SCIENTIA
Dr PERRAUDIN
21, rue Chaptal, PARIS

OUABAINE ARNAUD

DERNIÈRES NOUVELLES

A nos lecteurs.

Par décision officielle en date du 12 avril, le « Concours Médical » est autorisé à reprendre sa périodicité hebdomadaire normale à partir du présent numéro.

Nous espérons que cette perspective causera à nos fidèles abonnés et amis la même joie qu'à nous-mêmes et qu'elle est le présage d'un rétablissement trop longtemps attendu dans les restrictions dues à la guerre.

Faculté de médecine de Paris.

Un *cours supérieur de gynécologie et de biologie appliquée* sera fait à la Clinique gynécologique de l'hôpital Broca, sous la direction du professeur Mocquot, du 3 au 29 juin 1946. Droit : 700 fr. S'inscrire au Secrétariat de la Faculté.

Hôpitaux de Paris.

Un *concours* pour la nomination à une place de *gynécologue-accoucheur* des hôpitaux de Paris aura lieu le 19 juin 1946. Inscriptions, 3, avenue Victoria, du 20 mai au 3 juin 1946.

Médecins-examinateurs chargés du contrôle médical dans les lycées, collèges, écoles techniques.

La Commission instituée par l'arrêté du 20 novembre 1945, siégeant dans chaque Académie auprès du Recteur, se réunira prochainement à l'effet d'examiner les titres des médecins candidats aux fonctions de médecins-examinateurs dans les établissements d'enseignement du second degré et technique (lycées, collèges, écoles techniques).

Les désignations seront faites pour un an et renouvelables.

Tous les postes actuellement pourvus devant être déclarés vacants au 30 septembre 1946, les médecins actuellement en fonction doivent faire une nouvelle demande.

Les candidatures seront reçues jusqu'au 25 mai 1946, au Rectorat d'Académie (Inspection Régionale de l'Hygiène scolaire et universitaire), sauf pour l'Académie de Paris, où les demandes pourront être adressées directement 5, rue Auguste-Vacquerie, Paris (16e).

La présente note vise les médecins du Contrôle médical à l'exclusion des médecins d'internat.

Pour les orphelins du Corps médical.

Une « Garden-Party » sera donnée le dimanche 19 mai dans le cadre de la Maison des Alliés, 33, faubourg Saint-Honoré, à 16 heures, au profit des Orphelins du Corps Médical, secourus par la F.E.M.

Attractions de qualité, vedettes du théâtre, de la danse et de la radio. Thé dansant, défilé de mannequins de Haute Couture, Vente aux enchères à l'américaine, etc., etc... Entrée : 250 francs.

Chambre Syndicale des médecins de la Seine.

I. — Ravitaillement.

Les Médecins de la Seine, émus de l'état de santé de plus en plus précaire qu'ils constatent dans l'ensemble de la population, diminution de résistance aux infections qu'ils observent principalement chez les enfants, chez les vieillards, et d'une manière générale chez tous les isolés qui ne bénéficient pas des avantages accordés aux diverses collectivités, protestent énergiquement auprès des pouvoirs publics contre les scandales croissants du ravitaillement.

La prolongation des restrictions alimentaires pendant plusieurs années consécutives met en danger l'avenir de la nation représenté par ses plus jeunes générations.

La Chambre Syndicale des Médecins de la Seine demande au Ministre de la Santé et de la Population de prendre d'urgence en mains la défense de la Santé publique pour améliorer la situation alimentaire des populations urbaines, gravement menacée par le régime de famine (1.320 calories, au lieu de 2.200).

II. — Limitation des débits de boisson.

La Chambre Syndicale des Médecins de la Seine,

Constate qu'au moment où les aliments les plus nécessaires manquent à la population et notamment

Thérapeutique artérielle et cardio-rénale

Artères
Spasmes artériels. Hypertension
TENSÉDINE 2 comprimés au début de chacun des 3 repas.
Sclérose vasculaires et viscérales
IODOLIPINE 1 capsule 2 ou 3 fois par jour, aux repas.

Cœur
Syndromes coronariens, Angor, Infarctus, Palpitations, Algies précordiales
COROSÉDINE 2 comprimés 2 ou 3 fois par jour, au début des repas.
Crises angineuses
TRINIVÉRINE 2 à 3 dragées à quelques minutes d'intervalle. Maximum : 10 par jour.

Reins
Insuffisance cardio-rénale, Oligurie
DIUROPHYLLINE 2 à 4 comprimés par jour, à la fin ou dans l'intervalle des repas.

MONAL, DOCTEUR EN PHARMACIE - 13, Avenue de Ségur, PARIS

GASTRHÉMA
CONTRE LES ANÉMIES
ASTHÉNIE - ANOREXIE - HYPOPEPSIE
17, Avenue de Villiers — PARIS (17e)
EXTRAIT DE MUQUEUSE D'ANTRE PYLORIQUE
1 à 3 amp. buvables, par jour

FRÉNASMA
TROIS A QUATRE COMPRIMÉS PAR JOUR. UN A DEUX DÈS LE DÉBUT DE LA CRISE.
LABORATOIRES DU GASTRHÉMA
17, AVENUE DE VILLIERS
PARIS (17e)
ASTHME - EMPHYSÈME - BRONCHITES CHRONIQUES - MÉDICATION PRÉVENTIVE, ABORTIVE ET CURATIVE DES CRISES

aux enfants, les Pouvoirs Publics ont levé la limitation imposée à l'ouverture des débits de boisson.

Constate que cette mesure ne peut qu'augmenter les nécessités de transport pour les boissons alcoolisées aux dépens des denrées indispensables, notamment les produits laitiers, la viande, les pommes de terre.

Affirme que l'augmentation de la consommation des boissons alcoolisées par une population sous-alimentée ne peut qu'entraîner une diminution de la résistance des travailleurs, une réduction importante de leur rendement travail et une augmentation considérable des maladies, notamment des maladies digestives, mentales et vénériennes.

Proteste, en conséquence, contre cette mesure qui va à l'encontre de toute la politique sanitaire économique et sociale actuellement reconnue par tout le monde comme indispensable.

(*Communiqué.*)

Union des médecins français.

L' « Union des Médecins Français » organise le lundi 6 mai 1946 à 21 heures, à la Maison de la Chimie, Centre Marcelin Berthelot, 28, rue Saint-Dominique, sous la présidence du Professeur agrégé Desoille, ancien déporté à Mauthausen, une conférence sur : *les « Atrocités scientifiques » allemandes* — par le Professeur Champy, membre de l'Académie de Médecine, et membre de la Commission d'Enquêtes sur les crimes de guerre allemands.

Cette conférence sera suivie de la présentation du film inédit « Belsen », réalisé par les autorités américaines sur les camps de déportation nazis, ainsi que d'un film sur l'expérimentation humaine dans les bagnes hitlériens.

Retirer les invitations au siège de l'Union des Médecins Français (U.M.F.), 9, rue du Faubourg-Saint-Honoré, Paris (8e) de 14 h. 30 à 19 heures.

La Fondation Georges Rénon.

Mme Georges Rénon, en souvenir de son mari, le Dr Rénon, de Niort, a fait à l'Association des internes et anciens internes des hôpitaux de Paris, la donation d'une propriété, « Le Marquisat », située à quelques kilomètres de Pau, destinée à accueillir les internes et anciens internes des hôpitaux de Paris qu'une maladie grave ou le surmenage obligerait à plusieurs mois de repos. Il a même été convenu que, dans la limite des places disponibles, des externes et des étudiants en médecine, voire les fils de médecins, pourraient également y être reçus.

Conseil Départemental de la Seine de l'Ordre des Médecins.

Au cours de sa réunion du 21 mars 1946 le Conseil de l'Ordre a pris quelques décisions importantes.

1° Il met à l'étude un vœu tendant à modifier la composition actuelle de la Commission d'Epuration dont les membres médecins devraient être pris désormais parmi les membres régulièrement et nouvellement élus au Conseil Régional.

2° Il envisage de faire connaître le résultat de ses travaux aussi régulièrement que possible et dès qu'il en aura la possibilité, par un bulletin qui sera envoyé à tous les médecins de la Seine.

3° Saisi par le Conseil National d'une observation sur les conséquences fâcheuses qui pourraient résulter d'une trop grande facilité à accorder des certificats aux fonctionnaires leur permettant de prendre des congés, il attire l'attention du corps médical sur les inconvénients de cette tendance.

4° Le Conseil a arrêté son plan de travail et l'a réparti entre un certain nombre de Commissions groupées sous 4 Sections.

Ce plan est le suivant :

1re SECTION : JURIDIQUE, sous la direction de M. Piedelièvre, assisté de M. Richier.

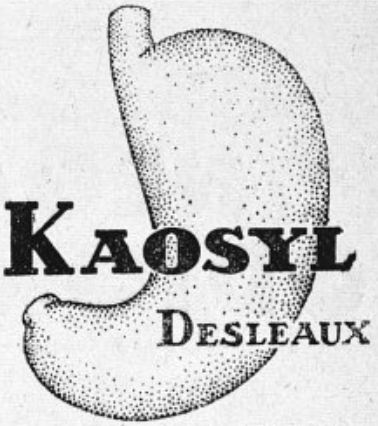
1re *Commission. — Inscription au tableau, désignation, remplacements.* Responsable : M. Richier.

2e *Commission. — Juridiction, respect de la Déontologie et des principes de la Charte, Indépendance et*

Le Concours Médical
Fondé en 1879 par A. Cézilly.
Directeur honoraire : Docteur J. NOIR.
Directeur : Dr G. LAVALÉE.
Rédacteur en Chef : Dr G. FISCHER.
RÉDACTION, ADMINISTRATION ET PUBLICITÉ, 37, Rue de Bellefond, Paris 9e).
Téléphone : TRU 33-66. R. C. Seine 76.579.
Chèques postaux, Paris 167-96.
ABONNEMENTS : 1 an, 250 francs. - Etudiants, 125 fr. Le N° 10 fr. Changem. d'adresse 5 fr.

MIGRAINES — GRIPPES
DOULEURS CATAMÉNIALES
ALGIES

ALGOCRATINE
Un cachet dès la première sensation de douleur
LANCOSME, 71, Avenue Victor-Emmanuel III — PARIS


KAOSYL
DESLEAUX
PANSEMENT GASTRO-INTESTINAL
LANCOSME, 71 Av Victor Emmanuel III Paris (8e)

STRYCHNAL
LONGUET
ANÉMIE
ASTHÉNIE,
NEURASTHÉNIE
AFFECTIONS
MÉDULLAIRES
ET NÉVRITIQUES
CONVALESCENCES
granules: 2 à 4 p. jour
ampoules: 1 à 2
LABORATOIRES
LONGUET
54, RUE SEDAINE - PARIS

dignité du Corps Médical. Responsable : M. Piedelièvre. 3e *Commission. — Naturalisations, médecins étrangers, dérogations, exercice illégal.* Responsable : M. Poumailloux. 4e *Commission. — Examen de contrats médicaux.* Responsable : M. Colliez. 5e *Commission. — Presse et propagande.* Responsable : M. Guyot.

2e SECTION : MÉDICO-SOCIALE, dirigée par M. Le Lorier assisté de M. Lecœur.

1re *Commission. — Natalité, enfance, lait, hygiène de l'habitation, immigration, lutte contre l'avortement et la propagande anti-conceptionnelle.* Responsable : M. Le Lorier. 2e *Commission. — Equipement sanitaire et centre de diagnostic.* Responsable : M. Bouteau. 3e *Commission. — Fléaux sociaux :* alcoolisme, cancer, tuberculose, maladies vénériennes, hygiène mentale. Responsable : M. Debray.

3e SECTION : D'ORGANISATION PROFESSIONNELLE ET DES RAPPORTS AVEC LES COLLECTIVITÉS, dirigée par M. Boudin, assisté de M. Drouet. *Comité de Coordination avec les Ordres et Syndicats départementaux de la Région Parisienne.* Responsable : M. Drouet.

1re *Commission. — Assurances et sécurité sociales, mutualité, contrôle technique.* Responsable : M. Drouet. 2e *Commission. — Médecine et Travail.* Responsable : M. Piedelièvre. 3e *Commission. — A.M.G. et A.M.T. Médecine scolaire et sportive. Médecine d'Etat-civil.* Responsable : M. Duvelleroy. 4e *Commission. — Hôpitaux et dispensaires.* Responsable : M. Funck-Brentano. 5e *Commission. — Qualification et intérêts particuliers des spécialistes.* Responsable : M. Tissier-Guy. 6e *Commission. — Enseignement, réforme des études.* Responsable : M. Tissier-Guy. 7e *Commission. — Auxiliaires médicaux et professions voisines.* Responsable : M. Huet. 8e *Commission. — Répartition des produits contingentés* (provisoirement). Responsable : M. Lafay.

4e SECTION : FINANCIÈRE ET D'ENTRAIDE, dirigée par M. Huet assisté de M. Quivy.

1re *Commission. — Trésorerie générale et budget de l'Ordre.* Responsable : M. Duvelleroy. 2e *Commission. — Ressources et organisation de l'entraide. Sécurité sociale et allocations familiales du Médecin et de sa famille.* Responsable : M. Huet. 3e *Commission. — Questions fiscales.* Responsable : M. Tissier-Guy.

Dans toutes ces Commissions, à l'exception de la 1re Section, entreront, à titre consultatif, de nombreuses personnalités ayant une compétence spéciale et prises notamment dans les milieux syndicaux et dans les sociétés d'entraide. En outre, sont membres de droit de toutes ces Commissions, le Président et le Secrétaire Général.

(*Communiqué.*)

L'Œuvre de la réadaptation de l'enfant et des Centres de rééducation.

a tenu son Assemblée Générale annuelle le 4 avril 1946, sous la Présidence du Docteur de Parrel. Mme Louise Matha de Parrel a présenté le bilan de l'activité des Centres de rééducation pendant l'année 1945.

Naissances.

Nous apprenons la naissance d'Irène Cadier, quatrième enfant du docteur Henri Cadier, de Pau (Basses-Pyrénées) ; de Frédéric Quéhen, deuxième enfant du docteur Etienne Quéhen, de Formerie (Oise) ; de Mathieu Chevallier, second fils du docteur Pierre Chevallier, député-maire d'Orléans ; d'Antoinette Bézier, cinquième enfant du docteur Jacques Bézier, de Vaiges (Mayenne) ; de Michel Lefeuvre, cinquième enfant du docteur E. Lefeuvre, de La Trinité-sur-Mer (Morbihan) ; de Damien Subert, quatrième enfant du docteur Claude Subert, de Fère-Champenoise (Marne), et dixième petit-enfant du docteur Maurice Subert, de Romilly-sur-Seine.

Mariage.

Le docteur Fouchou-Lapeyrade, de Lesparre (Gironde), fait part du mariage de sa fille Renée avec M. Pierre Audebert.

Nécrologie.

Nous avons le regret d'annoncer la mort du docteur Edouard Simon, de Sannois (Seine-et-Oise) ; du docteur Joseph A. Rivière, de Paris ; du docteur René Hatry, de Montauban, mort accidentellement.

Le docteur Marcel Braunberger fait part de la mort, le 20 juin 1942, de son frère, le docteur Paul Braunberger, de Paris, Le docteur Paul Braunberger a été l'une des victimes de Petiot, qui l'avait attiré dans un guet-apens — nous écrit le docteur Marcel Braunberger — en l'appelant pour soigner un malade.





A TRAVERS L'OFFICIEL

ASSURANCES SOCIALES.

Arrêté ministériel du 3 avril 1946 sur l'organisation et le fonctionnement de la commission départementale des dépassements des tarifs d'honoraires.

Article premier. — La commission départementale prévue à l'article 13 de l'ordonnance du 19 octobre 1945 comprend :

1° Deux médecins et deux suppléants désignés par le syndicat départemental des médecins ;

2° Un médecin conseil et un administrateur des organismes de sécurité sociale, ainsi que leurs suppléants, désignés par la caisse régionale de sécurité sociale, et provisoirement par l'union régionale des caisses maladie-maternité.

Lorsque la commission examine les dépassements des tarifs d'honoraires des chirurgiens-dentistes, elle doit comprendre aux lieu et place des deux médecins susvisés, un stomatologiste et un chirurgien dentiste, désignés respectivement par le syndicat départemental des médecins et par le syndicat départemental des chirurgiens-dentistes.

Lorsque la commission examine les dépassements des tarifs d'honoraires des sages-femmes, l'un des médecins devra être obligatoirement un médecin accoucheur, l'autre étant remplacé par une sage-femme, tous deux désignés respectivement par leurs syndicats.

Lorsque la commission examine les dépassements des tarifs d'honoraires des auxiliaires médicaux, l'un des médecins devra être obligatoirement remplacé par un auxiliaire médical désigné par son syndicat.

Les quatre membres de cette commission sont désignés pour un an.

Art. 2. — La commission compétente est celle du département où a été dispensé l'acte qui a donné lieu au dépassement allégué.

Art. 3. — Le secrétariat de la commission départementale est assuré par un fonctionnaire de la direction régionale de la sécurité sociale désigné par le directeur régional.

Art. 4. — La commission est saisie sur plainte soit de l'assuré intéressé, soit de la caisse primaire de sécurité sociale, soit de la caisse régionale de sécurité sociale, soit de la direction régionale de la sécurité sociale.

Cette plainte doit être adressée au secrétaire de la commission départementale dans les trois mois qui suivent le paiement par la caisse d'assurances sociales des prestations afférentes à l'acte qui a donné lieu au dépassement allégué.

Art. 5. — Le secrétaire de la commission communique l'objet de la plainte au praticien intéressé et à l'assuré si ce dernier n'est pas la partie plaignante. Il provoque les observations des parties ; ces observations doivent parvenir au secrétariat dans les vingt jours. Après ce délai, l'affaire est inscrite au rôle de la commission. Les parties peuvent demander à présenter devant la commission des observations verbales.

Art. 6. — Le secrétaire de la commission convoque les membres de la commission, chaque fois qu'un nombre de plaintes suffisant a été enregistré et au plus tard dans les deux mois de la réception de chaque plainte.

La commission ne peut valablement statuer que si au moins trois de ses membres, titulaires ou suppléants, sont présents.

La commission examine la plainte et décide, s'il y a lieu, l'audition des parties intéressées.

Décongestif pelvien et ano-rectal

LE SYMPTOME "DOULEUR"
KAVIASE
DANS LA SPHÈRE GÉNITO-URINAIRE

Laborat. CANAT, 22, r. Lalande, PARIS-15e

HÉMOGLOBINE DESCHIENS
FER VITALISÉ
VITAMINES DU SANG

Opothérapie Hématique
Syndrômes Anémiques - Déchéances Organiques
DESCHIENS, Docteur en Pharmacie, 9, Rue Paul-Baudry, PARIS (8e)

BOURBON-LANCY
(Saône-et-Loire)
Eaux oligométalliques, hyperthermales, radioactives
Traitement du Rhumatisme articulaire aigu et de ses séquelles endocarditiques, des Rhumatismes chroniques, de la Goutte, de la Sciatique.
Saison du 15 Mai au 1er Octobre

L'audition est obligatoire, lorsqu'elle est demandée par l'assuré, l'organisme ou le service intéressé.

Art. 7. — Les décisions sont prises à la majorité des voix. Le partage des voix entraîne, de plein droit, l'application de la procédure prévue aux articles 100 et suivants de l'ordonnance du 19 octobre 1945.

Art. 8. — Le secrétaire de la commission porte, par lettre recommandée, la décision à la connaissance du plaignant et du praticien intéressé, dans les quinze jours qui suivent la réunion de la commission.

Le rejet de la plainte ne fait pas obstacle au droit pour l'assuré de porter le différend devant le conseil régional de discipline des praticiens.

Dans le cas où le praticien refuse ou omet d'exécuter une décision de la commission l'invitant à rembourser à l'assuré le trop perçu, dans le délai de deux mois qui suivent la réception de la décision, le secrétaire transmet le dossier au conseil régional de discipline des praticiens.

Art. 9. — Les honoraires attribués aux médecins siégeant à la commission sont calculés sur les mêmes bases que ceux alloués aux médecins experts des commissions techniques régionales d'invalidité.

(*J. O.*, 10 avril 1946.)

EXERCICE DE LA MEDECINE.

Décret du 19 mars 1946 rendant applicable à l'Algérie l'ordonnance du 8 août 1945.

Article premier. — L'ordonnance du 8 août 1945 fixant les conditions d'accès aux diplômes d'Etat des titulaires du diplôme d'université de docteur en médecine, de chirurgien dentiste ou de pharmacien ou des étudiants en cours d'études pour ces diplômes est déclarée applicable à l'Algérie.

(*J. O.*, 20 mars 1946.)

FRAIS DE JUSTICE CRIMINELLE.

Un décret du 9 mars 1946 étend à l'Algérie le décret du 18 mars 1943 relatif aux frais de justice criminelle en matière criminelle, de police correctionnelle et de simple police.

(*J. O.*, 11 mars 1946.)

HOPITAUX ET HOSPICES PUBLICS.

Commission nationale prévue pour les concours spéciaux de médecins, chirurgiens, spécialistes et assistants des hôpitaux.

Par arrêté du ministre de la Santé publique et de la Population en date du 20 février 1946, la commission nationale prévue par l'article 6 de l'arrêté du 7 décembre 1945 relatif aux concours spéciaux de médecins, chirurgiens, spécialistes et assistants des hôpitaux est constituée comme suit :

MM. le professeur Desoille, Paris.
le professeur Gernez-Rieux, Lille.
le professeur de Vernejoul, Marseille.
le docteur H. Descomps, Paris.
le docteur Plichet, Paris.

(*J. O.*, 22 février 1946.)

Arrêté ministériel du 10 janvier 1946 fixant les traitements des sages-femmes des hôpitaux et hospices publics.

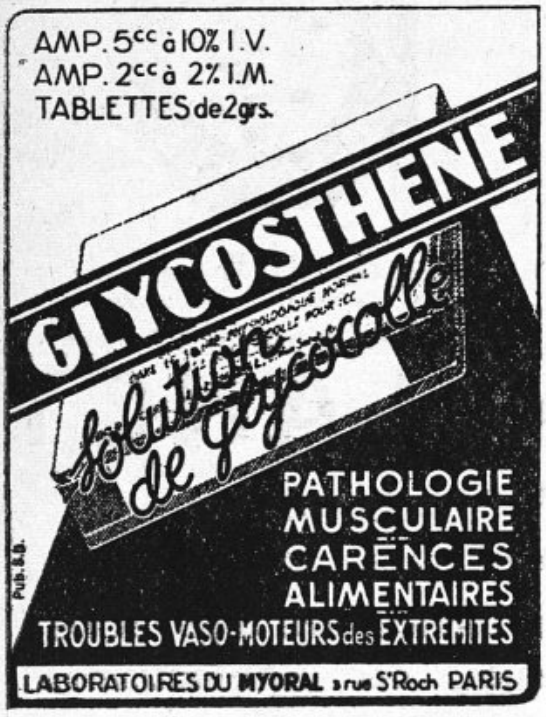
(*J. O.*, 24 mars 1946.)

Décret du 25 mars 1946 modifiant le décret du 28 décembre 1938 concernant le statut des médecins des hôpitaux psychiatriques de la Seine.

(*J. O.*, 27 mars 1946.)

Arrêté ministériel du 11 avril 1946 sur les concours spéciaux des hôpitaux de Paris, Marseille et Lyon.

Article premier. — L'article 3 de l'arrêté du 11 mars 1946 est ainsi modifié :





« *Sauf dérogations spéciales décidées après avis de la commission nationale,* les concours spéciaux seront ouverts aux candidats qui se sont trouvés dans l'une des situations suivantes et, de ce fait, n'ont pu se présenter aux concours organisés entre la date d'ouverture des hostilités et celle du présent arrêté ou qui, n'ayant pu se présenter qu'à un seul concours dans cet intervalle, s'y sont trouvés gravement défavorisés dans leur préparation : (*suit l'énumération déjà publiée dans notre numéro du 10 avril*) ».

(*J. O.*, 13 avril 1946.)

HOSPITALISATION PRIVEE.

Un arrêté du 1er avril 1946 fixe les appointements des agents de maîtrise et des cadres des établissements d'hospitalisation privés.

(*J. O.* 1er avril 1946.)

HYGIENE PUBLIQUE.

Décret du 11 avril 1946 portant organisation technique des services de médecine préventive de l'enseignement supérieur.

(*J. O.*, 12 avril 1946.)

LOYERS.

Loi du 28 mars 1946 prorogeant jusqu'au 1er janvier 1947 l'application de l'ordonnance du 28 juin 1945 relative aux locaux d'habitation ou à usage professionnel.

Article unique. — La date du 1er avril 1946, prévue par l'article 2 de l'ordonnance du 28 juin 1945, relative aux locaux d'habitation ou à usage professionnel, est remplacée par celle du 1er janvier 1947.

Toutes les autres dispositions de l'ordonnance du 28 juin 1945 sont expressément maintenues.

(*J. O.*, 29 mars 1946.)

Loi du 2 avril 1946 complétant l'article 28 de l'ordonnance du 11 octobre 1945 sur la réquisition des logements.

Le paragraphe 6 de l'article 28 de l'ordonnance du 11 octobre 1945 est ainsi complété.

« Les chefs de famille de ménages sans enfant ayant moins de quatre ans de mariage, ceux de ménages de deux enfants ayant moins de six ans de mariage, ceux de ménages de trois enfants ayant moins de huit ans de mariage, remplissant les autres conditions du précédent paragraphe.

« Les personnes occupant de bonne foi des locaux, dont les précédents occupants ont été évacués par contrainte du fait des autorités allemandes, et placés sous le coup d'une décision d'expulsion en vertu de l'ordonnance du 14 novembre 1944. »

(*J. O.*, 4 avril 1946.)

LUTTE CONTRE LE CANCER.

Arrêté ministériel du 5 août 1946 sur la centralisation des renseignements médicaux recueillis par les centres régionaux de lutte contre le cancer.

(*J. O.*, 13 avril 1946.)

PRISONNIERS ET DEPORTES.

Un décret du 21 mars 1946 rend applicable à l'Algérie l'ordonnance du 20 avril 1945 instituant le contrôle médical des prisonniers, travailleurs et déportés rapatriés ainsi que les textes qui en ont assuré l'application.

(*J. O.*, 24 mars 1946.)

ACTIPHOS
AMPOULES BUVABLES DE 3 C.C.
L'ALIMENT ÉQUILIBRÉ DE LA CELLULE NERVEUSE
Acide phosphorique en Synergie suractivée par les Phosphates métalliques et les Catalyseurs minéraux
LABORATOIRE ROGER BELLON
LOUIS FERRAND
(GAMBÉOL, RECTOCALCIUM, HÉMOPTYLOSE "3", GLOBIRON)
78bis, Avenue Marceau - PARIS (8e)

BAUME THOMAS
Douleurs de la première dentition
Véritable Huile de Haarlem G. de Koning Thily
Cachets Pachaut - Valériane Pachaut
Phosdhogène Pachaut - Terbinthiol
Lab. THOMAS 2, r. Ste-Cécile, 31, Fg Poissonnière, Paris-9e

DIGIBAÏNE
remplace avec avantage
digitale et digitaline
LABORATOIRES DEGLAUDE
15, Boulevard Pasteur — PARIS-XVe



SUPPOSITOIRES ADULTES
1 gr. de gluconate de chaux

SUPPOSITOIRES ENFANTS
0gr.50 de gluconate de chaux

Toutes les indications du Calcium
Tolérance et assimilation parfaites
Aucun des inconvénients
de la Voie parentérale

LABORATOIRE ROGER BELLON
LOUIS FERRAND
Ex-Interne, Lauréat des Hôpitaux de Paris
PHARMACIEN-GÉRANT
(GAMBÉOL, ACTIPHOS, HÉMOPYLORE "3", GLOBIRON)
78 bis, Avenue Marceau - PARIS (8e)

PARTIE SCIENTIFIQUE

L'ACTUALITÉ PROPHYLACTIQUE

NOTRE ÉTAT SANITAIRE IMPOSE D'URGENCE UN MEILLEUR RAVITAILLEMENT

DEPUIS longtemps, on connaît l'influence importante qu'exercent sur l'apparition et l'extension des épidémies, d'une manière plus générale sur la morbidité et la mortalité, les causes, dites secondes, c'est-à-dire le terrain organique. Plus un sujet est résistant par le bon équilibre de sa santé, moins il offre un terrain favorable à la germination et à la pullulation des microbes pathogènes, quelle que soit leur nature. Cette dernière considération s'applique notamment à l'organisme si délicat du nourrisson ; et il importe, au cours des premiers mois de la vie, qu'à défaut de l'allaitement maternel, on lui fournisse un lait, qui soit de valeur nutritive suffisante et ne renferme pas de germes, qui se développeront avec d'autant plus de facilité qu'ici le terrain est bien frêle, que ses défenses naturelles n'ont pas encore atteint une valeur suffisante.

DANS cet ordre d'idées, Auguste Lumière nous a fait connaître quelle influence néfaste ont exercée pendant la guerre les restrictions alimentaires et les conditions d'existence ; seule la comparaison des statistiques de mortalité, avant et pendant les hostilités, peuvent nous renseigner, et cet auteur s'est basé sur l'étude des statistiques de la Ville de Paris, qui sont dressées avec une grande régularité et sur les mêmes principes depuis de longues années. Les taux de mortalité de 1935, 1936 et 1937, ont été comparés à ceux de trois années de rationnement : 1941, 1942 et 1943. Or, la moyenne annuelle de mortalité passe de 34.352 décès avant la guerre à 40.292 décès au cours de ces temps d'hostilités, ce qui correspond, pendant la période de restrictions, à un accroissement annuel de 17,29 % par rapport à la mortalité d'avant guerre. Ces conditions fâcheuses ont été notées plus particulièrement, chez les sujets de dix à dix-neuf ans et chez les vieillards. Pour la première de ces catégories, il faut incriminer le fléchissement de la résistance vitale au moment de la formation sexuelle ; celui-ci a été surtout observé chez la femme ; cependant si l'excédent du décès chez les filles, à cet âge, était de 15 % environ supérieur à celui des garçons, il ne le dépasse plus aujourd'hui que de 4 %. Quant aux vieillards, leur mortalité a augmenté à Paris de 42,18 % par rapport à celle des années qui ont précédé l'ère des restrictions alimentaires ; leur santé est, en effet, particulièrement fragile, et leur organisme résiste mal aux intempéries et aux restrictions ; ils se défendent aussi moins bien contre certaines infections. Quant aux enfants de zéro à un an, qui n'avaient fait jusqu'alors l'objet d'aucune remarque importante, leur mortalité, au cours des six premiers mois de 1944, s'est subitement élevée dans des proportions inquiétantes : 1.165 décès contre 830 dans la période correspondante de l'année précédente.

♣

UNE preuve formelle de l'influence néfaste des restrictions de guerre sur l'état sanitaire a été fournie par A. Chevallier et M. Moine, qui ont eu l'idée de comparer à cet égard différentes régions de France. Ces auteurs ont montré combien la mortalité s'était élevée dans les villes et dans les régions côtières, où le ravitaillement était insuffisant. Par contre, la létalité avait baissé au même moment dans certaines régions rurales, notamment en Bretagne et en Normandie, où l'on avait été observé une amélioration du régime alimentaire des paysans, qui avaient pris l'habitude de consommer eux-mêmes les produits de leur ferme. Dans cette région, le nombre des décès avait diminué de 10,6 % par rapport à l'avant-guerre, alors que dans la région côtière (méditerranéenne) il avait augmenté de 37,2 %. Cette augmentation portait sur tous les âges avec un clocher vers 35 ans, et un autre, très marqué pour tous les sujets âgés de plus de 60 ans. La sous-alimentation, mise en évidence par les enquêtes menées dans cette région, a eu pour résultat principal un accroissement de la tuberculose, dont la marque se retrouve dans l'accroissement des décès au voisinage de 35 ans. Il semble cependant, écrivent les précédents auteurs, qu'en dehors d'une pathologie de carence qui a été constatée, la conséquence de beaucoup la plus importante des restrictions dues à l'occupation réside en une **fragilité plus grande de l'organisme** aux affections banales, aboutissant à un accroissement considérable de la mortalité. Et il semble que ce soit également le facteur alimentaire qu'il faille invoquer pour expliquer la diminution de la mortalité constatée dans les régions rurales à production agricole importante, et éloignées des centres urbains ; en raison de la difficulté des communications, du refus de livrer aux autorités occupantes, les paysans français ont consommé eux-mêmes une quantité importante des aliments riches (viande, beurre, œufs) qu'ils vendaient autrefois. Nous aurons assisté en France, par suite de l'importance du facteur nutrition, à un épisode aussi caractéristique que celui dont le Danemark avait été le théâtre après la guerre de 1914-1918.

Au cours d'une période de difficultés alimentaires, il était intéressant de rechercher si la durée de l'allaitement maternel n'était pas modifiée et si les nourrices possédaient un lait de valeur nutritive suffisante. C'est cette enquête à laquelle se sont livrés MM. Gounelle, Valette et Briand en 1942 dans une maison maternelle de la banlieue parisienne ; ils ont pris l'année 1938 comme point de comparaison, et ont noté 64,7 % d'allaitement total au sein contre 36,6 % en 1942, et, pour cette seconde période 26,7 % de sevrages au cours des cinq premiers mois contre 14% en 1938. D'autre part, il fut établi que la majorité des nourrices donnait un lait caloriquement insuffisant par manque de protides et de lipides ; on ne put se prononcer exactement sur la déficience de leur lait en vitamine et provitamine A et en vitamine PP, en raison des incertitudes qui règnent sur leurs taux normaux. Parmi les enfants nourris au sein, on décèla assez fréquemment une insuffisance pondérale et un rachitisme léger. D'ailleurs, les femmes en état de gestation, ayant souffert des restrictions alimentaires comme les mères allaitantes, avaient déjà mis au monde des nourrissons avce un poids inférieur à la normale, d'où une diminution de leur résistance. Des faits semblables avaient été relevés également dans les maternités de Bordeaux et de Montpellier.

Dans ces conditions, que penser du lait animal, fourni en remplacement du lait maternel. On ne saurait trop rappeler que le lait est un aliment naturel, complet, fragile et qu'il ne doit subir aucune manipulation, à part la stérilisation. Or, déjà par décret du 4 décembre 1941, les Allemands avaient imposé à la population parisienne la consommation exclusive d'un lait **standard** écrémé à 30 %. MM. Lesné et Ribadeau-Dumas avaient aussitôt protesté à la Tribune de l'Académie au nom des Commissions du lait et du Rationnement alimentaire car ces mesures permettaient par l'écrémage d'enlever non seulement une partie de la valeur énergétique du lait et de la vitamine A, mais encore, elles légalisaient la fraude par mouillage, sans compter les causes de contamination de cet aliment. L'Académie émettait le vœu que soit abrogée la vente exclusive du lait standard, et que le lait ne soit pas écrémé, qu'il renferme au moins 35 ‰ de matière grasse, ce qui le rapprochait beaucoup plus du lait de femme. Le lait standard écrémé à 30 % était distribué à Paris aux enfants et aux malades, sans pasteurisation avec des moyens de ramassage défectueux dans des bidons malpropres, sans réfrigération. Aussi 40 % du lait coagulaient avant la distribution ; d'autres avaient un degré d'acidité tel qu'ils " tournaient " au moment où on les portait sur le feu, avant l'ébullition. Le lait standard renfermait par centimètre cube plusieurs millions de germes, et souvent plusieurs milliers de bactéries du groupe coliforme, ce qui expliquait l'obligation de recourir souvent à des laits de conserve ; les inconvénients de ces derniers et leurs dangers pour les nourrissons ont été exposés depuis, surtout lorsqu'ils proviennent de l'étranger, où ils ont été préparés pour des usages tout à fait différents ; aussi a-t-il été interdit d'en faire usage pour les enfants du premier âge.

Il fallait aussi faire application des lois et décrets, promulgués depuis de nombreuses années pour la protection de la santé publique. Le décret du 26 avril 1939 prescrivait notamment, la pasteurisation du lait préalablement nettoyé par filtration ou centrifugation. Aussitôt pasteurisé dans des conditions assurant la destruction de tous les microbes pathogènes, le lait devait être refroidi à une température inférieure à 12 ou 13°, et maintenu autant que possible à cette température jusqu'à la livraison.

D'après l'article 3 de ce même décret, les laits pasteurisés livrés à la consommation humaine devaient être divisés en deux catégories :

1° Lait ayant subi le traitement de pasteurisation, prévu par la loi, exempt de germes pathogènes et ne renfermant pas plus de 10.000 germes microbiens par centimètre cube.

2° Les laits pasteurisés **certifiés,** devant répondre jusqu'au moment de la vente au consommateur aux conditions suivantes : a) absence de germes pathogènes ; b) réaction négative dans la recherche des bactéries coliformes dans 1 cc de lait ; c) teneur en germes microbiens inférieure à 3.000 par centimètre cube. Ces laits devront être livrés dans des bouteilles préalablement aseptisées, d'une contenance d'un litre au maximum, cachetées par une bande de garantie, leur fermeture préservant de toute souillure l'ouverture du récipient, conservées à basse température et vendues au plus tard dans les deux jours, suivant le jour de la pasteurisation.

Les rapports et communications faits aux Organismes compétents, et accompagnés de leurs vœux conformes, avaient été transmis aux Pouvoirs Publics, et l'on en était toujours au même point le 26 septembre 1944.

Cependant, le 8 mai 1945, M. Lesné constatait à l'Académie de Médecine que des efforts avaient été réalisés et qu'il était devenu possible de distribuer à tous les enfants de la région parisienne jusqu'à dix-huit mois, chaque jour un litre de lait (au lieu 750 cc), qui renfermait un taux minimum de 34 grammes de beurre pour 1.000 cc, pasteurisé, contrôlé par le Pr Guittoneau et ses collaborateurs. Ce lait était vendu en bouteilles d'un litre, avec capsules portant la date de la mise en bouteille. Des essais du même ordre étaient effectués dans quelques grandes villes. Cependant ce lait n'était pas stérilisé ; il devait être porté à l'ébullition immédiatement après l'achat, puis **conservé au froid.** Enfin, on achevait la fabrication du lait concentré pour les intolérants au lait naturel, ainsi que pour tous les enfants de moins de douze mois habitant la région Sud-Est de la France, où le lait naturel est de très mauvaise qualité. D'ailleurs, toutes ces mesures étaient prises sans attendre la réfection des étables et l'éducation des producteurs, qui devaient assurer par la suite la récolte d'un lait cru, d'une qualité hygiénique plus parfaite, rendant plus efficace le rôle assigné à la pasteurisation.

Mais actuellement, il n'existe encore que fort peu d'ateliers de pasteurisation bien organisés et l'on manque de moyens de nettoyage des bidons, de camions en quantité suffisante pour assurer une collecte rapide du lait.

M. Martel fit remarquer également (10 juillet 1945) que le lait était souvent malpropre parce que, à l'étable ou au pâturage, la traite était mal faite ; que de fois n'a-t-il pas vu les doigts des trayeuses porter dans les espaces interdigitaux des liserés verdâtres, dus à la chlorophylle de la bousse de vache adhérente au pis.

Cependant, toutes les précautions recommandées ci-dessus ont-elles toujours été prises par les consommateurs pour l'utilisation du lait pasteurisé, certifié, distribué en bouteilles cachetées ? Cette présentation n'a-t-elle pas inspiré une confiance aveugle aux mères de famille ? La préparation même a-t-elle été convenablement et minutieusement faite ? La distribution n'a-t-elle jamais excédé le délai de deux jours, fixé par les règlements ? Il ne semble pas, car un certain nombre d'accidents graves et subites ont été signalés récemment dans quelques zones de distribution. Nous connaissons, notamment, le cas d'une mère, qui avait donné à 11 heures du soir un dernier biberon à son enfant âgé de trois mois, en bonne santé apparente, et qui retrouvait celui-ci à 6 heures du matin, mort dans son lit, le corps livide dans toute sa moitié gauche. Il paraît qu'au-dessous de six mois il soit impossible de sauver un nourrisson, atteint dans ces conditions, alors que, même après cet âge, la situation reste toujours très délicate et souvent dangereuse, mortelle même.

D'AILLEURS " Médecine et Famille " a cru devoir lancer récemment une " alerte pour les produits laitiers " et le 6 mars 1946, M. Lesné proposait à l'Académie de Médecine, au nom de la Commission du Lait, le vœu suivant, adopté à l'unanimité :

1° Que dans toutes les collectivités urbaines le lait pasteurisé certifié soit vendu en bouteilles cachetées, qui seront transportées dans des voitures réfrigérées et isothermes à + 5° ou + 6° ;

2° Que le commerçant-débitant soit dans l'obligation de conserver dans un appareil réfrigérant ces bouteilles à la même température.

FACULTÉ DE MÉDECINE

QUANT à la répartition du lait concentré, dont on disposait en quantité très importante grâce aux Alliés, A. Goris s'est demandé (17 juillet 1945) si le ravitaillement ne l'avait pas distribué trop parcimonieusement (alors que les enfants en avaient tant besoin) par crainte de manquer de lait frais jusqu'à fin mars 1946 (début de l'année laitière), alors que le lait concentré allié, qui est certes d'une excellente qualité, pouvait ne pas se conserver suffisamment bien jusqu'à la fin de l'hiver. Les techniciens avaient fait toutes réserves à ce sujet, ils avaient multiplié leurs avertissements, et cependant les bureaux du Ministère semblaient d'un avis contraire. Et puis le Corps médical n'était pas suffisamment informé des disponibilités actuelles ; les mairies trop souvent refusaient des tickets de lait concentré, malgré la présentation d'un certificat médical dûment visé par le Conseil de l'Ordre, et c'était là toutes circonstances fâcheuses.

D'AUTRE part, MM. Lesné, Huber et Rouèche, dans une communication à l'Académie de Médecine (10 juillet 1945), ont cru nécessaire, au nom du Comité National de l'Enfance, de signaler aux Pouvoirs Publics le **manque d'approvisionnement de charbon** comme l'une des causes d'une aggravation de la mortalité infantile dans le département de la Seine au cours de l'hiver 1944-1945. Ainsi les effets d'un froid excessif se sont ajoutés aux autres causes de la mortalité hivernale pour occasionner des décès dans la proportion de 46 % pendant les quatre premiers mois de 1945, pour 22 % à la même époque de 1944, cela surtout pour les enfants au-dessous de deux ans.

D'une manière générale, la mortalité infantile en France est passée à 10,3 % en 1945 contre 6,7 % en 1936 (MM. Lesné et Julien Huber, 9 avril 1946).

VOICI, enfin, des renseignements très importants que vient d'apporter le même jour M. Martel à la Tribune de l'Académie de Médecine au nom de la Commission du Ravitaillement. Il a déclaré, sans ambages, qu'une pénurie croissante des aliments affectait le ravitaillement des habitants de la Seine. Pour la **viande**, a-t-il ajouté, le marché noir frappe le cheptel de la même façon qu'il atteint les autres denrées ; **mais il faut incriminer aussi le manque d'expérience du personnel directeur, dont le rôle est déjà très difficile et délicat par lui-même.**

LES effets de cette inexpérience se traduisent de multiples façons, qui toutes sont préjudiciables à la bonne marche du ravitaillement. Citons notamment : les multiples inscriptions et réinscriptions, dont on ne comprend pas toujours le sens ; les heures que l'on fait perdre aux ménagères ; les tracas, qu'on leur impose, la vente d'une denrée de marque définie, à des prix souvent différents dans une même commune les altérations subies par des denrées, qui

parfois s'accumulent sans raison (pommes de terre, œufs tachés et piqués), les prix trop élevés, etc.

En ce qui concerne plus spécialement la **viande**, tout n'est pas fait pour rassurer le consommateur. N'a-t-on pas vu, dans une ville de l'Ouest, la carte d'un acheteur en foire, qui venait de décéder, être vendue et acquise par le plus offrant au prix de 100.000 francs, alors que des acheteurs, anciens prisonniers de guerre, ne pouvaient prétendre à cette carte, parce qu'ils n'étaient pas acheteurs avant guerre. Puis, c'est l'histoire d'autres acheteurs sur pied, qui font faire plusieurs duplicatas de leur carte pour les distribuer ensuite à des sortes de rabatteurs.

DE toutes ces choses, le ravitaillement souffre, et cela s'explique par le recrutement sur titres de conseillers techniques sans expérience. On ne reçoit plus dans la capitale que très peu de viande sur pied, même dans les hôpitaux. Les abattoirs sont moins approvisionnés; par suite on recherche davantage la viande foraine. En temps normal, la période de soudure est courte. Actuellement, elle est plus longue et, de plus en plus, la viande congelée remplace la viande fraîche ; on est même obligé de distribuer des conserves en boîtes aux donneurs de sang et aux femmes enceintes, pour lesquels rien ne vaut la viande fraîche.

Il faut signaler que la viande congelée, se compose principalement de bœuf, et que de plus, elle est malpropre en arrivant à l'étal, car elle n'est plus emballée, comme autrefois, de papier et de toile. Ensuite, on peut la voir accumulée à terre dans des restaurants ou des dépôts, puis souillée par les chaussures de gens, qui la foulent aux pieds pour circuler. Enfin, elle est décongelée par des moyens primitifs, et perd ainsi 3 à 4 % en suc.

Des achats se font à l'étranger. Les arrivages des Etats-Unis sont constitués de viandes normales et soigneusement emballées ; ils sont composés, en proportions égales de quartiers de devant et de quartiers de derrière. Mais de l'Amérique du Sud, on reçoit 3/4 de devants pour 1/4 de quartiers derrière ; or, les premiers sont moins charnus, et l'on n'y trouve pas les morceaux de choix, tels que les filets, aloyaux. Et puis les quartiers de derrière sont trop chargés en suif (surtout graisse de couverture), qui ne pourra être consommé après vente à l'Etat et devra être racheté aux bouchers par le Trésor, ce qui diminue encore les rations. D'autre part, des morceaux de choix, comme les entrecôtes, les basses-côtes sont surabondamment pourvus en graisse (37,9 % pour les premiers, 30,3 %e pour les seconds) ; or, si la graisse intermusculaire est encore à peu près comestible, celle de surface donne un goût de graillon.

Signalons encore que, bien que l'Etat ait pu acquérir à prix réduits les quartiers de devant, à la vente les prix ne diffèrent pas assez suivant les catégories ; il n'existe plus, en effet, que deux catégories au lieu de trois, et, toute viande étant vendue désossée, il devient difficile à l'acheteur de distinguer un morceau de choix d'un morceau de pot-au-feu, très coriace quand il est rôti. Le tout est à l'avantage du boucher, qui désosse ainsi de bas morceaux et les vend au même prix que les meilleurs morceaux. Au même prix également est vendue la viande congelée que la viande fraîche.

Combien préjudiciables au consommateur se révèlent tous ces faits, si profitables au détaillant.

Quant à la viande de porc, très raréfiée, elle est taxée à des prix maxima que la Confédération générale de la Charcuterie ne peut respecter. Le Ravitaillement a simplement " négligé " de taxer l'achat en gros, dont les prix montent de plus en plus et il devient impossible de vendre à la taxe. En banlieue des charcutiers marrons achètent au marché noir et vendent sans exiger de tickets, à des prix doubles de ceux de la taxe. **Le contrôle ne les inquiète pas.**

EN résumé, l'indice de mortalité mieux que celui de morbidité nous confirme la gravité de notre état sanitaire au cours des actuelles restrictions alimentaires. Tous les âges sont atteints, mais plus particulièrement ceux qui doivent assurer notre pérennité : les nourrissons et les adolescents en cours de formation sexuelle.

Il semble que la question du lait soit en voie d'amélioration, sous réserve d'une meilleure éducation des producteurs, d'un ramassage plus rapide, d'une pasteurisation plus sérieuse, de soins plus attentifs de la part des débitants comme aussi des consommateurs.

L'alimentation des gestantes et des nourrices exige une plus grande sollicitude.

Sans parler des moyens de chauffage en hiver, la question de toutes les denrées, en particulier celle de la viande, mérite la plus grande attention, ainsi qu'on a pu s'en rendre compte ; notamment, les prix maxima établis au détail ne permettent pas à la clientèle de payer en fonction de la qualité, comme le fait le boucher à l'achat.

Sans vouloir trop facilement crier haro sur le système administratif, il faut cependant comprendre que, dans les circonstances difficiles du temps présent, trop d'impéritie, d'incompétence, d'inutiles formalités constituent une entrave sérieuse à un ravitaillement, qui par lui-même est déjà insuffisant.

G. FISCHER.

CONFÉRENCES MÉDICALES GENÈVOISES

LE TRAITEMENT DE L'HYPER-THYROIDISME PAR LES DÉRIVÉS DE LA THIO-URÉE

par G. BICKEL
Professeur de Clinique Thérapeutique (Genève)

Le traitement de la maladie de Basedow, après avoir été purement symptomatique, fit appel à la chirurgie, puis à l'iode. Il y a une quinzaine d'années, on découvrit l'existence de **substances goîtrigènes** : des lapins nourris avec une certaine variété de choux présentaient une augmentation de volume du corps thyroïde allant jusqu'à un véritable goître et le même résultat était obtenu par une alimentation riche en graines de colza ou en fèves de soja. On remarqua que les deux modifications du corps thyroïde, sous forme d'hyperplasie cellulaire et de diminution du colloïde, s'accompagnaient d'altérations de l'hypophyse et que, si on enlevait celle-ci, le corps thyroïde restait intact. Le premier principe goîtrigène isolé fut un dérivé de la thio-urée, dont le mécanisme d'action est curieux. Il doit s'opposer à l'utilisation normale de l'iode par l'hormone thyroïdienne, d'où production de sécrétions inactives et hypo-thyroïdie, avec un abaissement du métabolisme. L'hypophyse s'efforce de compenser ce déficit, en intensifiant sa production d'hormone thyréostimulante, et il en résulte une hyperplasie secondaire du corps thyroïde.

D'autres corps goîtrigènes devaient être découverts. Un sulfamide, la sulfaguanidine, provoque ces mêmes altérations du corps thyroïde sous forme d'une hyper-activité fonctionnelle, comme au cours de la maladie de Basedow, mais, en même temps que la thyroïde s'hypertrophie, les animaux, en expérience, présentent des signes progressifs d'hyperthyroïdie, cette association paradoxale s'expliquant comme il vient d'être dit. Plus tard, un médecin d'usine à Lyon remarqua que les ouvriers chargés de préparer le sulfathiazol présentaient souvent des goîtres ; ceux-ci s'effaçaient d'ailleurs spontanément si l'ouvrier cessait le travail. Cette troisième substance goîtrigène est l'amino-thiazol.

Choix du médicament et posologie : la thio-urée a mauvais goût, elle provoque souvent des troubles digestifs. Aussi est-elle abandonnée au profit du **thio-uracil** ou du **méthyl-thio-uracil. L'amino-thiazol** est peu employé jusqu'ici.

La posologie du traitement de l'hyper-thyroïdisme par la thio-urée est délicate puisqu'il vise non pas à éteindre l'activité endocrinienne dans la glande, mais à ramener en niveau normal la synthèse de la thyroxyne ; une fois ce résultat obtenu, on passe aux doses d'entretien beaucoup plus faibles.

a) **Dosage initial ou d'attaque.** — Au début, on employait de 0 gr. 60 à 2 grammes par jour, maintenant on ne dépasse guère 0 gr. 60 de thio-uracil ou 0 gr. 20 à 0 gr. 25 de méthyl-thio-uracil.

b) **Dosage d'entretien.** — Après huit à vingt jours de traitement, lorsque le métabolisme basal s'est abaissé au voisinage du 0, on passe au traitement d'entretien : 0 gr. 20 à 0 gr. 10 de thio-uracil, 0 gr. 05-0 gr. 025 de méthyl-thio-uracil. Le changement peut se faire sans transition ou progressivement, au choix ; ce qui est important c'est de fixer la dose aussi bas que possible pour maintenir le métabolisme à un taux normal ou très légèrement au-dessous.

Résultats du traitement : Ils sont vraiment remarquables par leur rapidité et leur innocuité. Après une semaine, en général, les malades accusent une importante amélioration générale et fonctionnelle, puis le poids augmente, le pouls se ralentit, et, en quatre à cinq semaines, le sujet a l'impression d'être guéri. En général, le taux de cholestérol sanguin s'élève en même temps que le métabolisme basal s'abaisse ; disons, à ce propos, que pour le pratiquer avec précision, il faut hospitaliser le malade au moins 24 heures avant. En pratique, on peut se baser sur le comportement général du malade et la reprise du poids, qui est vraiment intense dans les cas les plus favorables. Notons, enfin, que l'exophtalmie est le symptôme le moins influencé. Le goître devient plus mou mais il ne diminue pas en réalité. C'est le goître basedowien qui répond le mieux au traitement ; les résultats sont moins rapides lorsque le malade a déjà reçu de l'iode ou qu'il est porteur de gros goîtres nodulaires toxiques.

On se trouvera bien de prescrire, dans les premières semaines de la cure, 10 à 15 cgr. de gardénal. Le repos au lit est indiqué s'il y a des accidents cardiaques et la quinine facilite la disparition des accès de tachy-arythmie.

Incidents et accidents du traitement : Ils rappellent ceux qu'on observe avec les sulfamides. Les plus fréquents, bénins et **précoces**, du septième au dixième jour de traitement, consistent en éruptions cutanées, avec souvent prurit, fièvre, gonflement des articulations et des ganglions. Les accidents **tardifs**, qui apparaissent au bout de quelques semaines ou de quelques mois, sont bien plus sérieux et consistent surtout en **agranulocytose** ; c'est très rare, mais malheureusement souvent très grave. Il faut alors recourir aux transfusions sanguines et aux extraits hépatiques, en interrompant, bien entendu, le traitement médicamenteux.

Il est difficile de parler de résultat définitif, mais on peut dire que les rémissions obtenues jusqu'ici sont beaucoup plus complètes qu'avec tous les autres produits. Pour qu'il en soit ainsi, le traitement doit être continué très longtemps et il suffit d'une ou deux tablettes de thio-uracil par jour pour y arriver. Un contrôle, au moins hebdomadaire, de la formule sanguine est nécessaire, et s'il apparaît une leucopénie à 5 ou 4.000, attention ! Si le Basedow disparaît, le goître reste et la chirurgie peut alors intervenir ; l'opération s'effectue dans les meilleures conditions puisque les sujets ne sont plus des hyperthyroïdiens ; seul inconvénient pour le chirurgien, la glande est congestive et saigne facilement (1).

(1) Conférence recueillie et résumée par le Dr Pierre Lowys.

LES SOCIÉTES SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

La participation du « Secours aux Enfants » de la Croix-Rouge Suisse à la lutte contre la tubereulose en France

(M. Armand-Delille ; 5-2-1946)

Le Dr Armand-Delille rappelle tout d'abord l'aide apportée par le « Secours aux Enfants » de la Croix-Rouge suisse, qui, depuis le début de la guerre, a déjà accueilli, pour des périodes d'au moins trois mois, plus de 60.000 enfants français .

Actuellement, en plus de quatre préventoriums, créés en France, la Croix-Rouge suisse a organisé dans les hôtels d'Adelboden (Oberland bernois), à 1.350 mètres, une station-préventorium, où 1.000 enfants français, atteints de tuberculose au début, ont été reçus en octobre 1945 pour un séjour d'hiver de 6 mois.

L'auteur a visité récemment cette installation admirable dont les résultats sont déjà excellents. Il y a là une expérience unique de thérapeutique climatique puisque ces enfants, dans le même état pathologique, ont été installés en même temps, y suivent le même programme de vie, ont le même régime alimentaire et sont observés médicalement avec tous les moyens nécessaires (radiologie, examens du sang, etc.).

La France doit donc une reconnaissance toute spéciale à la Croix-Rouge suisse et au « Don-Suisse » et souhaite que cette aide puisse lui être continuée dans la période de difficultés matérielles et de reconstitution où elle se trouve actuellement.

ACADEMIE DE CHIRURGIE

Sur l'anesthésie au pentothal-sodium.

(Séances du 16 et du 23-1-1946)

Le pentothal est un barbiturique (sur lequel est fixé une molécule de soufre pour atténuer sa toxicité) qui s'apparente à l'évipan sodique. Connu depuis une douzaine d'années, il a été très largement utilisé comme anesthésique, dans les armées anglaise et américaine, et aussi dans la première armée française pendant les campagnes de Tunisie, d'Italie, de France, en raison de la facilité de son emploi (volume réduit, simplicité de l'appareillage, rapidité d'action, avantages divers). Cette anesthésie qui s'obtient, comme celle à l'évipan, par injection intra-veineuse, a été administrée à près d'un million de blessés (R. Monod), dont des dizaines de milliers de blessés de la première armée française.

L'anesthésie « anglo-américaine » au pentothal a donné toute satisfaction aux chirurgiens militaires. La question de son emploi en chirurgie civile a été évoquée à la séance du 16 janvier de l'Académie de Chirurgie par M. Louis Bazy, à propos d'une communication de M. Malgras, de Bourges.

M. Malgras conclut que le pentothal-sodium paraît être un anesthésique du plus grand intérêt pour la chirurgie courante, même de longue durée, associé à la morphine, les deux produits étant d'ailleurs injectés simultanément par voie intra-veineuse.

— MM. Dubois-Roquebert et A. Pasquié pensent que le pentothal, moins toxique et moins brutal que l'évipan sodique, est d'un maniement plus souple et procure des réveils plus calmes, très appréciés des opérés.

— M. Robert Monod remarque que l'évipan lui donne depuis dix ans entière satisfaction. Néanmoins, devant l'expansion prise par le pentothal, il est disposé à essayer ce dernier. Comme il l'avait prévu, les anesthésies par voie veineuse se sont imposées et se sont montrées le procédé de choix en chirurgie de guerre.

— MM. Merle d'Aubigné et E. Kern envisagent les éléments de sécurité dans l'anesthésie au pentothal-sodium. Ce sont : une pré-narcose contenant obligatoirement un parasympathicolytique (morphine - scopolamine ou morphine-atropine) ; le matériel pour faire une insufflation d'oxygène dans les poumons au cas de syncope respiratoire ; les instruments permettant de pratiquer l'intubation intra-trachéale (sans intubation, le pentothal est contre-indiqué en chirurgie maxillo-faciale, thoracique, etc...). Une seule contre-indication absolue : les interventions sur le cou, où le voisinage du sinus carotidien rendu hypersensible expose à une syncope cardiaque réflexe. Quelques autres précautions sont aussi à prendre : éviter toute excitation cutanée pendant les minutes qui séparent l'injection de pentothal de l'établissement de l'anesthésie chirurgicale ; ne jamais donner de chloroforme au cours de l'anesthésie barbiturique, etc...

— M. Robert Monod propose qu'une séance de l'Académie, conjointement avec la Société française d'anesthésie, soit consacrée aux questions relatives à l'anesthésie chirurgicale.

— M. Braine ajoute qu'il y aurait grand intérêt à réserver des séances de l'Académie de Chirurgie aux enseignements de la récente guerre (anesthésie, réanimation, transfusion, etc...)

P. L.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX DE PARIS

Vingt cas d'ostéopathie de la faim, avec fractures ou images fracturaires, observés dans le cours de l'année 1945.

(MM. S. de Sèze, P. Ordonneau et S. Godlewski; 8-2-1946)

Dans treize de ces observations, l'ostéopathie de famine réalisait au complet le syndrome clinique et radiologique de Looser-Debray-Milkman : grande impotence douloureuse rendant la marche très difficile et finissant par confiner la malade au lit, traits de fractures symétriques ou de séparation sur les branches ischio-pubiennes et ilio-pubiennes associés à d'autres signes radiologiques, tels que décalcification diffuse du bassin, ostéoporose vertébrale, fissure ou fracture du col du fémur, du péroné, du cubitus. Guérison rapide et complète par le calcium et la vitamine D2. Les sept autres cas ne comportent pas de fracture du bassin, mais seulement des fissures osseuses ou des fractures spontanées des cols fémoraux ou des corps vertébraux.

En dépit d'une amélioration des conditions alimentaires, les ostéopathies de carence continueront à sévir sur leur terrain d'élection qui est la femme âgée, aussi longtemps que la population restera privée de lait qui constitue la source presque unique de l'apport calcique alimentaire. Il faut donc continuer à penser à

l'ostéopathie de carence devant ces femmes hyperalgiques dont les symptômes rappellent un rhumatisme vertébral, une coxarthrie, ou un cancer osseux métastatique.

— M. Gounelle pense que cette question est d'actualité, d'autant que l'apport calcique du pain actuel est encore appauvri.

— MM. Albeaux-Fernet et Perrault demandent quelle est l'influence du sexe féminin.

— M. de Sèze reconnaît que la totalité, ou presque, des cas s'observent chez des femmes sans qu'on en puisse tirer un argument quant à l'influence éventuelle des glandes sexuelles.

Sur la méningite à bactérium coli. A propos d'un cas observé chez un nourrisson de dix mois.

(M. Maurice Lamy, Mlle Jammet et M. Paley ; 8-2-1946)

M. Lamy, Mlle Jammet et M. Paley relatent l'histoire d'une enfant de dix mois, hypotrophique, chez laquelle, au cours d'une rougeole, se développèrent des troubles digestifs graves, puis une otite compliquée de mastoïdite, et enfin une méningite à « bacterium coli ».

Les auteurs notent que la méningite colibacillaire n'est pas tout à fait exceptionnelle chez le nouveau-né et le nourrisson. Ils soulignent l'importance de l'infection de l'oreille, celle-ci semblant jouer le rôle d'un relai, lors de la bactériémie, en fixant les germes et en facilitant ainsi l'ensemencement des méninges, soit par voie vasculaire, soit par contiguité, soit enfin par perforation des parois de la caisse. Ils ajoutent que le pronostic de la méningite provoquée par le coli-bacille est des plus sombres. Dans la très grande majorité des cas, la maladie entraîne la mort.

Un procédé technique permettant d'identifier facilement l'espace intervertébral cherché au cours des opérations pour sciatiques : le repérage coloré profond pré-opératoire sous contrôle radiologique.

(MM. de Sèze, S. Guillaume, P. Boulard et Mazard ; 8-2-1946)

Il n'est pas toujours facile, au cours d'une opération vertébrale pour sciatique, d'identifier le numéro d'ordre d'une lame ou d'un espace inter-vertébral, surtout si l'on cherche à limiter les dégâts musculaires et osseux. Le repérage préalable de l'espace inter-vertébral au moyen d'un repère métallique sur la peau est un procédé. Les auteurs ont mis au point une technique très simple : le malade se couche à plat ventre sur la table radiologique. La topographie du disque lésé (L4, L5 ou L5-S) ayant été fixée antérieurement par l'épreuve du lipiodol ou par la clinique seule, une aiguille est enfoncée verticalement à 1 cm. en dehors de la ligne des épineuses du côté de la sciatique, jusqu'au contact du ligament jaune de l'espace incriminé. Un cliché témoin est fait. On injecte 1 cc. d'une suspension de charbon activée en préparation glycérinée. A l'intervention, ce ligament coloré en noir est facilement identifié. Il suffit d'une brèche limitée du ligament et de la lame pour permettre en toute sécurité l'ablation de la hernie discale ou la radicotomie sensitive postérieure.

Ectopie testiculaire après traitement par le stilbœstrol.

(MM. Mussio-Fournier, Cervino, Herrera, Terra et Albrieux ; 8-2-1946)

Observation très étudiée d'une pseudo-ectopie testiculaire provoquée par le stilbœstrol.

M. P.

LA PRESSE

L'action anthelminthique de la phénothiazine et de ses dérivés. — *R. Deschiens* considère la phénothiazine purifiée et ses dérivés comme des anthelminthiques actifs ; il les utilise parfois dans l'oxyurose de l'adulte normal ; mais, chez les sujets déficients, les anémiques, les hépatiques et les néphrétiques, et surtout chez les enfants jusqu'à 12 ans, leur prescription doit être très réservée et en tout cas surveillée. (*La Presse Médicale*, 26 janvier 1946).

La pénicilline et les endocardites malignes. — La pénicilline stérilise les caillots intracardiaques de ces endocardites, mais ne saurait provoquer la résorption des thrombus même aseptisés. Elle offre ainsi l'avantage d'éviter la suppuration des infarctus et de transformer les embolies septiques en embolies mécaniques. Pour cette raison, écrit *R. Lutembacher*, son emploi semble devoir se limiter aux formes subaiguës qu'elle transforme en formes lentes. Quant à la guérison du processus, il importe de ne pas se hâter de la proclamer.

La pénicilline est d'un grand secours chez les cardiaques pour juguler certaines infections banales (grippe, broncho-pneumonies, furonculose, etc.), qui sont à l'origine des endocardites malignes. (*Le Bulletin Médical*, 21 janvier 1946.)

Le phlegmon pelvi-pariétal, forme particulière des phlegmons du ligament large. — *P. Trillat et R. Burthiault* définissent le phlegmon pelvi-pariétal : l'inflammation du tissu cellulaire sous-péritonéal répondant à la région pelvi-pariétale, sans préjuger de son origine, de son importance ni de son évolution. Ce qui le caractérise, c'est qu'il est plaqué contre la paroi pelvienne. Il présente différentes formes cliniques. On doit savoir le rechercher et l'individualiser, sinon il risque de passer inaperçu et d'être confondu avec le phlegmon habituel de la base du ligament large. Son pronostic est généralement favorable, mais assez souvent la régression est lente. On devra toujours redouter une atteinte des veines de la région pelvi-pariétale ; on sera donc prudent pour faire lever les malades. Son traitement est uniquement médical : repos au lit, glace sur le ventre, sulfamides, et dans des cas graves, injection intraveineuse en goutte à goutte de sérum glucosé alcoolisé. (*Rev. Franç. de Gynécologie*, décembre 1945).

G. F.


PULMONE
ELIXIR - CACHETS - AMPOULES
VOIES RESPIRATOIRES
GOUTTES IONISÉES
ALCALOSE
CARBONEX
ESTOMAC-FOIE-INTESTIN
LABORATOIRES BIOS
10, RUE VINEUSE PARIS
TRO. 57-44

PARTIE PROFESSIONNELLE

PROPOS DU JOUR

LES JOURNÉES MÉDICALES TUNISIENNES

Les journées médicales tunisiennes qui, de la Métropole, apparaissaient comme un aventureux défi aux difficultés du moment, se révélèrent tout autres vues de Tunis. Elles furent, en réalité, un hommage de fidélité, un héritage librement accepté et dont la lourdeur ne fut pas méconnu.

En 1926, les premières journées médicales se tenaient à Tunis sous la présidence de Charles Nicolle. Avant de se séparer les congressistes émirent le vœu que vingt ans plus tard la Métropole et le Protectorat eussent de nouveau l'occasion de concerter leurs efforts et d'affirmer leur communion intellectuelle en d'analogues assises scientifiques.

L'échéance arrivait à terme en ce printemps 1946 et ni la France, ni la Tunisie, si grièvement blessées par la guerre, ne semblaient, à vues humaines, aptes à mener à bien la tâche qui leur avait été assignée. Les sages et les raisonneurs auraient déclaré forfait : les excuses étaient assez exceptionnelles pour pouvoir se dédire sans perdre la face. Mais il se trouva un homme dont l'enthousiasme refusa de céder aux difficultés et qui, depuis la libération, avait mis en chantier, en dépit de tout, l'organisation des journées tunisiennes. Il s'y consacra avec acharnement, mais, en juillet dernier, la mort eut raison de lui et tout sembla remis en question. Il y a peut-être des enthousiasmes assez vivaces pour vaincre la mort : en l'occurence le pionnier tombé, il se révéla des continuateurs pour faire la relève. Ses amis se considérèrent comme tenus de mener à bien la tâche qu'il avait assumée et s'inspirèrent de son exemple. Peu à peu l'invraisemblable devint possible à envisager, puis le projet prit corps, les derniers obstacles furent levés. Et c'est ainsi que les congressistes qui, le 12 avril au soir, debarquèrent à Tunis rendaient hommage, sans s'en douter pour bon nombre d'entre eux, à la foi d'apôtre du Docteur Gérard.

Son nom fut pieusement évoqué au cours de la séance inaugurale. S. E. le Ministre des Affaires Sociales de Tunisie la présidait et, dans un discours plein d'élévation, il associa au souvenir du Dr Gérard celui de Charles Nicolle, le savant chargé de gloire qui avait fait de la Tunisie sa seconde Patrie et la terre féconde de ses immortelles découvertes.

De nombreux orateurs vinrent apporter le salut des corps constitués et des sociétés savantes de la Métropole : le Professeur Debré, au nom des Facultés de Médecine, le Dr Baumgartner, au nom de l'Académie de Médecine, le Dr Sorrel, au nom de l'Académie de Chirurgie. Les délégués étrangers, Etats-Unis et Portugal, attestèrent enfin que la recherche scientifique dépasse et domine les conceptions particularistes de nationalités.

Cette journée d'inauguration se termina par une visite à la tombe du soldat inconnu Tunisien et un pèlerinage à l'Institut Pasteur où, depuis dix ans, repose le corps de Charles Nicolle. Le directeur actuel de l'Institut rappela que, déjà malade et se sachant condamné, Nicolle avait accompli sa dernière traversée de France en Tunisie afin de trouver son repos sur ce sol d'Afrique où il avait aussi trouvé sa tâche. Heureux ceux qui peuvent ainsi donner même à leur mort le sens élevé d'un message !

Les journées médicales tunisiennes ont été marquées par de nombreuses et importantes communications consacrées à des domaines très variés de l'art médical. Tandis que les médecins de la Métropole exposaient leurs recherches concernant la médecine générale, la médecine sociale, la chirurgie, la biologie, les médecins tunisiens traitaient de la pathologie locale : paludisme, amibiase récurrente. Les anciens déportés en Allemagne groupèrent en outre quelques tableaux des camps d'extermination. Un échange de documentation particulièrement précise et actuelle fut ainsi réalisé et marquera de façon durable ces journées. Rien qu'à ce titre, les organisateurs sont récompensés de leur long effort.

Mais le bénéfice scientifique était le plus facile à escompter. Il supposait la mise en place de toute une armature matérielle contre laquelle se coalisaient les innombrables déficiences du moment : moyens de transport, logement, ravitaillement. Malgré quelques imperfections et quelques malentendus vite oubliés, les congressistes furent charmés, je dirai même émus, par la cordialité de l'accueil qu'ils trouvèrent à Tunis. Il est à peine imaginable que, dans une ville dont les bombardements abattirent tout un quartier et où la population est plus nombreuse qu'avant la guerre, nos confrères tunisiens aient réussi à loger plus de cent médecins venus de la Métropole. Les habitants de Tunis eux-mêmes s'en montraient stupéfaits.

Non contents d'avoir réalisé cet exploit, nos confrères mirent en outre sur pied tout un programme de festivités et de réceptions digne des anciens congrès. La deuxième guerre mondiale a-t-elle eu lieu ? On était porté à en douter certains soirs et cette incertitude semblait emporter à jamais des souvenirs trop souvent et trop longtemps ressassés. Tous ceux qui venaient pour la première fois à Tunis auront eu de cette ville, à tant d'égards pittoresques, une idée qui ne correspond pas à l'entière réalité. Ils devront cette illusion transfigurante aux médecins tunisiens qui ont été les plus charmants et les plus attentifs des hôtes. Nous leur devons une reconnaissance émue et, j'ai plaisir, pour ma part, à l'exprimer ici, en particulier, à nos confrères Maréchal et Calo,

animateurs infatigables que ne rebutèrent ni les difficultés, ni certaines rebuffades.

Mais avant que nous parvenions jusqu'à eux, nous étions déjà débiteurs aux confrères parisiens qui nous avaient préparé et aplani l'itinéraire. Il suffit de savoir à quel point sont précaires les transports entre la France et l'Afrique du Nord pour réaliser la persévérance qui a dû être mise en jeu. Huet, a peine rétabli d'une intervention chirurgicale, fut à cet égard un ordonnateur hors de pair et dont le besoin se faisait très vivement sentir.

Voici terminées ces journées médicales tunisiennes qui, pour tous les participants, marquèrent à coup sûr, une étape de l'après-guerre, car pour la première fois, ils auront humé l'odeur oubliée du temps de paix.

Nous ne pouvons aujourd'hui envisager l'avenir avec la sécurité dont se croyaient certains nos anciens de 1926. Nous ne sommes pas sortis d'affaire comme ils l'étaient, comme ils croyaient l'être. Mais c'est peut-être à force de croire à la paix qu'on la rendra possible. Aussi, dès maintenant, avec une certaine témérité qui du moins n'est pas irréfléchie et qui peut-être entraînera le destin, convient-il de proposer aux troisièmes journées médicales tunisiennes le millésime de 1966. Et puisse la tradition commencée sous l'égide de Charles Nicolle se perpétuer longtemps ; puisse le prestige de ce grand nom demeurer un pont solide d'une rive à l'autre de la Méditerranée.

G. Lavalée.

Tunis, le 18 *avril* 1946.

ACTUALITÉ PROFESSIONNELLE

CONSIDÉRATIONS D'ARCHITECTURE MÉDICALE

Les ravages de la guerre, la vétusté de nombreux édifices hospitaliers, la nécessité de compléter l'équipement sanitaire du pays par des créations nouvelles, nombreuses, à la fois économiques et efficaces, ont accru de façon considérable le rôle de l'architecte dans la lutte contre la maladie.

Nous avons, dans la région parisienne, quelques réalisations intéressantes à discuter. D'autre part, dans un ouvrage récent*, l'auteur de nombre de réalisations retentissantes, M. J. Walter fait le point de son expérience personnelle recoupée par l'examen des centres hospitaliers américains les plus importants. Il le fait avec une parfaite humilité, puisqu'il n'hésite pas à condamner certaines erreurs contenues dans des formules sur lesquelles il avait bâti sa renommée, telles que le nouveau Beaujon. S'il rejette la formule de l'hôpital en surface, par pavillons séparés, il fait le procès des bâtisses dépassant cinq à huit étages. Il condamne aussi le respect des règles purement théoriques, telles que l'orientation systématique en plein midi.

Une hauteur excessive, par son énorme poids, nécessite une base très résistante, sur un sous-sol suffisamment ferme, ainsi qu'une ossature très étoffée renfermant de très nombreux appareils élévateurs, coûteux et encombrant toute la hauteur du bâtiment.

La forme simple et classique du peigne à dents orientées vers le midi détermine une longueur abusive de couloirs, compliquant singulièrement le service avec répercussion sur la surface des façades inutilisées au nord, sur la longueur des canalisations coûteuses et fragiles, etc.

La création de cours rectangulaires, fermées sur trois côtés, rappelle fâcheusement les immeubles d'habitation à bon marché : proximité des vis-à-vis, absence d'échappées, atmosphère triste de cette courette, vision plongeante dans les services inférieurs, ce qui manque de charme pour un service d'accouchements sis au premier étage à l'heure des toilettes, comme c'est le cas du nouveau Beaujon.

Bien d'autres exemples viendraient facilement illustrer ces remarques. Nous nous contenterons de citer l'hôpital Franco-Musulman, charmante réalisation d'un architecte qui a su heureusement rappeler sous notre ciel l'architecture arabe. Là aussi le couloir absorbe une bonne part de la construction avec ses fâcheuses conséquences sur le fonctionnement des services. Nous passerons rapidement sur la situation de la construction en contre-bas de la route, et les refoulements d'eaux d'égouts en cas d'orage que cela entraîne ; sur la longueur exagérée des canalisations : insuffisamment isolées et trop rapprochées, elles échangent leurs calories, eau chaude et eau froide ayant tendance à équilibrer leurs températures ; sur la hauteur des plafonds, qui est à peine de 3 m. 50, alors que la surface des salles peut recevoir un nombre de lits triple de celui qui était primitivement prévu, les brancards pullulent automatiquement en cas de presse. La seule façon de réserver un cube d'air minimum est de conserver une hauteur de plafond suffisante, surtout quand il n'est pas prévu de distribution d'air conditionné, air conditionné qui n'a son plein intérêt que dans les crèches et salles d'opération.

Nous ne discuterons pas l'opportunité des terrasses sous climat pluvieux, terrasses qui doivent être très accessibles pour être pleinement utilisées.

M. Walter préconise donc maintenant, moyennant une hauteur limitée à sept étages, des constructions à forme stellaire : il arrive à limiter ainsi la masse de maçonnerie à 90 m³ par lit, alors que naguère on prévoyait 340 m³. Dans les services rationnellement groupés, la main-d'œuvre est rationnellement utilisée : l'économie de construction entraîne une économie d'exploitation. Nous ne contredirons pas son affirmation de ce que l'orientation de la salle importe peu, car le séjour du malade d'hôpital est de courte durée, contrairement à celui du sanatorium, et bien souvent, pendant ce court laps de temps, faut-il, en raison de son état, créer une obscurité plus ou moins complète.

* Renaissance de l'Architecture Médicale, Massin éditeur.

Il nous apparaît que l'économie sur la masse de la construction devrait permettre de raffiner le détail et de rechercher le vrai confort. Pour qui a passé quelques mois ou années dans ces immenses cages de béton armé et de brique, il est évident qu'il y a de gros progrès à réaliser. Le pouvoir de résonance de ces bâtisses est extraordinaire, mis à l'épreuve qu'il est par le fonctionnement des ascenseurs, le grincement des grilles et celui des chariots chargés de marmites et de bouteilles, la fermeture des portes, le martellement des talons métalliques sur le dallage céramique, les bruits de vaisselle, sans oublier les cris des malades, les bavardages du personnel, etc. Nous connaissons certains locaux de consultation parfaitement ripolinés et dallés, rigoureusement impropres à tout travail sérieux. Le plan est une chose, la manière de le réaliser en est une autre. Le bâtisseur doit venir vivre dans son œuvre et la critiquer lui-même. M. Walter passe rapidement sur ce point en affirmant seulement que toutes dispositions techniques seront prises à cet effet. Nous aurions aimé avoir plus de précisions sur ces dispositions, trop souvent négligées en fait.

Le problème de l'insonorisation, lié d'ailleurs à celui de l'isolement thermique semble en France particulièrement négligé, alors qu'en Amérique, de très belles et pratiques réalisations existent, même dans des immeubles courants.

Le béton est un très beau matériau permettant de grandes audaces d'armature. Tel qu'il est utilisé, il ne convient pas, à l'état brut, à l'habitation. L'inclusion de mâchefer dans sa masse a accru son pouvoir isolant, peut-être au détriment de la résistance.

Sans vouloir revenir aux bons vieux planchers lyonnais faits d'épaisseurs alternées de chevrons et de terre, on peut souhaiter voir se généraliser la formule du double plancher de la nouvelle Faculté de Médecine de Paris ; malgré son incidence sur la hauteur utile de la construction, le coffrage interétages laisse un espace de 80 cm. d'épaisseur, propice à la circulation des canalisations, à leur surveillance, leur réparation, leur transformation. Ce procédé semble très supérieur à celui qui consiste à noyer les canalisations dans une dalle de béton, où elles sont figées de façon irrémédiable.

L'isolement sonore sur le plan horizontal par rapport aux pièces voisines doit être réalisé par la double porte, et aussi par le tapissage des murs de béton ou brique creuse au moyen de panneaux en matière isolante : fibre ou liège agglomérés. La masse absente doit être remplacée par une épaisseur, réduite, de matériaux à haut pouvoir d'insonorisation, et pratiquement aussi de calorifugation. La cage de verre est inhabitable du fait des phénomènes de condensation si bien observés dans nos immeubles modernes, à plancher genre terrazolith.

Evidemment, on objectera le prix de revient de ces matériaux généralement d'origine étrangère, car la France ne produit que 10 % de ses besoins de liège ; la fibre idéale n'a pas été détectée dans nos pays, mais les chercheurs ont-ils vraiment épuisé le sujet ? Il serait aventureux de répondre par l'affirmative.

Pour étouffer les bruits de l'extérieur, et aussi protéger l'intérieur contre les variations extrêmes de température de l'extérieur, on n'emploie que trop rarement en France la double fenêtre, facteur incontestable d'un grand confort et aussi d'une sérieuse économie de combustible.

Cette formule peut, peut-être, rendre acceptable, en particulier dans le Midi, la grande baie vitrée derrière laquelle on a si vite une impression de serre dès que le printemps arrive.

Nous ne parlerons que pour la honnir de la persienne en fer qui arrête les rayons lumineux, mais transmet si bien les radiations thermiques.

Les réalisations récentes, en général, et celles de J. Walter en particulier, condamnent la grande salle de malades : on en vient avec juste raison à la salle de 4 à 6 lits, facile à surveiller, agréable, mais non fatigante pour le malade qui redoute la solitude. Pour les malades exigeants ou graves, la chambre particulière doit figurer dans tout établissement public de soins pour 25 % environ des places prévues. L'évolution actuelle ne décourage pas notre auteur de prévoir des appartements de luxe, car « dans les pays socialistes, les Gouvernements les plus avancés créent de nouvelles castes de privilégiés qui demandent des chambres isolées, souvent luxueuses ; elles sont réservées aux dirigeants du parti, aux grands fonctionnaires. Les bénéficiaires d'un plus grand confort dans tous les pays ne seront plus les mêmes personnes, mais ils existeront toujours ». Ce scepticisme n'encourra pas le reproche de ne pas garder un caractère constructif. Dans ces salles, il prévoit, pour l'avenir, des lits sur dé de béton, insensibles aux chocs redoutés des opérés. Cela, au moins, empêchera le resserrement abusif des lits par adjonction des indésirables brancards.

L'organisation et la disposition qui nous sont proposées pour les salles d'opérations semblent bien dignes d'attirer l'attention des chirurgiens qui veulent équiper un centre chirurgical *up to date*. Des solutions particulièrement élégantes sont proposées pour maintenir la stérilité de la cellule opératoire protégée par de multiples sas, par une surpression liée au conditionnement de l'air, par la limitation du nombre de personnes admises au saint des saints, en particulier grâce à un mode de transport très ingénieux de l'opéré par monorail.

L'éclairage sera certainement à revoir, influencé qu'il doit être par la vulgarisation des tubes fluorescents, grâce auxquels on obtient une lumière sans foyer incandescent, donc sans éblouissement, sans points de brillance, mais parfaitement diffuse sans ombre portée, avec une grande intensité, un respect complet des couleurs et de la vue des opérateurs.

Il y aurait encore beaucoup à dire pour épuiser toutes les remarques suggérées par les réalisations qui nous entourent et aussi par l'ouvrage si intéressant de J. Walter : le sujet est immense, d'autant que des besoins nouveaux naissent tous les jours. Un souci constant de simplicité et d'humanité, ainsi que le simple bon sens, doivent aider à trouver la solution idéale du moment, à l'échelle de l'homme, et surtout de l'homme malade, affaibli, qui vient chercher aide et réconfort : la rationalisation ne doit pas devenir une mécanisation pure et simple.

Dr R. Jodin.



AUTOUR D'UNE QUESTION...

SIGNER ? OU NE PAS SIGNER ?

Que le lecteur se rassure, je ne vais pas traiter ici après bien d'autres, la question de savoir s'il faut ou s'il ne faut pas signer la convention syndicat-Caisse.

Dans les *Concours* récents et dans le *Médecin de France*, MM. CIBRIE, LAVALÉE et MIGNON ont amplement exposé les avantages et les inconvénients de la signature ou de la non-signature. Et puis la question n'est plus d'actualité, au moins provisoirement. L'ordre du jour confédéral n'impose-t-il pas à tous les organismes départementaux une seule discipline : différer les signatures des conventions.

Je voudrais seulement répéter à cette tribune la question que j'ai posée à M. GARDÈRE, puis à M. COSSA, à l'Assemblée Générale : *l'aut-il ou non continuer à signer les feuilles de maladie ?*

***

Dans un délai plus ou moins long — certains de nos collègues en fixaient l'expiration au 20 avril — conformément à l'article 10 de l'Ordonnance du 19 octobre, un tarif limitatif peut nous être imposé. A cette date, et je pose la question à ceux-là seulement que ne lie aucune convention issue de l'Ordonnance, continuerez-vous à remplir et à signer les feuilles dites de « maladie » et les feuilles dites de « soins spéciaux » ?

Cette simple question revêt une importance qui n'échappe à personne.

Or, personne n'y a répondu objectivement, ni M. COSSA succédant à M. GARDÈRE, à qui je m'adressais, ni M. CIBRIE qu'André BARANGER a interrogé par lettre au nom de la Chambre syndicale de l'Oise.

M. COSSSA a dit à peu près : « En signant les feuilles on se lie à une convention, s'il y a une convention ; mais s'il n'y a pas de convention... »

Le lecteur imagine la suite du raisonnement.

L'issue toute proche de la séance du dimanche matin et l'agitation de l'Assemblée ne m'ont pas permis d'argumenter comme il convenait M. COSSA.

MIGNON l'a déjà fait pour moi dans le *Concours* du 20 avril 1946.

Qu'on se reporte simplement au modus vivendi actuel : *les non syndiqués* se trouvent liés par la *Convention Syndicat-Caisse* dès lors qu'ils acceptent de signer les feuilles d'A. S.

Pourquoi veut-on qu'il en soit différemment lorsqu'en place de Convention jouera l'article 10 de l'Ordonnance avec son tarif limitatif ?

Par conséquent, signer les feuilles de maladie quand sera appliqué ce tarif, c'est apporter à l'Ordonnance la plus docile, la plus veule « collaboration ». Car, la partie qu'il est convenu d'appeler « adverse » rira de bon cœur : « Tout se passe aussi bien qu'en l'absence de convention ! » Sous entendu, sans les avantages accordés aux médecins par la Convention-type (avantages que cette partie adverse ne se cachait pas de trouver excessifs).

Par conséquent, j'aurais aimé entendre M. COSSA me répondre : « D'accord, tarif-limitatif-imposé entraîne immédiatement le refus des médecins de signer les feuilles. »

Je mesure bien l'importance de cette réponse : c'est la grève administrative ! et M. MIGNON a développé dans *le Concours* du 20 avril 1946 tout ce que cela comporte d'aléas. Surtout, que le lecteur non informé se reporte à cette documentation du *Concours*.

M. CIBRIE s'en remet à la Commission confédérale, mais ne dissimule pas les difficultés d'une telle attitude.

M. COSSA, à la perspicacité et la finesse d'esprit de qui je rends un sincère hommage, a dû, lui aussi mesurer la gravité de la réponse que je souhaitais...

Il n'empêche que cette réponse était la seule qui fut courageuse et de bonne logique. C'était la seule que pouvaient espérer les vrais « résistants ».

***

Ceux-ci n'ont sans doute pas fini d'être déçus !

Ils apprendront bientôt que le premier souci de la Commission confédérale élue le 31 mars a été de fixer « un plafond d'homologation », c'est-à-dire que la Confédération n'homologuera les barèmes départementaux d'honoraires qu'au-dessous de certains chiffres. C'est donc une homologation limitative. Oh ! je ne dis pas que ce soit évitable. Mais je m'étonne au nom des défenseurs de l'entente directe absolue, celle dont il a été tellement traité les 30 et 31 mars et je songe aussi aux défenseurs de l' « Echelle mobile » dont les inquiétudes sont légitimes en cette époque de finance incertaine, surtout quand il s'agit de chargés de famille. Que leur apporte la nouvelle méthode ? Sans doute, quelque révision après de multiples sollicitations de la Commission Confédérale ? Mais, je suis dans l'hypothèse et on ne nous annonce rien de positif. A ceux-là au moins, la Convention-type apportait l'échelle mobile par la variation quasi automatique des barèmes d'honoraires par rapport aux salaires ouvriers.

***

Je ne suis pas de ceux qui regrettent d'avoir participé à l'unanimité du 31 mars. Il faut aussi une discipline confédérale. Que cela ne nous conduise pas, pourtant, à accepter les yeux fermés, un tarif limitatif imposé, ce qui serait ridicule. Que cela ne nous apporte pas non plus un tarif limitatif confédéral sans souplesse. Car, alors, pourquoi s'être tellement éloigné de la Commission de Sécurité Sociale de la Confédération qui en février avait conclu : Révision sévère de l'Ordonnance, soit, mais signature de la Convention-type.

On se le demande : est-ce cette formule qu'adoptera en définitive, la nouvelle Commission confédérale ?

Qu'on relise donc attentivement la Convention-type.

Le mieux n'est-il pas quelquefois, l'ennemi du Bien ?

Dr Pierre DELIE (*Beauvais*).

LA NOUVELLE NOMENCLATURE (Suite)

Notes du Dr FERNAND DECOURT

A la suite de mon dernier article sur la Nouvelle Nomenclature, j'ai déjà reçu un certain nombre de lettres — en attendant « la suite » — et au sujet desquelles je désirerais faire quelques observations, les unes d'ordre général, d'autres d'ordre particulier.

⁂

OBSERVATIONS GÉNÉRALES. — Il est bien entendu (je l'ai déjà écrit) que la Nouvelle Nomenclature est, et doit être, « une création continue... » Ceci est maintenant officiel puisque vient d'être créée une « *Commission permanente de la Nomenclature* » chargée de faire, à celle-ci, des modifications, des suppressions ou des additions, au fur et à mesure des besoins. Je conserve donc, dans un dossier spécial, les lettres reçues de confrères sur ce sujet, de façon à examiner leurs critiques, leurs observations, leurs suggestions, que je présenterai, s'il y a lieu, à la Commission permanente.

Toutefois, lorsqu'il s'agit de questions auxquelles je pourrai, dès maintenant, répondre sans recours à la Commission, je m'efforcerai de le faire, comme je le fais depuis une trentaine d'années, pour le moins, au sujet des différentes tarifications en médecine sociale.

C'est ainsi que, dès aujourd'hui, je puis faire connaître qu'une première réunion de la Commission permanente eut lieu le 19 mars — d'urgence — sur l'initiative du Ministère du Travail. On s'y est occupé des « *Visites de Nuit* » dont le coefficient V 3 a semblé, paraît-il, « excessif », avec les prix actuels de la visite simple, dans un certain nombre de départements. Après discussion, il fut décidé que la rubrique « Visite de nuit » serait supprimée de la Nomenclature et son coefficient serait désormais fixé dans la Convention Syndicat-Caisse. Son prix serait donc, par suite, d'ordre départemental entièrement.

On s'est occupé aussi de la question des *Certificats* qui, en matière d'accidents du Travail, n'avaient aucune référence dans la Nomenclature. On a ainsi rétabli, à peu près ce qu'on avait supprimé dans mon « *Avant-projet* ». (Il y aura ainsi, je présume, beaucoup d'autres exemples, dans l'avenir, de « rétablissements » de ce genre. Mais n'anticipons pas...)

On n'a guère abordé d'autres questions, le Ministre ayant remis à des réunions ultérieures tout autre problème à résoudre.

⁂

OBSERVATIONS PARTICULIÈRES. — Sur quelques-unes des lettres déjà reçues.

1° *Le Dr Ch. (de R.).* — J'ai déjà répondu ci-dessus sur deux points soulevés par ce confrère : la visite de nuit et les certificats. A noter toutefois qu'il demande — et avec raison — que la « nuit » ne soit pas considérée de 9 heures du soir à 6 heures du matin, mais « à 7 heures ». J'en appelle à MM. les membres des Bureaux ministériels pour savoir si, en plein hiver, donc en pleine nuit, on les faisait venir dans leurs services à 6 heures du matin, ils s'estimeraient arriver en plein jour... Quant aux indemnités de déplacement non majorées de nuit, c'est « un lièvre » que j'ai plusieurs fois soulevé à la Commission ministérielle des A.T., mais sans jamais avoir gain de cause. « La majoration de nuit, me répliquait-on, est comptée en bloc dans la majoration du prix de la Visite de nuit. » On pourra y revenir encore...

2° *Le Dr G. (de Paris).* — Ce confrère me signale : *a*) quelques fautes de texte (tel que la facture du « métacarpien » au membre inférieur (page 22, ai-je trouvé en effet). Il y a lieu évidemment, à une révision matérielle du texte ; j'ai noté également quelques « loups » de ce genre ; je n'insiste pas. *b*) Il demande aussi pourquoi l'appendicectomie est passée de K. 60 à K. 50. Le fait est exact (voir page 34) : je l'ai enregistré. *c*) Il est « indigné » de voir la « Verrue plantaire » à K. 6. Là, nous ne sommes plus d'accord : on lit en D.V., page 61 : « Destruction de verrues plantaires en une ou plusieurs séances : unique K. 10 — multiples (ou bilatérales) = K. 20. Passons. *d*) Incisions de phlegmons des gaines = K. 25. C'est « insensé », dit-il. Or je lis, page 26 : « Incisions de phlegmons des gaines digitales = K. 25 — digito-carpiennes = K. 60 — autres que les précédentes K. 20. » Je lui demande une note officieuse (détaillée et justificative) à ce sujet, pour être présentée à la Commission permanente. Et je voudrais bien, à priori, être convaincu moi-même de la nécessité de modifications à cet égard.

3° *Dr M. (à T.).* — Ce confrère demande des explications sur « *l'entente préalable* » et comment il se fait qu'on l'a inscrite dans la Nomenclature. « Mesure de véritable défiance vis-à-vis d'un acte médical ou chirurgical avant qu'il soit pratiqué. » Il ajoute (ce que je ne saurais approuver) : « Beaucoup de confrères, et moi-même, seraient désireux d'avoir les noms des médecins qui, dans l'élaboration de la Nouvelle Nomenclature, ont fait établir ce principe de l'entente préalable ». Ce serait là un acte de « véritable défiance » envers ces confrères qui n'étaient pas tout seuls et ont fait pour le mieux, j'ai pu m'en rendre compte moi-même. D'ailleurs, je répondrais que « ce principe » n'a rien de nouveau puisqu'il existait déjà, en particulier en matière d'A.T., par exemple, alors que tel ou tel acte ne peut être effectué qu'après « *accord* préalable entre le médecin traitant et le médecin du patron ou de son assureur substitué ». (Art. 27, Observ. 3°). De même, dans la Nomenclature « mort-née » on voyait beaucoup de rubriques agrémentées de cet « E », d'entente préalable que notre excellent confrère prend pour une nouveauté. Toutefois, je n'en suis pas moins de son avis, au sujet de la multiplication anormale de ces « E »... En vérité, on nous en a comblé. Mais je crains fort (car ce sera une cause de heurts entre Caisse et médecins traitant) que cette prescription ne soit pas toujours observée, dans la pratique : « ils sont trop ! » comme on disait en 1870 des soldats prussiens...

⁂

En terminant, je répéterai ce que j'ai déjà écrit : « Patientez, confrères, il faut du « rôdage » dans la Nomenclature avant que tout cela « tourne rond ». Mais il faudra de la bonne volonté du côté du Corps médical — comme aussi du côté des Caisses.

CONNAISSONS-NOUS

LES PATRONS OU LE TRIOMPHE DES COULEURS

Par Pierre MAURIAC

Il y a certains mots du langage familier dont les Maîtres peuvent être fiers : quand l'élève parle du « Patron », le ton efface la vulgarité du terme. Malheureusement, et tout naturellement, hélas, un vocabulaire est né, dont l'origine est moins reluisante. C'est à l'école des champs de course que nous nous sommes mis ; comme si la comparaison s'imposait entre les concours de médecine et les épreuves de Longchamp ou d'Auteuil, on parle d'écuries et de poulains ; et il ne serait pas difficile de trouver certaines analogies entre les coulisses du pari mutuel et les intrigues qui précèdent et accompagnent les concours.

Dans ce rabaissement de la valeur morale des épreuves médicales les Maîtres ont leur grande part. Une sorte d'égoïsme, une vanité ridicule à défendre « leurs couleurs », même lorsque leurs représentants sont de petite classe, ont jeté sur les concours d'hôpitaux ou de Facultés un discrédit humiliant.

L'épreuve la plus importante, surtout à Paris, est celle du jury ; et avant même que soit sonné le départ, les noms des juges suffisent à désigner les gagnants.

Ce parti pris qui s'étale sans vergogne n'est plus de l'émulation, mais seulement le souci de ménager son empire, sa réputation, de maintenir sa cour de grand Patron. Et ce sont les rivalités, les animosités, les haines mêmes qui opposent entre eux les clans, les écoles, les « écuries ».

Il est si rare de rencontrer dans une même Faculté deux Maîtres en médecine ou deux Maîtres en chirurgie qui se comprennent et qui s'aiment !

Je suis médecin à ma façon, suivant mes moyens, mes inclinations, mes préférences. Mes recherches sont menées dans une ligne et dans un esprit qui m'est propre. Mon collègue, mon voisin, formera des élèves qui seront différents des miens, publiera des travaux qui sont marqués de qualités que je ne possède pas. C'est justement cette comparaison que nous supportons mal. Toujours prêts à voir les faiblesses du voisin, nous souffrons de ses avantages que nous tournons en dérision. Au lieu d'essayer de comprendre et d'en faire notre profit, nous critiquons, comme s'il n'y avait d'autre conception des problèmes moraux et physiologiques que celle que nous avons.

Plutôt sceptique et hésitant, je subis comme une injure le dogmatisme ou l'affirmation de mon collègue. La précision, le détail, le souci bibliographique dont il surcharge ses publications semblent un défi à ma façon un peu désinvolte d'aborder le sujet et d'aller droit à l'essentiel. Je l'accuse de myopie parce qu'il ne me fait grâce d'aucun de mes oublis. Ma critique, ma mauvaise humeur sont faites, au fond, de l'image de mes insuffisances qui m'est inexorablement imposée. Nous en voulons moins à nos collègues de leurs défauts que des qualités dont ils sont riches et dont nous sommes dépourvus.

Soyons donc persuadés que si haute que nous estimions la qualité et le degré de notre intelligence, il en est d'une autre classe et qui ne sont ni moins utiles, ni moins éminentes. Ce serait déjà beaucoup si nous consentions à méditer la distinction de Pascal : il y a l'esprit ample mais faible ; il y a l'esprit fort et étroit. Ample mais faible l'esprit qui comprend un grand nombre de principes sans les confondre ; c'est l'esprit de géométrie, trop souvent ennemi de l'abstraction et de la généralisation.

Fort et étroit l'esprit qui pénètre profondément les conséquences des principes ; c'est l'esprit de justesse qui ne redoute pas l'abstraction, mais ne peut imaginer quoi que ce soit de complexe avant de l'avoir classé dans un ordre parfait.

O anima ! *O mens* ! lançait Gassendi à Descartes, champion de l'abstraction. *O caro*! ripostait le philosophe, écrasant de son mépris l'imagination bornée aux objets concrets.

Plutôt que de nous perdre en des critiques stériles, nous devrions applaudir aux dons complémentaires que nous trouvons chez les autres. Il faut de tout pour faire un monde ; il n'est pas trop de toutes les personnalités et les plus diverses pour faire avancer la science : parce que Claude Bernard et Charles Nicolle ont dénoncé l'influence stérilisante de la religion bibliographique, il n'en reste pas moins que les fervents de la bibliographie ont leur place marquée, éminemment utile ; parce que Pasteur s'en prenait aux « discoureurs » de l'Académie de Médecine et à leur éloquence stérile, il n'est pas mauvais que Trousseau ait illustré la clinique française par son verbe éclatant.

Si nous labourions tous le même sillon, la récolte serait piètre. Chacun travaille avec ses outils, ses capacités, ses connaissances, ses qualités de courage, d'ardeur, de constance, de minutie, et aussi avec ses défauts. Le champ est assez vaste pour que tous y trouvent leur place ; la matière est assez riche pour que toutes les intelligences et toutes les méthodes trouvent à s'employer. Respectons la personnalité de chacun, a dit Baudelaire, car elle est son génie.

Quelle vanité de prétendre soigner tous les malades avec un égal bonheur ! La blessure d'amour-propre que nous vaut l'infidélité d'un client marque notre irréflexion. Si bien doué, si bien préparé que nous nous croyions, nous ne pouvons tout de même pas correspondre scientifiquement, psychologiquement à tous les problèmes individuels qui s'offrent à nous. Là où j'échouerai, un autre réussira. La manière douce, désabusée, la thérapeutique parcimonieuse laissera ce malade désemparé et déçu, qui trouvera au contraire la confiance dans l'affirmation, l'autorité, la foi thérapeutique d'un autre. Parce que la médecine n'est pas tout entière dans les livres et les formules chimiques, le malade ne trouvera d'apaisement qu'auprès de celui dont la science s'allie à un cœur et à une intelligence complémentaires des siens. « Il me faudrait, s'écriait Jean Moréas, un médecin qui ait dans son art le même génie que moi. » Admirer chez les autres les qualités dont nous sommes le plus dépourvu me paraît une règle de conduite qui nous met à l'abri de bien des injustices et de bien des erreurs.

Encourager ses élèves à puiser ailleurs les richesses que nous ne pouvons leur dispenser est la marque la plus méritoire de notre affection. Mais il y faut beaucoup de détachement, et la générosité ne gagne pas à l'accumulation des diplômes. Dans la mesure où elle est trop haute et trop lourde pour une âme trop faible la fonction écrase celui qui en est revêtu, et ne laisse surgir que les défauts communs à la gent médicale, l'orgueil et l'insubordination. Il est moins difficile de diriger quelques milliers d'étudiants que de faire entendre raison à quelques centaines de médecins ou à quelques dizaines de professeurs.

« Il faut de la science, et malheur à ceux qui n'emploient pas bien le temps. Mais craignons, mes frères, craignons, et, si j'ose dire tremblons, tremblons mille fois plus que je ne saurais le dire ; car ceux qui ont de l'esprit ont bien à craindre ; *scientia inflat* ; et ceux qui n'en ont point, c'est encore pis, s'ils ne s'humilient » (Saint Vincent de Paul.)

Orgueil des uns. Médiocrité envieuse des autres. Serait-ce toute la médecine et tous les médecins?

Il y a heureusement autre chose à quoi nous sommes tous appelés par la profession. « Tous les corps ensemble et tous les esprits ensemble, et toutes les productions, ne valent pas le moindre mouvement de charité ; cela est d'un ordre infiniment plus élevé » (Pascal). Et nous y atteignons, parce que nous sommes médecins.

CHRONIQUE DE L'AUTOMOBILE

L'ENTRETIEN DES BATTERIES D'ACCUMULATEURS

Nos lecteurs nous demandent fréquemment quels soins on doit donner à une batterie d'accumulateurs pour la maintenir toujours dans le meilleur état de fonctionnement. Aussi croyons-nous que ces quelques mots seront susceptibles de leur rendre service.

Inutile d'insister sur le fait que la batterie d'accumulateurs est absolument indispensable pour le bon fonctionnement de la voiture.

Là où on commence à voir que la batterie n'est pas dans un état normal, c'est quand elle n'arrive pas à mettre le moteur en route. N'attendons donc pas ce moment pour la soigner et la maintenir le plus longtemps possible dans un état voisin du neuf.

La place nous étant mesurée, nous allons simplement indiquer rapidement les soins à donner, sans chercher à expliquer le pourquoi de chacun d'eux.

Quatre précautions essentielles doivent être prises en vue du bon entretien de la batterie, à savoir :

1° Maintenir la batterie en parfait état de propreté ;

2° Faire des additions d'eau pure dès que les niveaux baissent ;

3° Charger suffisamment ;

4° Surcharger avec modération (1).

Si de l'électrolyte a suinté, ou a été renversée sur la batterie, il est recommandé de laver avec une solution de soude caustique ; rincer à l'eau pure et sécher ensuite. Bien prendre garde de ne pas introduire de soude dans les éléments.

A défaut de soude, on peut employer de l'ammoniaque.

Pour éviter la corrosion des connexions, les entretenir dans le plus grand état de propreté, gratter les sels grimpants qui se forment souvent à la borne. Enduire les bornes et les cosses avec de la *vaseline* ou *graisse minérale* pure qui n'est pas attaquable par l'acide. Les graisses ordinaires, dites « graisses consistantes » qui contiennent des graisses animales ou végétales sont aussi corrosives que l'électrolyte et accentuent la corrosion au lieu de la prévenir.

ADDITION D'EAU. — L'électrolyte est un mélange d'acide sulfurique et d'eau ; l'acide sulfurique n'étant pas volatil d'une part, et n'intervenant pas dans les réactions internes de la batterie, ne disparaît jamais. L'eau, au contraire, est décomposée dans le fonctionnement normal de la batterie quand celle-ci est en surcharge, ce qui arrive chaque fois qu'on roule longtemps sans se servir des phares.

Il faut donc refaire le niveau avec de l'eau pure; l'eau distillée est ce qui convient le mieux ; à défaut on peut prendre de l'eau de pluie propre. Enfin, à défaut d'eau de pluie, de l'eau potable ordinaire, non calcaire. Si l'on ne dispose pas d'eau ordinaire non calcaire, faire le plein avec de l'eau d'Evian dont la composition se rapproche beaucoup de l'eau pure.

Le niveau normal doit être remonté jusqu'à 1 cm. environ au-dessus du bord supérieur des plaques. Ne jamais le laisser descendre au-dessous de ce bord : les plaques d'accumulateurs qui ne sont pas baignées par le liquide se mettent rapidement hors de service.

La période après laquelle on doit rajouter de l'eau varie suivant l'usage que l'on fait de la voiture. Si l'on roule beaucoup de jour et à bonne allure, le niveau doit être fait tous les huit jours. Si, au contraire, on roule la nuit et lentement (service de ville, par exemple), il est suffisant de refaire le niveau tous les 15 jours ou même tous les mois.

LA CHARGE. — Il arrive fréquemment qu'on demande à la batterie plus de courant que la dynamo de la voiture ne lui en a fourni.

Il est donc nécessaire de la recharger avec un chargeur fixe dans son garage. Il est bon de donner une recharge tous les huit jours à un régime très lent : par exemple, 2 ampères pour une batterie de 80 ampères-heure. La charge normale, c'est-à-dire quand la batterie est complètement déchargée, se trouve en multipliant la capacité nominale par le facteur 0,15. A 80 ampères-heure, par exemple, on peut employer une charge de 12 ampères. Il n'y a aucun inconvénient à charger à un régime moindre, mais on risquerait de détériorer assez rapidement les plaques positives en chargeant à un régime trop élevé.

La recharge doit être modérée. On voit qu'un élément est chargé quand son électrolyte bouillonne fortement, ou mieux, quand la densité de l'électrolyte n'augmente plus. On trouve encore dans le commerce des petits aréomètres Baumé logés dans une pipette qui permet de prendre très rapidement la densité sans risquer de salir quoi que ce soit.

Généralement, l'électrolyte d'une batterie bien chargée doit marquer environ 3° Baumé. Ce chiffre n'est d'ailleurs pas absolu et dépend de la concentration de l'électrolyte.

DÉCHARGE MODÉRÉE. — Les batteries de voitures sont soumises à un régime qui les met largement à l'épreuve. Au moment du démarrage, en effet, les batteries sont appelées à fournir un courant égal à 4 ou 5 fois la capacité nominale. Il ne faut donc pas exagérer le temps pendant lequel on fait tourner le démarreur. Si, après deux ou trois essais d'une durée de 10 à 15 secondes chacun, le moteur ne part pas, il faut chercher les causes qui l'empêchent de fonctionner, pour ne pas détériorer la batterie. Ne jamais, en particulier, se servir de la batterie pour déplacer la voiture en embrayant sur la première vitesse, par exemple.

PRÉCAUTIONS A PRENDRE POUR LES BATTERIES QUAND ON NE SE SERT PAS DE LA VOITURE. — Si la voiture ne doit pas fonctionner pendant une quinzaine de jours, on doit procéder à une recharge complète de la batterie au moment où on abandonne la voiture au garage. C'est pendant cette recharge qu'il faudra compléter l'électrolyte s'il y a lieu, et non après : en effet, si on fait le niveau pendant la charge, le bouillonnement des éléments brasse le mélange d'eau et d'électrolyte et le rend homogène. Au contraire, si on ajoute de l'eau dans une batterie qui est appelée à rester immobile, l'eau reste à la surface et risque de geler pendant l'hiver. Se rappeler qu'une batterie chargée ne gèle pratiquement jamais, tout aux moins aux températures que nous avons dans nos pays.

Henri PETIT.

(1) Beaucoup des conseils qui figurent ici sont empruntés à l'excellent ouvrage intitulé « *Manuel Pratique des Batteries de Démarrage* », publié par la Société Fulmen.

Micelliode

IODE COLLOIDAL MICELLAIRE ÉLECTRO-POSITIF

Toutes les Indications de l'IODE, SANS IODISME POSSIBLE

GOUTTES

Laboratoires de l'HÉPATROL _ 4 Rue Platon PARIS (XVe)

RÉMINÉRALISATION

OPOCALCIUM

du Dr Guersant

IRRADIÉ (GRANULÉ, CACHETS, COMPRIMÉS)

Vitamine D pure cristallisée et
Parathyroïde (extrait)
Sels minéraux directement assimilables

SIMPLE (GRANULÉ, CACHETS, COMPRIMÉS)

Parathyroïde (extrait)
Sels minéraux directement assimilables

Cachets GAÏACOLÉS

Cachets ARSÉNIÉS

Poudre

LABORATOIRES DE L'OPOCALCIUM
96, Rue Orfila PARIS (20e)

ORGANOTHÉRAPIE
ET
CHIMIOTHÉRAPIE

DRAGÉES DE

PLEXALGINE
LALEUF

RÉGULATEUR CIRCULATOIRE ET VAGO-SYMPATHIQUE
SÉDATIF DES PLEXUS DOULOUREUX

LABORATOIRES LALEUF
Georges DUGUÉ, Docteur en Pharmacie
51, Rue NICOLO, PARIS-16e
Téléphone : TROcadéro 62-24

SARCOPTOL

LABORATOIRES DE SPÉCIALITÉS S.A. LASSA

LOTION (Formule d'avant-guerre) GALE - PARASITOSES DIVERSES
PITYRIASIS - SÉBORRHÉES, etc.

POMMADE ECZÉMAS - PRURITS - ACNÉS - FURONCULOSES
DÉMANGEAISONS - TOUTES DERMATOSES

LASSA - 31, RUE CHARDON-LAGACHE - PARIS 16e

ECHOS & COMMENTAIRES

Un médecin d'hopital peut-il être membre de la Commission administrative ?

A plusieurs reprises, et encore dans un article de notre numéro du 28 avril dernier, nous avons démontré que, dans l'état actuel de la législation, rien ne s'oppose à ce que soit choisi parmi les membres du Corps médical hospitalier le médecin présenté par les organisations professionnelles médicales et nommé par le Préfet comme administrateur de l'hôpital.

Aussi sommes-nous étonnés de lire dans le numéro de février 1946 de la revue Tecniques hospitalières un article traitant de la composition des Commissions administratives et du mode de désignation de leurs membres et dans lequel on affirme péremptoirement : « *En ce qui concerne le représentant des syndicats médicaux, il devra être choisi, sauf en des circonstances exceptionnelles, en dehors des médecins exerçant à l'hôpital.* »

Et pourquoi donc, s'il vous plaît ? Aucune explication...

Etrange assertion et d'autant moins compréhensible que quelques lignes plus haut le rédacteur, prudemment anonyme, a cru pouvoir écrire : « *Le représentant des organisations syndicales ouvrières présenté par l'Union départementale des syndicats la plus représentative sera choisi en dehors de l'établissement, mais rien ne s'oppose cependant à ce qu'il soit pris parmi le personnel de l'hôpital.* »

Pourquoi deux poids et deux mesures ?

Vraiment diabolique, à la vérité, est cette persévérance à exclure les médecins du droit commun. Aucun texte, répétons-le, n'édicte plus d'incompatibilité. Tout recommande au contraire de choisir comme administrateurs des gens au courant de la question, c'est-à-dire des médecins hospitaliers ! Enfin s'il est jugé socialement utile de faire participer le personnel hospitalier à la gestion de l'établissement, nous demandons pourquoi excepter expressément le personnel médical.

Les « sections d'épuration » sont-elles encore légales ?

Un communiqué récent du Conseil départemental de la Seine, publié dans notre dernier numéro, revendique, pour le Conseil régional élu dans le cadre de l'ordonnance du 25 septembre 1945 instituant le nouvel Ordre des médecins, ce qu'il est convenu d'appeler, en termes juridiques, « la plénitude de juridiction » ; ceci entraîne, en particulier, le désaisissement de l'ancienne « section d'épuration » chargée de prendre ou de proposer au ministre de la Santé des sanctions professionnelles contre « les médecins prévenus d'avoir déployé une activité anti-nationale ».

Il faut avouer que cette prétention paraît sérieusement fondée au point de vue juridique, et l'on peut légitimement se demander si lesdites « sections d'épuration » sont fondés à continuer, pour reprendre le jargon légal, de « déployer une activité » qui, avant même la naissance de l'Ordre élu,





avait déjà quelque peu tendance à déborder le cadre de leurs pouvoirs.

En effet, selon l'article 2 de l'ordonnance du 18 janvier 1945 qui a donné vie juridique auxdites sections, et qui, par suite, régit leur existence, elles furent élues *au sein* des Conseils régionaux des médecins (et non de l'Ordre) institués à titre transitoire, et jusqu'à la création du nouvel Ordre, par l'ordonnance du 11 décembre 1945. Elles étaient composées de la moitié des membres desdits conseils, lesquels, ne l'oublions pas, furent *nommés par l'autorité publique et non élus par leurs pairs*. Leur nom même de « section » indique amplement qu'elles faisaient partie intégrante des Conseils régionaux transitoires. Vivant « au sein » de ces Conseils, elles ne peuvent que disparaître avec eux, et doivent s'effacer devant les organismes *élus* mis en place depuis le début de l'année. Elles n'emporteront, au reste, aucun regret, car elles constituaient le triste vestige d'une époque où le médecin, mineur, n'était pas encore admis à choisir ses représentants et à se donner des juges !

Une difficulté juridique subsisterait cependant. Le nouveau Conseil régional de l'Ordre ne saurait reprendre le legs de la « section d'épuration », l'ordonnance du 18 janvier ne le prévoyant pas. Il s'ensuivrait que les sanctions et la procédure faisant intervenir la décision du Ministre n'auraient plus lieu d'être appliquées actuellement. Les affaires de cette nature ne pourraient donc plus être jugées que selon les règles de droit commun et par référence aux grands principes d'honneur et de dignité que l'Ordre doit faire respecter par ses membres dans toutes les circonstances de leur vie.

Fisc et Assurances sociales.

D'après une loi de finance de 1942 toujours en vigueur (le fisc montre, sous tous les régimes, une remarquable continuité), les Caisses d'assurance maladie doivent fournir, et fournissent actuellement à l'Administration, un relevé, *par médecin*, contenant l'indicatif des actes dispensés et le montant des sommes remboursées par la Caisse au titre de ces actes au cours de l'année considérée.

Cette pièce constituait déjà, bien qu'à cette époque les honoraires étaient théoriquement indépendants des tarifs de responsabilité, un moyen de contrôle extrêmement efficace des déclarations du médecin. Il en est et sera bien plus ainsi depuis l'ordonnance du 19 octobre et l'extension du régime des A. S. puisque, d'une part, honoraires et tarifs doivent coïncider et que, d'autre part, les A. S. tendent à englober la quasi-totalité des Français.

Il eût donc semblé normal que, dans le but même de faciliter au médecin l'exercice de son devoir fiscal, et pour se conformer aux règles de courtoisie observées depuis longtemps par les autres organismes payeurs, les Caisses prissent l'habitude de communiquer automatiquement aux médecins le double de leur déclaration, ou tout au moins, de leur envoyer ce double sur leur demande.

Il faut dire, pour être juste, que de nombreuses Caisses agissent de la sorte. Mais les Caisses départementales, les Caisses d'Etat (et toutes ne le seront-elles pas bientôt) manifestent, en ce domaine, une vigilante mauvaise volonté. Certaines même invoquent, à l'appui de leur refus systématique, « des instructions antérieures de Ministère du Travail et des Contributions directes leur enjoignant de ne pas fournir ces renseignements ».

Eczéma
CUROZEMA
9 Dragées par jour
OPOSÉROTHÉRAPIE VALTRY
LABORATOIRE BIOLOGIQUE VALTRY
46, Rue St-Didier-Paris-16e
FORMULE INFANTILE :
Pediozema
GRANULÉ

LIT MÉCANIQUE
POUR SOULEVER ET SOIGNER LES MALADES
DUPONT
Cent ans de spécialisation dans le confort du malade
NOUVEAU MODÈLE PERFECTIONNÉ RECOMMANDÉ PAR LE CORPS MÉDICAL
VENTE ET LOCATION
6, Place Bellecour
LYON
Téléphone : Franklin 32-01

LES 3 META
META VACCIN
META TITANE
METASPIRINE

On aimerait savoir si l'Administration a réellement donné de telles instructions, et, dans l'affirmative, quel en est le but ? Est-il admissible qu'une Administration publique utilise de tels procédés qui relèvent, surtout, de la politique du « coin du bois » ?

Ou bien ne faut-il pas y voir surtout un moyen de chantage contre le Corps médical, afin de l'amener à signer des conventions avec les Caisses ? On se rappelle, en effet, que selon l'article 9 de la convention-type, les Caisses s'engagent à porter à la connaissance des médecins sur leur demande le montant global des honoraires déclarés par elles à l'Administration. Si la Caisse peut ainsi s'engager valablement, c'est donc qu'aucun obstacle n'est mis à cette communication du côté administratif et que les motifs invoqués à l'appui des refus actuels ne sont que de mauvais prétextes.

Serait-il si difficile de faire comprendre aux dirigeants de Caisses que ces représailles puériles ne sont guère susceptibles, hélas ! de convertir le Corps médical au régime « conventionnel » ?

La fièvre typhoïde est-elle un accident de travail ?

Le risque professionnel ne donne lieu à protection, on le sait, que s'il y a « accident » c'est-à-dire atteinte violente et soudaine à l'intégrité du corps humain. La maladie professionnelle n'est assimilée à l'accident et n'entraîne le versement des indemnités légales qu'à titre exceptionnel, si elle est comprise dans une liste limitative dressée par la loi.

Mais la maladie contagieuse, non inscrite dans lesdites listes, est-elle au regard de la loi une maladie ou un accident ? Dans de nombreux cas la jurisprudence n'a pas hésité à assimiler le fait même de la contagion à « l'atteinte violente et soudaine » dont nous avons parlé plus haut.

Il faut cependant, pour que cette assimilation à l'accident soit fondée, un certain nombre de conditions. C'est ce qu'a rappelé récemment le Tribunal civil de Meaux (19 déc. 1945), alors qu'il s'agissait de savoir si un employé des services typhiques d'un hôpital pouvait invoquer la loi de 1898 à la suite d'une fièvre typhoïde contractée en service.

Le tribunal a répondu par la négative. En effet « *si l'apparition de la maladie est soudaine, la cause peut ne pas l'être et résider dans un contact prolongé avec des malades. Pour que la contagion puisse constituer un accident*, elle doit pouvoir être rattachée à un *fait précis et localisé* dans le temps et dans l'espace, qui aurait placé *soudainement* la victime hors des conditions d'exercice normal de sa profession et aurait créé ou aggravé le risque de contagion ».

Cette décision s'insère dans une suite de jugements statuant dans le même sens et faisant jurisprudence. Mais la qualification exacte d'une affection au point de vue de la protection sociale de sa victime ne perd-elle point tout son intérêt, en raison du plan de sécurité sociale qui confie aux mêmes organismes le soin d'assurer cette protection ? Il n'en est rien, car des différences de régime subsistent encore, notamment quant au mode de calcul des indemnités, ou de paiement du médecin. Il reste donc utile de savoir aujourd'hui encore si une maladie relève du régime des accidents du travail ou de celui des assurances sociales. L'unité administrative, tant vantée, ne nous a point donné l'unité de régime — la seule qui compte cependant !

VITAMINE E
SOLUTION HUILEUSE NATURELLE
TITRÉE A 10 milligrammes par ampoule
EGERMOL
LABORATOIRE LAROCHE-NAVARRON
6, Passage Ramey - PARIS (18e) -:- Tél. MONtmartre 93-49 et 98-73

GÉNÉSÉRINE Polonovski et Nitzberg
SÉDATIF DE L'HYPER-EXCITABILITÉ SYMPATIQUE
L'Hypo-acidité, la dyspepsie atonique le syndrome solaire des estomacs paresseux
La tachydardie, les palpitations des cœurs nerveux
20 à 30 gouttes ou 2 à 3 granulés à chacun des trois repas ou une ampoule de 2 millig, en injection sous-cutanée quotidienne
Laboratoires AMIDO - A. BEAUGONIN. Pharmacien
4, Place des Vosges, PARIS

VERMALA OXYUROSE
VERT MALACHITE
LABORATOIRES F. BOUCHARD
83, rue Dutot, PARIS (15e)

CORRESPONDANCE

ACCIDENTS DU TRAVAIL

4361. — Auxiliaires des administrations publiques et accidents du travail.

Un employé auxiliaire des P.T.T. est venu à ma consultation, blessé. Il me réglait la consultation chaque fois ; la troisième fois, il m'a déclaré qu'il y avait accident du travail. Comme il n'avait pas de fiche des P.T.T. établissant qu'il y avait accident du travail, il a continué à me régler chaque fois au tarif normal et je reçois un petit mot du directeur.

Je serais heureux de savoir si le tarif A.T. (article 4 du 9 avril 1898) doit être appliqué aux employés des P.T.T. ? En l'espèce, l'ouvrier n'ayant pas de bulletin patronal, je crois que j'étais dans mon droit. Tout ceci est pour le principe : votre réponse sera envoyée à la direction.

Dr D.

Réponse

Il est exact que, seuls, les fonctionnaires titulaires des différentes administrations publiques échappent, en raison de leur statut particulier, à l'application de la législation sur les accidents du travail. Mais les auxiliaires qui sont liés vis-à-vis de l'Administration par un simple contrat de louage de services, bénéficient de cette législation spéciale lorsqu'ils sont victimes d'un accident du travail au cours de leur service.

Votre client, auxiliaire des P.T.T., victime d'un accident du travail, avait donc droit comme vous l'indique le directeur départemental au bénéfice de la loi du 9 avril 1898 et normalement vos honoraires auraient dû vous être réglés par l'Administration sur la base du tarif des accidents du travail.

Mais si le médecin, en cette matière, est obligé de respecter la loi, l'Administration y est également obligée. Il ne faut pas oublier que l'article 4 de la loi du 9 avril 1898, modifiée par la loi du 1er juillet 1938, oblige le patron à délivrer à la victime un bulletin de visite sur lequel il est interdit d'ailleurs de mentionner le nom et l'adresse d'un médecin, d'un pharmacien, d'une clinique ou d'un dispensaire quelconque. C'est ce bulletin de visite qui accrédite le blessé auprès du médecin comme victime d'un accident du travail, tout en laissant, d'ailleurs, au patron la possibilité de contester par la suite sa responsabilité.

En l'espèce, c'est donc l'Administration qui a commis la faute initiale et capitale en ne délivrant pas à la victime le bulletin de visite prévu par la loi.

Répondez donc au directeur départemental qu'à l'avenir, vous traiterez ses auxiliaires, victimes d'accidents du travail, dans les conditions fixées par la législation sur les accidents du travail, à la condition qu'ils se présentent à vous porteurs du bulletin de visite que l'article 4 de la loi oblige le patron à leur délivrer.

★

APPLICATION DE TARIFS D'HONORAIRES

ACCIDENTS DU TRAVAIL.

4688. — Visite des dimanches.

La Préfecture a adopté pour l'Assistance médicale gratuite, le tarif des Accidents du travail , et la commune bénéficie du tarif des villes de 50 à 100.000 habtants.

Je vous ai demandé au début de septembre — à la suite d'un désaccord avec le médecin-vérificateur —



Toujours Active ... La Jamais Nocive

NÉVROSTHÉNINE FREYSSINGE

tout convient à

DÉPRIMÉ SURMENÉ CÉRÉBRAL — INTELLECTUEL CONVALESCENT NEURASTHÉNIQUE

LF LABORATOIRE FREYSSINGE 6, RUE ABEL PARIS

TUBERCULOSE

VITADONE INJECTABLE

Vitamines A et D physiologiquement titrées

BOITES DE 6 AMPOULES DE 2 cc.

chaque ampoule contient:

20.000 unités int. de Vitamine A

20.000 unités int. de Vitamine D

2 injections intra musculaires par semaine

Littérature aux Etablissements BYLA

26, avenue de l'Observatoire, à PARIS (14e)

INSTRUMENTS de Précision pour la Médecine et la Chirurgie

Établissements SPENGLER

— 16, Rue de l'Odéon, PARIS-6e —

Tous les Appareils pour la Mesure de la Tension Artérielle

comment devait être calculé le prix de la visite du dimanche. Vous m'avez communiqué l'avis du Dr Decourt, conforme au mien, « que le prix de la visite dans « une agglomération de 50 à 100.000 habitants était « de 17+4, soit 21 majoré de 50 % pour la visite du « dimanche (art. 3) donc, 31,50. A ce prix s'ajoutant « la majoration globale de 50 % donne 47.25. ».

Je viens de recevoir de la Préfecture une circulaire appliquant le nouveau tarif du 25 septembre, dans laquelle il est dit, reprenant l'interprétation du Médecin vérificateur : « Il est rappelé aussi que pour les « visites du dimanche ou de nuit, les augmentations « ne doivent porter que sur la partie « visite » et « non sur l'indemnité kilométrique. Exemple : visite de nuit Bordeaux $52+(40\times2)=132$. »

D'après ce calcul la visite du dimanche devient : $\frac{52+40}{2}=72$ au lieu de $52+26=78$.

Cette interprétation est évidemment erronée et la lecture du tarif l'infirme. Il y a là une question de principe au sujet de laquelle je désire connaître votre appréciation, et les moyens de faire modifier la position de l'administration.

Dr A.

Réponse

D'après l'arrêté du 25 septembre 1945, vous avez à compter :

1° *Pour une visite : 40 fr. (art. 2-a) dudit arrêté ;*

2° *Dans les villes de 100.000 habitants et au-dessus et leur banlieue : à l'intérieur de la commune indemnité forfaitaire de déplacement de 4 fr., ce qui avec majoration de 200 % (art. 2-b) fait 12 fr. Ceci met le prix de la visite simple à 40 fr. plus 12 fr. égale 52 fr*

Pour une visite du dimanche, donc majorée de 50 %, il faut compter 52 plus 26 fr, égal 78 fr. Vous pourriez proposer de porter la question devant la Commission d'arbitrage en vous adressant pour cela au secrétaire de ladite Commission : M. René Perret, 15 bis, rue Laffitte, Paris (9e).

Dr F. Decourt.

5222. — **Soins donnés par les auxiliaires médicaux.**

Nous avons l'honneur de vous informer que certains masseurs nous adressent des notes d'honoraires comportant des séances de massages à raison de 24 fr. l'unité.

L'arrêté du 25 septembre 1945 étant muet sur les soins dispensés par les auxiliaires médicaux, nous vous serions très obligés de bien vouloir nous donner votre avis à ce sujet.

Cie X

Réponse :

1° *A l'article premier de l'arrêté du 25 septembre 1945 il est dit : « ... au remboursement des honoraires et frais accessoires dus aux praticiens et auxiliaires médicaux... » ; il y a donc lieu d'agir pour ces derniers comme pour les médecins.*

2° *L'art. 32 du tarif A.T. de 1939 au sujet des honoraires des soins donnés par les auxiliaires médicaux porte : « séance de massage, sur un seul membre : 12 fr. sur plusieurs membres : 18 fr.*

Il en résulte que, avec la majoration de 100 %, les prix actuels sont respectivement de 24 et 36 fr.

Dr F. Decourt.

★

SEDOGASTRINE
SÉDATIF GASTRIQUE
(Association Alcalino-phosphatée + semences de ciguë)
POSOLOGIE : Après les repas et au moment des douleurs
Granulé : 1 cuillerée à café
Comprimés : 2 à 4 jusqu'à sédation
LABORATOIRES DU Dr ZIZINE 24-26, Rue de Fécamp, PARIS-XIIe

Migraines, Rhumatismes
Toutes Algies
CURATINE BRUNET
1 à 4 cachets par jour
LABORATOIRE BRUNET
23, rue des Écouffes - PARIS-4e

TIODINE COGNET
IODE + SOUFRE
par la
THIOSINAMINE IODÉE
Rhumatismes Chroniques
et toutes Scléroses

ASSURANCE

5.350. — Vous savez que le Conseil de l'Ordre des médecins des Bouches-du-Rhône nous *oblige* à participer, à une assurance risques professionnels et nous avons été dans l'obligation de payer la prime complète (y compris l'assurance) sous menace de ne pas nous délivrer les bons d'essence !

Dans ces conditions, je ne vois pas l'utilité de continuer à m'assurer au Sou Médical et avec tous mes regrets, je vous prie d'accepter ma démission.

Dr S.

Réponse

Nous avons bien reçu votre lettre nous faisant part de votre intention de ne pas renouveler votre contrat au Sou Médical pour l'année 1946. Nous en prenons note, mais nous tenons à vous indiquer, de la manière la plus précise, que les Conseils de l'Ordre n'ont aucun pouvoir pour imposer à leurs ressortissants une cotisation destinée à un but autre que leur fonctionnement administratif : c'est ainsi qu'ils ne peuvent imposer une cotisation comprenant une part destinée obligatoirement à l'entraide ou à la bienfaisance.

Il est donc tout à fait irrégulier de vous obliger à adhérer à une assurance contre les risques professionnels dont la prime serait comprise dans le montant de la cotisation obligatoire à l'Ordre, et vous auriez pu exiger la ventilation entre la part de cotisation représentant la prime d'assurance et la part nécessaire pour le fonctionnement de l'Ordre.

D'autre part le Conseil, chargé par l'administration d'un service public de distribution de produits contingentés, ne peut subordonner une attribution de ces produits au paiement de la cotisation ; agir ainsi serait commettre un véritable excès de pouvoir qui serait justiciable du tribunal compétent. En cas de litige à ce sujet le Sou Médical aurait pu, d'ailleurs, vous accorder son appui moral et pécuniaire pour faire triompher ce point de vue.

Par ailleurs, ce problème ne pourra se présenter à l'avenir car, dorénavant, seuls les syndicats seront habilités pour procéder à la délivrance des bons de produits contingentés.

Enfin, nous tenons à vous rappeler que le Sou Médical n'est pas uniquement une assurance contre les risques de responsabilité professionnelle ; c'est surtout une Société de défense qui, en outre de sa garantie contre la responsabilité professionnelle, aide ses adhérents dans toutes les difficultés qu'ils peuvent rencontrer au cours de l'exercice de leur profession, soit en leur fournissant les avis et les consultations de ses conseillers spécialisés (fisc, loyers, tarifs, Assurances sociales, etc.), soit même en leur donnant son appui dans tout procès ayant un caractère professionnel, aussi bien en défense qu'en demande.

★

AUTOMOBILISME

701. — **Paresse du démarreur électrique.**

Je possède une Celtaquatre 1936, dont je n'arrive pas à faire partir le moteur par démarrage électrique, (et cela depuis plusieurs mois), mais il part au quart ou au demi tour à la manivelle.

Accus neufs bien chargés, le démarreur *tourne parfaitement*, la bobine, les bougies, tout est normal, et... le moteur ne part pas autrement qu'à la main.

BACTERAMIDE
PARA-AMINO-BENZÈNE-SULFAMIDE
comprimés à 0 gr. 50 - Dose moyenne : 10 par jour.
SULFAMIDOTHÉRAPIE
STREPTO MENINGO PNEUMO GONO
coccies
POLYVALENTE
LABORATOIRES A. BAILLY
(SPRAB) 13, RUE DE ROME - PARIS (8e)

CLONAZONE DAUFRESNE
ANTISEPTIQUE SULFAMIDO-CHLORE PUISSANT STABLE NON IRRITANT
LAB. PHARMACEUTIQUE DAUFRESNE
42, rue Thiers, LE HAVRE

HÉMAGÈNE TAILLEUR
DYSMÉNORRHÉE - AMÉNORRHÉE
TRANCHÉES UTÉRINES
COLIQUES POST-PARTUM
4 A 6 DRAGÉES PAR JOUR
Laboratoiree SÉVENET, 38, rue de Ponthieu, PARIS-8e

Mon garagiste me raconte des boniments, entre autres celui-ci : le démarreur prend toute la charge et il n'y a plus assez de courant pour donner l'étincelle aux bougies. Evidemment ! mais pourquoi ?

A signaler que même et *surtout* à chaud, le moteur ne part pas au démarreur (ce qui avait d'abord fait penser à la bobine. Mais après changement de celle-ci, l'inconvénient subsiste).

Dr P...

Réponse

Ce que vous raconte votre garagiste à propos de l'insuffisance d'alimentation de la bobine n'est pas, je crois, un boniment. Maintenant, d'où provient cette insuffisance de courant? Peut-être de la bobine elle-même qui, sous la faible alimentation à laquelle elle est soumise au moment du démarrage électrique, ne donne pas d'étincelle : il faudrait le vérifier en détachant le fil de haute tension pendant qu'un aide fait tourner le moteur au démarreur. Vous constaterez s'il y a ou non une étincelle : celle-ci doit avoir à l'air libre, au moins six mm. Vérifiez, s'il y a insuffisance d'étincelle, les contacts du rupteur qui sont peut être encrassés, vérifiez également toutes les connexions. Sont-elles bien serrées ?

Un procédé qui vous permettrait probablement la mise en route consisterait à rapprocher les pointes des bougies : il n'y a pas d'inconvénient à aller jusqu'à deux ou trois sixièmes de millimètre.

Autre solution : vous procurer une bobine à deux induits que l'on trouve maintenant chez la plupart des fabricants d'appareillages électriques et qui sont souvent utilisées pour des moteurs à gazogène.

Henri PETIT.

DEMANDES ET OFFRES

N° 227. — A céder de suite, poste import. médec. génér. dans pet. ville industr. de la Hte-Saône. Belle maison avec confort et jardin.

N° 228. — Après décès, bon poste médec. génér. à reprendre. S'adr. Me Laroche, notaire à Bolbec (S.-Inf.).

N° 229. — Confr. recherche poste médec. génér. régions Sud-Ouest, littoral méditerr. ou parisienne. Ferait remplacement mêmes régions.

N° 230. — Client. campagne à céder d'urg., cause départ en ville, 60 km. de Bordeaux, local d'habitat. assuré. S'adr. Dr E. Pery, à Cercoux (Char.-Maritime).

N° 231. — A céder plein centre thermal de Royat, cabinet médical radio-cardiologie tout agencé. Grand appartement meublé avec bail. S'adr. Mme Perrin, 14, rue Charles-Nodier, à Paris (18e). Montmartre 12-33.

N° 232. — Poste médec. génér. tenu 20 ans, à céder, 20 km. de Paris. Villa, jardin. Ecr. journ. qui transm.

N° 233. — Bon poste client. rurale excellente, 150 km. Sud Paris, chasse et pêche. Tourisme.

N° 234. — Grosse client. sous-préf. Centre, à céder, nombr. instrum. Installat. radio moderne. Ondes courtes. Appareil à pneumo. Possibilité physiothérapie. Logement assuré.

N° 235 .— Doct. installé depuis 1940, cherche bonne client. médec. génér. grande banlieue Sud ou Sud-Ouest de Paris, préférence 40 à 100 km. Pourrait céder en échange, éventuellement, poste campagne Touraine peu fatiguant, avec belle maison.

N° 236. — Bibliothèque médicale à vendre, nombreux journaux et livres de médecine. S'adress. à M. Carrière, 8, rue Nicolas-Leblanc, à Lille.

N° 237. — Jeune doct. recherche cabinet médec. génér., Bretagne (bord de mer), Côtes-du-Nord ou Finistère.

N° 238. — A vendre table exam. gynécol. complète, état neuf. Table pansement, table opérations. Vitrine. S'adress. M. René Guilly, 8, rue des Dunes, à Paris-19e.

N° 239. — Echanger. pour appartem. Paris, 5, 6 pièces pavillon banlieue, 25 min. St-Lazare, tout confort, garage, jardin, bon air, ensoleillé. S'adr. Bourdin, 62, boulev. Magenta (10e), Botzaris 74-25.

Gérant : J. MIGNON — Lang, Blanchong et Cie, 30, rue du Poteau - Paris (18e) — 31.1040
Février 1879 — Dépôt légal : N° 8 — 2e trimestre 46



CHLORO-CALCION

CABINET BREITEL ET GORET
1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Odéon 36-46.
(Fondé en 1903)

BANLIEUE NORD, 20 ans ancienneté, client. bourg. 4.000 ha. Gde maison, jardin. Bon rapport.
MARNE, près gde ville crus. Méd. génér. Propharm. Très gros chif. possibilité achat bel. maison.
CREUSE, gros bourg, seul méd. 10 ans ancienn. fixes. Maison confort, jardin.
NIEVRE, gros bourg, grosse client. Maison.
PERIGORD, bon pet. poste, canton campagnard.
Région MONTE-CARLO, poste à réouvrir. Bel appt, vue sur mer ; partie meublé, matér. radio.
COTE D'AZUR, poste O.R.L. import avec secours. fixe, belle villa centre, jardin, garage.
SUD-OUEST, poste méd. gén. avec maison santé très vaste, parc., servitudes, 10 pensionnaires confort, vie facile, grosses possibilités.
BELGIQUE, poste assistant très longue durée.
SAGES-FEMMES, postes Loiret et banlieue proch.

CALMOPELVINE
Dragées
ANTISEPTIQUE URINAIRE
LABORATOIRES FERGANT
81, Rue Réaumur, PARIS - Tél. : Central 37-91

Boldolaxine

LABORATOIRE EMILE CHARPENTIER
7, RUE DU BOIS DE BOULOGNE PARIS, XVI!

CALCIUM CORBIÈRE

GLUCONATE DE CALCIUM PUR
A 10 %
EN AMPOULES
DE 2cc. 5cc. 10cc

•

POUR INJECTIONS
ENDO-VEINEUSES OU
INTRA-MUSCULAIRES
INDOLORES

LABORATOIRES CORBIÈRE
27, Rue Desrenaudes, PARIS

Toutes les indications du Calcium et de la Vitamine D

ULTRACALCIUM

PHOSPHORE CALCIUM VITAMINE D

REGALCIFIANT
COMPLET ET
ÉQUILIBRÉ

EN COMPRIMÉS
OU DRAGÉES A
CROQUER

LABORATOIRES DEROL, 66 bis RUE St DIDIER, PARIS 16e

Sélectivité anti-infectieuse

FONTAMIDE

(P.amino-benzène-sulfonyl-thiourée, 2255 R.P.)
Comprimés dosés à 0,50
(TUBES DE 20)

SOLUFONTAMIDE

dérivé injectable de p.H. neutre
Ampoules de 5cm³ dosées à 1g
(BOITES DE 10)

Action élective contre
LUPUS • MYCOSES
STAPHYLOCOCCIES CUTANÉES
INFECTIONS OCULAIRES

La solufontamide se prête à toutes les modalités de la sulfamidothérapie locale

•

Société Parisienne d'Expansion Chimique SPECIA S.A. Marchets Poulenc Frères et Usines du Rhône
21, rue Jean Goujon - Paris-8e

68e ANNÉE — N° 19 — 11 MAI 1946

LE

CONCOURS MÉDICAL

37, RUE DE BELLEFOND - PARIS (9e) - TRU 33-66

379 à 381

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS BIBLIOTHÈQUE

SOMMAIRE

PARTIE SCIENTIFIQUE.

CLINIQUE CHIRURGICALE : Kyste de la glande de Bartholin (J.-P. TOURNEUX) 441
Comment traiter une névralgie du trijumeau (J.-P. GRINDA) 442
Les néphrites sans albumine (J.-F. PORGE) 443
Les furoncles de la lèvre supérieure et de l'aile du nez 445
La maladie des huit jours (Dr A. LOP) 445
LES LIVRES, 445. — LES SOCIÉTÉS SAVANTES, 446. — LA PRESSE, 447.

PARTIE PROFESSIONNELLE.

PROPOS DU JOUR. — Lacunes à combler dans l'éducation du praticien (J. NOIR) 449
DROIT PROFESSIONNEL. — Assurances sociales. — Responsabilité des médecins conseils (J. MIGNON) 450
Encore deux lois sur les loyers (Henri MEILLET) 452
Biologie et Nomenclature (Dr F. DECOURT) .. 454
La retraite du médecin (Dr BAJON) 454
Bibliographie 454

DEMI-COLONNES.

DERNIÈRES NOUVELLES, 434. — A TRAVERS L'OFFICIEL, 436. — ECHOS ET COMMENTAIRES, 457. — CORRESPONDANCE, 461.

NATIBAÏNE
NATIVELLE

TRÈS PUISSANT RECONSTITUANT
HISTOGÉNOL
Élixir - Granulé
Comprimés - Ampoules.
Éts MOUNEYRAT
VILLENEUVE-LA-GARENNE (Seine)

PYRÉTHANE
Antinévralgique Puissant
18, Rue Ernest-Rousselle - PARIS-13e

Toux Coqueluche
ÆTHONE
Laboratoire de l'ÆTHONE 35, rue Boissonnade, PARIS (XIVe

Association Iode et Cttrate de Soude
(Pilules)
IODOCITRANE
Artériosclérose, Hypertension
Scléroses, Ménopause
Labor. SCIENTIA
Dr PERRAUDIN
21, rue Chaptal, PARIS

Opothérapie Hématique (amp. buv.)
GLOBEXINE
Anémies - États infectieux
Misère physiologique
Labor. SCIENTIA
Dr PERRAUDIN
21, rue Chaptal, PARIS

DERNIÈRES NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris.

Chaire des problèmes alimentaires. — M. le Professeur Charles Richet fait son cours, à l'hôpital de la Pitié, les lundis à 11 h. à l'amphithéâtre des cliniques, et les mercredis à 10 h. dans le service. Sujet du cours : L'insuffisance alimentaire, les carences, les régimes.

Un cours sur les infections blennorragiques, dépendant des chaires de clinique des maladies cutanées et syphilitiques, de clinique gynécologique et de clinique urologique sera fait à la Faculté de médecine, chaque jour, à 18 h., sauf le samedi, du 13 mai au 7 juin 1946, et dans les services spécialisés (enseignement pratique).

Ce cours se terminera par un examen donnant droit à un diplôme. Inscriptions au Secrétariat de la Faculté. Droits d'inscription : 1.200 francs.

Institut d'hygiène de la Faculté de médecine de Paris.

Un *cours d'orientation professionnelle*, réservé aux docteurs en médecine, commencera le lundi 20 mai. Ce cours, préparant aux fonctions de médecin de Centre d'orientation professionnelle, est organisé par l'Institut National d'Etude du Travail et d'Orientation professionnelle, avec le concours de l'Institut d'Hygiène de la Faculté de médecine. Durée du cours : du 20 mai au 7 juin (t. les j., deux heures de cours ou travaux pratiques). Droit d'inscription : 500 fr., à verser à l'Institut d'Hygiène, 21, rue de l'Ecole-de-Médecine. S'inscrire jusqu'au 15 mai, à l'Institut d'Hygiène. Le nombre des inscriptions est limité.

Pour tous renseignements complémentaires, s'adresser à l'Institut National d'Etude du Travail et d'Orientation Professionnelle, 41, rue Gay-Lussac, Paris (5e).

Hôpitaux de Paris.

Un *concours d'assistants en médecine* des hôpitaux de Paris sera ouvert le 24 mai 1946. Les inscriptions sont reçues, 3, avenue Victoria, jusqu'au 16 mai.

Concours spéciaux de médecins, chirurgiens et spécialistes des Hôpitaux communaux de la Seine, Seine-et-Oise et Seine-et-Marne.

Les arrêtés ministériels des 7 décembre 1945 et 11 mars 1946 ont prévu l'organisation de *concours spéciaux* en faveur de candidats appartenant à certaines catégories, définies dans ces textes, qui n'ont pu se présenter aux concours ouverts entre le 1er septembre 1939 et le 11 mars 1946 ou qui, n'ayant pu se présenter qu'à un seul concours dans cet intervalle, se sont trouvés gravement défavorisés dans leur préparation.

Les concours spéciaux organisés pour les hôpitaux de la Région Sanitaire de Paris ont lieu aux dates suivantes : A. Médecine, 18 juin 1946 ; B. Chirurgie, 24 juin 1946 ; C. O.R.L., 26 juin 1946 ; D. Electro-Radiologie, 28 juin 1946 ; E. Obstétrique, 2 juillet 1946 ; F. Ophtalmologie, 2 juillet 1946.

Les candidats doivent déposer le dossier réglementaire 15 *jours au moins avant la date des épreuves*, à la Direction Régionale de la Santé, à Paris, 1, avenue Victoria (4e). S'y adresser pour tous renseignements.

Hôpitaux de la région de Poitiers.

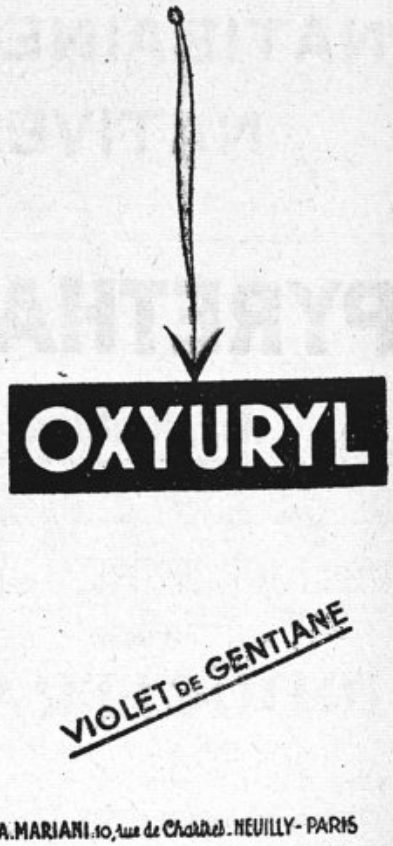
Un *concours* pour la nomination de 40 *internes des hôpitaux* de la région de Poitiers (Poitiers, 8 ; Niort, 10 ; Angoulême, 3 ; La Roche-sur-Yon, 3 ; La Rochelle, 5 ; Rochefort, 4 ; Saintes, 4 ; hôpitaux psychiatriques de Breuty-la-Couronne, 2, et La Roche-sur-Yon, 1) s'ouvrira le 18 juin 1946 à l'Ecole de médecine de Poitiers. Inscriptions, avant le 8 juin, à la Direction régionale de la Santé, 12, rue Victor-Hugo, à Poitiers.

Assemblée générale des Chirurgiens hospitaliers de la région : Aisne, Ardennes, Oise et Somme.

Les chirurgiens hospitaliers des départements de l'Aisne, des Ardennes, de l'Oise et de la Somme, réunis à Saint-Quentin, ont décidé à l'unanimité :

1° De défendre devant les pouvoirs publics, quant aux conventions Hôpitaux-Caisses, les positions





suivantes : A.S. 1re C., tarif syndical minimum ; A.S. 2e C., deux tiers du tarif syndical minimum ; A.S. 3e C., moitié du tarif syndical minimum ; A.M.G., gratuité absolue.

2° D'obtenir que les malades payants (non assujettis aux lois des Assurances sociales, des Accidents du travail, ou de l'Assistance médicale gratuite) soient opérés à l'hôpital suivant le tarif syndical minimum, les chirurgiens se réservant le droit de réduire leurs honoraires de moitié s'il s'agit de vieillards, de petits rentiers ou de malades économiquement faibles.

3° Les chirurgiens hospitaliers des quatre départements, en liaison avec leurs Syndicats et avec les représentants du Corps Médical au sein des Commissions administratives, s'efforceront de faire triompher leurs points de vue. (*Communiqué.*)

Alerte aux produits laitiers.

Enquête *organisée par « Médecine et Famille », Association des Médecins amis de la Famille*

1° Dans votre région, les producteurs laitiers entrevoient-ils une forte diminution de la production laitière ? Dans quelle proportion ?

2° A l'heure actuelle, toutes les catégories d'enfants touchent-elles leur lait suivant les barèmes officiels ? Les femmes enceintes reçoivent-elles la quantité de lait officiellement annoncée ?

3° La tourne du lait est-elle aussi fréquente dans votre région qu'en 1944 ? Comment améliorer la qualité du lait ? Double collecte journalière ? Transports plus rapides ? Pasteurisation près de la production ? Procédés de conservation employés ? Propreté des manipulations de la production à la distribution ?

4° Le lait pasteurisé en bouteilles peut-il être accepté par la clientèle familiale ? Comment le propager ? Comment réaliser la propagande avec quelques chances de succès pour améliorer rapidement la qualité du lait, tant pour la richesse butyrique que pour la propreté bactériologique ? Etes-vous décidé à faire campagne auprès de l'opinion publique pour l'amélioration des produits laitiers, en acceptant une juste revalorisation pour lutter contre le découragement des producteurs ?

5° Etes-vous d'avis que le Corps médical soit, comme les associations familiales, appelé à prendre part à l'élaboration des conventions collectives qui lieront producteurs, industriels et commerçants. Nos représentants préciseront notamment comment ils envisagent le contrôle inter-professionnel de la qualité laitière sous l'angle de la propreté bactériologique ?

Adresser les réponses à « Médecine et Famille », 28, place St-Georges, Paris (9e).

Association d'enseignement médical des Hôpitaux de Paris.

Le Corps Médical des Hôpitaux de Paris, sous les auspices de l'Association d'Enseignement Médical des Hôpitaux de Paris, organise le dimanche 12 mai, à 10 h., au grand amphithéâtre de la Faculté de Médecine, une séance solennelle commémorative de la guerre, plus particulièrement consacrée à la mémoire des collègues morts en déportation en Allemagne ou par le fait des brutalités allemandes.

Leur éloge sera prononcé au cours de cette séance après que l'évocation de la vie des sociétés appartenant au Corps hospitalier aura été faite.

Organisateurs : Dr Julien Huber (Société Médicale des Hôpitaux) ; Pr Jacques Leveuf (Académie de Chirurgie) ; Pr Justin-Besancon, Dr Desvignes (Société d'Ophtalmologie). (*Communiqué.*)

Le Concours Médical
Fondé en 1879 par A. Cézilly.
Directeur honoraire : Docteur J. Noir.
Directeur : Dr G. Lavalée.
Rédacteur en Chef : Dr G. Fischer.
Rédaction, Administration et Publicité, 37, Rue de Bellefond, Paris 9e).
Téléphone : TRU 33-66. R. C. Seine 76.579.
Chèques postaux, Paris 167-95.
Abonnements : 1 an, 250 francs. - Etudiants, 125 fr. Le N° 10 fr. Changem. d'adresse 5 fr.



TOPIQUE INTESTINAL
COLITES, ENTÉROCOLITES, INTOXICATIONS, INFECTIONS
LANCOSME, 71, Av. Victor Emmanuel III, Paris (8e)

OPOTHÉRAPIE SÉRIQUE
DÉCHÉANCES ORGANIQUES, ANÉMIES.


SÉRUM HÉMOPOIÉTIQUE FRAIS DE CHEVAL
(Sirop)
Agent de Régénération hématique, de Leucopoièse et de Phagocytose
DESCHIENS, Docteur en Pharmacie, 9, Rue Paul Baudry, PARIS (8e)

OPONUCLYL
SYNERGIE OPO-ORGANO-MINÉRALE (Vitamine D)
STIMULANT FONCTIONNEL - MODIFICATEUR DU TERRAIN
ADULTES : 4 sphérules par jour. — ENFANTS : 1 sphérule par jour.
Laboratoires TROUETTE-PERRET, 61, Av. Philippe-Auguste - PARIS-XIe

A TRAVERS L'OFFICIEL

AUXILIAIRES MEDICAUX.

Loi du 8 avril 1946 relative à l'exercice des professions d'assistantes ou d'auxiliaires de service social et d'infirmières ou d'infirmiers.

TITRE Ier. — *Assistantes et assistants.*

Article premier. — Sous réserve des dérogations prévues à l'article 2 et des dispositions transitoires de l'article 13 ci-après, nul ne peut occuper un emploi d'assistante ou d'assistant dans un service social public ou privé, ni prendre le titre d'assistante ou d'assistant de service social, ou tout autre titre pouvant prêter à confusion avec le titre susvisé s'il n'est muni du diplôme d'Etat exigé depuis le décret du 12 janvier 1932.

Art. 2. — Par dérogation aux dispositions de l'article précédent, pourront être maintenus à un emploi défini audit article mais en qualité d'auxiliaires, sous le contrôle d'assistantes ou d'assistants diplômés :

1° Les personnes titulaires soit de l'un des brevets d'infirmières ou infirmiers, délivrés en application du décret du 27 juin 1922, soit du diplôme unique délivré depuis le décret du 18 février 1938.

2° Les personnes pourvues d'un certificat d'auxiliaire de service social ou d'autres titres spéciaux, dont la validité est admise par le ministre de la Santé Publique après avis, s'il y a lieu, des ministres intéressés ;

3° Les élèves préparant le diplôme d'Etat, pendant la durée de leur scolarité, mais seulement dans les établissements ou services agréés pour l'accomplissement des stages.

La date et les modalités de la cessation des régimes dérogatoires prévus dans le présent article seront fixées par décret rendu sur le rapport du ministre de la Santé Publique, en accord, s'il y a lieu, avec les ministres dont relèveraient directement ou indirectement les auxiliaires susvisés.

TITRE II. — *Infirmières et infirmiers.*

Art. 3. — Réserve faite des dérogations prévues à l'article 5 et des dispositions transitoires de l'article 13 ci-après, nul ne peut exercer la profession d'infirmière ou d'infirmier s'il n'est muni soit de l'un des brevets délivrés en application du décret du 27 juin 1922, soit du diplôme unique délivré depuis le décret du 18 février 1938.

Art. 4. — Est considérée comme exerçant la profession d'infirmière ou d'infirmier toute personne qui donne habituellement, soit à domicile, soit dans des services publics ou privés d'hospitalisation ou de consultation, des soins prescrits ou conseillés par un médecin.

Art. 5. — Par dérogation aux dispositions de l'article 3 ci-dessus, l'exercice de la profession d'infirmière ou d'infirmier est permis, soit en qualité d'auxiliaire polyvalent, soit pour un ou plusieurs établissements ou pour un mode d'activité déterminé :

1° Aux personnes pourvues de certificats, titres ou attestations dont la liste et les conditions de validité seront fixées par arrêté du ministre de la Santé Publique ;

2° Aux élèves préparant le diplôme d'Etat pendant la durée de leur scolarité, mais seulement dans les établissements ou services agréés pour l'accomplissement des stages.

La date et les modalités de la cessation des régimes dérogatoires visés dans le présent article seront fixées par décret rendu sur la proposition du ministre de la Santé Publique.

NOCTIVANE
COMPRIMÉS
★
Hypnotique d'action rapide et de courte durée
★
A prescrire dans les cas "d'endormissement" difficile
THERAPLIX
98, RUE DE SÈVRES, PARIS-VII•

Révulsif Fouchère

DEUX FORMES :
EMULSION : Adultes
POMMADE : Bébés, Enfants et Adultes à épiderme sensible
LABORATOIRES FOUCHÈRE
RIVE-DE-GIER (Loire)

GRIMAULT
DELBIASE
Stimulant biologique général
Dermatoses - Prophylaxie du Cancer
★
LABORATOIRES GRIMAULT
51, RUE FRANÇOIS-Ier - PARIS

TITRE III. — *Dispositions communes.*

Art. 6. — Les assistantes, assistants ou auxiliaires de service social et les infirmières ou infirmiers sont tenus, dans le mois qui suit leur entrée en fonctions de faire enregistrer à la préfecture leur diplôme, brevet, titre ou certificat.

Les personnes qui exercent en qualité d'auxiliaires, par application de l'article 2, 1°, ci-dessus sont soumises à cette formalité, même si leur diplôme ou brevet d'infirmières ou d'infirmiers a été précédemment enregistré. La qualité d'auxiliaire de service social doit figurer expressément, en ce qui les concerne, dans la mention d'enregistrement.

. . . . . .

Art. 7. — Dans chaque département, et pour chacune des deux professions visées par la présente loi, le préfet dresse annuellement la liste des personnes qui exercent régulièrement cette profession en indiquant la date et la nature des diplômes, titres ou certificats dont elles sont effectivement pourvues.

. . . . . .

Art. 8. — Les assistantes ou assistants du service social et les infirmières ou infirmiers, titulaires du diplôme d'Etat, peuvent porter les insignes respectifs conformes aux modèles établis par le ministère de la Santé Publique et dont l'usage leur est exclusivement réservé. Il leur est délivré, en outre, une carte professionnelle dont le modèle est également établi par le ministre de la Santé Publique.

Art. 9. — Les assistantes, assistants ou auxiliaires de service social, les infirmières ou infirmiers et les élèves des écoles se préparant à l'exercice de l'une ou l'autre profession sont tenus au secret professionnel dans les conditions et sous les réserves énoncées à l'article 378 du code pénal.

Art. 10. — *L'exercice illégal de* la profession soit d'assistante, assistant ou auxiliaire de service social, soit d'infirmière ou infirmier, est puni d'une amende de 1.000 à 5.000 fr. et, en cas de récidive, d'une amende de 5.000 à 10.000 fr. et d'un emprisonnement de six jours à six mois ou de l'une de ces deux peines seulement.

L'usage du titre soit d'assistante ou assistant du service social, soit d'infirmière ou infirmier par des personnes qui n'en sont pas régulièrement investies et le port illégal des insignes sont punis des peines prévues à l'article 259 du code pénal.

Art. 11. — La suspension temporaire ou l'incapacité absolue de l'exercice de la profession d'assistante, assistant ou auxiliaire de service social ou de celle d'infirmière ou d'infirmier peut être prononcée par les cours et tribunaux accessoirement à toute peine soit criminelle, soit correctionnelle, à l'exception toutefois, dans ce dernier cas, des peines ne comportant qu'une amende.

Les personnes contre lesquelles a été prononcée la suspension temporaire ou l'incapacité absolue tombent sous le coup des peines prévues au premier alinéa de l'article 10 ci-dessus lorsqu'elles continuent à exercer leur profession.

Art. 12. — Les groupements professionnels, régulièrement constitués, d'assistantes, assistants ou auxiliaires de service social et d'infirmières ou infirmiers sont habilités à poursuivre les délinquants par voie de citation directe devant la juridiction correctionnelle sans préjudice de la faculté de se porter partie civile dans toute poursuite intentée par le ministère public.

Art. 13. — Les personnes qui exerçaient la profession soit d'assistante, assistant ou auxiliaire de service social, soit d'infirmier ou d'infirmière, sans remplir les conditions fixées ci-dessus, devront cesser leur activité dans les deux ans qui suivront la promulgation de la présente loi.

OPO-IODAMÉLIS
LOGEAIS

DYSENDOCRINIES
DE LA JEUNE FILLE ET DE LA FEMME
PUBERTÉ — MÉNOPAUSE
OBÉSITÉ

ASTHÉNIES DE L'AGE MÛR
OBÉSITÉ
SÉNILITÉ

ASSOCIE
LES PROPRIÉTÉS STIMULANTES
DE L'IODOTANIN DE L'IODAMÉLIS
A L'ACTION SPÉCIFIQUE
DE L'ORGANOTHÉRAPIE
MASCULINE OU FÉMININE

En comprimés enrobés



FORMULE "F"
Iodotanin de l'IODAMÉLIS . . 0gr. 10
Ovaire 0gr. 05
Ante Hypophyse 0gr. 005
Benzoate de Dihydro-Folliculine 40 U. I.



FORMULE "M"
Iodotanin de l'IODAMÉLIS . . 0gr. 10
Orchitine 0gr. 10
Ante Hypophyse 0gr. 005

LABORATOIRES JACQUES LOGEAIS - ISSY-LES-MOULINEAUX - PARIS

Toutefois, les assistantes, assistants ou auxiliaires de service social qui exerçaient depuis le 1er janvier 1941 et les infirmières ou infirmiers qui exerçaient depuis trois années lors de la publication de la présente loi, peuvent être autorisés, pour continuer d'exercer définitivement leur activité, à subir un examen de récupération dont les modalités seront fixées par arrêté du ministre de la Santé Publique, en accord avec les organisations syndicales intéressées.

Elles doivent, si elles ne l'ont déjà fait, déposer leur demande à la préfecture de leur résidence dans les trois mois à dater de la publication de la présente loi. Mention des autorisations doit être portée sur un registre spécial déposé à la préfecture.

Art. 14. — Des décrets pris sur le rapport du ou des ministres intéressés détermineront les mesures propres à assurer l'application des présentes dispositions.

Il en sera ainsi notamment pour l'adaptation des dispositions concernant les assistantes, assistants ou auxiliaires de service social à l'organisation intérieure et au fonctionnement des divers services sociaux.

Art. 15. — Sont abrogés les articles 1er, 2, 6, 8, 9, 10 et 12 de la loi validée du 15 juillet 1943 relative à la formation des infirmières, infirmiers hospitaliers, à l'organisation et à l'exercice de leur profession.

(*J. O.*, 9 avril 1946.)

LUTTE CONTRE LE CANCER.

Arrêté ministériel du 23 février 1946 fixant le statut du personnel médical et administratif des centres de lutte contre le cancer.

Article premier. — Réserve faite du trésorier et des agents visés à l'article 16 ci-après, le personnel médical et administratif des centres de lutte contre le cancer se répartit entre les catégories suivantes :

Le directeur, le secrétaire administratif, les chefs de services et spécialistes, les assistants, les internes, les externes, éventuellement.

. . . . . .

Art. 4. — Lorsque, en raison de l'importance du centre son organisation intérieure comporte un sous-directeur, celui-ci est choisi par le directeur parmi le personnel médical attaché au centre, sous réserve de l'agrément du conseil d'administration.

. . . . . .

Art. 7. — Les chefs de services et les spécialistes sont nommés à la suite d'un concours sur titres par le conseil d'administration. Les premiers doivent être choisis parmi les assistants des centres effectivement en fonctions depuis un minimum de cinq ans. Cette disposition prendra effet à l'expiration de la cinquième année qui suivra la publication du présent arrêté.

Art. 8. — Les chefs de services doivent s'engager à consacrer leur activité au centre pendant une période minimum de dix ans.

Art. 9. — Les assistants sont recrutés par le directeur à la suite d'un concours sur titres, parmi les assistants des hôpitaux répondant aux conditions fixées par la législation hospitalière.

Le jury du concours, présidé par le directeur, comprend deux professeurs désignés par le conseil de la faculté ou école du siège du centre et par les chefs de services du centre.

Art. 10. — Les assistants sont nommés pour cinq ans et peuvent être maintenus dans leur fonction pour des périodes successives de même durée. Ils devront abandonner leurs fonctions d'assistants dans les services d'hospitalisation ne dépendant pas du centre.







Chaque centre doit posséder au minimum un assistant d'anesthésie.

Art. 11. — Les internes et, éventuellement, les externes du centre sont recrutés respectivement parmi les internes et les externes admis aux concours des hôpitaux de la ville où siège le centre. Le nombre des internes et, éventuellement des externes, à prélever sur les candidats reçus aux concours, sera fixé, ainsi que la périodicité de leur roulement, par une entente préalable entre les centres et les hôpitaux. Seront également précisées dans la même forme, les conditions dans lesquelles les internes et, éventuellement, les externes du centre pourront bénéficier, comme les autres internes et externes issus des mêmes concours, des avantages de toute nature attachés à la fonction.

Art. 12. — Les honoraires du personnel médical des centres sont déterminés conformément aux règles applicables au personnel médical des établissements hospitaliers telles qu'elles résultent des dispositions réglementaires fixant les conditions d'application de la loi validée du 21 décembre 1941 sur les hôpitaux et hospices publics.

Art. 13. — Lorsqu'un membre du personnel médical consacre toute son activité au centre, une rémunération forfaitaire, dont le conseil d'administration fixe le montant, lui est assurée par contrat. Cette rémunération doit être complétée, le cas échéant, par les avantages prévus dans le décret-loi du 29 juillet 1939 relatif à la famille et à la natalité françaises.

Art. 14. — L'octroi de l'indemnité prévue à l'article 5 et de la rémunération visée à l'article précédent ne fait pas obstacle à l'application des dispositions de l'article 12 ci-dessus.

Art. 15. — Le service médico-social du centre doit disposer d'un nombre d'assistantes sociales en rapport avec son activité, telle qu'elle est définie à l'article 2, paragraphe 2 de l'ordonnance 45-2221 du 1er octobre 1945.

Le nombre minimum des assistantes sociales est fixé, pour chaque centre, par l'arrêté portant agrément.

Art. 16. — Les assistantes sociales et les infirmières sont recrutées sur contrat par le directeur du centre ou mises à sa disposition par les établissements ou services dont dépendent les intéressées conformément aux clauses insérées à cet effet dans les conventions conclues entre les centres et les établissements ou services.

Art. 17. — A l'expiration du délai de 2 ans, prévu à l'article 11 de l'ordonnance 45-2221 du 1er octobre 1945, les directeurs et les chefs de service qui étaient en fonction lors de la publication de ladite ordonnance, ne pourront être maintenus sans une autorisation expresse du ministre de la Santé publique et de la Population, autorisation conférée après avis du conseil d'administration du centre et de la commission du cancer du conseil permanent d'hygiène sociale.

(*J. O.*, 9 mars 1946.)

HOPITAUX PSYCHIATRIQUES.

Décret du 25 mars 1946 modifiant l'article 7 du décret du 28 décembre 1938 concernant le statut des médecins des hôpitaux psychiatriques de la Seine.

(*J. O.*, 27 mars 1946.)

HYGIENE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE.

Un décret du 23 avril 1946 fixe le statut de l'inspection générale de l'hygiène scolaire et universitaire.

(*J. O.* 24 *avril* 1946.)

TRAITEMENT DE
LA CONSTIPATION
ACCIDENTELLE OU CHRONIQUE
LORAGA
ÉMULSION D'HUILE DE PARAFFINE
Laboratoires SUBSTANTIA
M. GUÉROULT, Docteur en Pharmacie
SURESNES (Seine)



FOIE ET REIN DÉFICIENTS
CHOPHYTOL
AMPOULES INJECTABLES
DRAGEES, GOUTTES "per Os"
Laboratoires ROSA 11, Rue Roger-Bacon, PARIS (17e)

ARSENIODE BURIAT

ENFANTS
2 gouttes par jour
et par année d'âge

ADULTES
20 à 50 gouttes
par jour

Pour l'alimentation régulière du nourrisson

Pélargon "orange"
de **NESTLÉ**

LAIT EN POUDRE POUR NOURRISSONS
entier, acidifié, additionné de farine et de sucre

C'est le lait en poudre antidyspeptique par excellence.

N.B - Pour les cas spéciaux le Pélargon "vert", sans farine ni sucre, permet le dosage à volonté du lait et des hydrates de carbone.

Publications scientifiques à la disposition de MM. les médecins
Sté NESTLÉ, 6, avenue César Caire, PARIS-8e

BISMUTH TULASNE
NÉO-PANSEMENT TULASNE
LACTO PANSEMENT TULASNE
BISMU-CÔNES
FUCHELMINE
IODULANE

LABORATOIRES BOUILLET

7, SQUARE THIERS - PARIS 16e
TEL PASSY 16-32

INNOVATIONS innothéra THÉRAPEUTIQUES

MUCINUM
LAXATIF DOUX

1 à 2 comprimés
par jour

INNOTHÉRA, 54, AVENUE PAUL-DOUMER, ARCUEIL (SEINE)

PARTIE SCIENTIFIQUE

CLINIQUE CHIRURGICALE

KYSTE DE LA GLANDE DE BARTHOLIN

M. J. P. TOURNEUX, Chirurgien en Chef des Hôpitaux de Toulouse

JE vais vous parler aujourd'hui des kystes de la glande de Bartholin, dont vous avez pu observer un cas tout récemment dans notre service.

De la malade elle-même, je ne vous dirai pas grand-chose : il s'agissait d'une jeune femme âgée de 27 ans, sans passé médical ni gynécologique digne d'intérêt, et qui présentait au niveau de la grande lèvre droite une petite tumeur évoluant depuis quatre à cinq mois environ. Offrant les dimensions d'une petite cerise lorsqu'elle fut découverte fortuitement par la malade, elle avait augmenté lentement mais progressivement jusqu'à acquérir les dimensions d'une prune ; bien que complètement indolore, elle était devenue gênante pour les relations conjugales, aussi la jeune femme était-elle venue nous trouver pour en être débarrassée.

L'ablation de cette petite tumeur fut pratiquée sous anesthésie locale et ne présenta aucune difficulté : après l'énucléation suivie de quelques ligatures et de deux points de capiton, la paroi labiale fut refermée sans drainage. La paroi de ce kyste, qui contenait un liquide muqueux, était revêtue intérieurement par un épithélium prismatique, comme le montra l'examen histologique effectué quelques jours plus tard.

Trois variétés de kystes peuvent se développer au niveau des grandes lèvres. Ce sont d'abord les kystes du canal de Nuck, qui se forment aux dépens de ce diverticule péritonéal accompagnant le ligament rond jusqu'à sa terminaison et qui est l'homologue chez la femme du canal péritonéo-vaginal. Ils siègent dans la partie tout à fait haute de la grande lèvre et sont tapissés par un épithélium aplati, rappelant un endothélium séreux.

La deuxième variété est représentée par des kystes dits congénitaux, kystes dermoïdes et kystes séreux provenant de débris Wollfiens entraînés dans la grande lèvre par le ligament inguinal et revêtus d'un épithélium cubique.

Enfin, la troisième variété, de beaucoup la plus fréquente, est constituée par les kystes de la glande de Bartholin, dont je vais maintenant vous entretenir.

Presque toujours unilatéraux, et plus fréquents à gauche qu'à droite, ces kystes se développent à l'âge de l'activité sexuelle. Pour expliquer leur apparition on a invoqué des causes prédisposantes locales consistant en traumatismes ou en inflammations antérieures : elles me paraissent de peu d'importance et d'intérêt car on ne les retrouve pas dans la plupart des observations.

Au point de vue pathogénique, la majorité des auteurs admet qu'il s'agit de kystes par rétention : par suite d'une plaque d'eczéma, d'une végétation, d'une bride cicatricielle ou d'un rétrécissement du conduit excréteur, il se formerait un obstacle à l'écoulement du produit de sécrétion qui s'accumulerait dans les culs-de-sac glandulaires et les transformerait en cavités kystiques. Il existe cependant des cas, où les canaux excréteurs ne sont pas oblitérés et où par suite cette théorie ne saurait s'appliquer : il est probable que les kystes bartholiniens sont la plupart du temps des adénomes à évolution kystique, et que leur pathogénie est comparable à celle des autres kystes glandulaires, comme ceux du sein et du pancréas.

En ce qui concerne leur siège, on a distingué trois types principaux :

1° Les kystes du canal excréteur ou kystes superficiels de Pozzi ;

2° Les kystes de la glande, profondément situés, kystes profonds de Pozzi ;

3° Les kystes des glandes accessoires qui peuvent se développer le long de la branche ischio-pubienne ou tout contre la muqueuse du vagin.

Les kystes émanés de la glande sont les plus importants : il peut parfois s'agir de kystes multiples, accolés ou communicants, mais le plus souvent le kyste est unique, occupant un seul lobule glandulaire. Son volume, ordinairement d'une noix ou d'un œuf de poule, peut devenir plus considérable, et alors envoyer des prolongements en arrière jusque dans le bassin : parfois ils se développent en avant et parviennent à acquérir des dimensions considérables, comme dans le cas rapporté par Chourakine où la tumeur descendait jusqu'au genou.

Histologiquement, la paroi kystique est formée par trois couches concentriques, une externe celluleuse, une moyenne fibreuse et une interne constituée par un revêtement épithélial, cubique ou aplatie par compression s'il s'agit d'un kyste développé aux dépens d'un canal excréteur ou d'un sinus, et prismatique quand le kyste s'est formé aux dépens des acini. Quand au contenu de la poche, il se présente sous l'aspect d'un liquide muqueux, filant, blanc jaunâtre, à réaction alcaline, contenant fréquemment des cristaux de cholestérine.

Les kystes superficiels, ou kystes du canal excréteur sont les plus apparents, ce sont eux aussi qui déforment le plus la vulve : présentant le volume d'une noisette ou d'une noix, leur axe est dirigé transversalement suivant la direction du canal excréteur. Ils siègent superficiellement à la base de la petite lèvre qu'ils soulèvent et viennent faire saillie sous la muqueuse vaginale qui glisse sur eux : lorsqu'on exerce une pression du kyste on fait sourdre au niveau de l'orifice du canal excréteur un liquide transparent clair et visqueux.

Les kystes profonds, ou kystes glandulaires constituent des tumeurs plus volumineuses que les précédentes et plus profondément situées dans la partie inférieure de la grande lèvre : de forme allongée, elles soulèvent les grande et petite lèvres en effaçant le pli nympho-labial, mais elles ne font pas saillie en dedans au niveau de l'entrée du vagin comme les kystes superficiels, elles proéminent au contraire en dehors, à la face externe de la grande lèvre.

A la palpation, on perçoit l'existence d'une tumeur fluctuante ou rénitente suivant le degré de tension du liquide se trouvant dans la poche. On peut parfois constater autour de la poche principale la présence de quelques nodosités qui ne sont autres que des kystes accessoires.

Ces kystes sont complètement indolores, mais ils peuvent, par leur volume exagéré, arriver à gêner les relations sexuelles et même dans certains cas la miction. Ils se développent lentement mais progressivement et sont susceptibles d'augmenter de volume au moment des périodes menstruelles ou après des excès de coït.

L'évolution normale de ces kystes peut être marquée par l'apparition de quelques complications. C'est ainsi que l'on a relevé :

1° L'ouverture spontanée qui peut être suivie de fistulisation et d'infection secondaire de la poche ;

2° La suppuration du kyste, qui peut entraîner un phlegmon de la grande lèvre ;

3° La transformation maligne et certains auteurs admettent qu'un kyste glandulaire peut devenir le point de départ d'un épithélioma vulvaire. Il s'agit heureusement là d'un fait rarissime.

4° Une cause de dystocie au moment de l'accouchement par suite du très grand volume du kyste.

Je n'insisterai pas bien longuement sur le diagnostic qui ne présente d'ailleurs aucune difficulté. Il vous sera toujours facile d'éliminer les tumeurs solides, fibromes, fibromyomes ou lipomes par leur consistance et leur situation. Quant aux tumeurs liquides, en laissant de côté les kystes dermoïdes, les kystes wolffiens et les lymphangiomes kystiques qui sont exceptionnels, vous différencierez aisément un kyste de la glande de Bartholin d'un kyste du canal de Nuck en vous souvenant que ce dernier est toujours situé dans la partie haute de la grande lèvre, son pôle supérieur se dirigeant vers le canal inguinal. Vous pourriez à première vue être amenés à confondre une suppuration du kyste avec une bartholinite, mais la notion de l'existence d'un kyste ainsi que l'anamnèse, puisque la bartholinite succède ordinairement à une blennorragie vulvaire ou à une infection puerpérale, vous permettront d'éviter une erreur.

Quant au traitement, il ne peut être que chirurgical. On a bien pratiqué à de certains moments des ponctions simples ou suivies d'injection de liquides modificateurs tels que la teinture d'iode ou le chlorure de zinc, ainsi que des incisions suivies de la cautérisation de la surface interne. Ce sont là, comme d'ailleurs l'excision partielle de la paroi kystique, des méthodes totalement insuffisantes, qui ne peuvent qu'exposer à la fistulisation et à la récidive.

L'extirpation du kyste constitue le traitement de choix : vous pourrez intervenir soit par la face interne, soit par la face externe suivant que la tumeur proéminera sur l'une ou sur l'autre de ces faces et vous n'oublierez pas, l'exérèse une fois réalisée, de faire une hémostase soignée avec des sutures exactes, dont quelques-unes profondes afin d'éviter la production d'hématomes, qui dans cette région s'infecteraient presque fatalement.

COMMENT TRAITER UNE NÉVRALGIE DU TRIJUMEAU ?

J.-P. GRINDA (Nice)

Ce n'est pas une petite affaire que de traiter une névralgie du trijumeau.

Avant de vous consulter, il est exceptionnel que le malade n'ait pas « vu » une vingtaine de médecins ou de spécialistes divers.

Comment l'examiner ? Quel conseil lui donner ?

Est-ce bien une névralgie essentielle ?

« On ne démarque pas Trousseau » (Leriche).

Rien ne ressemble à cette douleur à début brutal, en éclair, atroce, unilatérale, qui siège dans la mâchoire supérieure ou inférieure, dure quelques minutes, puis se répète, intermittente, jusqu'à la fin de la période douloureuse.

Pendant la crise, le malade, immobile, évite de parler, présente souvent des « tics douloureux », des crispations parfois accompagnées de troubles sympathiques, vaso-moteurs ou secrétoires intéressants à noter.

Puis survient une longue phase réfractaire, qui peut durer des mois, où l'analgie est totale et l'examen négatif.

Ce syndrôme si particulier permet d'éliminer facilement :

1° Les petites algies faciales des lésions périphériques, consécutives à des affections dentaires ou à des sinusites évolutives.

2° Les algies du trijumeau secondaires à des affections centrales : sclérose en plaques, syringobulbie, tumeurs de l'angle ponto-cerebelleux, etc...

Ces douleurs n'ont jamais les caractères si tranchés de la névralgie faciale essentielle.

D'autre part, il est rare que la névralgie du trijumeau soit le premier et seul symptôme, et en général les malades consultent après des années de souffrances.

Bien entendu, il faudra toujours s'assurer que l'examen neurologique est négatif, qu'il n'y a ni anesthésie, ni contracture, dans le territoire du trijumeau témoin d'une lésion centrale.

Autre erreur à éviter « les sympatalgies » de la face. Ces malades sont souvent des migraineux. Ils souffrent de la face, du crâne ou de la nuque. Leurs douleurs sont diffuses, non localisées dans le territoire exact du trijumeau.

Ces douleurs acquièrent progressivement leur maximum d'intensité. Elles sont multiples : sensations de fourmillements, battements, brûlures. Elles durent des heures, puis s'atténuent peu à peu. Il n'y a pas de cause provocatrice nette. Ces malades parlent. Il n'y a là rien de commun avec les douleurs en éclair de la névralgie essentielle.

Quelle Névralgie ?
Quelle Zone d'Excitation ?

Il est simple d'éliminer les névralgies essentielles du glosso-pharyngien par le siège de la douleur.

Lorsque la névralgie siège dans le territoire du trijumeau, il faut préciser : 1° Dans quelle branche, maxillaire inférieur, maxillaire supérieur, les deux ou les trois ? 2° Quelle est la zone d'excitation ? 3° Quelle est la part du sympathique ?

Le plus souvent, la névralgie siège dans le territoire du maxillaire inférieur (20 %), du maxillaire supérieur (15 %) ou dans le territoire des deux branches (40 %). Ce sont pour nous les plus faciles à traiter.

Les névralgies isolées de l'ophtalmique sont heureusement les plus rares (3 à 5 %).

Une névralgie à bien connaître est la névralgie du sus-orbitaire, facile à reconnaître par son siège et l'injection de novocaïne dans le trou sus-orbitaire.

Mieux que par les injections d'alcool, le médecin pourra toujours soulager le malade et préciser le siège de la névralgie par des injections de novocaïne dans les branches périphériques du trijumeau.

Reste à rechercher les causes provocatrices de la névralgie. Un premier élément est fourni par le fait que le malade évite de parler ou de mastiquer. Un deuxième élément est fourni par le siège de la dent enlevée, rendue responsable de la névralgie. Un troisième élément, dans le décours de la crise, est que la pression en un point, soit cutané (lèvre supérieure par exemple), soit muqueux (rebord gingival inférieur ou supérieur) réveille la crise douloureuse.

Ce sont là des symptômes importants, à bien noter, pour préciser quelles sont les excitations périphériques qui réveillent ou provoquent la névralgie.

Quel conseil donner ?

Le diagnostic fait, aussi précis que possible, grâce aux injections de novocaïne (sans parler des infiltrations sympathiques non moins utiles pour la précision du diagnostic) quel conseil donner au malheureux atteint de névralgie faciale essentielle ?

La première erreur à éviter est de rendre les dents responsables de la névralgie. On n'a jamais guéri une névralgie essentielle en enlevant les dents du malade.

La deuxième erreur est de s'attarder à des traitements médicaux divers. Sans doute, les malades, âgés de 50 à 60 ans, si ce n'est plus, sont plus ou moins artério-scléreux, syphilitiques, diabétiques, etc... Jamais le traitement médical n'a guéri une névralgie vraie essentielle du trijumeau.

Il en est de même pour les traitements physio-thérapiques. Ils ont peut-être donné des améliorations, jamais des guérisons.

Pourquoi d'emblée, le diagnostic assuré, ne pas dire franchement au malade la vérité ? Nous avons le moyen de vous guérir, et du premier coup, en interrompant d'une façon définitive la voie sensitive du trijumeau.

Par des injections d'alcool dans les nerfs périphériques ? Non. C'est un excellent moyen (à mon sens inférieur aux injections de novocaïne) de diagnostic. C'est un excellent traitement palliatif pour un malade durant sa crise. Il assure une rémission, jamais une guérison.

Pour ma part, depuis cinq ans, j'ai traité une centaine de névralgies du trijumeau. Presque tous ces malades avaient subi des alcoolisations périphériques.

Cette thérapeutique au ralenti nous paraît aujourd'hui avoir « un joli brin de cruauté » remarque Leriche. « Que diriez-vous si, mis à la « place du malade et sachant ce que vous sa- « vez, vous entendiez quelqu'un vous dire en « souriant : Attendez encore deux ou trois ans. « Au bout de ce temps, nous verrons à vous « guérir définitivement. Pour le moment, je vais « essayer seulement de vous soulager pour quel- « ques mois. » ?

Si l'on élimine les injections d'alcool dans le ganglion de Gasser, fertiles en incidents et accidents multiples, il n'y a en fait que deux solutions : ou la section chirurgicale de la branche sensitive du trijumeau — ou la coagulation élective des cellules ganglionnaires de Gasser avec l'appareil de Kirschner.

L'une et l'autre, entre des mains qualifiées, donnent environ 80 à 90 % de résultats parfaits avec un minimum de risques immédiats et d'inconvénients ultérieurs.

Le malade a le choix. Dans le premier cas, quelle que soit la névralgie, le neuro-chirurgien coupe la branche sensitive du trijumeau. L'électro-coagulation a pour elle de détruire électivement les cellules ganglionnaires responsables de la névralgie, et de permettre de guérir le malade en quelques minutes, sans ouvrir le crâne.

Ce qu'il faut retenir, c'est que nous pouvons guérir ces malades du premier coup. Est-il utile de leur faire attendre qu'ils aient derrière eux un long passé de souffrances et devant eux un avenir forcément limité ?

LES NEPHRITES SANS ALBUMINE

Par Jean F. PORGE

Chef de Clinique à la Faculté

Depuis qu'en 1827 Richard Bright a pu prouver le rapport qui existait entre l'albuminurie et certaines altérations du rein, trop d'entre nous sont encore enclins à penser que tout malade qui présente de l'albumine dans les urines, est atteint de néphrite et qu'il n'existe pas de néphrite sans albumine.

Pourtant Dieulafoy s'élevait déjà contre cette assertion et dans une remarquable clinique il résume en quelques mots et de la meilleure façon tout ce qui fait l'objet du présent article : « L'albuminurie, déclare-t-il, longtemps considérée comme arbitre souverain, n'a en somme qu'une valeur assez secondaire, quand il s'agit

de spécifier le diagnostic et le pronostic des maladies du rein. Elle n'est qu'un pâle satellite de certains néphrites. Elle n'en est qu'un témoin ! **Témoin infidèle puisqu'il peut faire défaut,** témoin trompeur puisque si l'on n'était prévenu, il pourrait induire en erreur et faire admettre une néphrite qui n'existe pas ». La question est si clairement exprimée, le problème si complètement résolu, que nous éprouvons quelque gêne à y apporter un développement quelconque.

Chacun sait actuellement que la découverte d'une albuminurie ne suffit pas à faire affirmer la présence d'une néphrite : l'existence des albuminuries fonctionnelles en est une preuve quotidienne. Mais beaucoup ignorent l'existence relativement fréquente des néphrites sans albumine.

Les quelques mentions qui en ont été faites jusqu'ici ne concernent que des azotémies chroniques où la néphrite est affirmée un peu à la légère, sur la seule altération des épreuves fonctionnelles.

La disparition progressive et souvent totale de l'albuminurie au terme de l'insuffisance rénale est une notion également banale ; elle n'est un leurre que pour le malade qui, intéressé par la disparition d'un symptôme qui captait jusque-là toute son attention, néglige providentiellement les progrès de son azotémie.

Les cas que nous envisageons ici sont différents : ils concernent des malades qui, presque tous, dans leur passé, ont présenté un épisode de néphrite aiguë ; l'albuminurie, présente au début de leur maladie, a progressivement disparu, mais l'examen microscopique du sédiment urinaire permet de retrouver encore des éléments de néphrite ; avant tout, une **hématurie microscopique** ou une **cylindrurie** prouvant indubitablement la persistance d'un processus évolutif au niveau du rein.

Que l'on n'imagine pas ces cas exceptionnels ; ils représentent en fait, 17 % d'un total de 1.500 malades de notre clientèle thermale à St-Nectaire durant les quelques dernières années.

Bien entendu, chez tous ces malades, l'examen microscopique est capital ; il est même indispensable puisqu'à cette période de la maladie, il représente le seul élément permettant de poser encore le diagnostic de néphrite. Dans la plupart des cas, les symptômes divers qui brutalement apparus ont inévitablement évoqué l'atteinte du rein, s'estompent, puis disparaissent en quelques semaines. L'œdème, s'il existait, finit par se résoudre, l'albumine tombe à l'état de traces, puis disparaît.

Dès lors, sous prétexte qu'il n'existe plus d'albumine, ce malade est considéré comme guéri et rendu à la vie normale. Il entre en réalité, dans une dangereuse période. Elle est dangereuse parce que rien, apparemment, ne la révèle ; les forces sont revenues et la santé paraît florissante ; l'examen semiologique le plus complet ne peut que confirmer cette impression favorable.

En réalité, alors que quelques sujets guérissent complètement, d'autres conservent, sans le savoir, un sédiment urinaire pathologique.

Nous avons insisté d'ailleurs, sur les conditions essentielles qui doivent présider à l'examen microscopique pour lui conférer toute sa valeur. Qu'il nous soit permis de rappeler seulement, que les urines doivent être fraîches, prélevées en période d'oligurie provoquée (par restriction de liquide) et autant que possible après une épreuve d'effort (marche d'une heure). **C'est dire qu'un examen des urines des 24 heures ou de celles du réveil, serait dénué de toute valeur.**

Effectué dans ces conditions, l'examen microscopique peut révéler la présence d'hématies (dont on devra alors apprécier le nombre moyen par champs), ou de cylindres granuleux.

L'une ou l'autre de ces éventualités permet d'affirmer la persistance de la néphrite.

L'existence d'une hématurie microscopique est de beaucoup le cas le plus communément rencontré. Il représente à lui seul 88 % des néphrites cryptogénétiques que nous avons ici en vue. La disparition plus ou moins complète de l'albumine, ou tout au moins son intermittence, marque l'évolution normale de la plupart des néphrites hématuriques.

Une vigilance toute particulière s'impose donc chez ce type de malades, et l'examen microscopique du sédiment urinaire doit être effectué chez tout sujet réputé guéri d'une néphrite aiguë hématurique, et répété régulièrement chez lui au même titre que le B.W. chez un syphilitique ou la recherche du B.K. chez un tuberculeux. Il révèlera, bien souvent, sous la forme d'un semis hématique continu, un fait d'une importance cruciale pour l'avenir du malade.

La présence de cylindres granuleux chez des malades qui n'ont pas d'albumine est un fait plus rare. Il n'est pourtant pas exceptionnel. Nous en constatons chaque année, quelques exemples ; ils entrent pour 12 % dans notre statistique.

Ces cylindres granuleux ne se retrouvent pas habituellement d'une façon permanente, leur présence est plus souvent intermittente et ne révèle à l'occasion de petites poussées évolutives passagères, que l'on peut attribuer parfois à la fatigue ou à une infection quelconque.

Dernièrement, M. Thiers rapportait deux cas de ce genre, survenus à la suite d'un traitement bismuthique.

D'une façon très exceptionnelle, il nous est arrivé de constater l'existence de cylindres hyalins sans albuminurie concomittante. Le fait est intéressant, puisque l'on sait que la plupart des auteurs considèrent ces cylindres comme formés d'albumine et ont tendance de ce fait, à en minimiser l'importance.

Il nous a semblé, tout au contraire, que leur présence, retrouvée avec régularité chez le même malade après des épreuves d'efforts répétés, acquiert une très grande valeur dans l'interprétation finale de la lésion rénale.

Ainsi, l'absence d'albumine chez un malade ne dispense pas d'une investigation plus poussée et de l'examen soigneux du sédiment urinaire. Le jour, où chez l'un d'entre eux considéré comme guéri, l'on découvre dans le champ du microscope des hématies ou des cylindres, l'on est dédommagé du même coup, de tout le temps perdu à des recherches analogues et vaines.

LES FURONCLES DE LA LÈVRE SUPÉRIEURE ET DE L'AILE DU NEZ

J'applaudis vigoureusement aux conclusions du Dr Pascalis (1). Depuis 22 ans que j'exerce je n'ai jamais perdu un client atteint de cette affection et pourtant j'ai soigné deux diabétiques atteints d'anthrax de la lèvre supérieure. Tout le secret du succès tient, à mon avis, dans la précocité de l'intervention (bistouri ou thermo).

Jamais, je n'ai fait « mûrir » un furoncle. Tout « bouton » qui devient douloureux est immédiatement incisé largement. Cela m'a permis de guérir en quelques semaines les furonculeux les plus invétérés.

Je ne saurais admettre l'opinion de ceux qui conseillent de faire des incisions tardives ou d'attendre l'élimination spontanée du bourbillon. Pour ma part, je ne vois de bourbillons que chez les patients qui se montrent trop tard, et ce n'est pas sur quelques cas que je me base, mais sur un grand nombre.

Dr L. BARON (Fives-Lille).

***

Le Dr Pascalis ne mentionne pas la radiothérapie en tant qu'agent thérapeutique des furoncles de la face ; pourtant cette méthode qui ne peut faire encourir aucun risque en raison de l'extrême faiblesse des doses nécessaires, est douée d'une efficacité surprenante tout en évitant anesthésie, intervention, etc. Cette efficacité est d'ailleurs telle que les furonculeux chroniques sont d'une grande fidélité envers les rayons X surtout s'ils ont pu comparer les douleurs et les ennuis du traitement médico-chirurgical à l'action indolente et abortive du rayonnement. La statistique déjà ancienne de Baensch donne pour 103 furoncles de la face et de la lèvre supérieure traités exclusivement par radiothérapie, 98 % de guérisons et 1,8 % de mortalité.

Dr P. PIZON (Paris).

***

Le docteur Paul BOSC, de Versailles, nous écrit également que, dans la thérapeutique des furoncles de la lèvre supérieure et de l'aile du nez, il ne faut pas oublier la radiothérapie et la pénicillinothérapie.

(1) Voir *Concours Médical*, 20 mars 1946, page 237.

LA MALADIE DES HUIT JOURS

Dans le numéro du 10 novembre 1945 du **Concours Médical** a été analysée une thèse du Dr Bourlès sur la « maladie des huit jours » à l'île de Batz. De cette maladie — tétanos neonatorum — j'ai observé il y a bien longtemps déjà, au début de mon internat, 3 cas dans l'île du Frioul, qui avoisine le Château d'If. Je les ai publiés, je crois, dans le « Marseille Médical » de l'époque. Ce tétanos avait la même origine que ceux rapportés par notre confrère, avec cette différence que les accouchements avaient été surveillés et dirigés par une matrone qui ne faisait rien d'autre que de s'occuper de son ménage et prêtait bénévolement son concours aux femmes qui, n'ayant pas le temps, pour des raisons diverses, de venir faire leurs couches à Marseille, accouchaient dans l'île.

Mes recherches, entreprises au Frioul même, contrôlées par le Professeur Rietsh, le Dr Schnell et son camarade Bossano m'ont permis d'admettre que les causes de ces cas avaient coïncidé avec l'introduction dans l'île de chevaux destinés à l'artillerie et aux travaux entrepris de terrassement.

La voie d'introduction du bacille de Nicolaïer s'était faite, comme cela était déjà connu et admis, par la plaie ombilicale.

Pourquoi et comment cette matrone avait-elle transmis le tétanos à ces enfants ? Elle n'avait pas, autant que mes souvenirs soient précis, à s'occuper des chevaux, habitant assez loin de l'écurie de ceux-ci. Il est vrai qu'elle ignorait tout de l'antisepsie et pas davantage la propreté la plus élémentaire.

Depuis cette époque, le T. N. N. a disparu du Frioul.

Pour mémoire, je rappelle que dans la race nègre le T. N. N. était jadis très fréquent. Mais cela à une époque ou aucune professionnelle obstétricale n'était installée aux colonies, à ce que j'ai lu et entendu dire par les médecins coloniaux.

Dr P. A. Lop (Marseille).

LES LIVRES

MASSON et Cie, Editeurs

J. Terracol, Professeur à la Faculté de Montpellier.

— **Les sulfamides en oto-rhino-laryngologie.** Un vol., 188 pages, 1945 (Collection : Médecine et Chirurgie ; Recherches et Applications), 140 fr.

L'ouvrage du Pr Terracol est une excellente mise au point de l'emploi des sulfamides en oto-rhino-laryngologie. Après un exposé général de la sulfamidothérapie, l'auteur envisage successivement les indications des sulfamides en otologie, dans les affections des fosses nasales et du pharynx, etc.

Sans indication à retenir dans l'otite banale, les sulfamides doivent être réservés aux otites cliniquement graves, dont ils améliorent le pronostic. Pour ce qui concerne les mastoïdites, l'action du sulfamide paraît utile à titre prophylactique, mais elle est presque nulle à titre curatif, ce médicament pouvant peu ou même ne pouvant rien sur l'os malade. L'auteur étudie également le fait clinique de la mastoïdite " masquée " par le traitement sulfamidé et ses signes révélateurs (céphalée, surdité persistantes, etc.). D'autres chapitres importants sont consacrés aux indications diverses de la sulfamidothérapie dans les complications des otites, les labyrinthites, les méningites otitiques, les rhinites et sinusites, les infections pharyngées, etc.

P. L.

LES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

Eclosion de nouveaux foyers d'amibiase autochtone dans la région marseillaise.

(M. D. Olmer ; 5-2-1946)

M. Olmer signale 4 cas d'hépatite amibienne hospitalisés récemment à la clinique médicale, à Marseille, dont 3 au moins concernent des malades contaminés dans la région marseillaise au contact des troupes africaines venues de régions où l'amibiase est endémique. La contagion paraît avoir eu pour intermédiaire l'alimentation en crudités souillées par des déjections humaines et peut-être aussi l'utilisation d'eau de puits contaminée par des porteurs de germes. Il rapproche ces faits cliniques des constatations récentes de Sautet, Asséo et Came, qui ont relevé à Marseille une augmentation considérable des porteurs de kystes à 4 noyaux, type dysentérique.

— M. Louis Bazy rappelle les travaux de Chiray et de P. Chêne sur l'amibiase méconnue en France. La guerre qui vient de se terminer a augmenté le nombre des foyers d'amibiase autochtone.

— M. Tanon s'élève contre le terme d'autochtone, qui veut dire : né sur place. Les cas de M. Olmer, comme d'autres, sont des cas de contagion ou d'importation. Si l'on recherche où l'individu s'est infecté, on trouve toujours qu'il s'agit d'infestation dans les pays chauds, ou après cohabitation avec des porteurs exotiques.

— M. Brumpt appuie cette remarque. Les cas de dysenterie observés en France ne sont pas autochtones mais contractés dans les pays chauds ou dus à des contacts directs ou indirects avec des malades ou des porteurs sains venus des régions où la dysenterie amibienne est endémique. Les kystes de l'amibe dysentérique ne semblent pas pouvoir s'acclimater facilement dans notre pays. Les études de M. Brumpt lui permettent, d'autre part, d'affirmer que les kystes à 4 noyaux trouvés en France sont des kystes de l' « Entamœba dispar », non pathogène, décrite par lui en 1925.

P. L.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX DE PARIS

Fièvre par morsure de furet.

(M. Fourniol. — Présentation par M. Albeaux-Fernet ; 8-2-1946)

Il s'agit d'un cas de sodoku contracté par morsure de furet.

Méningite à pneumocoques traumatique chez une malade porteuse d'un ostéome du sinus frontal.

(MM. Langeron, Loget, Legrand, Michaux et J. Van Apt ; 8-2-1946)

Les auteurs soulignent, dans le cas dont ils rapportent l'observation, l'action insuffisante du traitement sulfamidé, et aussi de la pénicilline, mais l'action efficace de l'exérèse d'un ostéome du sinus frontal. Par là, cette observation mérite d'être versée au dossier de la méningite à pneumocoques.

Deux cas d'endocardite infectieuse maligne traités par la pénicillinothérapie à haute dose. Premiers résultats.

(MM. B. Muller, F. Giroux et Ch. Bonnet (de Saint-Etienne) ; 8-2-1946)

Les auteurs rapportent les observations de deux jeunes femmes, valvulaires anciennes, présentant des signes d'infection grave datant de quelques mois et résistant à toutes les thérapeutiques habituelles. La pénicilline fut employée à doses élevées (480.000 unités intra-musculaires par jour) et prolongées (un mois et un mois et demi). Dans les deux cas, la température se régularisa très rapidement à la normale. La première malade reçut, au total, 12.400.000 unités de pénicilline et semble guérie de son infection. La deuxième, mitrale et aortique, ayant une hyperthermie depuis deux mois, hémiplégie gauche et splénomégalie, reçut au total 18.160.000 unités. Elle a actuellement un bon état général.

Ces premiers résultats ont donc été satisfaisants. Il convient néanmoins de faire toute réserve sur la durée de la guérison et l'avenir de ces malades.

Maladie hémolytique du nouveau-né traitée par du sang Rh positif.

(MM. A. Tzanck, R. André et M. Bessis ; 15-2-1946)

Il s'agit d'un cas d'anémie érythroblastique du nouveau-né, traitée par du sang Rh positif. Ces transfusions ont probablement empêché l'issue fatale, mais elles n'ont pas remonté le taux des globules rouges d'une manière spectaculaire comme on le constate lorsqu'on pratique des transfusions avec du sang Rh négatif libre d'agglutinines anti-Rh.

L'Acide para-amino-benzoïque en thérapeutique.

(MM. Benda et Pond ; 15-2-1946)

Les auteurs soulignent que l'A. P. B. introduit par voie I. V. exerce une action identique à celle de la novocaïne utilisée par la même voie (méthode de Dos Ghali, Bourdin et Guiot), avec la différence essentielle qu'il est dépourvu de la moindre toxicité. D'où possibilité de doses relativement concentrées et surtout de traitements prolongés que la plupart du temps la novocaïne ne permet pas.

Les auteurs rappellent les succès qu'ils ont obtenus par l'emploi de l'acide P. A. B., d'une part dans les dyspnées qu'elle qu'en soit la cause (dyspnée des asthmatiques — scléreux — pulmonaires — cardiaques — cancer du poumon), et d'autre part dans le traitement des cavernes inertes sous pneumo et cavernes ballonnisées.

M. P.

SOCIETE DE MEDECINE DE PARIS

Séance du 27 octobre 1945

Premiers résultats de la radiothérapie des cancers avec désensibilisation de la peau.

M. Pierre Lehmann. — La tolérance de la peau aux rayons X peut être doublée. et même triplée avant chaque séance. Des facteurs généraux agissent également sur la radiosensibi-

lité ; elle est augmentée par les carences alimentaires et diminuée par l'ingestion d'extrait de muqueuse pylorique et de vitamines. Les doses massives de rayons que ces artifices rendent possibles permettent des disparitions de tumeurs volumineuses, des régressions de tumeurs peu radiosensibles. Un foyer ainsi irradié paraît définitivement cicatrisé et ne se réveille pas en cas de métastases ultérieures.

Le forage de la prostate.

M. Georges Luys présente l'intéressant récit d'un voyage aux Etats-Unis, effectué par le Dr Louis Escande (de Béziers), ayant eu pour but l'étude des différents procédés opératoires destinés à combattre l'hypertrophie de la prostate.

S'étant rendu successivement à New-York, à San Francisco et surtout à la Clinique Mayo, de Rochester, l'auteur est revenu de son voyage avec la conviction ferme et absolue que le forage fait à sec est très supérieur à la résection endoscopique pratiquée dans l'eau.

Avec le forage de la prostate, les risques opératoires sont nuls et les résultats sont constants et durables.

Les trachéites spasmodiques hypertensives.

M. L. Michelet. — L'auteur décrit certaines formes de trachéites spasmodiques évoluant avec une poussée transitoire d'hypertension. Ce spasme artériel associé commence avec la poussée de trachéite et cesse avec la guérison de celle-ci. L'évolution est d'environ trois à quatre semaines. Le traitement symptomatique réside dans l'utilisation des hypotenseurs habituels (trinitrine, gardénal, iodure, etc.) et non dans les sédatifs de la toux, qui eux n'influencent pas ces formes de trachéites. Les trachéites spasmodiques hypertensives sont fréquemment associées à l'asthme. Elles sont également le prodrome avertisseur de l'hypertension permanente.

SOCIETE DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 19 octobre 1945

La résection arthroplastique du coude après les plaies de guerre.

M. P. Dupuy de Frenelle montre, avec des observations et des radios, qu'à la suite d'un traumatisme, d'un fracas osseux important ou d'une blessure de guerre, la résection permet d'obtenir un coude mobile solide, non douloureux, à la condition de pratiquer la résection du bloc osseux sur place, sans chercher à extérioriser les fragments désengrénés, de conserver les ligaments latéraux avec leur insertion supérieure et de pratiquer, en terminant, une interposition musculaire réalisée à l'aide d'un lambeau pédiculé prélevé au dépens de la face profonde du triceps. L'auteur apporte huit observations montrant les résultats que l'on est en droit d'obtenir par cette technique.

SOCIETE MEDICALE ET ANATOMO-CLINIQUE DE LILLE

Un cas de paludisme autochtone à Lille.

(MM. E. Henninot et E. Alexandre ; 16-10-45)

Observation d'un cas de paludisme à plasmodium vivax chez une jeune femme n'ayant pas quitté Lille depuis quatre mois. L'origine de ce paludisme survenu fin juillet 1945 doit être trouvée dans le passage à Lille de nombreux prisonniers porteurs de virus, la malade habitant d'ailleurs à proximité d'un hôpital.

LA PRESSE

Recherches sur l'oxycarbonisme chronique. — Au cours d'une année, il a été possible à MM. **Duvoir, Truffert et Dérobert** de dépister plus de 50 cas d'oxycarbonisme chronique et d'étudier à plusieurs reprises l'évolution de cette intoxication chez l'homme. Ils ont pu constater que les chauffeurs de voitures à gazogènes paraissaient les plus atteints par cette intoxication, qui présente incontestablement, pour eux, tous les caractères d'une maladie professionnelle.

Les examens hématologiques ne semblent pas présenter d'intérêt pour le dépistage de l'oxycarbonisme chronique, mais, par contre, l'extraction et l'analyse des gaz du sang donne toute satisfaction à cet égard. Les résultats procurés par cette méthode ont été groupés dans un tableau statistique portant sur 300 déterminations. L'inconvénient actuel de l'extraction des gaz du sang à l'aide de l'appareil de Truffert, est d'exiger un prélèvement relativement important (30 cmc de sang environ), aussi a-t-on cherché à mettre au point une microméthode permettant de n'utiliser que quelques centimètres cubes de sang. Dès maintenant, un microappareil à extraction est créé et donne entière satisfaction pour l'analyse des gaz. Aussi peut-on espérer que, dans un temps très proche, il sera possible d'effectuer une détermination précise de l'oxycarbonémie sur de minimes quantités de sang. (*Arch. des Mal. professionnelles*, tome 6 n° 7, 1944-45.)

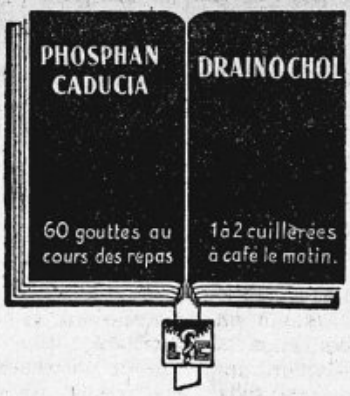
Polynévrites et névrites après sulfamidothérapie. — A propos de trois observations personnelles, Denise **Louis-Bar** (Liège) reprend l'étude de la séméiologie propre des névrites après sulfamidothérapie. La prédominance aux membres inférieurs dans les domaines du tibial antérieur et du péronier n'est pas rigoureuse, ainsi que le montre la troisième observation à lésions cubitales bilatérales, dont il n'a été retrouvé d'autre exemple dans la littérature. Le problème de l'étiologie est plus particulièrement passé en revue à la lumière de la littérature clinique et expérimentale. La nécessité de facteurs adjuvants ou favorisants, qui déterminent la localisation, est rétablie : fatigue, épuisement musculaire d'attitude, anomalies de position, altérations névritiques antérieures, patentes ou cryptiques. Ces facteurs paraissent plus importants que le surdosage. Des arguments existent en faveur de l'origine toxique de ces manifestations. (*Bruxelles-Médical*, 3 mars 1946.)

G. F.

PHOSPHAN CADUCIA

Ca + P

ASTHÉNIES-ALCALOSE



DRAINOCHOL

DRAINAGE BILIAIRE
INSUFFISANCE HÉPATIQUE

LABORATOIRES CADUCIA CLAMART

CACODYLINE

JAMMES

A : 10 cgs.
B : 20 cgs. D : 50 cgs.
C : 30 cgs. E : 1 gr.

ET

MAGNÉSIO-CACODYLINE

IODINJECTOL

3 FORMES { SIMPLE / SALICYLÉ / GOUTTES

Une injection intramusculaire ou intraveineuse par jour. 60 à 100 gouttes par jour.

Laboratoires JAMMES
86, Rue Michel-Ange, 86
PARIS (16e)



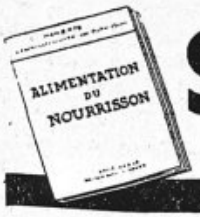
UN ALIMENT *complémentaire* de L'ALLAITEMENT

Préparée à l'eau et additionnée de lait par moitié, la farine diastasée SALVY permet dès le 5ème mois de **compléter l'allaitement** de l'enfant par l'apport d'un aliment riche en hydro-carbones, éminemment digestible et bien assimilable.

La Farine SALVY facilite la préparation du sevrage et y conduit sans troubles digestifs.

Envoi sur simple demande adressée à SALVY, 4, Rue de Lambrechts à COURBEVOIE (Seine) du MÉMENTO D'ALIMENTATION ET DE DIETETIQUE INFANTILES.

* *Farine* DIASTASÉE



SALVY

Préparée par BANANIA

estomac

sel de hunt

laboratoire alph. Brunet,
16, r. de boulainvilliers,
paris-xvi

PARTIE PROFESSIONNELLE

PROPOS DU JOUR

L'ENSEIGNEMENT DE LA MÉDECINE
LACUNES A COMBLER DANS L'ÉDUCATION DU PRATICIEN

LES sciences médicales étant en continuelle évolution, on ne saurait parler d'établir un programme des études médicales, mais la répartition de ces études est nécessaire année par année. C'est ce qu'a tenté de faire MAURICE DELORT dans son ouvrage : *Pensées, paroles et projets concernant la médecine de demain.* Il consacre un chapitre à cet emploi du temps intitulé : *De l'Ecolier au Praticien.*

M. DELORT effleure d'abord la question de l'encombrement des Facultés et n'est pas partisan de la limitation du nombre des étudiants. Il est vrai que l'Ecole de Médecine de Paris est trop petite pour le nombre des étudiants inscrits. Ne pourrait-on pas les répartir dans les Facultés ou les Ecoles de Province ? Leurs études y gagneraient notablement.

Une lacune qu'a signalée le Pr R. LERICHE dans sa première leçon de l'année, ayant trait à *l'humanisme en chirurgie,* c'est l'enseignement de *l'éthique médicale.* Les préceptes moraux, surtout à l'égard des malades, doivent être pris en sérieuse considération par l'étudiant aussi bien que par le praticien.

La collection des *Traités hippocratiques* s'étend sur l'éthique médicale (*Le Serment, la Loi, de l'Art du Médecin, de la Conduite honorable,* etc.). Nous trouvons dans les livres hippocratiques une leçon d'humanisme, étendu ainsi que le conçoit le Pr R. LERICHE. (*De la nature de l'homme* (1), *Des lieux dans l'homme, De la nature de l'enfant, De la nature de la femme, du Régime et des Songes,* etc.). Rien de ce qui est humain n'est étranger aux traités attribués à HIPPOCRATE. On y trouve tous les préceptes de Déontologie et de morale professionnelle. Il serait même nécessaire pour former des praticiens modèles de renouveler les cours d'*Ethique médicale* tous les ans, et de donner une certaine importance à cet enseignement. La morale professionnelle est trop ignorée des jeunes médecins.

UNE lacune que nous ne cesserons de signaler et qu'il est indispensable de combler au début des études médicales pour éduquer un vrai praticien, c'est la connaissance des *petits soins à donner aux malades* qui incombent aux infirmières. On conçoit difficilement un médecin prescrivant une application de ventouses sans savoir les poser lui-même. Il y a des *besognes très humbles* qu'un praticien digne de ce nom doit savoir exécuter : le changement de chemise d'un malade grave, des draps d'un lit, l'emmaillotement du nouveau-né par exemple.

Il y a une *petite pharmacie* qu'il faut connaître parce qu'il sera interrogé par l'entourage du malade : telle la préparation d'une infusion. Il doit éviter dans une prescription les quantités qui le rendraient ridicule dans la famille du malade et que le pharmacien prendrait un malin plaisir de souligner ; exemple : ne pas prescrire 250 gr. de tilleul en une fois sans se rendre compte du volume d'une telle quantité. Tout cela doit être connu du médecin. Il importe d'abord qu'il soit un bon infirmier pour donner au besoin des conseils éclairés à ses auxiliaires.

MAURICE DELORT conseille le *parrainage* médical ; deux praticiens, inscrits depuis quelques années à l'ordre, serviraient de répondants. Il prétend que ce système serait appliqué depuis une dizaine d'années dans les Assurances et qu'il donnerait des résultats satisfaisants. Il préconise une *visite au doyen* qui ne serait pas une visite de pure courtoisie. Le nombre des nouveaux étudiants s'opposerait à Paris à cette démarche.

Nous ajouterions à tout cela : faire passer au nouvel étudiant une *visite médicale ;* non pour interdire l'accès de la Faculté à un étudiant malade ou infirme mais pour attirer l'attention sur la gêne et même l'interdiction qu'une infirmité apporterait dans l'exercice de la profession médicale. Cette visite serait renouvelée et plus sérieuse plus tard si l'étudiant voulait se spécialiser.

LES deux premières années d'études, selon M. DELORT, seraient consacrées à l'*anatomie,* à la *physiologie,* à la *chimie* et à la *physique médicales* et à la *pathologie,* mais ces études seraient purement théoriques. On organiserait, notamment pour la physiologie et pour la pathologie expérimentales, les travaux pratiques dans des laboratoires bien outillés pour éviter les pertes de temps.

Cet enseignement ne serait pas libre mais on grouperait les élèves par équipes à la tête desquelles serait un moniteur pour diriger ses travaux. Ce système d'équipes persisterait quand, au bout de deux ans de travaux théoriques l'étudiant aurait *accès à l'hôpital.* Pendant deux ou trois ans il s'initierait à la *clinique* sous la conduite d'un moniteur. Puis il serait exempt de toute surveillance et durant trois ou quatre ans de *travail libre,* il pourrait acquérir une *personnalité ;* l'étudiant serait soumis chaque semestre à un examen de contrôle.

Voilà comment M. DELORT répartit les études médicales dans ce résumé très incomplet.

Ce système serait parfait pour la formation d'un modèle de praticien. Mais doutons qu'il soit de longtemps applicable. D'abord, si l'on veut doter la Faculté et les Ecoles de laboratoires bien outillés, il faudra dépenser de trop fortes sommes et nous ne pouvons actuellement le faire. Ensuite les études médicales exigeront avec le P.C.B. une durée de 7 à 8 ans et les jeunes gens qui pourraient consacrer une période aussi longue à

(1) Ce traité est attribué à POLYBE, gendre d'HIPPOCRATE.

la formation professionnelle, seraient évidemment assez rares.

Reste la délicate question des *spécialités*. M. DELORT lui consacre un chapitre spécial sous le titre « *La qualification et ses conséquences* ». L'Etat, par l'intermédiaire de ses Facultés, donne au praticien l'autorisation d'exercer la médecine, *toute* la médecine. L'évolution des progrès de la médecine ne permet pas au médecin d'être professionnellement omniscient. L'*Ordre* peut *qualifier* tel ou tel médecin capable d'exercer telle ou telle spécialité. L'Ordre s'arrogerait ainsi des droits qui ne sont pas de sa compétence. Les Syndicats de spécialistes, en supposant qu'une grande sévérité procède à leur recrutement, seraient plus fondés pour faire cette qualification. Encore verrait-on de simples médecins comme RÉCAMIER tenter avec succès de graves opérations; comme TROUSSEAU, médecin d'enfants, fut un habile opérateur en trachéotomie. De nos jours le Pr CLOVIS VINCENT devint en neuro-chirurgie tout à fait qualifié. Les conséquences de cette qualification sont arbitraires. C'est affaire aux tribunaux éclairés par les experts compétents, de dire dans des procès en responsabilité civile si le médecin était compétent pour pratiquer une telle intervention.

J. NOIR.

DROIT PROFESSIONNEL

ASSURANCES SOCIALES
RESPONSABILITÉ DES MÉDECINS-CONSEILS

A la suite de notre article « Qui est responsable du traitement ? » (1) nous avons reçu par l'entremise d'un médecin-conseil régional, l'intéressante note juridique suivante, qui, prenant le contre-pied de notre thèse, nous paraît appeler quelques observations :

Il n'est pas douteux que les textes récents prévoient une intervention plus active des médecins chargés d'assurer le contrôle médical.

Mais peut-on vraiment dire qu'il découle de ces textes une responsabilité directe *des médecins-conseils des Assurances sociales* envers les malades ?

Les dispositions considérées, celles des articles 33 et suivants de l'ordonnance du 19 octobre 1945, se placent sous le chapitre II intitulé « Assurance de la longue maladie ». Il est assez naturel qu'appelées à verser des prestations pour les longues maladies, les Caisses puissent s'entourer, dans ce cas particulier, de garanties supplémentaires. Ces garanties sont constituées par l'examen spécial prévu par l'article 33 et par les obligations mises par l'article 36 à la charge du malade désirant bénéficier des prestations de l'article 35. L'examen spécial a pour but de déterminer si l'intéressé relève de l'assurance de longue maladie (doit-il faire l'objet d'un traitement spécial? de quelle nature ?). Les obligations imposées au bénéficiaire ont pour but de veiller à ce qu'il suive effectivement le traitement spécial auquel la Caisse s'est engagée à participer ; la Caisse n'ayant plus à continuer sa participation si le malade ne poursuit pas le traitement qui la motivait.

Quel est dans tout cela le rôle du médecin-conseil *(ou de l'expert désigné en cas de désaccord entre lui et le médecin traitant ?) Il examine le malade et donne son avis à la Caisse.*

Il ne donne qu'un avis, *qui ne peut faire l'objet d'aucun recours justement parce qu'il s'agit d'un simple avis et non pas d'une décision. Cet avis ne lie pas la Caisse ; il ne sera pour elle qu'un élément d'information.*

Et c'est à la Caisse *qu'il donne son avis, car, — à la différence du médecin-traitant qui n'a de rapports qu'avec le malade qui l'a choisi et dont il reçoit des honoraires, — le médecin-conseil n'a de rapports qu'avec la Caisse qui lui a confié une mission pour laquelle elle le rémunère et dont il doit lui rendre compte.*

Nantie de cet avis, et compte tenu de tous les renseignements recueillis sur la situation personnelle du malade, la Caisse statuera *(dit l'article* 34) ; *et comme il s'agira cette fois d'une véritable décision et non plus d'un simple avis, sa décision (dit l'article* 44) pourra faire l'objet d'un recours devant le juge de Paix ; *puis la décision du Juge de Paix sera elle-même* « toujours susceptible d'appel *devant le Tribunal civil de l'arrondissement* » *(article* 108) ; *un* pourvoi en cassation *peut enfin être formé pour violation de la loi (article* 109).

Bien entendu, le Juge de Paix et le Tribunal Civil, juges du fond, pourront toujours ordonner tous examens médicaux qu'ils jugeront utiles, avant de se prononcer.

Le rôle épisodique du médecin-conseil qui a consisté à l'origine à formuler un simple avis qui peut consister par la suite à vérifier si le malade se soumet au traitement et à en faciliter l'exécution, ne peut entraîner aucune responsabilité à son encontre vis-à-vis du malade. Que le traitement soit accordé ou refusé, ce n'est pas de lui qu'émane la décision. *Il ne peut davantage être rendu responsable du choix du traitement s'il est accordé, car il appartient au médecin-traitant, qui guide le malade et suit l'évolution de la maladie, d'apprécier si le traitement doit être entrepris et poursuivi, ou, s'il y a lieu, de provoquer une nouvelle décision tendant à substituer un autre traitement mieux approprié.*

Quant à la Caisse, sa responsabilité est couverte par les recours judiciaires auxquels sa décision peut donner ouverture dans tous les cas.

P. HEISLER.

La thèse soutenue par M. HEISLER peut se résumer ainsi : le médecin-conseil n'encourt pas de responsabilité *directe envers les malades* assurés sociaux, car il ne formule qu'un *avis*, donné non au malade mais à la Caisse, et c'est cette dernière qui prend la *décision*, laquelle *n'est point sans recours.*

Examinons de plus près la force de cette argumentation. Nous ne retiendrons pas l'observation selon

1) *Concours Médical*, 20 Janvier 1946 p. 51 et suiv.

laquelle la procédure actuelle de contrôle et l'intervention plus active du médecin-conseil est justifiée par la nécessité où se trouve la Caisse de s'entourer de garanties avant d'assumer la lourde charge des prestations de longue maladie.

En effet, nous avons déjà démontré que l'article 33, bien que situé sous le titre « Assurance de longue maladie » contient une disposition générale : « tout assuré... doit... *avant l'expiration du troisième mois* (donc avant que se pose la question de l'attribution des prestations extraordinaires de longue maladie) faire l'objet d'un examen spécial auquel il est procédé *conjointement* par son médecin *traitant* et par un médecin-*conseil*, en vue de *déterminer le traitement spécial dont l'intéressé doit faire l'objet.* » Ce devrait même être, selon nous, l'une des premières tâches des réformateurs que de limiter très strictement le champ d'application de l'article 33 et de l'enfermer dans son domaine propre qui est la longue maladie.

D'autre part, il importe peu que les Caisses aient ou non de bons motifs pour instaurer une procédure de cet ordre. Au point de vue juridique qui nous occupe, cette volonté et les textes auxquels elle donne naissance constitue une donnée, un point de départ entraînant nécessairement certaines conséquences, que les principes une fois posés, l'on ne saurait valablement rejeter. Ou si ces conséquences effraient, il faut alors reviser les principes.

Est-il vrai maintenant que le médecin-conseil ne soit en l'espèce que le *conseiller de la Caisse* ? Certes il joue ce rôle, mais là ne se borne pas la mission que lui donnent l'esprit et le texte de l'ordonnance du 19 octobre. Nous avons vu tout à l'heure que selon l'article 33, l'examen spécial après trois mois est mené *conjointement* entre le *médecin-conseil* et le *médecin traitant*. Cet examen qui a pour but non seulement de poser un diagnostic mais encore *d'instituer un traitement*, ressemble à s'y méprendre à la consultation entre confrères au chevet d'un cas difficile. Les deux médecins (conseil et traitant), agissant « conjointement », sont donc devant le malade sur un strict pied d'égalité, et les conseils sont alors donnés, non point à la Caisse, mais bien au praticien traitant, s'il accepte de les recevoir (M. Laroque a, au reste, lui-même affirmé — et nous renvoyons à notre précédent article — que le rôle du médecin-conseil est de « collaborer au traitement » et « d'aider le médecin traitant »). Cet examen n'est pas neutre non plus à l'égard du malade. Rappelons que selon l'auteur même de la réforme, ces formalités ont, entre autres, pour but, « de donner à l'assuré-malade la *garantie* qu'il bénéficiera des meilleurs moyens techniques existants ». Les garanties dont il est question de s'entourer bénéficient donc autant au malade qu'à la Caisse.

En deuxième lieu, s'il est bien prévu par l'article 23 du règlement d'administration publique que « le médecin-conseil ne peut s'immiscer dans les rapports du malade et du médecin traitant et qu'il doit s'abstenir de formuler devant le malade un diagnostic ou une appréciation sur le traitement », il est précisé au § 3 du même article que « les présentes dispositions ne font pas obstacle à l'application des dispositions de l'article 33 de l'ordonnance. » Autrement dit l'examen spécial prévu par ledit article peut comporter l'énoncé d'un diagnostic ou une critique du traitement *devant le malade* dès lors que cet énoncé est utile au déroulement de l'examen (et l'on ne voit guère comment le médecin-conseil pourrait y procéder en jouant un rôle muet !). Enfin, ou les mots n'ont plus de sens, ou il faut admettre que cet examen spécial constitue « une immixtion dans le traitement » puisqu'il a justement pour objet de déterminer celui que *doit* suivre l'assuré.

Le médecin-*conseil* donne donc bien des conseils non seulement à la Caisse mais encore au médecin-traitant et, directement ou non, à l'assuré. Mais objecte-t-on, il ne faut point confondre *conseil* et *décision*. En l'espèce la décision appartient non pas au médecin-conseil ou à l'expert — mais à la Caisse et à elle seule en vertu de l'article 34. Cette décision ne saurait engager par suite la responsabilité du médecin.

Cette thèse méconnaît en réalité une distinction primordiale, déjà faite par la jurisprudence sous l'ancien régime. Ce qu'il importe surtout de ne point confondre c'est la *décision technique, médicale* d'une part, et la *décision administrative, financière* d'autre part. Il y a là deux plans non superposables, séparés juridiquement par une cloison étanche.

Toute autre thèse reviendrait à confier au Conseil d'administration de la Caisse, composé de délégués syndicaux et de personnes compétentes en matière sociale mais radicalement incompétentes en matière médicale, le soin de contrôler et de réviser les diagnostics ou les traitements formulés par le médecin-conseil ou les experts, ce qui serait tout à la fois ridicule et illégal. Que deviendrait d'ailleurs cette indépendance technique dont les médecins-conseils paraissent, comme tout médecin, particulièrement jaloux ? Que deviendrait aussi (soit dit en passant) ce secret médical que les mêmes médecins-conseils déclarent observer à l'égard des Caisses, même si la loi ne les y contraint pas ?

Au reste le médecin-conseil formule plus qu'un avis. De la combinaison des articles 33 et 36, il résulte que l'accord du médecin-conseil et du médecin traitant, ou à défaut le rapport de l'expert, *fixent un traitement* ou *prescrivent des « mesures de toute nature »*, auxquels l'assuré *est tenu de se soumettre* sous peine, en cas d'infraction, de perdre son droit aux prestations de longue maladie. C'est donc là une véritable participation au traitement, un acte médical au sens de la loi sur l'exercice de la médecine, acte accompli en dernier ressort par les personnes remplissant les conditions légales d'exercice et échappant totalement au contrôle des non diplômés. Toute immixtion de leur part rendrait ceux-ci coupables d'exercice illégal de la médecine. Le législateur a bien compris au reste que le médecin-conseil *exerce la médecine*, puisque, par un arrêté ministériel du 12 mars 1946, il lui rappelle qu'il doit être diplômé d'Etat et inscrit à l'Ordre des médecins.

En réalité l'article 34 de l'ordonnance auquel se réfère M. Heisler a un tout autre sens que celui qu'il lui prête. La décision médicale est prise par l'équipe soignante ou l'expert et l'article 33 « in fine » nous précise qu'elle est « sans recours ». L'instance supérieure, s'il y en avait une, ne pourrait être que médicale. Cette décision est ensuite communiquée au Conseil de la Caisse. Son rôle se borne et doit se borner à en tirer les conséquences juridiques et financières relatives à la durée et au quantum des prestations, compte tenu nous dit également le texte « des renseignements recueillis sur la situation personnelle du malade ».

Nous pouvons donc affirmer, sans crainte de démenti, que les prescriptions médicales formulées conjointement par le médecin-conseil et le médecin traitant, ou en

dernier ressort par le médecin expert constituent l'élément déterminant du droit aux prestations de l'assuré. La Caisse ne saurait en assumer directement la responsabilité, car il ne lui appartient pas de les reprendre à son compte ou de les modifier (1). Le médecin conseil prenant à ces prescriptions une part égale à celle du médecin traitant, en prend également la responsabilité.

DERNIÈRE objection enfin : le préjudice qui pourrait être causé à l'assuré par ces prescriptions n'a pas de lien direct de cause à effet avec elles, puisqu'il n'était pas tenu de les accepter et pouvait recourir contre les décisions de la Caisse devant le Juge de Paix ou le Tribunal civil. Cette objection est implicitement réfutée par notre précédent développement. Certes, l'assuré peut déférer aux juridictions prévues par la loi sur les Assurances sociales, les décisions de la Caisse relative aux prestations. Mais voyons bien quel peut être le sens de ce recours : il s'agira de protester contre un refus de prestations ou l'allocation de prestations insuffisantes, fondés l'un et l'autre sur ce que l'assuré jugera être une méconnaissance de ses droits à l'égard de la Caisse. Mais il ne saurait être question en aucune manière de protester devant les mêmes juridictions contre un refus de prestation motivé par des raisons d'ordre médical. En effet l'article 33 nous précise que « l'avis technique de l'expert » est « *sans recours* ». Il se substitue à l'ancienne décision de la Commission technique dont la sentence s'imposait déjà, on s'en souvient, à la Commission d'arrondissement. La loi a organisé une sorte d'expertise avant jugement dont les conclusions — contrairement au droit commun — ne peuvent être remises en question par le Juge ; comme la Caisse, il peut seulement en tirer les conséquences de droit qui en découlent.

Au reste le recours contre les décisions de la Caisse ne se conçoit que s'il y a refus. Notre hypothèse n'est pas la même. Nous supposons au contraire que les prestations sont attribuées, en même temps que le traitement imposé et que le traitement, condition des prestations, cause un préjudice à l'assuré. Nous n'en sommes plus (et c'est là au fond toute l'innovation) à une simple attitude d'organisme payeur acceptant ou refusant le versement d'une subvention financière, mais à la volonté d'intervention positive d'un organisme soucieux de rendement et d'efficacité sociale. Mais l'action a ses risques, il faut admettre d'en assumer les charges.

Vainement objecte-t-on enfin qu'il appartient au médecin traitant de suivre les effets de la thérapeutique instituée et de la modifier si elle s'avère dangereuse. C'est là oublier un peu vite tout le ridicule de l'article 33 qui prétend instaurer des diagnostics et des traitements définitifs et n'ouvre aucune voix à de possibles révisions. Encore une fois, il faut accepter les conséquences d'un texte où, si elles sont absurdes, en réformer les prescriptions.

A VRAI dire nous comprenons mal l'étonnement que notre thèse de la responsabilité du médecin-conseil soulève dans les milieux intéressés. Il est difficilement contestable qu'il y a loin du médecin-contrôleur étranger au Corps médical, salarié, mandataire et gendarme des Caisses, au médecin-conseil, membre de l'Ordre, que nous propose en modèle le nouveau régime. Certes, l'évolution n'est point parfaite et trop de traits rattachent encore en fait le médecin-conseil à ses dépendantes origines. Il n'en reste pas moins que l'ampleur de son rôle, comme son indépendance, n'a fait que s'accroître. Et l'indépendance suppose la responsabilité. Il n'est point possible d'autre part d'être à la fois dans le contrôle et dans l'action ou, pour parler un langage politique, dans le gouvernement et dans l'opposition. Les médecins-conseils comprendront, nous en sommes sûrs, qu'il leur faut abandonner de si confortables positions et choisir l'un ou l'autre rôle, avec tous les avantages, mais aussi toutes les charges qu'il comporte.

Jean MIGNON.

(1) Elle peut cependant être rendue indirectement responsable des fautes médicales du médecin conseil par le jeu de la responsabilité contractuelle du fait d'autrui (V. notre article précité).

ENCORE DEUX LOIS SUR LES LOYERS !

I

L'ordonnance du 28 juin 1945 sur les loyers que nous avons analysée en son temps dans le *Concours Médical* du 31 juillet 1945, pages 570 et suivantes, devait voir ses effets venir à expiration le 1er avril 1946. Son article 2 était formel à cet égard ; les dispositions de la loi du 1er avril 1926 modifiée, réglant les rapports des bailleurs et des locataires de locaux d'habitation, ainsi que les dispositions de la loi du 1er février 1944, étaient prorogées jusqu'au 1er avril 1946. Et l'exposé des motifs nous apprenait, avec un air de confidence, que la Commission d'étude des questions de loyer, au cours de ses nombreuses réunions où tous les départements ministériels intéressés étaient représentés, avait déjà élaboré un projet d'ordonnance important, codifiant la matière des loyers, mais que, cependant, la complexité et l'étendue des questions à résoudre ne permettaient pas d'édicter un texte définitif avant le 1er avril prochain !

Nous étions donc, une fois de plus, plongés dans le provisoire, mais le législateur, cette fois, en éprouvait lui-même quelque remords et quelque sourde inquiétude, puisqu'il se décidait à écarter le voile pudique qui recouvrait jusqu'alors les travaux de la Commission d'étude des questions de loyer pour nous assurer que tout allait pour le mieux dans le meilleur des mondes, mais qu'un délai de quelques mois était encore nécessaire pour rendre parfaite l'œuvre si patiemment élaborée !

Louable souci de correction, d'exactitude et de précision que ne saurait trop payer l'incertitude où, pendant neuf mois encore, propriétaires et locataires allaient se trouver sur le statut de leurs relations futures.

Les jours passèrent, les semaines et les mois ! et l'on n'entendit plus jamais parler de la Commission d'étude des questions de loyer, ni de ses travaux. Et pourtant le 1er avril 1946, date fatidique, approchait, mais hélas, en même temps que lui, approchait aussi la date à laquelle nos constituants allaient être obligés de retourner devant leurs électeurs.

Une loi sur les loyers, plus que toute autre, si

elle fait des heureux, notamment chez les procureurs et avocats, pour qui elle constitue toujours une mine d'or, fait plus encore de mécontents. Quelle imprudence de mouvoir une telle machine au moment où tous les efforts doivent tendre à se concilier les bonnes grâces du peuple souverain ! Comme il serait plus habile, plus simple et plus commode de repasser la corvée aux successeurs !

Tout le monde se mit d'accord là-dessus sans grand bruit ni fanfare. Et en nous réveillant le 29 mars 1946, nous pûmes ainsi lire dans le *Journal Officiel* une petite loi de quelques lignes à peine qui remplaçait la date du 1er avril 1946, prévue par l'article 2 de l'ordonnance du 28 juin 1945, par celle du 1er janvier 1947, toutes les autres dispositions de l'ordonnance étant expressément maintenues. Le tour était joué !

Mais que devient dans l'aventure l'important projet d'ordonnance codifiant la matière des loyers que la Commission d'étude avait mis sur pied il y a un an déjà ? Sans doute est-il allé dormir dans le cimetière de cartons verts où sont enfouis pour l'éternité les réformes avortées, les plans et les projets qui devaient infailliblement assurer le bonheur de la triste humanité !

En tout cas, pour les propriétaires comme pour les locataires, le provisoire est de nouveau consolidé pour neuf mois encore. Jusqu'au 1er janvier 1947, les locataires de locaux l'habitation ou à usage professionnel dont les contrats de location sont expirés ou viendront à expiration au cours de cette période sont maintenus en possession, de plein droit sans démarche ni formalité d'aucune sorte. Et les loyers, tels qu'ils sont présentement fixés, ne subiront aucune modification. Assurément, bien des locataires menacés d'éviction, qui voyaient arriver avec une certaine appréhension l'échéance du 1er avril 1946, pousseront un soupir de soulagement. Mais la difficulté est simplement déplacée dans le temps et non résolue. On peut même estimer qu'elle s'aggrave de jour en jour à mesure que la solution est retardée. Tous les gouvernements qui se sont succédés en France, depuis bien des années avant la guerre, portent la responsabilité de la situation présente, car ils ont tous appliqué la même politique, celle qui consiste à ne rien faire, ou le moins de chose possible pour apporter un remède vraiment efficace aux difficultés du logement.

Est-il vraisemblable que nos nouveaux législateurs s'évaderont de l'ornière où se sont enlisés leurs aînés et qu'ils nous gratifieront pour le 1er janvier 1947 d'une législation cohérente et ordonnée en matière de loyers ? Nous voudrions le croire, mais les exemples répétés du passé nous inclinent à quelque scepticisme !

II

A peine l'encre qui avait servi à l'impression du *Journal Officiel* du 29 mars 1946 était-elle séchée, qu'une nouvelle loi, modifiant de nouveau la législation des loyers, était adoptée et promulguée à son tour à l'*Officiel* du 4 avril 1946. Il s'agissait, cette fois, d'une loi datée du 2 avril tendant à modifier l'ordonnance du 11 octobre 1945, en vue de faciliter le logement des familles et d'assurer un gîte aux locataires expulsés en vertu de l'ordonnance du 14 novembre 1944.

Pour saisir la portée de cette loi nouvelle, il faut se souvenir de ce que l'ordonnance du 11 octobre 1945 est celle qui a institué des mesures exceptionnelles et temporaires en vue de remédier à la crise du logement et que l'article 28 de cette ordonnance dresse avec le plus grand soin la liste des personnes appelées éventuellement à bénéficier du logement d'office, c'est-à-dire de la réquisition d'un logement à leur profit. Une disposition spéciale de l'article 28 avait bien prévu qu'exceptionnellement et par décision du ministre compétent, les personnes n'entrant pas dans les catégories reconnues comme bénéficiaires du droit de réquisition et dont le défaut de logement serait de nature à porter un trouble grave à l'ordre public, pourraient être ajoutées à la liste. Plutôt que d'user de cette procédure, le législateur a préféré modifier l'article 28 en ajoutant à l'alinéa 6 les dispositions suivantes :

« *Les chefs de famille de ménages sans enfant ayant moins de quatre ans de mariage, ceux de ménages de deux enfants ayant moins de six ans de mariage, ceux de ménages de trois enfants ayant moins de huit ans de mariage, remplissant les autres conditions du précédent paragraphe.*

« *Les personnes occupant de bonne foi des locaux dont les précédents locataires ont été évacués par contrainte du fait des autorités allemandes, et placés sous le coup d'une décision d'expulsion en vertu de l'ordonnance du 14 novembre* 1944. »

Ainsi seront désormais appelés à bénéficier du droit de réquisition « les chefs de famille de ménages sans enfant ayant moins de quatre ans de mariage, ceux de ménages de deux enfants ayant moins de six ans de mariage, ceux de ménages de trois enfants ayant moins de huit ans de mariage, à condition que résidant dans la même localité dans des logements reconnus manifestement insuffisants, leur départ de cette localité soit de nature à compromettre l'existence du foyer familial, ou à condition que n'y résidant pas antérieurement, leur installation dans la localité soit indispensable à l'exécution d'un service public nécessaire à la vie économique du pays. »

En bénéficieront également les locataires qui avaient eu la malchance de louer, depuis l'occupation, des locaux occupés primitivement par des israélites et qui en ont été évincés en raison de la réintégration de ces derniers, par application des dispositions de l'ordonnance du 14 novembre 1944.

Ces dispositions nouvelles apportent les retouches qui s'imposaient à l'ordonnance du 11 octobre 1945. On ne peut qu'approuver complètement qu'une priorité soit donnée pour le logement aux jeunes ménages qui se fondent ou qui accélèrent dans toute la mesure de leurs moyens la repopulation de la France.

Henri MEILLET

BIOLOGIE ET NOMENCLATURE

NOTE DU DOCTEUR FERNAND DECOURT

Un de nos confrères demande comment il se fait que « la Biologie qui figurait dans la Nomenclature « mort-née », ait disparu dans celle qui vient d'être publiée ». Et pourtant, ajoute-t-il avec humour, elle a eu un temps d'incubation assez long pour qu'un oubli involontaire de cette taille n'ait pas pu s'y glisser. D'autant plus que la Biologie a toujours été reconnue, jusqu'à maintenant, comme une des spécialités incontestées ». Il serait donc curieux de savoir « de quelle manœuvre cette omission serait l'aboutissement ».

Ce que je puis dire, tout d'abord, c'est que dans l'**Avant-Projet** que j'avais soumis, en juillet 1943, au Conseil National de l'Ordre, il y avait un article 39 qui avait pour titre « Biologie et Laboratoire » et que, dans le dit Projet, ce chapitre s'étendait de la page 71 à la page 78 inclus.... Depuis, la Biologie s'est « égarée » au détour du chemin, tel le petit Poucet, à travers les couloirs des Ministères de la Santé d'abord, puis du Travail. Et ce ne fut pas la seule « mutilation »...

Néanmoins, cette disparition soudaine dans les sphères ministérielles n'a pas dû arriver sans raisons particulières. J'ai donc demandé à la Confédération si on pourrait me les donner ou, au besoin, s'en enquérir. Et voici ce qui me fut répondu par le Dr Cibrie — et n'est pas inutile à connaître :

« **L'explication donnée par le Ministre du Travail à la Confédération est la suivante, en substance. Les actes de Laboratoire peuvent, à l'heure actuelle, être effectués aussi bien par des pharmaciens ou scientifiques purs que par des médecins. Il ne peut donc y avoir place de ces actes dans une nomenclature** médicale.

« **Il en serait autrement si le statut des laboratoires était promulgué. Alors figureraient dans la Nomenclature tous les actes effectués exclusivement par les docteurs en médecine (histologie, biologie).**

« **La Nomenclature, en usage de 1930 à ce jour, ne comportait d'ailleurs pas les actes de laboratoire.** »

Tout en remerciant le Dr Cibrie de nous avoir communiqué ainsi les précisions fournies par le Ministère, je ferai les remarques suivantes, sur celles-ci :

Il est exact que les actes de Laboratoire ne figuraient pas dans la Nomenclature de 1930. Mais n'était-ce pas un progrès de les faire figurer ? Est-il bien nécessaire que soit promulgué le Statut des Laboratoires pour que soient insérés dans la nomenclature « les actes effectués exclusivement par les docteurs en médecine ? » Celle-ci ne contient-elle pas déjà (toute « médicale » qu'elle soit) les actes effectués par les chirurgiens-dentistes, par les sage-femmes, par les auxiliaires médicaux, lesquels ne sont pas, que je sache, des docteurs en médecine ?

« L'explication » ainsi fournie par le Ministère du Travail n'apparaît donc pas comme une justification de l'ostracisme dont fut frappé le Chapitre « Biologie », lors de l'arrivée dans les Ministères du Projet présenté par le Corps Médical.

Notre confrère, enfin, demande « quel moyen pourrait être mis en œuvre pour faire rendre à la Biologie sa place dans la Nomenclature ? » La réponse est aisée... relativement à la demande, du moins, sinon à sa solution.

Il faudrait saisir de la question la « **Commission permanente de la Nomenclature** » qui vient d'être créée. Mais il serait utile que les confrères spécialisés en cette branche (et mieux leur Groupement syndical si celui-ci existe actuellement) établissent un **Rapport** que, personnellement, je me ferais un devoir de présenter à la première séance de cette Commission.

Et ce sera justice.

P. S. — *Nous pensons aussi qu'une des explications de l'absence dans la nomenclature des actes médicaux de la rubrique Biologie est le conflit doctrinal soulevé récemment à l'Académie de Médecine sur le point de savoir s'il y avait lieu ou non de confier les analyses biologiques, non seulement aux médecins, mais à d'autres professionnels que les médecins.* — N. D. L. R.

LA RETRAITE DU MÉDECIN

I. - SUR LA RETRAITE DES VIEUX MÉDECINS NON COTISANTS

Le renvoi aux Calendes Grecques de la Retraite tout court permet de reconsidérer sa parente pauvre, la R.V.M.N.C., qui nous apparaît, en 1946, sous un angle tout autre qu'en 1936. Tandis que, de ses deux buts initiaux : Faire de la place aux jeunes — assurer le minimum vital aux médecins âgés — le premier est périmé, le second, par contre, devient de jour en jour d'une actualité tragique et imprévue. En effet, le Conseil Supérieur nous a révélé, dans son Bulletin, l'afflux émouvant de demandes de secours émanant de confrères réduits à la misère part, que l'effort financier capable de procurer tre part, que l'effort financier capable de procurer à *tous les vieux médecins* une retraite suffisante est du domaine de l'utopie.

En tire-t-il la leçon nécessaire ? *Non !*

Son projet méconnaît les deux données essentielles du problème *actuel* : 1° Donner suffisamment à ceux qui sont acculés à la famine, voire à la mort volontaire. 2° Limiter au strict minimum le sacrifice à demander aux cotisants en exercice.

Pour accorder ces deux principes contradictoires ne faut-il pas, préalablement à toute discussion, poser les deux axiomes suivants : A) Il n'est plus possible d'admettre, aux temps actuels, que la R.V.M.N.C. soit un droit pour tous.

B) On ne peut plus songer qu'à la limiter exclusivement aux infortunes criantes.

Ce qui revient à dire que cette retraite, devenue un *secours* de solidarité, devra s'efforcer, comme dans toute œuvre de bienfaisance de donner :

Tout à qui n'a rien.

Rien à qui jouit déjà du minimum vital admis.

Proportionnellement à leur carence aux cas intermédiaires.

C'est équitable et humain.

En effet, qui s'agit-il de secourir présentement ?

Non plus, comme par le passé, une majorité de malchanceux ou d'imprévoyants, mais bien de trop

nombreux confrères qui avaient cru se mettre prudemment et raisonnablement à l'abri du besoin, et dont la chute de nos finances a réduit (et réduira encore dans les jours prochains) les précautions de jadis.

Où sont-ils ? Vraisemblablement, à priori, dans les grandes agglomérations où l'investissement de l'épargne ne peut se faire, pratiquement, autrement que sur les valeurs mobilières et, préférablement, sur les rentes viagères, les plus touchées aujourd'hui. Il est à préjuger que la catégorie de médecins la moins atteinte par les événements est celle des ruraux qui, du fait de leurs origines familiales, de leurs unions, de leurs héritages, de leurs acquisitions, se sont trouvés portés par la force des choses vers les placements immobiliers, et bénéficient, en toute justice d'ailleurs, de la colossale plus-value des biens fonciers, et des avantages en nature que comportent la plupart des baux de fermage. Il existe donc là une inégalité des destinées, éventuelles. N'est-il pas supposable que cette charge toute fortuite, qui appelle une retenue judicieuse dans la répartition des libéralités corporatives que l'on veut imposer aux cotisants, leur paraîtrait moins lourde s'ils la savaient destinée exclusivement aux misères imméritées résultant de l'effondrement de nos finances ? Surtout s'ils la savaient allégée des retraites non indispensables ?

Cette retraite de N.C., on l'a appelée la retraite des riches : n'est-ce pas la vérité, si on la disperse aveuglément ? Le projet actuel n'en fait-il pas : une aubaine pour le riche ; un appoint tentateur pour l'aisé ; mais un leurre pour le pauvre, qui, en raison même de sa pauvreté, ne saurait en profiter.

Reste à savoir par quel moyen — dans le cas d'une Retraite-Secours — il serait possible d'évaluer les ressources de chacun ? Cette évaluation n'aurait d'objet que pour les quelques générations de vieux médecins qui sont vouées à une extinction progressive de durée relativement courte. Voici un moyen rapide, exempt d'arbitraire, et d'une approximation satisfaisante : demander au postulant de produire, dans un délai d'un mois par exemple, un extrait délivré par le Contrôleur des Contributions, de ses déclarations fiscales (revenus, rentes viagères, pensions, biens mobiliers et immobiliers, taxe d'enrichissement, etc.). Formalité qui perdrait tout caractère vexatoire du fait qu'elle constituerait la meilleure garantie pour le cotisant de l'emploi rationnel de ses versements qu'il aura la certitude de ne pas voir s'égarer dans des escarcelles mieux pourvues que la sienne. De plus, cette formalité permettrait d'établir en fort peu de temps l'évaluation réelle des cotisations à réclamer pour cet objet spécial. L'Etat, du même coup, aurait moins d'excuse pour son attitude hostile à notre égard, lui qui fait résonner à tout propos le grand mot de Solidarité !

A nous d'en faire une entraide ; ou n'en plus parler.

II. - CAPITALISATION ? RÉPARTITION ?

Supposons que la Retraite ait été créée sur la base de la capitalisation, vers 1910 par exemple, époque de stabilité où chacun échafaudait son avenir sur des fondements d'apparence inébranlable : quelle serait, au jour actuel, la situation des retraités ? La misère !

Peut-on supposer que le demi-siècle qui vient (limitons-nous à notre propre génération) soit plus prometteur de stabilité ?

Ceux qui avaient vingt ans en 1900, même s'ils sont assez optimistes pour ne pas redouter plusieurs décades de bouleversements sociaux et mondiaux, n'oublient pas les cascades ininterrompues d'effondrements financiers dont ils eurent les oreilles rebattues pendant leur enfance : Union générale, Crédit Foncier, Panama, conversions des Rentes, et ceux dont ils furent témoins : guerre 14 et 39, Franc Poincaré, Doumergue, de Gaulle. L'histoire de la Banque de France, depuis sa fondation, est celle de ses défaillances successives. N'apparaît-il pas qu'en 1946 les placements de père de famille sont aussi anachroniques que la galère pharaonique pour gagner le Pacifique par le Cap des Tempêtes !

Et n'en fut-il pas toujours ainsi ? Rome batailla quatre siècles pour établir la Paix Romaine et aboutir finalement à la confusion du moyen âge et aux Invasions Barbares ; et il fallut ensuite une guerre de Cent Ans pour préparer la Renaissance et enfanter le principe des Nationalités. Et, à peine fini le Grand Siècle, les Etats qu'il avait cohésionnés étaient la proie de la Révolution Sociale dont les ondes lointaines ont engendré les deux dernières guerres et les bouleversements sociaux actuels. Pour qu'un nouvel ordre s'affirme par la prépondérance définitive (!) de l'une ou l'autre des deux dictatures qui enserrent le monde : ploutocratie pseudo-démocratique anglo-saxonne ou pseudo-prolétarienne slave, il faudra un siècle, et peut-être davantage, de luttes impitoyables et de bouleversements mondiaux. A l'heure, donc, où les Sociétés humaines sont torturées par une gestation pleine de périls et d'inconnu, où il est impossible de dégager les lois mystérieuses de leur évolution, aussi élémentaire et chaotique qu'une période géologique, il ne reste plus aux individus, comme aux générations aussi éphémères, qu'à se plier aux lois inéluctables de l'adaptation, qui se résolvent en un opportunisme prudent, dont les vues courtes sont moins périlleuses que les édifications splendidement fallacieuses construites sur l'argile mouvante.

Faut-il toujours refaire l'Eloge de la Folie ? Si ma vénérée mère avait eu, en sa verte nouveauté, la coquetterie coupable d'exiger de mon père une rivière de diamants, elle m'eût laissé une petite fortune, au lieu du 3 % Perpétuel dont le destin est trop connu !

Vérité, morale ! mirages ! Tout n'est que contingences !

« Hodie mihi, cras tibi », dit la Sagesse des Nations. N'empêche que, tant que la Terre conservera sa tiédeur, les abeilles s'obstineront aveuglément à butiner un miel qui ne sera pas pour elles ! « Sic vos, non vobis, apes... ! »

Ainsi va le monde !

Dr BAJON (*Chiddes*).

DRAGÉES "YSE" Névrosthéniques

Phosphure de zinc 2 milligr.
Nux vomica
Kola guarana

Asthénie - Surmenage Intellectuel
Dépressions Physique et Cérébrale
forme B pour Diabétique

Médication iodo-arsénicale-phosphorée - Strychnique

HEMAGÉNINE GIRAUD

Lymphatisme - Rachitisme - ASTHME - Tous états infectieux et ganglionnaires

ZONE OCCUPÉE — **LABORATOIRES YSE** — ZONE NON OCCUPÉE
65, Rue Louis Blanc, Paris (Xe) — — — Saint-Benoît du Sault (Indre)

LES ÉTABLISSEMENTS **JACQUEMAIRE** à Villefranche (Rhône) RAPPELLENT LEURS PRODUITS *diététiques*

★ **LA BLÉDINE**
Aliment de préparation au sevrage. Farine complète et équilibrée.

★ **LA DIASE CÉRÉALE**
Bouillie maltosée fluide. Assimilation totale.

★ **LE MALTOGIL**
Extrait de malt sec rigoureusement pur. Puissant reconstituant.

LES LABORATOIRES DU **GALACTOGIL** à Villefranche (Rhône) RAPPELLENT LEURS PRODUITS *pharmaceutiques*

★ **LE GALACTOGIL**
Puissant galactogène. A base d'extrait de galéga.

★ **LE PEPTOGIL**
Spécifique des anaphylaxies protéiques (peptones gastriques et pancréatiques)

R. L. Dupuy

Sulfamidothérapie

SO^2NH^2

1162. F.

Pulvo-Coccyl

POUDRE
Flacons 100 gr.
Flacons 10 gr
Lance-Poudre doseur breveté

NH^2

Laboratoires du Dr PILLET - 222, Bd Péreire, PARIS
ETOile 40-15 — Service de garde MOLitor 58-85

PHYTOMENSYL

médication toni-veineuse à base de vigne rouge

POSOLOGIE MOYENNE : 30 gouttes 2 fois par jour.
DOSES FORTES : 50 gouttes 6 fois par jour, durant 6 jours.

B

LABORATOIRES BLAQUE, 59 RUE BOISSIÈRE, PARIS (16e) KLE 88-70

ECHOS & COMMENTAIRES

La généralisation des assurances sociales.

Des informations de presse ont laissé entendre récemment que l'extension des assurances sociales à toute la population active du pays allait être sous peu un fait accompli. Une telle décision ne saurait surprendre actuellement puisqu'elle était contenue en germe dans le Plan de Sécurité sociale et expressément prévue dans son exposé des motifs.

Il n'empêche qu'elle pose dans l'immédiat pour la médecine de très graves problèmes. Sa conséquence la plus évidente serait en effet de faire disparaître pratiquement le secteur réellement libre et de faire dépendre essentiellement du Ministère du Travail la réglementation de la médecine.

En fait la réforme et la généralisation opérées ne sont pas d'une application immédiate. L'extension du régime de sécurité sociale dans son ensemble ne résulterait que de décrets successifs, concernant chaque catégorie d'assujettis, ce qui accorderait à l'état actuel un sursis appréciable, mais un simple sursis.

Il serait temps, selon nous, que le Corps médical s'inquiétât à ce propos d'un autre problème, et jugeât de la question non plus seulement en professionnel, mais aussi en futur assujetti. Ne risque-t-il pas, s'il persiste dans son indifférence actuelle pour les problèmes de prévoyance qui le concernent personnellement, de se trouver un jour en face d'un décret l'intégrant purement et simplement dans le lot commun des assurés, et lui faisant payer cotisation à une quelconque Caisse de sécurité sociale ?

Il n'est cependant pas douteux que les risques du médecin et notamment le risque maladie posent des problèmes particuliers. Principal artisan de la sécurité sociale, il serait curieux que le médecin ne puisse être à même de modeler, en ce qui le concerne, un régime à son gré.

Ordre, Syndicats et Association générale groupant en son sein les principaux organismes de prévoyance du Corps médical, feraient bien, selon nous, de s'atteler sans tarder à mettre sur pied et à proposer en commun leur solution aux Pouvoirs publics.

La commission bipartite départementale est-elle mort-née ?

Ainsi que nous l'avons déjà montré, le refus de signer Convention de la part des Syndicats ne saurait faire échapper aux prescriptions de l'article 13 de l'ordonnance du 19 octobre le médecin qui signe les feuilles de maladie de son client assuré.

Parmi ces prescriptions, figure, on le sait, le contrôle des dépassements d'honoraires par une Commission départementale bipartite comprenant deux praticiens, un médecin-conseil et un administrateur de Caisse.

L'arrêté organisant cette Commission vient de paraître (le texte en a été publié dans notre dernier numéro). La désignation des deux praticiens revient évidemment au Syndicat





départemental. La Commission ne peut valablement statuer que si trois de ses membres (donc au moins un praticien) sont présents. La décision est prise à la majorité des voix.

Le refus, de la part du Syndicat, de désigner les membres de la Commission, pouvant paralyser le jeu de cet organisme, la question de l'attitude à prendre se pose donc aujourd'hui et appelle une solution immédiate. Nous croyons savoir que, se conformant à la position prise par l'Assemblée générale, la Confédération s'est prononcée pour l'abstention.

Cette décision est cohérente dès lors que la signature des conventions est « différée ». En effet, cette Commission n'est pas une juridiction arbitrale, mais un simple organe de *conciliation* qui trouverait, selon nous, beaucoup plus son fondement moral dans les contrats Syndicat-Caisse, lorsqu'ils seront conclus, que dans un texte légal.

Dès lors que le jeu de cette Commission est écarté, et ainsi que le prévoit lui-même l'arrêté du 3 avril, la plainte déposée contre le médecin par la Caisse ou l'assuré est *jugée* par le Conseil régional de l'Ordre, c'est-à-dire par la juridiction professionnelle.

En sorte que celle-ci, conformément au vœu de l'Assemblée, conserverait le dernier mot, s'il n'y avait la « section des Assurances sociales » du Conseil national, qui est hélas ! beaucoup plus « des Assurances sociales » que du « Conseil de l'Ordre ».

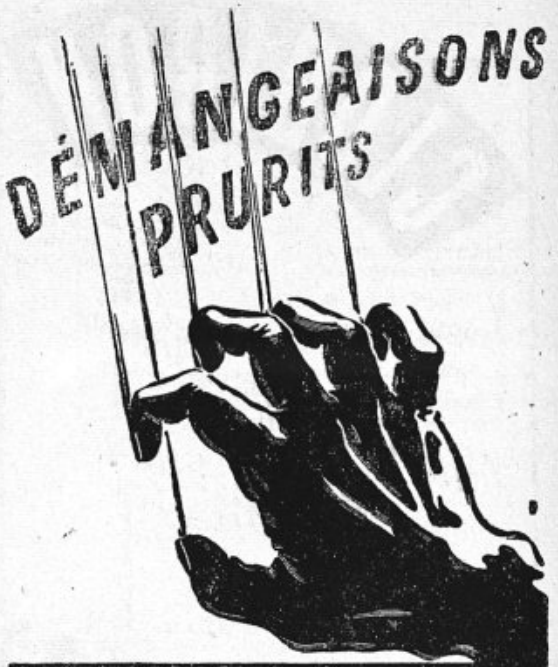
De l'opposition au pouvoir.

On se rappelle que l'Assemblée générale de la Confédération avait, au cours de sa séance du 31 mars dernier, confié à une Commission composée principalement des champions de l'opposition triomphante, le soin de « faire des propositions concrètes » tendant à réformer l'ordonnance sur les assurances sociales. Une première réunion eut lieu récemment. On attendait donc, avec une curiosité sympathique, les premiers résultats de ses difficiles travaux. Ceux-ci, s'ils ne sont plus un secret pour personne, n'en font pas moins l'étonnement général.

Ils ont consisté, en effet, à réglementer strictement les quelques assouplissements légaux au tarif limitatif : situation de fortune, notoriété et circonstances particulières. Si la définition de l'assuré « notoirement aisé » reste purement énonciative, par contre, la notion de « notoriété » est très précisément circonscrite et réservée aux heureux détenteurs des boutons de mandarins ou, par exception, à « certains médecins » ayant une position particulière auprès de leurs confrères dans les seuls départements où n'existent pas d'école centre d'enseignement. Peut-être la composition de la Commission, où professeurs et hospitaliers dominent, n'est-elle point étrangère à ce curieux résultat. Mais il reste difficilement compréhensible que ces défenseurs convaincus de l'entente directe n'aient point vu que son fondement essentiel résidait dans la variabilité de la « qualité » personnelle de chaque médecin, indépendamment de ses titres ou de ses diplômes !

En outre, la Commission a cru de son rôle de se transformer en organe d'homologation des tarifs, ou, pour mieux dire, en Commission de taxation. Tout en s'en défendant, en effet, elle a mis sur pied un *tarif-plafond* pour la France entière, méconnaissant ainsi le droit, pour les syndicats départementaux, d'établir et de proposer leur propre tarif. La Commission tripartite ministérielle, elle-même, n'eut jamais

DANS LES ALPES DE SAVOIE
AIX-LES-BAINS
CAPITALE DU RHUMATISME
THERMES NATIONAUX LES PLUS PERFECTIONNÉS D'EUROPE
Par le volume de ses eaux sulfureuses et radio-actives à 46° (5 millions de litres par jour), Aix-les-Bains assure le traitement spécifique des rhumatismes chroniques de la goutte, des sciatiques et névralgies diverses, des suites de fractures...
Dès cette année ce traitement sera complété par l'application de boues végéto-minérales et radio-actives.
Au pied du MONT-REVARD
(1.500 mètres d'altitude).
AIX-LES-BAINS
(250 mètres d'altitude)
PLAQUE TOURNANTE DU TOURISME SAVOYARD
GRANDE PLAGE
sur les bords du Lac du BOURGET
COURSES HIPPIQUES
GOLF (18 trous) — TENNIS (13 courts)
CASINO DU GRAND CERCLE
MM. les Membres du Corps Médical sont priés de demander, au Syndicat d'Initiative, les avantages particuliers qui leur sont réservés.



LACTACYD
PÂTE STABILISÉE A pH : 5,2

osé aller si loin. Va-t-il falloir mettre ses espoirs de liberté dans un retour pur et simple au régime légal ?

Tout le mal vient de ce que les commissaires ont oublié ce pour quoi ils avaient été nommés ; se laissant absorber par les problèmes immédiats, relevant beaucoup plus du Conseil confédéral que d'eux-mêmes, ils ont méconnu leur mission *essentielle* qui est, rappelons-le selon l'ordre du jour les habilitant, de préparer une *réforme du régime légal*.

Ainsi nous voilà bien loin de la défense des libertés médicales pour laquelle nos commissaires partirent en guerre. Mais, du respect *absolu* de l'entente directe au tarif plafond il y a toute la distance qui sépare l'opposition du Pouvoir

LE TARIF DES ACCIDENTS DU TRAVAIL EST EN COMPLET BOULEVERSEMENT.

Dans notre numéro du 28 avril, nous avons publié un communiqué du Comité de coordination intersyndical de la région parisienne, faisant ressortir l'incidence sur la tarification des A.T. de la situation de fait créée en matière d'assurances sociales par la signature des conventions dans certains départements et par le refus de signature dans les autres.

Nous avons essayé de faire le point, dans un écho du même numéro, en précisant qu'à défaut de conventions, tant que les tarifs d'assurances sociales n'auront pas été fixés par la Commission nationale tripartite, le régime provisoire établi par l'arrêté du 25 septembre 1945 reste en vigueur.

Aujourd'hui nous divergeons très nettement avec le N.B. inclus dans le communiqué en question : *L'application des nouveaux tarifs ci-dessus indiqués entraîne automatiquement l'application des nomenclatures des Assurances sociales pour tous les soins donnés aux accidentés du travail. Il y a donc lieu d'établir les mémoires en donnant à P.C. et à K. une valeur de 60 fr. — 20 %, soit 48 fr. dans les cinq départements.*

En effet, en l'absence de conventions et tant que les tarifs A.S. n'auront pas été fixés par la Commission nationale tripartite, il faut considérer l'article premier de l'arrêté du 25 septembre 1945 comme totalement inopérant. Seul l'article 2 doit être pris en considération, qui, pour les actes autres que la consultation et la visite, se réfère à l'ancien tarif A.T dûment majoré et fixe à 40 francs le prix de la visite et de la consultation (55 francs pour les spécialistes).

Mais lorsque les tarifs d'Assurances sociales auront été régulièrement fixés, et lorsqu'en conséquence l'article 1er de l'arrêté du 25 septembre 1945 pourra jouer, *seuls* les tarifs A.S. *relatifs à la visite et à la consultation* devront subir, en A.T., une réduction de 20 %, mais non les tarifs relatifs aux autres actes médicaux A.T. L'article 1er de l'arrêté est formel : on comprend d'ailleurs fort bien pourquoi cette réduction ne doit s'imposer qu'aux seuls actes dans lesquels la part prépondérante (le diagnostic) est souvent facilitée par l'origine traumatique de la lésion. Il ne saurait donc être question de donner alors au P.C. et au K. en A.T. une valeur de 20 % inférieure à celle qu'ils ont en A.S.

Le trouble jeté dans le Corps médical par le communiqué

FAUTEUILS ROULANTS DUPONT
Cent ans de spécialisation dans le confort du malade
VENTE & LOCATION
10, Rue Hautefeuille - PARIS (6e)
Téléphone : DANTON 05-61 - 05-62
Succ. à LYON, 6, Place Bellecour

CHLORO-MAGNESION
Asthénie - Modificateur du Terrain
DRAGEVAL
Insomnies - Anxiété
FER-OVARINE VITALIS
Insuffisances ovariennes
TENSORYL
Hypertension artérielle
FER-ANDRINE VITALIS
Infantilisme - Carence sexuelle
DESCOURAUX et Fils, 52, Boulevard du Temple, PARIS

ANEMIES
Ampoules buvables
Une ampoule avant chaque repas
HEPAMINE MAUCHANT
Acides aminés Hématogènes
Comprimés
Quatre comprimés avant chaque repas
LABORATOIRE MAUCHANT
GENNEVILLIERS (Seine)

du Comité intersyndical de la région parisienne est, d'ailleurs, si considérable, que dans notre prochain numéro nous essayerons de faire une mise au point précise et complète de l'état actuel de la tarification des A.T. Cette mise au point s'impose d'autant plus que l'*Officiel* du 3 mai contient un arrêté ministériel en date du 12 avril 1946, modifiant l'article 1er de l'arrêté du 25 septembre 1945, qui se réfère maintenant expressément, non plus à l'ordonnance du 3 mars abrogée, mais à l'article 10 de l'ordonnance du 19 octobre 1945, ce qui a l'avantage de clarifier, pour l'avenir, la situation. Nous publierons d'ailleurs le texte intégral de cet arrêté dans notre prochain numéro.

La vie professionnelle en Tunisie.

Le syndicalisme médical semble connaître en Tunisie la même agitation que dans la métropole. Les choses s'y compliquent encore du fait qu'y exercent côte à côte des médecins français, tunisiens, italiens et israélites. En sorte que la vie professionnelle subit à la fois les remous des opinions politiques et des particularismes sociaux. Le vieux syndicat médical français a été submergé par un syndicat unitaire groupant tous les médecins. Celui-ci paraît avoir perdu en cohésion ce qu'il gagnait en étendue. Toute la législation sociale française n'est pas applicable en Tunisie. Et, d'autre part, les Pouvoirs publics n'y prennent pas, à l'égard du Corps médical l'attitude hostile que nous connaissons dans la métropole. Il n'en demeure pas moins que les médecins tunisiens ont intérêt à rester unis afin d'être forts, car nul ne sait aujourd'hui ce que réserve demain.

Les étrangetés de l'A.M.T.

Nous recevons la lettre suivante du chef du Centre de documentation de la Caisse interdépartementale des Assurances Sociales de Seine et Seine-et-Oise :

« Dans le numéro 15 du *Concours Médical* daté du 20 avril 1946, figure à la page 355, un écho intitulé : « Les étrangetés de l'A.M.T. » qui laisse à penser que votre bonne foi a été surprise par un de vos lecteurs.

Il y est dit en effet qu'un déporté rapatrié qui a repris le travail depuis son retour en France bénéficie, s'il tombe malade de l'indemnité journalière de 50 fr. prévue par l'A.M.T., alors qu'un assuré social resté à son foyer et bénéficiaire normal de l'Assurance Sociale, percevrait une indemnité journalière plus substantielle.

Or, aux termes de l'article 3 de l'arrêté du 1er juin 1945 et de la circulaire ministérielle du 12 juin 1945 relatifs à l'aide médicale temporaire en faveur des prisonniers et déportés, « le paiement du complément de l'indemnité journalière est assuré par la Caisse des Assurances Sociales, toutes les fois que le montant de cette indemnité est supérieur à 50 fr. ».

HÉMO
CYTO
SÉRUM
CORBIÈRE
Thérapeutique Ferro-Cacodylique
ANÉMIES
LYMPHATISME
CHLOROSE
CONVALESCENCES
TROUBLES DE LA CROISSANCE
LABORATOIRE CORBIÈRE
27, Rue Desrenaudes, PARIS TÉLÉPH. CARNOT 78-11

CINQUESINE HOUDÉ
HYPERTENSION
Association synergique vaso-dilatatrice et sympathicolytique D'YOHIMBINE, ET D'HYDROCINCHONIDINE
ACTION RAPIDE : sur les syndromes subjectifs
ACTION LENTE ET DURABLE sur la pression artérielle
Laboratoires HOUDÉ, 9, rue Dieu, PARIS

En d'autres termes, lorsqu'un déporté ou un prisonnier rapatrié assuré social avant son arrestation ou sa mobilisation et qui a repris son travail après son retour en France, tombe malade au titre de l'A.M.T., il bénéficie d'une indemnité journalière calculée selon les mêmes règles que celles prévues pour les autres assurés sociaux, c'est-à-dire égale en principe soit à la moitié, soit aux deux tiers du dernier salaire perçu avant l'arrêt de travail.

Lorsque ces calculs font apparaître une indemnité supérieure à 50 fr., celle-ci est payée de la façon suivante :

— 50 fr. réglés par les services de l'A.M.T. ;

— le complément réglé par la Caisse d'Assurances Sociales de l'assuré.

Comme d'autre part, les frais médicaux chirurgicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation sont réglés directement aux praticiens ou aux établissements par les services de l'A.M.T., et que le malade est ainsi légalement soigné gratuitement, puisqu'il ne supporte aucune participation, on ne peut donc dire que les bénéficiaires de l'A.M.T. sont défavorisés par rapport aux assurés sociaux ordinaires.

Je pense que dans un souci d'information objective, vous estimerez qu'une mise au point serait utile pour ceux de vos lecteurs qui auraient pu être justement émus des conclusions de l'écho incriminé ».

Par ailleurs, M. P. Laroque, directeur général de la Sécurité Sociale, nous a confirmé de son côté que notre écho faisait état d'une information inexacte et que « dès lors que le déporté rapatrié a repris le travail, c'est, en toutes circonstances, sur la base du salaire nouveau perçu par lui qu'est calculé son indemnité journalière ». *Dont acte.*

CORRESPONDANCE

ASSURANCES SOCIALES

3909. — **Désaccord sur un traitement.**

Je soigne une petite fille, assurée sociale, de développement général insuffisant, anorexique, toussant parfois avec expectoration de crachats muco-purulents contenant du pneumocoque et du m. catarrhalis, mais sans b. de Koch, et dont la radiographie montre des séquelles d'atteinte pleurale de la base droite et une infiltration périhilaire bilatérale, cuti négative. J'ai fait prendre du stérogyl à forte dose, et j'ai institué un traitement par U. V. général en surveillant quotidiennement la température et les réactions possibles..

Je crois, en effet, que les rayons U. V. peuvent être ici excessivement utiles.

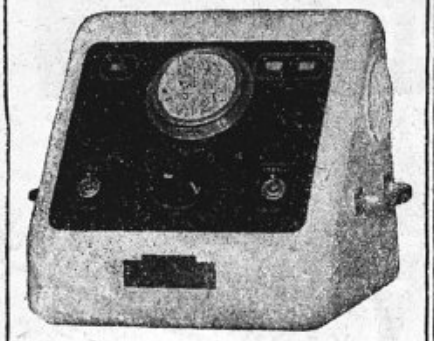
Je reçois de l'Union des Caisses d'Assurances sociales (que j'avais fait prévenir de mon intention) une lettre à la signature illisible me demandant des renseignements complémentaires pour justifier les quinze séances d'U.V.

La lettre se poursuit : « L'été a été particulièrement beau cette année et je pense qu'une exposition dirigée aux rayons solaires aurait pu avoir les résultats recherchés ».

1° Dois-je donner à ce médecin les renseignements que je vous ai énumérés plus haut?

2° Les rayons U.V. ne doivent-ils être employés que dans les pays sans soleil?

Peut-être ne doivent-ils être employés que pour les clients riches? J'ai vu employer les U.V. par des



L'ACCOUCHEMENT ÉLECTRIQUE

Méthode du Docteur Frédéric Benoit

Technique d'accouchement **Rapides et Analgésiques**

Épreuve du travail

LEVER PRÉCOCE

Appareil fonctionnant automatiquement

Modèle clinique : sur pied — **Modèle praticien :** en mallette

Nombreuses références

Pour toute documentation et références s'adresser à :

Tel. Ric. 94-34 / Ric. 32-81 — O. C. E. M. OMNIUM CHIRURGICAL & MÉDICAL 26, rue du Quatre-Septembre, 26 — PARIS (2e)

CARDIALGINE

CAMPHO-SPARTEINE

COLLO-IODE • IODOTENSYL

Laboratoires DUBOIS

— R. DUBOIS, Docteur en Pharmacie —

52, rue Montesquieu, ASNIÈRES (Seine)

Téléphone : **GRÉ. 03-92**

GASTRHÉMA

Anémies — Anorexie

Hémogénie — Hypopepsie

GASTRHÉMA

Asthénie — 1 à 3 ampoules buvables par jour

Méthode de Castle — 17, Av. de Villiers, Paris-17e

GASTRHÉMA

confrères de pays où il y avait du vrai soleil, même en France, et je ne parle pas de l'étranger, de la Suisse par exemple, où leur emploi est familier aux médecins. J'ajoute que je ne les emploie que pour des indications majeures ; j'ai souvent vu employer ces rayons pour toutes sortes de maux et j'ai lu de gros traités sur la question où à peu près toutes les maladies en paraissent justiciables, mais je n'ai pas été convaincu; et j'avoue que je n'utilise les U.V. (comme bien d'autres médications, tels que sels d'or) que dans quelques cas bien définis où il semble que rien ne puisse les remplacer. Raison de plus pour trouver un peu excessif qu'un confrère ose dire qu'il pense qu'une exposition aux rayons solaires aurait pu faire tout aussi bien dans une région où le soleil est plutôt un peu pâle !

Dr C.

Réponse

1° *Vous pourriez donner directement (et sans aucun intermédiaire administratif) les renseignements demandés, mais à condition que lesdits renseignements techniques soient demandés par un confrère non anonyme et vous écrivant directement.*

2° *La question des rayons U.V. est bizarrement placée sur le terrain solaire, en l'espèce, c'est évident. Si le médecin (en supposant la lettre écrite par un médecin, ce qui n'est pas prouvé) est en désaccord technique avec vous sur l'état du malade, donc sur le traitement nécessaire, c'est au malade (ou à ses parents s'il est un enfant) à demander que le cas soit examiné par un expert désigné par le médecin traitant et par le médecin conseil, ou, à défaut d'accord, par le Directeur régional de la Santé (Art. 99 et 33 de l'ordonnance du 19 octobre 1945.*

Dr F. Decourt.

AUTOMOBILISME

702. — Les mystères du Delco.

Plusieurs pannes récentes et qui me paraissent bénignes, me conduisent à vous demander de bien vouloir me préciser le fonctionnement et le réglage du « Delco » de ma voiture (appareil de la Société des magnétos R.B.). Mon mécanicien parle « d'encrassage des vis platinées » et il réussit à me dépanner parfaitement en quelques instants. J'aimerais connaître son « secret » pour éviter de me trouver en panne la nuit loin de mon domicile. Au besoin, un schéma subviendrait à l'insuffisance de mes connaissances mécaniques.

Dr M.

Réponse

Il m'est difficile de faire un cours d'automobile dans une simple lettre. Reportez-vous donc à l'un des très nombreux ouvrages sur le moteur où vous trouverez tous renseignements sur le fonctionnement des allumeurs. Voici cependant quelques renseignements qui vous permettront de vous dépanner.

Dans l'intérieur de l'allumeur, c'est-à-dire sous le couvercle qui est maintenu par deux griffes, se trouve un levier mobile qui repose sur une forme fixe au moyen de deux grains en tungstène. Ces deux grains sont dits grains ou vis platinées, parce qu'autrefois dans les magnétos, ils étaient faits en platine. Ils doivent être rigoureusement propres sur leur surface de contact. S'ils s'encrassent, on les nettoie avec un petit chiffon imbibé d'essence, ce qui suffit généralement. Si leur surface de contact était fortement corrodée, on pourrait la polir en passant entre eux du papier de verre très fin, plié en deux, de façon que les surfaces rugueuses soient à l'extérieur.

Henri Petit.

Eczéma
CUROZEMA
9 Dragées par jour
OPOSÉROTHÉRAPIE VALTRY
LABORATOIRE BIOLOGIQUE VALTRY
46, Rue St-Didier-Paris-16e
FORMULE INFANTILE :
Pédiozema
GRANULÉ

INTESTARSOL
granulé
TOXI INFECTION INTESTINALE
PARASITOSES
Laboratoire H. CALAS
162, Rue de l'HAY
GENTILLY (Seine)

CONNAITRE
CAHIERS D'HUMANISME MÉDICAL

3e CAHIER : ÉDUCATION ET MÉDECINE

SOMMAIRE

Editorial (Biancani). — Les stades du développement physique et psychique de l'enfance (Cathala). — Déséquilibre du caractère et tempéraments (Heuyer). — Les troubles de l'affectivité (Boutonier). — La rééducation des déficients intellectuels (Dublineau). — Les anomalies de la volonté (Launay). — Retour à l'équilibre (Lhermitte). — Les méthodes nouvelles d'éducation (Bertier). *Chroniques : Les courants de pensée :* vers Montaigne. — *Science* : Les isotopes en biologie et en médecine. — Le médecin entomologiste (Barthe). — Les cactées. — Les livres d'art (Mornand). — Aristote musicien (Berger). — La place du cinéma d'amateur (Boyer). — *Bibliographie.* — *Revue des Revues.*

Prix : 1 Cahier de 112 pages sur papier couché et sur glacé : 150 *francs.*

RAPPEL. — *Cahier* n° 2 : « Peuples, Familles et Médecine ». Prix 150 francs.

SOUSCRIPTION A 4 CAHIERS : 500 fr.

Souscriptions et envois de fonds au Concours Médical, 37, rue de Bellefond, Paris-9e. Ch. Postaux Paris 167-95.

DEMANDES ET OFFRES

N° 240. — A vendre propriété à Chartres avec jardin, conviendrait pour clinique ou maternité. S'adr. Etude de Me Tournerie, notaire à Châteauneuf (E.-et-L.).

N° 241. — Importante industrie parisienne désirerait s'adjoindre jeune médecin, ex-int. de Paris, recherchant un plus large champ d'activité. Ecr. Courty, service « C. M. » (N° 112), 17, rue Vivienne, Paris.

N° 242. — Poste demi-repos, bord mer, belle maison, avec jardin. A céder d'urg., contre petite indemn.

N° 243. — Doct. expérimenté cherche grosse client. médec. génér., ferait remplacement à la campagne, tout le mois d'août. Ecr. Piétri, 24, boul. Saint-Michel, à Paris.

N° 244. — Médec. expérimenté, anc. colonial, recherche dans stat. thermale, cess. client. intéress. ou collab. en vue success. Ecr. journ. qui transm.

N° 245. — Médec. cherche client. banl. ou grande banl., pourrait procurer appartement 3 p., cuis., s. de b., tout conf. à Auteuil. Ecr. Parent, 53 bis, rue Boileau, Paris (16e).

N° 246. — Cabin. médic. et installat. import., banl. imméd. Paris, à échang. contre similaire Paris, à défaut d'échange. Faire offre en rapport.

N° 247. — Sage-femme, Cher, demande nourrissons jusqu'à 1 an, de préférence, dans grosses villes, Paris, Lyon, Marseille, etc...

N° 248. — A vendre pour rais. santé import. cabin. de médec. génér. dans s/s-préfect. Hte-Savoie. Appartement, jardin. Urg.

N° 249. — Arcachon, médec. prendrait enfants convalesc. et déficients de 9 à 17 ans. Ecr. journ. qui trans.

N° 250. — Médec. ophtalm. A.E.H.P. assist. Quinze-Vingts cherche poste à acheter ou à créer.

N° 251. — Médec. 35 ans habitude client. cherche success. ou associat. en vue success., avec confr. médec. génér. pédiatrie, au courant Electroradiol.

Gérant : J. MIGNON
Février 1879
Lang, Blanchong et Cie, 30, rue du Poteau - Paris (18e) — 31.1040
Dépôt légal : N° 8
2e trimestre 46

THÉRAPEUTIQUE RHINO-PHARYNGÉE A DOSE FAIBLE

KIDARGOL

LABORATOIRE R. GALLIER, 1 bis, Place du Président-Mithouard, PARIS-VI.

BELLADENAL

Spasmolytique renforcé
Spécifique des états de crise
et des cas résistants

1 à 4 comprimés par jour
Epilepsie : jusqu'à 5 comprimés

LABORATOIRES SANDOZ
15, Rue Galvani et 20, Rue Vernier, PARIS-17e

Régulateur du travail du cœur

GUIPSINE

4 à 10 pilules par jour

Laboratoires du Dr M. LEPRINCE
62, Rue de la Tour, PARIS (XVIe)

ÉTABLISSEMENTS SOUDAN

48, rue d'Alésia - PARIS-XIVe

NITRITE D'AMYLE BOISSY

EUONYMINE PAUL THIBAULT
(Pilules)

GRAINS MIRATON
(Laxatif)

VIN GIRARD
Iodotannique phosphaté

SIROP GIRARD
Iodotannique phosphaté

BIOPHORINE GIRARD
(Granulé)

IODOMAISINE Globules

IODOMAISINE Pommade

LACTAGOL

Toutes ces spécialités sont enregistrées au Laboratoire National de Contrôle des Médicaments et peuvent être prescrites aux Assurés sociaux.

NÉOSPLÉNINE



LA 1[E] SYNERGIE
À BASE D'EXTRAITS
DE RATE-FOIE
MUQUEUSE GASTRIQUE

TOUTES DÉFICIENCES ORGANIQUES

LABORATOIRE DU DOCTEUR E. AUBERT
71, RUE STE-ANNE - PARIS 2[E]

Vitamine B[1] cristallisée

bévitine

Solution injectable : ampoules de 1cc à 0g002 et à 0g01 (boîtes de 5)
Comprimés dosés à 0g005 (tubes de 20)

POLYNÉVRITES
BÉRIBÉRIQUES
INFECTIEUSES
TOXIQUES
GRAVIDIQUES

NÉVRALGIES & NÉVRITES
Injections sous-cutanées intramusculaires ou intraveineuses

TROUBLES DU MÉTABOLISME DES HYDRATES DE CARBONE

PARÉSIES INTESTINALES
Traitement par voie buccale

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
MARQUES POULENC FRÈRES ET USINES DU RHÔNE
SPECIA
21, RUE JEAN GOUJON · PARIS · (8e)

HYPOTAN

HYPERTENSION
SPASMES VASCULAIRES



CURE COMPLÉMENTAIRE
DE L'ACÉCOLINE

LABORATOIRES LEMATTE ET BOINOT
52, RUE LA BRUYÈRE, PARIS

68e ANNÉE — Nº 20 — 18 MAI 1946

LE

CONCOURS MÉDICAL

37, RUE DE BELLEFOND - PARIS (9e) - TRU 33-66

379a 381

SOMMAIRE

PARTIE SCIENTIFIQUE.

Congestion broncho-pulmonaire protéiforme (Prof. Jean MINET) 473

Vitamines et Eaux minérales (Dr H. GAEHLINGER) 476

Consultations médico-chirurgicales : La poudre D.D.T. est-elle toxique ? 477

LES SOCIÉTÉS SAVANTES, 478. — LA PRESSE, 479.

PARTIE PROFESSIONNELLE.

PROPOS DU JOUR. — Problèmes coloniaux d'après-guerre (G. LAVALÉE) 481

DROIT PROFESSIONNEL. — Accidents du Travail. Quel est le tarif actuellement en vigueur ? (P. DOURIEZ) 483

L'omission d'injection antitétanique n'est pas nécessairement une faute (Dr F. DECOURT) .. 485

Pénicilline et tiers payants (Dr F. DECOURT) .. 486

La corporation des opticiens-lunetiers (Dr DESAGE) 487

DEMI-COLONNES.

DERNIÈRES NOUVELLES, 466. — A TRAVERS L'OFFICIEL, 469. — ECHOS ET COMMENTAIRES, 489. CORRESPONDANCE, 492.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS — BIBLIOTHÈQUE

Rhumatismes chroniques — Carences soufrées

DIGITALINE NATIVELLE

THIONAÏODINE

INJECTABLE — COMPRIMÉS

Laborat. Jacques LOGEAIS, Issy-les-Moulineaux, PARIS

Equilibre Phospho-calcique

TRICALCINE

Granulés **IRRADIÉE** *Cachets*

RECALCIFICATION de l'ORGANISME

Lab. SCIENTIA - Dr PERRAUDIN

21, rue Chaptal, PARIS

Infangyl Carlier

CALME LES TOUX INFANTILES

Silicyl

Toux ***Coqueluche***

Médication de BASE et de RÉGIME des ÉTATS ARTÉRIOSCLÉREUX et des carences siliceuses

ÆTHONE

18, Rue Ernest-Rousselle - PARIS-13e

Laboratoire de l'ÆTHONE 35, rue Boissonnade, PARIS (XIVe

DERNIÈRES NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris.

Chaire d'hygiène. — Examen d'aptitude aux fonctions de médecin breveté de la Marine marchande. — En vue de préparer les candidats à cet examen, qui aura lieu fin juin 1946, un enseignement spécial sera donné au Laboratoire d'hygiène. Le cours durera du 27 mai au 20 juin 1946. Il comprendra des conférences qui auront lieu chaque jour, et des leçons de bactériologie avec travaux pratiques.

Peuvent s'inscrire à ce cours : 1° les docteurs en médecine, et par exception les étudiants à scolarité terminée, français et du sexe masculin. 2° Les docteurs et étudiants en médecine, de nationalité étrangère, qui s'intéressent aux questions d'hygiène maritime et de prophylaxie internationale.

Les inscriptions sont reçues au Secrétariat de la Faculté. Le droit à verser est de 800 francs. Pour tous renseignements, s'adresser au Laboratoire d'hygiène.

Hôpitaux de Paris.

Un *concours* pour la nomination à six places de *médecin des hôpitaux de Paris* sera ouvert le 3 juin 1946. Les inscriptions sont reçues, 3, avenue Victoria, jusqu'au 24 mai.

Groupe hospitalier Paul-Brousse.

Un *concours de liquidation* et un *concours normal* pour le recrutement *d'internes en médecine* au groupe hospitalier Paul-Brousse (Hospice, Institut du cancer, Maison de retraite) s'ouvriront les 6 juin et 24 juin 1946. Inscriptions à la Préfecture de la Seine, service des Etablissements départementaux d'assistance, 1er bureau, jusqu'au 29 mai.

Laboratoire municipal de la ville de Troyes.

Un poste de chef de laboratoire municipal de la Ville de Troyes est actuellement vacant. Diplôme de Sérologie exigé. Traitement de 132.000 à 210.000 fr. Fonction exclusive de toute clientèle. Adresser les candidatures à la Direction départementale de la Santé, à Troyes (Aube).

Sanatorium Etienne-Clémentel (Allier).

Un *poste de Médecin-adjoint* est actuellement vacant au Sanatorium Etienne-Clémentel (Allier).

Les candidatures devront être adressées d'urgence au Ministère de la Santé Publique et de la Population, Direction du Personnel, 3e Bureau, 7, rue de Tilsitt, Paris (17e).

Association française d'Urologie : Prix Taesch.

Ce prix est décerné annuellement à un docteur ou étudiant en médecine français, âgé de moins de 30 ans, dont il paraît utile de favoriser les recherches scientifiques.

Les candidats au prix Etienne Taesch doivent faire acte de candidature avant le 1er juin, par lettre adressée au Dr L. Michon, secrétaire général de l'Association française d'Urologie, 40, rue Barbet-de-Jouy, Paris (7e).

Mutualité familiale.

Séance du Conseil d'Administration du 29 avril 1946.

Présents : MM. Noir, président ; H. Mignon, vice-président ; Lavalée, secrétaire général ; J. Mignon, trésorier adjoint ; Boelle.

Excusés : MM. Bayard, Fischer, O'Followell.

La séance est ouverte à 17 heures.

Le procès-verbal de la précédente séance est adopté à l'unanimité.

Aucune protestation ne s'étant élevée contre les admissions provisoires prononcées à la séance de janvier, celles-ci deviennent définitives.

Sur le rapport du secrétaire général, les admissions provisoires suivantes sont acceptées :

MM. Auslander (Loire) ; Avril (Seine) ; Berthaud (Isère) ; Blanc (Basses-Pyr.) ; Bonald (Hérault) ; Bouquin (Loire) ; Bourgin (Finistère) ; Boyet (Isère) ; Chaix (Hautes-Alpes) ; Gauthier (Ain) ; Guisoni (Alger) ; Monath (Doubs) ; Lussac (Gironde) ; Stain (Seine-Inf.) ; Doyen (Haute-Marne) ; Montel (Allier).

CHATEL-GUYON

(PUY-DE-DOME)

380 km. de Paris
20 km. de Clermont-Ferrand

Station la plus riche du monde en CHLORURE DE MAGNÉSIUM

INTESTIN
FOIE
COLIBACILLOSE
ENTÉRITES INFANTILES
et COLONIALES

Saison du 15 Mai au 30 Septembre

Contre l'épilepsie
et ses équivalents
Orténal
associe
LE GARDÉNAL
anticonvulsif
à
L'ORTÉDRINE
stimulant
AMÉLIORE LE TONUS MUSCULAIRE
ET LE PSYCHISME
sans diminuer l'effet sédatif
Comprimés dosés à (TUBES DE 20) | Gardénal : 0g10 Ortédrine : 0g005
Même posologie que le Gardénal
Littérature et échantillons sur demande
Société Parisienne d'Expansion Chimique — 21, rue Jean Goujon - Paris-8e — Specia — marques Poulenc Frères et Usines du Rhône — Téléphone : Balzac 22-94

M. Jean Mignon, trésorier adjoint, fait un exposé de la situation financière.

Il est décidé qu'une lettre d'acceptation de principe sera adressée à l'Association Générale des Médecins de France concernant l'affiliation de la « M. F. » à une organisation commune d'administration et de propagande, ainsi qu'à une combinaison de couverture de longue maladie.

La séance est levée à 18 heures.

Le Secrétaire général,
G. LAVALÉE.

Centre National de transfusion sanguine.

Un *cours d'instruction et de perfectionnement* aura lieu du 27 mai au 2 juin 1946, à l'intention des Transfuseurs des Hôpitaux, sous les auspices du Centre National de Transfusion sanguine et du Service Central de Transfusion-Réanimation de l'Armée. Le cours sera suivi de travaux pratiques. S'inscrire avant le 25 mai au *C.N.T.S.*, 53, bd Diderot, Paris.

Communiqué du Conseil départemental de la Seine de l'Ordre des Médecins.

Dans sa réunion du 4 avril 1946, le Conseil départemental de la Seine de l'Ordre des Médecins a adopté un vœu tendant à la modification de la Commission Régionale d'épuration et à la possibilité d'appel devant le Conseil national, et une motion sur l'incompatibilité de l'Ordonnance du 19-10-45 avec l'honneur et l'indépendance du Corps Médical, qu'il est chargé de défendre.

Ces deux textes ont été publiés en addendum au 2e communiqué.

Il a en outre commencé l'étude de l'application de l'art. 67 de l'Ordonnance du 24-9-45 qui prescrit l'obligation pour tous les membres du Tableau de communiquer à l'Ordre tous leurs contrats particuliers.

Il a décidé d'exempter de droit de la cotisation les confrères âgés de plus de 75 ans.

Il informe enfin les confrères de la création de 4 nouveaux centres de pénicilline à Lariboisière, Créteil, Garches et Suresnes.

Fondation « Sanatorium des Etudiants ».

Le Comité Médical Technique et le Conseil d'Administration de la Fondation « Sanatorium des Etudiants » se sont réunis à Paris les 12 et 14 avril 1946, sous la présidence de M. le docteur Rist et de M. Pariselle, Recteur de l'Académie de Grenoble, et en présence des médecins-directeurs des sanatoriums de la Fondation.

Les Conseils ont examiné la situation généralement satisfaisante des divers établissements gérés par la Fondation ou recevant ses étudiants :

— Sanatorium de Saint-Hilaire du Touvet ;

— Sanatoriums annexes pour étudiants et étudiantes du Chalet des Tilleroyes, à Besançon ; de la Villa Beau-Site, à Hauteville ; et du Chalet Sainte-Thérèse, à Briançon ;

— Sanatorium des Lycéens et Collégiens à Neufmoutiers-en-Brie ;

— Maisons universitaires de post-cure de Grenoble et de Paris ;

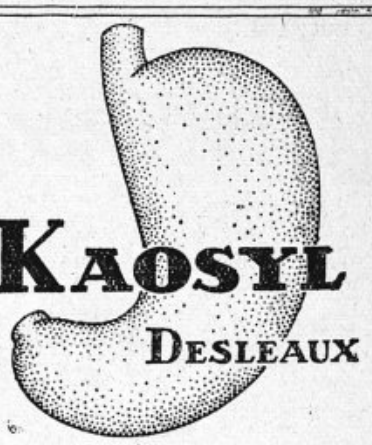
— Clinique Scolaire et Universitaire de Pré-Cure à Paris;

Le Sanatorium Universitaire Français en Allemagne occupée de Saint-Blasien, mis à la disposition des Etudiants malades de la Fondation par la Croix-Rouge Française qui le gère et grâce à l'appui bienveillant du Service de Santé de la 1re Armée et des autorités locales de la Santé Publique, voit déjà tous ses lits occupés.

Tous ces établissements groupent plus de 300 lits, mais ne répondent cependant pas aux demandes d'envois en cure dant le nombre ne cesse d'augmenter. L'ouverture d'un Préventorium Universitaire de 60 lits en Allemagne occupée est prochaine ; en outre,

Le Concours Médical
Fondé en 1879 par A. Cézilly.
Directeur honoraire : Docteur J. NOIR.
Directeur : Dr G. LAVALÉE.
Rédacteur en Chef : Dr G. FISCHER.
RÉDACTION, ADMINISTRATION ET PUBLICITÉ, 37, Rue de Bellefond, Paris 9e).
Téléphone : TRU 33-66. R. C. Seine 76.579.
Chèques postaux, Paris 167-95.
ABONNEMENTS : 1 an, 250 francs. - Etudiants, 125 fr. Le N° 10 fr. Changem. d'adresse 5 fr.

MIGRAINES — GRIPPES
DOULEURS CATAMÉNIALES
ALGIES
ALGOCRATINE
Un cachet dès la première sensation de douleur
LANCOSME, 71, Avenue Victor-Emmanuel III, PARIS


KAOSYL
DESLEAUX
PANSEMENT GASTRO-INTESTINAL
LANCOSME 71 Av Victor Emmanuel III, Paris (8e)

Micelliode
IODE COLLOIDAL MICELLAIRE ÉLECTRO-POSITIF
Toutes les Indications de l'IODE,
SANS IODISME POSSIBLE
GOUTTES
Laboratoires de l'HÉPATROL _ 4 Rue Platon, PARIS (XVe)

la Fondation ouvrira, cet été, une maison de post-cure pour étudiantes à Sceaux (30 lits) dans un immeuble dont il a été fait don à l'Université de Paris.

La Fondation recherche à Paris ou dans la banlieue immédiate, un immeuble pour une clinique de pré-cure (100 lits environ), ainsi qu'un immeuble se prêtant à l'installation d'un Sanatorium de plaine (100 à 200 lits) dans une zone climatique favorable et à proximité d'une ville universitaire.

Direction générale de la Fondation : 4, rue Quatrefages, Paris (5e). (*Communiqué*).

Les « Archives Internationales des Brucelloses ».

Sabordée en 1939, cette revue va régulièrement reparaître et son programme est étendu à toutes les maladies communes à l'homme et à l'animal. Le premier fascicule sera consacré à un compte rendu de l'activité des Laboratoires Français de thérapeutique pendant la période d'occupation. Malgré de grandes difficultés morales et matérielles, nombreux sont les Laboratoires qui ont continué leur activité scientifique et économique. La Direction des Archives (Joyeuse-Ardèche) recevrait avec plaisir et reconnaissance de tous les Laboratoires Français intéressés, leurs communications. (*Communiqué.*)

Sanatorium pour enfants de Saint-Blasien.

Un sanatorium pour enfants atteints de tuberculose pulmonaire sera ouvert prochainement près de St-Blasien, en pays de Bade, à 800 m. d'altitude.

Il comportera 100 places environ, et recevra des garçons de 6 à 12 ans et des filles jusqu'à 14 ans.

Les propositions de placement devront être établies par les médecins des dispensaires antituberculeux.

Pour tous renseignements, s'adresser au Médecin Directeur de la Santé de chaque département.

Le Service des Microfilms de l'Army Medical Library.

Grâce au Dr Atherton Seidell, apôtre de la documentation microfilmée, la bibliothèque médicale de l'Armée américaine à Washington est capable de fournir un microfilm de n'importe quel article médical se trouvant à cette bibliothèque. La liste de ces articles paraît toutes les semaines, au fur et à mesure de leur réception, sous le nom de « Current List of Medical Literature ». Cette « Current List » est envoyée aux principales bibliothèques médicales de France et des Colonies.

Grâce à l'obligeance des autorités américaines, le service de la Documentation Médicale de la Mission Française Santé Publique à Washington peut obtenir ces microfilms, à condition que la demande ne dépasse pas une certaine quantité. Ainsi, tout chercheur désireux d'obtenir un article médical se trouvant dans la Current List n'a qu'à écrire au Ministère de la Santé Publique (Service de la Documentation) pour demander un microfilm de cet article. Si c'est urgent, il peut envoyer par avion un double de cette lettre au Service de la Documentation Médicale de la Mission Française Santé Publique, 1329 18th Street, N.W., Washington, 9, D.C., en mentionnant qu'il s'agit d'un duplicata de la lettre envoyée au Ministère. Le microfilm en question parviendra gratuitement au destinataire par l'intermédiaire du Ministère de la Santé Publique, à Paris.

Conseil National de l'Ordre.

Le Conseil de l'Ordre a tenu sa première session les 11 et 12 mai. Voici la liste de ses membres :

Délégué de l'Académie de Médecine : Prof. Baudouin.

Région de Paris : Prof. Portes ; Drs Lafay, Oberlin, Larget ; région de Bordeaux : Bardon ; région de Lille : Legrand ; région de Poitiers : Laffitte (Niort) ; région de Rennes : Marquis ; région d'Orléans : Carlotti (Auneau) ; région de Toulouse : Caffort ; région de Limoges : Robert (Isoudun) ; région de Chalons-sur-Marne : Lagnier (Marcilly-sur-Seine) ; région de Clermont-Ferrand : Dufourt (Vichy) ; région de Montpellier : Vidal ; région de Marseille : de Vernejoul ; région de Lyon : Lacroix (Jean) (Villeurbanne) ; région de Nancy : Coulet ; région de Laon : Bodson (Hirson) ; région de Rouen : Pr Villey (Caen) ; région de Grenoble : Arbassier ; région d'Angers : Pr Auvigne ; région de Dijon : Deguignand ; région de Strasbourg : Dr Duhamel (Colmar) ; région d'Alger : N.

Conseiller d'Etat : M. Blondel.

Et voici la composition de son bureau :

Président : Pr Portes.

Vice-présidents : Drs Duhamel, Laffitte, Deguignand, Legrand.

Secrétaire général : Dr Lafay.

Trésorier : Dr Larget.

nouveau
COLLYRE AZO-SULFAMIDE
OPHTAZOL
Parasulfamido phénylazosalicylate de lithium
NON CAUSTIQUE NON IRRITANT
Conjonctivites aigües et chroniques
Ulcères de la cornée - Dacryocystites
Désinfection pré-opératoire de la conjonctive
Trachome
EN INSTILLATIONS
EN LAVAGES des voies lacrymales
ROUSSEL
LES LABORATOIRES ROUSSEL
Laboratoires Français de Chimiothérapie
88, rue du Cherche-Midi, Paris (6e) - Tél. Litré 68-22

MÉDICAMENT DES ANGOISSÉS DU CŒUR
PRODUIT PHYTOTHÉRAPIQUE
EUPHYTOSE
Deux formes : Solution, Comprimés
LABORATOIRE MADYL
14, Rue de Miromesnil, PARIS (8e)

La meilleure manière de prescrire le PHOSPHORE sous une forme entièrement assimilable
FOSFOXYL CARRON
" Phosphore colloïdal "
TOUTES DEFICIENCES ADULTES et ENFANTS
SIROP anisé
PILULES dragéifiée — LIQUEUR menthée (non sucrée)
Laboratoire B. CARRON, — Clamart (Seine)

A TRAVERS L'OFFICIEL

ACCIDENTS DU TRAVAIL.

Arrêté du 12 avril 1946 modifiant le tarif des frais médicaux en matière d'accidents du travail.

Le ministre du Travail et de la Sécurité sociale,

Vu l'arrêté du 25 septembre 1945 modifiant le tarif des frais médicaux en matière d'accidents du travail ;

Vu l'ordonnance du 19 octobre 1945 fixant le régime des assurances sociales applicable aux assurés des professions non agricoles et notamment les articles 10, 11, 12 et 13 de ladite ordonnance ;

Vu l'arrêté du 29 octobre 1945 rendant applicable la nomenclature générale des actes professionnels;

Vu l'avis émis par la commission permanente de la nomenclature à sa séance du 19 mars 1946 ;

Arrête :

Article premier. — L'article premier de l'arrêté du 25 septembre 1945 relatif au tarif des frais médicaux en matière d'accidents du travail, est modifié et complété ainsi qu'il suit :

« Les tarifs approuvés en vertu de l'article 10 de l'ordonnance du 19 octobre 1945 fixant le régime des assurances sociales applicable aux assurés des professions non agricoles, sont applicables dès leur entrée en vigueur au paiement des honoraires et frais accessoires dus aux praticiens et aux auxiliaires médicaux pour les soins de toute nature donnés aux victimes d'accidents du travail.

« En ce qui concerne la consultation ou la visite, une réduction de 20 % est opérée sur les tarifs visés à l'alinéa précédent, sauf dans les cas suivants :

« a) Consultation donnée dans un établissement hospitalier public ou privé ou dans un dispensaire;

« b) Maladies professionnelles.

« Pour l'application des tarifs visés au premier alinéa ci-dessus, les actes ci-après énumérés sont affectés, dans la nomenclature des actes professionnels, des coefficients suivants :

« Consultation ou visite du médecin traitant lors du contrôle de la victime : C × 1,5 ou V × 1,5. Ces consultations ou visites ne subissent pas la réduction prévue au deuxième alinéa du présent article.

« Certificat médical initial constatant de façon précise le siège, la nature de la blessure et le pronostic probable :

« a) En cas de blessure légère : P. C. × 0,4 ;

« b) Descriptif en cas de blessure grave ou lorsqu'une blessure présumée légère devient grave : P. C. × 0,7.

« Certificat final descriptif et détaillé constatant l'état du blessé après consolidation d'une blessure grave : P. C. × 1.

« Les honoraires ainsi établis pour les certificats se cumulent avec le prix de la visite ou de la consultation ; ils comprennent les frais de copie, de rapport et de correspondance ».

STUPEFIANTS.

Un arrêté du 12 avril 1946 fixe les limites à la fabrication et à la distribution des produits stupéfiants.

(J. O., 18 avril 1946.)

HYPERCHLORHYDRIE
TOUTES DOULEURS GASTRIQUES

GASTROSEDYL

GOUTTES

Le grand remède de toutes les
GASTRALGIES

COMPOSITION INCHANGÉE

Teinture Dausse de belladone..... 46
Teinture Dausse de jusquiame..... 20
Liqueur ammoniacale anisée..... 20
Bromure de Sodium.. 13
Phosphate de codéine: 1

Antispasmodique certain
Régulateur de l'acide gastrique
Sédatif à effet immédiat

POSOLOGIE

10 à 30 gouttes dans un peu d'eau sucrée après les repas et au moment des douleurs

LABORATOIRES J. LANDRIER
— Coulange-sur-Yonne (YONNE) —

MÉTHODE DE WHIPPLE
TECHNIQUE DE MINOT ET MURPHY

SYNDROMES ANÉMIQUES
INSUFFISANCES HÉPATIQUES

HÉPATHÉMO
DESCHIENS

EXTRAIT CONCENTRÉ DE
FOIE DE VEAU FRAIS
Hémoglobine, Vitamines Hépato-Sanguines
Ampoules buvables de 10 cc. et 3 cc. - Sirop

DESCHIENS, Docteur en Pharmacie, 9, Rue Paul-Bamby - PARIS (8e)

VERMALA
OXYUROSE

VERT MALACHITE

LABORATOIRES F. BOUCHARD
83, rue Dutot, PARIS (15e)

CONTROLE MEDICAL SCOLAIRE.

Avis de concours pour les postes de médecins chargés du contrôle médical dans les lycées, collèges classiques, modernes et techniques, écoles de métiers, écoles nationales professionnelles et écoles nationales professionnelles d'horlogerie.

Un concours sur titres est ouvert, conformément aux dispositions des arrêtés des 20 novembre 1945 et 26 janvier 1946 en vue de pourvoir à tous les postes de médecins chargés du contrôle médical dans les lycées, collèges classiques, modernes et techniques, écoles de métiers, écoles nationales professionnelles et écoles nationales professionnelles d'horlogerie

Les dossiers de candidature doivent être adressés aux recteurs d'académie entre le 25 avril et le 25 mai 1946, délai de rigueur.

Les médecins en service actuellement cesseront leurs fonctions le 30 septembre 1946. Il leur appartient de faire acte de candidature en vue d'une nouvelle nomination.

Toutes indications relatives aux fonctions de médecins examinateurs chargés du contrôle médical dans les établissements publics d'enseignement du second degré (et par extension de l'enseignement technique) sont portées au « Journal Officiel » du 21 décembre 1945 (page 8456).

Pour tous renseignements s'adresser aux médecins inspecteurs régionaux de l'hygiène scolaire et universitaire auprès des recteurs d'académie. Pour le département de la Seine, s'adresser 5, rue Auguste-Vacquerie, Paris (16).

(*J. O.*, 21 avril 1946.)

CERTIFICAT PRENUPTIAL.

Arrêté du 15 avril 1946 fixant le modèle obligatoire du certificat prénuptial.

Article premier. — Le certificat d'examen médical avant mariage, rendu obligatoire par l'article 5 de l'ordonnance du 2 novembre 1945 sur la protection maternelle et infantile, doit être établi conformément au modèle annexé au présent arrêté.

MODELE

Je soussigé, docteur en médecine, ...
..... certifie avoir examiné en vue du mariage :
Mademoiselle ..... (1)
Madame .....
Monsieur .....
Avant de délivrer le présent certificat, je déclare avoir pris connaissance des résultats des examens :
1° Radioscopique ou radiographique (1) effectués par le dispensaire public de ..... (3) ou par le docteur ..... (2), médecin agréé à cet effet ;
2° Sérologique effectué par le laboratoire agréé de ..... (3),
et avoir fait part à l'intéressé de mes constatations et des conséquences que peut avoir son état de santé sur lui-même, sur la santé de son conjoint ou sur la santé de ses descendants.

A ....., le .....

(1) Rayer la mention inutile.
(2) Indiquer le nom du médecin.
(3) Indiquer le dispensaire ou le laboratoire.

(*J. O.*, 18 *avril* 1946.)

PROSTITUTION.

Loi du 24 avril 1946 instituant un fichier sanitaire et social de la prostitution.

Article premier. — Un fichier central sanitaire et social de la prostitution est institué pour l'ensemble du territoire métropolitain au ministère de la Santé Publique à Paris.

Le fichier sanitaire de la prostitution présente un caractère exclusivement médico-social.

VINGT PEPTONES DIFFÉRENTES
Hyposulfites de Magnésium et de Sodium
Sels halogénés de Magnésium
ANACLASINE
RANSON
Comprimés — Granulé
Désensibilisation
Etats Hépatiques
Action Cholagogue
ANACLASINE INFANTILE
Granulé soluble
LABORATOIRES DÉ L'OPOCALCIUM
96, Rue Orfila PARIS (20e)

INSULINOTHÉRAPIE
plus de démarches
plus de bons !
LA PRESCRIPTION
DE
L'ENDOPANCRINE
est libre
DEPUIS AVRIL 1946
LABORATOIRE DE L'ENDOPANCRINE
48, RUE DE LA PROCESSION. PARIS (15e)

Ce fichier est placé sous la direction du médecin chargé de la prophylaxie antivénérienne au ministère, secondé par une assistante sociale compétente et ses relations sont établies avec les services médicaux-sociaux locaux de contrôle sanitaire de la prostitution.

Art. 2. — Le fichier sanitaire et social de la prostitution a pour objet :

a) De dépister les prostituées vénériennes voulant se dérober au traitement de leur maladie ;

b) De permettre la régularité et l'achèvement des traitements prescrits par les médecins chargés du contrôle sanitaire de la prostitution ;

c) De faciliter la reconstitution rapide du carnet sanitaire d'une prostituée ayant égaré celui qu'elle possédait ;

d) De rassembler des informations complètes et précises présentant un intérêt statistique épidémiologique et sociologique indiscutable.

Art. 3. — Le fichier sanitaire et social de la prostitution est constitué par le moyen de fiches dont le modèle est établi par le ministre la Santé Publique et qui sont fournies par ce dernier au fichier central à tous les services locaux du contrôle sanitaire de la prostitution.

Pour toute prostituée, les médecins chargés du contrôle sanitaire de la prostitution doivent établir ou faire établir par leur assistante, en double exemplaire, les fiches suivantes :

1° Fiche dossier personnel comportant la photographie de l'intéressée, les nom, prénoms, surnom, signalement, les renseignements d'état civil et le domicile ;

2° Fiche sanitaire sur laquelle seront reportés notamment : les données du premier examen les résultats des analyses sérologiques périodiques, les hospitalisations pour gonococcie et, s'il y a lieu, les traitements antisyphilitiques ;

3° Fiche sociale contenant des indications sur la situation familiale de l'intéressée, âge auquel elle s'est prostituée, la profession, l'origine de la prostitution.

Le dossier sanitaire et social de la prostituée est strictement confidentiel et ne doit sous aucun prétexte être communiqué à un tiers.

Art. 4. — Le fichier sanitaire et social de la prostitution fonctionne dans les conditions suivantes :

Un exemplaire du dossier ainsi constitué sera immédiatement transmis à Paris, au service central du fichier sanitaire et social de la prostitution.

L'autre exemplaire qui sera le dossier « mobile », suivra la prostituée dans ses déplacements successifs.

A cet effet, lorsqu'une prostituée quittera une ville où elle était soumise au contrôle sanitaire, le dossier mobile sera retiré du fichier local pour être transmis aux services du fichier central à Paris, par les soins du médecin chargé du contrôle sanitaire ou de son assistante sociale ou infirmière. Lorsqu'une prostituée arrivera dans une ville, le dossier mobile sera réclamé au fichier central par le médecin ou l'assistante du service du contrôle sanitaire de la prostitution dans cette ville.

Art. 5. — Tout le personnel employé au fichier central de la prostitution y compris le personnel administratif, est astreint au secret professionnel sous les peines prévues par l'article 378 du code pénal.

Art. 6. — Les dispositions de la présente loi sont applicables en Algérie.

(*J. O.*, 25 *avril* 1946.)

COIRRE
ARGYROPHEDRINE
gouttes nasales
SÉDIBAÏNE
sédatif nerveux sans action dépressive
SOLUCALCINE
chlorure de calcium pur et stable
TITANE COIRRE
pansement gastro-intestinal
COIRRE, PHARMACIENS, PARIS — 5, Bd MONTPARNASSE, SEG 02-79

PASSIFLORINE
Le médicament des cœurs instables
La PASSIFLORINE
par sa composition atoxique
PASSIFLORE, AUBÉPINE, SAULE
est un calmant
du Système végétatif
et un
Régulateur toni-cardiaque
La PASSIFLORINE
est le grand remède phytothérapique
de l'Eréthisme cardiaque
avec
Palpitations et Tachycardie
Laboratoire G. RÉAUBOURG, Dr en Phie
115, Rue de Paris - BOULOGNE-sur-SEINE



CALCIUM CORBIÈRE

27, RUE DESRENAUDES
PARIS

PARTIE SCIENTIFIQUE

CONGESTION BRONCHO-PULMONAIRE PROTEIFORME

par le professeur Jean MINET, M. NIQUET et Mlle ARNOTT

OBSERVATION. — R... Jacques, arrêté le 13 juin 1944 par les Allemands, est déporté le 15 juillet dans un camp de concentration, près de Hambourg. Robuste, n'ayant aucun antécédent pathologique notable, il ne supporte pas trop mal la captivité. Il perd cependant dix kilos en l'espace de dix mois environ. Au moment de la libération du camp par les troupes alliées et malgré quelques crises intermittentes de diarrhée, il est encore en assez bon état pour se mettre en route vers la France, soutenu par l'immense espoir du retour au foyer familial.

Au cours de son transfert, il se sent envahi par une dépression physique rapidement grandissante. Sa température s'élève. Arrivé à Lille, il peut à peine se tenir debout. On le dirige vers le service d'isolement de la clinique.

Au premier examen, il apparaît très amaigri, pâle, répondant mal à l'interrogatoire, visiblement prostré et confus. Avec beaucoup de peine, on apprend qu'il a eu deux épistaxis ; qu'il souffre d'une céphalée violente, généralisée, continue, accompagnée de bourdonnements d'oreilles ; qu'il n'a pu dormir depuis plus de quarante-huit heures ; que la diarrhée est réapparue.

Sa température est à 40°, son pouls à 110. La langue est saburrale, l'haleine fétide. L'abdomen est souple ; pas de gargouillement dans la fosse iliaque droite. Le foie n'est pas sensible à la pression ; il déborde le bord costal d'un travers de doigt sur la ligne mamelonnaire. La rate, non palpable, se laisse vaguement percuter sur deux ou trois centimètres de hauteur.

L'exploration du système nerveux, en dehors de la prostration et de la confusion déjà signalées, ne révèle rien d'anormal.

Il en est de même de l'appareil cardio-vasculaire : les bruits du cœur sont bien frappés, réguliers ; la pointe bat à sa place, dans le cinquième espace intercostal ; la tension est à 11,5 — 6.

Rien à signaler du côté de l'appareil génito-urinaire. Les urines, hautes en couleur, ne contiennent ni albumine, ni sucre.

Enfin, à l'exploration de l'appareil respiratoire, on ne note pas autre chose que des râles de bronchite disséminés dans toute l'étendue des deux champs pulmonaires. Il existe une toux fréquente, grasse, accompagnée d'une expectoration muco-purulente assez abondante, émise après les quintes de toux. Pas de dyspnée, pas de point de côté. L'examen radioscopique du thorax ne montre aucune image suspecte.

Devant cet ensemble clinique : début par céphalée et épistaxis il y a quatre ou cinq jours, prostration, diarrhée, température à 40°, rate vaguement percutable, bronchite diffuse, l'hypothèse d'une typhoïde ou d'une paratyphoïde se présente à l'esprit. Une hémoculture est faite sur divers milieux : elle se révèlera négative ; de même, un séro-diagnostic effectué quelques jours plus tard.

Six jours après, le 30 mai, dans la matinée, sous l'influence d'une thérapeutique appropriée, la température, descendue en lysis, ne dépasse plus 37°. Cependant, l'état général ne s'est pas amendé ; le malade est toujours prostré ; l'insomnie, la céphalée persistent, aussi rebelles ; l'état bronchique ne s'est pas modifié.

Dans la soirée du même jour, la température remonte à 40°.

Le lendemain matin, 31 mai, la température est à 37°6. L'état général reste toujours stationnaire. Par contre, l'examen de l'appareil respiratoire met en évidence, à la base droite, en arrière et sous l'aisselle, de la submatité, de l'exagération des vibrations vocales, des sous crépitants très fins éclatant aux deux temps de la respiration ; pas de souffle.

Au cœur, apparition d'un bruit télésystolique de la pointe, variable avec les changements de position du malade et les temps de la respiration, bruit paraissant bien avoir une origine extra-cardiaque.

Après une élévation de la courbe thermique à 39°2, celle-ci redescend au-dessous de 38° et, le 3 juin, une amélioration considérable est survenue. R... est sorti de sa prostration et répond normalement aux questions. Céphalée, insomnie, diarrhée, ont disparu. Le foie n'est plus augmenté de volume. La rate reste légèrement percutable. A l'examen de l'appareil respiratoire, aucun changement : la submatité, l'exagération des vibrations vocales et les sous crépitants très fins persistent, inchangés.

Le 5 juin, l'état général n'inspire plus aucun souci et l'apyrexie est obtenue. En revanche, les signes pulmonaires se sont singulièrement modifiés. Alors que les symptômes fonctionnels — toux et expectoration — sont en nette régression, la submatité de la base droite s'accentue et s'étend en hauteur. Les vibrations vocales passent des deux côtés, sensiblement égales. Le murmure vésiculaire n'est pas altéré. Les râles sont devenus plus humides et plus gros ; ils existent aux deux temps de la respiration, avec une importante prédominance inspiratoire ; ils rappelleraient les crépitants, s'ils étaient plus fins. De plus, dans la région para-vertébrale droite, on entend un souffle surtout expiratoire, souffle plus volumineux et à tonalité moins nette que le souffle tubaire de la pneumonie. La radioscopie montre, de profil, une ombre triangulaire occupant la zone dorsale inférieure droite.

Du 5 au 11 juin, les signes se maintiennent, à peu près inchangés ; seul le souffle s'atténue progressivement ; il a presque disparu le 9 juin.

Le 11 juin, l'état général est devenu excellent ; l'apyrexie est complète ; l'appétit revient ; la rate n'est plus percutable. La toux se produit par quintes survenant surtout la nuit, toux grasse accompagnée de quelques crachats jaunâtres. Les signes physiques, une fois de plus, se sont transformés. La moitié inférieure de l'hémithorax droit est mate. Les vibrations vocales, à peu près abolies à l'extrême base, réapparaissent peu à peu à mesure qu'on remonte vers la limite de la matité. On entend, assez assourdis, des sous crépitants et quelques bruits bronchiques. A la partie supérieure de la zone mate existe un souffle expiratoire doux, lointain, voilé. Pas d'égophonie ni de pectoriloquie aphone. La radioscopie montre, en profil, la persistance d'une ombre triangulaire occupant la zone dorsale inférieure droite ; pas d'image liquidienne.

Les signes notés le 11 juin régressent assez rapidement Les râles et le souffle ont disparu le 14 juin ; la matité persiste.

Le 16 juin, bien que la matité soit en voie de nett atténuation, on perçoit passagèrement de la pectoriloquie aphone et de l'égophonie, avec réapparition du souffle para-vertébral.

Et le 18 juin, toujours dans l'apyrexie, le souffle persiste encore, alors qu'apparaissent localement des râles à timbre de crépitants de retour.

Le 20 juin, les signes cliniques ont tout à fait disparu et font place à une respiration normale. La radioscopie montre le nettoyage à peu près complet de la zone précé

demment obscure. Le malade quitte l'hôpital, guéri de cette singulière et protéiforme affection broncho-pulmonaire.

En résumé, chez le même malade, nous voyons se succéder, en l'espace de vingt-cinq jours, les signes d'une bronchite aiguë généralisée, puis d'un foyer de congestion pulmonaire aiguë, ensuite d'une zone pseudo-pneumonique, enfin d'une spléno-pneumonie. Pendant une bonne partie de cette même période, on note, à l'écran, une image persistante, opaque, triangulaire, occupant la zone dorsale inférieure droite.

Une telle évolution justifie le titre que nous avons donné à cette publication : il s'agit bien d'une congestion pulmonaire aiguë protéiforme.

Cette observation apporte une éclatante confirmation à l'opinion soutenue il y a déjà longtemps par l'un de nous, avec Dupire et Roose, dans diverses publications, en particulier dans **Paris Médical** et dans la thèse de Roose, sur l'intrication habituelle en clinique des diverses formes de pneumopathies infectieuses aiguës : pneumonie, broncho-pneumonie, congestion pulmonaire type Woillez, congestion pleuro-pulmonaire type Potain, fluxion de poitrine de Dieulafoy, spléno-pneumonie de Grancher.

Suivant leurs idées personnelles, les auteurs font intervenir des notions anatomiques ou étiologiques et proposent d'autres dénominations ; mais le cadre nosologique reste toujours le même et la division didactique précédente persiste sans modification dans les éditions successives des traités de pathologie.

Pourtant lorsque, au lit du malade atteint d'une pneumopathie aiguë, après un examen clinique rigoureux complété si possible par un examen radiologique, on essaie d'appliquer à la maladie le nom qui lui convient, on constate qu'il est souvent bien difficile de choisir à coup sûr la dénomination appropriée. On se trouve, la plupart du temps, en présence de formes cliniques hybrides que l'on n'arrive pas à faire entrer dans les cadres nosologiques classiques.

Cette notion s'est imposée à l'un de nous depuis longtemps, aussi bien chez l'enfant que chez l'adulte. Il était nécessaire néanmoins, pour que cette idée ne résultât pas seulement d'une impression clinique, de l'étayer sur des observations aussi nombreuses et rigoureuses que possible. C'est ce qu'ont fait, en 1936, Jean Minet, Dupire et Roose. Ils ont rassemblé, à la clinique médicale et phtisiologique de Lille, les observations qui, dans un espace de six ans, concernaient des malades atteints de pneumopathies aiguës. Après avoir éliminé celles qui étaient inutilisables par insuffisance de description séméiologique ou parce qu'on n'avait pas assisté à toute l'évolution de l'affection, ils ont pu disposer de 63 observations. Leur analyse met en évidence le fait essentiel suivant : les différents types de pneumopathies infectieuses aiguës sont, la plupart du temps, associés, intriqués, chez le même malade.

Commentant ces observations, Minet, Dupire et Roose relèvent :

1° Cinquante-sept cas où l'intrication des pneumopathies infectieuses aiguës entre elles est indiscutable ;

2° Six cas d'alvéolite pure, réalisant le tableau clinique de la pneumonie.

Dans les cinquante-sept cas où l'intrication est indiscutable, on rencontre :

a) **L'intrication de deux syndromes** : chez 9 sujets, association de manifestations bronchiques et congestives ;

Chez 8 autres, association de phénomènes congestifs et pleuraux ;

Chez 3, association de manifestations alvéolaires et pleurales ;

Chez 3, association de manifestations alvéolaires et bronchiques ;

Chez 9, association de manifestations alvéolaires et congestives.

Ces diverses associations se sont faites soit simultanément, soit sous forme de manifestations congestives précédant l'alvéolite, soit sous forme d'alvéolite précédant les manifestations congestives.

b) **L'intrication de trois syndromes** : chez 8 patients, association de manifestations bronchiques, congestives et pleurales ; chez un seul, association de manifestations bronchiques, alvéolaires et pleurales ; chez 6, association de manifestations alvéolaires, congestives et pleurales ; chez 3, association de manifestations bronchiques, alvéolaires et congestives.

c) **L'association de quatre syndromes** : chez 5 sujets, réunion de signes bronchiques, congestifs et alvéolaires, à l'entrée à l'hôpital, suivis de signes pleuraux ; chez un autre, existence simultanée des quatre ordres de symptômes ; chez un dernier, syndrome pneumonique suivi de signes bronchiques, puis congestifs, enfin pleuraux.

Rappelons que, dans les 63 observations analysées, six se rapportent à des malades chez lesquels la pneumonie a existé à l'état de pureté, sans aucun mélange de signes bronchiques, congestifs ou pleuraux.

Le tableau ci-après résume ces notions et montre, à l'évidence que, à part un certain nombre de pneumonies lobaires pures, les pneumopathies infectieuses aiguës s'intriquent entre elles de façons variées.

Les divers syndromes en question s'intriquent soit dans le même temps — c'est l'éventualité habituellement rencontrée, — soit sous forme de processus différents en des points différents ; soit sous forme de succession, en un même point, de deux processus différents. Et l'observation rapportée au début de cet article, — où nous voyons se succéder les signes d'une bronchite aiguë, puis d'une congestion pulmonaire, ensuite d'un foyer pneumonique, enfin d'une splénopneumonie, avec persistance d'une même image radiologique malgré la diversité des signes cliniques, cette observation vient singulièrement à l'appui de la conception exposée jadis par l'un de nous.

Est-ce à dire qu'il faille refuser aux descriptions classiques la valeur qu'on leur attribue depuis longtemps ?

Non.

Il est bien certain, en effet, que les différents types cliniques, bien qu'intriqués, se présentent sous des aspects divers qui permettent de distiguer des formes à prédominance pulmonaire (soit à alvéolite prédominante se rapprochant de la maladie de Woillez, soit à congestion prédominante) ; des formes à prédominance bronchique ; des formes à prédominance pleurale se rapprochant soit de la splénopneumonie, soit de la maladie de Potain.

Toutefois, l'erreur est de considérer ces formes cliniques comme autant de maladies différentes, alors que les points de contact qui solidarisent ces diverses variétés prédominantes permettent de grouper les manifestations broncho-pleuro-pulmonaires aiguës dans le même cadre.

D'ailleurs, si nous nous reportons aux textes, nous voyons que cette idée n'est pas en contradiction avec celles de Woillez, de Serrand, de Grancher.

cation de manifestations congestives et pneumoniques, mais encore il la considère comme la règle et s'appuie sur des protocoles d'autopsie.

Serrand, élève de Potain, rapporte dans sa thèse plusieurs observations qui montrent la coexistence fréquente de manifestations congestives et de manifestations pleurales : congestion pulmonaire précédant une pleurésie (obs. 1), association d'un épanchement pleural et d'une congestion pulmonaire à gauche, tandis que le côté droit ne présente que les signes de l'hypérémie du poumon seule (obs. 2) ; épanchement pleural avec congestion pulmonaire du côté gauche, noyau de pneumonie du même côté (obs. 3).

Grancher, dans son livre sur les maladies de l'appareil respiratoire, rassemble toutes ces données et écrit : " Fréquemment les bronchites et les pneumonies s'associent, ou encore les pneumonies et les pleurésies... de sorte que rien n'est plus difficile que de marquer en posologie les

Intrication de quatre syndromes	Intrication de trois syndromes				Intrication de deux syndromes					Un seul syndrome
Bronchique.	Bronchique	Bronchique	Alvéolaire	Bronchique	Congestif	Congestif	Alvéolaire	Alvéolaire	Alvéolaire	Pneumonie
Alvéolaire	Congestif	Alvéolaire	Congestif	Alvéolaire	Pleural	Bronchique	Pleural	Bronchique	Congestif	
Congestif.	Pleural	Pleural	Pleural	Congestif						
Pleural.										
7 observations . . .	8 obs.	1 obs.	6 obs.	3 obs.	8 obs.	9 obs.	3 obs.	3 obs.	9 obs.	6 obs.

Woillez, dans son traité clinique des maladies aiguës des organes respiratoires, écrit, en effet : " Avant d'aller plus loin, il est indispensable de faire connaître le rôle important que joue l'hypérémie pulmonaire dans la pneumonie franche, soit au début de la maladie, soit pendant cette évolution... Cette hypérémie peut précéder la pneumonie ". Et, dans son second mémoire sur la congestion pulmonaire, Woillez relate quelques observations à l'appui de cette opinion : " L'une la XVIe, est relative à une femme chez laquelle l'hypérémie du poumon, de huit jours de durée, a précédé l'apparition de la pneumonie ; l'autre, la XVIIe, montre que, chez un mécanicien de quarante-quatre ans, une pneumonie non moins bien accusée que la précédente a été précédée d'une congestion pulmonaire pendant cinq jours ". Mais, écrit Woillez, " la congestion peut accompagner la pneumonie, soit en occupant le poumon " réputé sain ", soit en siégeant dans le même poumon déjà atteint par le processus pneumonique ". Il ajoute encore : " Quarante malades atteints de pneumonie aiguë simple ont été explorés par moi... A l'exception des deux sujets, les plus âgés, tous les autres ont offert des modifications très sensibles du bruit respiratoire du côté exempt de pneumonie, sept malades présentaient des râles de bronchite, tous les autres des râles de congestion ".

Ainsi donc, Woillez admet non seulement l'intri-

frontières de chacun de ces états morbides d'autant que les signes cliniques sont souvent communs, la marche de la maladie assez semblable et les lésions anatomiques identiques ou très voisines les unes des autres... La congestion pulmonaire est le type de ces rubriques provisoires, beaucoup trop compréhensives et par cela même obscures et confuses, où chacun entend à peu près ce qu'il veut. "

A côté des arguments cliniques qui étayent si fortement cette conception des pneumopathies aiguës — conception dont le mérite remonte d'ailleurs aux auteurs, Woillez, Grancher, dont le nom a été donné à diverses formes de ces pneumopathies — il existe des arguments anatomiques, auxquels nous avons déjà fait allusion. Voici le résumé de quelques autopsies particulièrement démonstratives :

a) Intrication clinique de signes congestifs, alvéolaires, bronchiques et pleuraux. A l'autopsie, liquide séreux et plaques pseudo-membraneuses, dans la plèvre gauche ; hépatisation grise du lobe inférieur gauche, sauf à la base, où il n'y a que de la congestion ; caillots fibrineux dans les petites bronches ; congestion de tout le poumon droit (Woillez, obs. 29).

b) Intrication de symptômes bronchiques, alvéolaires (base gauche) et congestifs (deux bases). A l'autopsie, hépatisation nette à gauche, conges-

tion hémorragique et œdème à la base droite (Minet, Dupire et Roose).

c) Intrication de signes alvéolaires (base gauche) et congestifs (base droite). L'autopsie met en évidence un foyer pneumonique dans le lobe inférieur gauche et un foyer de congestion hémorragique dans la partie inférieure du poumon droit (Minet Dupire et Roose).

d) Intrication de symptômes bronchiques, congestifs (bases droite et gauche) et pleuraux (base droite). A l'autopsie, réaction liquidienne de la base droite avec adhérences pleurales ; phénomènes congestifs et œdémateux aux deux bases (Minet, Dupire et Roose).

On voit, par ces courts résumés, que les autop. sies n'ont pas infirmé la conception clinique, mais, au contraire, prouvent le bien-fondé de l'interprétation des faits.

La thérapeutique, enfin, constitue une preuve de plus d'unicité : fait-on, en effet, une différence entre le traitement d'une pneumonie, d'une broncho-pneumonie, d'une congestion type Potain, Woillez, Dieulafoy ou Grancher ? N'utilise-t-on pas toujours les mêmes médications, biologiques ou chimiques, avec une simple différence de dose suivant l'âge ou le degré de gravité ?

En résumé, il y a lieu de reconnaître à la fois l'existence de la pneumonie franche aiguë, entité morbide souvent pure ; et l'intrication habituelle des syndromes divers, bronchiques, congestifs, alvéolaires, pleuraux. Il n'y a pas de broncho-pneumonie, de maladie de Woillez, de Potain, de Grancher, de Dieulafoy, à l'état de pureté. Il y a des pneumopathies broncho-pleuro-pulmonaires, affectant, soit ensemble, soit successivement, deux ou plusieurs des types décrits par les auteurs. Cette notion n'avait pas échappé à Woillez, à Serrand, à Grancher. La preuve en découle de la clinique, de l'anatomie pathologique et de la thérapeutique.

VITAMINES ET EAUX MINÉRALES

Par le Docteur H. GAEHLINGER

Comment peuvent agir les eaux minérales dans les carences ? C'est là une question essentiellement neuve. A l'époque relativement très proche où l'avitaminose était attribuée exclusivement à un déficit d'apports alimentaires, la question ne pouvait se poser. Elle n'a pu être envisagée que depuis que nous savons qu'à côté des avitaminoses d'apport, il existe de façon au moins aussi fréquente, des avitaminoses d'absorption, de fixation ou d'utilisation.

Maurice Uzan a bien insisté sur la complexité des questions qui se poseront à ceux qui voudront systématiquement étudier les conditions d'élaboration et d'utilisation des ergones.

1° Une eau minérale qui modifie le milieu gastrique ou intestinal peut protéger ou détruire les produits ingérés. Le milieu chlorhydrique est favorable à l'acide ascorbique, qui est détruit partiellement dans un estomac hypo ou anachlorhydrique. De même, l'amélioration de la sécrétion biliaire et pancréatique favorisera l'absorption des vitamines liposolubles (A, D, E. K.).

2° La modification du milieu intestinal, la diminution des pullulations bactériennes, la cicatrisation des lésions colitiques, l'atténuation des fermentations gastro-intestinales s'opposeront aux oxydations qui détruisent les vitamines, tandis que la restauration de l'épithélium favorisera l'absorption.

3° L'amélioration de la fonction hépatique permettra le stockage des vitamines et facilitera le dédoublement des provitamines.

4° La présence de certains ions minéraux facilitera l'utilisation de certaines vitamines sous leur forme complexe. C'est ainsi que la phosphorylisation au niveau de l'intestin est nécessaire pour faciliter l'action des vitamines B1 et B2 en tant que co-enzymes, mais cette estérification a besoin de la présence de l'ion magnésium. D'où possibilité d'action pour une eau magnésienne intervenant dans l'organisme, pourvu toutefois que cette eau ne modifie pas par ailleurs, dans un sens indésirable, d'autres conditions physico-chimiques du milieu, le pH par exemple.

5° Nous savons que certains poisons organiques, acide oxalique, acide lactique, acide urique, urée, peuvent neutraliser les vitamines et donner un tableau singulièrement proche de celui des carences. Les eaux minérales de désintoxication et de diurèse pourront avoir une action favorable et modifier heureusement cet aspect jusqu'ici insoupçonné des intoxications organiques.

Recherches réalisées. Les expériences parcellaires que nous allons résumer ont porté surtout sur la vitamine C, parce que l'acide ascorbique peut, avec quelques réserves, être facilement décelé et dosé dans les urines et les liquides organiques. Dès 1924-1926, Mouriquand, Michel et Milhaud montraient l'influence favorable de Vichy. Grande Grille sur l'évolution du scorbut expérimental du cobaye, tandis que Challes et Saint-Honoré provoquaient une aggravation comparable à celle de l'extrait thyroïdien.

Il en est de même des expériences de M. Uzan sur l'action retardante des eaux alcalines fortes (Vals-Constantine).

Par contre, Flurin a montré l'intérêt de l'association de l'acide ascorbique avec les cures sulfurées (Cauterets) et, en collaboration avec A. Puech, a montré que l'eau minérale de Cauterets diminue l'élimination de l'acide ascorbique urinaire.

Max Vauthey a introduit la notion d'ascorburie de base et a montré l'élévation de ce test au cours de la cure de Vichy. Cette eau minérale provoquerait une fixation plus intense et plus rapide de l'acide ascorbique dans l'organisme, comme si cette eau agissait en augmentant la charge de vitamine C dans l'organisme.

Avec l'eau de Vals, expérimentalement et en clinique, les recherches d'Uzan montrent une augmentation de la charge tissulaire en acide ascorbique .

Vitamine B. Avec l'eau de Vals, chez le rat soumis à un régime carencé en complexe B, Uzan a vu les accidents retardés au delà parfois

du 62e jour. Les expériences cliniques de cet auteur nous semblent d'une interprétation plus malaisée.

⁂

Personnellement, les expériences de fixation de la vitamine C nous ayant paru d'une interprétation malaisée du fait de l'infidélité des tests, nous avons renoncé à continuer des recherches d'une explication facilement tendancieuse.

Cependant, au point de vue clinique, certains faits observés à Châtel-Guyon sont en faveur d'une meilleure utilisation ou d'une meilleure fixation des vitamines.

Chez les malades atteints de colibacillose ou de troubles toxiques d'origine stasique, les polynévrites sont fréquentes. Il est assez habituel de voir disparaître ces phénomènes douloureux ou même parétiques à la suite de la cure chlorurée magnésienne. Notre proportion de succès définitifs a augmenté depuis que, dans ces cas, nous associons la vitaminothérapie spécifique par l'aneurine, mais le fait que nous avions déjà obtenu des résultats favorables dans une période où les vitamines étaient pratiquement inconnues, est en faveur d'une amélioration de l'assimilation ou de fixation de la vitamine B.

Chez une malade, atteinte de typhlocolite chronique, était apparu depuis sept à huit ans, un syndrôme caractérisé par une langue rouge, dépapillée, douloureuse avec inflammation chronique des gencives. Tous ces troubles buccaux gênaient considérablement l'alimentation et obligeaient la patiente à se contenter d'une nourriture semi-liquide. Venant à Châtel-Guyon chaque année, cette malade remarquait que, pendant les trois ou quatre mois qui suivaient la cure, ses troubles douloureux et inflammatoires de stomatite s'amélioraient au point de rendre l'alimentation plus facile et moins pénible. Dès l'apparition dans le commerce de la vitamine PP, nous soumîmes notre cliente à l'administration d'acide et d'amide nicotiniques et obtînmes une guérison rapide et définitive des accidents buccaux. Voici donc une malade atteinte de carence PP, qui s'améliorait à l'occasion de chaque cure et nous croyons être en droit d'affirmer que l'eau minérale modifie les conditions d'absorption et d'assimilation des vitamines.

⁂

Quel que soit l'intérêt de ces quelques faits expérimentaux et cliniques, nos acquisitions sont encore fort peu nombreuses et cohérentes.

Il y aurait lieu d'établir pour les diverses sources thermales, tout un plan de recherches pour rétablir le mode d'action des eaux minérales sur telle ou telle carence. En étudiant chez l'animal sain, le délai d'apparition des symptômes de carence, puis des phénomènes d'irréversibilité, on obtiendrait quelques notions précieuses (Uzan). Mais ces notions ne pourraient être intégrées à l'homme malade qu'avec réserve.

Il est probable que certains ions métalliques des eaux minérales peuvent remplacer, suppléer ou renforcer l'action des vitamines déficientes. Dans des publications antérieures, nous avons résumé les travaux de Kuhnau qui considère certains métaux (fer, cuivre ,zinc, manganèse) comme des vitamines anorganiques. Le fer bivalent constitue avec l'acide ascorbique, un complexe d'une activité augmentée (Arloing). Le manganèse peut guérir le béri-béri et le zinc peut se substituer à la vitamine E, etc.

Nous ne sommes qu'à la période des hypothèses, mais peut-être pouvons-nous penser que certaines eaux minérales en débarrassant l'organisme de produits de combustion ou de poisons organiques ou en modifiant le pH des humeurs peuvent mettre en liberté des vitamines jusqu'alors neutralisées (Lecocq).

Beaucoup d'hypothèses, peu de faits indiscutables, mais des possibilités de recherches pleines de promesses.

CONSULTATIONS MEDICO-CHIRURGICALES

LA POUDRE D. D. T. EST-ELLE TOXIQUE ?

Je suis en train de dépouiller près de 100.000 indigènes avec la poudre D.D.T. Leurs habitations aussi. Mon personnel infirmier ne peut, comme il est recommandé, se munir de vêtements de protection pour cette opération. Il doit, en outre, rester pendant des laps de temps assez longs en contact cutané et respiratoire avec cette poudre.

Quels sont les signes d'intoxication chronique (légers peut-être, mais probables), qui ont déjà été signalés ? Je crois qu'il y a des manifestations d'intoxication nerveuse. Y en a-t-il d'autres ?

Dr C. (Maroc).

⁂

Voici la réponse du Professeur TANON, consulté sur ce sujet :

Il n'y a pas d'intoxication par la peau, ni par la muqueuse bronchique ; on n'en a pas observé encore. Il est possible que quelques troubles se produisent si les gens se trouvent dans un nuage de poudre D.D.T., c'est-à-dire s'ils en absorbent trop; mais, ce qu'ils peuvent inspirer au cours d'opérations normales n'est pas nocif. On a vu des personnes coucher dans des draps imprégnés d'un peu de poudre, et ne ressentir aucun inconvénient. Les inconvénients signalés pour les indigènes proviennent peut-être de ce qu'ils ne se lavent pas les mains imprégnées de poudre, avant de prendre leurs aliments, ou, comme il vient d'être dit, d'une absorption accidentelle. Les expériences faites par ingestion ou injection chez des rats ont déterminé des convulsions et des lésions hépatiques. Si l'on observe bien les recommandations d'emploi, à savoir le frottage de la ceinture, du cou, des poignets et des chevilles seulement, on ne doit rien remarquer : ou plutôt, on n'a rien remarqué jusqu'ici.

LES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

De l'urticaire à l'ulcère gastrique

(M. Loeper ; 5-2-1946)

M. Loeper cite un certain nombre d'observations dans lesquelles des crises répétées d'urticaire, de plus en plus violentes, accompagnées de brûlures et de vomissements, ont précédé de plusieurs années l'apparition d'un ulcus de la petite courbure ou du pylore.

Ces urticaires ne sont pas seulement d'origine alimentaire mais aussi sérique, et trois malades avaient reçu, à des périodes éloignées, de 2 à 4 injections de sérums divers.

De tels faits tendent une fois de plus à démontrer que, dans la genèse de certains ulcus tout au moins, les phénomènes allergiques alimentaires ou sériques jouent un rôle important.

Traitement de la crise de colique hépato-vésiculaire par le nitrite d'amyle

(M. Nemours-Auguste ; 5-2-1946)

L'auteur signale les résultats obtenus avec le nitrite d'amyle dans cinq cas de crise douloureuse vésiculaire, avec et sans calculs visibles aux rayons X, vésicule perméable ou non à la cholécystographie.

Après inhalation de nitrite d'amyle, la crise a été jugulée instantanément. Dans un cas de vésicule ne s'évacuant pas après absorption de repas de Boyden, au cours d'une crise, l'inhalation de nitrite a produit une évacuation en un temps à peu près normal.

N.-A. émet l'hypothèse que, chez des malades non opérés, les crises douloureuses seraient peut-être en rapport non avec la maladie de la vésicule mais avec des spasmes des voies biliaires, ce qui serait une confirmation des expériences de Butsch et de Mac Gowan.

Au point de vue pratique, il découle de là également que le critère de l'évacuation d'une vésicule doit être étudié, et pendant la crise, et surtout en période d'accalmie.

ACADEMIE DE CHIRURGIE

L'anesthésie du plexus brachial.

(MM. Pierre Aboulker et G. Mazars ; Rapport de M. Basset ; 16-1-1946)

La technique de l'anesthésie du plexus brachial est simple : elle comporte l'injection périplexique, dans le défilé costo-claviculaire, par voie sus-claviculaire (Kulenkampf) ou sous-claviculaire (Louis Bazy), d'une solution de novocaïne. MM. Aboulker et Mazars y ont eu recours dans 75 cas : 58 interventions sérieuses, depuis l'incision de phlegmons étendus et le traitement des fractures ouvertes des os de la main jusqu'à la carpectomie ; 17 interventions plus bénignes, incision de panaris, réduction de fractures du radius, etc. Ils concluent que cette anesthésie est un procédé fidèle, efficace, mais dont le territoire d'application ne doit pas dépasser en hauteur la région du coude. Quelques incidents sont possibles, qu'il faut s'efforcer d'éviter : piqûre de l'artère sous-clavière, piqûre de la plèvre, etc .

— M. Moulonguet signale le risque de paralysie prolongée du plexus brachial, noté déjà par divers auteurs. Il en a observé un exemple où la paralysie persistait encore six mois plus tard.

P. L.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX DE PARIS

Sodoku et pasteurellose chez un même malade.

(MM. Mollaret et Grigaut ; 22-2-1946)

MM. Mollaret et Grigaut rapportent l'observation d'un malade, mordu au milieu d'août par un jeune chat au cours d'une crise de fureur, qui présente vers le milieu de septembre une pustule qui rétrocéde, et au début d'octobre au médius droit une pustule contenant quelques polys altérés et quelques coccis, rapidement desséchée, centrant une petite zone œdémateuse. En même temps, apparaissent des adénopathies douloureuses sus épitrochléennes, sus et sous-claviculaires, et axillaires. Le tout est accompagné d'un léger état subfébrile, d'arthralgies, de myalgies et d'un élément éruptif à la base du thorax.

Les inoculations de sang ne donnent pas de résultat, mais le séro-diagnostic est positif pour le sodoku. Un traitement par le novar est institué, mais l'adénopathie sus-claviculaire devient de plus en plus grosse et douloureuse. La ponction ramène un pus chocolat, visqueux, ne contenant pas de germes. On pense à la pasteurellose et un mois après on retrouve la culture du liquide de pustule qui n'avait pas poussé après trois jours et qu'on avait abandonnée. On y trouve quelques éléments gram négatifs dont la taille et la forme s'apparentent aux pasteurella. On injecte dans le ganglion 50.000 unités de pénicilline qui n'a aucune action. Petit à petit les ponctions ramènent moins de pus. Les douleurs diminuent et la guérison survient avec un recul de trois mois sans récidive.

Les pasteurelloses sont des maladies rares chez l'homme et le chat. Elles ne se développent en général qu'associées à une autre maladie, ici le sodoku. Soulignons l'inefficacité de la pénicilline contre la pasteurellose.

SOCIETE FRANÇAISE DE GYNECOLOGIE

Séance du 19-11-1945

A propos de deux images d'oblitération tubaire bilatérale après hystérographie.

M. Jacques Grasset rapporte deux cas d'images d'oblitération tubaire bilatérale chez deux femmes :

L'une, ayant présenté dès le mois suivant, sans qu'elle ait eu à subir de traitement quelconque, une gestation qui a normalement évolué ;

L'autre qui, atteinte d'infantilisme génital, est devenue enceinte 8 mois plus tard, dès que l'utérus eut atteint un certain développement.

Il existe donc à l'origine de ces défauts de perméabilité tubaire deux facteurs jusqu'ici peu mis en évidence :

— les spasmes tubaires siégeant au niveau de la partie intramurale de la trompe ;

— l'infantilisme génital qui doit conditionner une insuffisance du calibre des trompes.

Ces notions montrent tout l'intérêt qu'il y a à faire précéder les explorations tubaires par l'administration d'antispasmodiques. Elles incitent aussi à ne pas toujours considérer les images d'oblitérations tubaires comme traduisant une lésion organique définitive et à ne pas nier, dans ces cas, toute possibilité de fécondation ultérieure.

Phlébites et embolies en chirurgie gynécologique. Médications nouvelles.

M. P. Ulrich. — L'auteur constate d'abord que phlébites et embolies post-opératoires sont moins redoutées à l'heure actuelle que naguère. Il ya 25 ans, sur 5 % des décès post-opératoires dans le fibrome, 3 % au moins étaient dus à l'embolie. Cette régression du « péril bleu » est la conséquence des précautions méthodiques mises en œuvre. Les travaux de Chalier sur l'excellence du lever précoce y ont contribué pour une large part. La tactique intra-opératoire tendant à éviter systématiquement la traumatisation instrumentale des grands pédicules vasculaires pelviens, le choix de la technique opératoire y sont également pour beaucoup. Ulrich a démontré, en effet, que l'hystérectomie vaginale aussi bien que la myomectomie abdominale conservatrice ne sont pour ainsi dire jamais suivies d'embolies. Les traitements pré et post-opératoires de l'appareil cardio-vasculaire occupent également une place importante dans la prévention des embolies et des phlébites.

De nouvelles et très intéressantes perspectives dans la lutte préventive et parfois même curative des phlébites et embolies s'ouvrent par l'introduction dans la thérapeutique de deux médications récentes, non encore généralisées : l'héparine d'une part, la dicoumarine de l'autre. Ulrich développe les principales données de ces médications et insiste sur l'importance que revêtira leur emploi en chirurgie.

Un cas d'endométriome du ligament rond.

MM. H. Payer et P. Isidor rapportent un nouveau cas d'hétérotopie endométrioïde, cliniquement diagnostiqué chez une femme dysménorrhéïque et stérile. L'étude histologique de la tumeur montre une structure complexe, multitissulaire. Les tubes et le chorion cytogène voisinent avec d'importants trousseaux de fibres lisses. Fait particulier, les vaisseaux qui cheminent dans les espaces interfasciculaires possèdent une morphologie comparable à celle des vaisseaux du myomètre. Les A. pensent que la structure organoïde de l'hétérotopie plaide en faveur d'une dysembryoplasie et qu'en définitive, la pathogénèse des productions endométrioïdes ne doit pas, systématiquement être la greffe à distance d'un endomètre métastatique.

LA PRESSE

Des inconvénients et des limites de l'endoscopie en urologie. — L'endoscopie ne résume pas l'exploration urologique. *R. Couvelaire* rappelle à ce propos que toute exploration instrumentale est une agression ; on affecte de la croire indipensable à la précision du diagnostic ; mais il convient de légitimer ses indications avec moins d'insouciance, en raison de la connaissance d'accidents sérieux, parfois graves. La traversée de l'urèthre chez l'homme recèle des risques non négligeables; toute plaie, même minime, de l'urèthre spongieux est en réalité une plaie vasculaire, et toute injection intra-uréthrale, lorsque cette plaie existe, est l'équivalent d'une injection intra-veineuse ; d'autre part, l'anatomie de la région explique les infections possible de la prostate et de la voie spermatique. La simple éraillure muqueuse a plusieurs fois provoqué la mort immédiate lorsque, à la suite, l'urèthre fut rempli d'une substance toxique (anesthésie endo-uréthrale). Des accidents infectieux locaux peuvent compliquer une plaie contuse de l'urèthre; la fièvre post-instrumentale est le témoin d'une bactériemie qui peut devenir septico-pyohémie. On ne peut nier que parfois la cystoscopie aggrave l'évolution et les douleurs d'une cystite tuberculeuse, ou provoque l'apparition de pareille cystite. La montée d'une sonde uréthrale, aux fins de division des urines ou d'injections à contre-courant d'un liquide opaque n'est pas non plus exempte de risques.

Enfin l'endoscopie urinaire n'est pas toujours en mesure de fournir le renseignement que l'on attend d'elle ; du diverticule, elle ne donne ni la forme, ni la profondeur ; de la tumeur, elle ne donne que l'extension en surface, etc. (*Paris-Médical, 6 avril* 1946.)

Le virage révélateur spontané de réactions cutanées tuberculiniques, antérieurement négatives. — Il s'agit, écrit *Ch. Coury*, de l'apparition spontanée et révélatrice d'une réaction locale à l'emplacement d'épreuves tuberculiniques cutanées pratiquées sans succès plusieurs semaines ou plusieurs mois auparavant, alors que le sujet était encore vierge de toute infection bacillaire, épreuves dont la trace avait disparu. Cette activation survient au moment de la primo-infection naturelle ou vaccinale, mais sans autre intervention extérieure, en particulier sans nouvelle insertion cutanée de tuberculine. L'état vierge du sujet élimine de ces considérations la reviviscence de l'activation, sous l'influence de nouvelles activations spécifiques ou non, les retards tuberculiniques, etc. La dose de tuberculine initialement insérée et la voie d'introduction paraissent intervenir nettement ; à conditions sensiblement égales, le phénomène se produit plus volontiers sur les vestiges des intradermo que sur ceux des cuti-réactions. Le phénomène serait d'autant plus net que le taux de la tuberculine utilisée a été plus fort et l'intervalle plus court. Si le virage révélateur spontané peut paraître à certains suffisamment constant après vaccination par le B. C. G. pour permettre une réduction des épreuves de contrôle, il est loin d'en être de même après première infection naturelle. (*Paris-Médical, 6 avril* 1946.)

G. F.



ACHILLE

EUT CONSERVÉ SON PIED LÉGER
SI LES DISCIPLES D'ÆSCULAPE
AVAIENT SU ACCÉLÉRER SES MITOSES
CELLULAIRES
MAIS LES DIEUX MÊMES IGNORAIENT
LA VERTU DE

MITOSYL

MIEUX AVERTI QUE CEUX DE L'OLYMPE
LAISSANT LES SIMPLES AUX PLAINES
D'ILION, TU APPLIQUERAS MITOSYL
SUR LES PLAIES ET LES BLESSURES
PAR LE FER, PAR LE FEU, PAR LE FROID,
PAR LE SOLEIL, PAR LE RELÂCHEMENT
DES VEINES OU L'IMPURETÉ DES HUMEURS

Laboratoires DELAGRANGE, 19, Boulevard de Latour-Maubourg - PARIS-VIIe

PARTIE PROFESSIONNELLE

PROPOS DU JOUR

PROBLÈMES COLONIAUX D'APRÈS-GUERRE

En dehors de l'intérêt scientifique qu'elles présentent en provoquant des échanges intellectuels entre médecins coloniaux et métropolitains, des manifestations comme les récentes journées médicales tunisiennes sont de salutaires occasions d'information générale et de clarification des idées.

Les Français ont appris à parler d'empire au moment même où la notion d'empire traverse une phase critique et paraît singulièrement menacée. Un empire est un complexe territorial et démographique soumis à une direction unique, unifié dans une évolution commune. Il n'existe au monde que deux empires, l'anglais et le français : les Pays-Bas et la Belgique possèdent chacun une colonie unique et le problème de coordination de populations hétérogènes ne se pose donc pas pour eux. Quant au naissant et ambitieux empire italien il a reçu de la guerre un coup mortel. C'est donc, en définitive, seulement aux Anglais et à nous que se posent les questions brûlantes de l'après-guerre. Bien avant la fin du conflit tout homme un peu refléchi les pressentait et appréhendait le moment où il ne suffirait plus de les formuler. Dès que l'on touche la terre d'Afrique on se rend compte que ce moment est venu et qu'il est inéluctable de prendre position. Y sommes-nous prêts ? Distingue-t-on nettement entre tous les partis possibles le plus avisé et le plus sûr ? C'est ce que ne cesse de se demander le Français qui aborde en un point de cet empire en effervescence.

♣

Que les Anglais tranchent à leur façon la question, pour eux si primordiale, des Indes. Qu'ils s'attaquent en outre à celle d'Egypte, de Palestine et à quelques autres qui se poseront sous peu : il semble que ce soit strictement leur propre affaire. En réalité nous ne pouvons nous désintéresser de leurs difficultés, car tout ce qui les atteint nous atteint et inversement. Ils en ont fait la cuisante expérience en Syrie où, nous ayant évincés, ils se voient sommés, à leur tour, de déguerpir. Les Syriens ont ouvertement exprimé qu'ils n'étaient pas disposés à se contenter de changer de maîtres et d'un bout à l'autre du monde Arabe s'élève la même revendication d'indépendance. En Extrême-Orient, les troubles d'Indonésie font écho à l'insurrection du Viet-Namh d'Indo-Chine. Et je doute que les Anglais eux-mêmes espèrent recouvrer leur entière souveraineté sur Singapour et Hong-Kong. Les deux empires coloniaux essuient ensemble la même tempête, et le temps est passé où ils pouvaient mutuellement (avec plus ou moins de réciprocité du reste) se jouer de mauvais tours. Que s'est-il donc passé pour qu'ils en soient réduits à une si pénible défensive ?

Simplement ceci que les Anglais, comme les Français, détenteurs des grands premiers rôles dans la troupe des Alliés au début des opérations, se sont trouvés, à la fin, relégués à l'arrière-plan, effacés derrière deux colosses qui emplissent de leur stature les yeux du monde. Les peuples colonisés ont contemplé avec un frémissement cette chûte de prestige et en ont tiré des conclusions à leur usage, d'autant plus volontiers que de sournoises rivalités entre vainqueurs les y incitaient. Les troubles de Sétif, l'an dernier, ont attesté que l'Afrique du Nord avait des aspirations à faire valoir. Où en sommes-nous aujourd'hui, et particulièrement en Tunisie, pays de protectorat comme le Maroc, c'est-à-dire pourvu d'un souverain et d'un gouvernement indigènes ? Quelle est l'attitude de la population vis-à-vis de la tutelle française ? Telle est la question que se posaient beaucoup de congressistes des journées médicales en débarquant à Tunis.

Pendant notre séjour en Tunisie une conférence du R. P. Demersemann, directeur de l'Institut des études orientales, aborda de front le problème et en fit un exposé objectif. Sur le million et demi d'habitants que compte le pays, l'énorme majorité des fellahs, courbée sur le sol qu'elle travaille, n'a d'autre préoccupation que le rendement de la récolte et se dispense de toute opinion politique. La classe cultivée, par contre, scrute d'un regard particulièrement aigu notre attitude et notre gestion. C'est elle qui, par son action sur la masse, décide de l'attitude du pays. La Tunisie, bastion avancé de l'Orient, ne se refuse pas systématiquement aux leçons de l'Occident à qui elle reconnaît le mérite de ses réalisations matérielles. Mais en se mettant à notre école, les intellectuels tunisiens estiment faire un grand pas vers nous et désirent qu'il leur en soit tenu compte. En compensation ils nous demandent un effort de compréhension de la mentalité orientale, et de l'estime pour une civilisation qui, pour avoir d'autres objectifs que la nôtre, n'est pas néanmoins méprisable. Les deux mentalités juxtaposées peuvent fort bien, au lieu de s'affronter en d'acrimonieuses luttes de prérogatives, s'interpénétrer et profiter l'une de l'autre. Le R. P. Demersemann dépeint le Tunisien soit fruste, soit évolué, comme un être doux, accueillant, soucieux de se conformer aux règles de la réputée hospitalité orientale, extraordinairement sensible aux marques d'estime et d'affection. La classe dirigeante est férue d'art et de science ; aucun progrès dans la connaissance ne la laisse indifférente. A cet égard, les congressistes peuvent attester que le Ministre des Affaires Sociales ne se contenta pas de présider la séance inaugurale des journées et d'y prononcer un fort beau discours : il suivit aussi les séances de travail et y fut l'un des auditeurs les plus zélés. A travers les différences de mœurs et de mentalité, conclut le R. P. Demersemann, il est facile de jeter un

pont pour relier les hommes de bonne volonté. Ce pont a ses assises aussi bien du côté musulman que du côté chrétien et les deux religions y mènent pareillement : c'est le respect de la Justice et le goût de la Charité. Les suspicions mutuelles et les luttes sourdes seraient bientôt éteintes si des deux côtés se faisait un tel effort d'approche et d'entente.

A la suite de cette conférence dont le ton domina constamment les partis-pris de race ou de religion, se produisit une intervention particulièrement curieuse celle du Docteur Matry, l'un des dirigeants du « Destour », parti autonomiste tunisien.

En juin 1940, dit-il, je puis dire ici en toute franchise que peu m'importait l'issue de la bataille. J'étais, ou je croyais être, comme beaucoup de mes amis, totalement étranger aux luttes qui se déroulaient sur votre sol. Grande fut ma surprise de ressentir un choc lorsque j'appris l'armistice et de voir la plupart de ceux qui m'entouraient être affectés de la même façon. En sens inverse, lorsque, après la libération, je reçus la première lettre de Paris, ce fut une joie profonde, inexpliquée et qui m'intrigua tout autant. Il m'a fallu conclure que nous aimions la France plus que nous ne le pensions nous-mêmes. Pour quelles raisons l'aimions-nous ? Sûrement pas pour avoir construit ici des routes, des ponts et des centrales électriques : n'importe quel pays occidental en aurait fait autant. Sûrement pas pour avoir mis en exploitation notre sous-sol : les phosphatières rapportent plus à certains trusts internationaux qu'à la Tunisie. Probablement avons-nous appris à vous aimer parce que l'on ne vit pas côte-à-côte depuis soixante ans sans se lier de façon plus ou moins latente, et aussi parce que vous avez envoyé vers nous certains hommes qui ont su conquérir nos cœurs.

Je dois dire, en toute franchise que, ayant interrogé des Français vivant depuis plus ou moins longtemps en Tunisie, civils ou militaires, j'entendis d'autres sons de cloche. Les pessimistes sont inquiets et content que le calme ne règne dans la régence qu'à condition de promener en permanence, d'un bout à l'autre du pays, des colonnes armées. « Montrer sa force... », selon le précepte de Lyautey. Ceci serait surtout vrai pour le sud, que les mauvaises récoltes de ces dernières années ont particulièrement éprouvé. Les autres s'en tiennent ferme à une opinion dès longtemps acquise sur la mentalité musulmane et répudient tout procédé de douceur qui, disent-ils, sera considéré comme un aveu de faiblesse. « Fermeté et justice », telle est leur devise, et ils tiennent le R. P. Demersemann pour un visionnaire capable de nous préparer, si on l'écoutait, de cruels mécomptes. Tous sont d'accord pour regretter hautement l'inaptitude et la perversion morale de nombreux services administratifs.

Lors de notre séjour il n'était question là-bas que de scandales récents et particulièrement criards : un haut fonctionnaire civil venait d'être révoqué, et un autre haut fonctionnaire militaire jeté en prison. Tous deux accusés de concussion. La vénalité est, paraît-il, étalée au grand jour, l'incompétence reste sans sanctions. Bref, c'est l'histoire éternelle et navrante de notre administration coloniale : elle reçoit pêle-mêle tous les rebuts de la Métropole, si bien que les vrais coloniaux, conscients et respectueux de leur mission, conçoivent de la honte et du dégoût pour le corps auquel ils appartiennent. Ces tares qui étaient déjà dénoncées avant la guerre n'ont fait que croître depuis. A cette heure où la légitimité de notre présence est remise en question, de telles licences ne devraient plus être tolérées et il est particulièrement grave de les voir se donner libre cours sous l'œil sévère des indigènes. Si le pouvoir central les ignore, il est coupable d'être mal informé. S'il les connaît, c'est une preuve nouvelle de son aboulie. On n'est fondé à se faire respecter qu'à condition d'être au-dessus de tout reproche. Et ce précepte est particulièrement péremptoire aujourd'hui, en terre d'Afrique.

C'est une réconfortante consolation d'y voir la France se déclarer par d'autres visages qui rachètent cette galerie des horreurs.

En Tunisie, il y a d'abord, au tout premier rang, la mémoire de Nicolle. Dans la ferveur qu'ils lui vouent, Français et Tunisiens se rejoignent sans effort. Nicolle avait conçu tant d'amour pour la Tunisie qu'il l'élut pour sa seconde patrie et que, se sachant frappé à mort, il traversa une dernière fois la Méditerranée afin de mourir là où il souhaitait goûter son dernier repos. Lorsque l'on passe le seuil de l'Institut Pasteur de Tunis on se trouve arrêté, mais plutôt accueilli, par la pierre tombale qui porte le nom de Nicolle et sous laquelle il gît en blouse de travail. Ainsi semble-t-il diriger, et sans doute inspire-t-il, la recherche qui s'y poursuit. Le personnel de l'Institut, composé de Français et de Tunisiens, se sent solidarisé par la présence de cette grande ombre qui, au nom de l'œuvre à accomplir, repousse les partis-pris de races. De cette maison il semble que rayonne sur toute la Tunisie un culte commun et un désir de collaboration. Peut-être un jour le nom prestigieux de Nicolle aura-t-il à être invoqué pour dénouer certains conflits.

Nous avons eu l'occasion d'admirer un autre aspect du rayonnement français et de l'entente franco-tunisienne. Au retour de Dougga, où l'on admire les ruines les plus évocatrices de l'occupation romaine, notre car s'arrêta à Thibar, un nom qui, pour la plupart d'entre nous ne représentait absolument rien. Nous y trouvâmes, perché sur une hauteur, un ensemble imposant de bâtiments comportant un centre agricole et un collège dirigés par les Pères Blancs. Entouré d'un domaine de deux mille hectares, le centre agricole se consacre à la culture des céréales et de la vigne et à l'élevage. De toute la Tunisie on vient y chercher les chevaux, les bovins, les ovins à toison noire et les porcins dont la sélection est poursuivie depuis des années avec une rigueur scientifique. Sous la conduite du Père supérieur nous eûmes l'étonnement de visiter des écuries et des étables tenues dans un état de propreté qui ferait l'orgueil d'un établissement métropolitain. Des ateliers de menuiserie, de charronnage, de réparation automobile sont annexés à la ferme qui met

en œuvre un matériel de tracteurs et machines agricoles et les procédés de culture les plus modernes. Un centre viticole important produit des vins et des liqueurs renommés dans toute la régence. Une nouvelle cuve de fermentation réfrigérée selon les dernières données de la science œnologique est en cours de construction. Saint-Joseph-de-Thibar est une ruche affairée où des centaines d'indigènes, la population de plusieurs villages environnants, trouvent leur travail. Il s'y distribue plus de deux millions de salaires par an. Les ouvriers bénéficient des assurances sociales et des allocations familiales. Leur sort n'a rien de commun avec celui des malheureux fellahs grattant péniblement la terre avec leur araire de bois. L'on voit passer dans la cour des pères en cotte de travail peinant en commun avec les indigènes. Le domaine offre l'image étonnante de ce que peut réaliser la bonne entente entre la technique occidentale et la main-d'œuvre locale. C'est un exemple et peut-être, tout comme le nom de Nicolle, un gage d'avenir pour l'influence française.

Quiconque a voyagé en Orient, Levant, Turquie, Egypte, sait que la place que nous y tenions, que nous y tenons encore en dépit des événements, est due pour une grande part à nos missionnaires : bien plus que du prosélytisme ils y faisaient, et sciemment, de la propagande française. En se remémorant de tels souvenirs on salue Saint Joseph de Thibar avec déférence et confiance. Et en se remémorant le mot de Lyautey : « Donnez-moi dix médecins, je vous renvoie deux compagnies », on se dit qu'heureusement les médecins français présents en Tunisie contrebattent l'action déprimante des mauvais fonctionnaires et attestent que l'action civilisatrice de la France n'est pas vaine.

Malgré les inquiétudes de l'heure actuelle ne sombrons pas dans le pessimisme. Il nous reste en mains quelques cartes qui ont fait leurs preuves et qui gardent toute leur valeur.

Nos confrères tunisiens sont l'une de celles-là. Ils préservent à leur manière une part du prestige national.

G. LAVALÉE.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DROIT PROFESSIONNEL

ACCIDENTS DU TRAVAIL
QUEL EST LE TARIF ACTUELLEMENT EN VIGUEUR

UNE extrême confusion règne dans le Corps médical, quant au régime applicable aux honoraires pour soins donnés aux accidentés du travail. La question est, il faut le reconnaître, embrouillée.

Jusqu'au 25 septembre dernier, les honoraires pour A.T. étaient fixés par l'arrêté ministériel du 5 mai 1939, dont les chiffres avaient été uniformément majorés de 50 %, par arrêté ministériel du 17 mars 1943. L'arrêté du 25 septembre 1945 (1) a compliqué les choses, car il contenait à côté d'une majoration temporaire uniforme de 100 % des tarifs prévus par l'arrêté du 5 mai 1939, à côté de majorations spéciales pour la consultation, la visite et les indemnités de déplacement (article 2), une importante réforme organique (article 1er) : l'alignement des tarifs A.T. sur les tarifs A.S. homologués en application de l'ordonnance du 3 mars 1945, officiellement toujours en vigueur à l'époque, mais en fait non appliquée ; étant précisé, toutefois, que pour la consultation et la viste A.T. les tarifs A.S. devaient être réduits de 20 %.

L'ordonnance du 3 mars, mort-née, fut abrogée implicitement par l'ordonnance du 19 octobre 1945, instituant le nouveau régime des Assurances sociales. Cette abrogation entraînait-elle l'inapplicabilité du tarif des Assurances sociales aux accidents du travail ? Non, car fort heureusement, pour l'avenir, la substance des dispositions de l'article premier de l'arrêté du 25 septembre, fut reprise par l'article 8 de l'ordonnance du 19 octobre 1945, modifiant la législation des accidents du travail : « *La caisse primaire paie directement, d'après les tarifs applicables en matière d'assurance-maladie, et dans les conditions fixées par arrêté du Ministre du Travail et de la Sécurité sociale, les honoraires des praticiens...* Ces tarifs applicables en matière d'assurance-maladie, sont évidemment ceux établis en conformité de l'article 10 de l'ordonnance jumelle du 19 octobre 1945 sur les Assurances sociales : c'est-à-dire, soit les tarifs établis et présentés pour chaque département par les Syndicats médicaux, inscrits dans des conventions syndicat-caisse, et approuvés par la Commission nationale tripartite ; soit, à défaut de convention, les tarifs fixés par la Commission nationale tripartite elle-même. Mais, pour l'immédiat, comme l'ordonnance du 19 octobre 1945 (A.T.) ne doit s'appliquer qu'aux accidents du travail survenus à partir du 1er janvier 1947 (article 66 de cette ordonnance), ce sont incontestablement les seules dispositions de l'arrêté provisoire du 25 septembre 1945, qui devront recevoir effet d'ici là.

QUELLE est alors la situation ? Faut-il considérer que, se référant à un texte aujourd'hui abrogé, l'article premier de l'arrêté du 25 septembre 1945 prévoyant l'alignement des tarifs Accidents du Travail sur les tarifs Assurances sociales « homologués en vertu de l'ordonnance du 3 mars 1945 » est devenu caduc ? Nous ne le pensons pas, car si une telle solution peut apparaître conforme à la lettre de l'arrêté, elle ne répond certainement pas à son esprit. Les dispositions de l'ordonnance du 3 mars 1945 relatives au tarif des honoraires médicaux ayant été assouplies et perfectionnées par l'ordonnance du 19 octobre 1945 sur les Assurances sociales, c'est à cette ordonnance, prolongement et épanouissement de celle du 3 mars 1945, que doit

(1) Concours Médical. 10 octobre 1945, page 805.

être considéré en toute équité, comme faisant référence, l'article premier de l'arrêté du 25 septembre 1945, lequel antérieur à l'ordonnance du 19 octobre n'a pu en conséquence la viser.

Cette discussion, est au reste, maintenant purement théorique puisqu'un arrêté du 12 avril 1946, publié au *Journal Officiel* du 5 mai 1946, et reproduit par ailleurs (1) modifie expressément, dans le sens par nous préconisé, l'article premier de l'arrêté du 25 septembre 1945, qui se réfère maintenant non plus au texte abrogé du 3 mars, mais à l'ordonnance du 19 octobre 1945 sur les Assurances sociales.

Que dit cet article ainsi mis au goût du jour ?

« *Les tarifs approuvés en vertu de l'article* 10 *de l'ordonnance du* 19 *octobre* 1945 *fixant le régime des assurances sociales applicable aux assurés des professions non agricoles, sont applicables dès leur entrée en vigueur au payement des honoraires et frais accessoires dus aux praticiens pour les soins de toute nature donnés aux victimes d'accidents du travail. En ce qui concerne la consultation ou la visite, une réduction de* 20 % *est opérée sur les tarifs à l'alinéa précédent, sauf dans les cas suivants :* a) *Consultation donnée dans un établissement hospitalier public ou privé ou dans un dispensaire* ; b) *Maladies professionnelles...* » Suivent, pour la consultation avec le médecin contrôleur et les certificats initial et final, des dispositions spéciales auxquelles nous renvoyons nos lecteurs.

En conséquence : 1° Dans les départements où des conventions syndicat-caisse ont été signées, les tarifs inclus dans ces conventions, approuvés par la Commission nationale tripartite sont devenus applicables immédiatement aux accidents du travail (le 13 mars pour la Seine-et-Oise et la Seine-et-Marne, par exemple) ; mais pour la consultation et la visite (sauf les exceptions précisées ci-dessus) ces tarifs doivent être diminués de 20 %.

2° Dans les départements (la majorité) où les conventions n'ont pas été signées, les tarifs applicables en matière d'Assurances sociales doivent être fixés par la Commission nationale tripartite. Dès leur fixation selon cette procédure, ils sont à leur tour applicables aux accidents du travail, et assortis de la même réduction de 20 % pour la consultation et la visite. Mais en attendant cette fixation des tarifs d'Assurances sociales, c'est toujours l'article 2 de l'arrêté du 25 septembre 1945 qui doit continuer à s'appliquer, c'est-à-dire : 40 francs par visite et consultation (55 fr. pour les spécialistes), — l'indemnité de déplacement égale à celle de 1939 majorée de 200 % — ; tous autres prix fixés par l'arrêté du 5 mai 1939 majorés uniformément de 100 % — ; étant entendu que ces prix ne peuvent dépasser les prix correspondants, figurant au tarif de responsabilité de la caisse départementale des Assurances sociales dans la circonscription de laquelle sont donnés les soins.

A notre avis, par conséquent, la non-signature des conventions n'entrave pas définitivement l'alignement des tarifs A.T. sur les tarifs A.S., mais, si les travaux de la Commission nationale tripartite n'étaient pas activement poussés, cet alignement risquerait d'être retardé jusqu'au jour où les tarifs A.S. auraient été fixés en conformité de l'article 10 de l'ordonnance du 19 octobre 1945 sur les A.S. Cette conséquence du refus des conventions ne saurait surprendre le Corps médical. L'assimilation rapide des tarifs A.T. et A.S. fut signalée, à maintes reprises, comme l'un des avantages de la signature des conventions A.S. Il fut fait observer, à juste titre, par les adversaires des conventions, que le Corps médical ne devait pas aliéner son indépendance en A.S. pour de mesquines considérations d'intérêts matériels, intérêts sur lesquels, selon certains orateurs de l'Assemblée Confédérale du 31 mars, les médecins étaient prêts à consentir des sacrifices. C'est donc en toute connaissance de cause qu'une décision a été prise et ses conséquences acceptées sur ce point (2).

Par ailleurs, même lorsque l'alignement aura été légalement réalisé, l'assimilation ne sera totale qu'à compter du 1er janvier 1947, et sous réserve de ce que pourra contenir l'arrêté ministériel, prévu par l'article 8 de l'ordonnance du 19 octobre 1945 sur les A.T. Jusque-là, la réduction de 20 % s'appliquera pour la visite et pour la consultation, *mais pour ces actes seulement.*

•

Si nous insistons sur tous ces points d'une façon que certains de nos lecteurs jugeront peut-être superflue, c'est qu'un grand trouble a été jeté dans les esprits, en province notamment, par un communiqué du Comité intersyndical de la Région parisienne, reproduit dans notre numéro du 28 avril (3), que nous avons déjà argumenté dans deux précédents échos, et qui contient à notre avis deux indications discutables.

La première est le conseil donné aux ressortissants syndicalistes des départements n'ayant pas signé convention, d'aligner dès le 1er février 1946 leurs honoraires A.T. sur les nouveaux tarifs de responsabilité des caisses, conseil fondé sur l'article 8 de l'ordonnance du 19 octobre 1945 relative aux A.T., et reproduit ci-dessus. Or, cet article 8, nous l'avons vu, n'entrera en vigueur que le 1er janvier 1947. Juridiquement, par conséquent, la thèse soutenue dans ce communiqué est quelque peu prématurée. Si, dans un certain nombre de cas, les médecins, devant le caractère dérisoire des tarifs actuels A.T., même majorés, ont pu obtenir des Compagnies d'assurances des conditions plus équitables, il convient de s'en féliciter et de confirmer à l'ensemble du Corps médical qu'il peut établir ses mémoires sur les bases suggérées par le communiqué, en se rappelant cependant que l'équité et le droit ne coïncident pas nécessairement partout et toujours. En cas de conflit avec certaines Compagnies pour des notes établies sur d'autres bases que celles que nous avons rappelées, il faudrait compter plus sur la négociation amiable que sur l'arbitrage des tribunaux.

Mais l'erreur la plus manifeste, qui, celle-ci, est préjudiciable aux intérêts du Corps médical, est contenue dans le N. B. du communiqué. Il y est dit qu'il convient à l'avenir, dans les départements où les nouveaux tarifs A.S. seront appliqués aux A.T., d'établir les mémoires en donnant à P.C. et K. une valeur inférieure de 20 % à la valeur fixée par le tarif de responsabilité. Rien de semblable n'est dit dans le décret du 25 septembre 1945, même modifié par l'arrêté du 12 avril ; (non plus d'ailleurs que dans l'article 8 de l'ordonnance du 19 octobre 1945 A.T. non encore applicable). D'après l'article premier du décret du

(1) Cfr page 469.

(2) Aux dernières nouvelles, la Commission centrale tripartite réunie le 6 mai aurait fixé les tarifs A. S. pour l'ensemble des départements n'ayant pas passé convention.

Dès publication de ces tarifs, ceux-ci deviendront applicables aux A.T avec, selon nous, effet rétroactif du 6 mai, date de leur fixation. Le mode de publication de la décision de la Commission n'ayant pas été fixé par l'arrêté ministériel, on est réduit aux conjectures sur la méthode qui sera employée.

(3) Concours Médical du 28 avril 1946, page 364.

25 septembre 1945 modifié, applicable lorsque les tarifs A.S. sont fixés en vertu de l'article 10 de l'ordonnance du 19 octobre 1945 sur les A.S., seuls les prix de consultation et de visite sont diminués de 20 % ; encore, dans certains cas, ces prix ne doivent-ils pas être réduits. La valeur du chiffre-clé ne doit donc pas être abaissée pour des actes autres que consultation et visite. Dans la Région parisienne il devra être partout, lorsque partout les nouveaux tarifs A.S. auront été légalement fixés, (et c'est, paraît-il, chose faite depuis le 6 mai dernier) fait application du chiffre 75 à la lettre-clé, que ce soit en A.T. ou en A.S.

En résumé, juridiquement et sérieusement parlant, voici quel est le régime des honoraires A.T. jusqu'au 1er janvier 1947 :

1° Dans les départements ayant conclu des conventions syndicat-caisse, approuvées par la Commission nationale tripartite : en vertu de l'article premier de l'arrêté du 25 septembre 1945 modifié, les tarifs A.S. s'appliquent aux A.T., dès la date d'approbation des conventions, sous déduction de 20 % en ce qui concerne la consultation et la visite (sauf exceptions précisées ci-dessus).

2° Dans tous les autres départements :

a) Jusqu'à fixation légale des honoraires par la Commission nationale tripartite, ce sont les majorations provisoires prévues par l'article 2 de l'arrêté qui s'appliquent (cf. ci-dessus) ; *b*) dès fixation des tarifs A.S. par la Commission nationale tripartite, les tarifs A.T. s'alignent sur les tarifs A.S., comme dans les départements ayant passé convention, mais à compter seulement du jour de la fixation (6 mai, selon nos informations).

3° En aucun cas, l'assimilation A.S.-A.T. étant réalisée légalement, il ne convient de réduire de 20 % la valeur des honoraires pour des actes autres que la consultation et la visite.

4° Lorsque l'ordonnance du 19 octobre 1945 sur les A.T. sera entrée en vigueur, c'est-à-dire après le 1er janvier 1947, et lorsqu'un arrêté ministériel aura fixé certaines modalités d'application, il est possible même que la réduction de 20 % sur la visite et la consultation soit annulée. Tout dépendra du contenu de l'arrêté en question.

Ces précisions indispensables données, nous conseillons vivement à tous nos lecteurs de tenter de faire admettre par les Compagnies d'assurances des prétentions plus élevées, conformément aux directives du Comité intersyndical de la Région parisienne, mais nous avons voulu leur épargner toute déception en cas de refus. Notre thèse est peut-être moins flatteuse que d'autres, mais elle est solide. Y a-t-il intérêt et habileté à confondre le domaine des revendications d'équité avec celui des droits déjà acquis ? Nous avons toujours tenu ici à faire scrupuleusement la distinction afin de ne pas diminuer l'autorité des défenseurs du Corps médical dans leur lutte pour le triomphe de ses droits.

P. Douriez.

L'OMISSION D'INJECTION ANTITÉTANIQUE PRÉVENTIVE N'EST PAS NÉCESSAIREMENT UNE FAUTE.

Par le Dr Fernand Decourt

Dans le Concours du 5 mai 1939, sous le titre « *L'omission d'injection antitétanique préventive est-elle, a priori, une faute ?...* », je faisais paraître une étude générale sur la question, en remarquant que sur ce point, aucune ligne de conduite précise ne fut jamais donnée au praticien. Et j'ajoutais : « La Docte Académie de Médecine, elle-même, consultée à ce sujet, s'en est tenue à des généralités sans aucune conclusion pratique, prenant modèle, en somme, sur Rabelais en face de la question matrimoniale. »

Plus loin, je disais : « Faire froidement, *toujours et dans tous les cas*, une injection antitétanique est-il possible ? Techniquement je ne le crois pas, car nous risquerions de courir au devant de complications anaphylactiques parfois fort graves... Je veux parler des *accidents mortels consécutifs à des injections préventives de sérum antitétanique*, ce qui fut l'objet d'une thèse (Paris 1935) du Dr Maurice Beaumanoir et où, rien que là, furent relevés 14 *cas mortels...* »

Ceci n'est encore rien. Dans les « Fichiers du Monde Médical », j'avais relevé 27 *Observations* de médecins relatant chacune un ou plusieurs cas mortels « et cela non seulement en France, mais en Angleterre, Allemagne, Amérique, Roumanie etc... et même parfois après une première et seule injection. »

Ce n'est pas tout. J'avais pu relever également des *accidents paralytiques* dans 38 *autres Observations* dont une — fait à noter — avec paralysie généralisée et signes bulbaires et médullaires consécutivement à une injection de sérum A. T. *purifié*. D'autres avec réaction méningée, encéphalite, paralysie amyotrophique. paralysie laryngée, paralysie du nerf moteur oculaire commun, etc...

Je signalais, de même, qu'une série d'accidents, après injections préventives antitétaniques, est signalée dans les observations de *quatorze autres confrères* relatant des névrites, des radiculo-névrites, des polynévrites des membres inférieurs ou du plexus brachial, un cas de cystalgie avec anurie, etc, etc... » Et je concluais que, tout cela suffit à démontrer que « faire une injection préventive antitétanique n'est pas un simple geste, un rite machinal, mais bien *une intervention médicale qui peut fort bien avoir des conséquences graves* devant lesquelles un médecin praticien a bien le droit — et parfois le devoir — d'hésiter dans l'intérêt même de son blessé et que son abstention ne doit jamais lui être imputée à priori, comme une faute... »

Parlant ensuite de la *Jurisprudence* déjà établie à ce sujet, en 1939, je disais enfin : « ... Aussi semble-t-elle avoir adopté la prudente réserve qui s'imposait en décidant : « qu'en raison des dangers « que présente la piqûre antitétanique, le médecin « traitant doit demeurer seul juge de son oppor- « tunité, selon l'état physiologique du patient ainsi « que la nature, le siège et la souillure de la « lésion » (Cour de Montpellier, 1er février 1935 — Tribunal Civil de Grasse, 27 mai 1935 — Cour de Paris, 1e Chambre. Voir *Siècle Médical* du 15 mai 1938). On ne peut que louer les juges, poursuivaije, qui ont refusé de s'aventurer dans ce domaine encore si plein d'inconnu. Et il était bon de publier ce jugement si rempli de bon sens et d'équité... »

Je n'ai donné ici qu'un bref — très bref — résumé de mon étude dans le CONCOURS. Je sais que ce travail fut maintes fois présenté à « qui de droit » à propos de confrères poursuivis pour s'être abstenus d'avoir fait une injection préventive antitétanique... Mais 1939 commençant à s'éloigner dans la brume, j'avais pensé qu'il serait bon, peut-être, de ramener tout cela au soleil de l'actualité. Or, voici que je lis, dans le 5e *Cahier mensuel* 1945 *du Recueil Sirey* (page 47), un arrêt de la Cour de Paris, du 26 avril 1945, dans une affaire Ve B. contre Dr L. qui vient de corroborer les arrêts rapportés ci-dessus

Il s'agissait d'une section du pouce droit, survenue en débitant un tronc d'arbre à la hache: « plaie franche, ni anfractueuse, ni souillée ». Il ne s'agissait pas, faisaient également remarquer les considérants, « de ces plaies de rue qui imposent d'emblée une sérothérapie préventive. » L'injection ne s'imposait donc pas « d'une manière impérative ». D'après le rapport des experts, « en raison de la gravité de l'affection tétanique dont B... a été atteint, on ne pouvait affirmer qu'une injection préventive en aurait empêché l'évolution ». De plus, « considérant que la mesure de précaution dont le défaut est reproché à l'intimé, *risquait*, au regard d'une improbable utilité, *de l'exposer sans nécessité apparente à d'éventuels accidents*, mais surtout qu'il n'est pas établi que l'injection préventive aurait empêché le tétanos de se déclarer ; qu'ainsi sans qu'une faute professionnelle puisse être relevée à la charge de L..., ... la preuve de la relation de cause à effet entre l'absence de piqûre et le décès n'est pas rapportée... » la Cour confirme le jugement de première instance et déboute la Vve B... de son appel.

On a pu voir dans les quelques considérants rapportés ci-dessus que ne fut pas acquitté *de plano*, le Dr L. de son omission d'injection préventive et que furent ajoutés des considérants venant renforcer la justification de la décision prise. Il n'y aurait donc pas lieu de penser que le praticien n'aurait jamais à s'inquiéter des suites éventuelles d'une telle omission. Encore faudrait-il qu'il puisse présenter, à l'occasion, non pas des circonstances atténuantes, mais des *justifications* plausibles à son abstention, telles que, par exemple, le fait que le blessé avait déjà reçu une ou plusieurs injections antitétanique ou que la plaie était nette, non souillée de terre, etc. Ce qui n'empêcherait pas ainsi que cela fut fait plusieurs fois déjà, de signaler les cas mortels si nombreux relatés dans le travail paru dans le Concours, le 5 mai 1939 et qui ne fut jamais rappelé en vain...

En résumé, on pourrait conclure à la nécessité — *en principe* — d'une injection antitétanique préventive à tout blessé... Sauf dans le cas où certaines *raisons techniques* détourneraient le médecin de la pratiquer.

⁂

Je ne voudrais pas terminer cet aperçu sans dire quelques mots de la *vaccination antitétanique* par l'anatoxine RAMON. Je me contenterai, pour cela de prendre quelques mots dans l'article du professeur PASTEUR-VALLERY-RADOT dans la *Revue des Deux Mondes* et que je citais déjà dans mon étude de 1939, alors qu'il venait de paraître :

« ... Il est fort difficile d'apprécier l'efficacité de la vaccination contre le tétanos, car l'homme, sauf dans certaines professions, est rarement exposé à cette affection. Cependant on sait que, parmi les sujets vaccinés par l'anatoxine, *aucun cas de tétanos* n'a été signalé. Or, jusqu'à présent (1) plus de *trois millions* d'injections d'anatoxine tétanique seule ou mélangée avec d'autres vaccins, ont été pratiquées... »

Ceci étant donné, il m'apparaît que, si un blessé vient à mourir de tétanos, le véritable responsable est l'Etat qui n'a pas tenu la main (si j'ose dire) à ce que ce blessé n'ait pas été, depuis sa naissance, soumis à la Vaccination antitétanique. La variole n'a-t-elle pas pratiquement disparu de la nosologie en nos pays ? Oui, l'Etat serait le grand responsable et non le modeste praticien auquel, en le condamnant, on ferait jouer le rôle de l'âne dans la fable des animaux malades de la peste.

Il me faut donc souhaiter, en terminant, que la vaccination antitétanique devenue obligatoire soit désormais effectuée sur chaque Français (homme ou femme) et cela sans aucune exception. Ainsi l'angoissant problème qui se pose, trop souvent, pour le médecin, de pratiquer, ou non, une injection antitétanique préventive, serait à peu près supprimé dans l'avenir. .

(1) Cet article avait paru dans la « Revue des deux Mondes », du 15 Octobre 1938. — F. D.

PÉNICILLINE... ET TIERS PAYANTS

Au sujet de mon article paru sous le titre ci-dessus dans le CONCOURS du 28 février 1946, j'ai reçu successivement de trois confrères, médecins-chefs dans trois importants hôpitaux de la région parisienne, des lettres parfaitement concordantes entre elles mais qui sont loin de l'être avec les explications fournies par l'Institut Pasteur et que j'avais rapportées. Il y a loin de la théorie à la pratique...

Deux de ces lettres se basent sur :

a) une lettre provenant du Service Central de la Pharmacie au Ministère de la Santé Publique, du 30 mai 1945 - N° 8.075.

b) d'autre part sur la circulaire ministérielle du 16 juin 1945.

De ces trois lettres, il appert ce qui suit :

1° La pénicilline est fournie aux Centres de province par le Service Central de la Pharmacie, 45, rue Cardinet, à Paris ;

2° L'hôpital public détenteur de pénicilline ne doit l'utiliser qu'à l'hôpital et a l'ordre formel de ne pas le délivrer pour les traitements au dehors, même pour les malades intransportables, sans autorisation spéciale, qui doit être exceptionnelle, donnée par le cabinet du Ministre ou le Secrétaire général.

3° Les malades payants hospitalisés doivent **rembourser** la pénicilline au prix habituel de 300 fr. l'ampoule de mille unités. Pour ces malades hospitalisés, comme il n'est pas régulier de les faire payer en plus du prix de journée, l'Administration centrale étudierait actuellement la fixation d'un prix de journée spécial pour les traitements à la pénicilline (car les factures doivent être payées par l'hôpital dès réception).

Nous sommes donc loin de la pénicilline fournie gracieusement et gratuitement tant à l'hôpital qu'au dehors, comme on nous l'avait dit à l'Institut Pasteur...

Je remercie sincèrement nos confrères pour leurs précieuses informations.

Dr F. DECOURT.

UN NOUVEAU TRUST

LA CORPORATION DES OPTICIENS LUNETIERS

par le Docteur DESAGE, *d'Oran*

Le Gouvernement de Vichy a eu une politique tendant à rétablir le régime des Corporations fermées.

Parmi les corporations qui se sont ainsi organisées il en existe une qui constitue un trust commercial, il s'agit de la Corporation des Opticiens Lunetiers.

I. — *Métier banal.* — L'opticien lunetier, vendeur détaillant de lunettes ne doit en principe vendre de lunettes que sur présentation d'une ordonnance de médecin oculiste. Il n'a pas le droit de mesurer la vue d'un client.

La mesure des verres et la taille sont facilités par des appareils de précision dont la pratique s'acquiert facilement.

II. — *Trust exorbitant.* — Le Gouvernement de Vichy a organisé cette corporation par la loi n° 279 du 5 juin 1944.

On a réussi à empêcher le recrutement de nouveau opticiens en exigeant des études absolument disproportionnées avec le métier d'opticien.

Les opticiens ne peuvent plus se recruter que de deux façons :

a) Etudes de *cinq ans* dans une école spéciale à Paris ou dans une ville du Jura (frais énormes). ;

b) Examen à Paris après 3 ans de stage chez un opticien et 2 ans d'école à Paris.

Or, les opticiens, pour conserver leur privilège refusent de prendre des stagiaires.

III. — *Etudes disproportionnées.* — Le degré des études et le programme de l'examen sont absolument diproportionnés et l'on a cherché ainsi à empêcher tout recrutement.

— Un Médecin Oculiste ne peut pas devenir opticien, et les études scientifiques qu'on exige, dépassent même la possibilité de ce médecin oculiste qui a en général le baccalauréat ès lettres.

Le programme du brevet professionnel d'opticien lunetier est supérieur au programme du baccalauréat ès science 2e partie). On exige même des connaissances sérieuses de la trigonométrie dans l'espace, de la géométrie descriptive.

Ce programme conviendrait au titre d'ingénieur constructeur d'appareils d'optique mais non à un vendeur de lunettes.

L'exigence de telles connaissances nous paraît aussi anormale que si l'on exigeait d'un préparateur en pharmacie le diplôme de Docteur en pharmacie

Il y a donc là un moyen très simple d'interdire l'accès de cette profession et de constituer un trust de commerçants privilégiés.

Car il y a, à peine, pour les 40 millions de Français, un millier d'opticiens lunetiers (8 à 10 par Département).

Ces mille opticiens, à de rares exceptions près, ne sont pas brevetés et ils tiennent leur privilège exorbitant de ce qu'ils exerçaient depuis plus de 2 ans au moment où la loi promulguée.

— Un deuxième moyen d'interdire l'accès de cette profession est d'exiger 5 ans d'études à faire dans une école à Paris.

Il faut donc être très fortuné pour passer 5 ans à des études et pour séjourner 5 ans à Paris.

Donc l'ouvrier opticien malgré sa dextérité professionnelle à tailler des verres ne pourra jamais devenir propriétaire d'une boutique de marchand de lunettes.

Ce trust d'opticien est donc réservé aux riches.

Il y a bien un autre moyen d'entrer dans cette corporation, c'est d'être accepté comme stagiaire par un opticien établi. Or les opticiens ne veulent pas faire de stagiaires.

— Voilà donc un trust nouveau, établi en sourdine.

IV. — *Importance financière de cette situation.* — Il suffit de rappeler que pour toute la France (40 millions d'habitants), il n'y a qu'un millier d'opticiens. Or toute personne a besoin à une époque de sa vie d'une paire de lunettes.

Le nombre des lunettes qui sont à remplacer toutes les années est énorme.

Nous ne pensons pas que la pénurie de verres pendant la guerre ait permis « le marché noir dans cette corporation » et nous pensons que ceux qui prétendent que des lunettes de 200 fr. ont été revendues 3.000 fr. exagèrent.

Nous ne croyons pas non plus que la plupart des opticiens aient pu acquérir des fortunes immenses !

Nous nous bornons à remarquer que le millier de commerçants vendeurs de lunettes de toute la France constitue un trust qui fait de très bonnes affaires, protégé par une loi de Vichy.

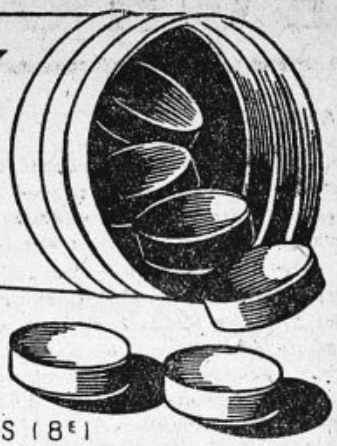
V. — *Trust contraire à l'intérêt public.* — Le nombre des privilégiés opticiens lunetiers va donc diminuer au profit d'une très petite minorité qui possèdera seule le droit de vendre des lunettes.

Si les opticiens deviennent rares dans les grandes villes, ils vont disparaître des petits centres. L'opticien de la grande ville va finir par être le maître de son département. Il pourra augmenter ses prix, faire subir ses exigences à tous ceux qui voudront acheter des lunettes. Il pourra, grâce à la loi du 5 juin 1944 faire une fortune scandaleuse. Or les quelques opticiens actuellement en place ne possèdent pas le brevet qu'ils exigent de ceux qui désireraient s'installer comme opticiens.

Le gâteau est trop bon, mieux vaut ne pas le partager ! et ne pas courir le risque de la concurrence et de l'abaissement des prix.

VI. — *Nécessité d'abroger la loi du 5 juin 1944.* — Il est donc nécessaire d'abroger cette loi et de supprimer ce trust organisé en sourdine, en pleine illégalité, par le Gouvernement de Vichy.

SEPTICARBONE



Antiseptique intestinal

LABORATOIRES DU Dr DEBAT - 60, RUE DE MONCEAU - PARIS (8e)

PRODUITS SPÉCIALISÉS DES ÉTABLISSEMENTS KUHLMANN
MARQUE **R. A. L.**

H. DELOMÉNIE
Docteur en Pharmacie
15, Rue de La Baume, PARIS (VIIIe)

BINIDIA
Antiseptique génito-urinaire local

BINOXOL
Antiseptique gastro-intestinal

CHLORALOSANE
Hypnotique

DITHIORAL
Antirhumatismal

SUNALCOL
Antiseptique cutané

SUNOXIDON
Fébrifuge - Anti-infectieux

SUNOXOL
Antiseptique pour usage externe

Coryza — Rhinites
Sinusites
Obstruction nasale, etc,

BALSAMORHINOL

LABORATOIRE FIDÈS
14, rue de la Comète
PARIS (7e)

Inflammations de la Gorge, des Bronches des Fosses nasales

INHALANTYL

Comprimés

VITTEL

GRANDE SOURCE

Spécifique des
VOIES URINAIRES
Manifestations arthritiques
Goutte - Gravelle
Infections urinaires
Hypertension

SOURCE HÉPAR

Spécifique des
VOIES BILIAIRES
Lithiase Biliaire
Cholécystites
Insuffisance biliaire
Congestion vésiculaire

Réouverture de la Saison 8 Juin 1946

ECHOS & COMMENTAIRES

ALEA...

C'EN est fait : par acte d'autorité, la Commission nationale d'homologation des Tarifs, siégeant au Ministère du Travail le 6 mai, a fixé les « tarifs » médicaux pour les départements n'ayant pas passé convention avec les caisses d'A.S.

Avant que fussent prises par une majorité non médicale ces mesures extrêmes, les représentants de la Confédération des Syndicats Médicaux ont fait valoir avec force, avec émotion même, ce que cela pouvait avoir de grave, d'arbitraire, sans oublier ce qui était contradictoire ou même inapplicable. La Commission tenait de la loi une mission à remplir, elle a tenu à le faire avec un superbe mépris des contingences, des dangers qu'on lui signalait, des réactions et des bouleversements que sa décision ne manquerait pas d'entraîner.

Affirmant ne pas vouloir d'un tarif national, elle refuse d'homologuer des conventions deux fois confirmées par certains départements en tenant compte des conditions locales particulières ; puis, en dehors d'un tarif applicable à Paris, Lyon, Marseille, elle gratifie l'ensemble du pays d'un tarif uniforme.

Paris, Lyon, Marseille sont donc taxés à C = 100, V = 130, K = 75, VN = 300, VD = 200, accouchement 3.500 francs.

Le reste du pays : C = 80, V = 100, K = 60, accouchement simple : 1.800, gémellaire : 2.400.

L'indemnité kilométrique sera fixée à 10 francs en plaine, 12 francs, 15 francs selon les régions prévues en matière d'A.T. Une indemnité kilométrique de 30 francs est prévue dans les cas spéciaux d'intempéries précisées dans le règlement.

Autre conséquence, relativement heureuse, de cette taxation : les honoraires médicaux, en matière d'accidents du travail, devront être calculés sur ces bases à partir... du jour de la décision ou de sa notification ; bien malin qui pourrait le préciser ; de toutes façons, cela ne peut tarder.

AUTOUR D'UNE COMMISSION NATIONALE.

LES membres de telle Commission sont-ils éclairés de façon suffisante sur les questions qu'ils tranchent avec une parfaite sérénité. Il ne semble pas qu'ils aient toujours l'objectivité nécessaire ?

L'un rappelle ses souvenirs de malade, il nie l'entente directe puisqu'il a accepté les conditions à lui proposées par son médecin. Il oublie seulement qu'il était libre de changer s'il se croyait exploité.

L'autre compare l'exercice de la médecine en région montagneuse à ses souvenirs touristiques... nuance !

Tel autre dégage de rapports et de statistiques des principes et des conclusions fort abstraits et essentiellement conditionnés par la nécessité de récompenser certains signataires de Conventions, donc de pénaliser d'autres.

Ne serait-il pas souhaitable que, de temps à autre, les administratifs s'attachent, à titre de formation personnelle, aux pas d'un confrère de Paris ou de Savoie, de Bretagne ou du

Schéma d'ordonnance

ANGINES DE POITRINE RÉFLEXES

Les angines de poitrine réflexes sont rares, le diagnostic en est fort délicat : presque toujours il s'agit de formes « mixtes » où la cause réflexe se répercute sur une « épine » cardio-vasculaire coexistante : elles sont en général d'origine digestive.

1° Les précautions d'hygiène s'adressent ; 1° au trouble digestif : repas peu copieux d'où sont exclus les aliments que le malade supporte mal, ceux qui sont encombrants par leur volume, ceux qui sont irritants ; 2° au trouble cardiaque : repos après manger en évitant les efforts, les sorties surtout par le vent et le froid.

2° Prévenir le danger des crises en croquant dès le début 1 ou 2 ou 3 dragées de *TRINIVÉRINE* **.

3° Pour atténuer la sensibilité du plexus cardiaque neutraliser les réactions ischémiantes des coronaires et soutenir le cœur : prendre au début de chacun des trois repas deux comprimés de *COROSÉDINE* ** dont l'action est nette et rapide.

4° Traiter le trouble digestif.

** La TRINIVÉRINE et la COROSÉDINE sont des spécialités des Laboratoires MONAL 13, Avenue de Ségur, PARIS

TRINITRINE

ET ASSOCIATIONS

(DRAGÉES A NOYAU MOU)

TRINITRINE SIMPLE

TRINITRINE CAFÉINÉE DUBOIS

TRINITRINE PAPAVÉRINE LALEUF

TRINITRAL LALEUF

TRINIBAÏNE LALEUF

ANGINE DE POITRINE

CRISES VASCULAIRES SPASMODIQUES

LABORATOIRES LALEUF

Georges DUGUÉ, Docteur en Pharmacie

51, R. NICOLO, PARIS-16e

Téléphone : TROcadéro 62-24

Pas-de-Calais pendant deux ou trois jours et nuits : le spectacle d'une journée de travail de médecin les surprendrait certainement, leurs ukases seraient moins impératifs et plus nuancés.

Il va sans dire que les médecins sont prêts à s'instruire de même façon dans les bureaux ministériels et les Caisses d'Assurances Sociales...

Ubu accouche...

Selon certaines informations la Commission Nationale des Tarifs aurait décidé le 6 mai 1946 :

1° Rien ne s'oppose à ce que les tarifs de sages-femmes soient égaux à ceux des médecins en matière obstétricale, (Prenaient part au vote trois représentants du Ministère du Travail, trois représentants des Caisses, deux sage-femm es un médecin).

2° Les Caisses d'un département du Midi ayant passé convention avec le syndicat des sages-femmes, le *tarif* sages-femmes, est fixé à 2.000 fr. pour un accouchement simple et 2.500 fr. pour un accouchement gémellaire.

3° Les Caisses de ce même département avaient passé convention avec les médecins sur les bases de 2.500 et 3.000 fr. au chef-lieu. La Commission Nationale au mois d'avril aurait accepté ces tarifs. Le 6 mai, elle se serait déjugée et imposerait 1.800 et 2.400 — « parce qu'il n'y a pas de convention, les parties persistant à être d'accord malgré l'avis de la Commission opposé sur d'autres points » (*sic et resic.*)

Jeunes consœurs, pourquoi faire sept ans d'études médicales puisque grâce à trois ans d'études de sages-femmes vous serez mieux honorées. Nous nous savions surclassés en matière d'honoraires par les vétérinaires et les dentistes, nous cédons le pas aux sages-femmes.

Le ridicule d'une telle situation permettra peut-être aux responsables de remettre la question sur le tapis et d'éviter les réactions violentes que sa publication ne manquerait pas de déclencher.

Le plan de sécurité sociale américain.

Ils en ont aussi un en Amérique... !

Il s'appelle le « bill Wagner-Murray-Dingell » du nom de ses promoteurs et est actuellement en discussion devant le Comité Sénatorial de l'éducation et du travail.

Rendant compte d'une séance de ce Comité où deux sénateurs se traitent mutuellement de telle façon que, par comparaison, les hôtes du Palais Bourbon apparaissent comme des parangons d'urbanité, l'hebdomadaire américain *Time* (édition européenne, 15 avril 1946) résume les caractéristiques de ce bill « présenté le 1er novembre avec la bénédiction du président Truman mais vertement dénoncé par l'American Medical Association ».

L'assurance serait principalement financée par une taxe de 3 % sur les salaires jusqu'à 3.600 dollars annuels, à la charge mi-partie de l'employé et mi-partie de l'employeur. Elle couvrirait le travailleur et sa famille et comporterait : 1° les services du médecin de famille, du spécialiste et du consultant 2° la chirurgie majeure et mineure ; 3° la maternité ; 4° l'hos

ENTÉRITES
aiguës et chroniques.
Putréfactions intestinales -
Colites gauches - Diarrhée -
Constipation - Dermatoses
d'origine intestinale.
BULGARINE
Culture pure de Bacilles Bulgares sur milieu végétal
3 Formes
Comprimés - Gouttes - Bouillon
LABORATOIRES THÉPÉNIER
10, rue Clapeyron - Paris (8e)

FRANCALCIUM
ACETYLGLYCOCOLLATE DE CALCIUM


AMPOULES INJECTABLES I-V ET I-M
COMPRIMÉS
SOLUTION BUVABLE
LABORATOIRES DU MYORAL
3, RUE S'-ROCH, PARIS

pitalisation (jusqu'à 60 jours par an et par personne) ; 5° les soins dentaires, nettoyages et extractions ; 6° les soins d'une infirmière à l'hôpital et à la maison ; 7° les traitements ophtalmologiques ; 8° rayons X et services de laboratoire ; 9° médicaments.

L'assurance comporterait en outre : des subventions fédérales aux Etats pour le service de la Santé publique, la protection maternelle et infantile et la recherche médicale. L'article ne précise pas comment sont rétribués les médecins, mais, à en croire l'attitude d'opposition adoptée par l'American Medical Association, ils ne doivent pas être mieux traités que leurs confrères français et anglais.

Les plans de sécurité sociale se suivent et se ressemblent. Et c'est bien ce qu'il y a de moins rassurant pour l'avenir de la profession.

A propos de la Convention du Finistère.

A la suite de notre compte rendu de l'Assemblée générale de la Confédération du 30 mars dernier, nous avons reçu la lettre suivante, que nous croyons devoir publier :

« A la page 324 du N° 13-14 Concours Médical du 10 avril 1946 » je lis (ou plus exactement « nous lisons » car plusieurs confrères comme moi n'ont pas compris) : « Le Dr Salaun (Finistère) expose les avantages matériels et moraux de la Convention Syndicat-Caisse, *à laquelle ous ses mandants, sauf un,* sont extrêmement attachés.

La phrase manque de précision et laisserait entendre que *tous les membres du Syndicat départemental moins un* sont extrêmement attachés à la Convention. Or il n'en est rien. Le Syndicat se compose de cinq sections : Quimper, Brest, Morlaix, Châteaulin et Quimperlé, *et la section de Quimperlé à l'unanimité de ses 23 membres,* a toujours été formellement opposée à la Convention... « Tous ses mandants sauf un » veut-il dire « tous les membres du syndicat sauf un » ou « toutes les sections du syndicat, sauf une » ? Nous aimerions des précisions et une rectification, si le Concours le jugeait utile ».

Nous n'avons fait en l'espèce que reproduire une déclaration dont nous laissons à son auteur la responsabilité. A lui de préciser ou de rectifier sa pensée. Il semble en tous cas, comme nous l'avons nous-même toujours supposé, que la Convention du Finistère, même améliorée, n'a jamais été unanimement acceptée et que la minorité opposante n'était point négligeable

A-t-on encore le droit d'être malade chez soi ?

La loi électorale appliquée à l'occasion du récent referendum a commencé un premier essai, au reste paraît-il assez mal réussi, de vote par correspondance. Le principe ne peut être qu'approuvé en lui-même, qui permet aux malades, empêchés physiquement de se déplacer, de remplir cependant leur devoir électoral.

Mais les modalités d'application de ce principe laissent encore beaucoup à désirer. Il nous est signalé de divers côtés que les maires se refusent systématiquement à délivrer des bulletins de vote aux malades soignés à domicile et les réservent aux seuls malades hospitalisés dans des établissements publics

LIT MÉCANIQUE
POUR SOULEVER ET SOIGNER LES MALADES
DUPONT
Cent ans de spécialisation dans le confort du malade
NOUVEAU MODÈLE PERFECTIONNÉ RECOMMANDÉ PAR LE CORPS MÉDICAL
VENTE ET LOCATION
6, Place Bellecour
LYON
Téléphone : Franklin 32-07

Vaccin contre la VARIOLE
Service Vaccinal du « Concours Médical »
assuré par
L'INSTITUT DE VACCINE
8, Rue Ballu
PARIS (IXe)
Téléph : TRInité 46-15

Eczéma
CUROZEMA
9 Dragées par jour
OPOSÉROTHÉRAPIE VALTRY
LABORATOIRE BIOLOGIQUE VALTRY
46, Rue St Didier - Paris - 16e
FORMULE INFANTILE :
Pédiozema
GRANULÉ

ou « agréés ». En admettant même que cette prétention ait un fondement juridique, elle n'en reste pas moins surprenante et injustifiable. On se demande en effet pourquoi l'on priverait ainsi de leurs droits civiques et l'on assimilerait aux mineurs ou aux indignes nationaux ceux qui préfèrent se faire soigner à domicile.

Serait-ce là encore une des nombreuses mesures qui tendent de plus en plus à obliger les malades à recourir aux établissements publics et à aliéner ainsi leur indépendance et leur personnalité ? Nous posons la question à nos constituants futurs : le droit d'être malade chez soi figure-t-il encore parmi les droits de l'homme et du citoyen ?

LES CONVENTIONS SYNDICATS-CAISSES.

DANS un récent écho, sur la foi d'un extrait du procès-verbal de la Commission nationale tripartite, nous avons cru pouvoir ranger le département du Cher parmi ceux dans lesquels une convention avait été signée et soumise à homologation après le 13 mars.

Le Secrétaire général du Syndicat départemental des Médecins du Cher nous écrit qu' « *en fait il n'en est rien. Nous sommes simplement entrés en pourparlers avec les Caisses d'A. S. et nous nous sommes trouvés d'accord avec elles sur une partie des tarifs seulement, mais nous n'avons jamais signé de Convention. Notre département, à l'Assemblée générale d'octobre a voté « contre » et le syndicat départemental, à l'unanimité moins une voix, a approuvé l'attitude du délégué. Ce point de vue a continué à être le nôtre.* » Nous insérons très volontiers cette intéressante rectification.

CORRESPONDANCE

ASSURANCES SOCIALES

4683. — Refus de prise en charge d'un traitement spécial par une Caisse.

Le 28 mars 1941 déjà le Sou Médical a bien voulu me donner son appui et intervenir auprès de Monsieur le Médecin chef des Assurances sociales pour lui signaler l'attitude intolérable de certains médecins contrôleurs qui, au cours de l'examen des malades, se permettaient de critiquer certaines méthodes de traitements.

A cette époque, une action en dommages-intétêts avait même été envisagée par le Sou et le Conseil de l'Ordre lui-même avec votre accord avait été saisi et était intervenu.

Depuis, tout était rentré dans l'ordre et aucune plainte de malade ne m'avait été rapportée.

Aujourd'hui les choses rebondissent et de façon particulièrement grave, puisque j'ai entre les mains une acceptation de soins signée du Docteur N..., rédigée de la façon suivante :

« 21-75-46050-12, 2 *novembre* 1945.

« *Comme suite à votre préavis de traitement spécial « nous vous informons de notre acceptation pour K.* 20 « *global, mais seulement pour traitement médical (donc « pas de diathermo-coagulation !)*

(Ces mots, la parentèse et le point d'exclamation sont de la main du Dr N...)

Le Médecin Conseil Signé : Dr N.

GASTRHÉMA
CONTRE LES ANÉMIES
ASTHÉNIE - ANOREXIE - HYPOPEPSIE
17, Avenue de Villiers — PARIS (17e)
EXTRAIT DE MUQUEUSE D'ANTRE PYLORIQUE
1 à 3 amp. buvables, par jour
FRÉNASMA
TROIS A QUATRE COMPRIMÉS PAR JOUR. UN A DEUX DÈS LE DÉBUT DE LA CRISE.
LABORATOIRES du GASTRHÉMA
17, AVENUE DE VILLIERS
PARIS (17e)
ASTHME - EMPHYSÈME - BRONCHITES CHRONIQUES - MÉDICATION PRÉVENTIVE, ABORTIVE ET CURATIVE DES CRISES

AMPHO-VACCINS
RONCHÈSE
à ingérer
injectables
pansements
21, Bd de Riquier, à NICE (A.-M.)
— 62, Rue Charlot, PARIS (3e) —

RHUMATISMES
MAGSALYL
Association Soufre Salicylate
Solution de goût agréable
Comprimés glutinés
Laboratoires du MAGSALYL
8, rue Jeanne Hachette, IVRY (Seine)
TÉL. : ITA 16-91

Ainsi un médecin des Assurances sociales se permet maintenant de jeter l'exclusive sur une méthode de traitement ayant fait ses preuves et remet ainsi indirectement en question, le libre choix, non seulement du traitement que pourtant réclame le malade, mais encore du praticien qui applique le traitement et chez qui l'on vient spécialement à cause de ce traitement.

Pour préciser les choses, il s'agit d'une malade souffrant d'amygdalite cryptique qui a été opérée autrefois et dont les amygdales ne peuvent nullement être morcelées à la pince de Ruault.

Elles ne relèvent que de l'amygdalectomie totale, avec hospitalisation indispensable et tous les risques inhérents à cette grosse intervention —, ou de l'évidement des loges amygdaliennes, par une série de séances de diathermo-coagulation que j'ai fixées, chez Mme B..., au nombre de 8, et cela sans aucun arrêt dans le travail et sans risques.

En dehors de ces deux solutions, il n'y a pas de traitement « médical » comme dit le Dr N (au lieu de « chirurgical ») qui puisse raisonnablement débarrasser Mme B..., à la fois des amygdales bourrées de « caséum », de ses abcès et des troubles hépato-rénaux et intestinaux dont elle se plaint.

Et il est inconcevable que le Dr N..., quelles que soient ses préventions contre la diathermo-coagulation, n'ait pas compris que, de toutes façons, dans l'intérêt même des finances des Assurances sociales, il était préférable de recourir chez Mme B..., dont c'était le désir, à un évidement diathermo-chirurgical des loges amygdaliennes plutôt qu'à une amygdalectomie totale entraînant arrêt de travail et opération avec frais de maison de santé.

D'un côté, il s'agit tout compte fait de 8 séances à K. 4, c'est-à-dire du coefficient = K. 32, tandis que pour l'amygdalectomie totale, même si l'on applique le coefficient K. 20 de l'amygdalotomie banale (qui n'est pas l'amigdalectomie) on doit ajouter les frais d'hospitalisation et ceux d'un arrêt de travail, qui, raisonnablement, après une opération aussi importante ne peut pas être inférieure à quinze jours.

Je vous demande d'intervenir à nouveau auprès de Monsieur le Médecin-chef des Assurances sociales pour lui signaler la « *faute lourde* » commise par le Dr N... (dont le rôle n'est certainement pas d'imposer au Corps médical les techniques de son choix) étant prêt, pour ma part, si j'ai votre accord à saisir de cet incident, le Conseil de l'Ordre.

Dr J.

Réponse :

A l'art. 24 du Règlement intérieur des Caisses (Arrêté du 30 janvier 1937) il est dit : « Si le praticien traitant estime nécessaire... une intervention chirurgicale, des soins spéciaux... *les prestations correspondantes ne peuvent être remboursées que si la Caisse adresse à l'intéressé préalablement au traitement et sur demande de l'assuré...* l'acceptation de prise en charge des prestations... » *Il s'ensuit que la Caisse peut ne pas adresser ladite acceptation et c'est ce qui a eu lieu au sujet de la diathermo-coagulation.*

Evidemment le médecin est toujours libre de son traitement en ce sens qu'il peut soigner son malade, en l'espèce, par thermo-coagulation, mais ce serait aux frais du malade sans remboursement partiel de la Caisse.

Puisqu'il y a désaccord technique sur l'état du malade donc sur le traitement nécessaire, c'est au malade à demander que le cas soit examiné par un expert désigné

PULMONE
ELIXIR - CACHETS - AMPOULES
VOIES RESPIRATOIRES

GOUTTES IONISÉES
ALCALOSE

CARBONEX
ESTOMAC-FOIE-INTESTIN

LABORATOIRES BIOS
10, RUE VINEUSE PARIS
TRO. 57-44

OXYURYL

VIOLET DE GENTIANE

Laboratoires A. MARIANI 10, rue de Chartres - NEUILLY - PARIS

par le médecin traitant et par le médecin-conseil ou à défaut d'accord par le Directeur régional de la santé. (Art. 99 et 33 de l'ordonnance du 19 octobre).

Dr F. DECOURT.

★

HOPITAUX PUBLICS

4116. — Création d'un « service ouvert » à l'hôpital.

Je vous serais reconnaissant de bien vouloir me renseigner au sujet de l'application de la Circulaire ministérielle du 25 août 1945 en ce qui concerne l'hospitalisation de mes clients, le libre choix du médecin traitant choisi parmi les praticiens ne faisant pas partie du Corps hospitalier, et le règlement des honoraires de ce praticien. Autrement dit :

1° Un médecin ne faisant pas partie du Corps hospitalier peut-il faire hospitaliser un de ses malades et continuer de lui donner ses soins à l'hôpital?

Dans ce cas :

2° Si son malade fait partie de l'assistance médicale gratuite qui lui réglera ses honoraires et comment?... l'hôpital ou la préfecture?

3° Si son malade est assuré social, qui réglera : le malade, la Caisse A.S. ou l'hôpital?

4° Si son malade est accidenté du travail ; qui règlera : le patron (assurance substituée) ou l'hôpital?

5° Si son malade est une victime de la guerre (art. 64), qui réglera : la préfecture ou l'hôpital?

6° A quel moment cette circulaire sera-t-elle exécutoire?

Dr B.

Réponse

La circulaire du ministre de la Santé publique du 25 août 1945 préconise en effet la création, principalement dans les hôpitaux des villes de moyenne et de faible importance, de ce qu'elle appelle « un service ouvert » fonctionnant sur le modèle des cliniques ouvertes prévues et réglementées par les articles 25 et suivants du règlement d'administration publique du 17 avril 1943 sur les hôpitaux et hospices.

La création de ces cliniques ouvertes est subordonnée à l'accomplissement de certaines formalités administratives et notamment à une décision d'approbation prise par le ministre lui-même. Mais dans sa circulaire, le ministre prend soin de spécifier que la prohibition de l'entente directe doit être rigoureusement observée lorsque les malades traités relèvent de l'A.M.G. ou encore lorsqu'ils sont assurés sociaux, accidentés du travail, victimes de la guerre ou économiquement faibles. Seuls en définitive, pourront être admis dans ces cliniques ouvertes, les malades paysants et les assurés sociaux à la condition qu'il existe une convention entre la Caisse des Assurances sociales et la Commission administrative hospitalière à cet effet. C'est seulement pour les malades admis en cliniques ouvertes que pourra jouer l'entente directe et le libre choix avec fixation et récupération des honoraires par les médecins eux-mêmes. Toutes les autres catégories de malades admis dans les hôpitaux restent et resteront soumis au régime ordinaire qui ne comporte ni l'entente directe ni le libre choix et qui oblige les médecins à se contenter d'honoraires limités et fixés par la Commission administrative ou par la loi et recouvrés par la Commission administrative.

Il ne semble pas que des délais soient fixés pour l'entrée en vigueur de la circulaire. Dès à présent des services ouverts peuvent être créés, mais seulement

PYUROL
Antiseptique le plus actif et le moins toxique
sur l'appareil Urinaire,
l'appareil Digestif,
sur le Foie et sur la Diurèse

ORTHOPHORINE
Acide phosphorique granulé (Formule de Joulie)
TROUBLES DE LA NUTRITION
TONIQUE DU SYSTÈME NERVEUX

ORTHO-GASTRINE
TROUBLES D'ORIGINE GASTRIQUE
OU INTESTINALE

Laboratoires A. LE BLOND
15, rue Jean-Jaurès, PUTEAUX (Seine)



CRINEX stimule
EXTRAIT OVARIEN TOTAL STANDARDISÉ
OREX équilibre
EXTRAIT ORCHITIQUE TOTAL STANDARDISÉ
FRÉNOVEX freine
EXTRAITS MAMMAIRE ET LUTÉINIQUE
la fonction ovarienne
LABORATOIRES 28 CRINEX-UVÉ
1, AVENUE DU DOCTEUR LANNELONGUE, PARIS (XIVe)

à l'expiration des délais imposés par l'accomplissement des formalités administratives indispensables et par l'obtention de l'approbation du ministre.

★

QUESTIONS DIVERSES

3980. — **Etudes dentaires.**

Je vous serais reconnaissant de bien vouloir me faire connaître quels sont les diplômes que doit posséder un jeune homme qui voudrait devenir chirurgien-dentiste. Faut-il être bachelier complet? Un jeune homme qui n'a que le 1er baccalauréat peut-il prétendre?

Concours à faire? Etudes à faire? Où? Comment? Durée ? D. C.

Réponse

Aux termes du décret du 11 *Janvier* 1909, *modifié le* 20 *juillet* 1912 *et le* 13 *février* 1920, *nul ne peut se faire inscrire pour l'obtention du diplôme de chirurgien-dentiste, s'il ne possède le diplôme de bachelier ou brevet supérieur.*

Les études durent cinq années, deux ans de stage et trois années de scolarité; les stages et la scolarité sont accomplis, soit dans les Facultés de médecine, soit dans un établissement libre d'enseignement supérieur. Un certain nombre d'écoles dentaires existent à Paris ; nous pouvons vous signaler en particulier, l'Ecole dentaire, 45, *rue de la Tour-d'Auvergne, à Paris.*

★

DEMANDES ET OFFRES

N° 253. — A céder, cause santé, cabin. médic., belle client., immeuble neuf, à Constantine, accepter. remplaçant.

N° 254. — Laborat. bactériol. chimie biolog., 23, avenue de Genève à Annecy, cherche doct. en méd., dipl. sérologie, comme chef de laboratoire.

N° 255. — Litt. de la Manche. Stat. baln., ayant déjà refonct. 1945 et à plein. Seul médec., médec. génér. et enf. (plage spécialisée), facilité logem. A céd. de suite compt. ou grosse partie. Ecr. journ. qui transm.

N° 256. — A vendre au plus offr. : Œuvres de Victor Hugo, 15 vol. de Voltaire, 65 vol. Histoire de la Révolution, Histoire de France de Michelet. (Œuvres complètes d'A. de Musset ; Larousse en 7 vol. (édit. assez anc.). Ecr. au journ. qui transm.

N° 257. — Directrice, importante école publique, retraitée, très active, habitude direct. personnel, recherche situat. Direct. clin. ou autre. Référ. médic. Ecr. S.L.M.O., 2, rue Fontaine à Asnières (N° B. 392).

N° 258. — Poste médec. d'usines à temps compl., vacant dans centre médico-social, condit. intér. Ecr. G.I.S. 82, avenue de Reims à Soissons (Aisne).

N° 259. — Suis achet. appareil radio (scopie et graphies courantes), lampe U.V. Pachon, appareil diathermie, appareil à pneumo (Küss ou autres simil.), le tout en bon état. Faire offre avec prix et toutes indications au journ. qui transm.

N° 260. — Médec. 40 ans démobilisé reprend. client. Paris ou ville avec lycée. Assister. de suite confr. Paris.

N° 261. — A vendre table d'examen pliante en métal, en bon état.

N° 262. — Sage-femme active cherche poste, même dans pays sinistré.

N° 263. — Urg. à céder, pour rais. famil., très intér. poste demi-repos avec propharm., rég. provençale. Gr. maison agréable, chasse, pêche. Prix à déb.

Gérant : J. MIGNON
Février 1879
Lang, Blanchong et Cie, 30, rue du Poteau - Paris (18e) — 31.1040
Dépôt légal : N° 8
2e trimestre 46

CONSTIPATION
TRAITEMENT PHYSIOLOGIQUE
TAXOL
ACTION RÉGULIÈRE ET CONSTANTE
1 à 6 comprimés par jour aux repas ou au coucher. Commencer par 2 comprimés.
AUCUNE ACCOUTUMANCE
Laboratoires LOBICA
25, RUE JASMIN, PARIS-16e

CABINET BREITEL ET GORET
1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Ode. 36.46
Fondé en 1903

PARIS. Client. 1er ordre. Indisp. ex-interne.
PARIS-16e. Méd. gén. avec 2e cabin. 15e ar. Bon chif. Bel appart. 7 pièces. S. d. b., confort.
PARIS. O.R.L. Poste de choix. Bel appart.
PARIS. Ophtalmo. Poste important. Appart.
BANLIEUE OUEST, 14 km. Paris. Méd. gén. Import. Gros chif. Pavillon 7 pièces. Garage. Jard.
LOIRE-INF. Méd. gén. Bon petit poste. maison.
EST. Belle station thermale. Clientèle sél. 42 ans exist. Beaux locaux profes. et priv.
SUD-EST, ville thermale. Fixes. Bel appart.
CENTRE. Station thermale. Gros cab. à réouv.
BAS-PYR. Y.O.R.L. avec cab. second. Gros chif. Gde villa 9 p. Jard. Rep. poss. meub. auto.
LABORATOIRE. Région Deux-Sèvres. Vastes locaux. Outillage. Grande maison. Garage. Jardin.

Recherche poste Y.O.R.L. région Paris.
Recherche cab. phtisiologie. Bonn. client.
Avons nombreux remplaçants pour vacances.

Jécol
L'auxiliaire physiologique du foie
LAB. JÉCOL, COURBEVOIE

Boldolaxine

LABORATOIRE EMILE CHARPENTIER
7, RUE DU BOIS DE BOULOGNE PARIS XVIe

La grande marque
des antiseptiques urinaires et biliaires

URASEPTINE ROGIER

Laboratoires Henry ROGIER, 56, Bd. Péreire, Paris

PYOREX

PATE DENTIFRICE MÉDICAMENTEUSE

1° *bactéricide* par l'**Ethoxydiaminoacridine** qu'il contient ;

2° *spirillicide* grâce à l'**Arsolithol Bailly** (sel de lithine de l'acide para-amino-oxy phényl arsénique ;

3° *antiseptique* par le **Ricinoléate de sodium** qui dissout graisses et mucine et désagrège le tartre dentaire.

HYGIÈNE DENTAIRE QUOTIDIENNE
PROPHYLAXIE ET THÉRAPEUTIQUE
DE LA PYORRHÉE ET DES STOMATITES

LABORATOIRES A. BAILLY
(SPEAB)
15 RUE DE ROME - PARIS 8^e



CHLORO-CALCION

68e ANNÉE Nº 21 25 MAI 1946

379.381

LE

CONCOURS MÉDICAL

37, RUE DE BELLEFOND - PARIS (9e) - TRU 33-66

SOMMAIRE

PARTIE SCIENTIFIQUE.

Les sulfamides dans les otites aiguës et subaiguës (Prof. Michel Hétroy) 505

Une réaction par Hémotests associés, ses applications possibles dans le dépistage et dans le contrôle de l'évolution des cancers et de la tuberculose (Dr A. Mattéi) 506

Sur les accidents du Sulfarsenobenzol 509

Réflexions au sujet des traitements sulfamidés. 509

Les Livres, 509. — Sociétés Savantes, 510. — La Presse, 511.

PARTIE PROFESSIONNELLE.

Propos du Jour. — Assistance des enfants arriérés, Le Centre médico-pédagogique de Montauban (J. Noir) 513

Droit professionnel. — Pharmacie et compérage conjugal médico-pharmaceutique (H. Meillet) 514

Statistique et médecine 517

Lettres des lecteurs 518

DEMI-COLONNES.

Dernières Nouvelles, 498. — A travers l'Officiel, 502. — Echos et Commentaires, 521. Correspondance, 525.

COLIBACILLOSE-BLENNORRAGIE-STREPTOCOCCIES

LYSOTHIAZOL

(640 M)

6comprimés 0 g., 56 de LYSOTHIAZOL.

Éts MOUNEYRAT
VILLENEUVE-LA-GARENNE (Seine)

Rhumatismes chroniques — Carences soufrées

THIONAÏODINE

INJECTABLE — COMPRIMÉS

Laborat. Jacques LOGEAIS, Issy-les-Moulineaux, PAR /

Traitement Spécifique de l'Acné

SACNEL

Laboratoires DUMESNIL, 10, Rue du Plâtre, Paris 4e

Infangyl Carlier

CALME LES TOUX INFANTILES

VÉRITABLE HUILE DE

HAARLEM

G. de KONING TILLY

GOUTTES — CAPSULES

Laboratoires THOMAS, 2, rue Ste-Cécile, PARIS 9e)

PYRÉTHANE

Antinévralgique Puissant

18, Rue Ernest-Rousselle - PARIS-13e

DERNIÈRES NOUVELLES

Faculté de Médecine de Paris.

Un *cours élémentaire d'hygiène sportive*, à la suite duquel un certificat d'assiduité pourra être délivré, aura lieu au Laboratoire d'Hygiène de la Faculté de médecine du 28 mai au 14 juin, les mardis et vendredis de 17 h. à 18 h. 30.

Ce cours, gratuit, est réservé aux docteurs en médecine et étudiants en médecine de 5e année.

S'inscrire au Laboratoire d'Hygiène de 14 à 17 h., sauf le samedi.

Ecole du Service de Santé militaire.

Le *concours d'admission* à cette Ecole aura lieu les 26 et 27 juin 1946. S'adresser au Ministère des Armées, Direction du Service de Santé, 231, boulevard Saint-Germain, Paris.

L'Union des médecins français

organise une journée commémorative à la mémoire du Dr Jean-Claude Bauer, fusillé par les Allemands, au Mont-Valérien, le 23 mai 1942, pour son activité patriotique. La cérémonie aura lieu le dimanche 26 mai 1946, à 10 h. 30, place de la République, à Saint-Ouen.

Hospices civils de Chalon-sur-Saône.

Deux places d'*internes* sont vacantes à l'hôpital de Chalon-sur-Saône : services de chirurgie, maternité et médecine.

Indemnité : 2.000 francs par mois, plus nourriture, logement et blanchissage.

Les demandes d'inscription doivent être adressées à M. le Président de la Commission administrative des Hospices civils de Chalon-sur-Saône, en y joignant les pièces suivantes :

1° Extrait d'acte de naissance (nationalité française exigée) ;

2° Situation militaire ;

3° Certificat de bonnes vie et mœurs ;

4° Un engagement de se conformer au règlement hospitalier, ainsi qu'aux décisions ultérieures qui pourraient être prises par la Commission administrative ;

5° Un certificat du doyen de la Faculté de médecine ou du directeur de l'Ecole de médecine attestant que le candidat est pourvu de 16 inscriptions de doctorat en médecine Etat, nouveau régime ;

6° Un exposé des titres.

« Garden-Party » de la Médecine française.

La « Garden-Party » de la Médecine française, qui devait avoir lieu le 19 mai, a été remise au dimanche 23 juin et aura lieu à la Maison des Artistes, 11, rue Berryer, Paris (8e).

Bourses de vacances pour étudiants en médecine.

Les laboratoires du docteur F. Debat distribueront, comme les années précédentes, des bourses de vacances destinées à de jeunes étudiants en médecine de santé délicate et dont les conditions d'existence sont particulièrement difficiles. Ces bourses seront, cette année, de 2.000 francs.

Les demandes devront être adressées 60, rue de Monceau (Service des Bourses de Vacances) avant le 15 juin 1946. Elles seront accompagnées d'une lettre de recommandation du professeur de l'élève et indiqueront la situation de famille, l'état de santé du postulant ou toutes autres informations susceptibles de servir de moyen d'appréciation.

Le Sou médical.

SOCIÉTÉ D'ASSURANCE ET DE DÉFENSE PROFESSIONNELLES. — *Société d'assurance à forme mutuelle. Entreprise privée régie par le décret-loi du 14 juin 1938.* — Siège Social : 37, rue de Bellefond, 37, Paris (9e).

Les sociétaires sont convoqués en Assemblée générale ordinaire le vendredi 7 juin 1946 à 14 h. 30 au siège social, 37, rue de Bellefond, à Paris (9e) (deuxième Assemblée).

Ordre du jour : 1° Lecture des rapports et présentation des comptes de l'exercice 1945 ; 2° Fixation des cotisations et du montant des garanties

MORRHUËTINE VITAMINÉE JUNGKEN

Toutes les vitamines de l'Huile de Foie de Morue

Véritable **SUCRE VITAMINÉ**

Laboratoires **BRACQUEMOND & Cie**, 105, Rue de Normandie, **Courbevoie** (Seine)

Anémies · Asthénies
Amaigrissement
TOUTES DÉFICIENCES

ARSENOCRINE

AMPOULES BUVABLES AGRÉABLES A PRENDRE

LABORATOIRES DE SPÉCIALITÉS S.A. LASSA

LASSA - 31, R. Chardon-Lagache, Paris 16e

pour l'exercice 1947 ; 3° Modalités de la garantie des risques de responsabilité résultant de la Radiothérapie ; 4° Rémunération des administrateurs ; 5° Questions diverses.

Le Conseil d'Administration. (*Communiqué.*)

Comité Intersyndical des Médecins de la Région parisienne.

Les travaux de la Commission confédérale spéciale des Assurances sociales. — La Commission spéciale nommée par l'Assemblée générale extraordinaire des 30 et 31 mars 1946, en exécution de l'Ordre du jour voté à cette Assemblée, s'est réunie le 14 avril 1946.

Cette Commission a fixé en valeur absolue, des chiffres d'honoraires qui doivent être considérés comme un plafond et qui, au moment présent, ne doivent pas être dépassés, sauf dérogations.

Ces chiffres plafonds (avril 1946) sont les suivants : Grandes villes : C = 100 fr. ; V = 130 fr. — Villes de moyenne importance ou campagne : C = 90 fr. ; V = 110 fr.

Visites de nuit et visites du dimanche : fixées localement.

Indemnité kilométrique : kilomètre parcouru suivant régions, plaine, moyenne ou grande montagne, 10, 12, 15 ou 20 fr. ; PC = K ou les 4/3 de C; K = 75 fr.

Accouchements : suivant coutumes locales.

La Commission a, d'autre part, demandé que des modifications soient apportées à la nomenclature des P.C.

Création d'un dispensaire de soins par l'Union des Caisses. — Dans sa séance du 14 mars 1946, le bureau du Conseil d'Administration de l'Union des Caisses d'Assurances sociales a décidé de demander au ministre du Travail l'autorisation de créer un dispensaire de soins à Paris, 23, rue Tiphaine. Ce dispensaire agirait « en liaison avec la Caisse de compensation de la rue Viala, qui ne peut actuellement répondre à tous les besoins ».

D'après le procès-verbal de la réunion du 14 mars, le bureau de l'Union des Caisses a décidé, pour « tenter cet essai » d'imputer une somme de 500.000 francs sur le compte Hygiène sociale.

Le dispensaire ouvrirait le 1er mai 1946.

Rappelons au sujet de cette création éventuelle de l'Union des Caisses que l'article 19 de l'ordonnance du 19 octobre 1945 est ainsi conçu :

« L'assuré peut être soigné dans les établissements fondés par les caisses de securité sociale. Le réglement général d'administration publique fixe les conditions selon lesquelles l'autorisation de création est donnée par le ministère du travail et de la sécurité sociale et le ministère de la santé publique. »

Or, nous ne sachons pas que le règlement général d'Administration publique ni aucun règlement particulier ait fixé les « conditions » prévues par l'article 19 de l'ordonnance. Il semble donc que la demande de l'Union des Caisses soit prématurée. Il sera intéressant de suivre cette affaire et de connaître la décision du ministère du travail et celle du ministère de la Santé publique.

N'oublions pas au surplus que dans une circulaire du 26 février 1946 le ministre du Travail « attachait du prix à ce que les groupements syndicaux de médecins soient consultés sur le plan local par les Caisses, à l'occasion des initiatives que prennent celles-ci, en matière d'action préventive ou d'équipement sanitaire, dans le cadre fixé par le ministère de la Santé publique et de la Population ». Or jusqu'ici ni la Chambre syndicale des médecins de la Seine ni le Comité intersyndical des médecins de la Région parisienne n'ont été consultés par l'Union des Caisses à l'occasion de l'initiative qu'elle vient de prendre.

Le Concours Médical
Fondé en 1879 par A. Cézilly.
Directeur honoraire : Docteur J. Noir.
Directeur : Dr G. Lavalée.
Rédacteur en Chef : Dr G. Fischer.
Rédaction, Administration et Publicité, 37, Rue de Bellefond, Paris 9e).
Téléphone : TRU 33-66. R. C. Seine 76.579.
Chèques postaux, Paris 167-96.
Abonnements : 1 an, 250 francs. - Etudiants, 125 fr. Le N° 10 fr. Changem. d'adresse 5 fr.

OPONUCLYL
SYNERGIE OPO-ORGANO-MINÉRALE (Vitamine D)
STIMULANT FONCTIONNEL - MODIFICATEUR DU TERRAIN
ADULTES : 4 sphérules par jour. — ENFANTS : 1 sphérule par jour.
Laboratoires TROUETTE-PERRET, 61, Av. Philippe-Auguste - PARIS-XIe

FOIE ET REIN DEFICIENTS
CHOPHYTOL
AMPOULES INJECTABLES
DRAGÉES : GOUTTES "per os"
Laboratoires ROSA 11 Rue Roger Bacon - PARIS 17e -

Installation du Conseil d'Administration de la Caisse primaire de Sécurité sociale de l'agglomération parisienne. — Le 25 avril dernier, M. Ambroise Croizat, ministre du travail, a procédé à l'installation de la Caisse primaire de Sécurité sociale de l'agglomération parisienne, dont le siège social est situé à Paris 69 *bis*, rue de Dunkerque.

La circonscription de cette Caisse comprend les départements de la Seine et de la Seine-et-Oise et 20 communes de la Seine-et-Marne.

Le Conseil d'Administration est composé de 48 membres dont les deux tiers (32 membres) ont été désignés par la C.G.T., la Confédération des travailleurs chrétiens ayant, en manière de protestation semble-t-il, décidé de ne pas participer à l'application du plan de sécurité sociale.

Quant aux deux praticiens adjoints au Conseil avec voix délibérative, ils n'ont pas encore été désignés. Des pourparlers sont en cours à ce sujet.

Le président du Conseil d'Administration de la Caisse est M. Alfred Costes, représentant de la C.G.T. et député communiste.

Nouveaux tarifs d'honoraires pour soins donnés aux accidents du travail. — En raison d'une modification que l'Union des Caisses a portée le 5 avril 1946 à son tarif de responsabilité, les tarifs de la consultation et de la visite pour soins donnés aux accidentés du travail sont désormais les suivants (tarif de responsabilité avec abattement de 20 %) :

Seine et Seine-et-Oise (zone urbaine) : C = 80 fr.; V = 104 fr. — Seine-et-Oise (zone rurale) et Seine-et-Marne : C = 72 fr. ; V = 88 fr. — Eure-et-Loir et Oise : C = 64 fr. ; V = 80 fr.

Nous rappelons que l'application de ces nouveaux tarifs entraîne automatiquement l'application des nomenclatures des Assurances sociales pour tous les soins donnés aux accidentés du travail. Etablir les mémoires d'honoraires en donnant à PC et à K la valeur qu'ils ont au tarif de responsabilité de l'Union des Caisses pour chaque département.

Contrairement à ce que nous avons écrit dans notre précédente circulaire, pour les actes en PC et en K l'abattement de 20 % n'existe pas.

D'autre part, en application d'un décret du 12 avril 1946 paru au *Journal Officiel* des 2 et 3 mai 1946, les certificats initiaux sont tarifés PC 0,4 en cas de blessure légère, PC 0,7 en cas de « blessure grave ou lorsqu'une blessure présumée légère devient grave. »

Le certificat final descriptif et détaillé constatant l'état du blessé après consolidation d'une blessure grave est tarifé PC 1.

Les honoraires ainsi établis pour les certificats se cumulent avec le prix de la visite ou de la consultation ; ils comprennent les frais de copie, de rapport et de correspondance.

Enfin la consultation ou visite du médecin traitant lors du contrôle de la victime est tarifé C 1,5 ou V 1,5. Ces consultations ou visites ne subissent pas l'abattement de 20 %.

N. B. — Ainsi que nous l'avons déjà indiqué dans notre précédente circulaire, les nouveaux tarifs indiqués ci-dessus résultent d'une interprétation des nouveaux règlements qui peut être contestée par les parties payantes, du moins dans les départements de la Seine, de l'Eure-et-Loir et de l'Oise. Au cas où il en serait ainsi, en avertir le Syndicat local.

Déclaration obligatoire des cas de tuberculose pulmonaire. — Dans sa séance du 20 avril 1946, l'Assemblée nationale constituante a adopté sans débats une loi rendant obligatoire, sous peine de sanctions, la déclaration au service médical sanitaire de tout cas de tuberculose pulmonaire bacillaire ouverte.

En cas de défaut de soins ou de mesure de prophylaxie, le service sanitaire invite le malade à se faire « traiter » dans un dispensaire. Un règlement d'administration publique prévoira l'hospitalisation obligatoire du tuberculeux bacillaire si son état et l'absence de soins la rendent indispensable.

L'article 3 de la loi nous a paru assez énigmatique. Il est ainsi conçu : « Les communes, les départements et l'Etat sont tenus de pourvoir, dans le cadre de la législation sur la sécurité sociale, au traitement et à l'hospitalisation des personnes nécessiteuses atteintes de tuberculose. »

Vote de la loi relative à la généralisation de la Sécurité sociale. — Dans sa séance du 26 avril 1946, l'Assemblée nationale constituante a voté sans débat et à l'unanimité une loi sur la généralisation de la sécurité sociale. Cette loi intéressant à plus d'un titre les médecins, nous en signalons les principales dispositions, notamment celles qui nous concernent.

Les cotisations des personnes exerçant une activité professionnelle non salariée (telles que les méde-

MANDELIUM
AMPOULES BUVABLES - CACHETS
★
Infections urinaires
Alcaloses
THERAPLIX
98, RUE DE SÈVRES, PARIS-VII•

TRAITEMENT DES ANÉMIES ET DES DÉFICIENCES NEURO-ORGANIQUES
SOJAMINOL, complexe d'acides aminés : histidine, tryptophane, extrait du SOJA, riche en vitamines naturelles du groupe B associé aux gluconates de Fer et de Cuivre et à un neurotonique ataxique de synthèse : l'Ambatolyl.
MODE D'EMPLOI :
Adultes : 2 comprimés à chacun des trois repas.
Enfants : 2 comprimés à chacun des deux principaux repas.
SOJAMINOL
COMPRIMÉS
LABORATOIRE du NEUROTENSYL
72, Bd Davout - PARIS (20e)

cins) sont assises sur le revenu professionnel des intéressés, tel qu'il est déterminé pour l'établissement des impôts cédulaires. Toutefois ce revenu ne peut être inférieur au salaire de base de manœuvre de la catégorie la moins favorisée travaillant au chef-lieu du département.

Les cotisations dues par les conjoints n'exerçant aucune activité professionnelle propre (telles les femmes de médecins n'exerçant aucune profession) sont assises sur un montant égal au minimum de la pension de vieillesse accordée aux assurés sociaux à l'âge de soixante-cinq ans.

Les revenus dépassant un montant qui sera fixé par décret ne sont comptés que pour ce montant (ce plafond est actuellement de 120.000 fr.).

Pour les personnes autres que les salariés et assimilés (c'est-à-dire pour les médecins), le taux de la cotisation est 9 % au titre de l'assurance vieillesse. Le taux serait augmenté si les organisations représentatives des médecins demandaient que d'autres risques que la vieillesse soient couverts.

On sait que les cotisations doivent désormais être versées non plus aux services régionaux des A.S. organismes d'Etat, mais aux caisses primaires de sécurité sociale, organismes privés gérés en fait par la C.G.T. Il est prévu à l'article 20 de la nouvelle loi que la composition des Conseils des Caisses de sécurité sociale pourra être modifiée « en vue d'assurer la représentation de l'ensemble des bénéficiaires de la présente loi en proportion de leur importance respective dans la circonscription de la Caisse ».

Des dispositions spéciales sont prises en ce qui concerne les personnes relevant des professions agricoles et forestières, notamment celle-ci intéressant plus particulièrement les médecins : Les personnes exerçant une activité non salariée et qui ne sont pas assimilées aux salariés dans ces professions « bénéficient des prestations des assurances maladie, maternité, longue maladie, décès, invalidité, ainsi que de la réparation des accidents du travail, dans les conditions définies par la législation spéciale de ces professions ». D'après ce texte, il semble que tous les cultivateurs seront assujettis à l'assurance maladie-maternité, en l'espèce à l'assurance maladie-maternité des professions agricoles et forestières.

Les dates d'entrée en vigueur de toutes les dispositions de cette loi seront fixées par décrets. Ces décrets ne pourront intervenir tant que l'indice de la production industrielle n'aura pas atteint 100 % de l'indice de 1938 en ce qui concerne l'assurance vieillesse et l'allocation aux vieux et 125 % du même indice pour les autres risques.

Il semble donc qu'un certain délai nous est laissé pour approfondir l'étude de textes qui d'ores et déjà ont provoqué une vive émotion.

Syndicat des Médecins de Seine-et-Oise. — A dater du 5 avril 1946, les honoraires ci-après sont applicables dans le département de Seine-et-Oise.

	Zone I	Zone II
Consultation	100	90
Visite	130	110
Visite du dimanche	200	170
Visite de nuit	300	250
P. C.	75	75
K	75	75
Indemnité kilométrique	néant	10
Forfait d'accouchement : simple	3.500	3.000
Forfait d'accouchement : plural	4.500	4.000

(*Communiqué.*)

Nécrologie.

— Le docteur Henri Le Marc'Hadour. — Le docteur Henri Le Marc'Hadour, dont nous avons appris la mort avec beaucoup de peine, fut d'abord médecin de la marine, puis O.R.L. à Paris. Ancien élève de l'Ecole de Santé de la Marine, décoré de la Légion d'honneur pour faits de guerre au Tonkin, il démissionna et vint à Paris suivre l'enseignement de la clinique oto-rhino-laryngologique de Lubet-Barbon. Médecin d'un bataillon de fusilliers marins en 1914, promu officier de la Légion d'honneur à Dixmude, médecin-chef à bord du « Danton », il fut torpillé en Méditerranée, épisode de sa vie dont il faisait, en toute simplicité, volontiers le récit. Collaborateur de Lubet-Barbon, il avait formé de nombreux élèves qui tous, ont conservé de lui un très attachant souvenir. Peu de temps après la guerre de 1914-18, il avait présidé le Congrès d'O.R.L.

Nous adressons à Mme Le Marc'Hadour, sa veuve, à Mme et au docteur de Chabanolle (de Chamonix), ses fille et gendre, l'expression de notre douloureuse sympathie.

ENTÉROSPASME
DYSARIODE
Bismuth ★ Quinoléine ★ Curcuma
LABORATOIRES DU VIOPHAN 8 COMPRIMÉS PAR JOUR 91, RUE DE MONCEAU, PARIS-8e



A TRAVERS L'OFFICIEL

CESSATION DES HOSTILITES.

Une loi du 10 mai 1946 fixe au 1er juin 1946 la date légale de cessation des hostilités. Il s'agit là d'une mesure extrêmement importante par ses conséquences directes ou indirectes, notamment en ce qui concerne la législation des loyers. Nous nous proposons d'analyser dans un prochain numéro les principales répercussions de cette mesure qui pourrait intéresser nos lecteurs.

(*J. O.*, 12 mai 1946.)

LOYERS.

Une loi du 7 mai 1946 interdit toute expulsion, avant qu'un local suffisant n'ait été préalablement mis à la disposition de l'expulsé, des locataires de nationalité française, alors que l'expulsion a été prononcée en vertu de l'ordonnance du 14 novembre 1946 au profit de sujets étrangers.

(*J. O.*, 8 mai 1946.)

THERMOMETRES MEDICAUX.

Un décret du 7 mai 1946, portant règlement d'administration publique pour l'application de l'article 2 de la loi du 14 août 1918 fixe les modalités de la vérification et du contrôle obligatoire des thermomètres médicaux.

(*J. O.*, 9 mai 1946.)

MEDECINS ETRANGERS.

Arrêté ministériel du 11 mars 1946 accordant ou refusant l'autorisation d'exercer à des médecins étrangers.

Article premier. — Les praticiens étrangers dont les noms suivent, titulaires du diplôme d'État français de docteur en médecine, sont autorisés à exercer la profession de médecin pour une durée de six mois renouvelable, dans les condition des articles 1er et 4 de l'ordonnance du 6 août 1945 et sur toute l'étendue du territoire français métropolitain.

M. Chenoiner (Jacob dit Jacques), né le 20 octobre 1904 à Varsovie (Pologne), demeurant actuellement à Garges-les-Gonesses (Seine-et-Oise).

M. Dahan (Eugène), né le 13 novembre 1914 à Choubra, le Caire (Egypte), médecin-chef du 2e bataillon de défense des côtes du Levant.

M. Ghelber (Léon), né le 19 juillet 1908 à Darmanesti (Roumanie), demeurant actuellement à Arcueil (Seine).

M. Lamm (Nathan), né le 8 septembre 1908 à Vascanti (Roumanie), demeurant actuellement 3, rue de l'Echo, à Clermont-Ferrand.

M. Marian (Marcus), né le 7 avril 1909 à Campuling (Roumanie), demeurant actuellement à Saint-Cloud (Seine-et-Oise).

M. Rzecht (Eljezer), né le 23 octobre 1901 à Varsovie (Pologne), demeurant actuellement 41, rue Lepic, à Paris (18e).

M. Stern (Joseph), né le 1er janvier 1909, à Lodz (Pologne), demeurant actuellement 18, rue du Charolais, à Paris (12e).

Art. 2. — Les praticiens français dont les noms suivent, titulaires du diplôme d'université de docteur en médecine, sont autorisés à exercer provisoirement la profession de médecin, jusqu'à la fin légale des hostilités, dans les conditions des articles 2 et 4 de l'ordonnance du 6 août 1945, et suivant les conditions indiquées ;

ENTEROBYL
DRAINE
DÉSINFECTE
DÉSENSIBILISE
CACHETS ET GRANULÉS
TRIPLÉ...
LAB. DEHAUSSY, 50, Rue Nationale, LILLE. Pour la France sud : 21, Av. St-Sulpice, Lavaur (Tarn)

GÉLYSINE
PRÉVENTIF-CURATIF
ÉPHÉDRINE — VITAMINE B1 — VITAMINE NICOTINIQUE PP
Asphyxies locales - Érythémies - Engelures - Troubles dus aux sulfamides - Aphtes - Syndromes pellagroïdes
4 COMPRIMÉS BLANCS le matin
4 COMPRIMÉS ROSES le soir
Laboratoire FABOL, 1, Rue Gounod, PARIS (XVIIe) — Tél. : CAR. 59-51

M. Mouradoff (Abbasse), né le 19 octobre 1899 à Choucha (Russie) ; demande déposée dans le département de la Marne. — Autorisé à exercer à l'hôpital psychiatrique de Châlons-sur-Marne.

M. Rottenberg (Etienne), né le 17 février 1907 à Gyula (Hongrie) ; demande déposée dans le département de la Seine. — A la disposition du ministre de la Santé Publique et de la Population.

Art. 4. — Les demandes présentées par les praticiens suivants, en vue d'être autorisés à exercer provisoirement en France, sont rejetées :

M. le docteur Demetriadès (Marie), né le 18 décembre 1909 à New-York (Etats-Unis), demeurant actuellement 15, rue Théodule-Ribot, à Paris (17e).

Décret du 4 avril 1946 organisant l'examen de culture générale prévu par l'article 2 de l'ordonnance du 8 août 1945. (Extraits.)

Article premier. — L'examen de culture générale française prévue par l'article 2 de l'ordonnance susvisée est organisé dans les conditions ci-après.

Art. 2. — L'examen de culture générale française est subi devant la faculté des lettres de l'université dont dépend la faculté de médecine, devant laquelle le candidat postule le diplôme d'Etat de docteur en médecine. Les dates des sessions et les dates d'ouverture des registres d'inscription sont fixées dans chaque académie par le recteur.

Art. 3. — Les épreuves sont les unes écrites, les autres orales. Les épreuves écrites sont éliminatoires. Les correcteurs des compositions ne doivent pas connaître les noms des candidats dont ils corrigent les copies. Ces noms sont portés à la connaissance du jury dans la délibération destinée à établir la liste d'admissibilité, après que les notes données par les correcteurs ont été relevées.

Art. 4. — Le bénéfice de l'admissibilité aux épreuves orales, après échec à ces épreuves, est acquis aux candidats admissibles à une session pour la session suivante.

Art. 5. — Aucun ajournement, soit après les épreuves écrites, soit après les épreuves orales, ne peut être prononcé qu'en vertu d'une délibération spéciale du jury.

. . . . . .

Art. 7. — Les épreuves dont la valeur est exprimée par une note variant de 0 à 10, sont les suivantes :

	Coefficient
Ecrit :	
Composition française (durée : trois heures)	3
Dissertation philosophique (durée : trois heures)	2
Composition d'histoire ou de géographie au choix du candidat (durée : trois heures)	2
Oral :	
Explication d'un texte français	2
Interrogation sur la philosophie	2
Interrogation d'histoire	1
Interrogation de géographie	1
Epreuve de langue vivante étrangère	2

Art. 8. — Les programmes sont fixés comme suit :

Français : programme de la classe de première.

Philosophie : programme de la classe de philosophie-lettres.

Histoire : histoire de France de 1789 à nos jours (d'après les programmes des classes de première et de philosophie-lettres).

Géographie : la France et ses colonies, programme de la classe de première.

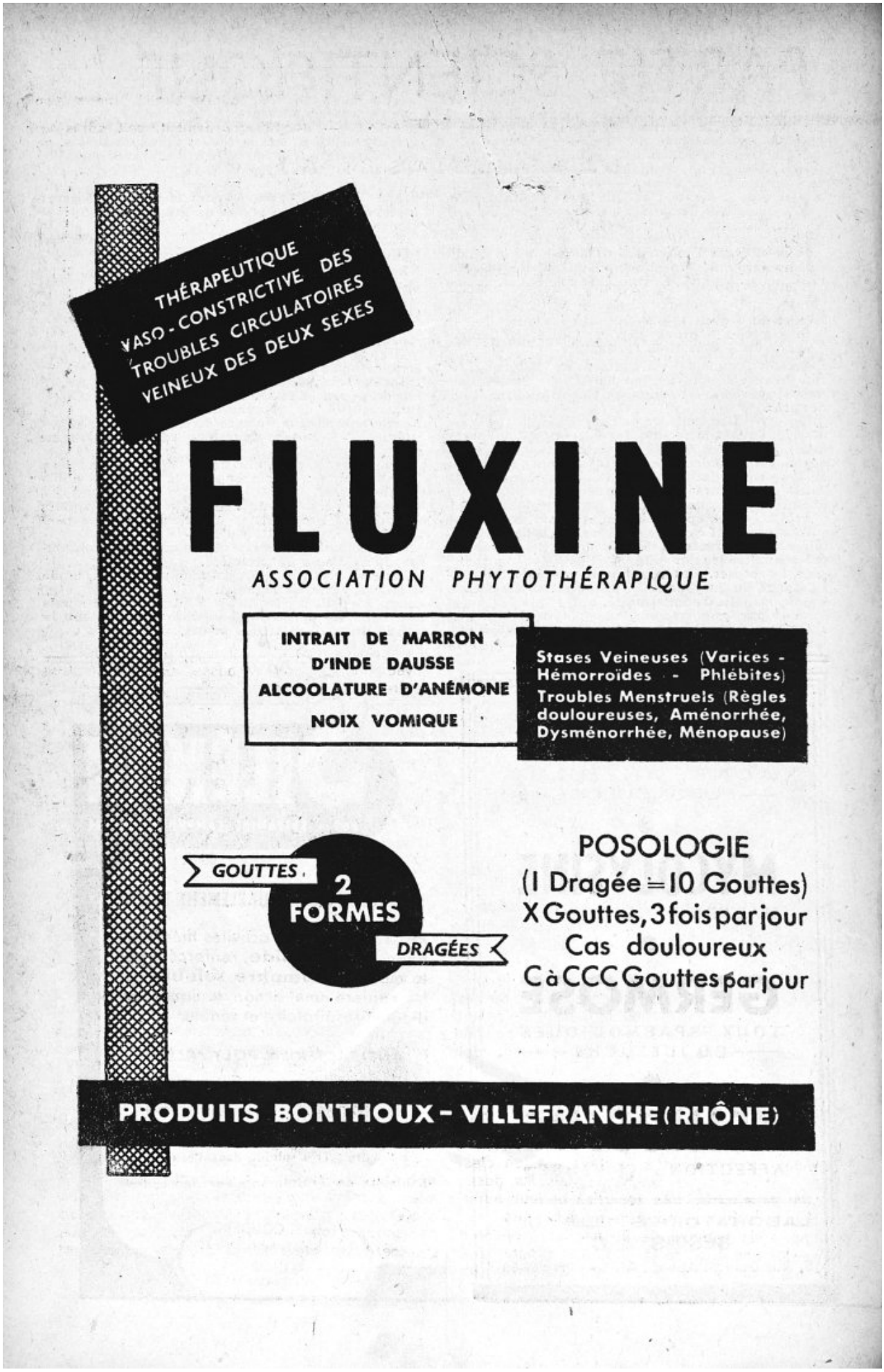
Langue vivante : programme de la classe de première, série classique A.

Art. 9. — Pour être déclaré admissible et admis tout candidat doit avoir obligatoirement obtenu la moitié du maximum des points.

(*J. O.* 5 avril 1946.)

STAPHYLASE
ACNÉ, ANTHRAX
FURONCULOSE
MYCOLYSINE
MALADIES INFECTIEUSES
GERMOSE
TOUX SPASMODIQUES
COQUELUCHE
VEINOSINE
AFFECTIONS VEINEUSES
LABORATOIRES LEBEAULT
BESINS & Cie
5, Rue Bourg-l'Abbé, PARIS - Tur. : 69-50

SILÉNAN
809 - SULFAMIDE CAMPHOSULFONIQUE
SOLUBLE - REMARQUABLEMENT TOLÉRÉ
Possède toutes les activités thérapeutiques du sulfamide, renforcées par la molécule camphre soluble qui lui confère une action tonique cardiaque, respiratoire et rénale.
ANTIBACTÉRIEN POLYVALENT
Exalte au maximum la capacité de défense de l'organisme
Comprimés: 2 Dosages: 0g.50 ou 0gr.25
Poudre : Très soluble dans l'eau
Tableaux de Traitements sur demande
Lab. S. COUDERC
9 et 9 bis, rue Borromée, PARIS-XVe
En Z. N. O. :
2, place Croix-Paquet, LYON


THÉRAPEUTIQUE
VASO-CONSTRICTIVE DES
TROUBLES CIRCULATOIRES
VEINEUX DES DEUX SEXES
FLUXINE
ASSOCIATION PHYTOTHÉRAPIQUE
INTRAIT DE MARRON
D'INDE DAUSSE
ALCOOLATURE D'ANÉMONE
NOIX VOMIQUE
Stases Veineuses (Varices - Hémorroïdes - Phlébites)
Troubles Menstruels (Règles douloureuses, Aménorrhée, Dysménorrhée, Ménopause)
GOUTTES
2
FORMES
DRAGÉES
POSOLOGIE
(1 Dragée = 10 Gouttes)
X Gouttes, 3 fois par jour
Cas douloureux
C à CCC Gouttes par jour
PRODUITS BONTHOUX - VILLEFRANCHE (RHÔNE)

PARTIE SCIENTIFIQUE

LES SULFAMIDES DANS LES OTITES AIGUES ET SUBAIGUES

par Michel HÉTROY, Professeur à l'École de Médecine d'Amiens

Il peut paraître superflu de parler encore des sulfamides en otologie, et cependant le " génie épidémique " qui, cette année, semble s'être attaqué aux oreilles avec une fréquence inaccoutumée, pâtit largement de la sulfamidothérapie correctement employée.

Or, de nombreux exemples viennent de nous montrer qu'il n'en est pas toujours ainsi : d'une part, les sulfamides sont pris souvent à doses fantaisistes par des malades auxquels il reste, d'une affection antérieure, quelques comprimés " contre la fièvre ". D'autre part, les médecins praticiens n'ont pas toujours le temps de lire les travaux spécialisés en O.R.L., ni de suivre et de contrôler le mode d'emploi du médicament.

On sait que l'action bactério-statique des sulfamides est obtenue par une concentration suffisante dans le sang et les tissus largement irrigués. Mais dans les tissus de soutien, comme l'os, cette concentration ne peut être atteinte. Par conséquent, dans les otites, les bons résultats seront obtenus tant qu'il n'y aura qu'inflammation de la muqueuse de la caisse ou des cellules mastoïdiennes. S'il y a atteinte osseuse, il serait hasardeux de compter sur un succès.

Nous pouvons donc, suivant cette explication, conseiller la sulfamidothérapie — que nous employons depuis une dizaine d'années avec de très bons résultats en otologie — de la façon suivante pour les otites moyennes aiguës et subaigues.

1. Otites moyennes aiguë.

Ne jamais donner de sulfamides sans paracentèse pour ne pas masquer les degrés d'infection par la suite sous le fallacieux espoir que " ça s'arrangera " sans ouverture : une paracentèse correcte n'est jamais dangereuse.

A) Si, comme c'est habituel, **la paracentèse est pratiquée au début de l'infection,** sur un tympan rouge, ne bombant pas, ou peu, avec issue de quelques gouttes de sang, ou de sérosité, si la température baisse en quelques heures, les sulfamides sont inutiles, le malade se défend lui-même ; il suffit de surveiller l'oreille pendant les jours suivants et la guérison survient rapidement.

B) Si **la paracentèse est faite après quelques jours de souffrance** et donne issue à du pus, s'il y a une légère réaction douloureuse mastoïdienne, là les sulfamides doivent faire merveille, associés naturellement à la thérapeutique classique par lavage ou méchage. Mais les doses doivent être fortes, très réparties et leur administration ne doit pas dépasser 5 à 6 jours.

Il nous est habituel de donner les premières 24 heures une dose de O. gr. 20 par kilogramme, par fractions prises toutes les 2 heures. Les 48 heures suivantes la dose totale journalière est réduite de 1/3 et les comprimés sont donnés toutes les 3 heures, et ensuite toutes les 5 heures pendant encore 2 jours. Il est bon de faire prendre avec les comprimés un verre d'eau bicarbonatée

Généralement, le malade voit au bout de 3 ou 4 jours sa température baisser, l'écoulement se tarit peu à peu en se fluidifiant, la réaction douloureuse mastoïdienne disparaît, et la guérison survient en une semaine environ.

Si, au contraire, il n'y a pas le quatrième jour d'amélioration nette, donner les doses des deuxième et troisième jours pendant 2 ou 3 jours encore, pas plus, et continuer ensuite la thérapeutique habituelle. Il est fort probable que l'otite ne guérira pas par des moyens médicaux et qu'il faudra intervenir assez vite.

2. Otites moyennes suppurées subaiguës.

Il s'agit de malades que l'on voit au bout de 2 ou 3 semaines.

A) S'il y a un écoulement d'abondance variable non fétide, épais, un tympan ne battant pas, avec une perforation basse, une température entre 37° et 38°, pas de douleur, bon état général. Le traitement sulfamide aux doses précédentes amène généralement la guérison.

B) Si le malade a un écoulement épais, odorant, tympan battant, un état général médiocre, très peu de douleurs mastoïdiennes, l'opportunité opératoire ne s'impose pas d'urgence au premier abord, mais il est fort probable que l'os est atteint et que les sulfamides ne donneront pas de résultat appréciable. Néanmoins, il faut quand même les essayer pendant 4 ou 5 jours. Si au bout de ce temps, il n'y a pas une très nette amélioration, si la suspension de la sulfamidothérapie donne une reprise des signes otoscopiques et cliniques, il est inutile et dangereux de continuer le traitement. Ce sont, évidemment, les cas les plus difficiles à surveiller et seule une clinique attentive et des radiographies en série (souvent d'ailleurs difficiles à obtenir en clientèle et à interpréter) permettront de ne pas méconnaître une évolution sournoise, sous une amélioration apparente. La trépanation mastoïdienne ne devra pas être différée.

Telles sont les quelques remarques que nous voulions faire sur la sulfamidothérapie dans les formes d'otites de pratique courante. Nous souhaitons qu'elles puissent aider nos confrères de médecine générale, qui, surchargés et ne disposant pas actuellement de communications faciles, peuvent être embarrassés pour des cas, souvent peu graves s'ils sont bien suivis, mais nécessitant une observation attentive et une thérapeutique souvent très brillante, si elle est correcte.

UNE RÉACTION PAR HÉMO-TESTS ASSOCIÉS, SES APPLICATIONS POSSIBLES DANS LE DÉPISTAGE ET DANS LE CONTROLE DE L'ÉVOLUTION DES CANCERS ET DE LA TUBERCULOSE

par A. MATTEI

Nos premiers essais datent de 1939. Nous les avions soumis au Professeur Besredka de l'Institut Pasteur, puis à Mme le Docteur Marie Phisalix. Tous deux nous avaient encouragé et aidé de leurs conseils. Nous faisons, à leur mémoire, l'hommage de ce travail.

Le 12 février 1946, à la réunion des Chefs de Centres Anticancéreux à l'Institut du Radium, M. le Docteur Robert Coliez, Electro-Radiologiste des Hôpitaux, a bien voulu communiquer les premiers résultats obtenus dans son service de l'hôpital Necker. En ce qui concerne la Tuberculose nous publierons sous peu le résultat de nos essais en milieu hospitalier. Le 9 avril 1946 nous avons présenté la réaction à la Société de Pathologie Comparée.

GENERALITES.

La réaction est étudiée sur le sang total, fraîchement recueilli et rendu incoagulable. Un prélèvement de 3 cc. 5 est recueilli sur 0 cc. 75 de solution de citrate de soude à 4 %. Il doit être examiné dans les 5 heures.

Les tests dont nous étudions la variation comparative au cours de l'évolution d'un processus pathologique sont au nombre de trois :

1° En tout premier lieu **une réaction d'hémolyse provoquée** par certains détecteurs (venins divers et lipases ophidiennes). C'est la variable fondamentale.

Le sang d'un sujet indemne ne réagit pas aux **doses employées** ; par contre celui des cancéreux et des tuberculeux donne lieu, pour chaque détecteur, à un degré variable d'hémolyse.

L'hémolyse provoquée globale (HP), forte au début de l'évolution du processus, va en s'affaiblissant par la suite. Evaluée de 0 à H 16, elle nous donne **un premier chiffre.**

2° C'est ensuite **l'hémolyse spontanée** (HS), variable, encore très importante. Ce phénomène ne se produit pas pour le sang normal. Chez les cancéreux et les tuberculeux, il est au contraire noté. Forte au début de l'évolution, elle diminue assez rapidement, disparaît en général dès le début clinique de la période d'état, pour réapparaître à la phase de généralisation. Evaluée de 0 à H 4, elle nous fournit **un deuxième chiffre.**

3° C'est enfin **la vitesse de sédimentation globulaire** (VS) variable accessoire, mais qui peut fournir cependant des notions sur l'importance du processus ou sur le degré d'infection associée ou surajoutée. Evaluée en moyenne horaire portant sur 2 heures, soit X %, elle nous donne **un troisième chiffre.**

Aucun de ces trois tests interrogé séparément ne peut permettre une conclusion. Il en va autrement de leur association et l'on dispose alors d'une véritable **« mesure à 3 dimensions ».**

Si donc un « moment » de l'évolution du processus se caractérise par les 3 chiffres précités le processus global peut s'objectiver par un graphique, sur lequel nous porterons ces valeurs en ordonnées et le temps en abscisse.

La variation comparative des tests au cours de l'évolution détermine 3 courbes-types. Ces **graphiques sont caractéristiques d'un état pathologique déterminé.** Pour l'étude de la tuberculose comme pour celle du cancer, nous avons conçu deux graphiques : celui d'évolution progressive et celui des suites thérapeutiques. Ceux-ci ayant été établis dans **un premier temps où le diagnostic nous était connu,** nous les utilisons **dans un 2e temps, dans un but de recherche.** Pour cela, la réaction étant pratiquée pour un sujet suspect, nous déterminons les valeurs des trois tests et cherchons si un « moment » de la variation simultanée des 3 courbes type donne des valeurs concordantes à celles trouvées pour le malade examiné. Dans ce cas — ou lorsque l'approximation est suffisante — nous posons un **diagnostic de probabilité** et donnons une appréciation **du stade évolutif** et de la **résistivité** du malade, ces réponses étant liées entre elles.

UTILISATION DE LA REACTION

A. Hémo-diagnostic :

Une seule épreuve permet, assez souvent, un diagnostic de probabilité, mais, de toutes façons, fait le **tri des suspects** pour lesquels il faut pousser plus loin les investigations. Ceux-là donc seront soumis aux examens spéciaux ou bien encore, si l'on dispose de temps, **une 2e épreuve, 10 jours plus tard,** permettra une 2e discrimination, plus poussée. Seront définitivement retenus ceux dont les tests auront, d'une épreuve à l'autre, progressé comme ceux des courbes-type. Nous aurons pu ainsi, avec un minimum d'inconvénients et une rapidité presque toujours suffisante, sélectionner les cancéreux et les tuberculeux probables. Les moyens de diagnostic classiques mis en œuvre pour les suspects — avec une probabilité accrue d'aboutir — pourront alors apporter toutes précisions désirables. Nous pensons donc pouvoir **faciliter le dépistage** d'une manière générale par cette sélection préalable et en accroître la rapidité, s'il s'agit de l'examen d'une collectivité.

B. Hémo-pronostic :

Le diagnostic étant posé, une épreuve isolée permet en général d'établir un rapide bilan de l'état du malade : appréciation de sa résistivité et du stade évolutif de l'affection.

— **Si la thérapeutique n'a pas encore été instituée,** le médecin traitant peut avoir à tenir compte des renseignements communiqués. Par exemple — et c'est là un cas extrême — pour un malade examiné très tardivement, si les tests hémolytiques sont encore assez bons, une thérapeutique « à la limite » pourra être envisagée.

— **Si le malade a été traité,** il est possible de le surveiller par une **courbe individuelle d'hémo-tests** sur laquelle, l'expérience nous l'a montré, une poussée évolutive ou une récidive pourront se traduire avant toute symptomatologie clinique.

LES HEMO-TESTS DANS LE CANCER

Les valeurs respectives des tests varient selon la localisation néoplasique. Chacune d'elles est donc objectivée par un graphique particulier lequel diffère sensiblement des autres, présentant ainsi **un caractère de spécificité.** Sur chaque graphique figurent, à titre comparatif, les tests

donnés par les tumeurs ou les affections bénignes de l'organe. Ainsi, au départ du graphique « Estomac » nous avons transcrit les tests donnés par l'ulcus, au départ du graphique « Corps utérin » ceux donnés par le fibrome, etc...

(Les autres courbes établies à ce jour concernent le sein, le col utérin, le poumon, la prostate et le système nerveux.)

Ces tests, par définition **bénins**, restent stables au cours de plusieurs épreuves successives. Ici, au contraire, ils viennent à se modifier et à évoluer selon la progressivité des **tests malins** l'expérience nous a montré qu'il y avait effectivement dégénérescence maligne ou début d'un processus malin.

a) **Le dépistage du cancer peut donc se faire précocement, nous le pensons à la transition entre tests bénins et tests malins.**

Nous avons dit que, pour apprécier cette transformation, deux épreuves étaient nécessaires à 10 jours d'intervalle.

Aucun organe n'étant particulièrement suspect nous interprétons les tests sur des courbes générales qui sont sensiblement les moyennes arithmétiques de celles des diverses localisations.

b) **Le diagnostic étant posé**, il est possible dans la plupart des cas de dresser en une seule épreuve le bilan : stade évolutif, résistivité du malade. Il est plus intéressant encore d'établir, à l'aide d'épreuves échelonnées, sa courbe d'hémotests, véritable « cancérogramme » sur lequel, à simple inspection, on apprécie la tendance évolutive du processus.

Il est de ce fait possible, chez un malade traité, d'établir un moyen de contrôle visuel rapide de l'ensemble des suites thérapeutiques : favorables si les tests s'amenuisent progressivement, défavorables s'ils repartent « en flèche » comme pour un début d'évolution. La pratique nous a montré, nous le répétons, que les modifications sanguines précédaient — en général de plusieurs semaines — les manifestations cliniques. Ces constatations pourraient apporter la possibilité de **dépister les récidives et de les traiter dès leur tout début.**

Résultats obtenus en séries d'épreuves

Nous avons pratiqué, dans le service du docteur Robert Coliez, plusieurs séries d'épreuves ayant nécessité au total 300 réactions. En voici les principaux résultats :

1° **Hemo-Diagnostic** : a) Dans une **série en épreuve unique**, avec le renseignement très général de « malade non traité ou traité » :

— **Série néoplasique** : 80 % de réponses exactes, 16,7 % de réponses réservées, **3,3 % d'erreurs.**

N.B. — Une épreuve complémentaire aurait probablement permis une « récupération » intéressante parmi les réponses réservées et les erreurs.

— **Série non néoplasique** : 12,9 % d'erreurs.

b) Dans une autre série faite **en double épreuve**, ces erreurs — les plus graves que l'on puisse reprocher à une réaction puisqu'elles consistent à déclarer néoplasiques des sujets qui ne le sont pas — ces erreurs, disons-nous, s'abaissent à 4,7 %.

2° **Hemo-Pronostic** : Malgré des renseignements cliniques aussi succincts nous avons pronostiqué le stade évolutif exact **dans 80 % des cas et cela en épreuve unique.**

Modalités d'exécution
Contre-indications temporaires

Le sang recueilli sur citrate de soude doit être aspiré sans garrot de préférence. Les règles, les hémorragies récentes, les poussées fébriles, les dermatoses aiguës, sont des contre-indications temporaires pour pratiquer une réaction isolée. Il ne faut pas non plus se contenter d'une seule épreuve faite en cours d'irradiation X ou R ou dans les suites opératoires immédiates. Toutefois, si le malade est régulièrement suivi à l'aide de la réaction, il n'y a plus lieu de tenir compte de ces contretemps, l'incident passager ne modifiant pas l'allure générale du « cancérogramme ».

En résumé, dans le cancer la réaction peut être utilisée de 2 façons différentes :

1° **Pour dépister un début d'évolution :**

Deux épreuves successives sont alors nécessaires.

Les sujets « positifs » après le deuxième tri ont à notre avis les plus fortes chances d'être néoplasiques. Il faudra sans tarder entreprendre pour eux les examens spéciaux habituels.

2° **Chez un néoplasique avéré** une seule épreuve « fait le point ». Des épreuves successives (2 ou 3 par an pour un malade traité allant apparemment bien) permettent un contrôle suivi par l'établissement **d'une courbe de tests.**

LES HEMO-TESTS DANS LA TUBERCULOSE

Les diverses localisations bacillaires fournissant des tests superposables, il n'a pas été nécessaire, à priori, d'établir des courbes par organe. Nous n'utilisons donc que les courbes générales établies sur les mêmes principes que celles du cancer et utilisées de façon identique.

Le critère des tests bénins est remplacé par celui **des tests d'imprégnation** (tests hémolytiques forts avec VS normale) que nous fournissent les séquelles de pleurésie par exemple.

A partir de ce terme de comparaison, l'évolutivité se traduit par un affaiblissement progressif des tests hémolytiques et souvent — mais non toujours — par une accélération de la VS. Comme dans le cancer HS disparaît peu après le début de la période d'état, mais reparaît également à la phase de généralisation

La VS étant couramment consultée par les phtisiologues, il nous semble utile de préciser une particularité très importante de la variation comparative des trois tests au cours de l'évolution de la tuberculose :

En cas de discordance entre les 3 tests, les **réactions d'hémolyse gardent le pas sur la VS.** C'est ainsi qu'un processus évolutif à VS faible est corroboré par des hémolyses du type « évolutif » **c'est-à-dire faibles** et qu'un processus stabilisé à VS anormalement élevée est corroboré par des hémolyses de type « stabilisé » **c'est-à-dire fortes.** La sédimentation peut, en effet, être influencée par d'autres facteurs **lesquels n'affectent pas les tests hémolytiques.**

La réaction par hémo-tests associés réalise donc un progrès que nous pensons appréciable sur la pratique isolée de la sédimentation.

Il serait ainsi désormais possible d'établir pour chaque malade suivi à l'aide des trois tests un « phtisiogramme ».

De tels graphiques montrent souvent — sur des périodes de 2 à 3 mois par exemple — la stabilité d'ensemble des courbes hémolytiques s'opposant aux écarts inexpliqués de la VS.

N. B. — En effet, il est couramment admis « qu'une VS faible n'est pas démonstrative et

qu'une VS élevée reste sujette à des interprétations variables. »

Utilisation de la réaction.

Cette technique nous apporte les mêmes possibilités que dans le cancer : aide au dépistage du processus tuberculeux par une double épreuve comparative, appréciation du stade évolutif et de la résistivité du malade (en épreuve simple) possibilité de suivre l'évolution du processus par un « phitsiogramme » à 3 courbes. La mise à jour d'un tel graphique ne nécessite pas plus d'une épreuve tous les 2 mois chez les malades en voie. de stabilisation et tous les 15 jours chez les évolutifs.

A. Utilisée au titre du dépistage, la réaction pourra orienter un diagnostic délicat soit pour une localisation pulmonaire dont l'évolutivité est difficile ou longue à mettre en évidence, soit pour des localisations extra-pulmonaires qui ne feraient pas leurs preuves. Signalons en l'utilité dans les méningites pour lesquelles la réponse peut être donnée en quelques heures.

B. Envisagée pour la surveillance d'un malade traité, elle objective la tendance évolutive avant même tout signe clinique. Elle permet enfin d'apprécier **la qualité d'une stabilisation.**

Les contre-indications temporaires à la pratique de la réaction en épreuve isolée sont encore les règles, les hémoptysies récentes, les dermatoses, mais non la fébricité.

En résumé, la réaction par hémo-tests associés dans la tuberculose peut permettre de resserrer la surveillance d'un malade.

En hygiène sociale, elle pourrait faciliter et rendre souvent plus rapide le tri des suspects.

LES HEMO-TESTS DANS LA GROSSESSE

En vue d'un diagnostic différentiel possible, nous avons établi les hémo-tests au cours de la grossesse grâce à l'obligeance de M. le Professeur Lantuejoul dans son service de la Clinique Tarnier. Ne pouvant les exposer dans un cadre aussi restreint nous dirons simplement :

1° Que l'erreur sérologique est pratiquement impossible par notre réaction entre grossesse normale, cancer et tuberculose.

2° Que si la gravidité est entachée d'un processus pathologique ses tests sont masqués par ceux de ce processus.

Utilisation de nos réactions « T » et « K » au cours de la gravidité.

Nous n'avons encore utilisé les hémo-tests que dans 2 éventualités :

A. Pour la surveillance d'une bacillose concomittante :

— **s'il n'y a pas d'évolutivité** : tests de grossesse normale ;

— **s'il y a évolutivité** : tests de tuberculose.

N. B. — En raison de sa valeur normalement élevée dans la grossesse, la sédimentation isolée ne permettrait pas semblable contrôle.

B. Pour la surveillance des suites de l'avortement môlaire :

Si la môle ne se complique pas de chorio-épithéliome, la réaction, après avoir été « positive au cancer » s'inscrit sur la courbe des suites thérapeutiques favorables des néoplasies et se négative en 2 à 3 mois.

QUELQUES DIAGNOSTIC DIFFICILES

Voici, entre beaucoup d'autres, 3 observations où l'établissement des hémo-tests a facilité le diagnostic, par élimination.

Observation n°1. — Monsieur Des... (Dr Larget) :

24 ans, aspect clinique de tumeur du fémur. Image radiologique d'interprétation difficile. Deux hémo-réactions (février 1946) 1re épreuve douteuse T et K ; 2e épreuve négative T et K. Diagnostic vérifié (biopsie) : périostite inflammatoire vraisemblablement syphilitique.

Observation n° 2. — Monsieur Deb... (Dr Bruel) :

60 ans, cachectique, fébricule persistante. Examen somatique négatif. Diagnostic absolument incertain. Deux hémo-réactions (janvier 1946) : 1re épreuve douteuse en faveur de T ; 2e épreuve négative T et K. Diagnostic vérifié : septicémie à staphylo.

Observation n° 3. — Monsieur Rig... (personnelle) :

18 ans, suspicion de tuberculose rénale. Début par hématurie. Dans les jours suivants, urines alternativement claires et troubles. Albuminurie. Flore microbienne banale, pas de BK. Urographie : rein gauche légèrement augmenté de volume. Deux hémo-réactions (janvier 1946) : 1re épreuve douteuse pour T ; 2e épreuve négative pour T. Diagnostic vérifié : Séparation d'urine, inoculation au cobaye. Néphrite hématurique.

CONCLUSIONS

La réaction par hémo-tests associés que nous présentons nécessite 3 cc. 5 de sang et fournit une réponse en 12 heures.

Sa technique de laboratoire est bien au point. Susceptible d'être utilisée pour divers états pathologiques, ses applications au cancer et à la tuberculose nous paraissent tout particulièrement intéressantes.

1° **Le diagnostic étant incertain,** elle constitue une réaction d'orientation et permet une première discrimination :

a) Négative. — Nous la considérons comme un argument momentanément rassurant.

Le sujet examiné restera néanmoins sous surveillance, car un minime pourcentage de malades peut échapper à ce mode d'investigation (4 à 5 pour cent des cancéreux notamment).

b) Positive. — Elle doit inciter à pratiquer immédiatement tous les autres examens habituels de diagnostic (notamment radiographies et toutes les autres ressources du laboratoire). Toujours praticable, paraissant très sensible, la réaction permettrait alors de recourir à ces examens de façon précoce facilitant ainsi le dépistage.

Dans les cas difficiles elle fournirait encore un moyen supplémentaire de diagnostic, non de certitude mais de grande probabilité.

Utilisée pour une collectivité elle permettrait enfin un « tri de suspects » commode et très rapide.

2° **Le diagnostic étant posé :**

a) **Si le malade n'a pas encore été traité** : La réaction fournit des éléments d'appréciation sur le stade évolutif de l'affection et sur la résistivité du sujet. Elle peut ainsi encourager des interventions thérapeutiques paraissant « à la limite ».

b) **Si le malade a été traité,** sa surveillance par une « courbe » d'hémo-tests est un moyen objectif et commode de contrôler les suites thérapeutiques, toute menace de nouvelle évolution étant susceptible d'être précocement suspectée.

SUR LES ACCIDENTS DU SULFARSENOBENZOL

J'ai lu, dans le n° du 20-3-1946 du « Concours » l'article de MM. Chevalley et Hadengue, « Sur les Accidents du Sulfarsenobenzol », et, à ce sujet, je crois intéressant d'ajouter l'observation suivante :

Je suis appelé, un matin, voici deux mois, auprès d'un enfant de 8 ans. La mère, affolée, me rapporte que son fils vient de perdre brusquement connaissance, à la suite d'une crise de convulsions. Je trouve un enfant pâle, grognon, se prêtant peu à l'examen, lequel, d'ailleurs, est négatif. Mais je note, sur la chemise de nuit, une tache large et humide : incontinence d'urine chez un sujet ne présentant pas, par ailleurs, d'énurésie. Je pose, en conséquence, le diagnostic d'épilepsie. La mère me révèle, alors, que son fils vient de subir une deuxième piqûre de sulfarsénobenzol, traitement institué par le médecin de la famille. Un laps d'une quinzaine de jours s'est écoulé entre les deux injections à 0,06, par suite d'un rhume contracté par l'enfant et qui ne pouvait, de ce fait, se rendre chez les Sœurs, où se faisait le traitement.

Je prescris du gardénal et une potion bromurée.

A une heure, je suis rappelé à nouveau pour une nouvelle crise convulsive, suivie de perte de connaissance. Une troisième crise se produit dans la journée. L'enfant prend ses médicaments. Le lendemain aucune crise. Le jeune malade semble complètement guéri. Depuis, les crises ne se sont plus produites, bien que le traitement institué n'ait plus été suivi. Les piqûres, il va de soi, ont été abandonnées, la mère mettant sur leur compte le déclanchement des crises, et d'autre part il ne nous semblait pas logique de continuer un traitement spécifique, vu les accidents que nous relatons, et aussi étant donné que son indication ne nous paraissait pas formelle. Il existait sans doute, chez l'enfant en question, des troubles nerveux, sous forme de tics, et un certain degré de retard intellectuel, mais une hérédité alcoolique paraissait aussi vraisemblable qu'une hérédo-syphilis.

En somme, ces trois crises épileptiques ont très probablement été déclanchées par le sulfarsénobenzol. L'indication du traitement spécifique ne reposait pas sur des bases précises (aucun examen sérologique n'avait été pratiqué), et je crois que cette observation peut s'ajouter à celles de MM. C. et H. et confirmer leurs conclusions : des accidents sont toujours possibles avec le sulfarsénobenzol, et il convient d'en poser les indications sur des bases cliniques et sérologiques contrôlées.

Dr René RESTEN (Brézé).

⁂

Le docteur J. Fichelle (de Lille) nous écrit qu'il a constaté depuis près de deux ans quelques accidents d'intolérance au sulfarsénobenzol, alors qu'il n'en avait pas observé auparavant. Il se demande si une préparation défectueuse du produit n'est pas intervenue dans ces cas. Il a vu la poudre de sulfarsénobenzol de certaines ampoules, bien qu'elle fut toujours d'un beau jaune serin, donner des solutions verdâtres, et non « jaune d'or » comme d'habitude.

RÉFLEXIONS AU SUJET DES TRAITEMENTS SULFAMIDÉS

Au cours de sa réunion du 12 avril, la Société Médicale de la Charente a fait siennes les réflexions ci-dessous du Dr G. Decressac (de Mouthiers), concernant l'utilisation abusive des sulfamides.

Les sulfamides sont de plus en plus connus du public. Souvent, les malades réclament ce traitement à leur médecin et parfois l'emploient de leur propre autorité.

Combien de fois n'entendons-nous pas une mère inquiète nous annoncer que son enfant a reçu quelques comprimés en attendant l'arrivée du médecin. Nous sommes obligés de constater que l'emploi de plus en plus généralisé de ce remède en rend l'action de plus en plus précaire.

La sulfamido-résistance ne paraît pas être un vain mot. De plus, quelques spécialités, pour sacrifier au goût du jour, ont incorporé dans leur formule des « traces » de sulfamides, collutoires, ovules, suppositoires... Ceci, ajouté à l'emploi intempestif des S. par les malades eux-mêmes, n'est-il pas fait pour annihiler de plus en plus l'action de ce précieux remède ?

Dans ces conditions, n'y aurait-il pas intérêt à modifier la forme des comprimés, leur couleur, et leur présentation? Il est indéniable que, pour le public, la présentation de ces comprimés sous le même conditionnement que les comprimés d'aspirine l'incite à y avoir recours pour les mêmes besoins. Certains malades croient que ce n'est que de l'aspirine renforcée... et en donnent à leurs enfants pour de simples maux de tête ou pour une névralgie dentaire !

Mais si les malades usent sans scrupule de S. à présentation genre « aspirine », il est indéniable qu'ils n'osent employer les comprimés restant d'un flacon de rubiazol, en raison de leur forme et de leur coloration.

Nous proposons donc que :

1° Le renouvellement d'une ordonnance comportant des sulfamides ne soit pas admis.

2° Le conditionnement de ce remède soit modifié, de telle façon qu'il ne ressemble pas à un tube d'aspirine ; qu'une coloration, par exemple, des comprimés, soit obligatoire.

LES LIVRES

LIVRES RÉCEMMENT PARUS

J.-B. BAILLIERE et fils, Editeurs
19, rue Hautefeuille, Paris (6e)

Professeur A Hanns, de Strasbourg. — **Conceptions actuelles du diabète et son traitement hydro-minéral.** Un vol., 194 pages, 1946.

Gérard Duhamel. — **Régimes alimentaires usuels de l'adulte.** Un vol., 170 pages, 1946.

Louis Lamy. — **La gymnastique respiratoire et la gymnastique orthopédique chez soi.** Un vol., 126 pages, 93 fig., 3e édition, 1946.

LES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

Des propriétés destructives ou « antidotiques » des filtrats de culture du B. Subtilis à l'égard des toxines microbiennes.

(MM. G. Ramon et R. Richou ; 12-2-1946)

Il est possible de mettre en évidence des germes microbiens, du groupe « subtilis » par exemple, capables d'élaborer, en végétant dans les milieux de culture, une substance sans doute complexe (subtiline) faisant preuve de propriétés antibiotiques (bactériostatiques, bactéricides et bactériolytiques) vis-à-vis de diverses bactéries pathogènes, et en outre de propriétés antidotiques lui permettant de détruire très rapidement, dans certaines conditions, les toxines microbiennes telles que les toxines diphtérique, staphylococcique, tétanique, etc... Ces différentes propriétés sont très stables à l'égard d'agents physiques tels que la chaleur, ou d'agents chimiques tels que le formol ou de l'un et de l'autre de ces agents agissant simultanément sur les filtrats de culture.

L'ensemble de ces faits conduit à rechercher des germes antagonistes dont les cultures filtrées (ou les extraits) possèdent au plus haut degré ces propriétés, dirigées à la fois contre les microbes pathogènes eux-mêmes et contre les poisons qu'ils sont susceptibles d'émettre.

Action des substances antibiotiques sur le bacille de Koch en cultures homogènes.

(MM. Paul Courmont, A. Morel et H. Gardère ; 12-2-1946)

L'emploi des cultures liquides homogènes est un des meilleurs procédés pour étudier l'action antibiotique sur le bacille de Koch des substances que l'on présume pouvoir être efficaces contre la tuberculose. En effet, dans ces cultures, les bacilles sont isolés et mis en contact intime avec la substance antibiotique (bactéricide ou bactériostatique).

Il s'agit de cultures spéciales de bacilles de Koch authentiques, habitués à ce mode de développement suivant la technique de S. Arloing et P. Courmont, d'origine humaine, bovine ou aviaire : la plus ancienne souche humaine (S.A. P.C.) est ainsi cultivée depuis 47 ans.

Avec elle, les auteurs ont étudié le pouvoir antibiotique de nombreuses substances. Avec certains sels d'or, le pouvoir antibiotique est 1 p. 50.000 à 1 p. 100.000 ; avec le sulfate neutre d'hydroxyquinoléine, il est de 1 p. 125.000.

Sur les cultures classiques du bacille de Koch, le pouvoir antibiotique est souvent moins élevé (1 p. 75.000 avec cette dernière substance sur la tuberculose Vallée en voile au lieu de 1 p. 125.000 sur la culture liquide homogène S.A. P.C.).

Ces substances n'ont pourtant pas sur la tuberculose l'efficacité curative qu'aurait pu faire prévoir leur haut pouvoir antibiotique.

Ces faits montrent que le pouvoir antibiotique « in vitro » n'est qu'une indication pour l'essai et peut-être l'efficacité de certains médicaments, mais ne peut faire préjuger de ce qui se passera « in vivo » sur l'animal ou le malade tuberculeux, même lorsque ce pouvoir antibiotique est très élevé.

Il faut donc se garder, en pareille matière, de conclusions hâtives pour la thérapeutique, surtout lorsque le pouvoir antibiotique est peu élevé.

ACADEMIE DE CHIRURGIE

La voie intra-sternale en anesthésie.

(MM. J. Gosset et F. Eudel ; 23-1-1946)

Depuis mai 1944, MM. J. Gosset et Eudel emploient, d'une façon générale, la voie intra-sternale au lieu de la voie intra-veineuse dans l'anesthésie à l'évipan ou au pentothal.

En 1865, Dubuisson-Christot montra que les substances introduites dans la moelle osseuse pénétraient très rapidement dans la grande circulation. En 1933, Jean Bernard commença ses recherches sur les injections intra-médullaires de goudron. L'année suivante, Josefson traita par voie intra-sternale l'anémie. R. Benda publia, en 1938, une longue étude sur l'utilisation thérapeutique des injections intra-sternales, sujet repris par Tocantins (de Philadelphie) en 1940. En 1943, Junghans, de Francfort, applique la méthode à l'anesthésie à l'évipan.

MM. J. Gosset et Eudel ont employé une cinquantaine de fois le pentothal par voie intra-sternale. La ponction du manubrium est faite, à l'aide du petit trocart de Mallarmé, un peu à droite ou à gauche de la ligne médiane et à la hauteur du premier espace intercostal, et est suivie de l'injection lente de l'anesthésique dans la moelle osseuse. Les effets sont les mêmes que par voie intraveineuse, mais l'avantage technique, pour l'anesthésiste, est de pouvoir injecter le produit et surveiller les réflexes de sa place normale et habituelle, à la tête du malade.

P. L.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX DE PARIS

Ictère hémolytique acquis avec anémie intense et splénomégalie — réaction de Wassermann et de Meinicke positives — Guérison et négativation des réactions sérologiques sans traitement anti-syphilitique.

(MM. de Sèze, Ordonneau et Godlewski ; 1-3-46)

Observation d'une femme de 40 ans, sans antécédents syphilitiques, chez qui s'installe en quelques semaines un ictère généralisé avec asthénie et pâleur assez marquées. Dans les antécédants, on note des crises de pâleur et d'asthénie pendant quelques jours. L'examen montre une splénomégalie importante et une anémie intense (460.000 hématies, 25 % d'hémoglobine, avec anisocytose et réticulocytose ; 4.000 leucocytes avec formule normale). Le myélogramme montre une moelle en état de régénération (40 % d'érythroblastes). Temps de saignement et de coagulation normaux. Les transfusions répétées, les extraits hépatiques à fortes doses améliorent rapidement l'état général. Malgré des réactions sérologiques positives à plusieurs reprises (BW +++, Meinicke +++, Kahn +—) on ne fait aucun traitement antisyphilitique. L'ictère disparaît, l'anémie se répare (4.600.000 hématies 3 mois après le début), la rate diminue de volume, la malade paraît guérie ; les réactions sérologiques sont toutes négatives.

L'apparition au cours de certaines anémies hémolytiques de réactions sérologiques positives en dehors de la syphilis a déjà été signalée, ainsi que dans l'hémoglobinurie paroxystique, mais pas dans l'anémie aplastique. Ce fait mérite d'être signalé en raison de sa grande importance pratique.

Danger des solvants benzéniques employés par les artisans travaillant le cuir à domicile — Anémie et purpura d'évolution lente et finalement mortelle.

(MM. de Sèze, P. Ordonneau et S. Godlewski ; 1-3-1946)

Les auteurs rapportent le cas d'une femme de 68 ans, travaillant depuis plus de 15 ans à la fabrication de chaussures de cuir et utilisant pour cela une colle contenant du benzol, qui présente un purpura hémorragique avec fièvre irrégulière, anémie importante (1.300.000 G. R.), mais plastique (moelle riche en érythroblastes) et sans granulopénie. Les transfusions, les extraits hépatiques améliorent un peu son état, mais le chiffre des G. R. ne dépasse pas deux millions, la fièvre reste élevée, des foyers broncho-pulmonaires apparaissent et la malade meurt au bout de quelques semaines sans avoir présenté de nouvelles hémorragies, ni de signes d'aleucie. Le sang contenait encore 0,3 mmg de benzol par litre plus de 3 semaines après son entrée dans le service.

Il faut souligner une fois de plus le danger des solvants benzéniques pour artisans travaillant à domicile, exposés nuit et jour à respirer des vapeurs toxiques, et non soumis à une surveillance médicale.

Cardiospasme — Intervention — Résultat transitoire — Réintervention — Complications pulmonaires post-opératoires, pénicilline intra-pulmonaire.

(MM. Idrac, Cazeille et Tingaud : Présentation par M. Hillemand ; 1-3-1946)

Le Médecin commandant Idrac, le Médecin capitaine Cazeille et le Médecin lieutenant Tingaud rapportent l'observation d'un prisonnier atteint de dilatation idiopathique de l'œsophage. Opération de Heller, récidive, réintervention : section de brides de l'œsophage abdominal puis section de la musculature du cardia. Guérison définitive. Pendant la convalescence gros foyer broncho-pulmonaire. La pénicilline par voie I. M. ne donne pas de résultats. Guérison en 48 heures par la pénicilline intra-pulmonaire.

LA PRESSE

Les hématomes en apparence spontanés du muscle grand droit de l'abdomen. — Dans l'interrogatoire précis des malades, il est rare qu'on ne trouve pas à l'origine un effort quelconque, accès de toux, vomissement, défécation pénible, mouvement un peu brutal, qui peut avoir été si léger qu'il a été négligé et que le malade ne songe pas à lui rapporter la cause de son accident. *A. Sicard et P. Flabeau* pensent que tantôt il y a d'abord rupture musculaire, que tantôt l'hémorragie primitive (d'origine artérielle ou veineuse) dissocie secondairement le muscle. L'hématome siège généralement dans la région sous-ombilicale. La résorption spontanée paraît exceptionnelle ; sa transformation en ostéome est possible et elle se produit facilement en l'espace d'un mois à peine. Il faut donc intervenir rapidement ouvrir l'hématome, vider les caillots et capitonner la poche, la fermer ensuite en laissant une petite mèche, quand la cavité ne peut être réduite. Pareils malades peuvent se présenter avec l'aspect d'une tumeur abdominale, soit avec des signes péritonéaux d'apparence brutale ; parfois enfin, les signes de choc dominent faisant croire à une occlusion intestinale. Cependant, cet hématome n'est souvent que le symptôme d'une maladie générale, qu'il conviendra de dépister. (*Le Bulletin Médical*, 11 avril 1946.)

Indications thérapeutiques dans le traitement du cancer de la prostate. — Malgré la découverte de nouvelles méthodes hormales, ne nous livrons pas à un enthousiasme exagéré ; et le Prof. *Fey* d'écrire : le progrès réalisé ne l'est, hélas, que dans le traitement palliatif du cancer ; après la résection endo-uréthrale et le traitement biologique, on possède aujourd'hui des armes efficaces contre l'atteinte de l'état général et les douleurs du cancer de la prostate. On peut souvent donner au malade l'illusion de la guérison et c'est déjà beaucoup.

S'il s'agit d'un adéno-cancer encore bien limité, découvert au cours d'une intervention chirurgicale, l'auteur conseille l'énucléation par voie transvésicale et la mise en place de radium dans la loge prostatique. Ultérieurement, lors de l'extension du processus local ou d'une récidive locale, ou lors d'apparition de métastases, on prescrira les œstrogènes et, s'ils se montrent inefficaces, on aura recours à la castration. Si c'est un cancer évident ayant le plus souvent dépassé la glande, s'il n'y a ni troubles urinaires manifestes, ni métastases, on conseillera la résection endo-uréthrale et l'ingestion prolongée d'œstrogènes. Quand il y a cancer avec troubles urinaires (dysurie, rétention) sans métastases, donner les œstrogènes pendant dix jours (avec sonde à demeure s'il y a rétention), et en cas d'insuccès, pratiquer la résection, surtout quand apparaîtront les métastases. Dans le cancer avec métastases (osseuses, lymphatiques ou pulmonaires) sans troubles urinaires manifestes, pratiquer d'emblée la castration, avec ou non ingestion d'œstrogènes à un taux de 1 à 5 mgr. par jour. Peut-être la radiothérapie serait-elle indiquée sur les métastases osseuses, lorsque l'état général du malade le permet. Enfin, en cas de cancer avec troubles urinaires et métastases, castration d'abord, et, en cas d'insuccès ou de réapparition des troubles de la miction, résection si l'état du malade l'autorise, sinon cystostomie. (*La Semaine des Hôpitaux*, 21 *avril* 1946.)

G. F.

PIPÉRAZINE MIDY

GRANULÉ EFFERVESCENT

LE PLUS PUISSANT DISSOLVANT DE L'ACIDE URIQUE

Arthritisme - Goutte - Gravelle - Rhumatisme

— Lithiase rénale — Lithiase biliaire —

LABORATOIRES MIDY, 67, Av. de Wagram, Paris - 4, Rue Besse, Vichy.

Fournisseurs des Hôpitaux.

AÉROCID — Aérophagie, Aérocolie — CACHETS ET COMPRIMÉS

AQUINTOL — Coqueluche, Toux spasmodique — EN GOUTTES

HEP'ACTI — anciennement HEPASÉRUM — Méthode de Whipple et de Castle, Tréphones embryonnaires aminoacides — AMPOULES DE 10 cc.

OPOCÉRÈS — Simple et vitaminé, Fortifiant biologique général — AMPOULES BUVABLES, COMPRIMÉS FRIABLES

LABORATOIRES DE L'AÉROCID

20, rue de Pétrograd, PARIS (9e)

CONTRE

LA DYSPNÉE SPASMODIQUE

un adrénalinique nouveau

ÉPROUVÉ DANS L'ASTHME BRONCHIQUE

ALEUDRINE

SULFATE DE DIOXYPHÉNYLÉTHANOLISOPROPYLAMINE

NÉBULISATIONS AÉROSOLS

ALEUDRINE SOLUTION

ADMINISTRATION PERLINGUALE

ALEUDRINE TABLETTES

LABORATOIRES M.R. BALLU

104, RUE DE MIROMESNIL - PARIS 8e



CÉRÉRIF

FARINES COMPOSÉES MALTÉES SUCRÉES

Le traitement thermique que subissent les céréales de ces farines leur assure un goût agréable et une grande digestibilité.

Ets RIFF. — Laboratoire et Usine à Valenciennes (Nord)

PARTIE PROFESSIONNELLE

PROPOS DU JOUR

ASSISTANCE DES ENFANTS ARRIÉRÉS

LE CENTRE MÉDICO-PÉDAGOGIQUE DE MONTAUBAN

L'ANTIQUITÉ ne se préoccupa pas beaucoup des œuvres de l'Assistance et encore moins de l'Assistance des arriérés. Il faut arriver en France à la seconde moitié du XVIIIe siècle pour qu'on eut le souci de la vie que pouvaient mener les sourds-muets et les jeunes aveugles ; les abbés de l'EPÉE et SICARD et VALENTIN HAUY se bornèrent au début à venir en aide à ces deux classes des infirmes. Au commencement du XIXe siècle, un médecin des sourds-muets, ITARD, imagina la méthode médico-pédagogique pour éduquer le sauvage de l'Aveyron ; et la méthode ingénieuse dont il se servit donna de tels résultats qu'on l'appliqua à l'éducation des arriérés, des anormaux, des imbéciles et des idiots. ESQUIROL, F. VOISIN, MOREL, auteur de la dégénérescence mentale, MARIE, MAGNAN, etc., étudient au cours du XIXe siècle les divers types de l'arriération et de l'idiotie des enfants. E. SEGUIN, en 1842, développa la méthode médico-pédagogique d'Itard en France et la développa aux Etats-Unis. Ce fut BOURNEVILLE, en 1891, qui fit construire sur ses indications son service de Bicêtre en vue d'appliquer les méthodes d'ITARD et de SEGUIN dont il publia les œuvres. Le service de Bourneville réalisait complètement tout ce que comprenait la méthode médicopédagogique. Outre les classes pourvues du matériel le plus perfectionné, étaient annexés au service de nombreux ateliers : vannier, menuisier, cordonnier, tailleur, jusqu'à une imprimeie.

Il y a longtemps qu'a l'Etranger l'on s'occupe de l'éducation des arriérés. En Allemagne fut, dès 1863, ouverte une école spéciale à Halle. Cet exemple fut suivi par Dresde (1867) par Elberfeld, Brunswick, Leipzig, etc. (1881) ; des classes spéciales furent annexées aux écoles primaires. La ville de Francfort-sur-le-Mein organisa une école autonome qui servit de modèle.

En Suisse, dès 1831, tour à tour en Hollande, en Autriche, en Tchécoslovaquie, en Russie, surtout en Belgique, on suivit l'exemple de l'Allemagne. En Angleterre on crea des écoles spéciales pour « enfants ..gers » en 1899.

En France, BOURNEVILLE se heurta à l'indifférence générale quand il demanda la création de classes spéciales pour enfants arriérés à l'exemple de celles fonctionnant à l'étranger. En 1907, Briand déposa un projet de loi pour la création d'écoles autonomes pour les débiles mentaux perfectibles et pour les enfants instables. Ce projet donna lieu à la loi du 10 avril 1909 qui ne fut jamais sérieusement appliquée.

Au Mans, à Tours, à Poitiers, à Bordeaux furent ouvertes des écoles autonomes de perfectionnement pour les arriérés perfectibles, 175 classes étaient annexées aux écoles primaires. A Montauban, deux classes étaient créées et un Centre médico-pédagogique organisé à l'Hôpital de Montauban. C'est à ce Centre médico-pédagogique que M. Raymond FARAVEL, diplômé de Médecine Légale et de Psychiatrie, a consacré sa thèse de doctorat passée devant la Faculté de Toulouse. D'après elle, nous croyons devoir donner ici quelques précisions sur cette intéressante organisation et sur son fonctionnement.

IL y avait dès 1941 à Auvillar (Tarn-et-Garonne) un Institut médico-pédagogique, tenu par les Chanoisses de Saint-Augustin, réfugiées de Belgique, mais cette œuvre privée était insuffisante. Le Dr BARRÈRE, médecin chef du service de Neuropsychiatrie de l'Hôpital de Montauban, dont M. R. FARAVEL fut l'interne, proposa au Conseil d'Administration de l'Hôpital, la création d'un Centre médico-pédagogique. Le Centre fut ouvert le 1er janvier 1944.

Il fut installé dans un pavillon de l'ancien hôpital Psychiatrique désaffecté. Il comprenait une vaste cour très ombragée et bien orientée, pourvue d'un préau destiné à abriter les enfants en cas de mauvais temps. Au rez-de-chaussée étaient deux classes, un réfectoire et une salle de récréation. Au premier étage, deux dortoirs de vingt lits chacun et une petite chambre d'isolement. Derrière le bâtiment qui offre toutes les garanties d'hygiène est une seconde cour de récréation.

Les enfants sont admis de 6 à 14 ans. A leur entrée, ils subissent un examen physique complet (radioscopie pulmonaire, cuti-réaction, réaction de Bordet-Wasserman, etc.) Dans certains cas la ponction lombaire, l'examen oto-rhino-laryngologique et ophtalmologique s'imposent. Au point de vue mental, le Dr BARRÈRE et l'institutrice les examinent et fixent leur âge mental par la méthode des tests de BINET-SIMON et TERMANN. D'après cet examen, l'enfant est admis dans les classes : classe d'observation et classe d'arriérés.

Tous les enfants dont l'âge mental est inférieur à 6 ans sont maintenus dans la classe d'observation où une institutrice leur apprend les nécessités matérielles de l'existence (nourriture, habillement, protection contre les intempéries, développement de l'activité, etc.).

Puis on fait connaître à l'enfant le milieu social dans lequel il vit (famille, école, rue, nature).

Au cours de promenades, un jour par semaine, on exerce l'attention à se fixer sur une idée centrale. Puis par le dessin, le modelage, le piquage, le découpage, etc., il essaie d'exprimer lui-même les connaissances qu'il a acquises.

Pour la lecture, on utilise la méthode visuelle plus facile, moins abstraite que la méthode phonétique. Cet enseignement est basé sur deux principes :

1° L'enfant doit avoir suffisamment d'idées pour penser lui-même.

2° L'enfant doit savoir parler et disposer d'un vocabulaire.

Pour apprendre, par exemple, à lire, l'institutrice dispose d'une série de pancartes ayant trait aux jeux accompagnés de chants. La vue de la pancarte déclanche immédiatement la série de jeux et de chants appris (réflexe conditionnel). L'institutrice lentement multiplie le nombre des pancartes, développant le nombre des centres d'intérêt. Les enfants ayant les pancartes en mains doivent tendre à désigner immédiatement celle qui correspond à ce que l'institutrice a écrit au tableau.

Tous les exercices ont pour but de fixer, d'exciter l'attention de l'enfant, d'exercer les centres sensoriels. La leçon ne doit pas être longue pour ne pas fatiguer l'enfant.

Quand l'âge mental atteint ou dépasse six ans, l'enfant passe dans la seconde classe. Le programme se rapproche de celui des enfants normaux. L'enfant doit au maximum observer, réfléchir, parler, dessiner, exercer ses forces.

On fera servir, par exemple, pour le calcul des branchettes et des marrons ; on les comptera et lorsque l'enfant aura acquis la notion du nombre, on lui parlera du chiffre qui symbolise cette notion. L'institutrice se servira d'anecdotes pour apprendre l'histoire. Cet enseignement purement individuel du début, au bout d'un temps variable sera collectif en groupant les enfants par deux et trois.

La durée de la leçon sera de trois heures deux fois par jour. Chaque leçon sera coupée par une demi-heure de récréation.

Le lever est fixé à 7 heures. L'enfant doit apprendre à faire son lit. Les grands aident les petits à s'habiller. Aux repas, on doit leur apprendre à se servir de la cuillère et de la fourchette au lieu des doigts.

Pendant la nuit, l'infirmière de garde doit se préoccuper des enurétiques et les faire lever à heure fixe, les uns une fois, les autres toutes les 3 heures ou les 4 heures. Deux fois par semaine, il y a promenade avec chant de 2 ou 3 heures à la campagne. Le dimanche il y a les exercices religieux et le cinéma ; on fera un choix judicieux des films qui seront projetés devant les enfants.

La discipline sera assurée par des sanctions (privation de cinéma, privation de récréation, l'alitement, etc).

Le jardinier-chef de l'établissement leur donnera des notions de culture et chaque enfant aura la charge de cultiver un petit jardin. On projette d'ouvrir des ateliers de menuiserie et de vannerie. A l'âge de 14 ans les arriérés qui se sont perfectionnés sont envoyés dans une école de préapprentissage ou dans le centre agricole de Mombetin, près de Montauban.

Si l'on veut obtenir les résultats dont M. R. Faravel donne des observations, il faut un personnel de choix, surtout pour les institutrices ; il faut qu'elles aient un amour intuitif et profond de leur profession. Au début on leur a fait faire un stage à l'Institut médico-pédagogique d'Auvillar.

Quant aux surveillantes d'internat et aux infirmières, elles sont prises dans le personnel de l'Hôpital de Montauban dont le centre dépend.

Avec M. Faravel nous conclurons que dans les établissements de cé genre, qu'on devrait multiplier par régions (le département étant souvent insuffisant), la collaboration du médecin et de l'institutrice est indispensable.

Le recrutement et la fixation de l'âge mental au moyen de tests doivent être sérieux. A Toulouse il y a un Institut pédotechnique qui offre toutes les garanties désirables. Les institutions spécialisées actuellement sont difficiles à trouver.

J. Noir.

DROIT PROFESSIONNEL

PROPHARMACIE ET COMPERAGE CONJUGAL MEDICO-PHARMACEUTIQUE

Pendant près de cent cinquante ans, le statut de la pharmacie en France est resté tel que l'avaient fixé tout d'abord la déclaration royale du 25 avril 1777 et surtout la loi révolutionnaire du 21 Germinal An XI. Son abrogation et son remplacement par une législation plus moderne et mieux adaptée à l'évolution de la science et de l'industrie pharmaceutiques étaient réclamés de toute part depuis de nombreuses années, sans que l'on puisse obtenir autre chose que des réparations de fortune à ce monument antique et vermoulu.

Espérée des uns, redoutée des autres, la loi nouvelle, que tout le monde attendait et dont le besoin se faisait impérieusement sentir, fit l'objet d'une longue et minutieuse préparation, tant de la part des organismes professionnels que de la part de l'Administration.

Elle vit enfin le jour le 11 septembre 1941, sous le règne de Vichy. Tout donnait à penser alors que l'on se trouvait en présence d'une construction harmonieuse, cohérente et complète, et atteignant à une sorte de perfection relative. Cependant, l'Administration, qui avait pourtant disposé de tout le temps nécessaire pour lécher et pourlécher son ours, peu de temps après la promulgation de la loi, éprouva des remords. Elle s'était hâtée lentement, certes, mais, sans doute prise de vertige, elle était encore allée trop vite !

Dès qu'elle s'en fut aperçue, c'est-à-dire à peine au bout de onze mois, elle fit pénitence et avoua avoir péché, sinon par action, du moins par omission, en adressant aux préfets deux importantes circulaires interprétatives datées des 4 août et 7 août 1942.

De ces circulaires, nous ne retiendrons, pour les examiner, que les dispositions qui sont susceptibles

d'intéresser directement nos lecteurs, c'est-à-dire celles qui concernent :

1° Les propharmaciens ;

2° L'exercice simultané de la médecine et de la pharmacie par deux conjoints.

Les propharmaciens

La loi du 21 Germinal an XI, comme la loi du 11 septembre 1941, réservait en principe aux seuls pharmaciens le droit de vendre des médicaments. Solution de bon sens, parfaitement normale et qui ne peut donner prise à aucune critique. Malheureusement, à cette époque lointaine, le nombre des pharmaciens était peu élevé, les communications difficiles et le principe, s'il avait été appliqué dans toute sa rigueur, aurait conduit à priver en fait une grande partie de la population des campagnes de la possibilité de se procurer es médicaments nécessaires. C'est pourquoi fut introduit dans la loi un article 27 aux termes duquel les officiers de santé établis dans les bourgs, villages ou communes où il n'y aurait pas de pharmacien ayant officine ouverte, pourraient fournir des médicaments simples et composés aux personnes près desquelles ils seraient appelés, mais sans avoir le droit de tenir une officine ouverte.

Cette dérogation au principe, commandée par le souci supérieur de l'intérêt de la santé publique, et non par le désir de satisfaire les intérêts particuliers de certains médecins, jouait automatiquement lorsque les conditions de fait imposées par l'article 27 étaient réunies, sans aucune intervention de l'Administration.

Le principe reprenait toute sa force et sa vigueur lorsqu'un pharmacien installait son officine dans une localité qui en était jusqu'alors dépourvue ; à partir de ce moment, le ou les médecins installés dans cette localité cessaient de pouvoir vendre des médicaments à leurs clients, sous peine des sanctions prévues pour l'exercice illégal de la pharmacie.

Tel fut le statut légal des propharmaciens du 21 Germinal an XI au 11 septembre 1941.

Il est probable que, dans les premiers temps, il ne provoqua que peu de difficultés et que le système fonctionna au mieux des intérêts de tous.

Mais le nombre des pharmaciens augmenta, les communications se firent plus faciles, et progressivement les pharmaciens conçurent une irritation chaque jour plus vive de la concurrence abusive qui, selon eux, leur était faite par les propharmaciens.

Pour supprimer ces abus, les pharmaciens ne demandaient rien moins que la suppression totale et définitive des propharmaciens. Cependant, malgré tous les progrès matériels, leur utilité n'avait pas complètement disparu. Dans bien des recoins de la campagne française, les officines de pharmaciens font encore défaut et il aurait été dangereux, pour la santé publique, d'accéder au vœu des pharmaciens. C'est pourquoi la loi du 11 septembre 1941, dans son article 29, maintint l'existence des propharmaciens, mais en subordonnant leur activité à une autorisation délivrée par le préfet, après avis du Directeur régional de la Santé et de l'Assistance et en la limitant à certaines localités limitativement énumérées dans l'arrêté d'autorisation.

Chaque cas d'espèce devait être ainsi examiné par le préfet et la décision ne pouvait être inspirée que par le souci de l'intérêt de la santé publique. Sage réforme, mesure heureuse, qui aurait dû, semble-t-il, être approuvée de tous, concilier les points de vue opposés et amener l'apaisement. Mais la loi confiait à l'Administration, représentée par les préfets, un pouvoir d'appréciation dont elle fut aussitôt embarrassée. Comment pourrait-elle discerner les cas où il faudrait autoriser de ceux où il faudrait interdire ? Elle ne balança pas longtemps, onze mois à peine, avons-nous vu, et par la circulaire du 4 août 1942, elle enjoignit aux préfets de n'accorder d'autorisation que pour les localités situées à plus de 5 kilomètres d'une officine ouverte au public. Vous pensez bien que Messieurs les préfets ne se le firent pas dire deux fois. Et nous pûmes voir ainsi refuser l'autorisation d'exercer la propharmacie à un médecin de 70 ans, comptant quarante-sept ans de pratique dont quarante-trois ans de médecine rurale et de propharmacie au même lieu, sous le seul prétexte des instructions ministérielles et de l'existence d'une pharmacie à 4 km. 500 de la localité. Las ! pas plus que le mur de l'Atlantique n'a empêché l'invasion du continent, la circulaire n'a protégé les loisirs et la sérénité de M. le préfet. Son arrêté fut déféré, comme entaché d'excès de pouvoir, au Conseil d'Etat qui rendit, le 21 décembre 1945, son arrêt dans les termes suivants :

« *Considérant qu'il ressort des pièces du dossier que* « *l'arrêté du préfet, contre lequel est dirigée la requête* « *du Dr B... a été pris par application des instructions* « *ministérielles fixant à 5 km. autour de l'officine de* « *pharmacie la plus proche le périmètre dans lequel aucun* « *médecin ne peut être autorisé à délivrer des médica-* « *ments ;*

« *Considérant que, si l'article 29 de la loi du 11 sep-* « *tembre 1941 confère au préfet le droit d'accorder une* « *telle autorisation aux docteurs en médecine établis dans* « *les agglomérations où il n'y a pas de pharmacien ayant* « *une officine ouverte au public, il ne soumet à aucune* « *autre condition l'exercice du pouvoir d'appréciation* « *qu'il attribue au préfet en cette matière ; qu'il appar-* « *tient dès lors au préfet de déterminer dans chaque cas,* « *d'après l'ensemble des circonstances de l'affaire et* « *notamment en tenant compte de l'état des communica-* « *tions, si la distance de l'officine desservant la circons-* « *cription où opère le médecin est assez grande pour* « *motiver une décision autorisant celui-ci à délivrer des* « *médicaments ; qu'en s'opposant à ce que cette autori-* « *sation soit accordée à un médecin installé à une distance* « *déterminée uniformément pour la généralité des cas, les* « *instructions ministérielles sus-rappelées ont fait des* « *dispositions précitées de la loi du 11 septembre 1941 une* « *fausse interprétation ; qu'il suit, de là, que l'arrêt* « *attaqué est entaché d'excès de pouvoir.*

DÉCIDE :

« ARTICLE PREMIER. — *L'arrêté susvisé du préfet en* « *date du 22 septembre 1943 est annulé.* »

Exercice de la médecine et de la pharmacie par deux conjoints

BIEN avant la création de l'Ordre des médecins de la Chambre des pharmaciens et des juridictions disciplinaires professionnelles, le législateur s'était soucié des collusions possibles entre médecins et pharmaciens, préjudiciables à la fois à l'intérêt des malades et à l'honneur ainsi qu'à la moralité des deux corporations.

Cette préoccupation s'était manifestée particulièrement sous la forme d'un décret daté du 17 juin 1938, qui reste, d'ailleurs, toujours en vigueur et qui interdit

aux médecins de recevoir, sous quelque forme que ce soit, de façon directe ou indirecte, des intérêts ou ristournes proportionnels ou non au nombre des unités prescrites ou vendues, qu'il s'agisse de médicaments, d'appareils orthopédiques ou autres, de quelque nature qu'ils soient.

La loi du 11 septembre 1941 s'inspira de la même pensée en interdisant, par son article 34, toute convention d'après laquelle un pharmacien assure à un médecin praticien, à un chirurgien-dentiste ou à une sage-femme, un bénéfice d'une nature quelconque sur la vente des produits pharmaceutiques, médicamenteux ou hygiéniques que ceux-ci peuvent prescrire.

Ces dispositions pouvaient paraître suffisantes pour atteindre le but de moralisation professionnelle que l'on s'était assigné ; elles permettent, en effet, de prononcer des sanctions non seulement disciplinaires, mais même pénales, contre les auteurs ou les complices de toute infraction constatée.

Mais, dans sa circulaire du 7 août 1942, le ministre de la Santé publique fut d'un avis différent. Un danger auquel personne n'avait encore songé lui apparut par une révélation subite : le compérage conjugal ! Qu'un médecin exerçant soit marié à une pharmacienne établie, tout serait perdu, la loi bafouée, et la collusion s'installerait entre eux d'une façon permanente et cynique. Il en frémit d'horreur et, sans perdre une minute, il fit savoir à ses préfets qu'il convenait en principe d'interdire l'exercice simultané de la pharmacie et de la médecine par deux conjoints lorsque ceux-ci exerçent dans le même secteur et que l'exercice simultané des deux professions peut donner lieu à compérage ! Un tempérament était bien prévu à cette règle impérative, dans le cas de deux époux exerçant à la campagne dans un secteur dépourvu de pharmacien ; le médecin ayant alors la possibilité d'être autorisé à vendre des médicaments à ses malades, le Ministre ne voyait pas d'inconvénient à ce que le conjoint pharmacien fût, en ce cas, autorisé à ouvrir une officine.

Emporté par son ardeur, M. le Ministre n'avait pas fait réflexion que le compérage, au sens du décret du 17 juin 1938 et de l'article 34 de la loi du 11 septembre 1941 est difficilement réalisable entre époux. Sans parler de la loi du 22 septembre 1942, sur les effets du mariage quant aux droits et aux devoirs des époux, qui n'était pas encore promulguée à la date de la circulaire, la loi du 13 juillet 1907 qui, elle, restait alors en vigueur, et dont les articles 224, 225 et 226 nouveaux du Code civil ont repris les principales dispositions, assure, en effet, à la femme qui exerce une activité professionnelle, indépendante de celle de son mari, la jouissance, la libre administration et la disposition des produits de son activité personnelle, quel que soit son régime matrimonial. Même sous le régime de la communauté légale, la femme qui travaille n'est tenue que de contribuer, pour sa part, aux dépenses du ménage et, à la dissolution du mariage, elle peut, tout en renonçant à la communauté, conserver pour elle seule l'intégralité de ses biens réservés. Or, le compérage entre époux ne peut résulter des avantages, licites ou non, que le ménage, ou la communauté, s'il y a communauté, peut retirer de l'activité propre à chaque conjoint. Pour que le délit soit consommé il faut un acte précis : soit, aux termes du décret du 17 juin 1938, que le médecin reçoive des intérêts ou ristournes sur les produits prescrits par lui ou vendues par le pharmacien, soit, aux termes de l'article 34 de la loi du 11 septembre 1941, une convention en vertu de laquelle le pharmacien assure au médecin un bénéfice sur les médicaments prescrits. Et l'on voit mal deux époux, vivant d'une vie commune, et dont les ressources personnelles, bien que distinctes en droit, sont en fait indivises, se livrant à ces combinaisons machiavéliques pour aboutir en définitive au résultat même que leur procure leur état de mariage ! Et puis, M. le Ministre, songiez-vous, en édictant votre ukase, au trouble que vous alliez apporter dans ces idylles que développe l'envahissement de la pharmacie par le beau sexe ! Et vouliez-vous inciter les intéressés à se réfugier, pour répondre à votre haut souci de moralité, dans l'union illégitime ?

Comme ils l'avaient fait pour la circulaire concernant les propharmaciens, les préfets s'empressèrent d'appliquer à la lettre les instructions ministérielles sur l'exercice simultané de la médecine et de la pharmacie. Et c'est ainsi qu'une pharmacienne mariée à un médecin qui exerçait dans la même ville, se vit enjoindre, le 25 septembre 1944, par arrêté préfectoral, de fermer son officine. Un recours fut immédiatement introduit devant le Conseil d'Etat qui statua, le 1er février 1946 dans les termes ci-après :

« *Considérant que par l'arrêté attaqué le préfet de....*
« *a prononcé la fermeture de l'officine de la dame X...,*
« *pharmacienne à B... où son mari exerce la profession*
« *de médecin, en se fondant sur une circulaire ministé-*
« *rielle du 7 août 1942, qui interdit l'exercice simultané de*
« *la médecine et de la pharmacie par deux conjoints et*
« *sur l'article 34 de la loi du 11 septembre 1941, qui*
« *interdit toute convention d'après laquelle un phar-*
« *macien assure à un médecin praticien un bénéfice d'une*
« *nature quelconque sur la vente des produits que celui-ci*
« *peut prescrire.*

« *Considérant, d'une part, qu'en l'absence de toute dis-*
« *position législative interdisant à mari et femme d'exer-*
« *cer simultanément dans la même localité, les professions*
« *de médecin et de pharmacien, le préfet n'a pu valable-*
« *ment se fonder sur la circulaire susmentionnée.*

« *Considérant, d'autre part, que le fait qu'une phar-*
« *macienne est installée dans la localité où son mari*
« *exerce la médecine ne saurait à lui seul constituer une*
« *violation de la disposition législative précitée ; que,*
« *dans l'espèce, l'enquête de l'inspecteur régional des*
« *pharmacies, dont le rapport a été fixé au dossier n'apporte*
« *aucune preuve de nature à établir qu'il y a entre les*
« *époux C... une collusion interdite par l'article 34 de*
« *la loi du 11 septembre 1941.*

DÉCIDE :

« ARTICLE PREMIER. — *L'arrêté susvisé du préfet de...*
« *est annulé.* »

La leçon que l'on doit, avant tout, tirer de ces deux affaires est d'apprendre à se méfier, en toute hypothèse, des circulaires. Car ces méthodes qui fleurissaient sous le régime de Vichy, sévissent toujours dans les bureaux. En bien des matières, nous pourrions vous citer, dans ces derniers mois, des circulaires tout aussi illégales et abusives que celles des 4 et 7 août 1942. Connaissant la jurisprudence affirmée par le Conseil d'Etat dans les deux arrêts ci-dessus, nous sommes certains par avance du sort qui leur sera réservé quand il en sera fait application.

Henri MEILLET.

STATISTIQUE ET MÉDECINE

La spécialisation forcenée dont les Américains ont fait comme le label de leur civilisation les entraîne à des conceptions qui n'ont pas fini de nous étonner.

Les voici qui en viennent à contester aux médecins le droit de dresser eux-mêmes les statistiques par lesquelles ils attestent les résultats de leurs propres recherches ou de leur technique opératoire. Ou du moins ils avancent que la collaboration d'un statisticien professionnel est nécessaire pour récoler valablement les faits et en tirer de judicieuses conclusions (1).

Tout d'abord, dit Robert P. Gage, M. S., de la division des statistiques à la Fondation Mayo, il devrait être établi que les constats d'institutions médicales, telles que cliniques ou hôpitaux font état de cas sélectionnés et ne représentent pas un simple échantillon de la pathologie de la population en général. La conséquence en est qu'il est habituellement impossible d'obtenir un groupe de contrôle et que les taux de maladie peuvent varier considérablement d'un établissement à un autre.

On ne saurait assez insister sur la nécessité de bien définir ses termes. Quand un chirurgien accuse une mortalité opératoire de tant pour cent il ne précise généralement pas sa propre interprétation. S'il a perdu 15 malades sur 100, le taux de mortalité par malade est de 15 %. Mais si sur ces 100 malades il a pratiqué 150 opérations, le taux de mortalité par opération serait de 10 %. D'autre part, tous les malades relevant de cette opération ont-ils été comptés ? Si certains cas ont été exclus pour métastase hépatique, opérations palliatives, âge avancé, le fait devrait être indiqué.

A l'intérieur d'un même établissement les chiffres concernant différentes périodes permettent de suggestives comparaisons. Par exemple, si le taux de mortalité d'une opération dans des conditions données a été pendant une période de cinq ans de 10 % et qu'il tombe, dans la période suivante de cinq ans à 5 %, toutes choses égales d'ailleurs entre les deux groupes quant aux facteurs d'âge, de sexe, de gravité, il est permis d'affirmer une diminution de la mortalité due soit à un changement de technique opératoire, soit aux soins pré ou post-opératoires, ou, par exemple, à l'usage des sulfamides. De telles expériences devraient pouvoir se refléter dans d'autres centres médicaux.

C'est probablement du facteur temps que la littérature médicale fait le plus mauvais usage. Il en résulte des interprétations inadéquates et prêtant à malentendus. Soit par exemple un groupe de malades vus de 1935 à 1944 inclusivement et étiquetés du même diagnostic. Des recherches sont faites en 1945, généralement par questionnaires, afin de préciser si leur état est amélioré, sans changement ou empiré. Il est évident qu'ils ont été suivis pendant un temps qui varie entre zéro et dix ans. Or, souvent les résultats sont rapportés de la façon suivante : « 60 % des malades sont en bon état, 15 % sans changement, 10 % aggravés et 8 % sont morts, 7 % n'ont pas répondu. Le temps moyen entre le diagnostic et les dernières nouvelles obtenues est de 4, 6 années. Il n'y a pas grand usage à faire de tels renseignements. Les pourcentages changeront avec le temps et au bout d'un délai suffisant tous les malades seront morts. C'est seulement en classant le groupe par unités de temps, disons annuellement, que l'étude prendra sa valeur. Ceci est particulièrement vrai lorsque l'on compare divers traitements d'une même maladie.

Ce facteur temps n'a pas moins d'importance lorsque l'on considère le taux de récidives chez des malades opérés. Il n'est pas suffisant de dire que sur 1.000 opérés de hernie inguinale de 1930 à 1944 inclus, 15 % avaient eu une récidive en 1945. Ce n'est pas ajouter beaucoup de précision de dire que le temps moyen entre la première opération et l'enquête a été de 7, 6 ans, ni même que le temps moyen entre la première opération et la récidive a été de 6 ans. Ici aussi des sous-classes par unités de temps, techniques suivies, types de sutures donneront seuls un sens à l'enquête.

La place la plus importante du facteur temps est sans aucun doute dans le calcul des délais de survie. En matière de cancer ou de maladies du cœur les délais de survie constituent la donnée statistique la plus probante. Un tel calcul est en réalité hérissé de difficultés. Qu'il nous suffise de dire que les taux généralement rapportés sont plus bas qu'ils ne le seraient par un calcul correct.

Dans un tableau où toute la série est classée par types d'opération, le taux de survie qui ressort comme le plus favorable ne signifie pas nécessairement que l'opération à laquelle il se rapporte soit la plus efficace. La sévérité de la maladie ou d'autres facteurs pertinents influencent la décision sur le type d'opération à effectuer. Et ceci illustre encore l'avantage d'une collaboration entre médecin et statisticien.

Il y a d'importants principes à suivre dans la rédaction d'un questionnaire. D'abord la simplicité de la langue est de toute première importance ; ensuite il doit y avoir un minimum de questions ; enfin elles doivent être posées de façon à comporter des réponses strictement quantitatives ou formulées en mots comme : « oui », « non », « amélioré », « même état », « plus mal ». Le meilleur questionnaire est celui qui fournit les réponses les plus aisées à classer et à interpréter par le médecin. Si l'on permet au patient de laisser divaguer sa plume il y aura autant de réponses différentes que de malades. Ne pas oublier qu'un petit nombre de cas soigneusement colligés est de beaucoup plus grande valeur qu'une quantité accumulée sans méthode.

La variabilité de la recherche médicale est telle qu'il serait impraticable de lui proposer

(1) Staff meetings of the Mayo Clinic-March 20-1946.

des formules statistiques « omnibus ». Parfois la statistique n'a rien à voir dans la question ; parfois elle est prépondérante comme dans les travaux de laboratoire.

La plupart des articles médicaux contenant des statistiques font état de moyennes, en unités ou en pourcentages ; un petit nombre comprend des mesures de variabilité. Le médecin dépouillera avec plus de fruit la littérature lorsqu'il aura compris ces deux concepts fondamentaux en statistique et que l'on désigne techniquement sous le nom de mesure de centralisation et de mesure de dispersion.

D'un intérêt considérable est la façon dont sont préparés les cas pour la publication. Lorsque le nombre de patients étudiés est petit, comme il arrive souvent en matière de recherche médicale, il est suggéré de donner dans un tableau les cas de base. Quelle que soit la forme de l'analyse qui suit, le lecteur peut ainsi en faire l'usage qu'il désire. De même il y a bénéfice à simplifier au possible les tableaux graphiques et diagrammes, et à ne leur faire exprimer qu'une seule idée. Un tableau ou un graphique bien fait s'explique de lui-même. Enfin la discussion d'un tableau dans le texte doit interpréter ce tableau et non répéter les cas.

L'auteur insiste en terminant sur l'importance du rôle du statisticien pour faire ressortir en pleine valeur un travail de recherche médicale. Et il engage les médecins à se reporter à un certain nombre d'ouvrages spécialisés où ils trouveront les précisions les plus désirables.

Lettres des Lecteurs

UN REMÈDE CONTRE LE VOL DU PAPIER D'ORDONNANCES PAR LES TOXICOMANES

Une toxicomane vient chez un médecin. Elle a repéré que le téléphone est dans la pièce voisine, et au moment de la rédaction de l'ordonnance, elle a noté le classeur où se trouvent les imprimés au nom du médecin.

Elle profite d'un appel au téléphone, ou elle provoque, sous prétexte d'une radiographie, un voyage du médecin à son appareil téléphonique. Pendant son absence, elle fait main basse sur du papier d'ordonnance ; grâce à ce papier elle va faire une ample moisson d'ampoules de morphine, d'héroïne ou de pantopon.

Le fait vient de se passer dans mon cabinet. Deux jours après je recevais un coup de téléphone d'un pharmacien qui n'avait reconnu ni mon écriture ni ma signature, et il doit, à la suite de ce vol, y avoir d'autres ordonnances de toxiques qui aggraveront la maladie de la toxicomane, ou qui approvisionneront le marché noir des poisons euphoriques.

Les ordonnances faites sur un ordonnancier à souche sont une formule qui a été envisagée, mais au lieu de voler les feuillets isolés on volera les blocs.

Une formule très simple consisterait pour toute ordonnance de toxique, à ajouter au prix des ampoules, à l'indemnité de responsabilité, cinq à dix francs de frais pour correspondance, afin que le pharmacien puisse avertir le médecin dont il a exécuté une ordonnance douteuse contenant des toxiques. Le pharmacien qui est obligé par la loi de copier l'ordonnance pourrait se contenter d'envoyer un duplicatum au carbone de sa copie.

Un médecin, qui comme moi, n'a pas fait depuis deux mois une ordonnance de toxiques, et qui en dix jours recevrait dix avis de ce genre serait en mesure de porter les plaintes nécessaires.

Au cas où il s'agirait d'ordonnances imprimées sur la demande des toxicomanes, avec des noms inexistants de médecins, les lettres d'avis reviendraient au pharmacien, qui serait alerté, même si les ordonnances étaient exactes ; cette correspondance aurait l'avantage d'avertir les confrères qui délivrent trop facilement des toxiques du tableau B, de l'abus qu'ils commettent. Les blocs d'ordonnances sont encombrants ; les médecins ont refusé de se charger des carnets de reçus d'honoraires. Pour nous défendre contre le vol des feuilles d'ordonnance, et les prescriptions frauduleuses, faites sous notre responsabilité, il n'y a pas besoin de loi nouvelle ; une simple entente entre médecins et pharmaciens suffit. Elle évitera des déboires aux uns et aux autres.

Léon Bruel.
(*Saint-Germain.*)

POURQUOI PAS UN PROBLÈME A L'INTERNAT ?

On parle à nouveau de réforme des études médicales et parmi celles-ci revient toujours l'idée de supprimer l'externat et l'internat. Ce serait certainement une erreur de supprimer ce qui a fait ses preuves : c'est en effet grâce à l'internat que se trouve formé le cadre solide de nos chirurgiens de province et de nos médecins consultants. Si on supprime les places d'interne et que l'on attribue des places équivalentes à des médecins permanents on diminuera la compétition pour l'octroi de ces places, qui ne seront recherchées que par les médecins décidés à vivre à Paris et on privera la province de l'expérience de la fonction. Si on attribue ces places d'interne sans concours et par roulement on supprime à l'internat une partie de ce qui fait sa valeur : la durée de quatre ans.

Il faut donc conserver l'internat avec un concours d'admission : il est en effet important que les places soient recherchées, désirées et qu'un rude effort soit nécessaire pour les atteindre : cela constitue déjà une sélection. Mais il semble cependant que le mode de concours doive être réformé ; il apparaît peu logique, dans le mode de concours actuel, que les points soient surtout donnés à la mémoire, à la forme et à la vitesse, voire à la chance (choix du conférencier, choix des patrons question tirée...). On serait fort étonné si le concours d'entrée de l'X ou de toute autre grande

école ne comportait qu'une question de cours ; c'est cependant ce qui se passe à l'internat.

Etant donné le nombre de candidats il est impossible (et peu juste, on le sait par les concours d'assistant ou de médecin des Hôpitaux) de réaliser un examen de malade (qui serait cependant logique) ; ne peut-on réaliser cet examen de malade par une question qui serait un petit problème de diagnostic et d'indications thérapeutiques : le Jury ayant examiné un malade réel ou fictif donnerait le résultat de cet examen sous la forme brute des signes observés (signes cliniques et résultats des examens complémentaires) ; le candidat devrait grouper ces signes, discuter un diagnostic, réclamer ou non certains examens de laboratoire et donner des conclusions thérapeutiques.

On diminuerait ainsi le bachottage et on laisserait une part à l'intelligence, au raisonnement et au sens critique dans ce concours.

Pour étudier la valeur de cette épreuve rien n'empêcherait au début de la juxtaposer à la « Question de cours » actuelle avec un coefficient plus ou moins important.

Docteur FEUILLETTE,
à Abbeville (Somme).

DEUX POIDS... DEUX MESURES...

Une *assurée sociale opérée en clinique* est remboursée de :

1° 80 % *des honoraires* opératoires sur la base du tarif conventionnel Syndicat médical - Caisse A. S.

2° Frais d'hospitalisation, avec un prix de journée variant selon les établissements, selon convention syndicat des Maisons de Santé Privées - Caisse A. S.

Par contre :

Une *assurée sociale accouchant en clinique* ne reçoit que :

1° 0 *comme honoraires obstétricaux ;*

2° Frais d'hospitalisation, dans l'ensemble, équivalents à ceux des frais d'hospitalisation chirurgicale.

Vis-à-vis des Caisses d'assurances sociales, l'accouchement en clinique doit donc se faire gratuitement.

Puisque des conventions nouvelles sont encore à l'étude, je veux espérer que le même régime sera appliqué aussi bien à l'acte opératoire qu'à l'acte obstétrical.

Sans que nous ayons besoin de reprendre les luttes violentes du passé, elles ont abouti, non sans peine, à un statut qui, du point de vue chirurgical a, dans l'ensemble, satisfait aux légitimes intérêts des assurés sociaux et aux isolés.

Dr AUMONT.
(Versailles.)

A PROPOS DE CERTAINES NOTICES

Le papier devenant moins rare nous voyons renaître les notices qui accompagnent les Spécialités pharmaceutiques, et les « Littératures » à nous destinées.

Nous sera-t-il alors permis d'en profiter pour formuler quelques vœux ?

Il nous est arrivé à tous de constater l'effet déplorable produit sur certains malades — des chroniques le plus souvent — par certaines de ces notices. Ceux qui les avaient rédigées n'avaient certainement pas pensé (étant, eux, en bonne santé) à l'importance souvent imprévue que prennent certains mots quand ils sont lus (et souvent « épluchés ») par des cerveaux malades.

J'en ai vu pour ma part de lamentables exemples, et je ne suis certainement pas le seul. Une extrême circonspection me paraît donc désirable en pareille matière.

Quant aux « Littératures destinées aux médecins, on eut pu penser que leur rédaction serait toujours plus scientifique. Elle l'est généralement, mais pourtant il existe trop d'exceptions.

Il arrive que certains produits nous soient présentés sans aucune indication sur leurs composants. Comment le médecin pourrait-il répondre à la question si souvent posée : « Docteur, puis-je prendre du x... pendant que je prends déjà du y... ? »

Nous voyons même encore prôner des *spécifiques* de *toutes* les maladies de ... ou des médicaments préconisés par *tous* les spécialistes de tel ou tel organe, etc.

Il est certainement possible de faire mieux.

P. S. — Un petit vœu supplémentaire : que les spécialités toniques ne tendent pas de plus en plus à contenir *toutes* de l'arsenic.

Docteur E. DAMEY
(Douarnenez)

BIBLIOGRAPHIE

J.-B. CHARCOT, *le « Polar Gentleman »*, par Marthe Emmanuel. Ed. Alsatia, 1, rue Garancière, Paris.)

L'auteur, collaboratrice de Charcot à la Société de Géographie, n'a pas écrit ce livre à grand renfort de documentation biographique. Il lui a suffi de faire appel à ses souvenir pour retracer, depuis la tendre enfance jusqu'au trépas tragique, la carrière du hardi explorateur. Charcot évoquait volontiers, dans des conversations à bâtons rompus, son enfance heureuse, son adolescence gamine, sa brève discussion dans la médecine sous l'égide de son père qui, dans l'intimité, n'était pas le Jupiter Olympien que l'on se figure. Dès son entrée à la Société de Géographie, Mlle Emmanuel fut mêlée de très près à la préparation des voyages de Charcot sur lesquels elle abonde en détails précis. Ecrit dans un style alerte, abondant en anecdotes pittoresques, ce livre donne à la vigoureuse personnalité de Charcot le relief et à son caractère la piété qu'ils méritent.

G. L.

TUBERCULOSES ET TOUTES DÉFICIENCES

OKAMINE

du Docteur DANI-HERVOUET

SIMPLE — CYSTÉINÉE — DRAGÉES

Laboratoire d'Oxyaminothérapie, 13, Rue Pavée, PARIS-4e



DANS LES ALPES DE SAVOIE

AIX-LES-BAINS

CAPITALE DU RHUMATISME
THERMES NATIONAUX LES PLUS PERFECTIONNÉS D'EUROPE

Par le volume de ses eaux sulfureuses et radio-actives à 46° (5 millions de litres par jour), Aix-les-Bains assure le traitement spécifique des rhumatismes chroniques de la goutte, des sciatiques et névralgies diverses, des suites de fractures...

Dès cette année ce traitement sera complété par l'application de **boues végéto-minérales** et **radio-actives.**

Au pied du MONT-REVARD
(1.500 mètres d'altitude).

AIX-LES-BAINS

(250 mètres d'altitude)

PLAQUE TOURNANTE DU TOURISME SAVOYARD
GRANDE PLAGE
sur les bords du Lac du BOURGET
COURSES HIPPIQUES
GOLF (18 trous) — **TENNIS** (13 courts)
CASINO DU GRAND CERCLE

MM. les Membres du Corps Médical sont priés de demander au Syndicat d'Initiative, les avantages particuliers qui leur sont réservés.

ANÉMIES - ANOREXIE - AMAIGRISSEMENT
SURMENAGE INTELLECTUEL ET PHYSIQUE
CARENCES MARTIALE ET CALCIQUE
CONVALESCENCE

FERVALÈNE

Comprimés dragéifiés

Calcium et Fer assimilables + Kola

MODE D'EMPLOI

Adultes : 2 comp. avant chaque repas 2 à 3 fois par jour
Enfants : 1 comp. avant chaque repas 2 à 3 fois par jour

INSUFFISANCE RÉNALE - NÉPHRYTES - AZOTÉMIE
ALBUMINURIES - HYPERTENSION - ŒDÈMES
MANIFESTATIONS ANAPHYLACTIQUES
ÉPANCHEMENTS SÉREUX
MALADIES INFECTIEUSES - DÉMINÉRALISATION

NÉPHRALBINE

Cachets et comprimés

MODE D'EMPLOI | **Adultes :** 3 à 6 par jour
Enfants : 1 à 3 par jour

La NÉPHRALBINE est, dans la plupart des cas, supérieure à la théobromine

LABORATOIRE ROBERT FAURE, 2, rue Carnot, MELUN (S.-et-M.)

ECHOS & COMMENTAIRES

De Charybde en Scylla.

Les premiers effets de la confusion, que nous avons signalée, entre le régime légal instituant un tarif limitatif de principe et le régime conventionnel, commencent dès maintenant à se faire sentir.

En rejetant les conventions Syndicats-Caisses, les délégués de l'Assemblée Confédérale du 30 mars ont cru rejeter le nouveau régime de l'assurance-maladie et sauvegarder la liberté de tarif des syndicats locaux, et la liberté des honoraires du médecin. L'erreur est aujourd'hui patente.

Une Commission, en laquelle ils avaient mis tout leur espoir, avait pour rôle de traduire en clair le régime qu'ils étaient prêts à accepter.

Nous avons déjà signalé les premiers résultats de ses travaux : ils aboutissent purement et simplement à resserrer davantage l'étau du régime légal, d'abord en définissant (donc en limitant) les cas d'exception ; ensuite en fixant un plafond d'homologation pour les tarifs départementaux, c'est-à-dire en préparant ainsi un tarif-limite national.

Le résultat n'a pas manqué : la Commission nationale tripartite, dans sa première réunion, mise au courant des travaux de la Commission confédérale, s'est immédiatement emparée de l'idée d'un tarif national unique (exception faite de quelques grandes villes) et des taux qui avaient été retenus par la Confédération (taux parfois inférieurs à ceux que les Caisses avaient elles-mêmes acceptés dans des conventions déjà conclues). De l'avis général, au reste, les membres les plus compréhensifs ou plutôt les moins incompréhensifs) furent les représentants des Caisses. Les représentants de l'Administration au contraire, plus éloignés de la pratique médicale, apparurent mûs surtout par des notions abstraites et des préoccupations doctrinales et centralisatrices.

Tout cela était aisé à prévoir. Et cependant la surprise et l'impatience se manifestent aujourd'hui un peu partout chez les syndicats provinciaux, durement réveillés de leurs illusions. Après la Seine, l'Eure, les Pyrénées-Orientales, bien d'autres encore, publient des « ordres du jour » s'étonnant que la Commission confédérale ait ainsi méconnu les limites du mandat qui lui avait été donné, et trahi l'esprit qui avait présidé à sa constitution, ainsi que la lettre même de la motion adoptée par la majorité de l'Assemblée.

Ils ont en cela raison. En intervenant dans l'immédiat, et dans des conditions particulièrement difficiles, la Commission laisse se cristalliser sous un jour fort peu favorable, et fort éloigné de ses préoccupations libérales, un régime de fait, sur lequel il lui sera fort difficile de revenir dans la suite. Elle use ainsi bien inutilement son crédit et son autorité morale tant auprès des Pouvoirs publics que du Corps médical et facilite mal gré elle le jeu de l'Administration. Il fallait certes une solution immédiate ; il eût mieux valu, à tous points de vue, laisser au Conseil confédéral le soin d'en assumer la respon-

SULFURYL MONAL
MÉDICATION SULFUREUSE par l'Hydrogène Sulfureux naissant, principe actif des eaux minérales sulfureuses

8 Formes

SULFURYL MONAL	1 Pastilles 2 Granulé	Pharyngites - Angines - Rhumatismes.
	3 Comprimés inhalants	Rhinites - Sinusites - Bronchites chroniques - Otites.
	4 Bain	Dermatoses - Gale - Rhumatisme.
	5 Savon	Toilette de la peau - Affections cutanées.
RHINO - SULFURYL	6 Gouttes	Coryza - Sinusites - Rhino-pharyngites - Otites.
DERMO - SULFURYL	7 Pommade	Maladies de la peau et du cuir chevelu - Gale.
LAXO - SULFURYL	8 Dragées	Constipation - Hémorroïdes - Colibacillose.

Laboratoires MONAL, 13, Avenue de Ségur, PARIS

SOLUTION HEPATOUM

SOLUTION DANS LES EAUX DU BASSIN DE VICHY, PRISES DIRECTEMENT AUX SOURCES, D'EXTRAITS DE PLANTES HÉPATIQUES

SPÉCIFIQUE DES AFFECTIONS DU FOIE, DES REINS, DE LA VÉSICULE BILIAIRE

ACTION RAPIDE DANS LES CRISES DOULOUREUSES HÉPATIQUES, NÉPHRÉTIQUES MENSTRUELLES

LABORATOIRE HEPATOUM • Saint-Yorre (Allier)

sabilité. Et cela eut été au reste plus conforme aux délibérations de l'Assemblée.

Mais, ceci dit, l'on doit reconnaître que l'état de choses actuel était fort peu évitable. Nous l'avons dit et le répétons : le rejet des conventions signifiait le recours au régime de l'homologation, qui lui-même conduisait tout droit (les faits le prouvent aujourd'hui) au régime de la taxation.

Et l'homologation, la taxation deviennent, en un régime de dirigisme bureaucratique comme le nôtre, immanquablement nationales, c'est-à-dire négatrices de toute vie, de toute diversité locale ou régionale. En bref, l'on va tout droit au pire c'est-à-dire à *l'étatisation*.

Croyant revenir à la liberté, les délégués du 30 mars, et les Commissaires de la Confédération ont ainsi remis debout, plus forte que jamais, l'ordonnance du 3 mars que l'on espérait définitivement abolie. Et les syndicats locaux, plus encore que les médecins, perdent cette liberté de leur taux d'honoraires, qu'ils pensaient sauver.

Nous cueillons aujourd'hui le fruit amer d'une campagne où les problèmes furent toujours mal posés, où bien souvent la passion tint lieu d'idée. Il n'est pour en sortir que deux solutions : revenir au régime conventionnel en exigeant qu'il soit pur et non mâtiné comme aujourd'hui d'homologation, ou bien sortir hardiment du dilemme légal par la grève administrative (c'est-à-dire la non-signature des feuilles de maladie). Certains ont déjà fait leur choix. Il importe cependant qu'il soit éclairé et réfléchi — car il engage l'avenir de la médecine.

Les syndicats doivent-ils participer à la gestion des Caisses ?

L'ordonnance instituant la sécurité sociale réserve on le sait, aux représentants des syndicats de praticiens, deux modestes sièges consultatifs au sein du Conseil d'administration des Caisses primaires, composé principalement de représentants de la C.G.T.

La question se pose donc de savoir s'il est opportun et politique d'user de ce droit et d'occuper ces places au moment où l'organisation de la sécurité sociale fait l'objet à tout le moins de la part du Corps médical d'une particulière méfiance !..

La solution adoptée à propos de la Commission départementale bipartite chargée de concilier les parties en cas de dépassement d'honoraires, aurait pu au premier abord servir de précédent pour motiver un refus. C'eût été selon nous une erreur que, croyons-nous savoir, la Confédération n'a pas commise.

Il n'y a en effet qu'une similitude apparente entre les deux questions. Dans le cas de la Commission, il s'agit avant tout de paralyser un organisme superfétatoire et de rendre aux juridictions professionnelles le contrôle des abus en matière d'honoraires.

L'abstention systématique du Corps médical, en ce qui concerne la nomination des délégués aux Conseils de Caisses, prendrait une tout autre signification : celle d'une hostilité de principe à l'encontre de l'institution même de la sécurité sociale, hostilité que la motion finale de l'Assemblée confédérale du 30 mars dernier, a au contraire pris soin d'écarter.

Il serait même souhaitable, selon nous, que les Syndicats prissent à cœur les fonctions qui leur sont dévolues, manifestent leur présence et la vitalité de leurs conceptions sociales

ACTIPHOS
AMPOULES BUVABLES DE 3 CC
L'ALIMENT ÉQUILIBRÉ DE LA CELLULE NERVEUSE
Acide phosphorique en Synergie suractivée par les Phosphates métalliques et les Catalyseurs minéraux
LABORATOIRE ROGER BELLON
LOUIS FERRAND
(GAMBÉOL, RECTOCALCIUM, HÉMOPTYLORE - 3e, GLOSIRON)
78bis, Avenue Marceau - PARIS (8e)

TRAITEMENT rationnel
de toutes les formes
de l'OBÉSITÉ
et des troubles annexes
DELLOVA
à base d'extraits opothérapiques renforcés par un laxatif
2 FORMES
Cachets..... 1 à 2 par jour
Comprimés ... 2 à 4 par jour
Lab. C. LAFOSSE, 48, Av. de la République, PARIS

au sein des Conseils et s'efforcent par l'autorité morale de leurs délégués d'amener peu à peu les autres conseillers à une plus saine compréhension des conditions dans lesquelles doit s'exercer la médecine — dans l'intérêt même des assurés.

Participer à la réalisation d'une œuvre, n'est-ce point là le plus sûr moyen d'éviter qu'elle ne devienne une proie pour les bureaucrates, et un nouveau moyen d'oppression ?



DÉSORDRE ACTUEL DU RÉGIME HOSPITALIER.

Tout récemment nous avons fait ressortir combien la question des honoraires médicaux, dans les différents hôpitaux publics du territoire français, était confuse, mal résolue dans la plupart des cas, et trop souvent parfaitement ignorée des Commissions administratives comme des médecins, pour le plus grand bénéfice des Caisses d'Assurances sociales, entre autres.

Nous engagions les médecins hospitaliers à entrer en contact avec les Caisses et les Commissions administratives afin d'établir, en attendant la réforme prochaine de la législation hospitalière, un « modus vivendi » provisoire, moins indigne du Corps médical.

Dans la région parisienne, c'est maintenant chose faite. Une convention a été passée entre l'Union des Caisses et les hôpitaux publics de la région, dans le cadre de l'actuelle législation hospitalière. Elle a été conclue pour une durée d'un an, à dater rétroactivement du 1er janvier 1946. Nous en détachons les dispositions relatives aux honoraires médicaux.

SOINS AUX HOSPITALISÉS.

Médecine : 20 fr. par jour en troisième catégorie,
25 fr. par jour en seconde catégorie,
30 fr. par jour en première catégorie,
ces chiffres forfaitaires comprenant tous les actes de médecine, de chirurgie ou de spécialité, sauf ceux de radiologie, effectués dans le service de médecine.

Chirurgie et spécialités autres que l'électro-radiologie :
K = 20 en troisième catégorie,
K = 25 en seconde catégorie.
K = 40 en première catégorie.
pour l'acte opératoire et les soins postérieurs pendant vingt jours.

A partir du vingt et unième jour, et dans le cas où le malade traité n'a pas subi d'intervention :
12 fr. 50 par jour en troisième catégorie,
20 fr. par jour en seconde catégorie,
30 fr. par jour en première catégorie.

Maternité : 25 fr. par jour en troisième catégorie,
37 fr. 50 par jour en seconde catégorie,
50 fr. par jour en première catégorie,
ceci en dehors des actes d'électro-radiologie, mais comprenant le remboursement des dystocies D1 et D2 du tarif auquel, s'il y a lieu, se substitue le régime de chirurgie et de médecine, suivant la nature de la complication.

Radiologie : 25 fr. par acte en troisième catégorie,
30 fr. par acte en seconde catégoire,
35 fr. par acte en première catégorie,
ceci par acte d'électro-radiologie (pose radiographique, ou séance de traitement, ou diagramme).

Révulsif Fouchère
DEUX FORMES :
EMULSION : Adultes
POMMADE : Bébés, Enfants et Adultes à épiderme sensible
LABORATOIRES FOUCHÈRE
RIVE-DE-GIER (Loire)

FAUTEUILS ROULANTS
DUPONT
Cent ans de spécialisation dans le confort du malade
VENTE & LOCATION
10, Rue Hautefeuille - PARIS (6e)
Téléphone : DANTON 05-61 - 05-62
Succ. à LYON, 6, Place Bellecour

PHYTOMENSYL
médication toni-veineuse à base de vigne rouge
POSOLOGIE MOYENNE : 30 gouttes 2 fois par jour.
DOSES FORTES : 50 gouttes 6 fois par jour, durant 6 jours.
LABORATOIRES BLAQUE, 59 RUE BOISSIÈRE, PARIS (16e) KLE 88-70

CONSULTATION EXTERNE:

50 % des honoraires de ville prévus dans la convention avec le Syndicat médical départemental.

Nous citons ces extraits pour que l'exemple de la région parisienne soit suivi dans les hôpitaux de province, notamment, dans ceux où l'on prétend, à l'instigation des Caisses d'A.S., refuser encore des honoraires aux médecins électroradiologistes.

L'INSOLUBLE QUESTION DES VOITURES.

UN confrère de banlieue conte ses mésaventures au cours d'une opiniâtre pérégrination vers la voiture d'occasion de ses rêves :

« 1° Aux Domaines, une Commission préfectorale devait attribuer les véhicules avec droit de priorité aux médecins. C'était trop beau. Un mois plus tard les Domaines sont dessaisis, avant même que la C.P. ait vu le jour. Pendant ce temps, bon nombre de voitures ont été attribuées. Par qui ? Mystère. On aimerait cependant connaître les bénéficiaires.

2° Maintenant c'est la Production industrielle qui les attribue. L'accueil y est des plus aimables ; entre autres gentillesses, M. F... m'a déclaré « qu'il était en effet regrettable d'exercer en banlieue, car à Paris on peut prendre le métro... »

Quant à faire accepter une demande, c'est une autre histoire, dont le leitmotiv est « revenez la semaine prochaine ».

3° Au camp de S. il y a trois catégories de voitures

a) Réservées à l'armée, modèles 202, 402, etc., en bon état

b) « Bloquées », d'autres modèles, également en bon état, destinées aux administrations et autres « relations » ;

c) Enfin, les voitures qui, en principe, sont accessibles au commun des mortels ; la plupart en triste état, sauf quelques grands modèles, et néanmoins difficiles à obtenir.

A part cela, il est déjà arrivé d'en attribuer même à des médecins. Bien que sinistré, je ne suis pas encore de ce nombre et cherche encore la recette. »

Lorsqu'il s'agit de les assujettir solidement dans un plan de sécurité sociale, les médecins sont proclamés les agents d'un service d'utilité publique.

Lorsqu'il s'agit de leur procurer des moyens de transport ce ne sont plus que des particuliers.

Chaque fois qu'ils changent de catégorie c'est pour y perdre quelque chose.

Qu'est-que que la « MUTUALITE FAMILIALE » ?

— Une filiale du *Concours Médical.*
— Une Société de Secours Mutuels libre régie par la loi du 1er avril 1898.
— Une Société cinquantenaire dont les réserves atteignent vingt millions.
— Une Société gérée par des médecins pour le service de médecins.

Elle vous versera en cas *de maladie* et *d'accident* des indemnités journalières de 120 à 300 francs par jour.

Ecrivez-lui : 37, RUE DE BELLEFOND, PARIS (9e).

LES ÉTABLISSEMENTS JACQUEMAIRE à Villefranche (Rhône) RAPPELLENT LEURS PRODUITS diététiques

★ LA BLÉDINE
Aliment de préparation au sevrage. Farine complète et équilibrée.

★ LA DIASE CÉRÉALE
Bouillie maltosée fluide. Assimilation totale.

★ LE MALTOGIL
Extrait de malt sec rigoureusement pur. Puissant reconstituant.

LES LABORATOIRES DU GALACTOGIL à Villefranche (Rhône) RAPPELLENT LEURS PRODUITS pharmaceutiques

★ LE GALACTOGIL
Puissant galactogène. A base d'extrait de galéga.

★ LE PEPTOGIL
Spécifique des anaphylaxies protéiques (peptones gastriques et pancréatiques)

P. L. Dubuy

Sulfamidothérapie

SO^2NH^2

1162. F.

Néo-Coccyl

Comprimés
Crayons Chir.
Crayons Gyné.
Bougies
Mèches
Ovules

NH^2

Laboratoires du Dr PILLET - 222, Bd Péreire, PARIS
ETOile 40-15 — Service de garde MOLitor 58-85

CORRESPONDANCE

AUTOMOBILISME

696. — **Vérification de la charge d'une batterie.**

Y a-t-il grand danger à laisser trop longtemps en charge des batteries d'accus? Leur charge maxima obtenue, ne tend-elle pas à les défendre contre la source qui les alimente, par un équilibre électrique atteint ; j'entends, sous certaines conditions de « biberonnage ».

J'ai des batteries de 6 volts (l'une d'une petite « Lancia », l'autre d'une grosse Renault « Viva Grand Sport ») ; je les recharge avec : un rechargeur Tungar modèle 1939-1940 de l'Alsthom (marqué : 6-12 volts) ou bien avec : chargeur Rosengart (petit « contact tournant » auquel je demande habituellement 12 volts pour charge).

Tous deux, sous contrôle permanent à l'ampèremètre, chargent sous 3 ampères.

J'arrête la charge lorsque j'entends dans la batterie un bruit de bulles, mais ce critère me paraît bien imprécis ; les garagistes me disent que la mesure du voltage après la charge ne signifie rien,... alors quoi?

Quand faut-il cesser la charge? et y a-t-il danger pour la batterie à trop prolonger cette charge (avec les éléments des appareils précités) ? Dr H.

Réponse

Quand on laisse une batterie d'accumulateurs trop longtemps en charge, on risque de détériorer les plaques et principalement les positives : les bulles de gaz qui se dégagent sur les plaques ont tendance en effet à entraîner la matière active qui tombe au fond et qui à la longue arrive à former un court-circuit intérieur.

Le seul moyen de reconnaître quand une batterie est chargée est de prendre la densité de l'électrolyte au moyen d'un aréomètre Baumé. L'électrolyte d'une batterie bien chargée doit marquer 28 à 29° B. Ce chiffre n'est d'ailleurs pas absolu et dépend de la teneur initiale de l'électrolyte en acide sulfurique.

Voici ce que vous pouvez faire : quand vous croyez la batterie chargée, prendre la densité séparément dans chacun des éléments. Continuez à charger pendant deux heures par exemple, et reprenez la densité. Si vous trouvez le même chiffre, c'est que la batterie était déjà chargée au moment de la première expérience. Notez les indications de l'aréomètre et par la suite, vous n'aurez qu'un essai à faire.

On trouve dans le commerce des pipettes avec poire en caoutchouc et aréomètre enfermé dans la pipette, qui permettent de faire rapidement les mesures. H. Petit.

693. — **Comment détartrer un radiateur ?**

Je possède une 11 CV Citroën, traction avant 1938 et depuis sa remise en service après trois ans d'immobilisation, cette voiture *chauffe* terriblement.

Je suppose que cela vient du radiateur qui est entartré.

J'ai mis dans l'eau du carbonate de soude sans résultat. Un garagiste me dit qu'il faut mettre du *fumant* dans le radiateur après démontage et rien ensuite. Un autre me dit ne pas savoir ce qu'il faut faire, mais le mieux est de l'envoyer au fabricant qui le *démontera* et le nettoyera (!!!)

Le procédé du fumant (acide muriatique ou chlorhydrique je crois) me sourit assez, mais n'y a-t-il pas à craindre d'abîmer le radiateur ? D'autre part, doit-on l'employer pur ou dilué ? Dr N.

Réponse

La meilleure méthode, à mon avis, pour nettoyer un

OPOTHÉRAPIE ASSOCIÉE
Hormones folliculaires ovariennes
+
Lobe antérieur hypophysaire
= FOLLI-LOBINE
DU Dr FRAYSSE
DÉCLANCHE ET RÉGULARISE LE FLUX MENSTRUEL
2 FORMES : PILULES ACTIVES PAR VOIE BUCCALE
AMPOULES INJECTABLES 2cc INDOLORES
LABORATOIRE FRAYSSE ET Cie NANTERRE (SEINE)

THÉRAPEUTIQUE ACIDE DE LA PEAU
DERMACIDE
pH 3,6
Liquide — Pain
VITA-DERMACIDE
Pâte acide grasse
soluble à l'eau
LABORATOIRES PORCHER, 35, R. Blancs-Manteaux, PARIS-4e

radiateur, consiste à utiliser l'acide chlorhydrique dilué dans trois fois son volume d'eau. Après avoir vidangé complètement, on verse l'eau acidulée dans le radiateur : il se produit une effervescence. Quand elle est calmée, on vide et on met de l'eau acidulée neuve, jusqu'à ce qu'il ne se dégage plus de gaz. Faire alors une vidange complète suivie d'un rinçage minutieux. Ne laisser en aucun cas l'eau acidulée dans la circulation, plus qu'il n'est nécessaire, pour éviter l'attaque du métal de la culasse et surtout de la pompe à eau. Henri PETIT.

★

QUESTIONS DIVERSES

5257. — **Création et fonctionnement des crèches et pouponnières.**

Un industriel de ma localité voudrait ouvrir une crèche et garderie pour les enfants de ses ouvriers. Il me demande dans quelles conditions une telle œuvre sociale peut être entreprise actuellement. Y a-t-il nécessité d'avoir une infirmière brevetée comme directrice? Au point de vue matériel, y a-t-il des avantages prévus actuellement (bons-matières-priorité) ? Dr B.

Réponse

La création et le fonctionnement des crèches et pouponnières ont fait l'objet d'un décret du 21 avril 1945 et de deux arrêtés ministériels, l'un consacré aux pouponnières et l'autre aux crèches, tous deux datés du 5 septembre 1945.

Suivant la définition donnée par l'article premier du décret du 21 avril 1945, les pouponnières ont pour objet de garder jour et nuit les enfants de moins de trois ans accomplis qui ne peuvent ni rester au sein de leur famille, ni bénéficier d'un placement familial surveillé. Aux termes de l'article 3, les crèches ont au contraire pour objet de garder pendant la journée, durant le travail de leur mère, les enfants bien portants ayant moins de trois ans accomplis.

Aucune pouponnière ou crèche ne peut être ouverte ou fonctionner sans autorisation du directeur régional de la Santé et de l'Assistance. Cette autorisation n'est accordée que si l'établissement est placé sous la responsabilité d'un médecin qualifié, si le personnel attaché à l'institution présente les garanties sanitaires, morales et professionnelles exigées et si les locaux satisfont aux conditions indispensables d'hygiène. La direction d'une pouponnière ou d'une crèche ne peut être assurée que par une personne du sexe féminin agée de plus de 21 ans et de moins de 60. Elle doit être agréée par le directeur régional de la Santé et de l'Assistance. Cet agrément ne peut être accordé qu'aux personnes pourvues du diplôme d'Etat d'infirmière hospitalière, d'assistante sociale ou de sage-femme. Les candidates doivent en outre produire des titres ou des références établissant qu'elles possèdent les aptitudes nécessaires à l'exercice de la fonction, et qu'elles présentent des garanties d'honorabilité. Les pouponnières et les crèches font l'objet de visites régulières, au moins hebdomadaires d'un médecin agréé par le directeur régional de la Santé et de l'Assistance. Enfin le règlement intérieur de chaque établissement doit être soumis à l'agrément du directeur régional de la Santé et de l'Assistance.

Les deux arrêtés du 5 septembre fixent, de la façon la plus minutieuse les règles et l'aménagement des locaux, des soins à donner aux enfants, des garanties à exiger du personnel et des modalités du contrôle administratif.

Il est malheureusement impossible, dans le cadre d'une lettre, de résumer cette réglementation très précise. Je ne peux que vous renvoyer au texte des arrêtés eux-mêmes que vous trouverez au Journal Officiel *du 9 septembre* 1945, *pages* 5.634 *et suivantes.*

RHUMATISME
ARTHRITISME
Paralysie de toute nature — Suite de Fracture
MALADIES DES FEMMES
La Station Idéale des Rhumatisants
BOURBON
L'ARCHAMBAULT
(Allier)
Eau chlorurée sodique, bicarbonatée mixte, bromo-iodurée hyperthermale
THERMES de 3e CLASSE ouverts toute l'année
Saison : 1er Mai - 30 Septembre

Viosten
Lipoïdes, Phosphatides, Vitamines

Deficiences organiques
Comprimés - Injections de I. C. C. - Granulés
LABORATOIRES LESCÈNE
PARIS, 58, Rue de Vouillé (XVe) et LIVAROT (Calvados)
Téléph. : Vaugirard 08-19

CONNAITRE
CAHIERS D'HUMANISME MÉDICAL

3e CAHIER : ÉDUCATION ET MÉDECINE

SOMMAIRE

Editorial (Biancani). — Les stades du développement physique et psychique de l'enfance (Cathala). — Déséquilibre du caractère et tempéraments (Heuyer). — Les troubles de l'affectivité (Boutonier). — La rééducation des déficients intellectuels (Dublineau). — Les anomalies de la volonté (Launay). — Retour à l'équilibre (Lhermitte). — Les méthodes nouvelles d'éducation (Bertier). *Chroniques : Les courants de pensée :* vers Montaigne. — *Science :* Les isotopes en biologie et en médecine. — Le médecin entomologiste (Barthe). — Les cactées. — Les livres d'art (Mornand). — Aristote musicien (Berger). — La place du cinéma d'amateur (Boyer). — *Bibliographie. — Revue des Revues.*

Prix : 1 Cahier de 112 pages sur papier couché et sur glacé : 150 francs.

RAPPEL. — *Cahier* n° 2 : « Peuples, Familles et Médecine ». Prix 150 francs.

SOUSCRIPTION A 4 CAHIERS : 500 fr.

Souscriptions et envois de fonds au Concours Médical, 37, rue de Bellefond, Paris-9e. Ch. Postaux Paris 167-95.

DEMANDES ET OFFRES

N° 264. — Jeune méd. ayant fait fonct. interne en chir. cherche près chirurg. aides opératoires et petites interventions. Préférence, Centre ou Sud-Est.

N° 265. — Cherche à reprendre import. cabin. phthisiol. Accepterait associat. en vue extens. Dispose capitaux. Ecr. journ. qui transm.

N° 266. — Doct. recommande dame très sérieuse, diplômée puériculture, qui prendrait jeunes pensionn., campagne 40 km. de Paris. Excell. nourrit.

N° 267. — A céder microscope Korisrka en boite, parfait état, plusieurs oculaires et objectifs, dont 2 à immers. de choix. 25.000 fr. Dr Testot-Ferry, La Londe-les-Maures (Var).

N° 268. — Foyer de médecin, domicilié plage normande, recevrait pendant saison été, deux garçons ou deux filles de confr. Ecr. journ. qui transm.

N° 269. — Doct. recommande personne 45 ans, dévouée et sérieuse, pleine campagne, pour pension enfants 4 à 10 ans. Références.

N° 270. — Méd. 4 ans exercice en client. cherche remplacements toutes durées et régions, à partir de juillet. Possède moyen locomotion.

N° 271. — A céder Spiroscope du Dr Pescher. S'adr. Dr Nouailhac, 11, avenue R.-Poincaré à Brive (Corrèze).

N° 272. — Poste médi. à céder environ Valence.

N° 273. — A céder bon poste propharm. à 10 km. de préfect. Pays agréable, chasse, pêche, clientèle agricole. Logement assuré.

N° 274. — Jeune méd., 5 ans pratique méd. génér., cherche place assistant Pédiatrie. Paris Régions Est et Nord s'abstenir. Ecr. journ. qui transm.

N° 275. — Par suite décès, à céder clientèle thermale Vittel, avec location locaux professionnels et privés. Reprise instruments, laboratoires, bail 3 ans. Saison 1er juin. S'adr. Mme Ch. Finck, 3, avenue de Lyon, à Cannes.

Gérant : J. MIGNON
Février 1879
Lang, Blanchong et Cie, 30, rue du Poteau - Paris (18e) — 31.1040
Dépôt légal : N° 8
2e trimestre 46

THÉRAPEUTIQUE CARDIO-RÉNALE
THÉOPHYLLINE
BRUNEAU
Diurétique
Toni-cardiaque
Eupnéique
AMPOULES - COMPRIMÉS - SUPPOSITOIRES
LES LABORATOIRES BRUNEAU & Cie
17, RUE DE BERRI - PARIS

ADRÉNOÏDES BÉRAL
Comprimés au 1/4 milligr. d'Adrénaline
contre
l' HYPOTENSION
Un adrénoïde toutes les 3-4 heures
à laisser fondre sous la langue
36, Avenue Hoche 8e

TUBERCULOSE
VITADONE
INJECTABLE
Vitamines A et D physiologiquement titrées
BOITES DE 6 AMPOULES DE 2 cc
chaque ampoule contient :
20.000 unités int. de Vitamine A
20.000 unités int. de Vitamine D
2 injections intra musculaires par semaine
Littérature aux Etablissements BYLA
26, avenue de l'Observatoire, à PARIS (14e)

Traitement local, pratique et rationnel des maladies de l'estomac, de l'intestin et des toxi-infections gastro-intestinales par le

BIS-KA-MA

Silicate de Magnésie, Oxyde de Titane, Huile de Paraffine, Magnésie légère, Kaolin colloïdal, Gommes mucilagineuses.

3 FORMES

Poudre	ESTOMAC : 1 cuillérée à café dans un peu d'eau avant les 3 principaux repas. INTESTIN : 1 cuillérée à potage le matin à jeun dans un verre d'eau.
Pansement recto-colique pour lavement (granulé)	INTESTIN : Adultes et enfants au-dessus de 12 ans : une mesure de granulé délayée dans 5 cuillérées à potage d'eau bouillie tiède, ou 2 mesures délayées dans 10 cuillérées d'eau tiède selon le siège des lésions.
Suppositoires	Sauf indications spéciales du médecin: 1 suppositoire après l'évacuation des selles et 1 suppositoire le soir en se couchant.

SITSA

LABORATOIRES S.I.T.S.A.
(S. A.)
Docteur PIERRE ROLLAND
Ancien Chef de Laboratoire à la Faculté de Médecine de Paris
Pharmacien
15, Rue des Champs, **ASNIÈRES**
(Seine)

PHOSCAMINE

PHOSPHORE CALCIUM
ACIDES AMINÉS
GRANULÉ
RECALCIFIANT HÉMATOGÈNE
ACTIVATEUR DE L'ASSIMILATION

LIPOVITA

VITAMINES LIPOSOLUBLES A et D

Granulé à base
de CAROTÈNE
et d'ERGOSTEROL irradié

LABORATOIRE MAUCHANT
J. EURY, Dr en Pharmacie, Ex-Interne des Hôpitaux de Paris
GENNEVILLIERS (Seine)

VALS SOURCE LA REINE

ARTHRITISME - DYSPEPSIE
DIARRHÉE INFANTILE
GASTRO-ENTÉRITES
DIABÈTE

—



Cure de boisson dans les Maladies Infectieuses

—

Eau de table remarquable

Sté VALS-REINE
à Vals-les-Bains
(Ardèche)

On désinfecte avec le FUMIGATOR GONIN



60, Rue Saussure
PARIS (17e)

68e ANNÉE 379-381 Nº 22 1er JUIN 1946

LE

CONCOURS MÉDICAL

37, RUE DE BELLEFOND - PARIS (9e) - TRU 33-66

SOMMAIRE

PARTIE SCIENTIFIQUE.

Renaissance du chancre mou (Dr R. Barthélémy) 537

Les Hormones surrénales (Dr René Mach, de Genève) 540

Les Thèses, 541. — Les Livres, 541. — Les Sociétés Savantes, 542. — La Presse, 543.

PARTIE PROFESSIONNELLE.

Propos du Jour. — Conférence de Presse au Conseil National de l'Ordre (G. Lavalée) .. 545

Actualité professionnelle. — Agrément : Technique ou Faveur ? 547

Le Problème schématique de la population française métropolitaine (Dr A. Gros, Dr B. Lafay, Dr A. Morisot) 548

Bibliographie 551

DEMI-COLONNES.

Dernières Nouvelles, 530. — A travers l'Officiel, 533. — Echos et Commentaires, 553. — Correspondance, 558.

OUABAÏNE ARNAUD

Solution colloïdale de nucléinate d'Argent INCOLORE

ARGINCOLOR

SIMPLE ou ÉPHÉDRINÉ

L. E. V. A. - 26, Rue Petrelle, PARIS (9e)

Toux *Coqueluche*

ÆTHONE

Laboratoire de l'ÆTHONE 35, rue Boissonnade, PARIS (XIVe

PYRÉTHANE

Antinévralgique Puissant

18, Rue Ernest-Rousselle - PARIS-13e

Chl. de Ca. Gluconate de Ca. phosph. di-acide de Ca.
(Gouttes)

POLYCALCION

Antihémorragique
Déchlorurant
Neuro-Sédatif

Labor. SCIENTIA
Dr PERRAUDIN
21, rue Chaptal, PARIS

PEPTALMINE

MAGNÉSIÉE
Dragées - Granulés
Antianaphylactique
Cholagogue

SCIENTIA — 21, rue Chaptal — Paris-IXe

DERNIÈRES NOUVELLES

Faoulté de Médecine de Paris.

M. René Moreau, agrégé, est nommé, à compter du 1er octobre 1945, professeur de pathologie médicale (dernier titulaire : M. Chabrol, nommé professeur de clinique médicale).

Le Conseil de la Faculté a proposé :

M. Alajouanine, pour la chaire d'histoire de la médecine ;

M. Bariéty, pour la chaire de clinique phtisiologique ;

M. Delay, pour la chaire de clinique psychiatrique ;

M. Lavier, pour la chaire de pathologie exotique.

Société française de cardiologie : Journées de Royat.

La Société française de Cardiologie tiendra ses assises les 15 et 16 juin 1946, à Royat, à l'occasion de l'inauguration de l'Institut de Recherches cardiologiques.

XVIIIe Congrès des médecins de langue française de l'Amérique du Nord.

Ce Congrès se tiendra à Québec les 13, 14 et 15 juin 1946. Secrétaire général : prof. J.-B. Jobin, 75, rue Sainte-Anne, à Québec.

Ecole du Service de Santé de la marine (Bordeaux).

Le *concours d'admission* aura lieu les 3, 4 et 5 juillet 1946. S'adresser au Ministère des Armées, Marine nationale, Direction du Service de Santé, 2, rue Royale, Paris, jusqu'au 15 juin.

Hygiène scolaire et universitaire.

Un *poste de médecin examinateur scolaire* à temps plein, pour le département de l'Eure-et-Loir, avec résidence à Chartres, est actuellement disponible.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le Médecin Inspecteur Régional de l'Hygiène Scolaire et Universitaire pour l'Académie de Paris, 5, rue Auguste-Vacquerie, Paris (16e).

Inspection médicale scolaire de la Ville de Marseille.

Un *concours sur titres et sur épreuves* sera ouvert aux médecins français des deux sexes le 8 juillet 1946, à la mairie de Marseille, pour le recrutement de quatre *médecins inspecteurs des Ecoles*. Age limite : 40 ans à la date du concours (reculé d'un an par enfant à charge et pour services militaires).

Pour tous renseignements, s'adresser au Bureau municipal d'Hygiène, 6, rue Briffaut, Marseille. Les inscriptions sont reçues jusqu'au 8 juin 1946.

Inspection médicale des écoles de Saint-Nazaire (Loire-Inférieure).

La mairie de St-Nazaire envisage actuellement le recrutement de plusieurs *infirmières visiteuses* de l'Inspection médicale des Ecoles. Traitement : de 39.000 à 60.000 fr., plus indemnités diverses. Conditions : être âgée de 30 ans au plus, titulaire d'un diplôme d'Etat et justifier d'un stage de 6 mois dans un service hospitalier ou une clinique publique ou privée. Adresser les candidatures à la mairie de Saint-Nazaire (Loire-Inférieure), Service du Secrétariat général.

Union Médicale Normande.

ASSURANCES SOCIALES.

I. —L'Union Médicale Normande réunie à Lisieux le 12 mai 1946 proteste vigoureusement contre le rôle qu'a cru devoir s'arroger la Commission spéciale en adoptant des chiffres-plafond, méconnaissant ainsi la mission essentielle que lui avait conférée l'Assemblée du 31 mars 1946 qui était de préparer une réforme de l'Ordonnance du 19 octobre 1945.

Les Syndicats départementaux ne sauraient d'ailleurs, en aucun cas, accepter les tarifs fixés par la Commission, tarifs qui ne tiennent aucun compte

OPOTHÉRAPIE ASSOCIÉE

PANCRÉPATINE LALEUF

CAPSULES GLUTINISÉES

DIABÈTE

6 A 12 CAPSULES PAR JOUR
(AU COURS DES REPAS)
SUIVANT PRESCRIPTION MÉDICALE

LITTÉRATURE

LABORATOIRES LALEUF

51, RUE NICOLO . PARIS-16e

GLOBIRON

AMPOULES BUVABLES DE 3 C.C.

Combinaison des méthodes de WHIPPLE, CASTLE & WILLS en association avec les globinates de Fer, de Cuivre et de Manganèse.

Anémies hypochromes
Chlorose
Carences martiales

LABORATOIRE ROGER BELLON
LOUIS FERRAND
Ex-Interne, Lauréat des Hôpitaux de Paris
PHARMACIEN-GÉRANT
(GAMBÉOL, RECTOCALCIUM, ACTIPHOS, HÉMOPTYLORE n° 3)
78bis, Avenue Marceau - PARIS (8e)

des différences du prix de vie dans les différentes régions de France, et en particulier, dans les régions sinistrées.

II. — L'Union Médicale Normande réunie à Lisieux le 12 mai 1946, ayant pris connaissance des circulaires 13 et 15 de la Confédération :

1° rappelle que l'Assemblée Générale du 31 mars 1946 a décidé le maintien du principe essentiel de l'entente directe entre malades et médecins ;

2° décide à l'unanimité de s'en tenir au respect de ce principe et de demander à la Confédération de le défendre intégralement ;

3° Demande la réunion simultanée et d'urgence du Conseil Confédéral et de la Commission spéciale élue par l'Assemblée du 31 mars 1946, pour faire connaître aux Syndicats Médicaux les instructions à observer par tous les médecins (opportunité d'une grève administrative sur l'ensemble du territoire) devant la situation nouvelle créée par la promulgation d'un tarif imposé par la Commission tripartite nationale ;

4° Décide pour son compte personnel de déclencher immédiatement cette grève administrative dans les cinq départements normands dès le reçu d'une mise en demeure d'appliquer les tarifs limitatifs.

(*Communiqué.*)

Association des médecins des Pyrénées-Orientales.

L'Association des Médecins des Pyrénées-Orientales, réunie le 10 mai 1946, a voté l'ordre du jour suivant :

Après avoir pris connaissance de la circulaire de la Confédération des Syndicats Médicaux Français n° 13 et des termes de la réponse du Syndicat Médical des Pyrénées-Orientales,

Considérant que le doublage de la Commission Nationale tripartite de taxation par une Commission Confédérale homologuant, taxant et fixant des plafonds, n'est pas de nature à sauver l'entente directe et est contraire à l'esprit du paragraphe 3 de l'ordre du jour du 31 mars 1946,

Considérant que la Commission Confédérale ne tient pas compte de la nécessité d'une différence de tarifs entre les villes et les campagnes (indemnité de résidence),

Considérant que la fixation d'un plafond au tarif départemental ne doit pas se faire en multipliant le tarif syndical (qui est un tarif minimum), par un coefficient fixe pour toute la France, mais bien par l'étude des conditions de la vie dans le département intéressé,

Considérant que le désir de la Confédération de voir appliquer au plus vite la loi du 19 octobre 1945 ne doit pas être une cause de diminution des tarifs au moment où le coût de la vie augmente :

Assure la Confédération de son parfait état de discipline syndicale,

Estime, vu le paragraphe 3 de l'ordre du jour du 31 mars 1946, que la Confédération n'a pas à taxer les honoraires médicaux, mais seulement à approuver les propositions des syndicats pour leur donner tout le poids de son autorité,

En ce qui concerne particulièrement les Pyrénées-Orientales, demande instamment à la Confédération d'approuver le tarif de 100 et 120, et pour ce faire, lui demande de retenir les arguments contenus dans la lettre du Syndicat Médical, et de considérer en outre que ces chiffres, homologués par la région, sont couramment payés sans discussion par les assurés sociaux.

(*Communiqué.*)

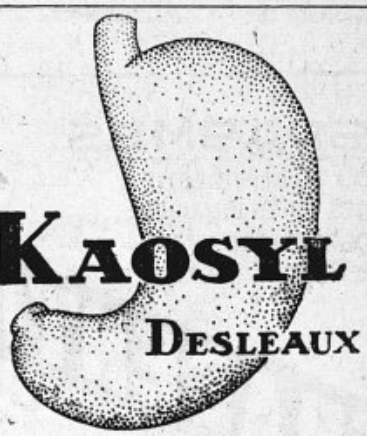
Syndicat général des Médecins Conseils de Caisses de Sécurité Sociale.

Les médecins-conseils, membres du Syndicat général des médecins-conseils de caisses de sécurité sociale, réunis en Assemblée générale, le 14 avril 1946, ont adopté la motion suivante :

Le Concours Médical
Fondé en 1879 par A. Cézilly.
Directeur honoraire : Docteur J. Noir.
Directeur : Dr G. Lavalée.
Rédacteur en Chef : Dr G. Fischer.
Rédaction, Administration et Publicité, 37, Rue de Bellefond, Paris 9e).
Téléphone : TRU 33-66. R. C. Seine 76.579.
Chèques postaux, Paris 167-95.
Abonnements : 1 an, 250 francs. - Etudiants, 125 fr. Le N° 10 fr. Changem. d'adresse 5 fr.

MIGRAINES — GRIPPES
DOULEURS CATAMÉNIALES
ALGIES

ALGOCRATINE
Un cachet dès la première sensation de douleur
LANCOSME, 71, Avenue Victor-Emmanuel III - PARIS


KAOSYL
DESLEAUX
PANSEMENT GASTRO-INTESTINAL
LANCOSME. 71 Av Victor Emmanuel III. Paris (8e)

ARHEMAPECTINE
GALLIER
Prévient et arrête les HEMORRAGIES de toute nature
Laboratoire R. GALLIER, 1 *bis*, Place du Président-Mithouard, PARIS (7e)

Le Syndicat des médecins-conseils des caisses de sécurité sociale,

Soucieux de faire bénéficier les assurés sociaux de mesures de protection aussi efficaces que possible,

Considérant que les dispositions relatives à la sécurité sociale ne donneront leur plein effet que si elles reçoivent l'adhésion complète de l'ensemble du corps médical,

Considérant qu'il est nécessaire qu'il existe un esprit de franche collaboration entre les médecins-praticiens et les médecins-conseils,

Considérant que les textes actuels relatifs à la sécurité sociale ne peuvent, dans certaines de leurs dispositions, être accueillis sans réserve, ni par les médecins-praticiens, ni par les médecins-conseils, que leur mise en application par les médecins-conseils ne manquerait pas de créer de nombreux conflits avec les médecins-praticiens,

Emet le vœu que ces textes soient modifiés en vue de leur adaptation aux règles fondamentales de l'exercice de la médecine, condition nécessaire et indispensable de leur efficacité.

(*Communiqué.*)

Naissances.

Nous apprenons la naissance de Jean-Paul Robin, deuxième fils du docteur Robin, d'Arcachon (Gironde) ; de Gérard Vincent, deuxième enfant du docteur Max-André Vincent, de Beaune (Côte-d'Or) ; de Jean-Jacques Pierre, deuxième enfant du docteur Maurice Pierre, de Saint-Germain-en-Laye (Seine-et-Oise) ; de Michel Kaplan, quatrième enfant du docteur Maurice Kaplan, médecin des hôpitaux de Paris ; d'Elisabeth Draillard, dixième enfant du docteur Draillard, de Chalonnes-sur-Loire (Maine-et-Loire) ; de Jacques Aussilloux, sixième enfant du docteur Jean Aussilloux, de Carcassonne (Aude) ; d'Andrée Bourdillon, quatrième enfant du docteur M. Bourdillon, de Chazay-d'Azergues (Rhône) ; de Bernard Liot, fils du docteur Liot, de Pontivy (Morbihan) ; d'Yves-Marie Laumaillé, troisième enfant du docteur Laumaillé, de Plessé (Loire-Inférieure) ; de Dominique Bureau, troisième fille du docteur Georges Bureau, de Paris ; de Patrick Frappier, troisième enfant du docteur Frappier, de Saint-Denis d'Anjou (Mayenne) ; de Didier et Jérôme Raynaud de Prigny, fils du docteur R.-M. Raynaud de Prigny (Tournefeuille, Haute-Garonne) ; de Philippe Fons, quatrième fils du docteur Pierre Fons, de Laroque d'Olmes (Ariège) ; de Philippe Algan, fils de M. Bernard Algan, interne des hôpitaux de Nancy, et petit-fils du docteur André Algan, d'Epinal ; de Pascal Denier, deuxième fils du docteur Denier, d'Evreux (Eure) ; de Jacques Revel, deuxième enfant du docteur Cl. Revel, de Nîmes (Gard) ; d'Yves Dugé de Bernonville, quatrième enfant du docteur J. Dugé de Bernonville, de La Rochelle (Charente-Maritime) ; de Michèle Franck, troisième enfant du docteur Gabriel Franck, de Paris ; d'Hélène Terver, fille du docteur Terver, et de Thiéry Schweizer, 6e et 7e petits-enfants du docteur L. Senlecq, de l'Isle-Adam (Seine-et-Oise).

Fiançailles.

Nous sommes heureux d'annoncer les fiançailles de M. Jacques Fischer, fils du docteur George Fischer, rédacteur en chef du *Concours Médical*, et de Mme Fischer, avec Mlle Pierrette Bourdillon. Nous adressons aux jeunes fiancées et à leurs familles nos plus sincères félicitations.

Mariage.

Le docteur Michel Rigaud, de Saint-Rambert-en-Bugey (Ain), fait part du mariage de son fils Jean, avec Mlle Germaine Marquois.

Nécrologie.

Nous avons le regret d'annoncer la mort du docteur V. Neumager, de Guingamp (Côtes-du-Nord).

Nous apprenons la mort du docteur Ch.-J. Finck, médecin consultant à Vittel, médecin-colonel de réserve, chevalier de la Légion d'honneur, Croix de guerre 1914-1918, décédé à Cannes, dans sa 72e année. Doyen des médecins de Vittel, il était installé dans cette station depuis 1904 et Président du Syndicat des médecins.

Nous avons le regret d'annoncer la mort du docteur Deschamps, de Bolbec (Seine-Inférieure) ; du docteur Georges Barret, électro-radiologiste honoraire des hôpitaux de Paris ; du professeur Henri Roger, ancien doyen de la Faculté de médecine de Paris ; du docteur E. Desmarest, chirurgien des hôpitaux de Paris.





A TRAVERS L'OFFICIEL

CONTROLE MEDICAL SPORTIF.

Arrêté interministériel du 22 février 1946 fixant les modalités d'application du contrôle médical des activités physiques et sportives.

Article premier. — Le certificat médical d'aptitude aux sports est obligatoire dans les conditions prévues à l'article 3 de l'arrêté du 2 octobre 1945 pour tout sportif et pour toute sportive d'âge mineur désirant pratiquer en compétition officielle ou non, et pour toute sportive d'âge majeur désirant pratiquer, en compétition officielle, l'un des sports suivants : athlétisme, automobile, aviron, base-ball, basket-ball, boxe, cyclisme, éducation physique, escrime, hand-ball, foot-ball, gymnastique, hockey, lutte, natation, ping-ball, pelote basque, poids et haltères, rugby, rink-hockey, ski, sports aériens, sports de glace, sports nautiques à l'exception de la voile, tennis, volley-ball ou tout autre sport qui viendrait à être désigné par le directeur général de l'éducation physique et des sports après avis de la commission médico-sportive nationale (comité national des sports).

Les fédérations dirigeantes intéressées seront tenues responsables de l'application de ce règlement. Il en sera de même pour l'O. S. S. U. (Office du Sport Scolaire et Universitaire), la F. G. S. P. F. (Fédération Gymnastique et Sportive des Patronages de France), l'U. F. O. L. E. P. (Union Française des Œuvres laïques d'Education Physique), la F. S. G. T. (Fédération Sportive et Gymnique du travail), l'U. G. S. E. L. (Union Générale Sportive de l'enseignement libre) et tous autres organismes similaires qui viendraient à être agréés.

Art. 2. — Le certificat médical d'aptitude aux sports ainsi exigé pour la délivrance ou le renouvellement de la licence sportive doit toujours être la conclusion de la visite médicale passée par l'intéressé devant le médecin signataire du certificat.

Il doit être délivré :

I. — Pour les sportifs non scolaires ou universitaires :

a) Soit à la diligence de l'association sportive, par le médecin de cette association ;

b) Soit dans les « centres médico-sportifs » (groupements d'associations créés en vue de l'organisation en commun du contrôle médical des activités physiques et sportives), par les médecins de ces associations ;

c) Soit par un médecin choisi par l'intéressé.

II. — Pour les scolaires ou les universitaires inscrits dans l'association sportive d'un établissement d'enseignement, par le médecin examinateur de l'établissement, qui les aura examinés au titre du contrôle médical des activités physiques et sportives scolaires et universitaires proprement dites, ce médecin étant, de droit, médecin de l'association sportive intéressée.

Art. 3. — Le certificat médical d'aptitude aux sports devra être établi sur un imprimé réglementaire ; il ne devra pas dater de plus de quatre-vingt-dix jours au moment de sa présentation ; il précisera notamment les sports permis ou interdits aux candidats examinés. Il stipulera que le candidat X, âgé de ... ans, ne présente aucune contre-indication à la pratique de tel ou tel sport en compétition, cette dernière mention devant figurer en toutes lettres dans le libellé du certificat.

Art. 4. — Les résultats des examens seront obligatoirement consignés sur une fiche médico-physiologique, conservée par, ou sous la responsabilité du médecin intéressé, et qui, le cas échéant, devra

Migraines, Rhumatismes
Toutes Algies
CURATINE BRUNET
1 à 4 cachets par jour
LABORATOIRE BRUNET
23, rue des Écouffes - PARIS-4e

HÉMOGLOBINE DESCHIENS
FER VITALISÉ
VITAMINES DU SANG
Opothérapie Hématique
Syndrômes Anémiques - Déchéances Organiques
DESCHIENS, Docteur en Pharmacie, 9, Rue Paul-Baudry, PARIS (8e)

LA BOURBOULE
REINE DE L'ARSENIC — ENFANTS ET ADULTES
Traitement souverain des voies respiratoires
Asthme infantile et lymphantisme — Sang et peau — Affections gynécologiques
RÉDUCTIONS EN JUIN ET SEPTEMBRE

être transmise par celui-ci au nouveau médecin examinateur ou remise directement au sujet examiné, un double de la fiche pouvant être conservé par le médecin examinateur s'il le juge nécessaire.

Art. 5. — Le médecin responsable du contrôle médical des membres de l'association sportive où il exerce, ou le médecin fédéral intéressé, a la faculté de retirer temporairement ou définitivement à tout sujet paraissant en mauvaise condition l'autorisation de pratiquer un sport donné en compétition.

Tout sujet auquel cette autorisation est retirée peut faire appel de cette décision (pour le sport interdit) devant le médecin fédéral régional qualifié qui statuera en dernier ressort après avoir examiné l'intéressé.

Art. 6. — En aucun cas, l'examen médical de base donnant lieu à l'établissement de la fiche médico-physiologique ne doit être pratiqué à l'improviste sur le terrain avant la réunion sportive. Seuls les examens complémentaires de vérification pourront être effectués dans des conditions sommaires.

Art. 7. — Tout sujet qui se soustraira à la vérification de sa situation en regard des obligations du contrôle médical sportif sera considéré comme contrevenant aux dispositions des règlements généraux des fédérations et sera passible des peines prévues par ces règlements.

Art. 8. — Afin de faciliter toutes vérifications ultérieures, le certificat médical d'aptitude aux sports délivré en vue de la demande de licence sera obligatoirement conservé au siège de l'association sportive qui dépose cette demande sous la responsabilité du président de ladite association.

Art. 9. — Sur toute licence accordée, l'organisme qui délivre celle-ci devra apposer un timbre gras officiel sur lequel il y aura lieu d'inscrire la date de la délivrance, le nom et l'adresse du médecin ayant délivré le certificat.

En cas de renouvellement de la licence par la simple apposition d'un papillon au millésime de l'année, il y aura lieu d'apposer un papillon spécial relatif au renouvellement du certificat médical correspondant et portant les mêmes mentions.

Art. 10. — Afin de permettre de vérifier la bonne exécution des mesures prescrites aux articles précédents, la présentation de la licence, sur le terrain, avant l'épreuve, est obligatoire.

Art. 11. — Tout sportif d'âge mineur et toute sportive, quel que soit son âge, se présentant sur le terrain sans licence ou sans que celle-ci soit revêtue du timbre gras officiel ou du papillon médical de renouvellement ne pourront participer à l'épreuve dans laquelle ils sont engagés sans que mention soit portée, au procès-verbal de la compétition, qu'ils ont fourni toutes assurances de leur régularité.

En cas de fraude ou d'irrégularité constatées, des sanctions seront prises aussi bien contre les intéressés, y compris le ou les médecins dont le cas pourra être soumis au conseil de l'ordre des médecins, que contre les dirigeants de l'association à laquelle ils appartiennent.

Art. 12. — Les représentants officiels de la direction générale de l'éducation physique et des sports, ceux de la direction de l'hygiène scolaire et universitaire (en ce qui concerne les sportifs inscrits dans une association sportive scolaire ou universitaire) et ceux des fédérations pour les sports qu'elles régissent sont habilités à exercer toutes vérifications non médicales des obligations prévues aux articles ci-dessus, aussi bien au sein des organismes sportifs (fédérations, ligues régionales, départementales, associations sportives) que sur les terrains de sport.

Les médecins inspecteurs de la direction générale de l'éducation physique et des sports, ceux de la direction de l'hygiène scolaire et universitaire (en ce qui concerne les sportifs inscrits dans une association sportive scolaire ou universitaire), les médecins fédéraux habilités par la direction géné-



L'ACCOUCHEMENT ÉLECTRIQUE

Méthode du Docteur Frédéric Benoit

Technique d'accouchement **Rapides et Analgésiques**

Épreuve du travail

LEVER PRÉCOCE

Appareil fonctionnant automatiquement

Modèle clinique : sur pied — Modèle praticien : en mallette

Nombreuses références

Pour toute documentation et références s'adresser à :

Tel. Ric. 94-34 / Ric. 32-81 — O. C. E. M. OMNIUM CHIRURGICAL & MÉDICAL 26, rue du Quatre-Septembre, 26 — PARIS (2e)

ANEMIES

Ampoules buvables

Une ampoule avant chaque repas

HEPAMINE MAUCHANT

Acides aminés Hématogènes

Comprimés

Quatre comprimés avant chaque repas

LABORATOIRE MAUCHANT GENNEVILLIERS (Seine)

rale de l'E. P. S. peuvent contrôler médicalement, sur les terrains de sport, tout sujet paraissant en mauvaise condition, et prendre, en conséquence, toutes mesures nécessaires.

Art. 13. — Tout organisme retirant une licence à un sujet en raison de son état de santé doit en informer la commission médico-sportive régionale pour communication aux autres fédérations.

Tout sujet désirant cependant pratiquer un sport autre que celui qui lui est interdit devra passer un nouvel examen médical devant un médecin de la fédération intéressée.

Art. 14. — Quel que soit le sport pratiqué et quelles que soient les catégories d'âge adoptées par la fédération dirigeante, un sujet ne pourra qu'exceptionnellement être appelé à pratiquer un sport donné dans la catégorie immédiatement supérieure à celle dans laquelle il est normalement classé.

Cette aptitude médicalement constatée, nettement spécifiée et consignée sur le certificat médical d'aptitude aux sports (« Je déclare, en outre, que M. ... est apte à pratiquer dans la catégorie d'âge immédiatement supérieure ») devra être indiquée sur la licence par l'apposition d'un timbre gras portant la mention « surclassé ».

Ce timbre devra être obligatoirement appliqué par l'orgarrisme qui délivre la licence.

Art. 15. — Afin de hâter la délivrance du certificat médical d'aptitude aux sports aux membres des associations sportives scolaires ou universitaires, ceux-ci devront être compris parmi les sujets à examiner en priorité au cours de la première session du contrôle médical scolaire ou universitaire annuel.

(*J. O.*, 5 mars 1946.)

MEDECINS ETRANGERS

Arrêté du 3 mai 1946 accordant ou refusant l'autorisation d'exercer la médecine à des praticiens étrangers.

Article 1er. — Le praticien étranger dont le nom suit titulaire du diplôme d'Etat français de docteur en médecine, est autorisé à exercer la profession de médecin, pour une durée de six mois, renouvelable, dans les conditions des articles 1er et 4 de l'ordonnance du 6 août 1945 et sur toute l'étendue du territoire français métropolitain :

M. Lande (Léopold), né le 28 janvier 1912 à Oraseni (Roumanie), demeurant actuellement 10, rue du Pont-Neuf, à Cahors (Lot).

Art. 2. — Les praticiens français dont les noms suivent titulaires du diplôme d'université de docteur en médecine, sont autorisés à exercer provisoirement la profession de médecin, jusqu'à la fin légale des hostilités, dans les conditions des articles 2 et 4 de l'ordonnance du 6 août 1945 et suivant les conditions indiquées :

M. Quesemand (Michel-Mojsze), né le 2 mars 1912 à Rowno (Pologne) (demande déposée dans le département de la Seine). — A la disposition du ministre de la Santé Publique et de la Population.

M. Swarehort (Zelik), né le 19 octobre 1910 à Lodz (Pologne) (demande déposée dans le département de la Seine). — A la disposition du ministre de la Santé Publique et de la population.

Art. 3. — Les demandes présentées par les praticiens suivants en vue d'être autorisés à exercer provisoirement en France sont rejetées :

M. le docteur Youchnovetsky (Aron) dit Iuchnowiecki, né le 28 novembre 1893 à Bialystock (Pologne), demeurant actuellement 40 bis, rue de Rivoli Paris.

M. Deheselle (Alfred), né le 23 juin 1889 à Verviers (Belgique), demeurant actuellement 2, rue Marcelin-Coural, Narbonne.

M. Somogyi (Emerich), né le 6 mars 1903 à Papa (Hongrie), demeurant actuellement 21, rue de Maubeuge, Paris.

(*J. O.*, 11 mai 1946.)

Eczéma
CUROZEMA
9 Dragées par jour
OPOSÉROTHÉRAPIE VALTRY
LABORATOIRE BIOLOGIQUE VALTRY
46, Rue St Didier-Paris-16e
FORMULE INFANTILE :
Pédiozema
GRANULÉ

LIT MÉCANIQUE
POUR SOULEVER ET SOIGNER LES MALADES
DUPONT
Cent ans de spécialisation dans le confort du malade
NOUVEAU MODÈLE PERFECTIONNÉ RECOMMANDÉ PAR LE CORPS MÉDICAL
VENTE ET LOCATION
6, Place Bellecour
LYON
Téléphone : Franklin 32-07

GRIMAULT
DELBIASE
Stimulant biologique général
Dermatoses - Prophylaxie du Cancer
LABORATOIRES GRIMAULT
51, RUE FRANÇOIS-Ier - PARIS

CORYZAS - SINUSITES
RHINO-PHARYNGITES
AFFECTIONS GRIPPALES



BALSAMO-RHINOL

Huile balsamique - Essences végétales à action élective sur la flore microbienne du nez et du rhino-pharynx

S'emploie en instillations (bouchon compte-gouttes très pratique) et en pulvérisations.

LABORATOIRE FIDES, 14, Rue de la Comète, PARIS

PARTIE SCIENTIFIQUE

RENAISSANCE DU CHANCRE MOU

par R. BARTHÉLEMY Ancien Chef de clinique à l'Hôpital Saint-Louis

BEAUCOUP de jeunes médecins et d'étudiants ne connaissent pas le chancre mou ou n'en ont entrevu que de rares échantillons. Mais voici que cette maladie, pas bien grave mais affligeante et qui était devenue une curiosité pathologique, a réapparu, et que les Services spéciaux en hébergent un bon nombre, en province comme à Paris (Nancy : Pr Watrin ; Montpellier : Pr Margarot notamment).

L'afflux des indigènes nord-africains mobilisés, leur libération, leur promiscuité, leur capacité sexuelle et leurs fréquents défauts d'hygiène ne sont pas étrangers à cette renaissance morbide, en venant s'ajouter aux conditions générales de l'existence et des mœurs d'après-guerre.

A la suite de la précédente guerre, on avait de même assisté à une recrudescence de la floraison du chancre mou, avec cette différence qu'en 1914 ou auparavant, l'affection n'était déjà pas rare. Ainsi au cours d'un internat à Saint-Louis, déjà avancé en 1914, et terminé en 1919 dans le même service, dirigé d'abord par Balzer, ensuite par M. Hudelo, nous suivions par dizaines les malades, hommes surtout, hospitalisés pour la chancrelle et ses complications.

Maladie vénérienne par excellence, malgré quelques exceptions occasionnelles ou professionnelles, le chancre mou (encore dit chancre simple) ou chancrelle typique est facile à identifier. Mais il y a, comme aurait dit A. Fournier, des " pièges au chancre mou ", pour lesquels le diagnostic et la conduite à tenir sont difficiles. Il y a en outre l'ennuyeuse, douloureuse et souvent traînante complication du bubon suppuré, fistulisé et ulcéreux, si fréquent chez l'homme. Peu de jours après le contact infectant moins d'une semaine d'ordinaire, une petite rougeur, tache congestive vite muée en une pustulette si fragile que le médecin la voit rarement intacte, puis en une perte de substance large de quelques millimètres, arrondie, s'est produite, La période d'état est atteinte en deux à trois jours, et c'est alors que le malade se présente d'ordinaire, avec une ou plusieurs ulcérations génitales. **Ulcérations** est le mot exact, car le chancre mou creuse. Son fond est irrégulier, sanieux, saignant, sensible. Ses bords, parfois bien cerclés, sont plus souvent irréguliers, découpés et surtout décollés : le stylet glisse dessous, dans des culs-de-sac suppurants et douloureux. Toute la lésion est rougeâtre et auréolée en peau saine d'une rougeur congestive. Pourtant les tissus sont peu infiltrés, la base **n'est pas indurée.** On la trouve souple, molle et flexible sous une pression diamétrale.

Siégeant surtout dans le sillon, au filet, au limbe du prépuce ou, chez la femme, à la fourchette, aux petites lèvres, le chancre mou, souvent multiple et qui volontiers " vit en famille, entouré de ses enfants ", car il est **auto-inoculable**, végète ainsi, non traité, pendant plusieurs semaines. Et il s'étend souvent, isolément jusqu'à plusieurs centimètres de diamètre, ou en semis, ou en nappes, à bords décollés et douloureux.

Sa guérison spontanée est très lente et ne va pas sans mutilations fréquentes : section du filet, perforation du prépuce, dentelures cicatricielles du limbe, ou de l'orifice vulvaire, etc. Sa cicatrice reste bien marquée. Elle se pigmente parfois au centre ou au pourtour. Elle peut servir au diagnostic rétrospectif.

Chez l'homme, le chancre mou sans **bubon** est rare. Cette masse ganglionnaire inguino-crurale, tuméfiée, douloureuse surtout chez l'homme blanc, est empâtée, diffuse, peu mobile. Plus ou moins multiple et palpable, souvent même visible, elle peut rester stationnaire, puis se résoudre en quelques semaines. Mais bien couramment, le bubon va suppurer et **s'ouvrir** : la peau tendue et rouge s'amincit, vernissée, fluctuante, et crève en un point, ou selon une ligne sinueuse. Puis ses bords **se chancrellisent,** comme rongés par l'ulcération suppurante dont le fond spongieux secrète abondamment un pus mal lié et facilement saignant. On peut voir des Arabes ou des noirs, peu soigneux, boîter des semaines avec une vaste perte de substance inguinale, parfois sans le moindre pansement. Aussi bien des sujets gardent-ils des cicatrices étendues, irrégulières et vicieuses, avec brides, plissements, et de la fissuration chronique.

Beaucoup plus rare, heureusement, est la complication du **phagédénisme :** sous une influence encore assez mal expliquée, d'infection associée, de lésions vasculaires ou de trophisme défectueux, il arrive que le chancre mou, au lieu de rester à peu près stationnaire ou peu extensif soit pris d'un appétit dévorant (φαγεδαινα), et ruine en quelques jours un prépuce, un gland ou la moitié d'une verge, avec de la fièvre et une sérieuse atteinte générale, et avec tous les dégâts supplémentaires de rétraction, d'atrésie urinaire, ou d'impotence fonctionnelle.

Il s'agit donc dans l'ensemble d'une affection parfois assez sérieuse, traînante, pénible ou mutilante, encombrant les services hospitaliers, autrefois surtout, et laissant des séquelles gênantes et parfois graves. En outre son diagnostic, dans les formes atypiques ou mixtes, est souvent difficile.

Ce diagnostic, que l'examen bactériologique peut toujours fixer (mais précisément sans trancher le cas du chancre mixte) par la mise en évidence du bacille de Ducrey, streptobacille court, ovoïde, anaérobie, non sporulé, Gram-négatif, sur lequel nous n'insisterons pas, peut aussi être confirmé par l'épreuve de l'auto-inoculation au bras. Cette épreuve est d'ailleurs assez délicate et risquée, car malgré l'expérience et le soin de l'inoculateur, il arrive que la chancrelle

d'épreuve prenne une fâcheuse extension, et qu'on soit obligé de la cautériser et de la traiter autant qu'une lésion non provoquée.

Le diagnostic positif restera donc surtout clinique, basé sur la rapidité d'apparition, l'ulcération véritable, sa mollesse, ses bords anfractueux et décollés, sa suppuration et son facile saignement, sa multiplicité fréquente, son bubon. Il peut être confirmé, si besoin, par l'intradermoréaction, au **cuti-Dmelcos**, vaccin spécifique.

Le diagnostic différentiel capital est à faire avec la syphilis. Pourtant, le chancre syphilitique, dans sa forme courante, ressemble assez peu au chancre mou : souvent solitaire, il est beaucoup plus superficiel et non creusant, érosif et non ulcéreux. Il n'a donc pas de bords, c'est-à-dire pas de "falaise" dominant ou surplombant un fond excavé. Il est en quelque sorte de plain-pied, de niveau, cerclé seulement d'un liseré régulier à plat et non de rives abruptes et déchiquetées. Il est même parfois légèrement en saillie, comme papuleux. Le chancre syphilitique est souvent très régulier de forme et de contour, arrondi en cercle digne du compas ou en ovale parfait. Rosé, à peine humide, il ne suinte guère, ne saigne pas, ne suppure qu'exceptionnellement, tandis que le fond du chancre mou, au lieu d'être " couleur chair musculaire " est verdâtre ou saignant.

Le chancre syphilitique est au bout de peu de jours **induré** et non mou, même s'il est absolument plan et sans relief, Palpé entre le pouce et l'index opposés et qui le soulèvent légèrement, il ne plie pas comme le chancre mou ou comme la peau saine, mais donne la sensation de quelque chose d'enchâssé sous lui, tantôt léger parchemin, tantôt carton encore un peu flexible, tantôt pastille rénitente et d'ailleurs indolente. Enfin, l'adénopathie du chancre syphilitique peut n'être faite que d'un ganglion, assez gros, dur, indolent, olive, non empâtée et bien mobile. Et souvent cet unique ganglion est au centre d'une couronne de ganglions beaucoup plus petits, également durs et mobiles, le tout formant la classique **pléiade.**

Sans parler de l'examen bactériologique ou ultramicroscopique du chancre, ni des symptômes humoraux ou cliniques de la syphilis primo-secondaire (ceux-ci à ne pas attendre) le diagnostic des deux chancres serait couramment assez facile. Mais ici intervient l'épineuse question du **chancre mixte :** la même porte d'entrée peut livrer passage au bacille de Ducrey et au tréponème. Or, le second a une durée d'incubation bien plus longue (15 à 25 jours) que le premier. Le chancre mou apparaît donc tout d'abord. Il serait typique si on le voyait au début. Mais d'une part, il peut n'être présenté que tardivement au médecin, et d'autre part celui-ci doit guetter sur un chancre mou (d'abord typique) la " mixtification " possible. Ainsi une lésion suppurative contenant le bacille de Ducrey sensible, à bords en relief, déchiquetés, décollés, à base souple, si elle s'assèche en partie, sans se cicatriser véritablement, si elle s'indure par-dessous, si elle se nivelle sur un secteur de son contour en s'infiltrant dans la partie correspondante de sa base, ne doit pas être considérée comme à coup sûr en voie de guérison. On doit y soupçonner le chancre mixte **chancrello-syphilitique.** Il est prudent alors de multiplier les examens cliniques comparatifs et les recherches bactériologiques. Et pour avoir des chances de déceler le tréponème, s'il existe, il faudra s'adresser aux régions les moins sanieuses, éliminer les premières gouttes de sérosité du raclage (ou de la scarification qui doit toujours être prudente sur chancrelle), réitérer les résultats ultra-microscopiques. Dans ces cas même, lorsqu'on dispose d'un laboratoire bien rodé, des **micro-réactions**, type Wassermann ou autre, sur **la sérosité du chancre** sont indiquées, pour déceler au plus tôt la syphilis commençante. Quant à la recherche du tréponème dans le suc retiré par ponction du ganglion tuméfié, elle est à éviter pour ne pas créer un point d'appel à la suppuration chancrelleuse.

Ce qui trompe facilement en clinique, c'est la fausse induration de base assez souvent produite sur un chancre mou par des cautérisations ou des applications antiseptiques. Comme ces manœuvres rendent également inopérante la recherche ultra-microscopique du tréponème, il ne reste plus, au grand dam du client, qu'à attendre avec vigilance, par des séro-réactions successives, le virage possible au positif. Il est alors indiqué d'avoir recours aux réactions les plus sensibles, Desmoulières, Hecht, etc., en vérifiant toutefois, à plusieurs reprises si ce virage se confirme bien.

Les autres diagnostics différentiels, moins importants, sont également moins délicats d'ordinaire. Un **herpès** infecté et ulcéré peut en imposer passagèrement pour une chancrelle. Mais il est souvent déjà connu du malade, au même emplacement, il s'étend, creuse et suppure moins, évolue plus vite avec quelques soins, ne cause qu'une adénopathie transitoire et jamais fluctuente ni ouverte. Son aspect souvent polycyclique, en " bouquet " d'érosions dont chacune a de faibles dimensions, est assez caractéristique. Un **furoncle**, une grosse **folliculite,** lorsqu'ils s'ouvrent en cratère, ont eu une évolution nette avec rougeur, œdème, chaleur, douleur souvent battante, formation d'une " tête " blanche, à suppuration jaune caractéristique, etc., et l'on trouve couramment dans le voisinage d'autres éléments semblables.

La lésion primitive, le " chancre " de la **maladie de Nicolas et Favre**, est une petite érosion assez rarement observée, peu ou pas douloureuse, superficielle, à peine humide et sans suppuration, avec une teinte violacée ou d'un rouge terne, mais avec une adénopathie volumineuse quoique assez froide et indolente, pluriganglionnaire, très disproportionnée chez l'homme par rapport à cette lésion infime. Chez la femme, cette petite lésion passe très souvent inaperçue, l'adénopathie est elle-même peu évidente, et la porteuse de germes est alors surtout reconnue par la bonne méthode biologique d'intradermo-réaction à l'antigène de Frei (s'il est authentique), qui sert aussi au diagnostic général d'un bouton sans porte d'entrée décelable.

Chez la femme encore, quelques autres diagnostics se posent. A la vulve, **l'ectodermose**

pluriorificielle peut faire croire au début de chancrelle. Cette affection vraisemblablement infectieuse, mais encore mal individualisée, provoque sur le pourtour de la bouche, du nez, des orifices vulvaire et anal quelques érosions très superficielles, sensibles, ayant plutôt l'aspect de plaques muqueuses, ou de points herpétiques, que des ulcérations franchement entamantes et suppuratives du chancre mou. Recouvertes de croûtes et prises dans les poils, elles peuvent toutefois tromper passagèrement. Elles n'entraînent d'ailleurs qu'une adénopathie légère et non abcédée.

La fourchette vulvaire est parfois le siège **d'ulcérations fissuraires** qu'on observe surtout chez les prostituées âgées. Ressemblant assez aux gerçures chroniques des doigts ou du talon, elles sont peu visibles sauf par déplissement provoqué, non sanieuses, d'un rouge plus ou moins vif, et comme liserées d'un rebord épidermique. Beaucoup moins douloureuses que la fissure anale, elles peuvent être méconnues et sont couramment négligées par leurs porteuses. Elles n'entraînent pas de réaction ganglionnaire et subsistent, atones, avec peu de tendance à la cicatrisation, que gênent d'ailleurs les traumatismes répétés. Ces ulcérations, précisément post-traumatiques en partie du moins, étaient appelées volontiers par les vieux auteurs : ulcérations **balistiques** de la fourchette. Clément Simon les dénomme **ulcère simple chronique**. Il doit être entendu que cet ulcère simple, dépourvu de bacilles de Ducrey, circonscrit, solitaire, ne ganglionnant pas, n'a rien de commun avec le chancre simple ou mou.

Il n'en est pas de même pour les ulcérations chancrelleuses **anales** dont Ravaut a fixé avec maîtrise la description chez la femme. Chancres mous authentiques, dus couramment à l'inoculation sodomique, ils ne siègent pas seulement à l'orifice ou dans les plis radiés qui le marquent. Rien d'extérieur ne les révèle parfois, sauf inconstamment une goutte ou une traînée de sécrétion purulente. Mais si, surmontant douleur et défense, on dilate le canal anal, on y trouve à un ou deux centimètres de profondeur, un ou plusieurs chancres mous plus ou moins fissuraires, mais typiques, plus étendus, plus sanieux, saignants, plus douloureux en permanence que la classique fissure à l'anus toujours discrète, ou que la fistule anale, au pertuis toujours restreint, l'une et l'autre d'ailleurs sans aucun ganglion.

Rappelons toutefois que chez la femme, le bubon chancrelleux, même non suppuré est bien moins net et fréquent que chez l'homme, et qu'il faudra souvent s'aider de l'auto-inoculation, de la recherche du bacille et de l'intradermoréaction au Dmelcos.

Comment traiter le chancre mou ? Localement le vieil iodoforme garde la suprématie quand son odeur ne rebute ou n'affiche pas. On préfère aujourd'hui les attouchements ou pansements à la poudre ou aux solutions de sulfamides saturées, au mercurochrome, au nitrate d'argent, etc. En ville, j'ai depuis vingt-cinq ans utilisé le liquide de Bonain, qui joint à sa vigueur antiseptique le pouvoir anesthésique que tout le monde connaît et sa saine odeur mentholée. Tous les jours ou moins souvent, un attouchement attentif, avec écouvillonnage doux **sous les rebords extensifs**, soulage et cicatrise vite. On peut profiter de l'anesthésie partielle pour **chauffer** la chancrelle (Audry) à quelques millimètres avec le couteau d'un thermocautère au rouge blanc. Enfin, l'enfumage iodé, toutefois assez peu pratique de réalisation, réussit bien, avec une soufflerie de thermocautère montée par une canule de Janet garnie d'iode dans du coton, et chauffée jusqu'à production de vapeurs violettes.

Le traitement général doit conseiller le **repos** couché, surtout s'il y a menace de bubon. La vaccination curative au Dmelcos (stock-vaccin antichancrelleux) se pratique par voie **intraveineuse** : dose initiale, un demi-centimètre cube tout au plus ; puis doses croissantes, d'ailleurs fournies telles par le fabricant, tous les deux à quatre jours. Car le Dmelcos donne presque constamment, parfois en une heure à peine, une violente poussée fébrile dont le malade doit être averti. Malgré cet inconvénient, les résultats méritent l'application de ce traitement général, sauf contre-indication individuelle. Les sulfamides, par la bouche ou en injections sont efficaces (Margarot), avec les doses et précautions d'usage.

Le bubon nécessite des soins particuliers. Repos au lit **indispensable**, pansements humides compressifs (Balzer utilisait l'alcool à 90°) ou pommade au collargol sont indiqués. Mais le bubon progresse : il faut éviter sa rupture spontanée, car la plaie se chancrellisera presque infailliblement. On doit opérer très tôt **dès le début de la fluctuation**, sans rougeur, si possible et, en tout cas, avant l'amincissement de la peau. On ponctionne **au bistouri**, car le pus serait inévacuable au trocart. L'incision est perpendiculaire à l'arcade crurale, de moins d'un centimètre de long, le bistouri enfoncé droit et assez profond. Il faut alors **exprimer** le pus épais, collant et vider les recoins anfractueux, malgré la douleur provoquée. On appuie ferme, mais sans secousse et profondément, jusqu'à issue de sang.

L'injection d'un produit iodoformé est alors le procédé le plus efficace. La vaseline de Fontan, l'huile iodoformée ont l'inconvénient, d'empêcher, par le corps gras, le recollement rapide des parois de la poche.

Aussi avons-nous employé avec succès **l'éther iodoformé** dont l'excipient s'évapore. On peut diminuer la douleur avec une prudente infusion préalable, dans la poche, de solutions anesthésiques. Un ou deux centimètres cubes d'éther iodoformé à cinq pour cent sont injectés à la seringue munie d'un embout mousse. L'éther distend la poche et s'échappe. S'il est retenu, le stylet l'évacuera et s'il ramène alors du pus, l'injection est à renouveler dans l'instant. La poche, vide et plate est méchée sans bourrage un ou deux jours. On panse à sec, à plat, avec repos au lit. En deux ou trois injections, soit deux ou cinq jours l'accolement est réalisé. La fistulette d'incision peut persister une semaine, mais j'ai obtenu jadis,

en ville, la guérison en deux jours, notamment chez un maître d'armes qui devait (et qui put) tirer en assaut la semaine suivante.

Mentionnons enfin, dans les chancrelles extensives ou les bubons fistulisés l'énergique pouvoir cicatrisant des deux crayons (nitrate d'argent, puis zinc-métal) appliqués en fouillant les recoins et recessus, tous les deux trois jours, dans la même séance, avec pansement sec.

Pour terminer, on voit que la chancrelle, sur la complication phagédénique de laquelle nous ne reviendrons pas en raison de sa rareté, mais où peut-être la pénicilline serait indiquée, mérite attention par son caractère vénérien expansif chez l'homme et la femme, sa facilité de contagion et, sur l'individu, d'auto-inoculation ; par le piège du chancre mixte ; par les difficultés de traitement, et parfois de l'origine d'une épidémie qui peut se trouver chez quelques femmes atteintes seulement de lésions du col utérin, ou même, sans lésions visibles, simplement porteuses de germes et identifiables par la seule intradermoréaction au Cuti-Dmelcos (Margarot).

CONFÉRENCES MÉDICALES GENÈVOISES (1)

LES HORMONES CORTICO-SURRENALES

par René MACH, de Genève, Privat-Docent de médecine interne

Ces hormones sont nombreuses puisqu'on en a extrait 28, mais non sans peine : pour obtenir un kilo de cortico-stérone, il faudrait tuer 250.000 bœufs. On distingue deux grandes classes parmi ces hormones : celles qui agissent sur le métabolisme du sel et de l'eau et sur le métabolisme du sucre.

1° Groupe I

On a pu dire que l'acétate de désoxycorticostérone est l'hormone du sel et de l'eau, puisque la maladie d'Addison est caractérisée par la perte de sel et d'eau. Le sujet perd du sel, même s'il n'en absorbe pas dans son alimentation, son sang se concentre et s'épaissit, au point de rendre parfois la ponction veineuse impossible et il se déshydrate par un double mécanisme : perte d'eau par les urines et déplacement de l'eau du milieu extra-cellulaire dans les cellules. Il en résulte un état de choc, l'abaissement de la tension artérielle, la réduction du volume circulatoire et des dimensions du cœur.

2° Groupe II

Son action est moins connue. On sait seulement que, chez l'addisonnien, la quantité de sucre diminue dans le sang, les graisses et les muscles et la peau. Le malade est très sensible à l'insuline et 20 unités peuvent le tuer. Aussi, ces hormones agissent-elles comme une bonne ménagère: elles font rentrer le sucre pour le mettre en réserve dans le foie ; elles échangent, si l'on ose dire, les coupons de viande contre ceux de sucre, formant du glucose à partir des protéines ; enfin elles veillent à ce qu'il n'y ait aucun gaspillage de sucre, pour en tirer le meilleur parti possible.

Signalons l'action des hormones sur le métabolisme de graisse. L'on peut provoquer un foie gras expérimental chez les animaux surrénalectomisés, soit par l'alimentation riche en graisse, soit par les toxiques comme le chloroforme. En tous cas, il convient d'employer très prudemment le produit chez les hépatiques.

Enfin l'acétate de désoxycorticostérone fait disparaître la fatigue de l'addisonnien, il augmente sa résistance contre les infections, le froid, les traumatismes et les brûlures (« resistance to stress », à l'agression, des Américains). Il est donc nécessaire de donner un supplément de percortène aux addisonniens qui vont être opérés ou qui sont malades, tout comme on le fait avec l'insuline chez les diabétiques.

(1) Voir *Concours Médical* nos du 10-2, 10-3, 10-4 et 4-5-1946.

APPLICATIONS THERAPEUTIQUES

1° Maladie d'Adisson.

Il faut se baser sur la tension artérielle, le poids, les œdèmes, la fatigue et l'état moral ; d'autre part, les doses varient suivant le moment évolutif de la maladie.

a) Lors de poussées aiguës, il faut frapper vite et fort, en employant la solution aqueuse du glucoside de désoxycorticostérone en injection intra-veineuse, 100-2 0-300 mgr. en quelques heures ; associer du sel à fortes doses, 10 à 15 gr. Na Cl « pro die », par voie buccale et intra-veineuse.

b) Durant les longues périodes de stabilité, il suffit d'administrer 5 à 10 mgr. par jour de Percortène, en injections intra-musculaires, et de donner un supplément quotidien de 5 à 10 gr. de sel. En cas de besoin, monter à 15 ou 20 mgr. ; s'il y a amélioration, supprimer 1, 2 et 3 piqûres par semaine, la quantité de sel restant inchangée.

Le traitement idéal est **l'implantation sous-cutanée** de comprimés d'acétate de désoxycorticostérone qui assure une utilisation régulière. Cette méthode d'une application délicate, exige que le traitement du malade soit, au préalable, bien équilibré. On estime qu'il faut ainsi 125 mgr. pour une dose quotidienne de 1/2 mgr. ; si donc un sujet reçoit 5 mgr. par jour, il faut lui implanter 1.250 mgr. Une fois effectuée, cette « greffe chimique », on modifie la ration quotidienne de sel, en se basant sur la courbe du poids ; son augmentation traduit des œdèmes, ce qui nécessite la diminution du sel et si besoin quelques diurétiques. Les effets du traitement durent environ une année et il faut recommencer.

Le pronostic de cette maladie si grave semble heureusement transformé, mais une tuberculose généralisée est toujours à craindre.

2° Insuffisance surrénale fruste

Il s'agit « d'addisonnisme », caractérisé par la fatigue et l'hypotension, une légère pigmentation, des troubles digestifs ; ces signes se voient surtout chez les femmes et il s'y associe : migraines, vertiges, transpiration, troubles du caractère, insomnie et perte de cheveux. Le per-

cortène peut être essayé, mais le résultat n'est pas assuré.

3° Autres cas

Le percortène n'est nullement indiqué dans l'**hypochlorémie**, les **états de choc** et les **accidents post-opératoires**, où l'administration de sel suffit. Comme seule maladie infectieuse relevant de ce produit, citons la **diphtérie**. Parmi les troubles digestifs, l'**ulcère d'estomac** voit seulement sa douleur calmée mais l'évolution n'en est nullement influencée. Signalons enfin les troubles variés dus à « un **régime de guerre** », qui se voient surtout chez les femmes : fatigue, hypotension, vertiges, polyurie, sensibilité considérable au froid et aux infections ; l'acétate de désoxycorticostérone agit bien, mais il faut, en outre, réduire la ration de légumes, surtout des pommes de terre, augmenter celle de viande et donner du sel.

Les **accidents** de la méthode sont rares. Les œdèmes sous-cutanés sont bénins et disparaissent rapidement par la diminution du sel et la prescription, si besoin, de théobromine. L'œdème pulmonaire, bien plus grave, est heureusement exceptionnel, L'hypertension artérielle constitue une complication rarissime (1).

(1) Conférence recueillie et résumée par le Dr P. Lowys (Le Roc des Fiz, Haute-Savoie).

LES THÈSES

Dr Jacques Benjamin. — **Contribution à l'étude du priapisme non leucémique** (Thèse de Paris, 1945).

Laissant de côté le priapisme de la leucémie myéloïde, bien étudié par Achard, l'auteur relate une quarantaine d'observations, recueillies dans la littérature médicale, de priapismes d'origine non leucémique. Certaines de ces observations sont anciennes et peu précises quant à l'origine du trouble génital observé. Tel, par exemple, « ce priapisme aigu et violent », dont parle Manasseine, « dont fut pris tout un régiment la veille d'une bataille, et que le médecin-major conjura par l'administration de purgatifs ».

L'auteur a essayé d'établir une classification des priapismes non leucémiques d'après leur étiologie. Il distingue ainsi des priapismes dûs à une contusion génitale, à l'excès de coït, à des lésions médullaires, à des néoplasmes, et aussi des priapismes primitifs, idiopathiques. De ces derniers, il rapporte un cas observé dans le service du Professeur Harvier. Il s'est agi d'un priapisme continu avec douleurs, congestion et œdème du pénis, qui a duré plus de 80 jours et qui relevait peut-être d'une thrombophlébite mal définie des corps caverneux.

Dr Sylvio Vassy. — **Etude expérimentale et clinique du dicoumarol. Ses effets sur les thromboses** (Thèse de Paris, 1945).

La coagulation sanguine se produit suivant un processus qui part d'une substance formée dans le foie, la prothrombine, pour aboutir (par adjonction de calcium, thromboplastine et fibrogène) à la fibrine. Le taux de la prothrombine dans le sang règle l'accélération ou le retard de la coagulation et joue un rôle essentiel en matière de thromboses.

Il existe des anti-coagulants physiologiques, (l'antithrombine, l'héparine) et des substances diverses employées pour obtenir artificiellement un retard de la coagulation (le citrate de soude, les salicylates, l'héparine-médicament). Les auteurs américains ont récemment ajouté à cette dernière liste un nouveau produit : le dicoumarol ou dicoumarine, trouvé dans une plante (le mélilot) altérée par un champignon parasite. Ce dernier transforme la coumarine contenue dans le mélilot en dicoumarine.

La dicoumarine administrée « per os » provoque une chute du taux de la prothrombine du sang, chute non immédiate mais se produisant après une phase de latence de 24 à 72 heures. Le traitement par la dicoumarine, rationnel dans les thromboses et les phlébites, doit être il est vrai très prudent et surveillé par des dosages quotidiens de la prothrombine du sang, une chute trop forte de la prothrombine pouvant entraîner des accidents, des hémorragies.

Nous possédons actuellement deux produits nouveaux agissant sur la crase sanguine et efficaces, à ce titre, dans le traitement des thromboses et des phlébites : l'héparine et la dicoumarine. Armes thérapeutiques à double tranchant, toutefois, leur emploi doit comporter une grande prudence et une surveillance minutieuse, nécessitées par leur efficacité même.

P. L.

LES LIVRES

MASSON ET Cie, ÉDITEURS

Marc Iselin, chirurgien de l'Hôpital américain. **Chirurgie de la main (Livre du chirurgien), Chirurgie réparatrice des traumatismes de la main.** Un volume — de 236 pages avec 81 figures, 145 francs.

L'auteur a déjà écrit pour le praticien un premier ouvrage sur la chirurgie de la main dont trois éditions se sont épuisées. Le but de ce livre était de renseigner le médecin sur la conduite à tenir au moment de la blessure ; il comprend l'étude des plaies, des infections et des traumatismes fermés de la main.

Le nouveau volume qui paraît aujourd'hui, d'intérêt strictement chirurgical, est consacré à la chirurgie réparatrice des traumatismes de la main.

Y sont exposés : les greffes, les réparations tendineuses, le traitement des paralysies, les moignons gênants ou douloureux, la reconstitution des doigts mutilés, l'appareillage de la main amputée, etc.

Librairie MALOINE
27, rue de l'Ecole de Médecine, Paris (6e)

J. Tarnéaud. — **Le chant, sa construction, sa destruction.** Un vol., 138 pages avec fig., 1946.

Fichier DESFOUR
17, rue Ecole de Droit, Montpellier

Les fiches de pratique médicale. Mise au point janvier et avril 1946.

EDITIONS MEDICALES FLAMMARION
26, rue Racine, Paris (6e)

Edwin Sidi. — **Les accidents cutanés des teintures capillaires.** Un vol., 152 pages, avec figures, 195 fr.

LES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

La pénicilline est sans action dans la rage.

(MM. P. Remlinger et J. Bailly ; 12-2-1946)

D'expériences faites « in vitro » et chez l'animal (le lapin), les auteurs concluent à l'inefficacité de la pénicilline à l'égard du virus rabique, inefficacité à rapprocher de celle signalée, tant au point de vue clinique qu'expérimental, dans d'autres maladies à ultra-virus.

— MM. Levaditi et Vaisman ont également constaté l'inactivité thérapeutique de la pénicilline dans quelques maladies à virus neurotropes, chez la souris.

Sur la nécessité de créer dans les hôpitaux des services de neuro-chirurgie.

(M. Georges Guillain ; 26-2-1946)

M. Georges Guillain soumet à l'Académie le vœu suivant, qui est adopté :

« L'Académie de médecine attire l'attention du ministre de la Santé publique sur la nécessité de créer dans les hôpitaux de Paris et de certaines grandes villes de France des services de neuro-chirurgie dirigés par des spécialistes compétents et comportant l'instrumentation nécessaire la plus moderne. »

ACADEMIE DE CHIRURGIE

Traitement de la douleur du cancer secondaire du rachis par la castration.

(M. André Sicard ; 23-1-1946)

M. André Sicard rapporte l'histoire de six malades présentant une métastase rachidienne d'un cancer du sein opéré et souffrant de douleurs sciatiques intenses, qui, par la castration ovarienne, ont été immédiatement soulagées et restent guéries de leurs douleurs depuis dix-huit mois, un an, dix mois, huit mois, six mois et quatre mois.

Les résultats sont assez constants pour pouvoir affirmer le rôle de la suppression de la fonction ovarienne. La castration peut être obtenue soit par la chirurgie, soit par la radiothérapie. La radiothérapie est le procédé le plus simple, mais l'hystérectomie est plus sûre, plus rapide et plus complète.

Chez l'homme, on peut espérer obtenir des résultats aussi encourageants par la castration dans les métastases rachidiennes et iliaques, accompagnées de douleurs, du cancer de la prostate. Chez un malade de M. Sicard, présentant un gros bloc pelvien néoplasique et une métastase sacro-iliaque gauche, le diéthylstilbœstrol a amené la suppression totale des douleurs.

P. L.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX DE PARIS

Manifestations cutanées au cours des ictères graves.

(MM. Fiessinger, Aussanaire et Nautoux ; 22-2-1946)

Les auteurs publient deux observations d'I.G. qui se sont accompagnés de manifestations cutanées diverses.

Silicose grave après un temps d'exposition très court chez un malade atteint de rétrécissement mitral.

(MM. E. Donzelot, André Meyer, Galmiche et Chartrain ; 22-2-1946)

Histoire d'un homme porteur de sténose mitrale qui a présenté des manifestations cliniques et radiologiques de silicose grave. Celle-ci est survenue après une exposition totale de 280 heures aux poussières de silice. Cette observation fait discuter le rôle prédisposant de la stase pulmonaire due à la cardiopathie et montre que les délais nécessaires à l'apparition de la silicose peuvent être beaucoup plus courts que ceux qui sont prévus par l'ordonnance récente concernant cette affection.

Dépistage systématique de la tuberculose chez les prisonniers de guerre et déportés.

(MM. Bourgeois et Genevrier ; 22-2-1946)

MM. P. Bourgeois et Genevrier exposent les résultats du radio-dépistage systématique au cours des opérations de rapatriement. Au total, 833.410 clichés radiophotographiques ont pu être pris. Il s'agit d'une expérience faite sur une échelle jamais atteinte à ce jour.

Les résultats ont été les suivants : 6 % inutilisables, 93 % normaux, 2 % de sujets suspects de tuberculose en évolution dont les cas ont été signalés aux organismes départementaux de la santé, et 1 % de séquelles pulmonaires parmi lesquelles on peut noter 0,02 % d'interversions viscérales et de tumeurs thoraciques.

Les A. insistent sur les différences très marquées de pourcentage selon les diverses catégories de rapatriés. Chez les P.G., les anomalies pulmonaires suspectes atteignent à peine 1,5 % (chiffre identique à celui des collectivités normales). Le pourcentage augmente légèrement chez les travailleurs volontaires et déportés du travail, atteignant 2 à 3 %. Au contraire, chez les Alsaciens-Lorrains, anciens soldats de la Wehrmacht et P.G. de ce fait, ainsi que chez les déportés politiques, le pourcentage est considérablement plus élevé, atteignant chez les Alsaciens-Lorrains au moins 10 % et chez les déportés politiques 15 % ou plus. A noter que chez ces deux dernières catégories de rapatriés. il s'agit souvent de tuberculose bilatérale à évolution grave.

— M. Et. Bernard s'associe aux faits énumérés ci-dessus.

— M. Richet ajoute, qu'à Buchenwald, 40 % des autopsies montraient des lésions de tuberculose pulmonaire.

Péritonite, Pleurésie, d'origine rhumatismale.

(MM. Louis Gras et J. Vautier. — Présentation par M. Hillemand ; 1-3- 1946)

Observation d'un malade atteint de réaction péritonéale. On pratique une appendicectomie, et en cours d'intervention on constate un épanchement séro-fibrineux avec état congestif du péritoine. Mais le syndrome péritonéal persiste. L'examen ne montre rien. Six semaines après apparaît une ascite, puis une pleurésie. On pense à la tuberculose d'autant plus que la cuti est fortement positive. Dans les jours qui suivent apparaît un souffle systolique. On met le malade au salicylate de soude et tous les symptômes guérissent rapidement.

Anémie grave aiguë fébrile avec granulopénie. Amélioration passagère par la pénicilline — Terminaison par lymphoblastose aiguë.

(MM. Ledieu, Baudelot et Brenet. — Présentation par M. Langeron ; 1-3-1946)

Enfant de 4 ans atteint d'anémie aiguë fébrile avec agranulocytose. Dans la moelle sternale on trouve un streptocoque. Réaction leucoblastique de la moelle. La pénicilline amène une guérison transitoire avec atténuation de la réaction leucoblastique. Quelques semaines après, l'enfant meurt de leucémie aiguë. Les auteurs pensent que, chez l'enfant, toute anémie aplastique, même avec agranulocytose, doit faire craindre une leucose aiguë. La présence du streptocoque est due à une infection terminale.

SOCIETE DE MEDECINE DE PARIS

Sur la consolidation accélérée des fractures.

(M. Raphaël Massart ; 23-11-1945)

L'A. fait part des résultats qu'il a obtenus dans les cas de retard de consolidation avec des injections d'acetylcholine. Ce médicament, qui agit sur la vasomotricité locale favorise l'hyperémie et l'apport au foyer de réparation des éléments minéraux dont l'os brisé a besoin.

Quelques considérations médico-légales sur un avortement criminel avec syndrome hépato-rénal.

(MM. J. E. Marcel, L. Derobert, E. Boyer et J. Bosche ; 23-11-1945)

48 heures après une injection intra-utérine d'eau de savon et l'ingestion de 12 grammes d'aspirine, une jeune femme fait une hépato-néphrite apyrétique avec ictère sans hémolyse, anurie sans azotémie, ayant entraîné la mort le septième jour. L'absence de signes généraux et physiques n'avait pas permis de dépister l'infarctus utérin, avec ulcération nécrobiotique et péritonite, découverts à l'autopsie. Les A. réclament une enquête et l'organisation par la Société de Médecine d'une séance extraordinaire consacrée à l'étude médico-sociale de l'avortement criminel dont la prodigieuse fréquence en fait actuellement un véritable fléau social.

Une endocardite rhumatismale à forme asystolique heureusement influencée par les sels mercuriels.

(M. J. Courtois et Mlle Lelièvre ; 23-11-1945)

Chez une femme de 47 ans, ayant fait un R. A. A. à 30 ans et présentant une valvulite mitrale, se manifeste à l'occasion d'une nouvelle crise rhumatismale une endomyocardite évoluant rapidement sur un mode asystolique.

Le symptôme initial était un épanchement pleural qui amène la malade à l'hôpital avec le diagnostic de pleurésie séro-fibrineuse.

Très rapidement et malgré les toni-cardiaques glace sur le cœur, cure salicylée, s'installent et progressent des signes d'asystolie : dyspnée avec cyanose, hépatomégalie douloureuse, tachycardie, oligurie extrême

Une injection I. M. de sel mercuriel déclanche une diurèse importante mais de courte durée. Une deuxième injection, une semaine plus tard, amène progressivement une polyurie durable, à 2 litres, ce qui entraîne la fonte des œdèmes, permettant une meilleure action des tonicardiaques.

Tous les signes d'asystolie disparaissent ; guérison complète avec retour à l'état antérieur.

LA PRESSE

Considérations sur une forme délirante de la maladie de Basedow. — **M. Leconte,** par l'observatrie des formes délirantes endocriniennes; les tion rapportée, démontre qu'il existe en psychia- malades mentaux doivent ainsi être examinés médicalement par des confrères, ayant une formation médicale absolument identique à celle des médecins des autres spécialités. On doit étudier l'état biologique sous-tendant des syndromes mentaux. Il faut reconnaître, par exemple, toute l'importance des poussées thyroïdiennes sur une personnalité déviée. Atténuer l'hyperthyroïdie, c'est diminuer les chances d'impulsion. Traiter ces poussées serait peut-être permettre la vie en liberté, calmer des réactions qui, de leur côté, doivent être surveillées par un psychiâtre compétent. (« Le Progrès Médical », 24 avril 1946.)

Deux cas d'intoxication mortelle par inhalation d'acide cyanhydrique après désinfection de locaux. — Pareils accidents sont dus, d'après l'étude de **L. Derobert** et **L. Truffert,** à l'inobservation des prescriptions réglementaires : l'ordonnance du 30 mars 1928 interdisant l'emploi de l'acide cyanhydrique pour la désinfection des chambres d'hôtel dans le département de la Seine.

Lorsqu'on traite le cyanure de sodium par l'acide sulfurique, il se produit un dégagement de chaleur suffisant pour vaporiser la totalité de l'acide cyanhydrique. Mais celui-ci est facilement absorbé par les substances poreuses et, lorsque son émission a lieu dans une chambre, il vient imprégner la literie ainsi que les tentures, d'où il ne se dégage que très lentement. On peut penser que la chambre occupée par les deux victimes n'avait pas été suffisamment ventilée ; l'acide cyanhydrique continuant à se dégager dans un espace clos n'a pas tardé à atteindre dans l'atmosphère une concentration toxique. A la phase de malaise, qui s'est traduite par des vomissements et des déjections alvines, ont succédé rapidement le coma et la mort. Il est possible, sinon probable, que des intoxications causées par cette pratique, aient passé complètement inaperçues, du fait qu'on ne trouve guère d'acide cyanhydrique dans les viscères des victimes de tels accidents. (« Ann. de Médecine légale », janvier-février 1946.)

G. F.

CITROSODINE

CALME LES MAUX D'ESTOMAC
MODIFIE LA VISCOSITÉ DU SANG



CRINEX *stimule*
EXTRAIT OVARIEN TOTAL STANDARDISÉ

OREX *équilibre*
EXTRAIT ORCHITIQUE TOTAL STANDARDISÉ

FRÉNOVEX *freine*
EXTRAITS MAMMAIRE ET LUTÉINIQUE

la fonction ovarienne

LABORATOIRES 25 «CRINEX-UVÉ
1, AVENUE DU DOCTEUR LANNELONGUE, PARIS (XIVe)

L'AUVERGNE THERMALE

LA BOURBOULE
Enfants, ganglions, surmenage, voies respiratoires, anémie, peau, diabète.

CHATELGUYON
Maladies de l'intestin et du foie, colibacillose.

LE MONT-DORE
Asthme, emphysème, bronchites, affections du nez et de la gorge.

ROYAT
Maladies du cœur et des artères, hypertension.

SAINT-NECTAIRE
Maladies des reins, anémie.

Le plus beau pays de tourisme
CULTURE PHYSIQUE
TOUS LES SPORTS
RENSEIGNEMENTS aux SYNDICATS D'INITIATIVE

Micelliode

IODE COLLOIDAL MICELLAIRE ÉLECTRO-POSITIF

Toutes les Indications de l'IODE, SANS IODISME POSSIBLE

GOUTTES

Laboratoires de l'HÉPATROL _ 4. Rue Platon. PARIS (XVe)

PARTIE PROFESSIONNELLE

PROPOS DU JOUR

CONFÉRENCE DE PRESSE AU CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE

En convoquant une conférence de presse, le jeudi 23 mai dernier, le président du Conseil National, Professeur Portes, renouait avec une tradition très heureusement instituée par lui-même lors de sa première présidence. Aujourd'hui pas beaucoup plus qu'alors les conditions ne sont favorables à l'édition régulière d'un Bulletin de l'Ordre ; et ce sont tout naturellement les journaux professionnels qui sont appelés, en attendant des jours meilleurs, à informer le public médical des actes et décisions de ses représentants.

La première réunion du Conseil National nouvellement élu s'est tenue à Paris, 60, boulevard de Latour-Maubourg, les 10, 11 et 12 mai. Il avait été convoqué par les soins du président du Conseil National désigné après la libération, le Dr Coutela. A la vérité, le Conseil n'est pas encore totalement constitué : la désignation du représentant des départements algériens a été retardée du fait que, jusqu'à maintenant, l'Algérie possédait un ordre autonome et que pour la première fois elle va être représentée au sein du Conseil National de la Métropole. Il a paru que néanmoins le Conseil National devait, dans un moment aussi critique pour la profession, reprendre son activité.

L'ordre du jour commençait nécessairement par l'élection du bureau. Aucune candidature ne s'était déclarée au poste de président. La désignation à l'unanimité moins une voix du professeur Portes est d'autant plus significative : elle atteste au sein du Conseil un désir particulièrement opportun de continuité dans la politique générale ; elle rend en outre justice avec éclat à la façon en même temps ferme et avisée dont le président Portes dirigea un précédent conseil.

Investi d'une confiance aussi massive le président remercia ses collègues et dit dans quel esprit il acceptait la lourde responsabilité d'une telle fonction ; puis il rendit hommage à son prédécesseur, le Dr Coutela, et à l'ancien secrétaire général, le Dr Plichet qui eurent à traverser une période singulièrement difficile et méritent de ce fait les remerciements de leurs confrères.

Ensuite il convia l'assemblée à désigner les vice-présidents en suggérant qu'un poste fût attribué au représentant des provinces de l'Est recouvrées, et un autre au Dr Laffitte, ancien déporté. Ce qui fut fait, le Conseil élisant en outre deux autres vice-présidents.

Le bureau fut complété, ainsi que nous l'avons déjà annoncé à nos lecteurs, par le choix du Dr Lafay, comme secrétaire général et du Dr Larget, comme trésorier.

La première tâche qui s'imposait au Conseil était de fixer sa structure intérieure et ses méthodes de travail. La loi n'impose à cet égard aucune directive et laisse au Conseil le soin de s'organiser à sa guise. Le président Portes proposa de reprendre une discipline qu'il avait prônée et expérimentée au cours de sa première présidence et qui s'inspire de l'exemple du Conseil d'Etat. Pour chaque question est constituée une Commission d'études qui se documente librement et s'adjoint même, si elle le juge utile, des compétences venues de l'extérieur. Elle condense ses travaux en un rapport qui est présenté à la section du Conseil dont relève la question envisagée.

Autrefois cinq sections avaient été créées : juridiction, médecine sociale, organisation intérieure de la profession, rapports avec les collectivités, finances. Mais c'était au temps où l'Ordre était le seul organisme professionnel. Actuellement les syndicats sont revenus à la vie et leurs attributions ont diminué d'autant celles des Conseils de l'Ordre. Toutefois il est certain que la tâche imposée par la loi de veiller à l'indépendance de la profession amènera nécessairement les conseils à s'occuper aussi de questions relevant spécifiquement des syndicats. On pourrait craindre que cette convergence n'entraînât à des conflits où la profession aurait à pâtir et qu'il faut éviter à tout prix. Le président Portes affirme avec force que le Conseil est unanimement décidé à une politique d'entente avec les syndicats.

Trois sections sont aujourd'hui constituées :

1° Section juridique. — Au titre de chambre de discipline elle examine les litiges qui ont été portés devant elle en appel. — Elle comprend le conseiller d'état, adjoint par le gouvernement au Conseil, qui en assume la présidence. Cette section sera dirigée par le Dr Oberlin ;

2° Section de l'entraide. — A elle revient en premier lieu le soin d'élaborer la retraite. — Elle sera dirigée par le Prof. Baudouin qui est, en même temps, président de l'Association générale et était, à ce titre, tout désigné pour orienter les travaux du Conseil en la matière ;

3° Section des questions intéressant à la fois l'Ordre et les syndicats — elle sera dirigée par le Dr Marquis, en la personne de qui les deux organismes professionnels fusionneront puisqu'il est aussi président de la Confédération. Il convient de saluer cette désignation avec une sympathie particulière : les frictions et les conflits d'attribution, grâce à cette symbiose providentielle, seront pour ainsi dire impossibles.

Cette section comprendra une sous-section qui a été confiée au Dr Carlotti. Elle sera essentielle-

ment chargée d'étudier toute question à mesure qu'elle sera posée par l'actualité afin de préparer le Conseil à fixer sa doctrine sur ce point.

Ayant ainsi achevé sa structure intérieure, le Conseil décida de remettre à l'étude le Code de déontologie. Le président rappelle que ce Code avait déjà reçu l'approbation du Conseil d'Etat et même la signature des quatre ministres compétents. Il était prêt à paraître au « Journal Officiel » lorsqu'intervint la Libération. Le Conseil, désireux d'y apporter quelques modifications, a jugé opportun de les faire aussi légères que possible afin de hâter son passage devant le Conseil d'Etat. Le président estime que d'ici quelques semaines, le Code pourra être promulgué. A ce moment il faudra réunir tous les présidents de Conseils régionaux afin de leur donner quelques directives d'application. Il serait inadmissible qu'une même faute fût par exemple sanctionnée ici par un acquittement et là par une suspension d'exercice. A l'heure actuelle tous les conseils régionaux ne sont pas encore constitués.

En outre comme les conseils régionaux auront aussi à connaître des affaires concernant des sages-femmes ou des dentistes, il est donc indispensable que les unes et les autres aient aussi leur propre code de déontologie. Lorsque tout ceci aura été mené à bonne fin la juridiction professionnelle sera en état de marche.

Ensuite le Conseil s'occupa de rédiger son règlement intérieur en s'inspirant des expériences du passé. Toutefois le président fit admettre ce principe de prudence que le premier règlement ne serait valable que pour 6 mois. A l'expiration de ce délai il sera revisé s'il y a lieu en tenant compte des suggestions émises aux divers échelons départementaux, régionaux et national.

La question de la cotisation était délicate : il y avait lieu de craindre que la cotisation obligatoire de l'Ordre fît tort aux cotisations syndicales. D'autre part elle devait suffire à alimenter la caisse de solidarité (250 fr. par membre) et les échelons subordonnés. Il fut admis qu'elle ne devrait en aucun cas être inférieure à 1.000 fr. ni supérieur à ..00 fr. Chaque département fixera son chiffre selon ses propres charges, car il ne faut pas oublier que certains départements ont déjà fondé une caisse de solidarité départementale qu'il est impossible de laisser péricliter.

Le Conseil National ayant ainsi adopté les principes préliminaires de son action décida de tenir sa prochaine réunion dans la première quinzaine de juillet et de proposer aux diverses sections le programme suivant :

Section juridictionnelle : les règles de Constitution du tableau, les conditions de l'exercice illégal de la médecine, le problème des naturalisations.

Section financière : élaboration d'une politique générale. Les conseils départementaux jouissent de l'autonomie financière mais il semble utile de leur proposer une règle uniforme, une méthode de comptabilité.

En matière d'entraide il avait été prévu autrefois, on s'en souvient, la création d'une caisse autonome chargée de financer la retraite du médecin, partie par répartition, partie par capitalisation. Ce projet qui avait donné lieu à des études extrêmement poussées fut jeté par terre par le Ministre des Finances qui refusa aux médecins ce que 15 jours plus tard il accordait aux journalistes. Tout est donc actuellement à reprendre à la base et les travaux antérieurs ne semblent pas pouvoir être utilisés. C'est une perte considérable de temps dont la profession aura à souffrir.

Section de liaison avec les syndicats : la première question posée est celle de la qualification des spécialistes. Ici aussi de longues discussions ont déjà débroussaillé le problème. Elles avaient abouti en dernier lieu à admettre trois catégories de spécialités :

— les spécialités qualifiées (celles qui se sont identifiées depuis longtemps, c'est-à-dire : chirurgie, oto-rhino-laryngologie, etc.)

— les spécialités agréées, mais plus récemment, comme la cardiologie, et dont plusieurs peuvent être exercées simultanément par le même médecin.

— les spécialités momentanément admises, c'est-à-dire qu'il faut viser à faire disparaître et qui ne persisteront que le temps de respecter les droits acquis. La qualification des spécialités soulève des questions d'enseignement considérables à propos desquelles un contact devra être pris avec le corps enseignant.

A la demande du professeur Legrand de Lille, le Conseil a mis à son programme l'étude de la médecine frontalière. Elle intéresse presqu'exclusivement la frontière belge et provoque à tout moment d'irritants conflits auxquels il faut s'efforcer de parer.

La sous-section dirigée par le Dr Carlotti aura à étudier l'organisation obstétricale du territoire. C'est une question dont le Ministère de la Santé s'est inquiété et à juste titre, affirme le président Portes.

La médecine des mines est une persistante anomalie dont la Confédération, dès avant la guerre, et les Conseils de l'Ordre plus récemment eurent à s'occuper. Leur doctrine est du reste univoque, la médecine de mines doit être réintégrée dans le cadre général des Assurances sociales.

Enfin bien que le Conseil National n'ait légalement sous sa juridiction que les départements métropolitains et d'Afrique du Nord, il ne lui est pas interdit d'envisager l'exercice de la médecine aux colonies. Le président Portes projette de constituer une Commission d'Etudes à laquelle seront conviés des médecins exerçant ou ayant exercé en diverses colonies. On voit que le Conseil National ne méconnaît pas l'ampleur de la tâche qui l'attend. Il semble, s'y préparer avec clairvoyance et méthode.

G. LAVALÉE.

AGRÉMENT : TECHNIQUE OU FAVEUR ?

UN et indivisible en principe, totalitaire même dans ses attributions, notre diplôme, qui fut de peau d'âne, devient de peau de chagrin.

Nous n'aborderons pas ici la question si épineuse et toujours en suspens de la qualification des spécialistes, des diplômes accessoires ou éventuellement dissidents. Nous n'aurons en vue que ces solutions bâtardes, pour ne pas dire chéries, des Pouvoirs publics pour leur commodité au gré du bon plaisir. Marchandant leur confiance à des praticiens issus de très officielles et étatiques Facultés, ces Pouvoirs aiment à distinguer pour leurs contrôles quelques favoris dans la masse, au grand dam de l'égalité et de la confraternité ; là encore, oublions la liberté.

Dans l'entre-deux-guerres, les Syndicats médicaux se hérissèrent quand ils lurent certaine loi organisant les soins aux mutilés de guerre : (31 mars 1919, art. 64), et édictant : « Les bénéficiaires... ont droit au libre choix du médecin... parmi les praticiens agréés par le ministre. »

A la suite de très vigoureuses campagnes, M. le Ministre finit par admettre que tous les praticiens devraient être considérés comme agréés, sauf dans le cas où ils seraient passibles de sanctions en matière de lois sociales, et même on supprima le terme discuté en 1922.

En 1942, la loi subit quelques modifications, la formule honnie réapparut, le Corps médical protesta... et obtint d'un ministre très différent d'identiques et officielles assurances. Le texte persiste, et sa menace, à l'endroit de médecins récalcitrants. Il est vrai qu'en la matière, le taux ridicule des honoraires fait presque souhaiter la sanction.

Les Bureaux eurent peut-être vent des réactions du Corps médical, mais n'en tinrent aucun compte. Ils n'en persistèrent pas moins à proposer à la signature de leurs éphémères Excellences des textes cultivant le favoritisme officiel, en dehors de toute donnée véritablement professionnelle.

En 1942, les médecins assermentés devinrent médecins agréés : comme par le passé, œil médical de l'Administration, ils sont toujours chargés de contrôler la valabilité des causes d'absence, aux frais des intéressés et au profit de l'Administration. Cette situation assez paradoxale mérite d'être soulignée, sans insister d'ailleurs sur le secret professionnel épineusement mis à l'épreuve ; pratiquement, le médecin agréé doit se défendre de devenir un marchand de certificats de congés ; il arrive en tous cas très difficilement à persuader l'agent quémandeur que des honoraires lui sont dus même si, après examen, l'état de santé ne justifie pas le repos sollicité.

L'Administration s'honorerait en rétribuant elle-même ses contrôleurs... et elle ferait une bonne affaire.

En 1943-1944 virent le jour des médecins phtisiologues et vénéréologues régionaux. Des tranches géographiques et professionnelles de taille furent déterminées dans notre activité professionnelle.

La suppression de la prostitution et des contrôles gratuits subséquents, tout au moins sous leur forme ancienne, n'a pas supprimé le contrôle, payant, des entraîneuses de nos établissements à renommée mondiale. Dans le cabinet du régisseur, il est loisible à ces dames de consulter une liste de médecins agréés, seuls habilités à leur délivrer la licence due à leur pureté. Comme dans le cas des fonctionnaires soumis au contrôle du médecin agréé, nous aimerions voir mieux tranchée la différence entre le contrôlé et le payeur. Peut-être d'ailleurs, sur un plan général, la Commission compétente de l'Ordre National pourrait-elle étudier cette question.

La Sécurité sociale, ne voulant pas rester en arrière, prétendit n'agréer en matière de longue maladie, que les avis de ses médecins conseils. Fort heureusement, nombre d'entre eux « *timent Danaos et dona ferentes* » : inquiets de voir les Caisses éluder l'épineuse question de la responsabilité du conseilleur, lequel n'est pas le payeur, ils tendent vers une saine conception, beaucoup plus confraternelle, de leur rôle.

Chemin faisant, pendant sa brève et trop bruyante carrière, le Ministère des Prisonniers s'était cru, lui aussi, habilité à qualifier tel médecin, donc à disqualifier les autres... Savoureuse prétention.

Et la fête continue.

Le 28 avril 1946, ceux d'entre nous qui s'offrent la lecture du *Journal Officiel* apprirent que les certificats prénuptiaux, de récente création, et déjà de courtelinesque mémoire, ne seraient valables que rédigés selon le texte à nous imposé par M. Prigent. De ce texte, issu de l'ordonnance du 2 novembre 1945 modifiant l'article 63 du Code civil, nous apprenons que tous les dispensaires publics peuvent faire de la radiologie valablement prénuptiale. Les praticiens agréés seuls peuvent les imiter ; agréés par qui, sur quelles bases, quand ? Précisions futiles...

Même agrément est requis pour le laboratoire chargé de l'examen sérologique.

Il est donc, à l'heure où nous écrivons ces lignes, impossible de délivrer un certificat prénuptial valable sur tout le territoire français. Souhaitons que les secrétaires de mairie, officiers d'état civil de fait, corrigent, par leur compréhension, les inconvénients qui pourraient découler de l'application trop stricte de textes dont la cohérence n'est pas absolue, et éviter les fâcheuses incidences que cela pourrait avoir sur la courbe démographique... Encore que notre expérience de clientèle, en matière de certificats prénuptiaux, laisse augurer de bien curieuses statistiques, si l'on s'avise toutefois de les établir.

Pour en revenir au gros bon sens, posons de simples questions en manière de conclusion.

1° Le diplôme de docteur en médecine délivré par l'Etat permet-il d'exercer pleinement la médecine ?

Si non, qu'on le perfectionne.

2° Si oui, la qualification sur des bases non exclusivement scientifiques (ce n'est pas un euphémisme) par les seules administrations, entraînant la disqualification du plus grand nombre, est-elle admissible ?

On nous répondra peut-être qu'il existe des abus auxquels l'agrément est un remède : un Ordre a été créé, il se fera un devoir, nous le savons, d'étudier, d'instruire et de sanctionner à leur valeur les dossiers que l'Administration aura pris la responsabilité de lui transmettre.

Que les grands Corps dirigeants de la Nation fassent leur métier et le fassent bien, les individus suivront certainement un si noble exemple.

R. JODIN.

LE PROBLÈME SCHÉMATIQUE DE LA POPULATION FRANÇAISE MÉTROPOLITAINE

Par le Dr ANDRÉ GROS,
Conseiller technique de la Fédération Nationale de la Mutualité Française ;

le Dr BERNARD LAFAY,
Secrétaire général du Conseil National de l'Ordre des Médecins

et le Dr ANDRÉ MORISOT

AVANT-PROPOS

En juin 1945, dans l'excellente revue de notre ami le Dr Theil, les ANNALES DE MÉDECINE SOCIALE l'un de nous a publié une première version de ce travail, version écrite en octobre 1944. La diffusion de cet article a paru déclencher un réel intérêt. Un Ministère de la Population a été créé en France depuis cette date et s'efforce de déterminer son rôle et son champ d'action. Nous avons reçu, au sujet de cet article, un grand nombre de critiques et suggestions, ensemble positif vivant et synthétique, provenant non seulement de nos camarades de travail de disciplines techniques différentes et complémentaires ; ingénieurs, démographes, médecins, ouvriers, surintendantes, instituteurs, architectes, juristes, économistes,... mais encore d'un très grand nombre de personnes de milieux fort différents : médecins, ingénieurs, écrivains, journalistes, juristes, hommes politiques, syndicalistes, chefs d'industrie. Nous remercions ici tout particulièrement les personnalités de la presse, du monde syndical, patronal, médical, politique et scientifique, notamment les personnalités étrangères, qui ont bien voulu nous exprimer, dans des notes parfois fort longues, leur intérêt, leurs critiques et suggestions. Après étude de celles-ci, nous avons mis au point un deuxième travail que nous sommes heureux de confier au CONCOURS MÉDICAL. Tous ceux qui nous ont écrit pourront reconnaître certaines de leurs propositions. Nous n'avons toutefois voulu et... pu retenir qu'une partie des propositions très variées reçues afin de maintenir notre ligne générale et afin de tenir compte de la ligne « arbitrairement » schématique de cet exposé, excluant de longs développements de tous les sujets envisagés Nous serions heureux de recevoir les suggestions de nos confrères, notamment de ces merveilleux observateurs que sont les médecins-traitants des ouvriers et des paysans en contact permanent avec la vie.

Certains nous ont reproché, après avoir lu l'article paru dans les ANNALES DE MÉDECINE SOCIALE, une attitude nationaliste. Nous étudions en France et à l'étranger le problème exposé dans cet article depuis de nombreuses années. Nous croyons précisément, de toute notre foi, à l'organisation internationale progressive du monde, à l'interdépendance progressivement totale des nations entre elles. En fonction de cette idée directrice, une politique de l'amélioration quantitative et qualitative de la population de notre pays, est pensée sur un plan qui non seulement n'est pas en désaccord avec une conception internationale, mais encore est une preuve de notre confiance dans une planification du monde — à laquelle chaque nation doit participer selon deux lignes complémentaires :

— Ligne locale (c'est-à-dire nationale) et continentale tenant compte des caractéristiques spécifiques géographiques, économiques, psychologiques, d'un pays, d'un continent ;

— Ligne mondiale tenant compte d'une planification mondiale des possibilités et des besoins.

INTRODUCTION

Un principe général domine ce travail : deux des facteurs essentiels de la grandeur d'une nation sont le nombre et la qualité physique, mentale et morale de ses habitants.

Il existe dans le monde un hexagone territorial compris entre la Méditerranée au sud, la Manche au nord et l'Atlantique à l'ouest. Cet hexagone s'appelle la France et a sa personnalité parce qu'il est habité, rendu vivant par 40 millions de Français. Si ceux-ci étaient *brutalement* remplacés par 40 millions de Chinois, de Brésiliens, de Polonais ou d'Italiens, par exemple, cet hexagone territorial durant de nombreuses années ne serait plus la France.

La France comporte une position géographique exceptionnellement puissante, Elle peut être riche au point de vue agricole comme au point de vue industriel. Elle bénéficie d'un passé merveilleux dont, depuis quelques années, il a été beaucoup joué. Ce passé merveilleux n'est pas basé, contrairement à la pensée commune, exclusivement sur l'action de grands politiques.

Ceux-ci, même dans les périodes les plus graves (par exemple en 1815), ont pu jouer sur la population de leur pays dont la démographie quantitative et qualitative était toujours très largement supérieure à celle des pays voisins. C'est au fur et à mesure de la baisse de la valeur démographique de la France que l'histoire et le présent prouvent que notre nation s'est progressivement et proportionnellement à cette baisse, trouvée en minorité.

En 1946, à une période où le monde se demande quelle sera la place de la France dans la vie internationale, il est donc capital que notre pays étudie techniquement et d'urgence le problème que pose sa population, de façon à envisager les solutions lui permettant de maintenir, puis de revaloriser son état démographique, physiologique et psychologique.

Quel est donc l'état actuel de notre population ?

Schématiquement, il peut être décrit en quelques lignes :

— *Quantitativement*, 40.000.000 d'habitants comportant :

— Une forte proportion en puissance d'êtres âgés de plus de 40 ans ;

— Un pourcentage faible de jeunes et d'enfants ;

— Une faible natalité ne compensant jamais réellement, depuis plusieurs années, la mortalité. L'augmentation actuelle de la natalité n'est qu'un phénomène épisodique bien connu dû à la démobilisation et à la libération des hommes après une guerre.

— *Qualitativement* :

La population présente en moyenne un état qui ne peut actuellement être chiffré, mais nous pouvons toutefois signaler que la France présente le taux international le plus élevé de mortalité de jeunes adultes et l'observation régulière psycho-physio-pathologique de milliers de Français donne l'impression d'une usure et d'un vieillissement prématuré (âge moyen des chômeurs et augmentation des prestations — maladie et invalidité — versées par les Assurances Sociales.)

Si une politique de population n'était pas rapidement mise au point et appliquée, la population française serait tout d'abord composée de vieillards. Puis elle présenterait non seulement une diminution qualitative, mais une diminution quantitative si rapide, qu'en quelques siècles il n'existerait plus de Français. Ainsi, après être passée par des stades successifs plus ou moins apparents de domination étrangère, la France n'existerait plus.

PLAN DE DÉFENSE DE LA POPULATION FRANÇAISE

Quelle doit donc être la ligne schématique d'un plan de défense de la population française ?

Notre capital humain comporte deux fractions :

— L'une : adultes, vieux (= mort) relativement ou complètement fixée ;

— L'autre : natalité, enfants et adolescents (= vie) relativement ou complètement malléable.

Il est certain qu'une politique de population française comporte un problème essentiel comprenant deux parties :

1° Nécessité absolue d'une augmentation quantitative et qualitative de la natalité ;

2° Politique de défense de la qualité et du nombre des enfants et des jeunes.

Mais, *en cas de réussite, cette politique ne nous donnera des générations de Français adultes, c'est-à-dire de citoyens, travailleurs manuels ou intellectuels, qu'en un délai minimum de vingt-cinq ans.*

Durant ces vingt-cinq ans, il faut que la France « tienne » en face des autres nations, grâce à son capital humain « adultes-vieux » actuel.

Schématiquement, la France fait songer à une vaste entreprise qui verrait son meilleur outillage s'user sans qu'il puisse être immédiatement remplacé. Tout en s'attachant à organiser progressivement le remplacement de cet outillage par des machines neuves et de qualité, elle sera dans l'obligation de « durer » avec son outillage usé, grâce à la mise au point et au développement de son « service entretien ».

1° Quelle doit donc être notre politique d'entretien pour notre capital-adulte « fixe » ?

Notre population adulte comporte actuellement trois parties :

— Une partie « population rurale » ;

— Une partie « population des villes ; »

— Une partie « anciens prisonniers et anciens déportés ».

A. Population rurale.

Les ruraux, multiplicité de petits groupes humains naturellement constitués, vivent dans un milieu biologique n'ayant eu à subir qu'une partie de tous les bouleversements apportés par l'ère dans laquelle nous sommes entrés au XIXe siècle. Par des mesures gouvernementales simples, mais exigeant une souple autorité et le sens des responsabilités, il est possible d'envisager le maintien et l'amélioration quantitative et qualitative de notre capital humain rural. Les mesures essentielles à prendre sont :

1° Lutte contre l'alcoolisme (notamment en Bretagne et en Normandie) ;

2° Politique des prix des produits agricoles permettant :

— Une amélioration de l'équipement, modernisation de l'artisanat rural, et de l'outillage

travail rural rendu moins pénible, plus rapide et rendement accru) ; contrôle de coopératives agricoles ou de toutes autres organisations rurales techniques, locales, régionales et nationales ;

— Un remembrement de la petite propriété morcelée, incompatible avec un travail rural moderne, tout en maintenant dans le monde rural l'esprit de propriété ;

— Une politique de l'habitat rural (pour l'amélioration qualitative de l'habitat et l'augmentation de l'attrait de la vie rurale) ;

— Une politique d'éducation technique en fonction des sols, des climats, etc., et d'éducation sommaire biologique (nutrition équilibrée, hygiène, sports...) notamment des jeunes ruraux ;

— Une politique de la législation de garantie (salaire, maladie, retraite, durée du travail, conditions de vie) du travailleur salarié rural.

En résumé : fixer à la terre et augmenter par natalité (*le retour à la terre nous paraissant utopique*) la population rurale en améliorant :

— Les conditions du travail rural et ses avantages économiques ;

— Les conditions de vie rurale.

B. Population des villes.

Pour tous les habitants vivant dans ces collectivités, toujours croissantes jusqu'alors, que sont les villes, une politique de population doit comporter certaines grandes règles collectives.

Ces règles représentent les nécessités impliquées par l'interdépendance très nette, souvent subconsciente, des habitants d'une même ville entre eux, Ceux-ci doivent réagir contre les dangers individuels et collectifs que présentent pour les hommes ces groupes humains artificiellement constitués.

Sans négliger les problèmes parfois dramatiques que pose progressivement la classe moyenne, une politique de population doit être tout spécialement mise au point et appliquée en fonction de cette majorité urbaine appelée jusqu'alors « économiquement faible » et qui représente l'un des éléments de base de notre Société : ouvriers et employés.

Ces groupes sont ceux qui ont le plus à subir les nuisances immédiates et lointaines de nos nouveaux modes de vie artificielle. Ce sont d'ailleurs ces groupes qui posent des problèmes immédiats. Ceux-ci résultent en réalité du grand problème évoqué ici et si fréquemment inaperçu.

Une politique de population pour ces groupes comporte deux parties complémentaires, mais distinctes.

1. *Dans le travail :*

— Humanisation technique du travail, dans le but :

a) D'éviter toute fatigue inutile, toute usure ou vieillesse prématurée ;

b) D'éviter la maladie et l'accident, par :

— L'organisation du travail en fonction de l'homme, aux trois échelons : entreprise, profession, nation, ainsi que paraissent progressivement le comprendre l'Etat et la Confédération Générale du Travail ;

— La mise au point d'un milieu biologique du travail, (locaux mêmes où s'exerce le travail, locaux qui doivent être réservés aux travailleurs), grâce à des procédés techniques maintenant mis au point et applicables par l'ingénieur du travail, le médecin du travail et l'architecte du travail.

Ces trois fonctions nouvelles et complémentaires utilisent harmonieusement leurs connaissances techniques pour l'amélioration de la condition humaine du travailleur dans le cadre même du travail. Elles participent ainsi directement à l'amélioration quantitative et qualitative du rendement tout en équilibrant les responsabilités de la machine et de l'argent à l'égard de la Société. Cette véritable trilogie technique s'harmonise avec les rouages existants et les nécessités économiques. Elle permet enfin de mettre au point et de stabiliser un véritable plan de garantie individuelle et collective apportant aux travailleurs une sécurité physio-psychologique et économique nécessaire à la vie collective.

Ce plan de garantie, dont le plan de Sécurité Sociale élaboré actuellement constitue les timides prémices, entraîne d'ailleurs une reconsidération des Assurances privées concernant la personne humaine et une réorientation fondamentale des Assurances Sociales nécessitant :

— Une mise au point collective, souple mais ferme, de la profession médicale, tenant compte de son aspect libéral, artistique, scientifique, sentimental, psychologique, mais sans méconnaître l'intérêt général et collectif — nécessitant une reconsidération fondamentale de la formation technique, psychologique et sociale des médecins ;

— Une connaissance approfondie des risques ;

— Une détermination exacte de la couverture de ceux-ci.

2. *En dehors du travail :*

a) Problème de l'habitat :

— mise au point d'un milieu biologique de qualité : réalisation de la maison (études techniques et psychologiques, en fonction des besoins nécessaires au maintien et au développement de la qualité) ;

— Mise au point d'une politique d'urbanisme : réalisation des groupes de maisons (même technique et même but) ;

Plan d'ensemble comportant l'application générale des grandes règles d'hygiène non seulement par rapport à la maison et par rapport aux maisons, mais en fonction de tous les aspects de ces cellules : rues, eau potable, air et verdure. Cette politique d'urbanisme est complémentaire d'une politique des transports et d'une planification industrielle.

b) Problème de nutrition :

— nécessité de la mise au point technique d'un plan de nutrition (rations équilibrées, politique rationnelle plus scientifique des produits alimentaires, notamment du vin et de l'alcool), par la liaison entre les services d'études et les services de fabrication (usines et ruraux), de transport et de répartition ;

— nécessité d'un important effort d'éducation appliquée.

c) Problème de loisirs :

Si les guerres ne se multiplient pas au fur et à mesure de l'évolution industrielle et tout en satisfaisant tous les besoins réels des hommes, l'organisation internationale du travail sera amenée à réduire dans des proportions progressivement très importantes la durée du travail. L'un des aspects fondamentaux de notre civilisation est donc, dans l'immédiat et dans l'avenir, de concevoir progressivement une organisation de la vie en dehors du travail, dépassant largement la politique qu'implique la terminologie limitée du terme « loisirs ».

« Loisirs » ne signifie donc plus « distractions », mais « modes de vie en dehors du travail ». Ce problème nécessite la mise au point d'une éducation progressive.

Indépendamment des aspects localisés et déjà étudiés de l'éducation générale, du tourisme, du sport, du jardinage, etc., le problème des loisirs ne peut actuellement être qu'aperçu. Il ne se développera et ne se précisera qu'en fonction de l'évolution.

C. Anciens Prisonniers et Déportés.

La France a été privée durant un à six ans de 3 millions de Français âgés de 20 à 40 ans, c'est-à-dire d'une partie importante de son potentiel le plus valable immédiatement, biologiquement et économiquement. Nous avons récupéré une grande partie de ce potentiel dans un état certain de diminution physique, qui apparaîtra progressivement au cours des vingt prochaines années.

Notre politique de population dans le cadre de notre « service-entretien de notre capital humain anciens déportés et prisonniers » comporte trois aspects complémentaires :

1° Poursuivre le bilan physio-pathologique de ces hommes ;

2° Les remettre au maximum en état ;

3° Les replacer dans la collectivité.

Ce troisième problème a été relativement facile à réaliser pour les ruraux. Un fort pourcentage de non-ruraux se sont reclassés d'eux-mêmes par leur situation sociale antérieure. Mais il n'en existe pas moins un problème capital : celui du reclassement technique de très nombreux hommes en fonction de leur état physique, de leurs capacités professionnelles et des possibilités économiques de notre pays. Cet important travail de sélection, d'orientation, de rééducation, peut d'ailleurs, en comportant certaines nuances psychologiques, bénéficier de la mise au point des méthodes déjà appliquées progressivement dans le cadre des industries et des organismes de garantie aux diminués physiques. Il devra s'inspirer des remarquables méthodes psychologiques, à la fois empiriques et expérimentales, mises au point par l'Angleterre — notamment pour éviter les « breakdown » successifs que subissent les rapatriés.

(A suivre)

BIBLIOGRAPHIE

Maternité sans douleur. — *Dr J. Regnault.* Editions Médicis, Paris.

Le Dr J. Regnault traite ce sujet de la façon qui lui est personnelle, en égayant la documentation scientifique de réflexions, citations et anecdotes humoristiques.

Il l'a en même temps élargi en remontant aux origines physiologiques de la maternité. Si bien que ce livre devient en fait un traité de la vie générale de la femme où abondent les vues générales et les conseils pratiques sur le mariage, la grossesse, l'accouchement et même la puériculture.

Les futures parturientes y apprendront que l'accouchement sans douleur n'est ni un rêve ni une conquête propres à notre temps, mais que, à la suite des procédés anciens purement empiriques en usage dans presque tous les pays, la science moderne a mis au point des techniques sûres auxquelles il ne tient qu'à elles de recourir.

Musique nocturne. *Aldous Huxley.* La Nouvelle Edition, 213 *bis*, boulevard Saint-Germain, Paris.

En dépit du titre, on ne trouvera ici ni cantilènes ni sérénades. Le brillant essayiste anglais poursuit sa tâche qui est de considérer de son regard perçant et sans complaisance, la société contemporaine. Tous les conformismes, tous les apprêts conventionnels de la mondanité sont rudement étrillés. La pensée et le style sont d'un humoriste qui ne craint pas de faire scandale ni d'appeler les choses par leur nom. Les puritains et les dévots du progrès mécanique passent, dans ces pages, de rudes moments. Le lecteur en passera de bien savoureux.

Médecine d'hier et de demain. *A. Molinier.* Ed. J.-B. Baillière et Fils, Paris.

Des souvenirs de sa pratique journalière, l'auteur extrait quelques croquis pris sur le vif où s'affirment les « insuffisances de la médecine », c'est-à-dire son incapacité de remplir tout le rôle social qui lui est dévolu.

Par contre, il existe des « excès » de la médecine, des circonstances, et surtout des milieux sociaux, où elle fait la mouche du coche.

Comme remède à ces défaillances, l'auteur préconise la gratuité de l'acte médical, signifiant le droit pour tous aux derniers perfectionnements de l'art de guérir.

Il s'ensuit une réforme complète de la profession. L'auteur en étudie les divers aspects en clientèle, à l'hôpital, dans les établissements de cure.

Ce n'est pas la première fois qu'on lit de telles conceptions. Elles comportent des conséquences considérables, ou plutôt supposent une rénovation totale de la collectivité, tant sur le plan social que sur le plan politique.

Il se peut que cette formule soit celle de demain. Nous y sommes poussés par une tendance qui a pris, ces derniers mois, plus de force que jamais.

Mais précisément ces dernières expériences inspirent aux médecins français plus d'envie de résister que de hâter l'évolution.

G. L.

VITAMINE E

SOLUTION HUILEUSE NATURELLE

TITRÉE A 10 milligrammes par ampoule

EGERMOL

LABORATOIRE LAROCHE-NAVARRON

6, Passage Ramey - PARIS (18e) -:- Tél. MONtmartre 93-49 et 98-73

Contre l'épilepsie et ses équivalents

Orténal

associe

LE GARDÉNAL *anticonvulsif*

à

L'ORTÉDRINE *stimulant*

AMÉLIORE LE TONUS MUSCULAIRE ET LE PSYCHISME *sans diminuer l'effet sédatif*

Comprimés dosés à (TUBES DE 20) | Gardénal : 0g10 Ortédrine : 0g005

Même posologie que le Gardénal

Littérature et échantillons sur demande

Société Parisienne d'Expansion Chimique — 21, rue Jean Goujon - Paris-8e — Spécia — Marques Poulenc Frères et Usines du Rhône — Téléphone : Balzac 22-94

CHATEL-GUYON

(PUY-DE-DOME)

380 km. de Paris
20 km. de Clermont-Ferrand

Station la plus riche du monde en CHLORURE DE MAGNÉSIUM

INTESTIN
FOIE
COLIBACILLOSE
ENTÉRITES INFANTILES et COLONIALES

Saison du 15 Mai au 30 Septembre

PUISSANT TRAITEMENT PHYTO-OPOTHÉRAPIQUE

EXORPHYL

GOUTTES

CONCENTRATION MAXIMA

AFFECTIONS VEINEUSES — PHÉNOMÈNES CONGESTIFS

LABORATOIRE E. M. DAUMAS, 1, rue Méhul - PANTIN (Seine)

ECHOS & COMMENTAIRES

Concilier l'inconciliable.

Telle était bien la tâche que l'Assemblée confédérale avait confiée à la Commission chargée de faire au Gouvernement des propositions concrètes de réforme.

Composée de défenseurs passionnés de la charte et des libertés de la médecine, cette Commission dont les premierss travaux sont aujourd'hui bien connus est l'objet d'attaques virulentes, tant par ceux qui l'ont nommée que par certains groupements, qui font de la défense de la médecine libre leur drapeau !

Intéressant à cet égard était donc le compte rendu donné à ses mandants par un des commissaires, et non le moins ardent, le Pr Filachet, d'Amiens.

Résumant fort bien la mission dont il avait été chargé, et dont il mesure aujourd'hui toute la difficulté, le Pr Filachet déclare trouver la roche tarpéienne bien près du Capitole et reconnaît que l'Assemblée générale « demandait en définitive de maintenir l'entente directe contre une administration qui n'en voulait plus et d'apporter toute sécurité à des assurés sociaux à qui le plan de sécurité sociale en accordait pas mal ». « L'accord ne s'était fait, ajoute-t-il, au sein de l'Assemblée que parce que chaque groupe avait trouvé dans les mêmes mots, une interprétation qui lui donnait satisfaction. »

Nous n'avions donc pas tort (bien qu'on nous l'ait reproché) de qualifier de nègre-blanc cet « accord factice » qu'il faut aujourd'hui nous dit-on, transformer en accord total.

Malgré les critiques qui s'élèvent de toutes part, le Pr Filachet estime qu'un « bon travail préparatoire » a été fait qui doit continuer le 19 mai, demande que l'on juge sur l'ensemble et fait appel à la discipline syndicale.

L'idée essentielle paraît être de substituer tout à la fois au dirigisme étatique et à l'individualisme médical, une force intermédiaire, aussi bien respectée des uns et des autres, qui serait le Corps médical organisé, personnifié par ses représentants élus. Et la force des organismes adverses est telle, leur centralisation est si poussée que les médecins n'ont chance de sauver leur liberté qu'en faisant face avec un organisme national de même espèce, aussi dur, aussi cohérent qu'eux.

Si l'on veut donc concilier les inconciliables, il n'est aujourd'hui qu'une voie : porter l'effort de défense beaucoup plus sur les libertés collectives que sur les libertés individuelles — substituer aux contraintes externes une auto-discipline rigoureuse — faire, des organes confédéraux, la conscience collective de la médecine.

Nous l'avons dit et le répétons, l'erreur de l'Assemblée du 30 mars a été, de porter le problème sur le plan strictement individuel, alors qu'il se posait en termes de masse ; il devait recevoir une solution de même espèce. Il semble que ce passage au pouvoir aura donné aux commissaires une claire vision de la réalité sociale actuelle. C'est selon nous la plus sûre condition de la victoire.

SEDOGASTRINE
SÉDATIF GASTRIQUE
(Association Alcalino-phosphatée + semences de ciguë)
POSOLOGIE : Après les repas et au moment des douleurs
Granulé : 1 cuillerée à café
Comprimés : 2 à 4 jusqu'à sédation
LABORATOIRES DU Dr ZIZINE 24-26, Rue de Fécamp, PARIS-XIIe

FOIE ET REIN DEFICIENTS
CHOPHYTOL
AMPOULES INJECTABLES
DRAGÉES . GOUTTES "par os"
Laboratoires ROSA 11 Rue Roger Bacon – PARIS 17e

La Commission continue.

Les critiques adressées à la Commission, dans la mesure où elles sont restées éloignées de toute polémique et de toute démagogie, ont été utiles et entendues. Nous croyons savoir qu'au cours de leur deuxième réunion, le 19 mai dernier, les commissaires se sont attelés au fond même de la question et ont procédé à un large et complet échange de vues qui leur permettra de mettre au point et de présenter, le 20 juin prochain, les fameuses « propositions concrètes » grâce auxquelles le Corps médical pourra participer, dans l'honneur et la liberté, à la mise en œuvre de la sécurité sociale.

L'intervention de la Commission dans les affaires courantes n'a été et ne sera que consultative, le Conseil confédéral devant rester seul juge de la suite à donner aux avis fournis. L'accord se serait fait pour revenir à une conception moins « mandarinale » et plus souple de la « notoriété ». Enfin, la notion de « tarif-plafond » aurait dépassé la pensée des commissaires. On peut regretter cependant qu'elle se soit traduite dans les faits en s'autorisant de leurs travaux.

Faisons cependant crédit aux commissaires et jugeons-les sur l'œuvre qui est leur raison d'être, c'est-à-dire sur le plan de réforme qu'ils nous promettent pour la fin de ce mois. Mais n'attendons pas de miracle. Les résultats paradoxaux de leur action, qui, tendue vers la liberté, favorise, provisoirement un dangereux étatisme, prouvent qu'il y a dans la réalité sociale de l'heure, plus encore que dans les doctrines, une impérieuse nécessité conduisant à considérer d'un œil nouveau des problèmes anciens.

L'offensive fiscale.

De tous côtés, il se confirme que le fisc mène actuellement, contre le Corps médical, une très sérieuse offensive. Les anciens forfaits sont dénoncés et multipliés par des coefficients oscillant de 2½ à 3, voire même plus encore. Des barèmes, extrêmement arbitraires en leur systématisme, feraient varier, dans des limites très larges d'ailleurs, le forfait du médecin praticien, celui de l'ancien interne, du chirurgien, du spécialiste ou du professeur, comme si l'activité professionnelle était directement proportionnelle au nombre et à la valeur des titres du contribuable. Et le malheureux se trouverait, en fait, désarmé pour contester des chiffres que le contrôleur n'aurait nul mal à faire entériner en cas de résistance par les commissions départementales compétentes.

On se rappelle d'ailleurs que la dénonciation automatique de tous les forfaits antérieurs a été décidée par la loi de finances du 14 février 1946, et que cette loi permet au contrôleur de prendre pour base de ses nouvelles évaluations, non pas seulement le chiffre des recettes brutes, mais encore « les conditions d'exploitation et du train de vie des contribuables ». La seule porte ouverte pour échapper au forfait est celle du recours au système de la déclaration du bénéfice réel. Mais les armes du fisc sont ici aussi redoutables que là, et la porte risque fort d'être un traquenard.

Il semble difficile d'admettre, quels que soient les impératifs de l'heure, que les membres des professions libérales puissent être ainsi soumis à l'arbitraire des fonctionnaires fiscaux, agissant sans contrôle véritable, sans base objective, selon leur bon plaisir.

Nous croyons savoir que l'Administration elle-même estimerait que ce régime d'exception ne peut se maintenir tel

CLONAZONE DAUFRESNE
ANTISEPTIQUE
SULFAMIDO-CHLORE
PUISSANT
STABLE
NON IRRITANT
LAB. PHARMACEUTIQUE DAUFRESNE
42, rue Thiers, LE HAVRE

VERMALA OXYDROSE
VERT MALACHITE
LABORATOIRES F. BOUCHARD
83, rue Dutot, PARIS (15e)

LABORATOIRES
MAYOLY-SPINDLER
1, Place Victor-Hugo — PARIS (16e)
Usine à RUEIL-MALMAISON (S.-&-O.)
Baume AROMA — BOROSTYROL
DICALIODE — EUPHON
(Sirops, Gouttes, Pastilles)
PERUBORE — SANOFORMINE
STILLARGOL — VALBROL

quel et que des sondages auraient été entrepris auprès des grands Corps de la médecine en vue d'étudier un régime plus normal. L'imposition au taux des traitements et salaires des recettes d'origine sociale, facilement contrôlables, serait envisagée. Mais beaucoup restent sceptiques sur les bienfaits de cette mesure, dès lors que les recettes non contrôlables pourraient continuer à faire l'objet d'évaluations aussi astronomiques que fantaisistes. Une Commission d'étude des questions fiscales réunissant les représentants de l'Ordre et des syndicats nous paraît, en tous cas, aussi urgente que souhaitable.

Les rapports entre médecins traitants et médecins conseils dans la longue maladie.

Parmi les problèmes délicats que soulève l'application des dispositions légales sur la longue maladie, figurent les modalités pratiques des contacts entre médecins conseils et médecins traitants, avant la fin du troisième mois de maladie.

En commentant dans son bulletin de documentation la circulaire ministérielle du 15 février 1946, connue de nos lecteurs, l'Union des Caisses estime que les rencontres entre les deux médecins, pour chaque cas, semblent irréalisables : « *elles entraîneraient, en effet, une telle perte de temps, que le nombre de médecins conseils devrait être considérablement augmenté.* »

Selon l'Union des Caisses, « *dans les cas courants, la façon de faire la plus habituelle, devra être la suivante : avant la fin du troisième mois le médecin conseil enverra au médecin traitant une lettre conçue dans les termes suivants, empruntés à M. le médecin régional de Paris :*

« Mon cher confrère,

« Les résultats de divers examens pratiqués à l'occasion du passage de votre malade X... au service médical semblent justifier l'octroi des prestations de l'A.L.M. Pensant vous être agréable, je me permets de vous adresser ci-joint les résultats.

« Afin de pouvoir étudier d'un commun accord le cas de votre malade, auriez-vous l'amabilité de me faire parvenir ou de remettre à votre client une note m'indiquant la thérapeutique que vous avez l'intention de poursuivre.

« Toutefois, si vous jugez préférable que nous nous rencontrions, je vous saurais gré de bien vouloir me le préciser afin que nous puissions fixer un rendez-vous.

« Je serais heureux d'avoir votre réponse ces jours prochains, pour me permettre de faire prendre une décision rapide en faveur de votre malade.

« Recevez, mon cher confrère, etc.... »

« *Si cette lettre reste sans réponse, envoi d'une seconde lettre* »

« Mon cher confrère,

« N'ayant pas eu de réponse à la lettre que je vous ai adressée au sujet de X... je me permets, dans l'intérêt même de votre malade, de vous en confirmer les termes.

« Afin de pouvoir étudier, d'un commun accord, le cas de votre malade, auriez-vous l'amabilité de me faire parvenir ou de remettre à votre client une note m'indiquant la thérapeutique que vous avez l'intention de poursuivre.

« Il est indispensable, en effet, que nous puissions établir

SOLUTION STAGO



FOIE
REINS
VESSIE

DÉCONGESTIF – DIURÉTIQUE
CALMANT - ANTITOXIQUE ACTIF

Macération de plantes dans un soluté alcalin glycériné exempt de toute toxicité, à diluer dans une bouteille d'eau

POSOLOGIE

Cas chroniques : progressivement 2 à 6 verres à madère par jour.
Cas aigus : un verre à madère toutes les 5 à 10 minutes jusqu'à sédation de la douleur.

8, avenue d'Argenteuil, ASNIÈRES (Seine)

ATOPHAN
Cruet
Remède classique
de la GOUTTE
et du RHUMATISME

LABORATOIRES CRUET
89, Avenue de La Bourdonnais, PARIS VIIe

sans délai, une proposition de prise en charge au titre de l'A.L.M. en faveur de votre client.

Dans l'attente d'une prochaine réponse, je vous prie.... »

« *Si le médecin traitant reste encore muet après cette seconde lettre,* ajoute l'Union des Caisses, *l'affaire devra être soumise au Conseil d'administration de la Caisse. S'il survient un désaccord entre les points de vue respectifs du médecin conseil et du médecin traitant, le cas litigieux devra être soumis à un expert qualifié.* »

Nous nous étonnons que l'Union des Caisses paraisse admettre avec sérénité que « dans les cas courants » la rencontre entre les deux médecins soit pratiquement irréalisable, car comment distinguer avec certitude le cas « courant » du cas « spécial », sinon, précisément, par une consultation sérieuse, par une discussion approfondie entre les deux médecins ?

La loi, ne l'oublions pas, prévoit l'examen *conjoint* du malade. En s'abstenant, dans la plupart des cas, de procéder à cet examen, le médecin conseil, selon nous, aggraverait sa responsabilité si, par suite du refus de prendre en charge le traitement prescrit par le médecin traitant, l'état du malade venait ensuite à empirer.

La loi est la loi, il faut l'appliquer ; et si elle est inapplicable il faut la réformer

La rémunération des médecins du travail.

Un arrêté du 15 mars 1946, publié dans notre numéro du 20 avril dernier, a lié la rémunération des médecins du travail aux tarifs fixés par conventions syndicat-caisse en matière d'assurances sociales.

Le rejet de ces conventions par le Corps médical avait donc pour effet de rendre inopérantes, dans la plupart des départements, les dispositions de cet arrêté, et de frustrer gravement les médecins du travail.

Dans un écho récent, nous avons relevé cette erreur législative, et souhaité une rapide rectification. Satisfaction nous est donnée, grâce à un arrêté du 17 mai 1946 publié au *J.O.* du 19 mai, que nous reproduirons dans notre prochain numéro.

Ce texte prévoit qu'au cas où la convention syndicat-caisse n'a pas été approuvée comme en cas d'absence de convention, le tarif des consultations du médecin du travail sera celui fixé par la Commission nationale tripartite. Tout est fort bien ainsi : la logique et le bon sens ont prévalu.

A propos du tarif des accidents du travail.

On n'a jamais fini d'épiloguer sur la complication actuelle des tarifs A.T.

Dans nos récents échos, dans un article, nous avons essayé de mettre les choses au point, mais seulement en ce qui con-

LA CAISSE D'ESCOMPTE MÉDICO-PHARMACEUTIQUE (C.E.M.P.)
13, Rue Auber, PARIS (IXe)

Règle *immédiatement* toutes les notes d'honoraires d'*Accidents* du *Travail.*

Taux d'Escompte 10 % (dix pour cent) du montant des notes.

Demander Imprimés et documention à la C.E.M.P.
13, Rue Auber, PARIS (IXe) — Tél. : OPÉra 56-13

GASTRHÉMA
CONTRE LES ANÉMIES
ASTHÉNIE - ANOREXIE - HYPOPEPSIE
17, Avenue de Villiers — PARIS (17e)
EXTRAIT DE MUQUEUSE D'ANTRE PYLORIQUE
1 à 3 amp. buvables, par jour

FRÉNASMA
TROIS A QUATRE COMPRIMÉS PAR JOUR. UN A DEUX DÈS LE DÉBUT DE LA CRISE.
LABORATOIRES DU GASTRHÉMA
17, AVENUE DE VILLIERS
PARIS (17e)
ASTHME - EMPHYSÈME - BRONCHITES CHRONIQUES - MÉDICATION PRÉVENTIVE, ABORTIVE ET CURATIVE DES CRISES

cerne les accidents du travail non agricoles, car pour les accidents du travail agricoles, les règles sont différentes. L'ordonnance du 19 octobre 1945 sur les accidents du travail et l'article 1er de l'arrêté du 25 septembre 1945 n'étant pas applicables aux accidents du travail agricoles, les tarifs des honoraires en matière d'A.T. agricoles. ne sont pas alignés sur les tarifs en vigueur en matière d'A.S.

Par contre, l'article 2 de l'arrêté du 25 septembre 1945 étant expressément applicable aux A.T. agricoles, à compter du 1er avril 1945, et jusqu'à nouvel ordre, les tarifs suivants doivent être appliqués à cette catégorie d'accidentés : visite et consultation, 40 francs (55 francs pour les spécialistes) ; indemnités de déplacement, majorées de 200 % par rapport à celles fixées par l'arrêté du 5 mai 1939 ; tous autres prix fixés par ledit arrêté, majorés uniformément de 100 %.

Le comble de la complication paraît donc aujourd'hui atteint : il n'y a plus comme autrefois un seul tarif des A.T il y a deux tarifs : un pour les accidents du travail agricoles un pour les accidents du travail non agricoles, lequel est, d'ailleurs, susceptible de varier selon les départements, en corrélation avec le tarif d'A.S.

VOITURES AUTOMOBILES ET CERTIFICAT PRÉNUPTIAL.

Le curieux rapprochement de deux problèmes, bien divers cependant, nous est imposé par l'actualité professionnelle.

Dans tous les départements, les difficultés de transport ne font que s'accroître pour les médecins qui, après avoir manqué de pneus et d'essence, manquent aujourd'hui de l'essentiel, c'est-à-dire des voitures. Nous avons déjà dit ici toutes les difficultés dont se parsème la route du malheureux candidat acquéreur s'il ne jouit pas d'un cas de priorité incontestable (et encore !) ou mieux, de solides relations dans la politique ou les automobiles.

Un chiffre, au reste, nous dispensera de tous commentaires : pour le trimestre actuel, les médecins ont reçu en tout et pour tout un contingent de 210 voitures, sur lesquelles la Santé publique prélève au passage une dîme de 10 % pour elle-même, une retenue de 10 % pour d'autres professions para-médicales, et ne livre qu'un solde de 170 environ.

La patience étant à bout, et la certitude acquise que l'on ne peut, en notre malheureux pays, attirer l'attention des pouvoirs publics sur une juste cause qu'en apportant quelques troubles dans les harmonieux rouages d'une bureaucratie triomphante, les syndicats provinciaux, plus nombreux chaque jour, déclenchent la grève administrative et refusent à leurs clients certificats de décès et certificats prénuptiaux.

Successivement, les Côtes-du-Nord, grands initiateurs du système, la Haute-Vienne, les Alpes-Maritimes, l'Allier, puis le Pas-de-Calais, l'Isère, la Marne, les Ardennes ont montré qu'on ne saurait valablement et durablement allier le fonc-

SPASMOSÉDINE
sédatif et antispasmodique
cardio-vasculaire
LABORATOIRES DEGLAUDE
15, Bd Pasteur - PARIS-XVe

CALMOPELVINE
Dragées
ANTISEPTIQUE
URINAIRE
LABORATOIRES FERGANT
81, Rue Réaumur, PARIS - Tél. : Central 37-91

OXYURYL
VIOLET DE GENTIANE
Laboratoires A. MARIANI, 10, rue de Chatillon, NEUILLY - PARIS

tionnement des services publics, le développement de la nuptialité et le relèvement démographique avec le mépris du Corps médical. Nous avons de bonnes raisons de penser que le mouvement va gagner en amplitude.

Au même moment, d'ailleurs, le certificat prénuptial faisait parler de lui. Son modèle officiel — enfin publié — rappelait que l'article 63 du code civil modifié, exigeait de nouvelles formalités (examen radiologique, analyses de laboratoires), que, seule, une petite élite de médecins ou de dispensaires, soigneusement triée sur le volet et dûment agréée, serait valablement à même de mener à bien. Nul ne sachant, pas plus au Ministère de la Santé que dans les mairies, par qui et comment serait délivré cet agrément, le certificat prénuptial avait ainsi une bonne raison de plus de faire déplorablement défaut dans les dossiers des candidats au mariage, malheureuses et innocentes victimes de ces incohérences. Aux dernières nouvelles, d'ailleurs, il serait provisoirement décidé que tout le monde serait « agréé ». En sorte que l'on fait appel aujourd'hui à ceux qu'hier on méditait d'exclure !

Pour conclure, ne vaudrait-il pas mieux, pour mener à bien une réforme qui suppose la collaboration quotidienne de l'ensemble des médecins, leur faire confiance, les prévenir, les consulter même et leur donner les moyens matériels d'exercer leur mission ?

CORRESPONDANCE

BAUX ET LOCATIONS

3973. — Majoration des loyers et application de l'Ordonnance du 28 juin 1945.

J'exerce dans une petite ville d'un peu moins de 5.000 habitants pour laquelle aucun décret en Conseil d'Etat demandant le retour au droit commun n'a été pris.

Au moment de la guerre 1914-1918, j'étais en possession, depuis 1911, d'un bail de neuf années consécutives pour 650 francs par an, sans autres charges que le paiement de l'impôt foncier et l'assurance incendie.

Je désirerais savoir, en tenant compte de toutes les augmentations successives mises à la charge du locataire, depuis avril 1925 jusqu'à juillet 1945, combien je dois payer à mon propriétaire à l'heure actuelle.

Il s'agit, évidemment, d'un local à usage professionnel puisque j'exerce toujours la médecine, bien qu'âgé de 72 ans.

J'ajoute que, depuis cinq ans, je paie à mon propriétaire, de bonne volonté et sans y être contraint par aucun engagement écrit autre que verbal, la somme de 4.000 francs par an.

En 1921, je consentis à signer un bail de trois ans à 800 francs par an et trois ans plus tard un bail de 1.200 francs pour la période comprise entre 1924 et 1927.

Depuis 1927, j'ai refusé de signer tout bail nouveau ;

PHAGOSTHYL
NEUROTONIQUE - RECONSTITUANT
HÉMO-PHAGOSTHYL
RÉGÉNÉRATEUR DES GLOBULES SANGUINS
PHAGOSTHYL MANGANÉ
RÉCALCIFIANT - RÉMINÉRALISATEUR
AMPOULES DE 5 CC.
(SÉRIE INFANTILE : ampoules de 2 cc.)
Une inject. intramusculaire ou sous-cutanée tous les deux jours
Lab. : ANDRÉ PARIS, 4, Rue de la Motte-Picquet, PARIS-15e

CHLORURE D'ACÉTYLCHOLINE
EN SOLUTION ANHYDRE ET STABLE
ACÉCOLINE
"L'Acécoline dilate les artérioles et lève les spasmes vasculaires,,
RAMOLLISSEMENT CÉRÉBRAL
Hypertension artérielle
SPASMES RÉTINIENS
Artérites, Gangrènes
CLAUDICATION INTERMITTENTE
Syndrome de Raynaud
ANGINE DE POITRINE
Coliques de plomb
SUEURS DES TUBERCULEUX
BOITES DE 3 OU 8 AMPOULES
A 2,5,10 OU 20 Cg
LABORATOIRES LEMATTE ET BOINOT
52, RUE LA BRUYÈRE, PARIS

je suis occupant sans bail autre que verbal et j'ai payé successivement 3.000 fr. et 4.000 fr. depuis cinq ans. Mon propriétaire m'avait promis des réparations importantes et indispensables qu'il n'a pas exécutées.

Il veut maintenant me faire payer 6.000 francs à partir du terme d'octobre. Suis-je en droit de refuser cette nouvelle augmentation ? Elle est, je crois, supérieure à ce que je devrais payer comme occupant d'avant la guerre 1914-1918.

Dr N.

Réponse

D'après les renseignements que vous nous donnez, il apparaît que la législation spéciale des loyers résultant de la loi du 1er avril 1926 et des lois qui l'ont successivement modifiée, est restée en vigueur dans votre commune.

S'il en est bien ainsi, et si, d'autre part, votre loyer n'a subi aucune augmentation depuis le terme antérieur au 30 juin 1943, votre propriétaire est fondé, en application de l'Ordonnance du 28 juin 1945, à exiger de vous une augmentation de 30 % sur le loyer et les charges.

Il importe peu de savoir si le loyer payé au 30 juin 1943 était ou non conforme à la taxation légale antérieurement en vigueur, car les dispositions de la loi du 1er avril 1926 concernant la taxation des loyers ont été abrogées par la loi du 30 mai 1943 et remplacées par la consolidation provisoire du loyer payé au 30 juin 1943.

Puisque votre loyer est fixé depuis cinq ans à 4.000 fr., l'augmentation légalement due est seulement de 1.200 fr. par an et non de 2.000 francs.

DEMANDES ET OFFRES

N° 276. — Demande sage-femme pour clinique. S'adr. Dr Torrégrosa, 37, rue des Gatines, Paris.

N° 277. — Thermocautère complet, 2 pointes platine, boite nickelée. Faire offres.

N° 278. — Bon poste médec. génér., ch.-lieu cant., 100 km. Sud Paris. Rég. riche. Grand logem. avec jard. Ecr. journ. qui transm.

N° 279. — Le Dr Pierre Mayaux, chez le Dr Conde, Salon de Provence (B.-du-Rh.), fait des remplacements toute l'année avec ou sans voiture, éventuellement succession. Anc. int. de Paris.

N° 280. — Quittant grosse clientèle parisienne, ferais remplacement été, rég. Ouest balnéaire, préfér.

N° 281. — A vendre : lampe infra-rouge, neuve 220 v. 300 w. Projecteur rayons ultra-violets, grande taille, état neuf, 220 v., 3,8 amp. S'adr. Sanrey, 4, rue du Cardinal-Lemoine, Paris (5e). Odé. 63-40 de 9 à 18 h.

N° 282. — On dem. pour clinique chirurg., directrice infirmière et infirmières. Adr. référ. et condit. au Dr Daux, à Hesdin (P.-d-C.).

N° 283. — Près Vichy, très bon poste médic. à céd. avec proph. Gros chiffre d'aff., villa avec terrain, jardin, grand conf. Situat. très agréable. Matériel au gré de l'achet. Très urg. Condit. exceptionn.

N° 284. — A céd. d'urg. rais. famille, client. rur. et ouvr. seul médec. proph. (Sud-Ouest). Ecr. journ. qui transm.

N° 285. — Doct. ferait remplacement 8, 15 jours renouvel. région La Baule.

N° 286. — Médec. recherche client. rurale, rég. Ouest et Sud-Ouest. Ecr. Paulouin, 4, rue de Lucé à Tours.

N° 287. — A vendre : 1° Douche de Dausset (lampe à arc., 110 v. altern.). 2° Appar. T.S.F. tous courants « Radialva ». 3° Aspirateurs S.E.V. Le tout état neuf. Dr Belle, 13, rue de la Grandière à Tours.

N° 288. — On dem., directrice clinique, infirmière diplômée, âge moyen, réf. sérieuses.

Gérant : J. MIGNON — Lang, Blanchong et Cie, 30, rue du Poteau - Paris (18e) — 31.1040
Février 1879 — Dépôt légal : N° 8 — 2e trimestre 46

INTESTARSOL
Granulé
TOXI INFECTION INTESTINALE
PARASITOSES
Laboratoire H. CALAS
162, Rue de l'HAY
GENTILLY (Seine)

CABINET BREITEL ET GORET
1, rue Dante, Paris (5e). Tél. : Odé. 86.46
Fondé en 1903

BANLIEUE IMMEDIATE. Très gros poste méd. gle. Mais.
BANLIEUE NORD, 20 km. Paris, bon poste indispensable achat maison, tt conf., 10 pièces, garage, gd jard.
AISNE. Gros poste campagne. S.N.C.F. Seul. Maison.
PAS-DE-CALAIS. Ville 20.000 hab. Gs centre indus. Fixes et avantages, très gros chif. Très bel hab.
SEINE-INFERIEURE. Gros chef-lieu canton. O.R.L. Maison
LOIR-ET-CHER. Ville 10.000 hab. Méd. gle. Electro-Radio. Très belle maison. Important matériel.
MAINE-ET-LOIRE. Poste camp. Prox. gdes villes. Agréa.
CHARENTE-MARITIME. Clientèle ancienne. Rapport moyen.
AGENAIS. Import. poste élect.-radio. Belle maison.
VIENNE. Ville import. méd. gle électro-radio. Locx prof. et privés 1er ordre. Import. matér. achat mais.
VOSGES. Rég. ind. poste ancien. Pte ville. Bel appart.

Vaccin contre la VARIOLE
Service Vaccinal du « Concours Médical »
assuré par
L'INSTITUT DE VACCINE
8, Rue Ballu
PARIS (IXe)
Téléph : TRInité 46-15

Boldolaxine

LABORATOIRE EMILE CHARPENTIER
7, RUE DU BOIS DE BOULOGNE PARIS, XIVe

CALCIUM CORBIÈRE

GLUCONATE DE CALCIUM PUR
A 10 %
EN AMPOULES
DE 2cc. 5cc. 10cc

•

POUR INJECTIONS
ENDO-VEINEUSES OU
INTRA-MUSCULAIRES
INDOLORES

LABORATOIRES CORBIÈRE
27, Rue Desrenaudes, PARIS TÉLÉPH. CARNOT 78-11

Toutes les indications du Calcium et de la Vitamine D

ULTRACALCIUM

PHOSPHORE CALCIUM VITAMINE D

RECALCIFIANT COMPLET ET ÉQUILIBRÉ
EN COMPRIMÉS OU DRAGÉES A CROQUER

LABORATOIRES DEROL, 66 TER RUE St DIDIER. PARIS 16e

VITAMINES "ROCHE"

LAROSCORBINE "ROCHE"
VITAMINE C

BÉNERVA "ROCHE"
VITAMINE B1

ÉPHYNAL "ROCHE"
VITAMINE E

AMINO-VIT "ROCHE"
VITAMINES B1. C. D + Histidine. Tryptophane. Lysine.

Produits "ROCHE"
10, rue Crillon. PARIS.4e

68e ANNÉE — N° 23 — 8 JUIN 1946

LE

CONCOURS MÉDICAL

37, RUE DE BELLEFOND - PARIS (9e) - TRU 33-66

379a 387

SOMMAIRE

PARTIE SCIENTIFIQUE.

L'actualité prophylactique : La Tuberculose, maladie de longue durée au titre des A.S. (G. FISCHER) 569

Erythrodermie arsénicale vésiculo-œdémateuse guérie par la sulfamidothérapie (Louis GRAS et Jean VAUTIER) 571

Les méthodes modernes de réanimation. Leur application aux accidents du travail (Prof. Léon BINET) 572

Consultations médico-chirurgicales : L'heure propice pour les baignades (Prof. TANON) .. 573

LES LIVRES, 573. — LES SOCIÉTÉS SAVANTES, 574. LA PRESSE, 575.

PARTIE PROFESSIONNELLE.

PROPOS DU JOUR. — De la santé du médecin (J. NOIR) 577

DROIT PROFESSIONNEL. — Répression de l'exercice illégal. Une action conjointe de l'Ordre et des Syndicats s'impose (Jean MIGNON) 578

Le problème schématique de la population française métropolitaine (Dr André GROS et Dr Bernard LAPAY) 580

La nouvelle Nomenclature. Acte global... et dichotomie (Dr Fernand DECOURT) 581

Souvenirs et réflexions d'un médecin de campagne (Dr BLANCHARD) 582

DEMI-COLONNES.

DERNIÈRES NOUVELLES, 562. — A TRAVERS L'OFFICIEL, 564. — ECHOS ET COMMENTAIRES, 585. CORRESPONDANCE, 589.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DIGITALINE NATIVELLE

Laborat. Jacques LOGEAIS, Issy-les-Moulineaux, PARIS

ENTÉROSPASMYL

Simple et Mucilagineux

Existe à nouveau sous ses 2 formes

VÉRITABLE HUILE DE HAARLEM

G. de KONING TILLY

GOUTTES — CAPSULES

Laboratoires THOMAS, 2, rue Ste-Cécile, PARIS 9e

Association Iode et Citrate de Soude (Pilules)

IODOCITRANE

Artériosclérose, Hypertension Scléroses, Ménopause

Labor. SCIENTIA Dr PERRAUDIN 21, rue Chaptal, PARIS

Toux *Coqueluche*

ÆTHONE

NATIBAÏNE NATIVELLE

Laboratoire de l'ÆTHONE 35, rue Boissonnade, PARIS (XIVe

DERNIÈRES NOUVELLES

Faculté de Médecine de Montpellier.

M. Mourgues-Molines, agrégé, est chargé, jusqu'à désignation du titulaire, du service de la chaire de pathologie et propédeutique chirurgicales.

— M. Roux, agrégé, est chargé, jusqu'à désignation du titulaire, du service de la chaire de technique chirurgicale et chirurgie expérimentale (chaire créée).

Hôpitaux de Paris.

Un *concours* pour la nomination à trois places *d'assistant d'oto-rhino-laryngologie* des hôpitaux de Paris sera ouvert le 3 juillet 1946. Inscriptions, 3, avenue Victoria, du 12 au 26 juin.

Deuxième *concours spécial d'assistants en médecine.* — Ce concours sera ouvert le 28 juin 1946. Les inscriptions sont reçues, 3, avenue Victoria, jusqu'au 14 juin.

Hygiène de l'habitation (Ensoleillement).

Sur l'initiative de la Société d'hygiène publique, industrielle et sociale et de l'Institut d'hygiène de la Faculté de médecine de Paris, une réunion d'études consacrée à l'ensoleillement des locaux d'habitation aura lieu à la Faculté de médecine (Laboratoire d'hygiène, 21, rue de l'Ecole-de-Médecine, escalier D), le vendredi 28 juin 1946, à 14 h. 30. Y prendront part des architectes, des hygiénistes, des techniciens sanitaires et des urbanistes.

Les principales questions abordées concerneront la durée d'ensoleillement des locaux, les prescriptions qui pourraient figurer à cet égard dans les futurs règlements sanitaires, et, relativement à cette durée, les méthodes de mesure applicables à l'élaboration ou à l'analyse des plans.

Tous ceux que ces sujets intéressent pourront assister à cette réunion et participer aux débats, sans qu'aucune invitation ou inscription soit nécessaire.

Union fédérative nationale des médecins de réserve.

L'Union fédérative nationale des médecins de réserve, poursuivant la série de ses conférences, donnera le samedi 15 juin, à 21 heures, à la Faculté de médecine de Paris, deux conférences sur « le service de santé de la division blindée », faites par M. le Capitaine Barlier et M. le médecin Capitaine Dollonne.

Les noms des membres de l'U.F.N.M.R. assistant aux conférences et ayant signé le livre de présence à la sortie, seront transmis à la Direction générale du S. S.

Les adhésions sont reçues au siège : 58, rue Chardon-Lagache, Paris-16e (100 francs pour les médecins ; 30 francs pour les étudiants).

La Maison du Médecin.

Renouant avec les traditions interrompues par la guerre, la Maison du Médecin tiendra son Assemblée générale annuelle le dimanche 16 juin 1946, à 10 h. 30, à la Faculté de Médecine de Paris, petit Amphithéâtre.

Union des Médecins-Mutilés de la Guerre.

Les membres de l'Union des Médecins-Mutilés de la Guerre se sont réunis en Assemblée générale le 21 mai 1946. Le décret de cessation des hostilités venant de paraître, l'Union des Médecins-Mutilés de Guerre tient à reprendre son activité en vue de soulager les infortunes des médecins victimes de la guerre.

Elle a procédé pour cela au renouvellement du Conseil d'administration, et celui-ci à l'élection de son bureau : Président, Dr de Parrel ; Vice-présidents, Drs Garnier-Claudon, Masmonteil et Sureau ; Secrétaire général, Dr Jacob ; Trésorier, Dr Diguet.

La remise de l'épée d'honneur

offerte au professeur H. Hartmann par ses élèves et

HÉMO
CYTO
SÉRUM
CORBIÈRE
Thérapeutique Ferro-Cacodylique
ANÉMIES
LYMPHATISME
CHLOROSE
CONVALESCENCES
TROUBLES DE LA CROISSANCE
LABORATOIRE CORBIÈRE
27, Rue Desrenaudes, PARIS — TÉLÉPH. CARNOT 78-11

EUCALYPTINE LE BRUN
AMPOULES
CAPSULES
SIROP
SUPPOSITOIRES
MICTASOL
COMPRIMÉS
MICTASOVULES
SUPPOSITOIRES
MICTASOLBLEU
MICTAZINE
PANCALCION
GOUTTES
DE CHLORURE
DE CALCIUM
D'ACTION
RAPIDE & SURE
LABORATOIRES LE BRUN
5, rue de Lubeck — PARIS-XVIe

amis, aura lieu le mercredi 12 juin 1946, à 11 heures au petit amphithéâtre de la Faculté de médecine de Paris, sous la présidence de M. le Recteur G. Roussy.

Dispensaires anti-tuberculeux des Ardennes.

Le *poste de médecin chef des dispensaires anti-tuberculeux* des Ardennes est actuellement vacant. Le titulaire est recruté par concours sur titres. Traitement : 180 à 210.000 francs, auquel s'ajoutent les indemnités habituelles. Possibilité d'exercer, en outre, les fonctions de phtisiologue départemental.

Pour tous renseignements, s'adresser à la Direction départementale de la Santé, 1, avenue A.-Briand, à Mézières (Ardennes).

Laboratoire municipal de biologie et de chimie de Marseille.

Un concours *sur titres* sera ouvert le 15 juillet 1946 aux médecins français des deux sexes à la Mairie de Marseille, pour le recrutement d'un Chef du laboratoire municipal de Biologie et de Chimie. Age limite : 40 ans à la date du concours. Les inscriptions seront reçues jusqu'au 15 juin.

Pour tous renseignements, s'adresser : Bureau Municipal d'Hygiène, 6, rue Briffaut, Marseille.

Ordre des Médecins. Conseil Départemental de la Seine.

Au cours de sa réunion du 18 avril 1946, le Conseil départemental de la Seine de l'Ordre des Médecins, adoptant les conclusions de sa Commission d'Assurances et Sécurité Sociales et Contrôle Technique,

1° A émis le vœu que les plaintes présentées par les Caisses directement au Conseil Régional soient renvoyées pour instruction au Conseil départemental.

2° A maintenu MM. Fanton d'Andon et Richard aux fonctions de Directeur et Secrétaire du Contrôle Technique.

Faisant siennes ensuite les conclusions de la Commission médico-sociale de natalité et d'enfance, le Conseil a décidé :

1° de faire campagne pour favoriser l'allaitement maternel ;

2° de s'associer à la Semaine de l'Enfance ;

3° d'envoyer une délégation auprès des Conseils général et municipal chargée de la question urgente de l'approvisionnement de Paris en lait d'une qualité et d'une quantité suffisantes ;

4° de charger une sous-Commission d'établir un rapport sur les problèmes médicaux relatifs à l'immigration ;

5° concernant les questions d'avortement : *a*) de documenter les médecins sur les œuvres de protection maternelle et infantile ; *b*) de lutter contre la propagande par la création de services hospitaliers spéciaux pour avortées ; *c*) d'éliminer les avorteurs professionnels du Corps médical de la Seine et de se porter partie civile dans tous les procès d'avortement.

(Communiqué.)

Mariage.

Le docteur David Segall fait part de son mariage, célébré dans la plus stricte intimité, à Grenoble, avec Mlle Yvette Samet.

A paraître.

On nous annonce la parution prochaine de : *Le mal des ardents et le feu St-Antoine*, par le Dr H. Chaumartin, de Vienne.

Préface du Pr Laignel-Lavastine.
Prix en souscription : 500 francs.
S'adresser à l'auteur.

Le Concours Médical
Hebdomadaire fondé en 1879 par A. Cézilly.
Directeur honoraire : Docteur J. Noir.
Directeur : Dr G. Lavalée.
Rédacteur en Chef : Dr G. Fischer.
Rédaction, Administration et Publicité, 37, Rue de Bellefond, Paris 9e).
Téléphone : TRU 33-66. R. C. Seine 76.579.
Chèques postaux, Paris 167-95.
Abonnements : 1 an, 250 francs. - Etudiants, 125 fr. Le N° 10 fr. Changem. d'adresse 5 fr.

Désinfectant intestinal
sans contre indication
Pilules de
CHLORAMINE
FREYSSINGE
1er Jour : 12 pilules en 3 fois
2me Jour : 9 pilules en 3 fois
3me Jour : 6 pilules en 3 fois
Les jours suivants : 3 pilules en 3 fois
LABORATOIRE FREYSSINGE - 6, RUE ABEL - PARIS

TUBERCULOSES ET TOUTES DÉFICIENCES
OKAMINE
du Docteur DANI-HERVOUET
SIMPLE — CYSTÉINÉE — DRAGÉES
Laboratoire d'Oxyaminothérapie, 13, Rue Pavée, PARIS-4e

A TRAVERS L'OFFICIEL

MEDECINE LEGALE.

Un décret du 16 mai 1946 rend applicables à l'Algérie les décrets des 9 avril et 29 juillet 1945 relatifs aux tarifs des frais de justice en matière criminelle, de police correctionnelle et de simple police.

(*J. O.*, 18 mai 1946.)

MEDECINE DU TRAVAIL.

Arrêté ministériel du 17 mai 1946 complétant l'article 3 de l'arrêté du 15 mars 1946 relatif à la rémunération des médecins du travail.

Article premier. — L'article 3 de l'arrêté du 15 mars 1946 relatif à la rémunération des médecins du travail est complété comme suit :

« Au cas où la convention devant intervenir dans chaque département entre le syndicat des médecins et la caisse régionale de sécurité sociale n'a pas été approuvée par la commission nationale visée à l'article 10 de l'ordonnance du 19 octobre 1945 fixant le régime des assurances sociales applicables aux assurés des professions non agricoles, ou à défaut de cette convention, le tarif des consultations sera celui fixé par la commission nationale des tarifs prévue à l'article 10 de l'ordonnance susvisée. »

(*J. O.*, 19 mai 1946.)

PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE

Arrêté ministériel du 4 mai 1946 créant une commission nationale d'étude des questions obstétricales.

Article premier. — Il est créé au ministère de la Santé Publique et de la Population une commission nationale d'étude des questions obstétricales.

Cette commission aura notamment à établir un plan d'organisation de l'obstétrique en France.

Art. 2. — Les membres de cette commission seront désignés par arrêté du ministre de la Santé Publique et de la Population.

(*J. O.*, 17 mai 1946.)

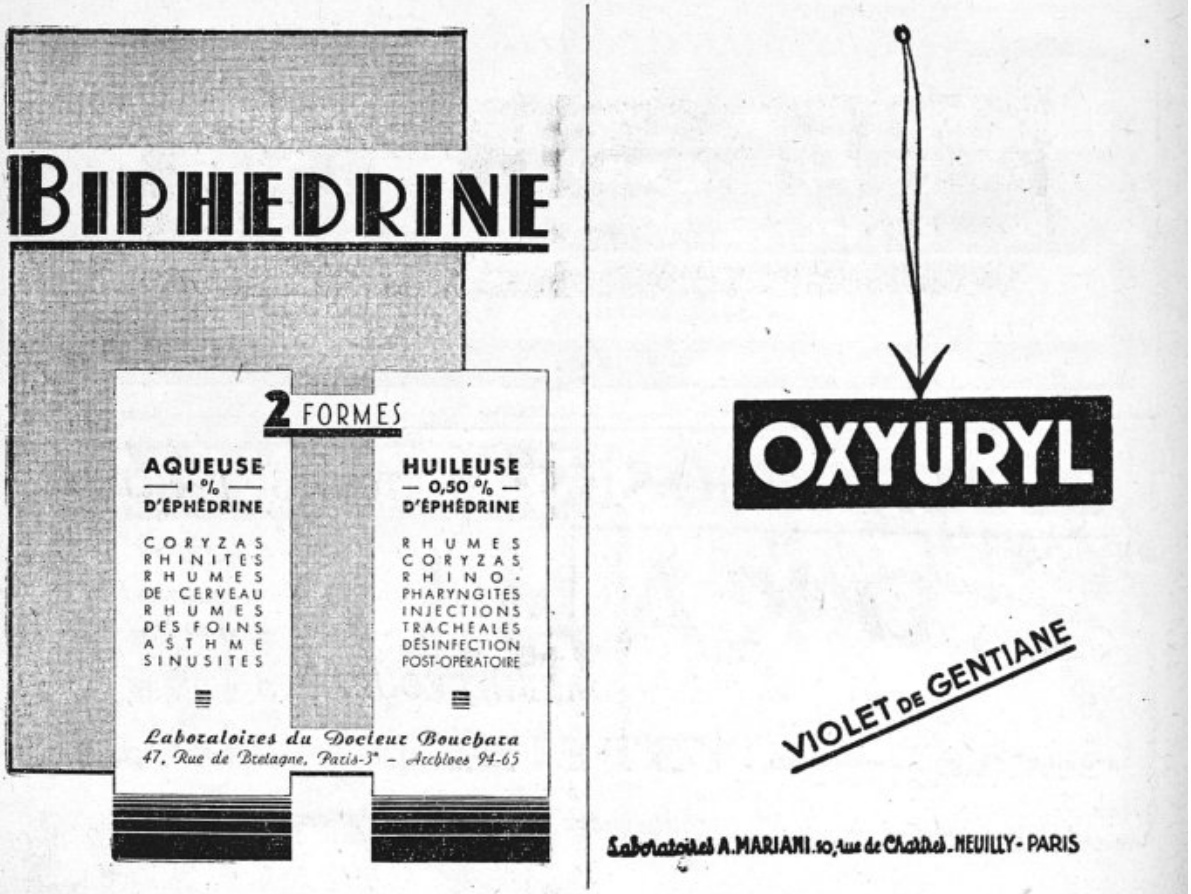
Arrêté ministériel du 14 mai 1946 réglementant les examens médicaux des personnes qui concourent à la protection, à la garde ou au placement des enfants du premier et du second âge.

Article premier. — Toutes les personnes qui concourent directement à la protection, à la garde ou au placement des enfants du premier et du second âge, dans les conditions visées à l'article 31 de l'ordonnance du 2 novembre 1945 sur la protection maternelle et infantile, devront pouvoir justifier auprès du directeur départemental de la santé qu'elles ont été vaccinées contre la variole et, pour celles d'entre elles qui sont âgées de moins de trente ans, contre la diphtérie et les infections typho-parathyphoïdiques.

La vaccination ou revaccination antivariolique ne devra pas remonter à plus de cinq ans.

Art. 2. — Les personnes visées à l'article précédent devront subir moins de deux mois avant leur entrée en fonctions un examen médical complet, comportant notamment un examen radiologique pulmonaire, destiné à établir qu'elles ne sont atteintes d'aucune affection contagieuse et, d'une manière générale, d'aucune maladie susceptible d'être dangereuse pour les enfants dont elles doivent s'occuper.

Les personnes antérieurement atteintes de tuber-



culose pulmonaire ne peuvent être admises aux fonctions visées à l'article 31 de l'ordonnance du 2 novembre 1945 sauf dans le cas où elles ne sont plus porteuses que de séquelles anciennes et cicatricielles dont l'innocuité est confirmée par l'épreuve du temps.

Les personnes en fonctions à la date de la publication du présent arrêté qui n'auraient pas subi l'examen précité le subiront dans les trois mois qui suivront cette date.

Art. 3. — Les personnes visées à l'article 1er ci-dessus devront être soumises, au moins une fois par an, au contrôle de leur état de santé. Ce contrôle comportera un examen radiologique des poumons.

Art. 4. — En période d'épidémie et dans les régions où certaines maladies contagieuses sévissent à l'état endémique, le directeur départemental de la santé pourra prescrire des examens supplémentaires destinés à s'assurer que les personnes visées dans le présent arrêté ne sont pas contagieuses, c'est-à-dire ne sont ni atteintes d'une maladie contagieuse ni porteurs de germes pathogènes.

Art. 5. — Les dispositions du présent arrêté pourront intervenir sans préjudice des garanties sanitaires exigées :

D'une part, des nourrices ou gardiennes en vertu des articles 21 et 24 de l'ordonnance du 2 novembre 1945.

D'autre part du personnel employé dans les crèches et pouponnières par les textes portant réglementation de ces établissements.

(*J. O.*, 17 mai 1946.)

ASSURANCES SOCIALES.

Arrêté ministériel du 17 mai 1946 supprimant la participation des assurés sociaux aux frais engagés pour les actes professionnels d'un coefficient égal ou supérieur à 50.

Article premier. — Les assurés sociaux et leurs ayants droit sont dispensés de la participation prévue à l'article 24 de l'ordonnance du 19 octobre 1945 pour les frais engagés à l'occasion de tout acte ou de toute série d actes constituant un traitement affecté, dans la nomenclature générale des actes professionnels annexée à l'arrêté du 29 octobre 1945, d'un coefficient global égal ou supérieur à 50.

Art. 2. — Ces dispositions sont applicables pour tous les actes effectués à compter du 1er juin 1946.

(*J. O.*, 24 mai 1946.)

Circulaire du Ministre du Travail du 22 mai 1946 fixant les tarifs applicables aux assurances sociales et aux accidents du travail.

Le Ministre du Travail et de la Sécurité sociale à MM. les Directeurs régionaux de la Sécurité Sociale.

J'ai l'honneur de vous faire connaître que la commission nationale d'homologation des tarifs médicaux, prévue à l'article 10 de l'ordonnance du 19 octobre 1945, vient, dans sa séance du 6 mai courant et à la suite des mises en demeure qui avaient été adressées aux syndicats médicaux, de fixer par voie d'autorité, les tarifs médicaux applicables pour les soins aux assurés sociaux dans tous les départements à l'exception de ceux dans lesquels des tarifs ont été prévus dans les conventions et précédemment approuvés par ladite commission, et des trois départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle, ainsi que de quelques départements de la région de Toulouse pour lesquels la décision est en suspens.

Les décisions de la commission des tarifs sont applicables dès réception de la notification qui en est faite par le secrétariat du conseil supérieur des assurances sociales aux parties intéressées, à savoir, unions régionales de caisses maladie mater-

VULCASE
COMPRIMÉS LAXATIFS cholagogues soufrés
CONSTIPATION - DERMATOSES
LABORATOIRES BRISSON
Dr DEDET & Cie, Pharmaciens
Anc. Internes des Hôpit. de Paris
157, rue Championnet, PARIS (18e)

Révulsif Fouchère
DEUX FORMES :
EMULSION : Adultes
POMMADE : Bébés, Enfants et Adultes à épiderme sensible
LABORATOIRES FOUCHÈRE
RIVE-DE-GIER (Loire)

GASTRHÉMA
Anémies — Anorexie
Hémogénie — Hypopepsie
GASTRHÉMA
Asthénie — 1 à 3 ampoules buvables par jour
Méthode de Castle — 17, Av. de Villiers, Paris-17e
GASTRHÉMA

Tarifs médicaux approuvés ou fixés par la Commission nationale des tarifs
(Application de l'article 10 de l'ordonnance du 19 octobre 1945)

I. — *Tarifs inscrits dans des conventions et approuvés par la Commission nationale des tarifs*

Syndicat départemental	Consultation	Visite	Visite du dim.	Visite de nuit	P. C.	K	Indemnité kilométrique	Forfait d'accouchem. simple	Forfait d'accouchem. gémell.	Date de notification
	francs	francs	francs	francs	francs	francs	francs	francs	francs	
Seine-et-Oise (1) :										
Zone I	100	120	175	240	60	60	»	3.000	»	21 mars 1946
Zone II	90	110	150	175	60	60	8	2.500	»	
Seine-et-Oise :										
Zone I	100	130	200	300	75	75	»	3.500	4.500	18 avril 1946
Zone II	90	110	170	250	75	75	10	3.000	4.000	
Seine-et-Marne	90	110	150	175	60	60	8	2.500	»	21 mars 1946
Côtes-du-Nord	80	100	150	200	60	60	10	1.500	»	21 mars 1946
Haute-Vienne	80	100	150	200	65	75	10	2.000	3.000	16 avril 1946
Charente-Maritime :										
Dans agglomération	80	100	200	250	60	75	»	1.800	»	16 avril 1946
Hors agglomération	»	80	»	»	»	»	10	»	»	
Corrèze	80	100	150	200	65	75	10	2.000	3.000	16 avril 1946
Creuse	80	100	150	200	65	75	10	2.000	3.000	16 avril 1946
Vienne	80	100	150	200	65	75	10	2.000	3.000	16 avril 1946

(1) Valable en principe pour le 1er trimestre 1946 et pratiquement depuis le 22 mars 1946 jusqu'à la notification de l'approbation de la seconde convention (19 avril 1946).

nité et syndicats médicaux. Cette notification porte la date du 16 mai.

Vous voudrez bien trouver, ci-joint (*cfr ci-dessus et ci-contre*) un tableau récapitulatif de l'ensemble des décisions qui ont été prises par la commission nationale en matière de tarifs médicaux depuis le début de son fonctionnement.

J'appelle particulièrement votre attention sur le fait que les tarifs dont il s'agit s'imposent à la fois aux organismes de sécurité sociale et aux médecins, sous la seule réserve, toutefois, pour ceux-ci, de certaines dérogations prévues à l'article 13 de l'ordonnance du 19 octobre 1945 susvisée.

A cet égard, je crois devoir vous rappeler les instructions qui vous ont été précédemment données par circulaire n° 54 S. S. en date du 24 avril dernier, en ce qui concerne l'application de l'arrêté du 3 avril 1946 fixant l'organisation et le fonctionnement de la commission départementale des dépassements de tarifs d'honoraires.

Micelliode
IODE COLLOIDAL MICELLAIRE ÉLECTRO-POSITIF
Toutes les Indications de l'IODE, SANS IODISME POSSIBLE
GOUTTES
Laboratoires de l'HÉPATROL _ 4 Rue Platon . PARIS (XVe)

NÉVRITES ESSENTIELLES - RHUMATISMES DÉGÉNÉRATIFS
apivène
venin d'abeilles
Laboratoires H. PORSIN, 39, rue Claude Bernard — PARIS (Ve)

II. — *Tarifs fixés d'office dans la séance du 6 mai 1946 pour l'ensemble des départements n'ayant pas passé convention, sauf pour les départements énumérés ci-après* (1)

	Consultation	Visite	Visite du dim.	Visite de nuit	P. C.	K	Indemnité kilométrique	Forfait d'accouchem.		Date de notification
								simple	gémell.	
	francs	francs	francs	francs	francs	francs	francs	francs	francs	
A. — Département de la Seine..... Commune de Lyon. Comm. de Marseille	100	130	200	300	75	75	.....	3.500	4.500	16 mai 1946
B. — Ensemble des départements...	80	100	150	200	60	60	10 (plaine) 12 (montagne) 15 (hte montagne) 30 (cas except.) (2)	1.800	2.400	16 mai 1946

(1) Haut-Rhin, Bas-Rhin, Moselle, Ariège, Haute-Garonne, Gers, Hautes-Pyrénées, Tarn.
(2) Les cas exceptionnels sont ceux où le médecin est, par suite de la mauvaise viabilité ou des intempéries, dans l'obligation d'effectuer plus d'un kilomètre à pied.
Il doit être tenu compte, pour le classement des localités dans l'une des quatre catégories, de l'arrêté du 5 mai 1939 (*Journal Officiel* du 18 mai 1939) concernant les frais médicaux en matière d'accidents du travail.

Il est absolument indispensable, dans l'intérêt du bon fonctionnement de la nouvelle législation, que les organismes de sécurité sociale ne portent devant les commissions départementales que les cas de dépassements importants ou répétés ou vraiment injustifiés. Toute plainte qui ne paraîtrait pas suffisamment fondée devra être écartée.

J'ajoute que les tarifs retenus par la commission nationale s'appliquent également pour les soins donnés en cas d'accidents du travail, sauf abattement de 20 % pour la visite et la consultation.

Il vous appartient, dès réception de la présente circulaire, de prendre toutes dispositions utiles pour que les décisions de la commission reçoivent le maximum de publicité tant auprès des organismes de sécurité sociale que des assurés eux-mêmes. Cette publicité s'effectuera notamment au moyen de communiqués répétés dans la presse locale, et d'affichage permanent dans les locaux des caisses, de l'union et de la direction régionale.

Vous voudrez bien me rendre compte, dès que possible, des mesures que vous aurez prises à la suite des présentes instructions. (*J. O.*, 24 mai 1946)

LE DÉFICIT EN CALCIUM ALIMENTAIRE
peut être comblé par
L'OPOTHÉRAPIE OSSEUSE
qui représente une méthode sûre de
RÉMINÉRALISATION



HOLOS
POUDRE D'OS OPOTHÉRAPIQUE VITAMINÉE
DESCHIENS, Docteur en Pharmacie, 9, Rue Paul Baudry - PARIS (8e)



ACOLITOL
TOPIQUE INTESTINAL
COLITES, ENTÉROCOLITES, INTOXICATIONS, INFECTIONS
LANCOSME, 71, Av. Victor Emmanuel III, Paris (8e)

BAUME THOMAS
Douleurs de la première dentition
Véritable Huile de Haarlem G. de Koning Tilly
Cachets Pachaut - Valériane Pachaut - Phosphogène Pachaut - Terbinthiol
Laboratoires THOMAS, 2, rue Ste-Cécile, 31, Fg Poissonnière, PARIS-9e

COIRRE

Pharmaciens de l'Université de Paris

DEPUIS 1849

PROSPER COIRRE 1849
GASTON COIRRE 1889

Dr JEAN COIRRE 1909
ET
PAUL COIRRE 1933
SUCCESSEURS

Pansement gastro-intestinal

ULCERES GASTRO-DUODENAUX
DYSPEPSIES - DIARRHEES
COLITES AIGUES ET CHRONIQUES
DIARRHEES DES NOURRISSONS

Aucune toxicité

2 à 5 cuillerées à café par jour
Echantillon sur demande

TITANE COIRRE

Anhydride titanique pur (TiO_2)

COIRRE - PHARMACIENS
5, Bd MONTPARNASSE, PARIS-6e
TEL. SEG. 02-79

SMP

PARTIE SCIENTIFIQUE

L'ACTUALITÉ PROPHYLACTIQUE

LA TUBERCULOSE, MALADIE DE LONGUE DURÉE AU TITRE DES A.S.

DÈS l'année 1925, la tuberculose, classée parmi les grands fléaux de l'humanité, avait fait l'objet de mesures de prévention de la part des Pouvoirs publics; il s'agissait de permettre aux tuberculeux invalides de guerre, par l'attribution d'une indemnité spéciale, de faire face aux dépenses que leur imposait leur maladie, lorsqu'ils n'étaient pas hospitalisés, et cela indépendamment des soins médicaux et pharmaceutiques, auxquels ils avaient droit (art. 64). En 1926, on assimila, dans le même but, les victimes civiles aux invalides de guerre. Dès l'année 1928, le ministre de la Guerre accordait également des congés d'un an avec solde aux militaires, atteints de tuberculose pulmonaire ouverte. Puis vint la loi du 30 mars 1929, qui, à tout fonctionnaire atteint de tuberculose ouverte, octroyait trois ans de congé avec traitement intégral, suivis de deux ans avec demi-traitement.

Une circulaire ministérielle du 20 juin 1930 précisait que ces mesures étaient réservées aux fonctionnaires de l'Etat, car leur extension aux personnels des autres collectivités n'avait pas paru possible.

AUJOURD'HUI cependant, c'est chose faite, car la tuberculose se classe d'elle-même au premier rang des affections, susceptibles de justifier les prestations de " longue maladie " (c'est-à-dire de maladie, dont l'évolution excède six mois), que vient d'innover, en son article 33, l'ordonnance du 19 octobre 1945 dans le plan de la Sécurité Sociale. En effet, sans discussion, son traitement doit être considéré comme devant dépasser une durée de six mois. D'autre part, il comporte l'abstention de toute activité, non autorisée, en l'espèce, le repos complet par la nature même des soins, et de ce fait entraîne une indemnisation importante pour arrêt du travail.

Une condition cependant découle logiquement des conditions imposées pour le bénéfice de cet article 33 : il faut de toute nécessité que **la maladie soit guérissable et qu'elle ne présente aucun caractère d'incurabilité.** En effet, l'intéressé devra, le moment venu " accomplir les exercices ou travaux prescrits en vue de favoriser sa rééducation ou son reclassement professionnels ".

C'EST ici que vont se poser au **clinicien** des problèmes, que nous allons essayer de préciser. Sur quelles données pourra-t-il se baser soit pour proposer, soit pour refuser l'application de l'ordonnance du 19 octobre 1945 ou son maintien à l'expiration de chaque pédiode de six mois : sujets à admettre, puis ultérieurement, sujets à déclarer guéris ou aptes à la rééducation professionnelle ; sujets à reconnaître incurables. Nous aurons en vue principalement la tuberculose pulmonaire. Nos indications seront puisées dans les textes réglementaires, qui déjà ont été élaborés, après consultation de membres de la Commission permanente de préservation contre la tuberculose, et de phtisiologues qualifiés, pour l'application des précédentes mesures de prophylaxie, mentionnées plushaut.

TOUT d'abord, il semble que d'emblée il ne faille pas admettre aux prestations de la longue maladie les sujets, qui présentent simplement une anomalie isolée du murmure vésiculaire, du son de percussion, ou ceux qui sont vaguement déclarés atteints d'une bronchite suspecte. Il en sera de même pour ceux, dont la cuti-réaction est devenue récemment positive.

On éliminera aussi les anciens tuberculeux qui, bien que guéris depuis longtemps, se soumettent à des réinsufflations intrapleurales (pneumothorax de sécurité). Il en sera de même en cas de symphyse pleurale étendue ou limitant d'une manière importante la mobilité du diaphragme ; en cas de paralysie durable de la moitié du diaphragme consécutive à une phrénicectomie, de rétraction thoracique ou d'épaississement pleural notables.

On n'admettra pas, enfin, les malades atteints de tuberculose extra-pulmonaire, dont la guérison peut être obtenue à la suite d'un traitement chirurgical.

POUR accorder le bénéfice de secours spéciaux dans le cas de tuberculose pulmonaire, le décret du 10 décembre 1929 envisageait fort rationnellement le cas de " tout fonctionnaire atteint de tuberculose ouverte ", et l'arrêté du 31 mai 1933 spécifiait également, qu'en plus des malades atteints de tuberculose pulmonaire avec expectoration bacillifère, il y avait lieu de noter ceux qui, malgré l'absence de bacilles dans les crachats, présentaient des signes cliniques et radiologiques avérés de tuberculose pulmonaire évolutive. La mesure était sage. Cependant, les arrêtés du 31 octobre 1941 et du 24 janvier 1942 concluaient à l'exclusion des congés de longue durée, les patients, atteints d'affection pulmonaire, dont l'expectoration n'avait jamais été reconnue positive au point de vue B.K., même s'ils présentaient des signes cliniques et radiologiques avérés de tuberculose pulmonaire évolutive. Il fallait qu'au cours des examens bactériologiques renouvelés, on put découvrir la présence des B.K. dans l'expectoration pour qu'un congé de longue durée fut accordé. Les mêmes dispositions viennent d'être renouvelées dans une récente circulaire d'application du Ministre du Travail et de la Sécurité Sociale, en date du15 février 1946.

C'est là, pensons-nous, une erreur regrettable, car une saine prophylaxie exige que la confirmation clinique et radiologique d'une tuberculose pulmonaire évolutive suffise à exclure temporairement un sujet de la collectivité du travail et par conséquent permette d'accorder les secours qui sont indispensables pour assurer des soins suffisants. Saura-t-on, en effet, si tous les moyens d'identifier les bacilles extériorisés par le malade auront toujours été mis à profit. Et d'ailleurs, certains sujets pourront avoir une expectoration bacillifère, tout en ne présentant que des signes cliniques discrets ; ils seront à retenir sans discussion.

Enfin, on admettra au bénéfice de la " longue durée " les malades, dont l'expectoration n'est plus bacillifère, mais qui seront en cours de traitement pour pneumothorax thérapeutique, et dont l'état nécessite un repos de longue durée. Il en sera de même pour les tuberculeux extra-pulmonaires **en évolution**, dont l'affection ne permet pas la continuation du travail et dont la guérison ne peut être obtenue par la chirurgie.

ABORDONS a question d'incurabilité et celle de guérison.

Pratiquement l'**incurabilité** sera l'aboutissant normal et rationnel de la période de " longue durée " même si cliniquement celle-ci apparaît réelle au cours de cette période en raison d'une aggravation des symptômes locaux ou généraux, ou même de l'apparition d'une complication fatale, telle que la tuberculose laryngée au cours de la tuberculose pulmonaire.

Dans certains cas cependant, l'intéressé pourra être suceptible de recueillir des avantages de fonction par la reprise anticipée de ses occupations, même à un taux réduit. laissant place à des exercices de réadaptation. C'est alors qu'il conviendra d'envisager les facteurs susceptibles d'affirmer la guérison.

La question de **guérison** ne se posera pas fréquemment au cours des trois années ; car, même si les choses évoluent favorablement, on sait combien longue et surveillée devra être la convalescence, et il sera prudent de laisser au sujet le bénéfice de " longue durée " jusqu'à l'expiration des trois ans. A noter d'ailleurs qu'aux fonctionnaires, avant leur mise en retraite, il est accordé un délai supplémentaire de deux ans avec demi-salaire.

En concordance avec cette disposition, retenons que l'article 38 de l'ordonnancç du 19 octobre 1945, prévoit que le service des prestations de longue durée **peut être repris pour un nouveau délai de trois ans,** si, après interruption de soins d'au moins **deux ans,** l'assuré remplit à nouveau les conditions d'octroi de ces prestations.

Les anciens tuberculeux ne seront considérés comme guéris, et exceptionnellement susceptibles d'être rééduqués, que si la disparition des signes physiques, fonctionnels et généraux est corroborée par l'absence de bacilles de Koch dans les crachats, vérifiée par plusieurs examens, et confirmée par le résultat négatif de l'inoculation au cobaye. Rappelons à ce propos que le tubage gastrique permet de recueillir dans un grand nombre de cas des sécrétions bronchiques dégluties. L'absence d'une expectoration bacillifère, constatée par plusieurs examens sous contrôle médical, devra concorder avec le résultat négatif des examens cliniques et radiologiques.

Pareille mise en surveillance semble devoir être prolongée pendant un long temps, afin de confirmer la guérison définitive. Citons à ce propos un article de la loi du 31 mai 1943 relative aux congés de longue durée accordés aux militaires : " Réintégrés dans le service actif, ceux-ci devront être soumis pendant dix ans à une visite médicale annuelle, effectuée par un médecin phtisiologue dans un service spécialisé. "

On impose au bénéficiaire l'**abstention de toute activité non autorisée,** éventuellement l'arrêt total de tout travail, lorsque cette dernière mesure est justifiée d'ailleurs par un repos complet indispensable pour assurer un traitement efficace de la " longue maladie ".

Pareille mesure existait déjà pour les tuberculeux de guerre qui, non hospitalisés aux frais de l'Etat, voulaient percevoir l'indemnité spéciale, créée pour eux par la loi du 13 juillet 1925. Ainsi, l'instruction ministérielle du 18 mai 1926 précisait que l'intéressé devait cesser l'exercice de tout métier, de toute profession, et arrêter tout travail rémunéré. Mais, certaine exception était prévue ; n'étaient pas considérés comme tels : les travaux domestiques, les travaux d'intérieur, le jardinage, le petit élevage. A cet égard, un contrôle discret (respectant le secret professionnel quant au diagnostic de la maladie) était organisé par les contrôleurs des lois d'assistance ou les inspecteurs du travail, ou tous autres agents désignés par les préfets.

DÈS le début, même ancien, de l'application de ces mesures de prophylaxie. le tiers pa yant, en plus du contrôle de la cessation de travail, s'est réservé, comme conditions indispensables, le droit de **contrôler les soins.** Le malade devait se soigner sous la surveillance des organismes antituberculeux, en l'espèce les dispensaires d'hygiène, créés par la loi du 15 avril 1916. La nécessité des soins spéciaux ayant été reconnue par le certificat du médecin traitant, puis par celui du médecin du dispensaire ou de l'inspecteur départemental d'hygiène, une visite trimestrielle par l'un de ces deux médecins servait à contrôler ces soins ; à domicile, une infirmière visiteuse pouvait, en outre, être déléguée. Mais, " en aucun cas, le médecin du dispensaire et le médecin contrôleur ne devront faire de thérapeutique, ni se substituer pour les soins au médecin choisi par le malade ". (Instruction ministérielle du 18 mai 1926, art. 2, 44 c.).

Aujourd'hui encore, le contrôle des soins demeure effectif et permanent. " Les prestations de l'assurance longue maladie ne devront être accordées ou renouvelées pour une période supérieure à six mois. En effet, même si la maladie semble devoir évoluer pendant une période beaucoup plus longue, il est indispensable que le malade soit revu périodiquement pour s'assurer, d'une part, qu'il suit régulièrement le traitement, qui lui est prescrit ", d'autre part, que son état reste tel qu'il justifie le maintien de cette forme d'assurance. (Circulaire du 15 février 1946.)

Dans les conditions nouvelles de l'organisation par les Assurances sociales des prestations pour longue maladie, on sait que la direction du contrôle médical appartiendra en propre à la Caisse régionale de Sécurité sociale : médecins praticiens et médecins-conseils devront s'entendre, au chevet des malades sur le traitement à instituer, pour une cure à proposer, une opération à effectuer. Les médecins praticiens feront de la médecine de soins, avant la fin du troisième mois, mais les médecins-conseils leur donneront par la suite le moyen de l'appliquer dans le cadre de la législation (séjour en sana, stations thermales, traitements spéciaux onéreux). Si cette dernière mesure fournit à la caisse les garanties indispensables avant l'engagement de dépenses souvent élevées, elle donne à l'assuré malade la certitude qu'il bénéficiera des meilleurs moyens techniques existants.

Un commentaire officiel des textes nouveaux renouvelle l'obligation du contrôle des soins, mentionnée ci-dessus à propos de l'indemnité de soins aux tuberculeux de guerre ; il spécifie notamment que " en aucun cas, il (le médecin-conseil) ne peut se substituer au médecin traitant, ni pour le diagnostic, ni pour la prescription ". C'est parfait, mais... attention ! Si ce n'est lui-même, ce sera un tiers (dangereuse innovation), car, si le médecin-conseil " a des doutes sur l'exactitude du diagnostic ou l'opportunité du traitement spécial *prescrit, il ne pourra, à défaut d'accord, que demander l'intervention* d'un médecin consultant ". **Et l'avis du médecin consultant sera sans recours.** (art. 33, § 4).

G. FISCHER.

ERYTHRODERMIE ARSENICALE VESICULO-ŒDEMATEUSE GUÉRIE PAR LA SULFAMIDOTHÉRAPIE

par MM. Louis GRAS et Jean VAUTIER
anciens internes des Hôpitaux de Paris,
(Les Sables d'Olonne)

Il nous a été donné d'observer récemment une érythrodermie vésiculo-œdémateuse survenue au cours d'un traitement arsenical dissimulé ; la dermatose était apparue quelques jours auparavant et un traitement banal mis en œuvre, l'état s'aggravant nettement, la malade fut transportée dans notre service hospitalier.

Etant au courant des observations d'érythrodermie arsenicale grave guérie par la sulfamidothérapie et rapportées à la Société de Pédiatrie en juillet 1941 et en 1944 par M. Léon Tixier, dont l'un d'entre nous a été l'élève aux Enfants Malades, nous avons obtenu par le traitement sulfamidé aussitôt mis en œuvre, une guérison rapide en quelques jours, de cette dermatose longue, récidivante et particulièrement grave puisque les cas de mort sont loin d'être exceptionnels.

Voici l'exposé de l'observation que le docteur Clément Simon a bien voulu présenter à la Société de dermato-syphiligraphie de Paris (séance du 14 février 1946) :

« Mme H... Alphonsine, âgée de 58 ans, consulte en septembre 1945, un spécialiste dermatologue pour un ulcère variqueux de la jambe gauche accompagné de manifestations eczémateuses périphériques. Outre le traitement local, le spécialiste prescrit un traitement arsénico-mercuriel par l'énésol : injection intra-musculaire deux fois par semaine d'une ampoule de 5 cc.

La malade se fait faire les injections par la sage-femme de la localité où elle réside, malheureusement sans aucune surveillance médicale. Après quelques injections la malade constate l'apparition sur les deux jambes, au niveau des deux genoux, de manifestations cutanées ; elle ne consulte pas à nouveau pour ces manifestations qu'elle croit dues à l'extension des lésions péri-ulcéreuses et le traitement est poursuivi.

Le 3 novembre 1945, apparition brutale d'une éruption très prurigineuse étendue rapidement à tout le corps. Appelé en toute hâte en consultation, le spécialiste prescrit l'arrêt du traitement et un traitement banal avec hyposulfite de Na per os et prévient la famille d'une évolution de six semaines au moins.

Le 7 novembre, la malade se fait transporter dans notre service hospitalier. A son entrée l'aspect de la malade est typiquement celui d'une érythrodermie vésiculo-œdémateuse.

L'érythème avec œdème est généralisé; la face est bouffie, d'aspect lunaire, les paupières tuméfiées ne peuvent s'ouvrir, un écoulement mucopurulent suinte des commissures palpébrales ; de multiples bulles de différentes tailles sont rompues et suintent. Prurit intolérable.

La température rectale est à 38,8, ni sucre, ni albumine dans les urines. Traitement immédiat.

Saupoudrage abondant de tout le corps avec : tanin, 2 gr. ; sulfamide, 8 gr. ; vert de méthyl, 0 gr. 05 ; violet de gentiane, 0 gr. 05.

Instillation dans les commissures palpébrales plusieurs fois par jour d'argyrol à 4 %.

Matin et soir injection intra-musculaire profonde de deux ampoules de soludagénan à 1 gr. de sulfamide, soit 4 gr. par jour.

Per os douze comprimés de Vitamine P pour essayer d'éviter l'intolérance sulfamidée.

Régime lacté intégral, avec boissons abondantes diurétiques.

Les ongles sont coupés aussi ras que possible, et pour faire cesser le grattage incessant, injection sous-cutanée plusieurs fois par jour d'un sel de morphine.

La diurésie est étroitement surveillée pendant le traitement et se maintient satisfaisante.

Les 8 et 9 novembre, 4 gr. de soludagénan sont injectés.

Le 10, la malade commence à vomir et la dose est baissée à un gramme de soludagénan matin et soir.

Le 12 novembre, l'amélioration est manifeste mais l'intensité des vomissements fait cesser les injections de soludagénan et l'on continue le même traitement en remplaçant le soludagénan par cinq grammes per os de néo-coccyl pour les journées des 12 et 13 novembre.

Le 14, l'amélioration continue ; la malade peut ouvrir les yeux, le suintement est presque tari ; la peau est nette et desquame par larges plaques ; la malade continuant à vomir, le traitement sulfamidé est cessé et seul le traitement local est continué. Malgré sa suppression l'évolution se poursuit favorablement. En quelques jours, le prurit disparaît, la desquamation en large plaques s'achève, la malade a repris son aspect normal et elle retourne chez elle guérie, le 23 novembre, quinze jours après son entrée.

En résumé, érythrodermie vésiculo-œdémateuse arsénicale grave, guérie en six jours avec douze grammes de soludagénan intra-musculaire et 10 gr. de 1162 F per os.

Nous croyons utile de rapporter cette observation. Elle illustre une fois de plus, le grand danger des traitements arsénicaux, même avec des préparations réputées peu toxiques, effectuées sans surveillance médicale rigoureuse. Elle confirme la guérison rapide et simple par la médication anti-infectieuse sulfamidée d'une dermatose longue, récidivante et particulièrement grave.

Depuis la communication princeps en juillet 1941 de M. Léon Tixier à la Société de Pédiatrie de Paris, de nombreuses observations analogues à la nôtre ont été publiées et sont venues confirmer les vues de notre Maître. MM. Emile Bertin et Claude Huriez ont obtenu de magnifiques résultatse dans une dizaine de cas d'érythrodermie arsénicale. Certaines de ces observations concernaient des cas durant depuis plusieurs semaines et considérés comme désespérés.

M. Léon Tixier rapporte en mars 1944 à la Société de Pédiatrie une nouvelle observation très démonstrative.

Récemment, à la Société de dermato-syphilographie de Paris, plusieurs auteurs se sont élevés contre cette thérapeutique qu'ils estiment inefficace et pouvant être dangereuse. Pour nous, ayant obtenu un beau succès avec ce traitement, si un seul cas ne nous autorise pas à conclure, il nous paraît cependant utile de verser l'observation au débat et de la publier.

LES MÉTHODES MODERNES DE RÉANIMATION

LEUR APPLICATION AUX ACCIDENTS DU TRAVAIL

Par M. le Professeur Léon BINET

M. Léon Binet, professeur de physiologie à la Faculté de Médecine de Paris, dont le service, à l'hôpital Necker, est spécialisé dans le traitement des asphyxies, a fait le 21 mai 1946, au siège de la Société d'encouragement pour l'industrie nationale, une conférence — XIe Conférence Carrion, présidée par M. Louis Pineau — sur la question de la réanimation, en particulier dans ses applications aux accidents du travail.

Après un hommage aux médecins militaires, français et alliés, qui ont appliqué la réanimation sur les champs de bataille et dans les hôpitaux d'évacuation durant la dernière guerre, M. Binet montre comment la méthode doit entrer dans la pratique du temps de paix.

Trois grands syndromes peuvent bénéficier de la réanimation : le syndrome hémorragique, le shock, et les asphyxies.

1° La réanimation dans les grandes hémorragies.

Du fait qu'il saigne, l'organisme présente certaines réactions de défense. Les centres nerveux supérieurs entrent en jeu et, pour combler la perte de liquide sanguin, les organes se contractent, se vident partiellement du sang qu'ils contiennent ; de ce fait, par exemple, la rate se réduit notablement de volume. Le sujet " s'injecte " ainsi de lui-même, le malade apportant son propre remède. Mais ces phénomènes ne peuvent évidemment être que temporaires et si l'hémorragie est importante et prolongée, le mécanisme vital s'arrête ou disparaît progressivement. Dans ces conditions, que peut-on faire ?

Il convient de savoir que l'organisme, même saigné à blanc, conserve encore une réserve de sang, des 2/5 environ de la masse totale, soit 2 litres en moyenne. La réanimation, dès lors, devient surtout une question de mécanique circulatoire. Il faut fournir du liquide aux vaisseaux en pratiquant des injections intravasculaires. Injecter quoi ? Du sang frais de donneur, par transfusion directe, du sang conservé (à + 4°), du plasma : l'injection de plasma est une méthode française, que les Américains ont développée et rendue plus pratique par l'emploi de plasma sec, solubilisé au moment de l'usage. Une autre méthode, française également, est l'injection de sérum artificiel, sérum salé, dont la formule peut, il va sans dire, être modifiée. Injecté chaud dans la veine, le sérum artificiel est, dans les grandes hémorragies, un excellent agent de réanimation qui a l'avantage d'être facilement et rapidement à la portée du médecin, du médecin d'usine, ce qui n'est pas toujours le cas pour le sang frais ou conservé, ou le plasma. Son action, rapide (par voie veineuse, bien entendu), pourra être complétée par des transfusions diverses. Plusieurs auteurs américains font appel actuellement, d'ailleurs, aux sérums fluides. Les sérums visqueux peuvent déclencher des accidents.

2° La réanimation dans le shock.

Comme dans les hémorragies, l'organisme atteint de shock, va lutter. Il forme, par exemple, plus d'adrénaline que dans les conditions normales. Il faut remonter les hypofonctionnements, si accusés, de ce syndrome (hypotension, hyposensibilité, etc.). Il n'y a pas, ici, de perte de sang à l'extérieur, mais une perte sanguine " à l'intérieur ". Près de 45% de la masse sanguine s'est, en effet, chez les shockés, infiltrée dans les tissus et reste immobilisée et inutilisée pour la circulation. Pour remonter celle-ci, l'injection de sérum artificiel est, là encore, un moyen réanimateur qu'il convient de ne pas oublier : injection intraveineuse, de sérum chaud, faite sans attendre, et que l'on complètera par tous autres moyens offrant des indications.

3° La réanimation dans les asphyxies.

Les grands agents réanimateurs sont, chez les asphyxiés, l'oxygène et la respiration artificielle. Le Corps des sapeurs-pompiers de Paris a acquis une légitime réputation dans ce traitement. On administrera l'oxygène vite et beaucoup, dans les asphyxies toxiques et les asphyxies mécaniques de l'électrocution en particulier. Un animal maintenu en état d'apnée par le passage d'un courant électrique peut continuer, pendant plus d'une heure, à vivre s'il est soumis à l'oxygénothérapie trachéale.

Les bienfaits de la respiration artificielle sont connus. On l'applique, soit avec divers appareils, soit manuellement. Un médecin français, Woillez, avait autrefois imaginé un " poumon d'acier ", idée qui fut reprise par les Américains. La méthode manuelle, des pressions manuelles sur le thorax, que le médecin d'usine et le médecin en général peuvent toujours utiliser sans délai, est excellente et agit merveilleusement ; peut-être ne la pratique-t-on pas autant qu'il conviendrait.

En conclusion, la **réanimation**, effectuée dès l'apparition si possible du syndrome hémorragique, de shock ou d'asphyxie, et dans les conditions ci-dessus énumérées, **n'est pas un mythe** et mérite son nom. Les injections **intraveineuses** de sérum, l'oxygène, la respiration artificielle manuelle en seront, d'une manière générale, les **bases**, complétées par toutes autres méthodes et thérapeutiques appropriées.

(Conférence recueillie et résumée par le Dr P. Lacroix.)

CONSULTATIONS MÉDICO-CHIRURGICALES

L'HEURE PROPICE POUR LES BAIGNADES

Nous avons reçu du Dr Foulquier, Directeur du Bureau municipal d'hygiène de la ville de Nîmes la lettre suivante :

Je viens vous demander s'il serait possible d'avoir une opinion qualifiée sur les dangers de mort par congestion causée chez des baigneurs. qui prennent des bains sans tenir compte de la digestion.

Ayant été appelé par l'Inspecteur de l'Education physique et des Sports du Département du Gard à faire une causerie sur « l'Hygiène individuelle et collective des nageurs et l'influence de la Natation sur la santé » à un collège de nageurs, suivant un stage de perfectionnement à la piscine municipale de la Ville, des Moniteurs se sont élevés contre le fait de choisir l'heure de la baignade, disant qu'on pouvait impunément prendre un bain à n'importe quel moment de la journée.

A l'heure où le problème des responsabilités se pose pour toute question, il serait bon de savoir si de tels Moniteurs de natation n'encourraient pas de risques judiciaires dans le cas où un sujet mis sous leur dépendance était pris de congestion et se noyait, ceci se passant en dehors des heures où la digestion peut être mise en cause.

Comme deuxième question, je vous signalerai que ces Moniteurs déclarent qu'il n'y a pas de congestion et qu'en parlant ainsi on cause un préjudice à la vulgarisation de la natation.

Vous m'obligeriez beaucoup si vous pouviez faire traiter cette importante question, car, à mon avis, une mise au point s'impose, et l'on ne saurait trop prendre de précautions pour éviter la perte de vies humaines par noyade, perte encore trop élevée que nous sommes appelés à contrôler chaque année.

***

Nous avons soumis cette question à M. le professeur Tanon, membre de l'Académie de médecine, qui a bien voulu nous adresser la « Consultation » qui suit :

La question que vous me posez est très intéressante et importante. J'y ai souvent pensé à propos de mes cours, et à l'occasion de noyades que j'ai vues après les repas.

Notre confrère a eu parfaitement raison, dans sa conférence, d'insister sur ce point. Les professionnels qui lui ont fait des objections risquent de provoquer des accidents, parce qu'ils ne sont pas très au courant des réactions physiologiques dans les bains froids.

Il est compréhensible que les maîtres de nage, très entraînés, considèrent qu'on peut se baigner à n'importe quelle heure.

Mais du point de vue physiologique, cette opinion. mise en pratique, risque de provoquer des accidents Il est indéniable que le bain, surtout froid, pris après le repas peut entraîner des congestions. Toutes les recherches ou expériences prouvent qu'au moment de l'immersion, le sang reflue violemment, de la périphérie vers le centre, en même temps que se manifestent des phénomènes congestifs brusques du côté du poumon ou de l'estomac ainsi que du côté du système nerveux.

On peut considérer comme sage l'aphorisme qu'il ne faut pas se baigner avant qu'il ne soit écoulé 2 heures depuis le repas. Peut-être certains organismes n'en subiront-ils pas de dommages, mais ces exceptions ne doivent pas servir à établir une règle générale. Les réactions à l'eau froide varient sans qu'on puisse les contrôler, suivant les individus et la température de l'eau, et une petite lésion organique méconnue peut être cause de mort.

Je crois, d'après ce que j'ai observé, comme d'autres, que tout dépend du repas. Si l'on peut, sans inconvénient, manger étant dans l'eau, ou se baigner immédiatement après, ou encore entrer dans l'eau après un repas léger, il n'en est pas de même après un repas copieux. C'est la cause pour laquelle les Hollandais comme les Anglais n'en tiennent pas compte. Leur repas de midi ou de une heure est moins fort que celui du matin ou que le dîner. Chez nous, le repas de midi est en général plus important, plus long, et la digestion est plus forte. Dans ce cas, le bain froid est contre-indiqué et peut être dangereux. Tout dépend de la façon dont on a mangé. Après un repas court et léger, pas d'inconvénient. Après un repas complet et long, danger. Par cela l'opinion des maîtres nageurs et celle du public sont conciliables.

Professeur TANON.

LES LIVRES

MASSON ET Cie, ÉDITEURS

A. Tzanck, médecin de l'Hôpital Saint-Louis, directeur du Centre national de transfusion sanguine, et M. Bessis, assistant au Centre de transfusion— **Quelques vérités premières (ou soi-disant telles) sur la transfusion sanguine.** Un volume de 66 pages (Collection des Vérités premières), 80 francs.

Voici les divisions de cet ouvrage : I. Généralités. Les groupes sanguins ; Sang frais et sang conservé ; Plasma ; Le Transfuseur.

II. La Transfusion dans les hémorragies : Clinique; Physiopathologie ; Traitement.

III. La Transfusion dans le choc traumatique ; Définition ; Clinique ; Choc des brûlés, des ensevelis ; Maladie post-opératoire ; Rechute du choc. Physiopathologie ; Traitement ; Choc et évacuation.

IV. La transfusion dans les affections médicales : Anémies ; Syndromes hémorragiques ; Autres indications ; Le facteur Rh.

V. Les accidents de la transfusion :Généralités cliniques ; Physiopathologie ; Prophylaxie.

VI. Technique : Prélèvement ; Injection.

LES ÉDITIONS MÉDICALES FLAMMARION

Aide-mémoire des Secouristes, par les Drs Deniker et R. Legendre. Une brochure, 46 pages, 15 fr.

Hygiène (Enseignement du Secourisme), par les Drs J. Barbet et J. Moulin. Une brochure, 68 pages, 28 fr

Puériculture (Enseignement du Secourisme), par les Drs Grislain et R. Pichon. Une brochure, 48 pages, 22 fr

Ces trois brochures, de la " Collection des Manuels d'enseignement de la Croix-Rouge française ", sont des manuels de vulgarisation écrits pour les Secouristes de la Croix-Rouge. Ils exposent : le premier, les soins d'urgence en cas d'accidents ; le second, l'hygiène élémentaire ; le troisième, la puériculture élémentaire.

ACADEMIE DE MEDECINE

Recherches sur l'action cancérigène de certaines substances colorantes.

(MM. G. Roussy et M. Guérin ; 5-3-1946)

Kinosita et ses collaborateurs (1937), ayant administré à des rats et des souris, nourris avec du riz non poli, du p-diméthyl-amino-azobenzène ou jaune de beurre, produit couramment utilisé pour colorer certains aliments, le beurre en particulier, ont obtenu chez ces animaux des cancers hépatiques.

Reprenant cette expérimentation, MM. Roussy et Guérin ont fait ingérer à des rats et des souris, une solution de jaune de beurre mélangée, chaque jour, à l'alimentation. Les résultats ont été beaucoup moins caractérisés que ceux signalés par les auteurs japonais. Négatives, en ce qui concerne la production de cancer hépatique chez le rat par ingestion de jaune de beurre (ce qui s'explique peut-être par l'intervention d'un facteur d'inhibition qui se trouverait dans la nourriture des animaux ou par l'absence d'un facteur favorisant du riz), leurs expériences ont montré néanmoins un pouvoir sarcomatogène du jaune de beurre en applications répétées sur la peau du rat.

La question de l'action cancérigène de certaines substances colorantes chez l'homme reste donc posée et appelle de nouvelles recherches.

— M. Martel remarque que si les faits signalés par M. Roussy ne permettent pas de conclure à un danger démontré en ce qui concerne l'usage de colorants de synthèse, chez l'homme, ils commandent néanmoins d'être très circonspects en la matière.

Trop souvent, les colorants synthétiques sont employés d'une façon qui étonne. Alors que le beurre peut être coloré avec le jus de carottes, on a recours à un jaune susceptible d'être dangereux. De même pour les bonbons, les glaces, certaines dragées médicamenteuses.

ACADEMIE DE CHIRURGIE

A propos du traitement des métastases vertébrales douloureuses du sein, par la castration ovarienne.

(M. P. Funck-Brentano ; 6-2-1946)

A une précédente séance, M. André Sicard a recommandé la castration ovarienne comme thérapeutique des douleurs des métastases du cancer du sein. M. Funck-Brentano verse aux débats de cette intéressante question l'observation d'une femme opérée d'un cancer du sein et soumise dix-sept jours plus tard à la castration par rayons X. Or, chez cette femme, six mois après la castration radiologique et la suppression des règles, apparut néanmoins une localisation néoplastique vertébrale accompagnée de son cortège douloureux habituel.

— M. André Sicard remarque qu'il n'a été question, dans sa communication, que du traitement « de la douleur » dans le cancer métastatique du rachis. Ces observations aideront à éclairer le rôle encore mystérieux de la castration dans l'évolution des cancers du sein et de leurs métastases.

Sur un test de résorption utilisable dans le diagnostic du choc et dans son évolution.

(MM. Laborit et Morand. — Rapport de M. Leveuf ; 6-2-1946)

Les auteurs ont étudié chez le sujet normal et chez les choqués la vitesse de résorption d'une boule d'œdème sous-cutané, constituée par injection de 2 cc. de plasma humain.

Chez le sujet normal, la vitesse de résorption évolue en un temps variant entre deux et six heures. Chez les sujets choqués, ou plus exactement qui viennent d'être l'objet d'un traumatisme violent, accidentel ou opératoire, le phénomène constant est la rapidité très grande de résorption de cette boule d'œdème : une demi-heure environ.

Il y a donc là un test utilisable dans le diagnostic du choc, après traumatisme violent, accidentel ou opératoire. La vitesse de résorption se modèle d'ailleurs sur la gravité des lésions ; elle atteint son maximum au cas de mort rapide et se ralentit quand le malade revient à l'état normal.

P. L.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX DE PARIS

Leucose aiguë à plasmocytes.

(MM. Jacques Decourt, A. Rubens-Duval, J. Guillemin et D. Bouttier ; 8-3-1946)

La maladie a évolué en quelques semaines. Lésions osseuses radiologiquement décelables. Elle prit l'allure d'une anémie fébrile avec atteinte profonde de l'état général, développement rapide d'une hépatomégalie considérable avec splénomégalie modérée et apparition de plasmocytes dans le sang dans la proportion de 8 à 21 %. Les myélogrammes indiquaient une proportion plus forte, supérieure à 50 %. Les frottis d'organes et l'étude histologique post-mortem montrèrent dans le foie et la rate, non pas des infiltrations leucémiques plus ou moins localisées, mais une prolifération plasmocytaire diffuse plus importante encore qu'au niveau de la moelle osseuse. Il s'agissait donc vraiment d'une leucose à plasmocytes nettement distincte de la maladie de Kehler, comme dans l'observation rapportée récemment par M. Lamy.

Endocardite lente, à streptococcus viridans, greffée sur une maladie de Roger, apparemment guérie par des doses massives de pénicilline.

(MM. L. de Gennes et A. Briskier ; 8-3-1946)

Endocardite d'Osler à streptococcus viridans, greffée sur une maladie de Roger et apparemment guérie par 47 millions d'unités de pénicilline. Les hémocultures restent négatives, la température, la sédimentation, la formule sanguine restent normales trois mois après la cessation du traitement.

C'est le troisième cas de maladie d'Osler confirmée que les auteurs relatent avec le même succès thérapeutique se maintenant depuis 5, 4 et 3 mois. Les malades sont en parfait état de santé.

MM. de Gennes et Briskier insistent sur la nécessité des fortes doses initiales (1 million et demi d'unités, par jour) et d'un traitement lente-

ment dégressif et longtemps prolongé. Ils pensent que les lésions congénitales du cœur sont plus faciles à atteindre par la pénicilline que les lésions valvulaires acquises.

Tout en faisant sur l'avenir des malades toutes réserves nécessaires, ils estiment ces résultats très encourageants et pensent que la maladie d'Osler a cessé d'être la plus incurable des septicémies.

J. Ch.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX DE LYON

Sur une épidémie familiale de poliomyélite.
(MM. P. Sédallian et M. Vialtel ; 26-6-1945)

MM. Sédallian et Vialtel relatent l'histoire de trois enfants qui présentèrent des accidents aigus de poliomyélite à début presque simultané (à quelques jours d'intervalle). L'étiologie, bien que restant imprécise, a pu être hydrique, les petits malades ayant, étant en voyage dix jours auparavant, bu une eau d'origine inconnue.

SOCIETE FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

(Réunion de la Filiale Lyonnaise : 28-6-1945)

Les affections dermatologiques au camp de concentration de Buchenwald.

M. J. Rousset signale dans sa communication la fréquence des dermatoses au camp de Buchenwald. Le régime alimentaire et l'infection ont joué le rôle principal dans leur génèse, les avitaminoses et les autres carences n'étant intervenues qu'à titre secondaire. Les conditions de vie dans le camp ont imprimé souvent aux dermatoses une allure particulière ; on a observé, par exemple, des complications mortelles dans l'impétigo et les pyodermites, des gangrènes dans les engelures, etc.

LA PRESSE

A propos du traitement pathogénique de l'asthme. — **A. Dudan** (Vevey), nous présente un vieux problème sous des aspects nouveaux. Dans l'asthme, la sensibilité réactionnelle propre de l'individu dépasse l'importance accordée aux caractères d'agressivité des réactogènes. Se libérant d'un empirisme trop schématique (régimes, iodure, arsénic, belladone) de nouvelles médications visant le développement pathogénique de la maladie asthmatique sont à l'étude. L'auteur divise schématiquement les asthmatiques en deux groupes : ceux d'expression constitutionnelle avérée et non tuberculeux, et les asthmatiques tuberculeux reliés, par delà leur nervosisme constitutionnel, à la grande famille nosologique des imprégnés bacillaires.

Les asthmes constitutionnels, ressortissant à l'ancienne constitution neuro-arthritique, comprennent les asthmes infantiles de première et seconde enfance, la plupart des asthmes de l'adolescence et de nombreux asthmes de l'adulte. Les caractères communs à ce groupe comportent : la filiation héréditaire, le jeu des alternances et des parentés morbides de la maladie asthmatique, le déséquilibre neuro-végétatif accusé et l'instabilité humorale, les sensibilisations de type anaphylactique, les sensibilités hépato-digestives et respiratoires. A ceux-ci il faut ajouter l'absence habituelle de tuberculose, vérifiée par les anamnestiques, la clinique et la radiologie ; la fréquence de la cuti-réaction tuberculinique négative à tous les âges est frappante ainsi que l'absence d'une épine respiratoire asthmatogène. Nous avons affaire à une localisation respiratoire majeure (avec nervosité spasmogène locale) d'une maladie souvent générale et à manifestations dispersées. Deux notions essentielles apparaissent : l'intervention du système neuro-végétatif et un intermédiaire chimique : l'histamine ; il y a une véritable intoxication histaminique ; la méthode de choix est l'ionisation histaminique (au moyen d'une pommade à l'histamine à 2 %) ; elle était employée dès 1939 dans le traitement des urticaires ; des séances de 3 à 5 minutes avec 3 à 5.000 ampères chez les adultes, de 2 à 4 minutes avec 2 à 3.000 ampères chez les enfants et les adolescents ont lieu tous les deux jours au nombre de 12 à 15 séances, puis sont espacées pendant 6 à 12 mois. Il faut un long traitement, même après effacement des crises, afin d'agir préventivement, en deçà de leur seuil d'apparition. On note la guérison de 4 cas sur 5. Des adjuvants s'adressent aux rhinites, sinusites, polyposes, eczémas, troubles hépato-digestifs. (Soufre colloïdal, extrait hépatique.)

Quant à l'asthme tuberculeux (car il n'y a plus d'antagonisme entre la tuberculose et l'arthritisme), la cuti-réaction tuberculinique positive en est le test révélateur et indispensable. Il n'existe aucun rapport quantitatif entre la gravité de l'atteinte tuberculeuse et l'apparition de l'asthme, mais un rapport qualitatif, qui tient son individualité de l'hérédo-terrain ou du terrain modifié, et de la bénignité relative de l'infection tuberculeuse. L'organisme hypersensibilisé à la tuberculine ne peut être traité que par des microdoses d'or. D'autre part, la cuti-réaction tuberculinique en plus de sa valeur pour la classification des asthmatiques, possède une valeur thérapeutique manifeste chez ceux de ces malades atteints de prurit, d'eczéma ; il suffit de répéter cette réaction pour obtenir la régression de ces accidents cutanés. Enfin la chrysothérapie peut être reprise sans le retour de pareilles complications. La cuti-réaction est pratiquée, suivant la méthode de Pirquet, avec de la vieille tuberculine de Koch brute ; deux à trois jours plus tard, on commence la chrysothérapie intraveineuse selon la posologie des micro-doses : thiosulfate double d'or et de sodium, progressivement de 0,01 à 0,05, le sel d'or étant dissous dans 2 à 5 cc. d'eau distillée. La plupart des asthmatiques tuberculeux réagissent favorablement à ce traitement ; mais l'arrêt des crises reste d'une durée très inégale suivant les malades. (« Le Poumon », décembre 1945.)

G. F.

AFFECTIONS SAISONNIÈRES DES VOIES RESPIRATOIRES SUPERIEURES

CORYZA
RHUME DES FOINS
TRACHÉO-BRONCHITE

cèdent rapidement grâce à la
SYNERGIE MÉDICAMENTEUSE
ANTIDYSPNÉIQUE & DÉCONGESTIVE
réalisée par la

CORYPHÉDRINE

ASPIRINE + SANÉDRINE
Acide acétylsalicylique — Chlorydrate d'Éphédrine lévogyre

SOUS FORME DE
COMPRIMÉS
RENFERMANT
ASPIRINE : 0.GR.50
SANÉDRINE : 0.GR.015

Tube de 20 comprimés

1 à 4 comprimés par 24 heures
en prises espacées

SOCIÉTÉ PARISIENNE
D'EXPANSION CHIMIQUE
SPECIA
MARQUES POULENC FRÈRES
ET USINES DU RHÔNE
21, Rue Jean Goujon · PARIS

PARTIE PROFESSIONNELLE

PROPOS DU JOUR

DE LA SANTÉ DU MÉDECIN

DANS l'ordonnance du 24 Septembre 1945, reglementant l'exercice et l'organisation de la profession de médecin est un article 65 ainsi libellé :

« Dans les cas *d'infériorité ou d'état pathologique rendant dangereux l'exercice de la profession*, le Conseil régional (de l'Ordre) pourra prononcer *l'interdiction d'exercer*. Celle-ci qui sera toujours temporaire et, s'il y a lieu, renouvelée, ne sera prononcée qu'après examen par trois médecins experts spécialistes, désignés l'un par l'intéressé ou sa famille, le second par le Conseil départemental et le troisième choisi par les deux premiers. Un rapport motivé sera adressé au Conseil régional. »

Les lois de Ventôse et de 1892 étaient muettes sur la santé du médecin. Jusqu'à ce jour un médecin aliéné ou épileptique pouvait soigner les malades et même pratiquer des opérations dangereuses. Le médecin, dans l'exercice de sa profession, ne relevait que de sa conscience. Qu'arrivait-il s'il était inconscient ?

L'Assistance publique de Paris nous a fourni, il y a une cinquantaine d'années, un exemple. Il s'agissait d'un chirurgien d'un grand hôpital manifestement aliéné : un jour il incisait un abcès avec un bistouri en se fendant comme dans un assaut d'escrime. L Administration avertie se montra impuissante. N'a-t-on pas vu récemment un médecin, inculpé et condamné pour des crimes, dont l'instruction révélait un internement préalable dans un asile d'aliénés ; sorti de l'asile, il avait repris l'exercice de sa profession. Nous pourrions multiplier les exemples.

Notons que l aliénation mentale du médecin peut donner lieu aux plus dramatiques incidents mais qu'elle n'est pas la seule affection qu'on peut redouter chez un méde in. Une attaque d'épilepsie, une syncope chez un cardiaque, etc., peuvent se produire au cours d'une opération. Cette lacune dans nos lois a été heureusement et prudemment comblée par la nouvelle ordonnance qui sauvegarde dans une juste mesure l'avenir des intéressés.

NOUS irons plus loin ; sans leur interdire l'accès de la profession médicale, nous voudrions orienter l'étudiant infirme vers telle ou telle spécialité qu'il pourrait honnêtement remplir. Par exemple, s'il était atteint d'une demi-surdité, il pourrait sans scrupule adopter la spécialité d'ophtalmologiste et aiguiller ses études dans ce sens.

On pourrait instituer, avant le P. C. B., une commission médicale d'examen qui délivrerait un certificat à l'étudiant dans le genre du certificat prénuptial, constatant qu'il a été examiné en vue de commencer ses études médicales. La commission pourrait faire remarquer aux candidats que l'exercice pratique de la médecine, sauf quelques rares spécialités, est pénible physiquement et exige une bonne santé et une constitution robuste. Elle l'examinerait soigneusement, lui signalerait ses tares, souvent méconnues, et lui donnerait des conseils pour orienter ses études. Le certificat ne serait pas motivé. L'étudiant, avant de s'être lancé dans les études, serait au moins averti des risques qu'il court et des responsabilités qu'il assume en exerçant une profession pour laquelle il ne serait pas complètement apte.

LE succès dans la clientèle tient souvent à l'apparence physique du médecin et à sa bonne santé apparente. Nous citerons à ce sujet le début d'un petit traité, attribué à HIPPOCRATE : « *La Médecine* » ; bien qu'il date de plusieurs milliers d'années ces observations sont actuellement justes.

« *La règle du médecin doit être d'avoir une bonne couleur et de l'embonpoint, suivant ce que comporte sa nature ; car le vulgaire s'imagine que ceux dont le corps n'est pas ainsi en bon état ne sauraient soigner convenablement les autres. Puis il sera d'une grande propreté sur sa personne, mise décente, parfums agréables et dont l'odeur n'a rien de suspect ; car, en général, tout cela plaît aux malades.* » (1).

PARFOIS une infirmité donne lieu à une erreur que le malade souligne avec certaine malignité. Nous en citerons un exemple personnel :

Nous donnions nos soins à une vieille dame atteinte d'une affection hépatique. En été, cette dame se retirait dans la grande banlieue où elle occupait une villa qui lui appartenait. Elle était la voisine du Dr X., médecin des hôpitaux de Paris, qui assurait un important service de dermatologie à l'Hôpital Z. Un jour, je reçus une lettre de ma malade me demandant de venir la voir d'urgence. J'y fus. Je la rassurai. Elle me dit qu'elle avait eu recours à son voisin mais qu'elle n'avait en lui aucune confiance. Je protestai énergiquement. « Un médecin des hôpitaux de Paris, affirmai-je, m'est de beaucoup supérieur. » — « Docteur, ne dites pas cela, protesta la malade, le Dr X. m'a examinée soigneusement. Il m'a découvert une maladie de peau, sur laquelle il m'a fait tout un discours. Parbleu ! je savais bien ce que j'avais. J'ai eu plusieurs enfants et la seule maladie de peau qu'il me décrivait était des vergetures. »

Ma malade portait sur l'abdomen des vergetures très apparentes. Le Dr . était très myope. Nous ne l'aurions pas orienté, certes, vers la dermatologie. N'empêche que ma malade ne voulut pas démordre de l'ignorance qu'elle attribuait au Dr X., médecin des hôpitaux de Paris, malgré mes énergiques protestations.

J. NOIR.

(1) ŒUVRES COMPLÈTES D'HIPPOCRATE. Traduction par E. LITTRÉ. Tome IX Du médecin. page 205.

RÉPRESSION DE L'EXERCICE ILLÉGAL

UNE ACTION CONJOINTE DE L'ORDRE ET DES SYNDICATS S'IMPOSE

L'EXERCICE illégal fait apparemment partie de ces questions « classées » qui eurent autrefois leur heure de célébrité et qui maintenant passent volontiers au second plan des préoccupations. C'est, selon nous, une erreur. L'actualité nous apprenait récemment qu'un « doreur » au nom prédestiné guérissait la tuberculose et suscitait un tel intérêt que la Santé publique elle-même jugeait bon d'intervenir et de déclencher l'action publique. Nombreux sont certainement dans nos provinces les guérisseurs de moindre envergure ; les périodes de misère les ont toujours suscités, qui jettent le trouble dans les esprits comme dans les peuples et portent volontiers les hommes à s'en remettre aux forces instinctives ou infra-rationnelles.

Mais il est un autre point de vue qui renouvelle le problème : la définition de l'exercice illégal donnée par l'ordonnance du 24 septembre 1945 élargit la notion du délit anciennement réprimé par la loi de 1892. A côté de l'exercice du non diplômé, figurent également l'exercice par les diplômés non citoyens français, et l'exercice par les médecins non inscrits au tableau ou suspendus temporairement du droit d'exercer Enfin « l'exercice de la médecine » ne consiste plus seulement à intervenir dans le *traitement*, mais aussi dans le *diagnostic* des maladies (par actes personnels, consultations verbales ou écrites ou tous autres procédés), ou dans la pratique de certains actes professionnels fixés par une nomenclature ministérielle.

La répression de l'exercice illégal est donc l'autre face de la lutte contre le charlatanisme et de la police de la profession. Les pouvoirs que la loi donne à l'Ordre pour la défense de l'honneur et de la moralité du Corps médical apparaîtraient singulièrement inutiles si les décisions de l'Ordre pouvaient rester lettre morte, et le médecin indigne continuer en fait l'exercice de son art ou ses pratiques condamnées. L'Ordre n'est point seulement une communauté morale, mais aussi une institution chargée d'un service public. Ses décisions doivent produire des effets dans la vie juridique et sociale. C'est là, chacun le dit, sa supériorité sur le syndicat et la raison même de sa création.

UN problème se pose immédiatement. Qui donc va exercer surveillance et contrôle, qui aura qualité pour déclencher l'action publique, qui enfin pourra réclamer au nom du Corps médical lésé les indemnités pécuniaires, souvent les seules capables de frapper le délinquant à l'endroit sensible ? L'Ordre, le Syndicat ou les deux ?

Sous le régime de l'Ordre vichyssois, la question ne se posait même point. Les syndicats étant dissous, l'Ordre, unique organe de la profession, représentant de ses intérêts matériels comme de ses intérêts moraux, jouissait, là aussi, d'un monopole de droit. Mais aujourd'hui la dualité recréée pose, là comme ailleurs, le même problème de la concurrence ou du concours, dont il nous appartient de montrer les aspects juridiques.

Rappelons tout d'abord les pouvoirs reconnus aux Syndicats médicaux, alors qu'ils étaient en fait les seuls représentants de la profession.

Ils pouvaient tout d'abord exercer l'action publique par voie de *citation directe*, selon la procédure prévue par l'article 182 du Code d'Instruction criminelle (art. 17 de la loi du 30 novembre 1892). En second lieu la jurisprudence de la Cour de Cassation, consacrée par la loi du 12 mars 1920 (devenue l'art. 11 du Livre III du Code du travail) leur reconnaissait, comme à tous les syndicats, le droit de représenter en justice les intérêts de la profession tout entière, et de se porter *partie civile* dans toute poursuite des délits d'exercice illégal intentées par le Ministère public. Enfin en vertu des mêmes textes et des mêmes principes les syndicats pouvaient poursuivre l'auteur de l'infraction devant les tribunaux civils et obtenir la réparation matérielle du préjudice subi.

QUELS sont maintenant les pouvoirs respectifs de l'Ordre et des Syndicats ?

L'ordonnance du 26 septembre 1945 réglementant l'exercice de la médecine a abrogé dans son ensemble et sauf quelques rares textes ne concernant pas notre matière) la vieille loi organique du 30 novembre 1892. En particulier disparaît l'article 17, base de l'action publique syndicale.

Mais l'essentiel de ce texte a été repris par l'article 11 de la nouvelle ordonnance qui se borne à étendre aux Conseils de l'Ordre (qui ne peuvent être selon nous que les Conseils départementaux et le Conseil National) les pouvoirs détenus antérieurement par les syndicats — pouvoirs que ces derniers conservent expressément, en parallèle avec les organismes de l'Ordre.

Citons au reste l'article 11 § 2 « En ce qui concerne spécialement l'exercice de la médecine, de l'art dentaire ou de la pratique des accouchements, les médecins, les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes, *les Conseils de l'Ordre et les syndicats intéressés* pourront saisir les tribunaux par *voie de citation directe*, sans préjudice de la faculté de se porter, s'il y a lieu, *partie civile* dans toute poursuite de ces délits intentée par le Ministère public ».

Remarquons d'autre part que les syndicats médicaux ne sont en aucune manière mentionnés dans la 2e partie

de l'ordonnance sur l'organisation de la profession. Le syndicalisme médical n'est donc soumis à aucun régime particulier, mais est réglé uniquement par le droit commun. Il faut en déduire notamment que les organisations syndicales de médecins peuvent, selon l'article 11 du Livre III du Code du Travail « exercer *devant toutes les juridictions, les droits réservés à la partie civile* relativement aux faits portant un préjudice direct ou *indirect aux intérêts collectifs de la profession qu'ils représentent.* »

Deux conclusions doivent en être tirées :

1° Les syndicats médicaux représentent en justice, comme dans la vie sociale, non pas comme on le croit trop souvent, les intérêts de leurs adhérents, mais bien les *intérêts collectifs* de la profession — intérêts dont les Conseils de l'Ordre ont également la garde dans la mesure où ils touchent à l'honneur, à la dignité et à l'indépendance de la médecine.

2° La représentation de ces intérêts collectifs ne se limite pas à leur partie matérielle — aucun texte spécial n'étant venu poser une telle limitation ; les syndicats conservent donc, de pair avec l'Ordre, la représentation et la défense des intérêts moraux de la profession.

En résumé, les syndicats ont conservé en matière d'exercice illégal, tant sur le plan civil que sur le plan pénal, exactement les mêmes pouvoirs que ceux qu'ils détenaient antérieurement à la création de l'Ordre des médecins. Cette création, et l'ordonnance du 24 septembre 1945, ont simplement placé, à côté d'eux, un nouvel organisme directement chargé du service public que constitue la surveillance et la police de la profession médicale. Notons enfin que l'action de l'Ordre est plus strictement limitée que l'action syndicale, puisqu'elle ne trouve son fondement que dans un texte spécial et ne saurait valablement sortir du cadre de sa spécialité. L'objet de l'Ordre est défini par l'ordonnance du 24 septembre et cette définition est précisée, dans son esprit, par l'exposé des motifs. Cet exposé, après avoir noté que « la suppression des syndicats aboutissait à une très fâcheuse confusion », ajoute que « ce n'est pas au même organisme qu'il convient de défendre les intérêts professionnels et d'assurer la discipline de la profession ». Il suit de là que l'Ordre n'est point légalement habilité pour défendre en justice les intérêts matériels de la profession ; il peut certes, selon l'article 11 de l'ordonnance, se porter partie civile pour réclamer la réparation du préjudice moral causé par les agissements des illégaux à la profession tout entière, mais là se borne civilement son action.

Où voulons-nous en venir ? A ceci que l'Ordre et les syndicats possèdent en ce domaine comme en bien d'autres, une compétence non pas seulement complémentaire mais parfois même concurrente, et que le risque de double emploi ne manquerait pas de devenir une réalité si l'on ne substituait point à un stérile esprit de rivalité, une volonté de concours et de coopération qui, au reste, tend de plus en plus actuellement à entrer dans les faits.

Pour que cette volonté se consolide davantage encore, il n'est selon nous qu'un moyen : la création et la gestion en commun de services d'intérêts professionnels ; l'Ordre apporterait le poids du nombre, des ressources et de l'autorité, le syndicat son dynamisme organisateur, sa spontanéité et son indépendance.

L'un des premiers services qui pourrait ainsi aisément être mis sur pied, dans l'intérêt du Corps médical et dans l'intérêt public, serait le service de répression de l'exercice illégal, au sens large du terme, tel que nous l'avons défini plus haut. Ce service suppose tout d'abord un organisme chargé de surveiller et de détecter les délinquants, qui centraliserait toutes les informations recueillies par les deux parties. L'action serait ensuite intentée soit par citation directe, soit par constitution de partie civile, au cas où le Ministère public agirait de lui-même, et menée de manière conjointe, l'Ordre réclamant réparation du préjudice moral, et le syndicat réparation du préjudice matériel subi par l'ensemble du Corps médical du ressort. La force morale de l'action ainsi intentée ne pourrait qu'être accrue par cette conjonction, et le partage des frais d'instance entre les deux parties civiles assurerait aux finances professionnelles un emploi aussi économique qu'efficace. N'est-ce point au reste la crainte des frais qui jusqu'à maintenant conduisait trop souvent les organismes responsables à une regrettable abstention ?

La répression de l'exercice illégal n'est qu'un exemple parmi beaucoup d'autres. L'assistance, la prévoyance appellent également, devant les menaces d'extension de la sécurité sociale à toutes les professions, une coopération du même ordre. Beaucoup de ceux qui, partisans de l'Ordre unique et corporatif, ont regretté la dualité à laquelle le régime actuel nous conduit, reconnaîtront peut-être à l'expérience que cette dualité, ou même la pluralité d'organismes n'est point incompatible avec la très désirable unité d'action, mais en accroît même l'efficacité dès lors que l'on veut bien s'entendre sur un nécessaire partage des attributions de base et que l'on combat le danger des cloisons étanches par une volonté de coopération et de concours qu'ici, moins qu'ailleurs, nous ne saurions renier.

Jean MIGNON.



LE PROBLÈME SCHÉMATIQUE DE LA POPULATION FRANÇAISE MÉTROPOLITAINE

Par le Dr ANDRÉ GROS,
Conseiller technique de la Fédération Nationale de la Mutualité Française ;

le Dr BERNARD LAFAY,
Secrétaire général du Conseil National de l'Ordre des Médecins

et le Dr ANDRÉ MORISOT

Dans une première partie de leur plan de défense de la population française, les auteurs ont étudié quelle doit être la politique d'entretien du capital-adultes « fixé ». N.D.L.R. (1)

2° QUELLE DOIT ÊTRE NOTRE POLITIQUE DE RECONSTITUTION DE NOTRE FUTUR CAPITAL HUMAIN NON FIXÉ ?

Celui-ci, influencé par le facteur commun hérédité, comporte quatre parties :

(Ayant commencé notre exposé par la politique « entretien du capital-adultes », nous terminerons par le petit enfant).

A. L'ADOLESCENT ET L'ENFANT SCOLAIRE nécessitent une politique de formation physique, générale et mentale, tendant à la qualité durable, non seulement au point de vue économique, mais aussi au point de vue humain.

L'adolescent et l'enfant scolaire vivent principalement dans deux milieux, sans considérer toutefois le milieu extérieur comme négligeable :

— Le milieu scolaire ;
— Le milieu familial.

Leur formation nécessite l'application pratique d'un certain nombre de règles précises :

— Une vie à la maison, à l'école, dans un milieu biologique sain, permettant leur développement rationnel ;

— Une surveillance médicale psycho-physiopathologique non seulement de dépistage, mais orientée vers la qualité ;

— Une nutrition équilibrée, notamment par l'organisation méthodique et scientifique de la protection alimentaire de l'enfant à l'école même ;

— Une éducation physique et sportive par de véritables moniteurs s'attachant non seulement à rectifier les attitudes vicieuses, mais aussi à assurer un développement statural et musculaire harmonieux, donnant la résistance au froid, à la fatigue, à la peur. Le nombre des moniteurs est actuellement insuffisant, ce travail peut être confié temporairement à des instituteurs éduqués. Ces moniteurs et ces instituteurs doivent savoir inculquer une véritable mystique de la beauté physiologique, mentale et morale — aspects apparaissant complémentaires après une éducation bien conduite puisque chaque type de beauté retentit sur les autres provoquant *le rayonnement de l'individu.*

— Une éducation générale et morale basée sur l'observation des faits et des choses, en tenant compte spécifiquement des connaissances caractérielles, biotypologiques, héréditaires de chaque enfant, grâce aux parents et aux instituteurs.

Un fort pourcentage d'adolescents vit également dans un troisième milieu : milieu du travail en entreprise. Leur formation comporte les mêmes règles, indépendamment de l'éducation technique générale, civique et professionnelle polyvalente, que l'*apprentissage* doit procurer à un pourcentage de plus en plus important de jeunes adolescents, préalablement soumis à une orientation professionnelle limitée à ses possibilités réelles et tenant compte des prévisions économiques générales du développement en France des types futurs de production, conditionnant particulièrement le problème actuel et futur de notre main-d'œuvre.

L'application des règles ci-dessus précisées doit être très suivie pour la catégorie trop importante en France de jeunes adolescents travaillant en entreprise dès la sortie de l'école primaire, dans un milieu pour lequel ils ne sont pas formés physiquement, mentalement et moralement, et qui n'est pas préparé à les recevoir.

Pour la réussite de ce problème, une éducation par information directe des parents est une nécessité absolue.

B) LE TOUT-PETIT : nécessite l'application de ces mêmes principes dans un seul milieu : le milieu familial. Notion primordiale, puisque la plus grande partie du développement physique et mental de l'être humain est conditionnée par toutes les conditions de sa vie de « tout-petit ».

C) LE FUTUR TOUT-PETIT : ce problème est le plus important et représente la base même d'une politique de population :

1° *Le futur tout-petit conçu* nécessite l'application d'un certain nombre de règles précises pour la femme enceinte :

— Une hygiène rationnelle ;
— Une nutrition équilibrée ;
— Des conditions de vie, notamment de travail puis de repos, compatibles avec une grossesse (à notre avis, le repos prénatal devrait être au minimum de quatre mois) ;

— Une surveillance médicale de prévention et de qualité de la mère et des cliniques d'accouchement à équiper pour l'examen des futures mères et permettant d'exécuter tous les accouchements difficiles dans les conditions les moins pénibles, jusqu'alors réservées à une certaine catégorie sociale ;

— Une éducation technique et morale.

2° *Le futur enfant non conçu* nécessite également l'application pratique d'un certain nombre de règles précises :

Pour les parents :

— Nécessité d'une confiance en l'Etat (certi-

(1) Cfr Concours Médical 1er juin 1946. page 548.

tude d'un travail rétribué en fonction de tous les vrais besoins, garantie en fonction des risques de la vie collective, paix durable), que l'Etat doit mériter ;

— Nécessité de la certitude d'une protection morale et économique réelle de la famille (allocations familiales en fonction du nombre et de la qualité, salaire d'épouse et de mère) ;

— Nécessité d'une éducation technique et morale progressive de l'enfance et de l'adolescence concernant l'importance, la gravité, la responsabilité et la beauté de créer une famille (seule lutte possible en profondeur contre la stérilité volontaire et l'avortement) ;

— Nécessité de la mise au point technique des traitements de la stérilité involontaire (dans un but beaucoup plus psychologique général prouvant l'intérêt de l'Etat vis-à-vis de la natalité et de la famille que par espoir d'une réelle augmentation quantitative de la natalité par ce procédé) ;

— Nécessité d'une politique de logement familial (principes essentiels exprimés, ci-dessus, indirectement).

Telle est la politique de population pour une reconstitution rapide et progressive de notre futur capital humain.

CONCLUSION

Cet exposé révèle la nécessité de la mise au point d'une législation basée sur des connaissances techniques.

Cette législation ,qui ne doit pas être un but mais un moyen, doit être simple et précise. Elle doit présenter des possibilités d'application rapide mais progressive, nécessitant non seulement dans le domaine technique — par sa mise au point — mais dans le domaine psychologique et politique, une certaine autorité, une souple continuité, non seulement du Ministère de la Population chargé très partiellement jusqu'alors du développement des conceptions ci-dessus décrites, mais surtout de l'Etat sachant, sur le plan national et international, mettre au point es coordinations centrales et géographiques nécessaires à son fonctionnement.

Si la France ne comprend pas que, pour sa population adulte, elle doit prévoir une politique précise de prévention et d'entretien de la qualité, si la France ne comprend pas que, pour sa population d'enfants et de futurs enfants, elle doit prévoir une véritable politique démographique, la France non seulement ne pourra plus espérer jouer un rôle dans le monde, mais risquera deux hypothèses finales :

— Soit « l'hexagone territorial » sans être humain ;

— Soit « l'hexagone territorial » envahi rapidement, presque brutalement, non plus par des armées, mais par des étrangers qui deviendront sa population (phénomène d'osmose connu dans l'histoire des civilisations et des nations).

D'ailleurs, si notre « politique-entretien » devait réussir et si notre « politique-futur capital » devait échouer, la France devrait tenter une politique technique progressive et prudente d'immigration raisonnée, évitant les erreurs commises par certains grands pays et lui permettant d'avoir l'espoir que ces étrangers, venant volontairement vers elle et choisis par elle, puissent peu à peu s'intégrer réellement dans notre population et devenir des Français, c'est-à-dire des êtres ayant dans le cadre de l'Etat qu'ils composent et dans l'esprit de l'introduction de cet article, la possibilité d'avoir une personnalité à la fois individuelle et collective véritable synthèse géographique des diverses conceptions de la vie.

Février 1946.

LA NOUVELLE NOMENCLATURE

ACTE GLOBAL... ET DICHOTOMIE

Par le Dr Fernand DECOURT

J'ai reçu plusieurs lettres à ce sujet, notamment une d'un omnipraticien qui fit partie du Bureau de la Confédération, avant la guerre, et une autre d'un chirurgien qui m'écrit « au nom de la Section bretonne du Syndicat des chirurgiens de province ».

⁂

Le premier point critiqué est bien simple : il arrive souvent qu'un malade chirurgical est opéré à l'hôpital (ou même chez lui) par un chirurgien et que les soins et pansements consécutifs restent à la charge et sous la responsabilité du médecin traitant. Or, avec l'acte global, ce dernier n'a *droit* d'inscrire quoi que ce soit sur la feuille et reste *à la merci du chirurgien* qui sur son prix *global* voudra bien lui remettre une certaine somme pour ses soins consécutifs Ceci, peu à peu, en pratique, sera *le retour à la dichotomie*, Sans doute, me fait-on remarquer, « ce n'est pas une nouveauté, puisque cette disposition existait déjà dans la précédente Nomenclature, mais on aurait pensé qu'on aurait *corrigé cette erreur* ».

Il faut d'abord bien « situer » la question, texte en mains : 1° Pour tous les actes notés en K avec un coefficient égal ou inférieur à K.12, c'est *l'acte isolé* : donc en dehors de la question. 2° Pour tous ceux supérieurs à K.12, c'est *l'acte global*. 3° Pour toute intervention, avec coefficient inférieur à K. 50, le médecin traitant n'a droit à aucun honoraire particulier pour sa présence à l'intervention. 4° Pour chaque intervention à coefficient égal ou supé-

rieur à K.50, le médecin traitant a droit à Pc. 5 pour son assistance à l'intervention.

Il s'ensuit que la question de l'acte global ne se pose qu'au-dessus de K.12 mais que, en plus, de K.12 à K.50 le médecin traitant n'a même pas le *droit* d'inscrire sur la feuille, le modeste P.c.5, alors même qu'il a assisté à l'intervention. Enfin, quelle que soit l'importance des soins consécutifs auxquels il aura du faire face, il n'aura jamais le *droit* d'inscrire quoi que ce soit à ce sujet sur la feuille de maladie de son client avant le 21e jour...

« Erreur et injustice ! » m'écrit-on, surtout à propos des soins consécutifs. On me dit aussi : «... Que le prix forfaitaire comprend aide et anesthésiste, cela se conçoit dans les grandes villes où l'aide est l'interne et l'anesthésiste, la secrétaire (*sic* ??!!). Le médecin ne vient vraiment que pour assister, quand il vient, mais, en province, c'est neuf fois sur dix, le médecin qui se dépla ce, qui aide, qui transporte le malade, etc... »

Il est bien certain, que « souvent, bien souvent, le médecin traitant, non seulement assiste à l'intervention, mais assure les soins consécutifs. » Y a-t-il lieu, par suite, de supprimer l'acte global ? je ne crois pas qu'on ait chançe de remplacer l'acte global (existant dans la Nomenclature depuis 1930 que joue la Loi), de crainte de retomber dans la « note du plombier ». Mais on pourrait peut-être, au sujet des soins consécutffs pendant vingt jours, *fixer une somme à retirer de la somme globale* et dont le vingtième appartiendrait *de droit, par jour* où les dits soins auraient été assurés par un médecin autre que le chirurgien opérateur, à ce médecin remplaçant ainsi le dit chirurgien. Oh ! ma proposition n'est pas géniale et j'en adopterais volontiers une autre, mais je ne vois pas actuellement autre chose à proposer.

⁂

Il est un autre point de vue particulier présenté par un éminent confrère, « Le P.c. 5, dit-il, ne joue que pour les interventions tarifées K.50 ou au-dessus... On pourrait se demander s'il n'y a pas plus d'intérêt pour le malade à voir le médecin traitant assister débridement d'un phlegmon, qu'il soignera par la suite, qu'à une désarticulation de l'épaule ou à une surrénalectomie, par exemple... » Et il fait une observation intéressante. « ... Voyez le contraste qu'il y a entre la limitation prévue de cette assistance aux grosses interventions, d'une part, et, d'autre part, la clause insérée dans certaines conventions Syndicat-Caisse (1) prévoyant le droit à des honoraires pour la visite du malade soigné à l'hôpital public. Cela pour inciter le médecin à ne pas perdre le contact avec l'hôpital et l'enseignement que l'on y trouve.

Là, on voit que la question s'élève beaucoup plus haut. Je n'insiste pas, mais on conviendra que ce point de vue particulier méritait d'être mis en lumière.

⁂

Je n'ai pas l'intention de publier dans le Concours tous les cas particuliers sur lesquels on m'écrit. Je relèverai ceux-ci avec soin, afin de les signaler — s'il y a lieu — lors d'une réunion de la Commission permanente.

(1) Ce confrère appartient à un département ayant signé le contrat et participant à ses avantages dès maintenant.

SOUVENIRS ET RÉFLEXIONS D'UN MÉDECIN DE CAMPAGNE

En cinquante ans on a pu assister à une évolution dans la mentalité du malade, dans celle du médecin autant que dans l'exercice professionnel en général.

Jadis le médecin était le confident et l'ami des familles qu'il soignait. On attendait sa visite sans impatience, on l'accueillait avec déférence, on suivait ses conseils.

Entre le malade et le médecin il y avait ce double lien, du côté du malade, l'entière confiance, facteur si important de guérison, du côté du médecin, la sympathie, génératrice du dévouement.

L'instruction était peu avancée, le cadre nosologique était des plus restreint ; le malade et son entourage se contentaient de savoir qu'un organe essentiel, le foie, l'estomac (que le public confondait avec le cœur) l'intestin était lésé et, suivant les théories régnantes, qu'il s'agissait d'une inflammation, d'un échauffement, d'une fluxion. Ainsi la fluxion de poitrine englobait une grande partie des affections pulmonaires... Quand un décès survenait, on accusait la fatalité, sans penser à incriminer l'erreur de diagnostic ou les soins erronés du médecin dont on appréciait le dévouement.

Le médecin de campagne ne devenait jamais riche, mais il pouvait gagner sa vie et élever sa famille sans faire appel à la bourse des confrères. Soignant les indigents pour rien ou presque, il laissait souvent chez eux la petite pièce blanche qui pouvait payer un pot au feu. Seuls les riches payaient et souvent une douzaine d'œufs, un lapin venaient remplacer les honoraires de clients peu fortunés et prouver néanmoins leur reconnaissance.

Des localités on n'allait chercher le médecin chez lui que pour les cas graves et urgents, car il fallait faire la route à pied, et, dans ces cas où une vie peut dépendre de l'intervention du médecin, celui-ci savait ne devoir compter que sur lui-même. Aurait-il pu imposer trois heures de voiture à cette femme presque exsangue pour la conduire à l'hôpital ? Pouvait-il attendre six heures ou même plus pour avoir près de lui un confrère pour l'aider de ses conseils et partager sa responsibilité ? Mais le petit médecin de campagne savait, sans anesthésie, faire un

forceps, une version podalique, arrêter une hémorragie utérine par un tamponnement ou un curetage, à l'occasion, faire un taxis, un plâtre, réduire les fractures sans le secours de la radio qui n'existait pas, placer un Tillaux avec extension par des bandes de diachylon, etc. Les consultations entre confrères étaient rares et on ne connaissait pas la dichotomie.

L'instruction s'étant développée, la presse commença à se diffuser dans les campagnes et, dans les journaux, sous le prétexte de vulgarisation scientifique, on put lire les descriptions des principaux symptômes de maladies avec leur traitement par des produits de réclame. Après les journaux s'infiltrèrent les petits opuscules aux titres suggestifs : *le Parfait manuel de la Santé. Soyez votre médecin*, décrivant eux aussi les principaux symptômes des maladies et leur traitement par des spécialités. Enfin, plus près de nous, ce furent les tonitruantes réclames par la T.S.F.

On comprend, dès lors, que le malade, ayant trouvé dans les observations des symptômes se rapprochant de ceux qu'il éprouvait, ait voulu essayer de trouver la guérison avec le produit de réclame avant de consulter son médecin.

D'un autre côté, l'apparition de la bicyclette d'abord, puis du téléphone et de l'auto, tendirent à faire disparaître le médecin de famille. Au lieu de s'adresser à lui, certains préféraient aller consulter des médecins de ville ou même se faire soigner par des professeurs de Faculté. Le malade à domicile devint plus pressé, plus exigeant. Le médecin habituel dut répondre à son premier appel ; s'il n'était pas chez lui ou s'il tardait quelque peu, on eut vite fait d'en trouver un autre, qui souvent, heureux de l'aubaine, ne chercha qu'à évincer le confrère.

Jadis le médecin de campagne qui avait une longue tournée pouvait assez difficilement voir deux fois par jour un malade éloigné, car il fallait tenir compte du temps passé à faire la route et aussi un peu de la fatigue du cheval...

Actuellement, les médecins ne sentent plus peser sur leurs épaules le poids de la responsabilité, ni dans leur esprit les sentiments d'inquiétude ou de crainte car, en face d'un cas quelque peu sérieux, vite c'est le transport en auto à l'hôpital ou à la clinique voisine ou c'est l'appel téléphonique qui amène en quelques minutes le confrère compétent au chevet du patient. Les consultations entre confrères se multiplient comme du reste, les opérations chirurgicales. Par exemple l'appendicite, si rare autrefois, est maintenant d'une fréquence extrême. (Un grand chirurgien ne conseillait-il pas l'ablation de l'appendice chez tous... La bonne nature n'aurait-elle réservé qu'un rôle néfaste à cet organe ?)

Dans ma longue carrière, je n'ai vu le fibrome menacer la vie de la femme et nécessiter une opération que très rarement... Maintenant c'est l'intervention immédiate du chirurgien et aussi... la transformation en vieille femme...

On comprend qu'on ait parlé de dichotomie, qu'elle ait fait couler beaucoup d'encre et que le Corps médical tout entier en ait été sali.

Nous avons connu le bon M. Benassis, on nous a présenté le Dr Knock...

Si depuis un demi-siècle les inventions nouvelles ont bouleversé toute la vie sociale, si, par exemple, dans l'industrie, le machinisme a tué l'artisanat, elles ont fait disparaître le médecin de famille.

Le sacerdoce a tourné au métier et à la fonctionnarisation.

Si le jeune médecin n'a plus grande initiative et responsabilité, s'il doit mettre en œuvre tous les moyens et progrès réalisés, (et on pourrait lui reprocher de ne pas le faire), si on a désiré la création de centres de diagnostic, j'ai l'impression qu'on s'occupe maintenant plus de la maladie que du malade. Or, il n'y a pas de maladies, il y a des malades qui par leurs antécédents, leur complexion générale, leur tempérament, etc., luttent de façon différente contre la maladie.

Après la guerre 1914-1918, j'ai observé la disparition presque complète des maladies épidémiques courantes : fièvre typhoïde et diphtérie (dont j'ai eu à soigner jadis des épidémies si terribles) scarlatine, rougeole, etc. Pourquoi ? Ce ne fut certes pas à cause des vaccinations préventives qu'on ne faisait pas. Ce fut à cause de la suppression de nombreux taudis remplacés, grâce à la loi Loucheur, par de petites maisons claires et ensoleillées ; de la disparition de ces fumiers qu'on voyait, devant les fermes épandre leur purin jusque sur la voie publique, et d'une voirie mieux faite ; à cause *surtout* de la diminution du paupérisme et du mieux-être général.

Par contre, si dans les premières années qui la suivirent, les accouchements furent plus nombreux, les cas d'intervention obstétricale furent proportionnellement bien plus fréquents aussi.

L'accouchement paraissait devoir être tout à fait normal, le travail se poursuivait bien, mais à certain moment, les contractions utérines s'espaçaient, devenaient moins fortes.

On attendait, espérant une reprise qui ne se produisait pas, la femme peu résistante se fatiguait et il fallait se résoudre à terminer par une intervention.

J'ai toujours pensé que si la matrice commençait ainsi un travail qu'elle ne pouvait mener à bien, c'est parce que les femmes étaient débilitées par suite de leur alimentation insuffisante pendant l'occupation ennemie et c'est la même raison qui fait, qu'actuellement, les jeunes mères n'ont plus qu'une sécrétion lactée insuffisante.

On vient de faire une campagne antituberculeuse à grand orchestre .On ne peut qu'y applaudir à la condition toutefois que les fonds recueillis soient plus judicieusement employés que nous ne l'avons déjà vu. Il ne faut pas oublier que l'insuffisance de ravitaillement, la carence alimentaire, jouent un rôle capital dans la réceptivité et l'évolution de la tuberculose.

A-t-on fait, fait-on encore tout ce qui est possible pour le ravitaillement de la population ?

Dr BLANCHARD, (*Avesnes-lez-Aubert*).

DÉPRESSIONS NERVEUSES



GRANULES
TITRÉS
à 1 milligramme

2 à 10 par jour

ASTHÉNIES - CONVALESCENCES
ARYTHMIE EXTRA-SYSTOLIQUE
DIPHTÉRIES GRAVES ET MALIGNES

STRYCHNINE HOUDÉ

VENTE EN GROS
Laboratoires HOUDÉ, 9, rue Dieu, PARIS

ECHOS & COMMENTAIRES

La généralisation de la sécurité sociale.

Par le communiqué du Comité inter-syndical des médecins de la région parisienne, reproduit dans notre numéro du 25 mai et par la presse quotidienne, nos lecteurs ont appris le vote de la loi sur la généralisation de la Sécurité sociale. La publication de ce texte s'est fait attendre, puisque, votée par l'Assemblée nationale constituante le 26 avril dernier, la loi n'a été publiée au *Journal Officiel* que le 23 mai ; elle porte la date du 22 mai. Elle sera reproduite dans un prochain numéro, et nous y consacrerons une étude.

Pour l'analyse sommaire de ses dispositions, nous renvoyons nos lecteurs au communiqué du Comité inter-syndical, faisant observer toutefois que cette loi ne pourra entrer en vigueur tant que l'indice de la production industrielle n'aura pas atteint 110 % de l'indice de 1938 et non pas 100 % comme il est dit au communiqué. D'ores et déjà, il apparaît que, pour les médecins, la cotisation sera fort lourde, puisque, *rien que pour l'assurance vieillesse*, elle atteint 9 % du revenu professionnel. Que sera-ce pour l'assurance maladie ?

Il y a plusieurs semaines nous avons attiré l'attention de l'Ordre, des Syndicats et de l'Association générale sur l'utilité de mettre sur pied un régime de sécurité particulier au Corps médical. La publication de la loi rend cette tâche, à notre avis, plus nécessaire et plus urgente que jamais.

La fixation autoritaire des tarifs médicaux.

Nous engageons nos lecteurs à lire attentivement la circulaire ministérielle du 22 mai 1946, publiée à l'*Officiel* le 24 mai, et que nous reproduisons page 565.

Un point final est mis aux discussions touchant la date d'application de la nouvelle nomenclature et la date de l'alignement des tarifs A.T. non agricoles sur les tarifs A.S. Selon le ministre, dès le jour de la réception de la notification aux syndicats médicaux des décisions de la commission des tarifs, les nouveaux tarifs sont applicables. La notification portant la date du 16 mai, c'est donc, suivant les cas, le 17 ou le 18 mai que les nouveaux tarifs ont dû entrer en vigueur.

A la circulaire sont annexés deux tableaux : l'un donnant la liste des huit départements pour lesquels les tarifs ont été conventionnellement fixés et approuvés par la Commission Nationale, l'autre, la liste de tous les autres départements français, pour lesquels les tarifs ont été fixés d'office ; seuls y manquent huit départements pour lesquels aucune décision n'a encore été prise.

La circulaire rappelle que les tarifs ainsi fixés s'imposent à la fois aux organismes de Sécurité sociale et aux médecins, sous la seule réserve pour ceux-ci des dérogations prévues à l'article 13 de l'ordonnance du 19 octobre 1945 (notoriété, situation de fortune, etc.).

Cette simple circulaire ministérielle, pour modestes et benoits que soient ses aspects, marque pour la médecine française une date solennelle. Rapprochée de la loi du 22 mai

ROMARANTYL

2 à 3 cuillerées à café aux repas dans un peu d'eau

Cholérétique

Antispasmodique Diurétique

Laboratoires TROUETTE-PERRET, 61, Avenue Philippe-Auguste, PARIS (XIe)

TRAITEMENT RATIONNEL de toutes formes de l'

OBÉSITÉ

et des troubles annexes

par DELLOVA

2 formes { CACHETS : 1 à 2 par jour / COMPRIMÉS : 2 à 4 par jour

à base d'extraits opothérapiques — renforcés par un laxatif —

Laboratoire C. LAFOSSE, 48, *Avenue de la République* - PARIS

sur la généralisation de la sécurité sociale, sa signification devient plus lourde encore.

Une inconnue : Quelle va être la réaction du Corps médical ?

Cas de suppression du ticket modérateur.

L'article 24 de l'Ordonnance du 19 octobre 1945 sur les Assurances sociales dispose que la participation de l'assuré aux frais de maladie, fixée en principe à 20 %, est réduite ou supprimée dans les cas prévus, par arrêté du ministre du Travail. C'est en vertu de cette disposition que des arrêtés sont venus successivement supprimer le ticket modérateur pour les frais entraînés par les examens pré-nuptiaux, prénataux et post-nataux, ainsi que par les interventions chirurgicales de coefficient égal ou supérieur à K.50.

Voici qu'un nouvel arrêté en date du 17 mai, que nous reproduisons page 565 étend cette exonération aux frais « engagés à l'occasion de tout acte ou de toute série d'actes constituant un traitement de coefficient égal ou supérieur à K.50 ». Cette mesure est très équitable : on ne recourt pas plus volontiers à des spécialistes qu'à des chirurgiens, lorsqu'il s'agit d'interventions aussi graves que celles cotées K.50 ; les risques d'abus sont donc inexistants.

De ces mesures d'exonération légale, il faut rapprocher celles qui, jusqu'à présent, relevaient du service de solidarité, création d'une circulaire ministérielle du 22 novembre 1940. Bénéficiaient de la solidarité, certains assurés sociaux, en situation économique particulièrement difficile (chômeurs, personnes chargées de famille, prisonniers). Les avantages conférés par ce service, consistaient en prestations supplémentaires accordées par les Caisses : prestations en nature de l'assurance maladie au delà de six mois, réduction du ticket modérateur pour intervention chirurgicale grave ou traitement coûteux ou prolongé, et dans certains cas, pour les assurés sociaux dénués de ressources, suppression quasi-totale du ticket modérateur, pour l'ensemble des prestations en nature des assurances maladie et maternité.

L'article 24 de l'Ordonnance du 19 octobre 1945 rend inutile l'attribution de ces prestations spontanées et quelque peu arbitraires des Caisses, puisqu'il prévoit la réduction ou la suppression du ticket modérateur dans un certain nombre de cas, visés par arrêté. Mais tant que ces arrêtés n'avaient pas été publiés, les bénéficiaires du service de solidarité risquaient de se voir privés des avantages dont ils jouissaient jusqu'alors. C'est pourquoi une circulaire ministérielle du 1er février 1946 avait disposé que le service de solidarité, rendu légalement inutile, devait, en fait, continuer à fonctionner jusqu'à la date de publication des arrêtés réduisant ou supprimant le ticket modérateur, et au plus tard jusqu'au 30 juin 1946.

Les arrêtés en question ayant maintenant vu le jour, le service de solidarité devrait disparaître ; en tout cas ce devrait être chose faite le 1er juillet prochain. Peut-être, cependant, obtiendra-t-il un sursis, parce que, selon l'opinion des caisses elles-mêmes, la situation de tous les bénéficiaires du service de solidarité ne paraît pas avoir encore été réglée par l'Ordonnance du 19 octobre 1945 ou ses textes d'application.

LES LABORATOIRES
BOUCHET
KALANOSE
LAXATIF DOUX
Rééducateur des Fonctions Intestinales & Biliaires
SANS ACCOUTUMANCE
SANS CONTRE-INDICATION
★
ENTÉROKINASE · HÉPATINE · BILE
BOURDAINE · ISATINE · LEPTENDRA · BELLADONE
★
1 À 3 DRAGÉES AU REPAS DU SOIR
153-155 · AVENUE DU ROULE - NEUILLY/SEINE
TEL. MAILLOT : 0517-56-36

La meilleure manière
de prescrire le PHOSPHORE sous
une forme entièrement assimilable
FOSFOXYL CARRON
" Phosphore colloïdal "
TOUTES DÉFICIENCES ADULTES et ENFANTS
SIROP anisé
PILULES dragéifiée — LIQUEUR menthée
(non sucrée)
Laboratoire B. CARRON, — Clamart (Seine)

RHUMATISMES
MAGSALYL
Association Soufre Salicylate
Solution de goût agréable
Comprimés glutinés
Laboratoires du MAGSALYL
8, rue Jeanne Hachette, IVRY (Seine)
TÉL. : ITA 16-91

La grève administrative s'étend sur tout le territoire.

Peu à peu la grève administrative s'est étendue à presque tout le territoire français. Le Gard, la Vienne, le Maine-et-Loire et le Gers notamment ont suivi l'exemple des départements cités dans notre précédent numéro.

Maints facteurs sont à l'origine de cette agitation. Chacun d'eux doit être soigneusement distingué, car les incidences des uns et des autres sont loin d'être identiques.

Du 15 mai au 1er juin, sur instructions officielles de la Confédération, refus quasi-général des médecins de signer tous certificats d'état civil, ou de nature administrative, autres que ceux pouvant entraîner des conséquences pathologiques graves. Cette forme de grève a du prendre fin le 1er juin sur invitation de la Confédération, laquelle aurait obtenu le débloquage de 1.000 licences d'achat, chiffre ultérieurement réduit sur l'intervention des Finances, paraît-il, à 25. Le résultat de la manifestation paraît plutôt mince...

En ce qui concerne spécialement les certificats pré-nuptiaux une obstruction systématique du Corps médical s'est superposée à la grève administrative générale, ceci pour protester contre l'obligation faite aux candidats au mariage de recourir à un radiologiste *agréé*. Satisfaction n'étant pas, jusqu'à présent, donnée sur ce point, l'obstruction devrait logiquement se prolonger.

Enfin, depuis le 1er juin, une grève particulière aux soins aux pensionnés de guerre s'est déclenchée, toujours sur instruction de la Confédération. Les médecins refusent de signer les carnets de soins aux bénéficiaires de l'article 64, et leur remettent un reçu timbré de leurs honoraires, calculés au tarif syndical pour tous autres actes que la visite et la consultation, dont le prix est réduit de 20 %. On comprend fort bien que le Corps médical, lassé d'atermoiements, se soit résigné, en désespoir de cause, à recourir à des méthodes qui ont si bien réussi à maintes autres catégories de travailleurs.

Certains départements cependant ont refusé d'exécuter les directives confédérales, estimant mal choisis les motifs de grève.

P.-S. — En dernière heure, nous apprenons qu'un arrêté ministériel vient de relever le taux des honoraires médicaux et de majorer les indemnités de déplacement, avec effet rétroactif du 1er janvier 1946.

Les vrais responsables.

De nombreux médecins et de plus nombreux malades s'étonnent de ne plus trouver en pharmacie tel ou tel médicament. Il semble que la situation, loin de s'améliorer depuis la libération, aille de pire en pire.

La Confédération des syndicaux médicaux a interrogé sur ce point l'Union Fédérale des pharmaciens de France qui groupe à la fois la pharmacie d'officine, la droguerie pharmaceutique, la spécialité et les coopératives pharmaceutiques.

FAUTEUILS ROULANTS DUPONT
Cent ans de spécialisation dans le confort du malade
VENTE & LOCATION
10, Rue Hautefeuille - PARIS (6e)
Téléphone : DANTON 05-61 · 05-62
Succ. à LYON, 6, Place Bellecour

SILYMAR
Spécifique de l'Hypotension et des troubles liés aux états parasympathicotoniques
2 à 3 pilules avant chacun des deux repas
LANCOSME, pharmacien, 71, Avenue Victor-Emmanuel-III Paris-8e

KOUMYL
BACTÉRIOTHÉRAPIE LACTIQUE
NOURRISSONS : II à V gouttes. — ENFANTS : V à X gouttes. — ADULTES : XV à XX gouttes. 3 fois par jour, entre les repas, dans un liquide froid ou à peine tiède.
LAB. DEHAUSSY, 50, rue Nationale, LILLE. Pour la France sud : 21, Av. St-Sulpice, LAVAUR (Tarn)

La réponse est sans ambiguïté : les prix de vente homologués par la Production Industrielle et l'Economie Nationale ne sont pas compatibles avec les prix de revient actuels. La spécialité pharmaceutique, seule de toutes les industries françaises, reste bloquée au coefficient 2 (100 % de hausse sur les prix de septembre 1939) avec des salaires, des matières premières et des charges aux coefficients 4,6 et parfois 10.

Résultat : l'Industrie pharmaceutique française, asphyxiée par la volonté des pouvoirs publics, s'éteint lentement. C'était, avant la guerre, la seconde industrie exportatrice française. Actuellement, la France est importatrice de médicaments.

Les devises sortent au lieu d'entrer.

Et les malades ne trouvent plus chez leur pharmacien les remèdes nécessaires.

On a vitupéré les Comités d'organisation et le Ministère de la Production Industrielle s'est flatté bruyamment de les avoir dissous parce que néfastes à l'économie nationale.

S'il se dissolvait en outre lui-même, les choses iraient encore mieux.

CONFRÈRES, VOUS ÊTES PRESQUE TOUS DES INCAPABLES...

Le lundi 20 mai, à 9 h., le « Docteur Micro » s'adressant par la radio au « grand public » lui tint à peu près ce langage :

« Futures mères de famille, personne n'est capable, en dehors du médecin du Centre prénatal de vous conseiller ou de s'occuper de votre état...

De même pour votre nourrisson, n'écoutez personne, ne demandez conseil à personne, ne croyez personne en dehors du médecin de la consultation de nourrissons qui est seul capable de suivre votre bébé..... »

Chers Confrères, qu'en pensez-vous ?

Mais, au fait : « Docteur Micro », en quoi êtes-vous Docteur?

Si ce n'est qu'en propagande, pourquoi nous parlez-vous alors médecine...

Le Sou Médical.

Fondée en 1897 et transformée en 1942 en Société d'assurance à forme mutuelle pour se conformer à la législation sur les assurances, cette œuvre professionnelle a pour but de garantir ses adhérents contre toutes les difficultés qu'ils peuvent rencontrer au cours de l'exercice de leur profession.

Animée d'un esprit de solidarité confraternelle, son action se manifeste :

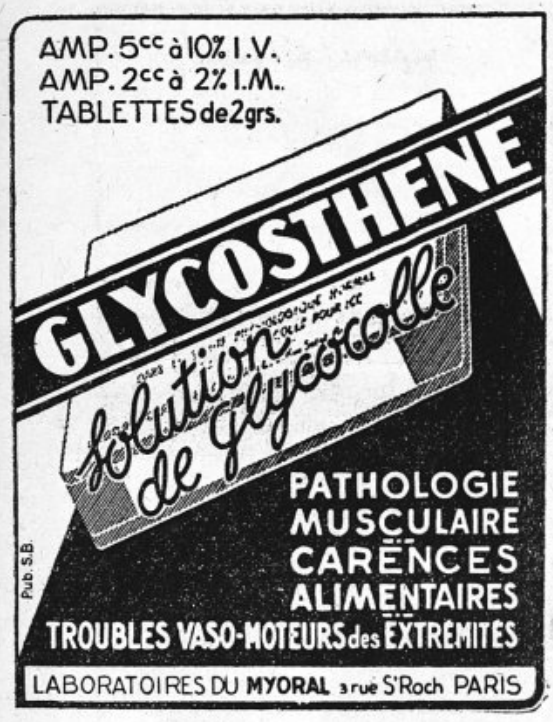
1° En fournissant aux médecins tous renseignements ou consultations d'ordre juridique ou professionnel (Fisc, Assurances Sociales, Loyers, Automobiles, Hospitalisation, etc.).

2° En prenant en charge la direction et les frais de tous procès d'ordre professionnel tant en défense qu'en demande.

3° En procurant une garantie contre la responsabilité professionnelle jusqu'à 500.000 francs par sinistre (1.500.000 pour les abonnés au *Concours Médical*) ou 5.000.000 au gré de l'adhérent. Cotisation 1946 : 500 francs (deux derniers trimestres de l'année 1946 : 250 francs).

Garantie portée à 5.000.000 de francs : 100 francs en sus.

Garantie des risques de responsabilité résultant de la radiothérapie : 450 francs en sus.





Troubles digestifs, cutanés, nerveux, Grossesse, Croissance

Laboratoires Pharma-France
43, rue de l'Ancienne Mairie
Boulogne-s-Seine - Mol 12-13



Infestations intestinales

Laboratoires Pharma-France
43, rue de l'Ancienne Mairie
Boulogne-s-Seine - Mol 12-13

CORRESPONDANCE

AUTOMOBILISME

689. — La batterie d'accumulateurs, source de déboires.

Je possède une 5 CV Rosengart, type LR4 (1932) équipée avec une batterie de 6 v. × 40 qui se décharge avec une facilité extraordinaire dès que je me sers des phares. Est-ce normal? D'autre part, je dispose d'un petit chargeur ou plus exactement, redresseur de courant, type Philipps, conçu pour batterie de 12 V. Serait-il possible de l'adapter pour le chargement de ma batterie de 6 volts ?

Dr P.

Réponse

Si la batterie de votre voiture ne tient pas la charge, c'est simplement qu'elle est trop vieille et demande une remplaçante : les plots négatifs doivent être sulfatés.

Vous pouvez utiliser sans inconvénient votre redresseur de courant sur cette batterie, en intercalant une résistance en fil de fer dont vous déterminerez la longueur de façon telle que le débit sur 6 volts soit le même que le débit normal sur 12 volts.

Henri Petit.

700. — Inconvénients de l'eau mélangée d'alcool dans les freins Lockheed.

Je remplace le liquide Lockheed par de l'eau additionnée de 20 % d'alcool suivant les indications de M. Petit ; j'ai remarqué que je faisais une consommation considérable de ce mélange ; je voudrais savoir si pendant qu'il ne gèle pas, on peut utiliser l'eau pure, quitte à remettre de l'alcool au moment des froids.

De plus, doit-on utiliser l'alcool naturel à 95° ou l'alcool dénaturé suffit-il, ce dernier étant moins cher ?

Dr L...

Réponse

Je n'ai jamais préconisé l'utilisation d'eau mélangée ou non d'alcool dans les freins Lockheed à titre définitif. Il ne s'agissait là que d'un dépannage.

Pourquoi ne pas acheter tout simplement du liquide d'origine en vous adressant à la Société des freins Lockheed, rue Jules-Verne, à Saint-Ouen ?

Il est possible qu'à la longue, l'alcool pur ou dénaturé dessèche les garnitures des pistons des freins, ce qui expliquerait que la consommation soit excessive : pour vérifier l'étanchéité des cylindres et de la canalisation, donner un coup de frein à l'arrêt en maintenant assez longtemps votre pied sur la pédale. Celle-ci ne doit pas bouger ; si au contraire, elle s'enfonce doucement, c'est qu'il y a une fuite : à vous de la trouver en faisant regarder sous la voiture à quel endroit le liquide paraît s'échapper goutte à goutte pendant le coup de frein.

Henri Petit.

QUESTIONS DIVERSES

4266. — Art. 378 du Code pénal et déclarations des maladies vénériennes.

Vieil abonné depuis trente-sept ans à votre indispensable Journal, je me permets de vous poser la question





suivante. Que doivent penser les confrères qui reçoivent de l'inspecteur de la Santé le carnet de déclaration obligatoire des maladies vénériennes?

Déjà le 20 septembre 1945, en réponse à la question 3380 (certificat prénuptial) vous avez rappelé que le secret professionnel reste toujours en vigueur.

Or, l'article 15 de la loi prévoit une amende de 200 à 1.000 francs pour le médecin qui omet de déclarer ses vénériens (avec noms et adresses, si ses malades se soignent insuffisamment).

C'est moins cher que l'article 378 du Code pénal, qui, en plus de l'amende, prévoit un emprisonnement *d'un à six mois* pour le médecin qui a violé le secret professionnel.

Veuillez donner aux confrères votre avis personnel à la fois intéressant et sans appel, par le CONCOURS MÉDICAL.

Dr V.

Réponse

L'article 378 du Code pénal punit d'un emprisonnement d'un mois à six mois et d'une amende de 100 à 500 fr., les médecins qui, hors le cas où la loi les oblige ou les autorise à se porter dénonciateurs, violent le secret professionnel.

Or, c'est une loi qui oblige les médecins dans certains cas à déclarer les maladies vénériennes.

Il en résulte que le médecin, qui déclare une maladie vénérienne dans les conditions et suivant la procédure fixées par la loi, ne commet aucun délit et ne peut, par conséquent, être soumis aux sanctions prévues par l'article 378 du Code pénal.

2492. — Les nouvelles modalités de l'examen prénuptial.

Voici le papier que les médecins de notre ville viennent de recevoir.

Nous devons nous réunir entre nous prochainement pour nous entendre sur l'attitude à observer. A cette occasion, je serais heureux d'avoir votre avis. Votre expérience nous sera d'un grand secours.

Le fait de pratiquer ces examens est une bonne chose en soi. Mais qui paiera la radio et le B.W.? Les A.S. admettront-elles le remboursement ? Qu'est-ce qu'un médecin agréé ? et par qui ?

Les fiancés ont-ils le droit de refuser le ou les examens ?

Autant de points litigieux à résoudre.

Au reste, quelle est la valeur d'une « ordonnance » du 2 novembre 1945 que les médecins ignorent évidemment.

Dr M.

Réponse

Le mot « ordonnance » est le terme qui désigne les actes législatifs pris par le Gouvernement Provisoire de la République Française avant que se réunisse l'Assemblée Constituante. Les ordonnances ont donc la même valeur qu'une loi.

Or, il est exact que l'ordonnance du 2 novembre 1945 sur la protection maternelle et infantile, a modifié par son titre II les dispositions antérieures concernant les certificats d'examen médical avant mariage.

Aux termes de l'article 6 de cette ordonnance du 2 novembre 1945, le médecin ne doit délivrer de certificat pré-nuptial qu'au vu du résultat :

1° *D'un examen radioscopique et éventuellement radiographique effectué par un dispensaire public ou par un médecin agréé à cet effet :*

Eczéma
CUROZEMA
9 Dragées par jour
OPOSÉROTHÉRAPIE VALTRY
LABORATOIRE BIOLOGIQUE VALTRY
46, Rue St Didier-Paris-16e
FORMULE INFANTILE :
Pediozema
GRANULÉ

HYPERCHLORHYDRIE
TOUTES DOULEURS GASTRIQUES
GASTROSEDYL
GOUTTES
Le grand remède de toutes les
GASTRALGIES
COMPOSITION INCHANGÉE
Teinture Dausse de belladone..... 46
Teinture Dausse de jusquiame..... 20
Liqueur ammoniacale anisée..... 20
Bromure de Sodium.. 13
Phosphate de codéine: 1
Antispasmodique certain
Régulateur de l'acide gastrique
Sédatif à effet immédiat
POSOLOGIE
10 à 30 gouttes dans un peu d'eau sucrée après les repas et au moment des douleurs
LABORATOIRES J. LANDRIER
— Coulange-sur-Yonne (YONNE) —

2° *D'un examen sérologique effectué par un laboratoire agréé.*

*Le médecin doit communiquer ses constatations à l'intéressé, et lui en signaler la portée. Dans les cas graves, il doit lui confirmer cette notification par écrit. Un modèle de certificat pré-nuptial devait être établi par arrêté du ministre de la Santé Publique ; cet arrêté a été publié à l'*Officiel, *et reproduit dans le numéro du 18 mai dernier du* Concours Médical ; *il est conforme d'ailleurs au texte qui vous a été communiqué par la Mairie de V...*

L'ordonnance du 2 novembre n'a pas dit qui aurait qualité pour agréer le médecin chargé de l'examen radioscopique et éventuellement radiographique, ni pour agréer le laboratoire chargé de l'examen sérologique ; il faut toutefois que le médecin soit agréé, à cet effet, c'est-à-dire qu'il s'agisse d'un agrément spécial qui, semble-t-il incombe à l'officier de l'Etat civil chargé de procéder au mariage, ou tout au moins au préfet.

Quant aux frais résultant de l'examen médical, avant mariage, ils sont aux termes de l'article 10 *couverts par les Caisses de Sécurité Sociale en ce qui concerne leurs affiliés, et dans la mesure de leur tarif de responsabilité ; par le service de l'assistance médicale gratuite pour ceux qui bénéficient de ce mode d'assistance, enfin ils restent à la charge des intéressés eux-mêmes lorsqu'ils ne sont ni assurés sociaux, ni bénéficiaires de l'A.M.G.*

Les fiancés ne peuvent se refuser à subir l'examen pré-nuptial car s'ils ne peuvent fournir un certificat du médecin à l'officier d'Etat Civil, celui-ci ne peut procéder ni à la publication ni éventuellement à la célébration du mariage.

DEMANDES ET OFFRES

N° 289. — Doctoresse reçoit jeunes enfants souffrants non contagieux. Régimes. S'adr. Prieuré de Blancheface par Saint-Chéron (S.-et-O.).

N° 290. — Nombreux livres de médecine et chirurgie à céder. Demander liste à Mme Mange, 5, rue Boudet à Bordeaux.

N° 291. — On recherche, dans 9e arrt., chez particulier, 1 pièce pouvant servir de bureau, avec téléphone.

No 292. — A céder, rais. de famille, très belle client. méd. génér. dans ch.-l. de cant. Sud-Ouest, proxim. Pyrénées, pays très agréable. Ecr. journ. qui transm.

No 293. — Grande ville Afrique du Nord, remplaçant oto-rhino, cathol. capable, demandé pour plusieurs mois.

No 294. — Poste médec. génér., avec installat. médic. et appartem., s. de b., plein centre ville de la côte méditerr. à échanger apr. décès, contre appartement Paris, toute importance.

No 295. — Biarritz à louer splendide villa 3 étages, vue sur mer, avec beau parc spacieux, conviendrait pour clinique, maison de repos, sanatorium. Ecr. journ. qui transm.

No 296. — A vendre commutatrice, cont. alt. 110 v. 080 a. Prix à débattre. Télép. Trudaine 34-07.

No 297. — Occasion, vitrine médicale 4 étagères, 1 m. 90, 0,70, 0,40, bon état.

No 298. — Cherche Citroën traction avant 11 CV. Faire offre à Lemée directeur Ecole Dentaire à Nantes.

N° 299. — Achèterai tricycle, vélo-moteur.

N° 300. — Excellente sténo-dactylo cherche travail après 6 h. du soir. N° B. 412. S.P.M.O., 2 bis, rue de la Jussienne à Paris.

N° 301. — Infirmière 35 ans, désire représentation laboratoires. J. Guyonnet-Dupérat à Libourne.

Gérant : J. MIGNON
Février 1879
Lang, Blanchong et Cie, 30, rue du Poteau - Paris (18e) — 31.1040
Dépôt légal : N° 8
2e trimestre 46

PULMONE
ELIXIR - CACHETS - AMPOULES
VOIES RESPIRATOIRES

GOUTTES IONISÉES
ALCALOSE

CARBONEX
ESTOMAC-FOIE-INTESTIN

LABORATOIRES BIOS
10, RUE VINEUSE PARIS
TRO. 57-44

LES ÉTABLISSEMENTS JACQUEMAIRE à Villefranche (Rhône) RAPPELLENT LEURS PRODUITS
diététiques

★ LA BLÉDINE
Aliment de préparation au sevrage. Farine complète et équilibrée.

★ LA DIASE CÉRÉALE
Bouillie maltosée fluide. Assimilation totale.

★ LE MALTOGIL
Extrait de malt sec rigoureusement pur. Puissant reconstituant.

LES LABORATOIRES DU GALACTOGIL à Villefranche (Rhône) RAPPELLENT LEURS PRODUITS
pharmaceutiques

★ LE GALACTOGIL
Puissant galactogène. A base d'extrait de galéga.

★ LE PEPTOGIL
Spécifique des anaphylaxies protéiques (peptones gastriques et pancréatiques)

P. L. Dupuy

ÉTABLISSEMENTS SOUDAN

48, rue d'Alésia – PARIS-XIV•

NITRITE D'AMYLE BOISSY

EUONYMINE PAUL THIBAULT
(Pilules)

GRAINS MIRATON
(Laxatif)

VIN GIRARD
Iodotannique phosphaté

SIROP GIRARD
Iodotannique phosphaté

BIOPHORINE GIRARD
(Granulé)

IODOMAISINE Globules

IODOMAISINE Pommade

LACTAGOL

Toutes ces spécialités sont enregistrées au Laboratoire National de Contrôle des Médicaments et peuvent être prescrites aux Assurés sociaux.

NÉOSPLÉNINE



LA 1ère SYNERGIE
A BASE D'EXTRAITS
DE RATE-FOIE
MUQUEUSE GASTRIQUE

TOUTES DÉFICIENCES ORGANIQUES

LABORATOIRE DU DOCTEUR E. AUBERT
71, RUE STE-ANNE - PARIS 2e



CHLORO-CALCION

ne manquent pas

HORMOCRINOL

♀ F et M ♂

Médication Thyro-génitale
associée aux électrolytes activateurs
PHOSPHORE et POTASSIUM

TROUBLES DU MÉTABOLISME
RHUMATISME ENDOCRINIEN
TROUBLES GÉNITAUX ET CIRCULATOIRES

6 à 8 comprimés par jour

GOSSYPIOL
MAURIN

16 DRAGÉES en deux jours
déterminent les règles et calment les douleurs

Laboratoires JAMMES, 86, r. Michel-Ange, Paris

68e ANNÉE — Nº 24 — 15 JUIN 1946

LE

CONCOURS MÉDICAL

37, RUE DE BELLEFOND - PARIS (9e) - TRU 33-66

379 à 384

SOMMAIRE

PARTIE SCIENTIFIQUE.

Procédé simplifié de coproculture. Son utilisation dans la prophylaxie de la fièvre typhoïde (M. Deparis) 601
Journées médicales tunisiennes 602
Les journées médicales de Broussais 603
Les Livres, 606. — Les Sociétés Savantes, 607.

PARTIE PROFESSIONNELLE.

Propos du Jour : Réflexions sur les remèdes nouveaux (G. Lavalée) 609
Droit professionnel : Nouvelle offensive contre le contrat d'assistance (P. Douriez) 611
Le corps médical doit participer à la direction de la Sécurité sociale (Dr Valingot) 613
Une conférence à la Faculté de Médecine sur la médecine en U.R.S.S. (P. Lacroix) 615
Y a-t-il deux poids et deux mesures en déontologie ? 615

DEMI-COLONNES.

Dernières Nouvelles, 594. — A travers l'Officiel, 596. — Echos et Commentaires, 617. Correspondance, 620.

Dysendocrinies masculines et féminines.

NATIROSE
Dragées de Trinitrine
Laboratoire NATIVELLE

OPO-IODAMÉLIS
"M" et "F"
Laboratoires Jacques LOGEAIS
2 à 6 comprimés par jour. Issy-les-Moulineaux - Paris

Equilibre Phospho-calcique
TRICALCINE
Granulés IRRADIÉE Cachets
RECALCIFICATION de l'ORGANISME
Lab. SCIENTIA - Dr PERRAUDIN
21, rue Chaptal, PARIS

Toux Coqueluche
ÆTHONE
Laboratoire de l'ÆTHONE 35, rue Boissonnade, PARIS (XIVe)

Infangyl Carlier
CALME LES TOUX INFANTILES

Silicyl
Médication de BASE et de RÉGIME des ÉTATS ARTÉRIOSCLÉREUX et des carences siliceuses
16, Rue Ernest-Rousselle - PARIS-13e

DERNIÈRES NOUVELLES

Faculté de Médecine de Paris.

M. Dechaume est nommé, à compter du 1er janvier 1946, professeur titulaire de la chaire de stomatologie (chaire créée).

M. Brûlé, Mlle Jeanne Lévy, M. Piedelièvre sont nommés professeurs sans chaire.

Faculté de Médecine d'Alger.

M. Thiodet, agrégé, est nommé professeur de médecine légale (dernier titulaire : M. Giraud).

Hôpital Broussais.

Des *manipulations d'hématologie* sont organisées à l'hôpital Broussais, service de médecine n° 4, par le professeur agrégé Paul Chevallier. Elles seront dirigées par Mme le Dr S. Perlès, assistée des internes du service et de Mlle F. Saizou. Les travaux sont exclusivement pratiques et chaque série dure deux semaines consécutives, de 14 à 17 heures. Chaque élève ou chaque groupe de deux élèves doit apporter un microscope, des cellules à numération, des pipettes et des lames. Le nombre des élèves est limité à douze.

Droit d'inscription : 1.500 francs (demi-droit pour les internes et externes des hôpitaux). Les inscriptions sont reçues au laboratoire du service du docteur P. Chevallier et les bulletins de versement sont délivrés au secrétariat de la Faculté.

La 2e série de ces manipulations aura lieu du 17 au 28 juin ; la 3e série, du 14 au 26 octobre ; la 4e série, du 9 au 21 décembre.

L'Union des médecins français

organise une 2e conférence sur « Les atrocités scientifiques allemandes » le vendredi 21 juin, à 21 heures, à la Maison de la Chimie, 28, rue Saint-Dominique. Le Dr Desoille, professeur agrégé, et le Dr Gilbert-Dreyfus, médecin des hôpitaux, anciens déportés de Mathausen, apporteront le témoignage des médecins dans les camps nazis.

Retirer les invitations pour la conférence au siège de l'U.M.F., 9, faubourg Saint-Honoré, Paris (8e).

Centre national de la recherche scientifique.

Le Centre de Coordination des Etudes et Recherches sur la nutrition et l'alimentation (Directeur : Professeur Terroine), créé au sein du Centre National de la recherche scientifique, communique qu'il organise pour la période des grandes vacances universitaires 1946 un enseignement de haute technique réservé à des travailleurs déjà rompus à la pratique du Laboratoire. Cet enseignement a pour but de leur permettre l'acquisition des méthodes les plus modernes en usage dans les divers domaines de la biophysique, biochimie et physiologie de la nutrition.

Cet enseignement sera organisé dans 4 Centres : Paris, Strasbourg, Marseille, Lyon. Pour de plus amples renseignements, consulter l'affiche qui est apposée à la Direction du C.N.R.S., 13, quai d'Orsay, Paris, à la Direction du Centre de Coordination, 1, rue de la Banque, Paris, et dans divers laboratoires des Facultés et Ecoles.

Communiqué du Conseil Départemental de la Seine de l'Ordre des Médecins.

Dans sa séance du 2 mai, le Conseil départemental de la Seine de l'Ordre des médecins a décidé :

1° De désigner une Commission de 10 Membres chargée de la nouvelle installation de l'Ordre départemental de la Seine avec groupement éventuel d'autres organismes professionnels médicaux de la Région Parisienne.

2° D'inviter le Conseil National à étudier d'urgence le problème de l'application du plan de sécurité sociale aux médecins eux-mêmes et à leur famille considérés comme assurés.

3° D'inviter le Conseil National de l'Ordre et la Confédération des Syndicats médicaux à protester

THÉRAPEUTIQUE RHINO-PHARYNGÉE A DOSE FAIBLE

KIDARGOL

LABORATOIRE R. GALLIER, 1 bis, Place du Président-Mithouard, PARIS-VI.

GASTRHÉMA

CONTRE LES ANÉMIES
ASTHÉNIE - ANOREXIE - HYPOPEPSIE
17, Avenue de Villiers — PARIS (17e)

EXTRAIT DE MUQUEUSE D'ANTRE PYLORIQUE
1 à 3 amp. buvables, par jour

FRÉNASMA

TROIS A QUATRE COMPRIMÉS PAR JOUR. UN A DEUX DÈS LE DÉBUT DE LA CRISE.

LABORATOIRES DU GASTRHÉMA
17, AVENUE DE VILLIERS
PARIS (17e)

ASTHME - EMPHYSÈME - BRONCHITES CHRONIQUES - MÉDICATION PRÉVENTIVE, ABORTIVE ET CURATIVE DES CRISES

contre les termes d'un projet type de certificat prénuptial paru récemment à l'*Officiel* dans lequel il est prévu que certains examens radioscopiques et de laboratoire doivent être faits par des médecins agréés.

« Garden-Party » de la médecine française.

La « Garden-Party » organisée par la F.E.M. au profit des veuves et orphelins de médecins aura lieu le dimanche 23 juin, de 16 à 21 h., à la Maison des artistes, 11, rue Berryer. Entrée : 250 fr. Billets en vente : F.E.M., 60, bd de La Tour-Maubourg, et grandes agences de théâtres.

Naissances.

Nous apprenons la naissance de Claire Thouvenel, fille du docteur Thouvenel, d'Antony (Seine) ; d'Etienne Fresnel, cinquième enfant du docteur Pierre-Louis Fresnel, d'Hirson (Aisne) ; de Pierre Christophe, fils du docteur Henri Christophe, de Pont-à-Mousson (Meurthe-et-Moselle) ; de Nicole Fresnais, seconde fille du docteur Jean Fresnais, chirurgien à Rouen (Seine-Inférieure) ; de Pierre Moreau, quatrième enfant du docteur Moreau, de Saint-Nicolas-du-Pélem (Côtes-du-Nord) ; de Gilles Cocquerez, deuxième enfant du docteur Cocquerez, d'Audruicq (Pas-de-Calais) ; de Michel Camaré, troisième enfant du docteur A. Camaré, de Saint-Paul-le-Jeune (Ardèche) ; de Daniel Meuley, fils du docteur J. Meuley, d'Aix-en-Othe (Aube) ; de Maylis Dissez, quatrième enfant du docteur Jacques Dissez, de Bayonne (Basses-Pyrénées) ; d'Anne Maugery, quatrième enfant du docteur G. Maugery, de Villefranche-sur-Saône (Rhône) ; d'Yves Désaunay, cinquième enfant du docteur A. Désaunay, de Cancale (Ille-et-Vilaine) ; de Jean-Louis Papin, troisième enfant du docteur Jean Papin, de Mamers (Sarthe) ; de Didier Douvion, quatrième enfant du docteur Douvion, d'Esvres (Indre-et-Loire) ; de Marie-Christine Bernard, fille du docteur Pierre Bernard, de Nesles (Somme) ; de Martine Grimbert, fille du docteur Grimbert, de Reims (Marne) ; de Jean-Pierre Guillaumat, quatrième enfant du docteur Jean Guillaumat, de Paris ; de Jean-François Polge, fils du docteur R.-H. Polge et de Mme, née d'Autheville, ancienne interne des hôpitaux de Strasbourg (Rabat, Maroc).

— Nous avons le plaisir d'annoncer la naissance de Marie-Jeanne Boudin, fille de notre collaborateur et ami, le docteur Georges Boudin, médecin des hôpitaux de Paris. Nous adressons à Madame et au docteur Georges Boudin nos plus sincères félicitations.

Nécrologie.

Nous apprenons avec une peine profonde la mort du docteur Raymond Molinéry, décédé après une longue maladie, à Tournon-d'Agenais, où il s'était retiré depuis quelques années.

Ancien interne des hôpitaux de Toulouse, directeur technique de l'Etablissement thermal de Luchon, Molinéry collabora longtemps au « Concours Médical », où il comptait de très nombreux amis.

Nous adressons à sa mémoire un souvenir ému et nous exprimons à son fils, le docteur Pierre Molinéry, de Luchon, ancien interne des hôpitaux de Paris, notre sympathie douloureuse et attristée.

Le docteur H. Doizy, ancien député, président-directeur général de la Prévoyance médicale, fait part de la mort de son fils, le docteur Yves Doizy, médecin phtisiologue à Rennes, décédé le 7 avril 1946.

Le docteur J.-M. Lefèvre, de Bourg-la-Reine (Seine), fait part du décès de son fils Pierre-Marie, à l'âge de 21 mois.

Le docteur Maxime Conche fait part du décès de Madame Alexandre Conche, sa mère.

Le Concours Médical
Hebdomadaire fondé en 1879 par A. Cézilly.
Directeur honoraire : Docteur J. Noir.
Directeur : Dr G. Lavalée.
Rédacteur en Chef : Dr G. Fischer.
Rédaction, Administration et Publicité, 37, Rue de Bellefond, Paris 9e).
Téléphone : TRU 33-66. R. C. Seine 76.579.
Chèques postaux, Paris 167-95.
Abonnements : 1 an, 250 francs. - Etudiants, 125 fr. Le N° 10 fr. Changem. d'adresse 5 fr.

DIGESTION
du pain et des féculents.
Fermentations et gaz gastro-intestinaux - Colites droites - Dyspepsie salivaire ou pancréatique - Maladies par carence
AMYLODIASTASE
DIASTASES & VITAMINES
de l'Orge et des céréales germées
2 Formes
Comprimés — Sirop
LABORATOIRES THÉPÉNIER
10, rue Clapeyron - Paris (8e)

L'AUVERGNE THERMALE
LA BOURBOULE
Enfants, ganglions, surmenage, voies respiratoires, anémie, peau, diabète.
CHATELGUYON
Maladies de l'intestin et du foie, colibacillose.
LE MONT-DORE
Asthme, emphysème, bronchites, affections du nez et de la gorge.
ROYAT
Maladies du cœur et des artères, hypertension.
SAINT-NECTAIRE
Maladies des reins, anémie.
Le plus beau pays de tourisme
CULTURE PHYSIQUE
TOUS LES SPORTS
RENSEIGNEMENTS aux SYNDICATS D'INITIATIVE

A TRAVERS L'OFFICIEL

ASSURANCES SOCIALES

Loi du 22 mai 1946 portant généralisation de la sécurité sociale.

TITRE PREMIER. — DISPOSITIONS GÉNÉRALES

CHAPITRE PREMIER. — *Champ d'application*

Article premier. — Tout Français résidant sur le territoire de la France métropolitaine bénéficie, sous réserve des dispositions prévues à l'article 29 de la présente loi, des législations sur la sécurité sociale et est soumis aux obligations prévues par ces législations dans les conditions de la présente loi.

. . . . . .

CHAPITRE II. — *Cotisations*

Art. 3. — Pour toutes les personnes visées à l'article premier ou à l'article 2 de la présente loi, des cotisations doivent être acquittées suivant les règles d'assiette et de calcul fixées ci-après.

Art. 4. — § 1er. — Les cotisations dues pour les salariés et assimilés des professions non agricoles sont assises sur les bases définies par l'ordonnance du 4 octobre 1945.

§ 2. — Les cotisations des personnes exerçant une activité professionnelle non salariée et qui ne sont pas assimilées aux salariés, en dehors des professions agricoles, forestières et assimilées, sont assises sur le revenu professionnel des intéressés, tel qu'il est déterminé pour l'établissement des impôts cédulaires.

Toutefois, ce revenu ne peut être inférieur ni au gain du salarié le mieux rémunéré employé par l'intéressé, ni au salaire de base du manœuvre de la catégorie la moins favorisée travaillant au chef-lieu du département.

§ 3. — Les cotisations dues pour les conjoints, n'exerçant aucune activité professionnelle propre, des personnes visées aux paragraphes 1er et 2 ci-dessus, sont assises sur un montant égal au minimum de la pension de vieillesse accordée aux assurés sociaux à l'âge de soixante-cinq ans.

§ 4. — Les cotisations dues pour les personnes n'entrant ni dans une des catégories ci-dessus définies, ni dans les catégories visées à l'article 24, sont assises :

a) Pour les personnes assujetties à l'impôt général sur le revenu, sur le montant du revenu net;

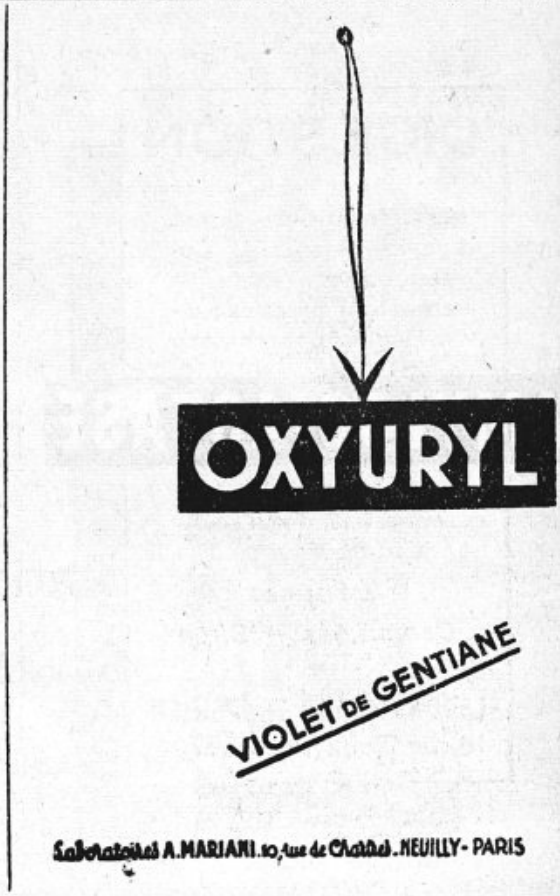
b) Pour les autres personnes, sur la moitié du salaire de base du manœuvre de la catégorie la moins favorisée travaillant au chef-lieu du département.

§ 5. — Les salaires, gain ou revenu annuel, dépassant un montant qui sera fixé par décret, ne sont comptés que pour ce montant.

Art. 5. — Le taux de la cotisation des assurances sociales est de 16 %, sous déduction, pour les salariés ou assimilés des professions non agricoles et non forestières, de la contribution prévue par l'ordonnance du 30 décembre 1944 sur le financement de l'allocation aux vieux travailleurs salariés.

En ce qui concerne les personnes autres que les salariés et assimilés, le taux de la cotisation, qui est de 9 % au titre de l'assurance-vieillesse, est augmenté, dans la limite d'un maximum de 16 %, en considération des prestations dont le bénéfice leur est étendu par les décrets prévus à l'article 32 et pris après consultation des organisations représentatives des catégories intéressées. Les taux majorés sont fixés par des décrets rendus sur la





proposition du ministre du Travail et de la Sécurité Sociale, du ministre des Finances, du ministre de l'Economie Nationale, du ministre de la Population et éventuellement, des autres ministres intéressés.

Art. 6. — Sont exonérés de toute cotisation, au titre des assurances sociales :

1° Les enfants à charge au sens de l'article 23 (2°) de l'ordonnance du 19 octobre 1945 ;

2° Les personnes âgées de plus de soixante-cinq ans n'exerçant aucune activité professionnelle, ainsi que les personnes âgées de soixante ans au moins, inaptes au travail et bénéficiant à ce titre d'une pension de vieillesse ou de l'allocation prévue par l'ordonnance du 2 février 1945 ;

3° Les infirmes ou incurables privés de ressources, les titulaires d'une pension d'invalidité au titre de l'article 5 de l'ordonnance du 19 octobre 1945, les titulaires d'une rente d'accident du travail ou d'une pension de la loi du 31 mars 1919, lorsqu'ils sont absolument incapables d'exercer une activité professionnelle quelconque ;

4° Les chômeurs complets inscrits à un office du travail.

Sont exonérées de la fraction de cotisation correspondant à l'assurance-vieillesse les personnes, autres que les salariés et assimilés, âgées de plus de soixante-cinq ans et titulaires d'une pension de vieillesse, de l'allocation prévue par l'ordonnance du 2 février 1945 ou de l'allocation aux vieux instituée par la présente loi.

CHAPITRE III. — *Prestations*

Art. 7. — Toute personne visée à l'article premier ou à l'article 2 de la présente loi a droit aux prestations prévues par l'ordonnance du 19 octobre 1945 fixant le régime des assurances sociales, des professions non agricoles, sous les réserves et dans les conditions définies ci-après.

Art. 8. — Les salariés ou assimilés ont seuls droit aux indemnités journalières des assurances maladie et maternité.

Art. 9. — Les personnes exonérées de toute cotisation d'assurances sociales, par application de l'article 6 de la présente loi, ne peuvent prétendre, au titre des assurances sociales, qu'aux prestations en nature de l'assurance maladie, de l'assurance longue maladie et de l'assurance maternité.

Toutefois, les chômeurs complets, inscrits à un office du travail, sont assimilés aux salariés pour le droit aux prestations.

Art. 10. — Les conjoints n'exerçant aucune activité professionnelle ne peuvent prétendre, en sus des prestations dont ils bénéficient du chef de leur conjoint, qu'aux prestations de l'assurance-vieillesse.

Art. 11. — L'indemnité journalière de maladie ou de maternité, l'allocation mensuelle de longue maladie, le capital au décès, la pension d'invalidité et la pension de vieillesse sont calculés sur la base du salaire, gain ou revenu d'après lequel ont été déterminées les cotisations.

Art. 12. — Les personnes qui ne bénéficient pas de la législation sur les accidents du travail et les maladies professionnelles sont couvertes, en cas d'accident ou de maladie se rattachant à l'exercice de leur activité professionnelle, par l'attribution des prestations des assurances sociales dans les conditions définies par les articles 7 à 11 ci-dessus et rendues applicables par les décrets prévus à l'article 32 de la présente loi.

Art. 13. — Une loi ultérieure déterminera les modalités d'attribution des prestations familiales aux personnes visées à l'article premier et à l'article 2 de la présente loi.

CHAPITRE IV. — *Allocation aux vieux*

Art. 14. — A titre transitoire et jusqu'à ce que l'application de la présente loi ait permis aux Français remplissant les conditions définies par la

LA ROCHE-POSAY
(VIENNE)



Ouverture : 1er Juin

Fermeture : 1er Octobre

Station des Eczémateux
Station des Arthritiques

Rénaux calculeux - Scléreux
Hypertendus

loi d'acquérir droit à une pension de vieillesse, il est créé une allocation aux vieux sur les bases définies ci-après qui sera attribuée comme il est dit à l'article 32 (2°).

Art. 15. — A droit à l'allocation aux vieux, toute personne de nationalité française résidant sur le territoire de la France métropolitaine, âgée de soixante-cinq ans au moins, privée de ressources suffisantes et ne bénéficiant ni d'une retraite ou pension au titre d'une législation de sécurité sociale, ni d'une allocation au titre de l'ordonnance du 2 février 1945.

Art. 16. — Le bénéfice de l'allocation aux vieux est subordonné à la justification du versement des cotisations obligatoirement dues en vertu de la présente loi.

Art. 17. — Les dispositions des articles 3 et 5 de l'ordonnance du 2 février 1945, modifiée par la loi du 3 janvier 1946, sont applicables à la détermination du taux et aux modalités d'attribution de l'allocation aux vieux.

L'allocation aux vieux est substituée au secours viager prévu pour certains conjoints, à l'article 4 de l'ordonnance du 2 février 1945.

Le contentieux de l'allocation aux vieux est régi par les dispositions des articles 106 à 109 de l'ordonnance du 19 octobre 1945.

CHAPITRE V. — *Organisation*

Art. 18. — Le recouvrement des cotisations et la gestion des assurances maladie, longue maladie, maternité, invalidité et décès sont confiés aux caisses primaires et régionales de sécurité sociale dans les conditions définies par l'ordonnance du 4 octobre 1945.

Art. 19. — La gestion de l'assurance-vieillesse et de l'allocation aux vieux est confiée, pour l'ensemble des bénéficiaires de la présente loi, à des caisses régionales d'assurance-vieillesse fonctionnant sous le régime de l'ordonnance du 19 octobre 1945 portant statut de la mutualité, sous réserve des dispositions de la présente loi et du règlement d'administration publique pris pour son application, et gérées par des conseils d'administration dans lesquels toutes les catégories de bénéficiaires sont représentées en proportion de leur importance respective dans la circonscription de la caisse.

La caisse nationale de sécurité sociale assume à l'égard des caisses régionales d'assurance vieillesse les mêmes fonctions qu'à l'égard des caisses régionales de sécurité sociale.

Art. 20. — Le règlement d'administration publique, prévu à l'article 31 ci-après, déterminera les modifications à apporter à la législation en vigueur en ce qui concerne la composition des conseils des caisses de sécurité sociale, ainsi que du conseil supérieur de la sécurité sociale, en vue d'assurer la représentation de l'ensemble des bénéficiaires de la présente loi en proportion de leur importance respective dans la circonscription de la caisse.

Art. 21. — Les directions régionales de la sécurité sociale contrôlent, sous l'autorité du ministre du Travail et de la Sécurité sociale, le recouvrement de l'ensemble des cotisations dues en application de la présente loi.

Art. 22. — Les dispositions des titres V et VI de l'ordonnance du 4 octobre 1945 sont étendues à l'application de la présente loi.

TITRE II. — DISPOSITIONS SPÉCIALES AUX PERSONNES RELEVANT DES PROFESSIONS AGRICOLES ET FORESTIÈRES

Art. 23. — Les dispositions du titre premier de la présente loi sont applicables, en ce qui concerne les personnes exerçant une activité salariée ou non, dans les professions agricoles et forestières, sous réserve des disposition ci-après.

. . . . . .

Art. 25. — Les salariés et assimilés des profes-

Admis par le Ministère de la Santé Publique

LYSOTHIAZOL

(640 M)

2 (paraaminophénylsulfamido) thiazol aluminique

INDICATIONS : Colibacilloses - Blennorragie - Infections urinaires - Streptococcies - Staphylococcies

COMPRIMÉS à 0 gr. 56 de LYSOTHIAYOL

Établissemts MOUNEYRAT, 12, rue du Chemin-Vert à VILLENEUVE-la-GARENNE (Seine)

Révulsif Fouchère

DEUX FORMES :

EMULSION : Adultes

POMMADE : Bébés, Enfants et Adultes à épiderme sensible

LABORATOIRES FOUCHÈRE

RIVE-DE-GIER (Loire)



TUBERCULOSE

VITADONE

INJECTABLE

Vitamines A et D physiologiquement titrées

BOITES DE 6 AMPOULES DE 2 cc.

chaque ampoule contient :

20.000 unités int. de Vitamine A

20.000 unités int. de Vitamine D

2 injections intra musculaires par semaine

Littérature aux Etablissements BYLA

26, avenue de l'Observatoire, à PARIS (14e)

sions agricoles et forestières, de même que, dans les conditions fixées aux articles 8 à 12, les personnes exerçant une activité non salariée et qui ne sont pas assimilées aux salariés dans ces professions, bénéficient des prestations des assurances maladie, maternité, longue maladie, décès, invalidité, ainsi que de la réparation des accidents du travail dans les conditions définies par la législation spéciale de ces professions.

. . . . . .

TITRE III. — DISPOSITIONS DIVERSES

Art. 29. — Par dérogation aux dispositions de la présente loi, les personnels des branches d'activité ou d'entreprises prévues au deuxième alinéa de l'article 17 de l'ordonnance du 4 octobre 1945 demeurent provisoirement soumis aux dispositions législatives ou réglementaires fixant leur régime propre de sécurité sociale.

Art. 30. — Des décrets apporteront aux dispositions des législations sur les assurances sociales et des autres législations et réglementations sur les régimes spéciaux de sécurité sociale prévus à l'article 17 de l'ordonnance du 4 octobre 1945, les modifications nécessaires pour garantir aux bénéficiaires desdites législations et réglementations des avantages au moins équivalents à ceux qui résultent du chapitre IV du titre premier de la présente loi.

Art. 31. — Un règlement d'administration publique déterminera les modalités d'application de la présente loi.

Dans le délai d'un an à compter de la publication de la présente loi, un décret pris dans la forme des règlements d'administration publique procédera à la codification des législations de sécurité sociale et apportera à ces législations les modifications rendues nécessaires par les dispositions de la présente loi portant généralisation de la sécurité sociale.

Art. 32. — Des décrets pris sur la proposition du ministre du Travail et de la Sécurité Sociale, du ministre des Finances, du ministre de l'Economie Nationale, du ministre de la Population et en ce qui le concerne du ministre de l'Agriculture, détermineront les dates auxquelles entreront en vigueur les différentes dispositions de la présente loi en distinguant, le cas échéant, suivant, d'une part, les catégories de bénéficiaires, et d'autre part, les risques couverts. Ces décrets sont pris après consultation des organisations représentatives des catégories intéressées.

L'attribution des prestations est subordonnée aux conditions ci-après :

1° Les dispositions relatives aux prestations de chaque risque couvert ne pourront prendre effet avant l'expiration d'un délai de trois mois à compter de la date à laquelle les dispositions concernant les cotisations correspondantes auront reçu leur application effective ;

2° L'allocation prévue au Chapitre IV du Titre Ier de la présente loi ne pourra prendre effet, pour chaque catégorie de bénéficiaires, avant l'expiration d'un délai de trois mois à compter de la date à laquelle les dispositions établissant les cotisations dues au titre de l'assurance-vieillesse par les assurés de la catégorie correspondante auront reçu leur application effective.

Art. 33. — Les décrets prévus à l'article 32 ne pourront intervenir tant que l'indice de la production industrielle calculé par le service national des statistiques n'aura pas atteint 110 % du même indice pour l'année 1938 en ce qui concerne l'assurance-vieillesse et l'allocation aux vieux et 125 % du même indice pour les autres risques.

Toutefois, un décret pourra, avant le délai prévu à l'alinéa précédent, rendre les dispositions de la présente loi visant l'allocation aux vieux, applicables aux conjoints ou veuves de salarié ayant élevé cinq enfants jusqu'à l'âge de seize ans.

(*J. O.*, 23 *mai* 1946)

MIGRAINES — GRIPPES
DOULEURS CATAMÉNIALES
ALGIES
ALGOCRATINE
Un cachet dès la première sensation de douleur
LANCOSME, 71, Avenue Victor-Emmanuel III — PARIS

KAOSYL
DESLEAUX
PANSEMENT GASTRO-INTESTINAL
LANCOSME. 71, Av. Victor Emmanuel III, Paris (8e)

URISANINE
antiseptique urinaire
diurétique et balsamique
- 1 à 3 cuill. à café par jour -
Laboratoires LONGUET - 34, rue Sedaine - Paris



CORYDRANE CRISTALLISE EN UNE MOLÉCULE LES VERTUS APAISANTES DE L'ASPIRINE ET LA FORCE TONIQUE DU NORÉPHÉDRANE.

AINSI LES TROUBLES S'EFFACENT AU MOMENT MÊME OU L'HOMME RETROUVE L'ÉNERGIE DE LES DOMINER.

L'INTELLIGENCE ET LA LIBERTÉ DE RESPIRER REVIENNENT A L'ENRHUMÉ, ET LE GRIPPÉ SENT FUIR SA FIÈVRE.

QUI SOUFFRE DANS SES NERFS OU DANS SES OS ACCUEILLE LE CORYDRANE AVEC GRATITUDE. GRACE A LUI LE MIGRAINEUX SE RÉJOUIT D'UNE LUCIDE DÉTENTE.

SOULAGER ET SOUTENIR, LOI IMMUABLE D'ÆSCULAPE QUI S'OPPOSE AU PRINCIPE D'EPICTÈTE

Ἀνέχου καί ἀπέχου

HIPPOCRATE APPLIQUAIT CETTE RÈGLE D'OR A SES ASTHÉNIQUES, GALIEN A SES RHUMATISANTS.

ET TOI-MÊME, UN JOUR, CLINICIEN AVERTI, SI QUELQUE MALAISE T'ASSAILLE, PRENDS PLUTOT UN COMPRIMÉ DE

CORYDRANE

LABORATOIRES DELAGRANGE
39, Bd. de LATOUR-MAUBOURG, PARIS - 7e

PARTIE SCIENTIFIQUE

PROCÉDÉ SIMPLIFIÉ DE COPROCULTURE

SON UTILISATION DANS LA PROPHYLAXIE DE LA FIÈVRE TYPHOIDE

par **M. DEPARIS** Médecin des Hôpitaux de Paris

L'ANOCULTURE est un procédé simplifié de coproculture et sa mise en œuvre est très simple. Elle consiste à faire un prélèvement d'une trace de matières fécales, demeurée dans l'anus, à l'aide d'un stylet porte-coton stérile conservé avant usage dans un tube stérile ; le stylet porte-coton est introduit quelques instants à la manière d'un thermomètre rectal et replacé dans le tube de verre pour être adressé au laboratoire. L'ensemencement sur des milieux spéciaux y est effectué immédiatement.

Ce procédé simple, d'application pratique, que notre maître M. le Pr Joannon a conseillé depuis déjà plusieurs années, permet d'éviter les difficultés techniques et psychologiques que rencontre l'emploi de la coproculture classique.

***

Ces données ont été résumées dans différents travaux. Le point essentiel est la comparaison des résultats obtenus après anoculture, d'une part, et, d'autre part, après coproculture classique.

Le Dr Boyer, Inspecteur général des Services Techniques d'Hygiène de la Préfecture de Police, et Mlle Honnorat, ont fait cette étude comparative sur une trentaine de cas. Dans l'ensemble, ils ont obtenu un pourcentage de cas positifs sensiblement analogue avec les deux méthodes.

Il est d'ailleurs important de préciser le milieu de culture employé pour l'ensemencement du produit prélevé. Classiquement, on utilise la gélose lactosée tournesolée. Dans une thèse récente, très documentée, Le Minor a fait une étude critique des différentes méthodes de culture pour la recherche des bacilles typhoïdiques et paratyphoïdiques dans les selles. Dans son travail, il préconise l'ensemencement sur le milieu de Muller-Kauffmann, avec repiquage sur gélose au vert brillant.

Par ce procédé, on résout deux difficultés rencontrées dans la technique des coprocultures : l'élimination du colibacille et celle du protéus. Aussi cette technique a-t-elle été adoptée au Laboratoire Central de la Préfecture de Police.

***

Quelques difficultés diagnostiques peuvent se rencontrer en pratique.

En premier lieu, l'existence d'une rectite fausse les résultats et il n'est pas possible d'identifier le germe de la série typho-paratyphoïdique alors qu'une coproculture classique permet de les déceler (rectite chez un porteur de germes, par exemple).

Dans d'autres cas, alors que le sujet étudié a les plus grandes chances d'être un porteur de germes, les résultats de la culture sont cependant négatifs ; c'est dire que, dans les cas douteux, une coproculture négative n'a pas une valeur absolue pour éliminer avec certitude un portage de germes, qu'elle ait été faite selon la méthode classique ou de la façon simplifiée dont il est présentement question.

Ajoutons enfin que, dans certaines typhoïdes à évolution prolongée, les bacilles de la série typho-paratyphoïdique sont difficiles à identifier et leurs caractères d'agglutination ne sont pas simples à mettre en évidence. Il est alors nécessaire de mettre en œuvre des procédés d'identification plus longs et plus complexes, sur lesquels nous n'insistons pas.

***

La culture des selles par le procédé si simple de l'anoculture est susceptible de rendre de très grands services pour dépister les porteurs sains de l'entourage du malade et, après guérison apparente, les porteurs convalescents. On sait que ce portage de germes peut persister pendant très longtemps. Ces recherches sont particulièrement utiles quand un cas de fièvre typhoïde est traité à domicile, dans une famille dont certains membres exercent une profession ayant trait à l'alimentation (épicerie, boulangerie, pâtisserie...). Les risques de transmission sont dans ces cas très sérieux et il est capital de savoir si le malade guéri n'est plus contagieux et si son entourage est indemne.

Cette culture systématique des selles par le procédé usuel est rarement mise en pratique. Bien souvent, on invoque comme excuses les difficultés de la réaliser. Le procédé si simple d'anoculture nous paraît donc apporter un progrès important dans la prophylaxie des fièvres typhoïdes et para-typhoïdes.

JOURNÉES MÉDICALES TUNISIENNES
(Tunis, 13-20 avril 1946)

TRAVAUX TUNISIENS

I. Fièvre récurrente

Paul Durand et Camille Rollin. — Epidémiologie, symptômes, diagnostic et traitement de la F.R. — L'importante monographie des auteurs, basée sur l'étude de plus de 4.000 cas, apporte des aperçus épidémiologiques, montrant comment l'épidémie récente venue du Fezzan s'est étalée et a envahi l'Afrique du Nord. Ils décrivent minutieusement la symptomatologie et insistent, au point de vue biologique, sur la rétention chlorée et l'hyperchlororachie. Le diagnostic est étudié avec soin. Au point de vue thérapeutique, les A. passent en revue tous les traitements qu'ils ont essayés : acétylarsan, stovarsol, acétarsone, carbarsone, novarsénobenzène, fontarsan, sels de bismuth, sels d'antimoine, diamidine, sérum de convalescent. Ils pensent que le meilleur traitement reste le stovarsol, de préférence réduit en poudre aussi fine que possible. La prophylaxie réside dans l'emploi de poudres parasiticides : D.D.T., hexachlorocyclohexane.

Mme Sparrow et M. Lamarche. — Fièvre récurrente expérimentale. — Les poux peuvent s'infecter par un seul repas sur le malade fébrile, les spirochètes passent de l'intestin dans le liquide cœlomique et s'y développent rapidement ; les poux restent infectés jusqu'à la mort et les spirochètes gardent leur virulence ; on peut entretenir les spirochètes en passage de pou à pou par la méthode de Weigl. Dix-huit malades mentaux désignés pour la pyrétothérapie ont été inoculés avec les produits des poux infectés expérimentalement. L'inoculation de l'homme ne réussit régulièrement que par scarification de la peau sur laquelle on a déposé une goutte de liquide obtenu par dissection du pou. Cette excellente méthode de pyrétothérapie intéresse surtout les pays où la malariathérapie présente des difficultés.

H. Bonan et Khiari. — Notes sur la récurrente. — La première note concerne trois complications rares de la F.R. : abcès du poumon, noma, artérite des membres inférieurs. La deuxième concerne l'hyperazotémie dans les phases apyrétiques de la F.R. ; dans ces cas, elle fait prévoir toujours une nouvelle poussée fébrile, d'où son intérêt clinique et thérapeutique en période épidémique.

II. Paludisme

P. Durand, P. Decourt et J. Schneider. — Un nouveau médicament synthétique du paludisme (nivaquine). — Il s'agit du 3-méthyl-4-diéthylamino-isopentylamino - 7 - chloro - quinoléine. Les résultats acquis démontrent l'action prophylactique et curative de ce produit éminemment schizonticide. Ce médicament semble encore utile dans le typhus exanthématique (Durand et Schneider), la lambliase (Schneider et Maurice Uzan) ; l'infestation par trichomonas. Son action est par contre nulle dans la récurrente et le Kala-azar.

III. Amibiase

Raoul Dana et André Corcos. — Formes cliniques de l'amibiase. — Les A. décrivent successivement : 1° Les formes classiques. A côté du tableau classique de la dysenterie amibienne, les A. attirent l'attention sur les rechutes et la tendance à la chronicité avec syndrome devenu atypique. 2° Les formes compliquées : a) hépatiques comprenant l'abcès du foie classique, l'abcès du foie postéro-supérieur où le syndrome pleurétique masque cliniquement et radiologiquement l'hépatomégalie, les hépatomégalies fébriles, la forme pseudo-vésiculaire ; b) pulmonaires : c'est l'abcès du poumon dont les A. rapportent un cas où l'amibe a été décelée dans l'expectoration. 3° Les formes camouflées parmi lesquelles les A. décrivent les formes pseudo-appendiculaire, dyspeptique banale, pseudo-ulcéreuse gastrique, occlusive, septicémique pure, pseudo-tuberculeuse, pseudo-cardiaque, anémique, psychique, nerveuse, associée à une tuberculose. Le diagnostic s'établit par les selles dont il faut répéter parfois souvent l'examen. La formule sanguine peut apporter un sérieux appoint à ce diagnostic. Enfin le traitement émétinien d'épreuve, sans danger quand il est correct, vient aider au diagnostic.

Roger Cattan. — La forme pseudo-septicémique de l'amibiase hépatique. — L'A. relate un cas longuement suivi où une amibiase hépatique a présenté une forme fébrile strictement monosymptomatique que seule l'anamnèse a fait suspecter. Le traitement émétinien d'épreuve a été concluant. L'A. insiste sur l'intérêt de cette forme camouflée si importante et qu'il y a lieu de connaître.

I.E. Hayat. — La fièvre amibienne. — L'A. insiste sur l'amibiase fébrile monosymptomatique, si fréquente, qui peut présenter des modalités cliniques diverses : fièvre continue, fébricule, fièvre intermittente, rémittente, pseudo-récurrente. Il insiste sur la fréquence de ces formes et leur intérêt nosologique.

H. Mamou et A. Sebag. — L'amibiase fébrile monosymptomatique. — Un syndrôme fébrile prolongé peut s'observer au cours de l'amibiase intestinale chronique sans autres signes cliniques. Ils en rapportent un cas ayant ainsi évolué pendant plus de deux mois et demi.

H. Mamou. — Etude critique du rhumatisme amibien. — Le R.A. existe non seulement à type d'arthralgies mais aussi sous l'aspect de mono ou polyarthrites subaiguës et subfébriles, sensibles au traitement émétinien. L'A. illustre ses remarques cliniques et pathogéniques en rapportant un nouveau cas de rhumatisme polyarticulaire amibien guéri par l'émétine.

A. Calo. — Les formes pseudo-cardiaques de l'amibiase. — Beaucoup de faux cardiaques qui sont des dystoniques neuro-végétatifs s'avèrent être des amibiens chroniques. L'A. décrit la richesse symptomatologique de ces cas trompeurs et étudie les nombreuses formes cliniques rencontrées.

M. Ben Milad. — Note historique sur le traitement de la dysenterie. — L'A. indique, d'après un manuscrit tunisien de Dahmani comment la dysenterie était déjà soignée par l'ipéca à Tunis il y a plus de cent ans.

L. Chauvin. — Quelques réflexions à propos d'urétrite subaiguë non gonoccique observée chez des amibiens chroniques. — A côté du syndrôme oculo-urétro-synovial de Fiessinger, certains amibiens chroniques présentent une réaction urétrale méta-amibienne non gonococcique.

Maurice Uzan. — Notes diagnostiques et thérapeutiques sur l'amibiase. — Après avoir insisté sur les formes subaiguës et chroniques si fréquentes en Tunisie, l'A. discute les conditions cliniques et biologiques d'établissement du diagnostic. Il insiste sur la nécessité de jalonner l'évolution de l'affection de nombreux examens de laboratoire tant coprologiques qu'hématologiques. Il passe en revue l'arsenal thérapeutique mis à la disposition du médecin : ipéca, émétine, arsenicaux tri et pentavalents, dérivés iodés de l'oxyquinoléine. A côté des nombreux correctifs prescrits avec le traitement émétinien, il préconise les vitamines B.1 et PP. Il décrit des formules utilisant l'ipéca associé à la potion de Guillon ou au Bismuth et à la vitamine A. Il

expose des schémas thérapeutiques convenant aux divers cas : cas aigus avec manifestations multiples dont quelques-unes extra-intestinales, cas aigus avec syndrôme intestinal pur, cas subaigus et chroniques parmi lesquels : amibiase kystique pure, amibiase à forme végétative, amibiase associée à d'autres parasitoses ; dans ce dernier cas, l'A. conseille d'éliminer au préalable la parasitose associée. Il décrit une colite résiduelle post-amibienne, insiste sur les tests valables de guérison, et évoque les possibilités de réinfestation.

IV. — **Autres travaux**

M. El Materi. **Notes et statistiques sur les rapports de la tuberculose et de l'érythème noueux.** — Laigret et Corcos. **La maladie hémorragique à Tunis.** — Stora. **Stabilisation des sérums humains et leurs applications thérapeutiques.** — Bloch. **La sérothérapie anticoquelucheuse par le sérum humain d'adulte.** — O. Darmon. **Traitement des hémorragies par le sérum humain normal.** — J. Hababou-Sala. **Nouveaux corps en cristaux antibiotiques à très haute fonction bactériostatique et lytique : les copénicillines.** — Lehucher. **Six cas d'ostéopyélites traités par la méthode du professeur Leveuf.** — Verd. **Démence précoce chez des Tunisiens.** — Vouvalis. **Cas rare de kyste de l'orbite gauche développé à partir de la glande lacrymale.**

⁂

Plus de soixante communications ayant été développées au cours de ces journées, nous avons préféré centrer ce compte rendu sur les travaux de nos confrères tunisiens, tous relatifs à la pathologie locale et donner ainsi une idée de l'activité scientifique déployée dans la Régence. Un volume à paraître ultérieurement relatera l'intégralité des rapports et communications.

LES JOURNÉES MÉDICALES DE BROUSSAIS
(Paris, 17, 18 et 19 mai 1946.)

Les Journées médicales annuelles de Broussais, organisées par le Pr Pasteur-Vallery-Radot, avec l'assistance du Dr Jean Hamburger, médecin des hôpitaux de Paris, ont eu lieu à la Clinique propédeutique de l'hôpital Broussais, les 17, 18 et 19 mai 1946. Elles furent consacrées aux « Acquisitions médicales récentes ». Ces Journées ont obtenu un vif succès et non seulement de nombreux médecins français, de Paris, de province et des colonies, y ont participé, mais aussi des médecins étrangers venus spécialement d'Angleterre, de Belgique, de Hollande, de Suisse, de Tchéco-Slovaquie, de Pologne, etc.

D'émouvantes allocutions furent prononcées, notamment par des maîtres étrangers auxquels le Pr Pasteur Vallery Radot avait donné, à tour de rôle, la présidence des séances. Nous citerons, par exemple, l'allocution du Dr Mach, le distingué Privat-Docent de la Faculté de médecine de Genève — dont l'avant-dernier numéro du « Concours Médical » a publié une conférence faite à Genève — qui, dans une improvisation charmante, montra combien la médecine internationale avait plus que jamais besoin de la France et de cet ensemble de qualités, de clarté et de logique, qui est le propre de la patrie de Descartes.

⁂

Nous donnons ,ci-après, un résumé des conférences faites à ces Journées (1).

Les acquisitions récentes en thérapeutique endocrinienne

Professeur agrégé L. de Gennes

Les progrès de la thérapeutique endocrinienne évoluent avec une étonnante rapidité. Le temps n'est plus où elle se résumait à l'ingestion de vagues extraits de glandes.

Avec l'isolement analytique et la reconstitution par synthèse, la chimie hormonale a mis en nos mains des armes nouvelles qui, en raison de leur activité, doivent être employées avec un grand discernement.

Les hormones génitales de l'un et l'autre sexes sont de reconstitution synthétique difficile. Aussi tend-on de plus en plus à leur substituer des oestrogènes de synthèse, construits à partir de corps simples et dont l'action est très voisine de celle de la folliculine et de la lutéine. Chaque jour apporte la création d'un corps nouveau, d'efficacité plus grande.

Beaucoup de corps actifs, dont il était admis qu'ils ne pouvaient l'être que par voie parentérale, peuvent être assimilés par la voie perlingale ou même par la voie digestive, ce qui simplifie beaucoup les traitements endocriniens.

L'implantation sous-cutanée de comprimés d'hormones synthétiques cristallisées est entré aujourd'hui dans la pratique courante. Leur lente résorption assure une distribution régulière, une utilisation meilleure et une efficacité plus grande des produits hormonaux, et a remplacé par un indiscutable progrès l'illusion des greffes glandulaires.

Enfin l'action remarquable des traitements hormonaux dans certains cancers génitaux, tels que celui de la prostate, a fait plus qu'apporter contre ce mal, une arme thérapeutique nouvelle. Elle a montré pour la première fois la directe incidence du fait hormonal sur la genèse et sur l'évolution d'une néoplasie et apporté un élément du plus haut intérêt à l'étude des origines du cancer.

Acquisitions récentes en endocrinologie sexuelle

Dr Varangot

Si nous disposons actuellement avec les hormones sexuelles d'agents thérapeutiques d'une indiscutable efficacité, il faut reconnaître que les indications de leur emploi et l'ordre de grandeur des doses à utiliser sont encore très incertains dans un grand nombre de situations cliniques. Ceci est avant tout la conséquence de l'insuffisance de nos méthodes d'exploration fonctionnelle. La clinique ne peut à elle seule donner des renseignements offrant assez de précision pour choisir le traitement approprié et en suivre les effets. Aussi, a-t-on recherché des tests dont l'auteur expose les principes et la valeur pratique.

Acquisitions récentes en endocrinologie thyroidienne

Dr May

Les progrès réalisés au cours de ces dernières années dans le domaine de l'hyperthyroïdie concernent : d'une part, les procédés de diagnostic (étude du métabolisme de l'iode, ponctions exploratrices du corps thyroïde) ; d'autre part, les moyens de traitement (nouveaux corps anti-thyroxiniens : thio-urée, thio-uracil, aminothiazol).

Dans le domaine de l'hypothyroïdie, les progrès réalisés ont trait aux épanchements et anasarques des myxœdémateux et au myxœdème d'origine hypophysaire.

(1) Le texte complet des Conférences sera publié aux éditions médicales Flammarion (26, rue Racine).

Acquisitions récentes sur les avitaminoses

Pr L. Justin-Besançon

M. Justin-Besançon expose l'emploi, en thérapeutique, de la vitamine B1 (neuropathologie), de la vitamine D (ostéopathies de carence, tétanie, lupus tuberculeux), de la vitamine K (hypo-prothrombinémie), de la vitamine P, et des vitamines nouvelles : l'acide para-amino-benzoïque dans le traitement du typhus ; l'acide folique dans le traitement des anémies ; la vitamine B 6 (pyridoxine) ; l'acide panthothénique, etc.

La filtration-réabsorption et les " clearance "

Dr Jean Hamburger

Encore insuffisamment connue en France, la théorie de " filtration-réabsorption " a reçu récemment l'appui d'arguments expérimentaux d'un grand intérêt. Cette théorie explique le mécanisme intime de la sécrétion rénale par le jeu des 3 mécanismes suivants :

1) L'excrétion glomérulaire : le glomérule donne naissance à une urine primitive dont la composition est voisine de celle d'un ultra-filtrat du plasma sanguin.

2) La réabsorption tubulaire : une partie des éléments contenus dans l'urine primitive ainsi qu'une fraction importante de l'eau sont réabsorbées par les cellules de l'épithélium du tube urinifère.

3) L'excrétion tubulaire : le tube enrichit, d'autre part, l'urine primitive d'un certain nombre d'éléments qu'il extrait du plasma sanguin.

Cette théorie semble aujourd'hui reposer sur des bases solides. Ses conséquences physiologiques sont considérables. Elle permet, dans une certaine mesure, l'exploration séparée des fonctions glomérulaire et tubulaire ainsi que la mesure de la masse sanguine passant à chaque minute à travers le rein. Son application à la clinique n'en est encore qu'à son début et se heurte à d'importantes difficultés, mais il ne paraît pas douteux qu'elle doive profondément renouveler, dans les années à venir, nos conceptions sur les maladies du rein.

Les hypertensions par rétention d'eau

Dr Milliez

L'évolution récente dans la conception des néphrites

Dr Fauvert

A l'époque anatomo-pathologique des néphrites, qui débute avec Bright, a succédé l'époque physiologique avec Widal, dont les conceptions sont encore actuellement la clef de voûte de toute notre compréhension des maladies des reins.

Les travaux récents ont cependant apporté quelques nouveautés, les uns se situant dans la ligne de conception Widalienne, les autres tendant à rénover le concept anatomo-pathologique. Ces travaux, réalisés surtout par l'école allemande, ont trouvé leur forme la plus complète dans la classification de Volhard et Fahr, qui rangent les néphropathies en trois grands groupes : les néphropathies inflammatoires (néphrites), les néphropathies dégénératives (néphroses), les néphroangiosclérose. M. Fauvert présente une étude critique de ces nouvelles idées.

Le traitement chirurgical des lésions unilatérales des reins dans l'hypertension et les néphrites

Pr Cibert

Acquisition récentes en pathologie hépatique

Professeur agrégé R. Cachera

L'auteur étudie les nouvelles méthodes d'exploration fonctionnelle du foie (dosage de la fibrine, de la prothrombine, du cholestérol total et estérifié) ; puis, les hépatites avec œdèmes (syndrome œdémateux de l'insuffisance cellulaire du foie, formes cliniques des hépatites avec œdèmes), la thérapeutique par extraits hépatiques concentrés injectables, etc.

Acquisitions récentes sur les sulfamides

Dr Jean Hamburger

Des centaines de nouveaux composés sulfamidés ont été créés et essayés depuis quelques années. Quelques-uns ont été retenus et représentent un progrès important dans la pratique de la chimiothérapie.

1) Certains de ces nouveaux sulfamides ont l'avantage d'être moins toxiques, mieux tolérés et de permettre l'obtention de sulfamidémies plus élevées que les sulfamides précédents. Telles sont surtout les sulfadiazines, simples ou méthylées, qui ont une activité voisine du sulfathiazol à sulfamidémie égale, mais qui permettent d'atteindre et de maintenir un taux sanguin beaucoup plus élevé à cause de la lenteur de leur excrétion urinaire. Quelques autres produits proposés ont également des caractéristiques intéressantes.

2) D'autres sulfamides nouveaux répondent à des indications particulières.

a) Contre les infections intestinales, on possède aujourd'hui des sulfamides dont l'absorption intestinale est très faible : sulfaganidine, succinylsulfathiazol et phtatylsulfathiazol.

b) Contre la tuberculose, divers corps sont à l'étude : dérivés du diamino-diphényl sulfone ou du caproylamino-benzène sulfone.

c) Pour l'usage externe, on s'efforce d'obtenir des sulfamides peu influencés par les anti-sulfamides présents dans la sérosité des plaies : le para-amino-méthyl-phénylsulfamide paraît un des plus intéressants.

Les progrès récents dans la connaissance du mécanisme intime de la bactériostase des sulfamides permettent d'espérer de nouveaux progrès dans ce domaine de la chimiothérapie.

La pénicilline

Dr René Martin

Contrairement aux antiseptiques qui sont bactéricides, les agents chimiothérapeutiques, sulfamides et antibiotiques, sont essentiellement bactériostatiques.

La bactériostase sous l'effet des sulfamides résulte surtout du déplacement ou du blocage des facteurs de croissance bactériens, acide para-aminobenzoïque et, à un moindre titre, acide panthothénique et amide nicotinique. Les modalités de l'action pénicillinique ne sont pas encore élucidées, mais on sait que la pénicilline intervient également sur les facteurs de croissance des microorganismes, et en particulier sur l'acide panthothénique et les groupements sulfhydryles.

De nombreux dérivés chimiques sont capables d'inhiber électivement l'activité de ces agents thérapeutiques. Ce sont les substances " anti ".

Les antisulfamides ont pour type l'acide para-amino-benzoïque que nous avons vu être également un facteur de croissance important. La méthionine, beaucoup d'aminoacides, les purines, l'uréthane se comportent également comme des antisulfamides ; de même le sérum, les peptones, les tissus nécrotiques, le pus.

La Pénicilline a aussi des antagonistes : la pénicillinase qui est secrétée abondamment par le B. coli et le B. subtilis, et peut se retrouver chez d'autres germes ; la pénicilline n'est inhibée ni par le sérum, ni par le pus, ni par les peptones, mais la méthionine limite son activité.

Certains microorganismes sont naturellement résistants à la chimiothérapie actuelle ; ce sont ceux qui peuvent synthétiser les facteurs de croissance en jeu (le bacille de Kock qui construit lui-même ses facteurs de croissance, le bacille diphtérique qui synthétise l'acide panthothénique, etc...) ou ceux qui secrètent des substances anti (coli-bacille, groupe des salmonella, etc...) Tous les germes peuvent acquérir plus ou moins rapidement une

chimio-résistance qui les rend insensibles aux sulfamides ou à la pénicilline. C'est notamment le cas du gonocoque.

Comme les agents chimiothérapiques dont nous disposons n'ont pas tous la même activité vis-à-vis des différents micro-organismes, on a cherché à obtenir des médicaments spécifiques contre tel ou tel germe ; des modifications chimiques ont conduit les chercheurs à de nombreux dérivés sulfamidés dont les affinités sont variables mais qui, en gros, gardent les mêmes indications. Les différents types F, G, K, etc..., de pénicilline ont également des affinités différentes sans que l'on puisse parler de spécificité.

Puisque les sulfamides et la pénicilline agissent tous deux selon le même mécanisme, mais sur des facteurs de croissance différents, il était logique de songer à associer les deux médicaments ; les faits montrent qu'il y a une véritable synergie entre sulfamides et pénicilline malgré l'antagonisme tout théorique suggéré par diverses hypothèses.

Les médecins ont par conséquent à leur disposition des armes chimiothérapiques remarquables, à condition de se conformer, pour l'application, aux directives établies par les chercheurs, et de soumettre le malade à un contrôle régulier du métabolisme médicamenteux dans son organisme. On ne doit donc jamais négliger les données du laboratoire ; il faut administrer la médication en fractions régulièrement réparties afin de maintenir dans le sang un taux uniforme ; s'assurer de la bonne élimination des sulfamides par les reins, pour éviter les complications possibles de la sulfamidothérapie ; surveiller la formule sanguine pour parer à la toxicité occasionnelle des sulfamides ; étudier régulièrement les germes en cause, quant à leur vitalité et leur degré de résistance à la thérapeutique instituée.

La pénicilline. Applications pratiques

Pr Lemierre

La pénicilline se montre active vis-à-vis des infections dues au staphylocoque, au pneumocoque, à certains germes anaérobies et à certains spirochètes.

La guérison des endocardites lentes jusqu'ici incurables est la preuve la plus éclatante de son efficacité. Elle nous a de plus enseigné la nécessité d'employer en principe de fortes doses du médicament. Les staphylococcies malignes de la face, jadis presque constamment mortelles, ne résistent pas à la pénicilline. Ce résultat, fourni par les seules injections intra-musculaires, montre que celles-ci sont capables d'entraîner la résolution des lésions inflammatoires de la peau et des muqueuses, origine fréquente des septicémies. Certaines de ces lésions sont pourtant justiciables de la pénicillinothérapie locale concomitante.

Le pronostic des septicémies à microbes pyogènes ou à germes anaérobies, B. funduliformis, B. perfringens, a été transformé du tout au tout par la pénicilline. Quelques-unes de leurs déterminations secondaires, pleurésies purulentes ou putrides, abcès du poumon, méningites, arthrites, abcès métastatiques, réclament l'application d'un traitement local associé au traitement général.

Certaines infections provoquées par des spirochètes : pharyngostomatites à symbiose fuso-spirillaire, leptospiroses ictérigènes, spirochétose bronchique, typhus récurrent, syphilis, ont été traitées avec succès par la pénicilline ; mêmes résultats remarquables dans l'actinomycose.

Acquisitions récentes en thérapeutique anti-syphilitique

Dr R. Degos

En France, le traitement le plus employé des syphilis récentes non compliquées reste actuellement encore le traitement d'attaque comportant des cures mixtes simultanées ou successives d'arsénobenzol et de bismuth, et un traitement de consolidation comportant des cures de bismuth alternant ou non avec des cures de mercure insoluble. Ce traitement donne les meilleures garanties de guérison, à condition d'être précoce, intensif et prolongé.

Aux Etats-Unis, les arsénones (oxydes de la demi-molécule de 606) se sont substitués presque complètement au novarsénobenzol. A la vérité, l'activité des arsénones ne semble pas supérieure à celle du 914. La tolérance des deux médicaments est comparable. La supériorité des arsénones serait de raccourcir la durée des cures arsenicales mais cette brièveté des cures ne paraît pas toujours un avantage au point de vue prophylactique. M. Degos estime que les arsénones doivent, en France tout au moins, être encore étudiés dans des services spécialisés.

Une tendance se dessine de faire des traitements d'attaque par le bismuth seul, dont l'activité s'est affirmée, et cela pour éviter les accidents des arsenicaux. Mais, cette pratique, à ce jour non entièrement assurée dans ses résultats, ne donne pas pour l'avenir du malade des garanties aussi grandes que celles obtenues avec les cures polymédicamenteuses comprenant des arsenicaux.

La pénicilline, seule ou associée au bismuth et aux arsenicaux, en est encore à la période d'expérimentation dans le traitement de la syphilis.

M. Degos rappelle enfin les heureux résultats qu'il a obtenus dans la syphilis cardio-aortique par des cures prolongées de 200 injections (une chaque jour) de cyanure de mercure.

Quelques progrès récents dans le traitement des brûlures

Professeur agrégé J. Patel

L'auteur résume les progrès apportés dans le traitement des brûlures par les enseignements de la guerre.

L'emploi des moyens qui luttent contre la déperdition plasmatique externe et intra-tissulaire, à savoir la transfusion de plasma, l'ingestion d'eau salée, etc., ont transformé le pronostic immédiat des vastes brûlures.

Contre les troubles généraux tardifs, qui peuvent succéder à la dénutrition prolongée, à une déficience rénale, à la dilution sanguine par résorption d'œdèmes, recourir à une forte ration calorique, avec complexe vitaminique, transfusions sanguines.

Quant aux soins locaux répandus par les auteurs anglo-saxons : assainissement de la brûlure, pansement gras (vaseline au mercurochrome, vaseline pure) surtout compressif (assez serré pour faire obstacle à l'exsudation plasmatique, au gros œdème des zones lésées) et très rarement renouvelé (on le laisse en place 10 à 15 jours), s'ils assurent la guérison des brûlures du deuxième degré, ils ne suffisent pas, à eux seuls, pour amener la réparation des lésions du troisième degré, où il faut recourir aux greffes précoces.

Cette méthode, intéressante, doit d'ailleurs ses beaux résultats en grande partie aux précautions prises pour obvier à l'infection : ingestion de sulfamides et injections de pénicilline.

Acquisitions récentes dans la transfusion sanguine et la réanimation

Dr Tzanck

Le Dr Tzanck énumère les acquisitions faites pendant la guerre *en matière de transfusion : sang conservé*, plasma, facteur Rh., etc. Les méthodes de réanimation, conclut-il, doivent être groupées dans des centres nombreux et s'intégrer dans l'équipement sanitaire du pays.

Nouvelles acquisitions en thérapeutique antiallergique

Dr Halpern et Dr Mauric

Les nombreuses publications parues en France et à l'étranger ces dernières années sur la thérapeutique

antihistaminique, découverte essentiellement française, démontrent d'une manière éclatante l'intérêt que présente cette nouvelle médication en physiologie et en thérapeutique. Dans son exposé, B. N. Halpern, après avoir résumé les récents travaux relatifs au rôle de l'histamine dans la genèse des états allergiques, développe les bases expérimentales des antihistaminiques de synthèse et insiste sur le parallélisme entre les propriétés antihistaminiques et antiallergiques. De nouveaux antihistaminiques, doués d'une plus grande activité encore, sont en cours d'expérimentation clinique.

M. Mauric complète l'exposé en rapportant les résultats acquis en clinique avec les antihistaminiques de synthèse. Après l'enthousiasme ou la réserve du début, on peut maintenant, avec un recul de trois ans, juger avec plus d'objectivité des effets thérapeutiques de ces corps. Il se confirme que cette médication inscrit à son avantage de nombreux succès dans la maladie sérique, l'urticaire, l'œdème de Quincke, certains eczémas et dermites artificielles, ainsi que dans le zona et dans le rhume des foins. Dans l'asthme, les résultats sont irréguliers et, à côté des succès incontestables, on note de nombreux échecs.

Les acquisitions récentes en électrocardiographie

Professeur agrégé Soulié

Les acquisitions récentes en thérapeutique psychiatrique

Pr Jean Delay

Deux méthodes nouvelles constituent un réel progrès dans le traitement des maladies mentales : d'une part, l'électro-choc et les chocs associés dans le traitement des psychoses ; d'autre part, la narco-analyse dans le traitement des névroses.

Aux grandes thérapeutiques de choc par la fièvre (pyrétothérapie), le coma (insulinothérapie) et les convulsions (cardiazolthérapie) est venu s'ajouter dans ces dernières années l'électro-choc qui appartient au groupe des méthodes épileptogènes. La méthode donne des résultats remarquables dans certaines psychoses, isolée ou associée à d'autres variétés de choc.

Dans la mélancolie, l'électro-choc constitue le traitement de choix. Dans la manie, la démence précoce, la confusion mentale, les indications sont diverses.

La méthode peut comporter certains accidents : troubles de la mémoire, très fréquents mais passagers, abcès du poumon qui sont exceptionnels, enfin fractures et luxations. On peut prévenir partiellement ou totalement ces derniers accidents par des procédés tels que l'électrochoc sous narcose, ou sous curare.

La narco-analyse. — L'exploration du subconscient sous-narcose par le 245 R. P. doit être faite d'après les comportements verbaux du malade, et aussi d'après l'ensemble de ses comportements somatiques, mimiques, gestes, attitudes, réactions viscérales diverses : c'est là narco-analyse psycho-somatique.

La méthode se montre efficace non seulement dans les névroses émotionnelles survenant immédiatement après le choc traumatisant, mais aussi dans celles qui surviennent après une latence si longue que la cause émotionnelle est ignorée. Dans les névroses caractérielles liées non à la constitution du sujet, mais à des complexes affectifs, d'ordre sexuel ou social, elle donne des résultats infiniment plus rapides que les méthodes préconisées jusqu'alors, en particulier la psychanalyse.

La narco-analyse psycho-somatique trouve son indication majeure dans les syndromes psychogènes qui évoluent sous le masque d'une maladie systématisée, gastro-intestinale ou génito-urinaire, cardio-vasculaire ou respiratoire, et où tous les traitements locaux échouent parce que la cause de ces syndromes n'est pas locale mais mentale.

P. LACROIX.

LES LIVRES

Editions de « L'Expansion scientifique française » **Les méthodes actuelles de traitement de la syphilis**

Un vol., 80 pages, 75 francs.

Le troisième fascicule des " Actualités dermato-vénéréologiques " est consacré aux Méthodes actuelles de traitement de la syphilis. Cette mise au point est opportune au moment où de nouvelles méthodes ou techniques sont proposées. De cet apport une certaine confusion laisse le spécialiste aussi bien que le praticien indécis dans son choix. L'avènement des arsénones et de la pénicilline paraît, notamment, apporter de grands progrès dans la thérapeutique de la syphilis, encore que leur emploi n'en soit pas définitivement codifié.

Tous les aspects de la syphilithérapie sont successivement envisagés dans cette monographie. Après un exposé des principes généraux du traitement par le Pr Gougerot, les méthodes classiques sont l'objet d'articles : du PrGougerot sur la pratique de ce traitement, de Duperrat sur les médications et les techniques usuelles (arsénobenzènes et métaux lourds), de P. Chevallier sur son expérience de la méthode de Pollitzer, d'A. Vernes sur les principes de sa méthode personnelle, du Pr Sézary sur le traitement de la paralysie générale par le stovarsol sodique. Les méthodes récentes sont longuement étudiées : les arsénones par Durel, Degos, Fernet, Collart et Deniziot, la pénicilline par Gole. Enfin, dans un chapitre de synthèse, Touraine résume les les directions tactiques, techniques et morales sur lesquelles un accord unanime peut être fait.

LIVRES RÉCEMMENT PARUS

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS

Dr **Stanislas Lassalle, en collaboration avec le Dr A. Gottschalk. — La Médecine aux Etats-Unis de 1940 à 1946.** Un vol. Collection « Hippocrate », 334 pages.

Chez DOIN et Cie

Alphonse Abaza. — **Acquisitions médicales récentes dans les pays alliés.** Un vol. 706 pages avec figures, 1946. Prix : 1.000 francs.

Dr Léon Vannier. — **Les Remèdes homéopathiques des états aigus. Etude clinique et Thérapeutique.** Un vol. 691 pages, 1946, Prix : 415 francs.

Jacques Leveuf et Pierre Bertrand. — **Luxations et subluxations congénitales de la hanche.** Leur traitement basé sur l'arthrographie. Un vol. 280 p., avec 274 radios, coupes et schémas dans le texte, 1946. Prix : 950 francs.

J. Barbizet et P. Royer. — **La Réanimation dans une formation chirurgicale mobile. Etude critique de quelques aspects du choc traumatique.** Préface du professeur Léon Binet. Un vol. 108 pages, 160 francs.

Chez J.-B. BAILLIERE et Fils

X. Leclainche et J. Boyer. — **Etude épidémiologique des cas de typhus exanthématique observés dans la région parisienne.** Un vol. 192 p., 1946.

LES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE CHIRURGIE

Perforation ou fausse-perforation gastro-duodénale sans lésion visible

(M. Jean Murard. — Lecture par M. Boppe ; 6-2-1946)

Un malade présente un syndrome aigu de perforation gastro-duodénale : douleur épigastrique brusque et violente, contraction abdominale ; l'examen radioscopique montre un croissant gazeux à droite, sous la coupole diaphragmatique (signe de pneumo-péritoine sur lequel a insisté le Prof. Mondor), et d'ailleurs l'intervention révèle à l'ouverture de l'abdomen, la présence de gaz et d'un peu de liquide. Mais, l'exploration de l'estomac et du duodénum reste négative. Pas d'ulcus visible. La radiographie du tube digestif, d'autre part, pratiquée après la guérison, note l'absence de tout indice d'ulcus gastrique ou duodénal. L'explication de cette pseudo- perforation reste à établir.

— M. Moulonguet a observé un cas comparable dans lequel l'exploration radiologique post-opératoire a démontré l'existence de l'ulcère pyloro-duodénal. Il y avait eu « fissuration » temporaire de l'ulcus, aussitôt refermée qu'ouverte.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX DE PARIS

Trois cas de maladie de Roger, compliquée de maladie d'Osler. Guérison apparente par la pénicilline.

(M. Arthur Briskier (New-York) ; 8-3-1946)

M. Arthur Briskier présente trois observations de maladie de Roger compliquée de maladie d'Osler.

La première malade, enfant de 11 ans, avait eu un traitement sulfamidé, puis de petites doses de pénicilline sans aucun résultat. Le Docteur Briskier a institué un traitement fin juillet 1945 avec des doses massives d'emblée, de un million d'unités par jour. Vingt-quatre heures après le commencement du traitement, une amélioration s'est manifestée et depuis l'enfant est apparemment guérie. Elle a reçu en tout 38 millions d'unités de pénicilline.

Le deuxième malade, un garçon de 18 ans, avait également reçu des sulfamides et deux séries de pénicilline, totalisant 16 millions d'unités de pénicilline (onze jours avec des doses de 400.000 unités par jour). Son sang n'avait jamais pu être stérilisé. Le docteur Briskier a commencé le traitement le 3 septembre 1945 avec 1.600.000 unités par jour. Le lendemain de cette dose, amélioration nette avec hémoculture négative et qui reste négative jusqu'à ce jour. Dose totale employée pour ce malade : 80 millions d'unités de pénicilline.

Le troisième cas est celui d'une femme de 30 ans n'ayant jamais reçu de pénicilline auparavant, qui a bénéficié d'un traitement à hautes doses de pénicilline et qui ne présente plus de signes de maladie.

Sur un cas de protusion acétabulaire bilatérale — Syndrome d'Otto au cours d'une polyarthrite chronique d'étiologie indéterminée.

(MM. Charles Richet, E. Boltanski et Fl. Delbarre ; 8-3-1946)

Les auteurs présentent une malade de 65 ans souffrant depuis 30 ans d'une polyarthrite chronique. L'examen radiologique montre l'existence de lésions étendues, différentes de celles rencontrées au cours du rhumatisme chronique progressif déformant, de processus d'ostéomalacie vertébrale, et surtout l'existence d'une lésion qui a été rarement signalée : la protusion acétabulaire bilatérale.

SOCIETE DE MEDECINE DE PARIS

Une septico-pyohémie d'origine génitale traitée par cataphylacto-transfusion.

(M. Courtois et Mlle Lelièvre ; 23-11-1945)

Femme de 36 ans, présentant depuis quatre mois un état infectieux avec fièvre oscillante, frissons. Comme point de départ de cette infection générale, on incrimine une importante métrite. Un fait particulier : l'existence de lésions cutanées, à type de pemphigus, prédominant aux organes génitaux, mais apparaissant aussi au cou, à la poitrine. Les lésions surviennent par poussées rythmées par les règles, poussées qui s'accompagnent d'une aggravation de l'état général. Le diagnostic de septico-pyohémie est porté en dépit de la négativité des hémocultures, en raison de l'apparition de foyers secondaires : phlébite, foyer pulmonaire, otite suppurée, arthrite temporo-maxillaire.

Devant l'échec de tous les traitements usuels: sulfamides, vaccins, bactériophages, arsenicaux, thérapeutique de choc et de désensibilisation, on a recours à la cataphylacto-transfusion. Dans un premier temps, la malade reçoit 100 cc. de sang citraté auquel on a ajouté « in vitro » du 693 soluble, l'action bactéricide et la formation d'anticorps étant favorisées encore par des vaccins, l'administration de sucre et d'insuline. L'action sur la température est immédiate et remarquable ainsi que sur l'état général. Une rechute avec reprise de la fièvre et lésions cutanées étant survenue, une nouvelle cataphylacto-transfusion, pratiquée 3 semaines après la première, fait disparaître les signes d'infection générale. Les foyers secondaires déjà existants continuent d'évoluer pour leur propre compte, puis disparaissent y compris le foyer initial pelvien. Aucun nouveau foyer ne se manifeste ensuite. La guérison se maintient depuis six mois et la malade a repris une vie active.

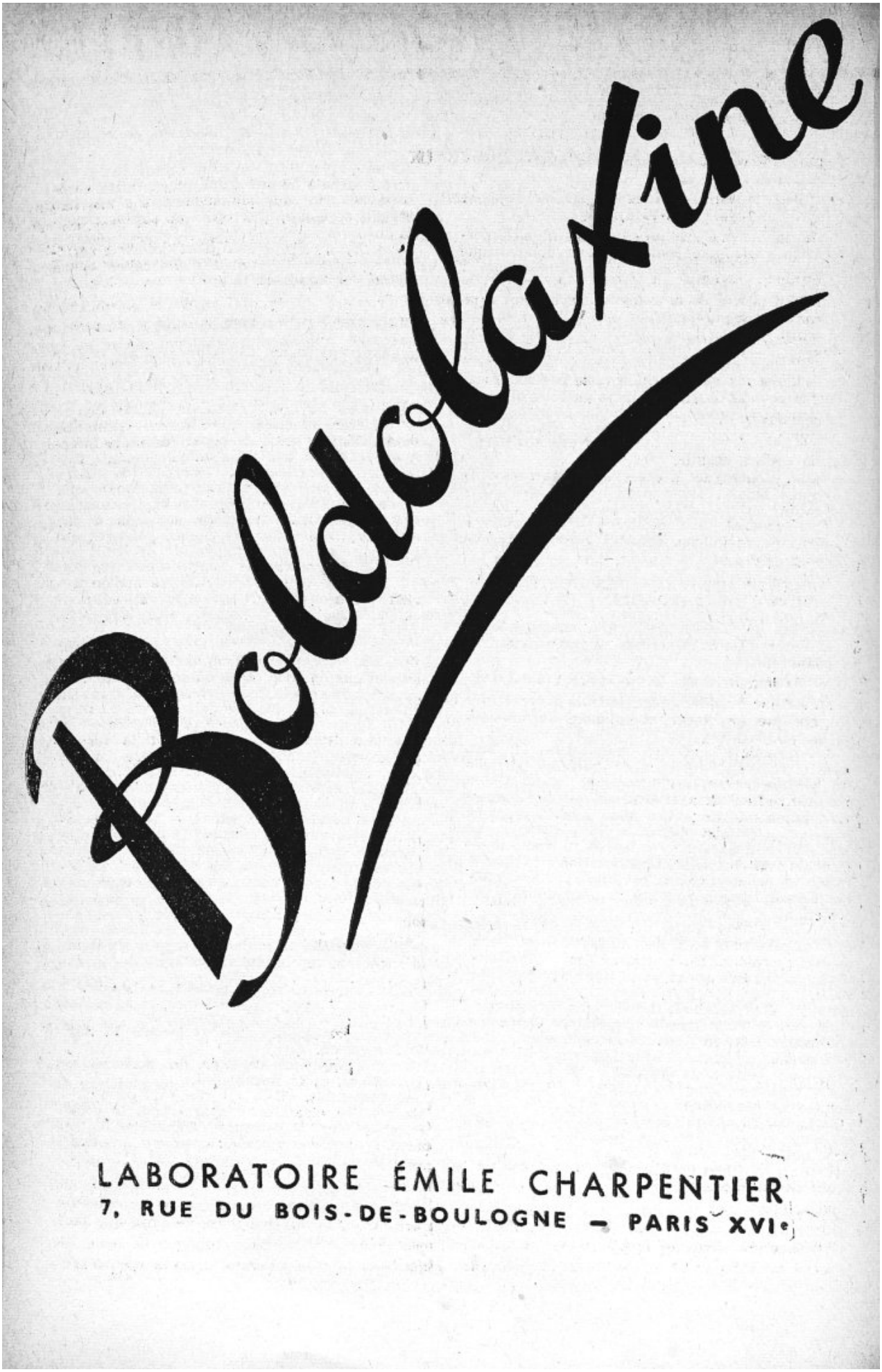
Réflexions sur la chirurgie esthétique du sein.

(M. R. Kaufmann ; 23-11-1945)

L'A. a pu revoir des opérées jusqu'à 15 ans après l'opération.

Il a noté l'influence de l'âge, des maternités, des privations, de la ménopause.

Dans l'ensemble, dit-il, les résultats sont satisfaisants, les cicatrices disparaissent, le sein ne retombe plus, il demeure défendable. A la question, fréquemment posée : combien de temps le résultat dure-t-il ? l'auteur répond : l'expérience montre que la durée ne saurait être exprimée en unités de temps. Il s'agit ici d'une autre valeur. Le résultat supprime le complexe d'infériorité et l'opération dure le temps que la patiente organise sa vie.


Boldolaxine
LABORATOIRE ÉMILE CHARPENTIER
7, RUE DU BOIS-DE-BOULOGNE — PARIS XVI

PARTIE PROFESSIONNELLE

PROPOS DU JOUR

RÉFLEXIONS SUR LES REMÈDES NOUVEAUX

On lisait récemment dans une revue américaine les lignes suivantes :

Il y a quelques semaines, devant l'Académie des Sciences des U. S. A., le syphiligraphe renommé de John Hopkins Hospital : Joseph Earle Moore, révéla toute une série de constatations déjà faites sur la pénicilline et sur lesquelles le secret avait été imposé jusqu'à maintenant par la censure du temps de guerre.

1° *La pénicilline n'est pas un produit standard. Il y en a au moins quatre variétés (arbitrairement dénommées G, F, Y, K.)*

2° *La variété K est virtuellement inefficace, car elle est détruite* in vivo *si vite (en moins d'une heure), qu'elle ne peut agir sur les germes microbiens.*

3° *En s'efforçant de réaliser une pénicilline plus pure, les fabricants ont par inadvertance abouti à un produit riche en variété K.*

Il en est résulté une diminution apparente de l'efficacité ; c'est dans l'action sur la syphilis que ce fait inquiétant a été constaté.

Moore ne redoute pas de rechutes chez les malades traités avec la pénicilline commerciale où prédomine la variété K : dans tous les cas, sauf en matière de syphilis, les doses sont assez fortes pour que les autres variétés présentes maîtrisent les microbes. Quant aux syphilitiques, s'ils suivent les instructions qui leur ont été données, toute rechute doit être jugulée.

Ce qui chagrine Moore c'est de constater notre ignorance actuelle sur le produit bactéricide le plus puissant du XXe siècle, bien que la structure moléculaire en soit virtuellement fixée, les chimistes sont à ce jour incapables d'en faire la synthèse. Puisqu'on a identifié quatre variétés différentes, on peut supposer qu'il en existe davantage.

Il semble que les impuretés que les fabricants se sont évertués à éliminer aient leur part dans l'efficacité du remède. Pourquoi ? On n'en sait rien.

Pourra-t-on finalement décomposer la pénicilline en ses éléments, chacun étant spécifique d'une infection ? On ne le sait pas davantage.

Et Moore conclut : « La recherche en est en matière de pénicilline au point où elle en était il y a vingt ans pour la vitamine B. »

On sait que dans ce laps de temps, la vitamine B, qui était alors considérée comme un facteur unique, a été fractionnée en au moins dix variétés différentes ; chacune valable pour une déficience particulière.

Il se révèle ainsi que la pénicilline, qui connaît parmi les thérapeutes un rush plus fougueux encore que celui des sulfamides il y a une dizaine d'années, commence à leur réserver quelques mécomptes. On ne parle encore que d'une baisse d'efficacité. Prions le ciel de ne pas entendre, sous peu, parler des accidents !

Tel est le lot de tout agent thérapeutique nouveau, dira-t-on. La liste est longue de ceux qui, dès leur apparition, semblèrent ouvrir les plus éblouissantes perspectives et ne révélèrent qu'avec le temps leurs insuffisances ou leurs dangers. Ce fut le sort de la tuberculine de Behring qui, avant d'être ramenée à son modeste rôle actuel d'agent diagnostique, s'était vu couronnée comme la dompteuse de la tuberculose. A ses débuts le sérum antidiphtérique ne connaissait que des succès ; il suffit de quelques dizaines d'années pour que l'on connût ses limites (ici aussi on parla de baisse d'efficacité) et ses accidents. Les rayons X ne furent d'abord nocifs qu'à ceux qui les maniaient ; les malades aussi connaissent maintenant la funeste radiodermite. Le salvarsan d'Ehrlich avait été baptisé la « therapia sterilisans magna ». Il fallut promptement en rabattre ; et puis l'on fit connaissance avec le choc nitritoïde. Il y a dix ans, les sulfamides écrasaient un érysipèle en quarante-huit heures, et nous béions tous d'admiration. Mais aujourd'hui l'agranulocytose a déjà douché notre enthousiasme. Et voici que la pénicilline à son tour n'est plus le remède infaillible que, il y a deux ans à peine, nous brûlions de connaître.

Earle Moore regrette que nous ignorions encore tant de choses à son sujet. Et cependant, elle court le monde ; chaque jour, des milliers de médecins anxieux se félicitent de pouvoir recourir à elle pour leurs malades graves. Et un bien plus grand nombre se désespère de n'en pas avoir.

Autrement dit nous manions avec une témérité qu'encourage la foi du néophyte une substance demeurée à bien des égards mystérieuse ; une fois de plus le corps humain malade est traité par nous à la housarde et sommé de s'adapter aux procédés que nous imaginons.

Ce qui, pour lui, complique les choses et rend notre action plus offensante depuis plusieurs décades, c'est que nous avons découvert le moyen de tourner quelques-unes de ses défenses. Tant que nos produits thérapeutiques lui parvenaient par la voie usuelle du tube digestif il lui restait la ressource, s'il les jugeait inadéquates, soit de les éliminer, soit de les malaxer et les remanier à sa façon pour les rendre moins agressives. Mais nous avons imaginé, pour lui forcer la main, les injections dans les tissus ou dans le courant san-

guin. C'est la méthode du coup de poing sur la table. Elle a connu de beaux jours en politique internationale jusqu'à ce que vînt la riposte à une insolence qui passait les bornes. En thérapeutique il n'en va pas très différemment. L'homme semble avoir une revanche à prendre de la longue suite de siècles où pour se défendre de la maladie il ne connaissait que les supplications et les sorcelleries. Il marche maintenant à sa rencontre avec une sorte d'arrogance. La lutte est aussi farouche et impitoyable que les guerres modernes. Malheureusement c'est le corps malade qui en fait les frais ; et cela on l'oublie, tant est pressant l'appétit de victoire. On tape du poing... et l'on s'étonne naïvement de voir parfois le malade chanceler. L'étonnant c'est qu'il ne chancelle pas plus souvent.

Où est le temps patriarcal des décoctions, des apozèmes et des oplats ? Où sont les cueilleurs de simples ? « *Mais où sont les neiges d'antan* » ?

La dernière née de la thérapeutique se fabrique à grand renfort de machineries dans des usines monstrueuses. Des pays, des continents entiers n'ont pu encore s'offrir un tel luxe et quémandent humblement les miettes tombées de la table du riche. Le produit préparé s'emploie par assauts subintrants qui ne laissent pas un moment de répit à l'ennemi microbien, mais pas davantage à l'organisme qui est le théâtre du conflit. On songe à ces combats à mort qui, l'an dernier, se poursuivaient à coups de canon dans les tunnels du métro de Berlin. Il s'agissait de prendre la ville, coûte que coûte. Elle le fut, mais dans quel état ? !

Il y a quelque chose d'admirable : c'est que, en butte à de telles frénésies, l'organisme résiste, beaucoup mieux que ne résista le métro de Berlin. Heureuse, providentielle endurance ! Car les audaces de la thérapeutique, depuis quelques années, ne connaissent plus de bornes : leur relative impunité les encourage à se dépasser sans cesse. En 1917, on accueillit avec un étonnement légèrement scandalisé la pyrétothérapie de Wagner von Jauregg. A provoquer systématiquement une maladie aussi sérieuse que la malaria, à imposer au patient des épreuves aussi pénibles que les accès paludéens, il semblait alors que le médecin en prît bien à son aise avec les ménagements et le respect que réclame la personne humaine. Mais il s'agissait de paralytiques généraux condamnés sans rémission au gâtisme, puis à la mort et qui n'avaient plus rien à perdre. La psychiâtrie a fait du chemin depuis ! ! Elle a inventé de stupéfiantes méthodes de choc et de coma provoqué dont elle semble vouloir étendre les indications de jour en jour. Et il faut bien convenir que si ces méthodes héroïques sont parfois légitimées par leurs résultats, le plus héroïque dans l'affaire c'est le corps humain qui tient bon contre de telles brutalités.

Le public les a, du reste, admises sans difficulté, plus facilement même que les médecins. Il semble que dans son esprit la maladie soit devenue une injustice, une atteinte au droit naturel. L'on ne voit plus aujourd'hui ces doux « chroniques », ces valétudinaires résignés qui s'étaient arrangé une vie ralentie et, à la longue, paraissaient s'y complaire. Le malade d'aujourd'hui est en révolte.

Selon toute apparence, dans cette attitude de revendication la peur panique de la mort, aujourd'hui si généralement répandue, est pour beaucoup. A coup sûr notre forme de civilisation ne favorise pas le stoïcisme, et le malade moyen entend que l'on remue ciel et terre pour le tirer d'affaire, que le dernier mot de la science soit mis à son service. Avec une mentalité d'assuré il consent à payer, même de sa personne, pour se garantir ; très commercialement il échange un pourcentage de risques thérapeutiques contre quelques années de vie.

D'ailleurs il a confiance. C'est un inépuisable sujet de méditation que la crédulité du public moderne en matière de médecine. Les méthodes les plus abracadabrantes ne le rebutent pas, et il se tient prêt à accueillir avec enthousiasme n'importe quelle drogue charlatanesque. Il préfère remettre son salut au pouvoir magique d'un « gri-gri » plutôt que faire effort sur lui-même pour s'astreindre à un mode de vie moins pernicieux. C'est pourquoi les vendeurs d'orviétan font fortune et les prédicateurs de l'anti-alcoolisme fiasco.

Ceci étant, il est permis de se demander si les plans de sécurité sociale en instance dans le monde actuel donneront les résultats que leurs promoteurs escomptent. Il restait en effet un dernier facteur capable de susciter un sursaut vital chez l'homme atteint par la maladie : l'intérêt personnel. Aux plus ardents au travail il est nocif de se sentir talonné par la nécessité parce qu'ils compromettent leur guérison en reprenant leur tâche trop tôt. Mais pour beaucoup d'autres, c'était une très favorable injonction qui leur faisait tirer d'eux-mêmes la première mise d'effort indispensable. Si ceux-là se sentent un droit sur la collectivité, pour se ménager un peu plus longtemps, ils en useront et en abuseront. L'expérience est faite de longue date et tous les médecins qui ont eu à soigner des fonctionnaires sont fixés sur ce point.

Il est vrai que tous les plans de sécurité sociale indistinctement entendent considérer dorénavant l'homme malade comme une fraction de main-d'œuvre à récupérer. Le conflit d'intérêts et la suspicion vont constamment opposer l'individu et la communauté. Si la communauté sait organiser ses contrôles, elle sera la plus forte. Mais la sécurité sociale sera-t-elle... si sûre que cela ?

G. Lavalée.

NOUVELLE OFFENSIVE CONTRE LES CONTRATS D'ASSISTANCE MEDICALE

DANS une circulaire récemment adressée à ses adhérents par une importante Fédération de Syndicats départementaux, on pouvait lire : MÉDECINS ASSISTANTS. *Le Conseil de la Fédération rappelle l'illégalité pour un médecin de se faire assister d'un autre médecin. Sauf cas exceptionnel, un médecin n'a pas le droit de pratiquer en même temps que son remplaçant.* Telles que rédigées, ces deux affirmations sont erronées.

L'INTERDICTION faite au remplacé de pratiquer en même temps que le remplaçant ne se justifie, en droit, que dans la mesure où le remplaçant n'est pas diplômé. Les internes des hôpitaux de villes de Facultés munis de 16 inscriptions validées, et les étudiants titulaires de 20 inscriptions validées ayant été autorisés par l'article 35 de l'ordonnance du 24 septembre 1945 à exercer la médecine à titre de remplaçants de docteurs en médecine, cette autorisation exceptionnelle doit être strictement limitée à la période pendant laquelle le médecin remplacé est immobilisé. Permettre à un médecin de se faire, non plus *remplacer*, mais *assister* dans son travail par un non diplômé favoriserait l'exercice illégal. Nombre de cas de ce genre ont été déjà sanctionnés correctionnellement et déontologiquement.

Mais si le remplaçant est un docteur en médecine remplissant toutes les conditions pour exercer légalement, on voit mal ce qui empêcherait le médecin remplacé de reprendre progressivement son activité et de se faire aider pendant un temps plus ou moins long par son remplaçant, qui devient alors son *assistant* temporaire ; ou plutôt les objections que l'on peut faire à cette combinaison visent le contrat d'assistance et non plus le contrat de remplacement ; nous allons les examiner plus bas. La seconde phrase incriminée dans la circulaire syndicale devrait donc être libellée de la façon suivante : « Un médecin n'a pas le droit de pratiquer en même temps que son remplaçant *non diplômé.* » Inutile de prévoir des cas exceptionnels dans lesquels une telle pratique serait valable, car, même exceptionnelle, elle serait illégale.

RESTE à étudier la prétendue illégalité du contrat d'assistance entre médecins.

A plusieurs reprises, au cours de ces dernières années les Conseils de l'Ordre ont proclamé que ce contrat était à la fois illégal et anti-déontologique. Nous nous sommes attachés ici à les faire revenir sur cette opinion, et notamment dans un article paru dans notre numéro de septembre 1944, p. 451, sous la signature de Jean Mignon. Mais nous sommes étonnés de rencontrer le même état d'esprit chez les dirigeants syndicalistes, en principe mieux avertis des problèmes professionnels que ne l'étaient certains dirigeants mis en place par le Gouvernement de Vichy.

Illégal, le contrat d'assistance ? Mais où les auteurs de la circulaire fédérale ont-ils pu se forger une idée que rien dans les textes en vigueur n'exprime ? L'ordonnance du 24 septembre 1945 est absolument muette à ce sujet. L'aspect strictement juridique du problème ayant été traité à fond dans l'article cité, nous y renvoyons nos lecteurs. Bornons-nous à rappeler que *l'assistance par un non diplômé* n'est légale que lorsque le non diplômé n'agit que comme auxiliaire, exécutant *en sous-ordre* les prescriptions du diplômé, le non diplômé ne pouvant se comporter sur un pied d'égalité technique avec celui qui le met en œuvre.

Par contre, *l'assistance par un diplômé* est reconnue valable par la jurisprudence, dès l'instant que le libre choix des malades entre les deux médecins reste absolu, que le médecin assistant est techniquement indépendant à l'égard du médecin assisté et qu'il conserve son entière responsabilité professionnelle vis-à-vis des malades qu'il traite ; autrement dit à la condition que soient conservées à l'activité de l'assistant les caractéristiques des professions libérales. Nous sommes loin de la condamnation sommaire prononcée par la circulaire fédérale.

S'IL n'est pas illégal, le contrat d'assistance n'est-il pas au moins anti-déontologique ? Pas davantage Aucune disposition dans les textes de déontologie écrite parus à ce jour ne l'interdit directement ou indirectement. Au contraire, dans le projet de Code de Déontologie élaboré sous Vichy par le Conseil National de l'Ordre, projet qui peu de temps avant la libération avait obtenu l'avis favorable du Conseil d'Etat et qui serait, paraît-il, sous peu publié sans grand changement sous forme de Règlement d'administration publique, nous croyons savoir que figure une disposition autorisant le contrat d'assistance, à la condition qu'y soient sauvegardés l'indépendance technique et le libre choix, ainsi que l'exige la jurisprudence. Le principe n'est donc pas non plus condamné, au contraire, par la déontologie non encore écrite, mais en passe de le devenir.

Paraît en conséquence juridiquement et déontologiquement abusive la prétention émise par le Conseil départemental de la Seine de n'entériner que les seuls accords passés entre un médecin et un assistant diplômé et *patenté*. Le Conseil de l'Ordre aurait formulé cette seconde exigence pour tenter de freiner l'éclosion ou l'extension de certaines « entreprises médicales » dans lesquelles un seul médecin emploie jusqu'à cinq ou six assistants, véritables « nègres », touchant de faibles fixes, et dont le labeur groupé rapporte au chef de l'entreprise de substantiels bénéfices. Sans méconnaître l'excellence de l'intention, on peut penser que le palliatif est mal choisi, parce que d'une part il ne peut y avoir frein véritable que si la patente est prise

en charge par l'employeur — ce qui doit être rarement le cas ; et surtout parce que, au lieu de se transformer en rabatteur du fisc et de dresser le seul obstacle d'une charge pécuniaire que la plupart du temps l'employeur en question aura intérêt à supporter, le Conseil de l'Ordre devra user d'une arme beaucoup plus solide : l'article 67 de l'ordonnance du 24 septembre 1945 sur la communication obligatoire des contrats ayant pour objet l'exercice de la profession.

En se faisant remettre à ce titre les contrats d'assistance, les Conseils de l'Ordre pourront refuser leur agrément à ceux d'entre eux qui n'assureraient pas le respect des conditions que nous avons rappelés : libre choix, indépendance, responsabilité. Ils pourront créer peu à peu une sorte de jurisprudence particulière à ces contrats, et même élaborer des formules types auxquelles les intéressés auraient à se référer.

La plupart des contrats contenant des clauses discutables ne seront pas écrits, objectera-t-on ; ainsi les clauses en question échapperont-elles aux investigations de l'Ordre. — Réponse : L'article 67 déjà cité fait obligation de rédiger par écrit tous les contrats ayant pour objet l'exercice de la profession.

Autre objection : rien n'empêchera des gens déterminés à échapper au contrôle de l'Ordre de dresser un contrat officiel orthodoxe et de mentionner sur contre-lettres les clauses douteuses. — Réponse : l'usage de telles contre-lettres est dangereux parce qu'elles sont radicalement nulles en droit comme sur le plan déontologique.

Suprême objection : La plupart des combinaisons critiquables constituent de simples états de fait, sans convention, sans contre-lettre. Elles ont comme unique support, soit le gros intérêt que peuvent avoir certaines personnes, de moralité douteuse, à user de moyens déontologiquement et légalement incorrects, soit la nécessité économique qui pousse un médecin handicapé matériellement à accepter des servitudes que, plus libre économiquement, il n'aurait pas manqué de rejeter. Ainsi en est-il de la combinaison suivante, nouvellement éclose, paraît-il, et par laquelle un jeune chirurgien dépourvu de moyens de s'installer loue ses services, moyennant un fixe souvent faible, à plusieurs médecins qui lui adressent la totalité de leurs opérés et lui obtiennent par relations l'accès d'une clinique où il peut travailler. Les recettes provenant des opérations sont touchées par les médecins qui se partagent les profits de la combinaison. Audacieuse solution de la dichotomie ! Retournement de hiérarchie combien symptomatique de l'époque actuelle ! Il est évident, nous dira-t-on, que de telles combinaisons ne font pas l'objet de contrat, noir sur blanc. — Réponse : De telles situations sont tôt ou tard connues de l'Ordre. Celui-ci ne manque pas de moyens d'investigation pour les détecter. Il a à sa disposition des sanctions fort lourdes, allant jusqu'à l'interdiction d'exercice. Il n'a qu'à en user énergiquement. L'essentiel est de réprimer les abus auxquels peut conduire le contrat d'assistance, mais la dignité et l'indépendance des parties étant protégées, il faut éviter de ruiner une formule qui présente pour le Corps médical des avantages substantiels.

Le contrat d'assistance dans les circonstances actuelles si pénibles pour les débutants, permet en effet à un jeune médecin (surtout chirurgien ou spécialiste) sans avoir à débourser des sommes se chiffrant par millions, de commencer à gagner sa vie. La difficulté de trouver un local, du matériel, du personnel, le risque — plus lourd que jamais étant donné le coût de la vie — de l'attente prolongée de la clientèle, se trouvent élégamment surmontés par le recours temporaire aux fonctions d'assistant.

En même temps, le jeune médecin, frais émoulu de la Faculté ou de l'hôpital, se familiarise avec l'exercice de la clientèle : il fait un véritable stage technique et social. Bien souvent, en marge du contrat sont insérées des clauses assurant la succession du médecin assisté par l'assistant. Ainsi, la transmission de pouvoirs se fait-elle paisiblement, dans la clarté, au mieux des intérêts des médecins et de la clientèle. Le contrat d'assistance est, de plus, l'un des moyens à la disposition du Corps médical pour mettre sur pied la médecine d'équipe, dont tout le monde admet aujourd'hui l'utilité technique et économique. On ne voit pas au nom de quels principes mettre systématiquement obstacle à ce qu'un médecin loue ses services à un confrère alors que l'évolution économique et sociale le pousse chaque jour davantage à louer ses services à des collectivités publiques ou privées, et que l'Ordre ne songe pas — et pour cause — à s'y opposer.

Le contrat d'assistance n'est pas seul à présenter les avantages que nous venons d'énumérer. Par le contrat d'association, deux médecins peuvent parvenir au même but. Nous avons même une nette préférence pour le contrat d'association, qui a, sur le contrat d'assistance, l'avantage de mettre les deux parties à égalité, non seulement sur le plan technique, mais économique : ne sont pas en présence un patron et un assistant, mais deux associés. Les rapports entre eux sont dépourvus de toute nuance de morgue ou d'autoritarisme. L'esprit de l'équipe est plus ardent.

Plus encore que l'assistance, les organisations professionnelles doivent donc favoriser l'association ; mais l'association n'étant pas toujours possible, surtout au départ, entre deux personnalités d'âge, de formation, d'expérience différents, disposant de capitaux inégaux, le contrat d'assistance peut constituer un jalon précieux sur la voie de l'association.

P. Douriez.

LE CORPS MÉDICAL DOIT PARTICIPER A LA DIRECTION DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

par le Dr CH. VALINGOT.

La Confédération des syndicats médicaux de France a tenu le 31 mars dernier une Assemblée générale. Alors qu'à son assemblée d'octobre elle avait, avec une majorité écrasante, suivi la S.-et-O. et s'était prononcée pour les conventions avec les Caisses sur un modèle qui respectait la liberté du médecin et lui donnait certaines garanties, tout en tenant compte des besoins des malades non aisés, dans son assemblée de mars — une assemblée bruyante et parfois déchaînée — elle repoussa violemment malgré son secrétaire général, toute idée d'entente contractuelle avec les Caisses.

La promulgation dictatoriale d'ordonnances organisant la Sécurité Sociale sans le moindre souci de l'opinion des médecins, le texte d'une convention-type ne donnant aucune garantie au Corps médical, les maladresses du gouvernement et bien d'autres choses aussi, sans doute, sont causes de ce revirement quasi-total.

Le Corps médical a défendu vigoureusement ses droits et sa liberté. Il a eu raison, mais jusqu'à quel point les a-t-il bien défendus ? Dans quelle mesure ne se prépare-t-il pas des déboires ?

Ne s'est-il pas trompé de chemin ? Et cette petite question — car nous persistons à dire que ce n'est qu'une toute petite, une infiniment petite question — des conventions méritait-elle tant de bruit, tant de mouvement ?

N'y avait-il pas autre chose à discuter et à défendre de beaucoup plus important ?

***

Nous nous souvenons de cette période d'avant 1930, où le Corps médical s'était insurgé contre l'application des A.S. On faisait alors un tableau très sombre de l'exercice de la médecine sous un régime d'A.S. Beaucoup de médecins refusaient, au début, de signer les feuilles de maladie.

Qui se plaint encore actuellement du principe des A.S. ? Et si on peut leur reprocher quelques erreurs, quelques lacunes, quelques insuffisances, qui voudrait revenir à la période d'avant 1930 — même dans le Corps médical, excepté un petit clan particulièrement privilégié? Qu'aurait-on dit si la fameuse ordonnance d'octobre, au lieu d'organiser d'une façon quelconque la Sécurité Sociale, avait purement et simplement abrogé les A.S. ?

Les médecins ont vécu côte à côte avec les A.S. pendant seize ans. Ils sont restés étrangers l'un à l'autre. Le Corps médical ne s'est pas encore pénétré de l'importance, de la valeur, de l'esprit de la Sécurité Sociale. Il en profite. Il en subit, j'allais dire passivement, les effets bienfaisants, mais on doit dire qu'il ne s'est pas assimilé ses raisons profondes, qu'il n'a pas saisi tout ce que la médecine pouvait en retirer de supérieur, et par suite, il ne lui a pas insufflé l'âme nécessaire qui en aurait fait une plus grande chose encore.

Le résultat : les dirigeants syndicaux ne lancent-ils pas le Corps médical dans une impasse dont il risque de sortir sans gloire et fort endolori ?

Ce n'est pas par hasard que le problème de la Sécurité Sociale se pose à la fois dans tous les pays du monde. Ce souci collectif de la Santé vient de l'évolution de la technique médicale, du progrès de nos connaissances, de l'accession aux rangs dirigeants des classes non possédantes et des bouleversements qui touchent les classes riches.

Il y a 30.000 médecins en France qui regardent la médecine comme leur domaine. Il y a presque 40 millions de Français — et certains pour des motifs multiples — qui s'intéressent non moins étroitement que les médecins à l'exercice de la médecine — plus encore même que les médecins, car si ceux-ci sont libres de dispenser ou de ne pas dispenser leurs soins, ces 40 millions de Français ont un désir et un besoin violent de santé. Les ordonnances récentes traduisent ce désir, de façon heureuse ou malheureuse, en raison de l'absence de conseils compétents.

Voilà — en dehors des nécessités parallèles de la production industrielle et des besoins nationaux — une des raisons de ces lois de Sécurité Sociale.

Il ne s'agit pas pour le Corps médical de s'opposer à ce courant qui l'emporterait comme un fétu. Il doit en prendre conscience, le reconnaître et le diriger vers la bonne voie, vers la bonne méthode. Il le fera sous sa responsabilité et sous le contrôle de la masse des usagers qui, en définitive — qu'on le veuille ou non — sera souveraine.

Voilà ce qui domine le mode d'exercice de notre art. Il n'en est que plus regrettable que les dirigeants syndicaux, — par nécessité de complaire à la majorité ? par aveuglement ? par ignorance ? par intérêt ? par manque de conception ? — fassent mener la lutte sur le mauvais terrain.

En effet, ces questions de tarifs — si elles sont importantes, pour notre vie matérielle — sont secondaires, car celle-ci sera, en définitive, déterminée par des clauses plus générales, plus importantes que les conventions.

Tous ces problèmes de détails qu'on discute — conventions et tarifs, prescriptions, longue maladie, etc. — n'ont de valeur que par l'esprit qui animera les Caisses.

***

La première question à poser à propos de la Sécurité Sociale est celle-ci :

Il ne s'agit plus en 1946 de mettre en discussion l'existence des A.S. Mais on doit se demander : 1° Les A.S. doivent-elles ou peuvent-elles être de simples organismes financiers chargés de percevoir les cotisations et de les répartir ?

2° Ne sont-elles pas amenées, par la force des choses, à s'immiscer dans l'organisation de la médecine et n'est-il même pas désirable de profiter de leurs moyens puissants pour procéder à l'équipement sanitaire de la France ?

En fait, les A.S. couvrent des risques compliqués où d'infinis abus sont possibles, en dehors, d'ailleurs, de toute malhonnêteté ou même de simple négligence. Elles doivent donc s'entourer de garanties. Dans la mesure où les avantages qu'elles accordent seront plus substantiels, elles devront être plus vigilantes, plus sévères. Elles devront prendre ce contact étroit avec la réalité pratique, l'exercice quotidien des actes médicaux, comme dans les entreprises bien gérées dont le chef — qui paie les frais — doit avoir l'œil à tout. Il est donc normal que dans leur éloignement du réel, elles édictent des règles précises et sévères pour assurer et garantir leur bonne marche.

D'autre part, elles vont disposer de sommes énormes. Or l'évolution de la technique médicale moderne, le développement du « machinisme médical », l'évolution de nos connaissances ne permettent plus l'exercice isolé, individualiste du médecin d'autrefois, mais pose le problème d'un équipement sanitaire de la France. Il est logique de songer pour cet équipement aux ressources des A.S.

Vouloir continuer comme avant ? Mais l'évolution même de la technique médicale s'y refuse.

Pour toutes ces raisons, il ne faut donc pas imaginer ou souhaiter voir l'administration des Caisses se désintéresser de l'exercice de la médecine.

Par les récentes ordonnances, les Caisses — et c'est là ce qui est important — vont s'immiscer dans l'activité du médecin, par l'établissement des tarifs, par le choix des prescriptions, par les problèmes de la longue maladie et de l'invalidité, mais surtout par leurs possibilités de promouvoir des organismes sanitaires : elles imprimeront ainsi la forme qu'elles désireront à l'exercice médical.

Mais tout ceci n'est pas grave encore.

Les ordonnances sont loin d'être parfaites et d'apporter aux assurés toutes les garanties et les solutions nécessaires, mais elles augmentent tout de même dans une proportion notable l'efficacité de la Sécurité Sociale vis-à-vis des assujettis. Il n'est pas obligatoire de les voir dirigées uniquement contre le Corps médical. Elles ne le toucheront que par incidence. Tout dépendra je le répète, de l'esprit avec lequel elles seront appliquées : tout est là.

Et ce qui est grave, ce qui est capital, et ce dont personne ne parle, c'est la composition des divers conseils de gestion et d'organisation de la Sécurité Sociale, c'est-à-dire la qualité de ceux qui vont animer les Caisses.

L'organisation de la Sécurité Sociale ne peut être féconde si le Corps médical n'y collabore pas — non du dehors — mais du dedans, s'il n'est pas représenté abondamment à tous les échelons.

Or, examinons les divers organismes.

A. Caisses primaires. — *Leur rôle* (art. 3, ordonnance du 4-10-1945) :

1° Gérer les risques maladie, maternité, décès ;

2° Gérer les risques A.T. et maladies professionnelles en ce qui concerne les incapacités temporaires.

Leur composition (art. 5) :

1° Pour deux tiers, des représentants des travailleurs relevant de la Caisse et désignés par les organisations syndicales les plus représentatives ;

2° Pour un tiers, des représentants des employeurs, des associations familiales, des personnes connues pour leurs travaux sur les A.S. et A.T.

En outre, *le Conseil d'administration désigne sur des présentations en nombre double des organisations professionnelles intéressées deux praticiens* (c'est-à-dire représentants des médecins, des sages-femmes *et* des dentistes) qui lui sont adjoints avec voix délibérative.

B. Caisses régionales. — *Leur rôle* (art. 10) :

1° Gérer les risques invalidité et vieillesse, *promouvoir et coordonner la prévention de l'invalidité.*

2° Gérer les risques d'A.T. et de maladies professionnelles en ce qui concerne les incapacités permanentes, coordonner la gestion de l'ensemble des dits risques pour la région et promouvoir et coordonner la prévention des A.T. et des maladies professionnelles.

.....

5° Organiser et diriger le contrôle médical pour l'ensemble de la région.

6° Promouvoir et diriger l'action sanitaire et sociale de l'ensemble des caisses de Sécurité Sociale pour toute la région.

Leur composition : 26 membres.

.... dont deux praticiens choisis par le Conseil d'administration sur une liste en nombre double présentée par les organisations professionnelles.

C. Caisse Nationale. — *Son rôle* :

Gérer les fonds destinés à promouvoir sur le plan national une politique générale de la Sécurité Sociale, et notamment :

Un fonds de prévention des A.T. et maladies professionnelles ;

Un fonds d'action sanitaire et sociale.

Sa composition : Un Conseil d'au moins 34 membres — *aucun médecin.*

Il y a aussi un Comité de gestion, un Conseil supérieur : on y fait le même cas du Corps médical.

D'autres ordonnances précisent le rôle important des organismes de S.S. dans l'exercice de notre profession et dans l'organisation de la santé.

Voyez donc, dans quel mépris on tient le Corps médical.

Non seulement le Corps médical (c'est-à-dire médecins, sages-femmes et dentistes) y est représenté de façon ridicule, mais il ne lui est même pas laissé le droit de désigner lui-même ses deux pauvres représentants et ils figurent seulement aux échelons subalternes.

Ainsi, les Caisses prétendent décider de notre activité et de nos ressources, elles prétendent décider de nos méthodes d'exercice et de nos manières d'organiser la santé, prétendent décider du sort de nos malades, de la santé de notre pays et les seuls personnages compétents sont exclus honteusement.

Et les médecins, ne relevant ni le défi ni l'affront, ni l'imbécillité de cette réalisation insensée, discutent de conventions et prennent des résolutions !

***

Le Corps médical doit mener la lutte pour lui-même et pour la France. Sa seule revendication possible et féconde c'est celle-ci : la participation efficace, en grand nombre, à tous les organismes de la Sécurité Sociale en ce qu'elle touche la santé.

C'est la seule lutte à mener.

Dans un prochain article, nous envisagerons les tâches à accomplir par les organisations syndicales.

UNE CONFÉRENCE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE SUR LA MÉDECINE EN U.R.S.S.

Un groupe de médecins, récemment revenus d'un voyage d'études en U.R.S.S., ont fait le 24 mai 1946, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de Médecine, sous la présidence du professeur Hartmann, président de l'A.D.R.M., quatre conférences successives sur « ce qu'ils ont vu » en U.R.S.S. M. le professeur Jayle (de Marseille) a parlé de l'enseignement médical, M. le professeur Justin-Besançon des Instituts de Recherches, M. Dalsace de la médecine sociale, M. Rouquès de la chirurgie, en U.R.S.S.

La médecine a pris une large extension en U.R.S.S. Le nombre des médecins, qui était de 20.000 environ en Russie tsariste, est passé à 120.000. L'enseignement médical est donné dans les Facultés, les hôpitaux, les instituts de recherches. Les Facultés sont nombreuses : les professeurs y sont nommés après examens et soutenance de thèses. Les hôpitaux disposent d'un personnel important et la tendance est l'hospitalisation en petits pavillons et en chambres à deux lits. Quant aux Instituts de recherches, ils sont une des caractéristiques de la médecine et de la science soviétiques. Les programmes sont à trois degrés : praticiens, spécialistes, et études supérieures faites dans les Instituts de recherches. Les praticiens sont aussi appelés : thérapeutes. La spécialisation est très poussée : il y a des pédiatres pour enfants jusqu'à 3 ans, des pédiatres pour enfants plus âgés, des hygiénistes, des épidémiologistes, etc. Les médecins sont, d'ailleurs, considérés comme des éducateurs, chargés de diffuser dans la population les connaissances médicales élémentaires.

Les Instituts de recherches jouent un grand rôle en U.R.S.S. Largement subventionnés, ils ont des laboratoires bien outillés. A Moscou, M. Justin-Besançon en a visité plusieurs : l'Institut de chimiothérapie (où l'on étudie les nouveaux médicaments), l'Institut de chimie biologique, l'Institut d'endocrinologie, en particulier. Il a vu le chiffre impressionnant de 400 chercheurs, chimistes, physiologistes, histologistes, médecins, y travailler à plein temps. Le laboratoire et la clinique se prêtent là quelquefois un mutuel appui. A l'Institut Pavlow, de Leningrad, l'union de la pathologie et du laboratoire est particulièrement étroite.

M. Dalsace a visité, à Leningrad, une polyclinique ouvrière dépendante d'une grande usine : 32 médecins y sont attachés, dont 10 thérapeutes (praticiens) et nombre de spécialistes. Annexés à la polyclinique, se trouvent : un hôpital de 120 lits, une maternité, des laboratoires, un centre de physiothérapie, une maison de repos. L'usine comprend des chambres d'allaitement, des crèches, des jardins d'enfants. Dans les ateliers, les femmes et les adolescents travaillent 36 heures par semaine ; les femmes enceintes se reposent pendant six semaines avant l'accouchement. La prophylaxie est très en honneur : la vaccination par le B.C.G. est obligatoire.

M. Rouquès donne quelques aperçus sur la chirurgie en U.R.S.S. et il présente quelques figures chirurgicales de ce pays. La chirurgie a, elle aussi, ses nombreux instituts de recherches. L'Institut de traumatologie de Moscou, avec sa section clinique, ses services d'orthopédie, de prothèse, ses laboratoires expérimentaux, groupe 800 travailleurs. Beaucoup de femmes pratiquent la chirurgie en Russie soviétique. L'obstétrique est jointe à la gynécologie et souvent à la chirurgie générale.

Les médecins russes parlent quelquefois le français, mais... ils ne le lisent pas, et pour cause. MM. Jayle, Justin-Besançon, Dalsace et Rouquès signalent l'absence complète de livres et de journaux médicaux français en U.R.S.S., alors que les publications anglo-saxonnes abondent. Ils souhaitent ardemment que les revues et journaux de médecine français soient envoyés dans les grands centres médicaux et scientifiques de l'U.R.S.S. Ils émettent aussi le vœu que, sous l'égide de l'A.D.R.M., les savants russes viennent nombreux en France et que les médecins français, de leur côté, se rendent en U.R.S.S.

P. LACROIX.

Y A-T-IL DEUX POIDS ET DEUX MESURES EN DÉONTOLOGIE ?

Premier cas. — Une malade atteinte de cancer du col étendu, avec métastase vertébrale. Douleurs atroces par compressions nerveuses : sciatique, rachialgies, etc. Ces douleurs sont survenues progressivement et par hasard après une 5e ou 6e intramusculaire de T. La malade qui va régulièrement à Paris pour radiothérapie explique le cas à son spécialiste qui pratique une radiographie de la colonne lombaire. Cette radio indique nettement un écrasement de L5, origine des douleurs. N'osant expliquer l'affaire à la malade, il lui répond tout simplement : « Vos douleurs sont dues très probablement à vos piqûres ; voyez votre médecin traitant ».

La malade rentrée à la maison me fait appeler et, pas contente du tout, me prie vertement d'avoir à la guérir le plus rapidement possible.

Deuxième cas. — Semblable. Néo du col, douleurs lombaires et sciatiques survenant par crises. Le spécialiste de Paris (le même probablement) prononce sa sentence : « Rhumatismes. Dites à votre médecin traitant de vous soigner ; ça doit s'arranger ».

Bien entendu ça ne s'arrangera pas, et le pauvre médecin de campagne appréhende les jours où il doit rendre visite à cette malade.

Allons, Monsieur le Spécialiste, votre intention était bonne sans doute. C'est très joli de s'en laver les mains, mais n'oubliez pas que d'autres supportent les conséquences des paroles réconfortantes que vous octroyez généreusement à leurs malades.

Dr C.

VITTEL

GRANDE SOURCE

Spécifique des
VOIES URINAIRES
Manifestations arthritiques
Goutte - Gravelle
Infections urinaires
Hypertension

SOURCE HÉPAR

Spécifique des
VOIES BILIAIRES
Lithiase Biliaire
Cholécystites
Insuffisance biliaire
Congestion vésiculaire

Réouverture de la Saison 8 Juin 1946

TREPHONYL

Extrait de foie fœtal
Extrait embryonnaire total
Sérum Hémopoïétique de cheval

ANÉMIES SYMPTOMATIQUES
Insuffisance
de la sécrétion lactée

1 à 2 ampoules par jour

ROUSSEL

LES LABORATOIRES ROUSSEL
Institut de Sérothérapie Hémopoïétique
97, Rue de Vaugirard . PARIS 16e

48

EVONYL

COMPRIMÉS DRAGÉIFIÉS

Composition
SYNERGIE VÉGÉTALE et OPOTHÉRAPIQUE

Indications
(Double action FOIE ET INTESTIN) Affections hépato-biliaires, Cholécystite, Ictère, Congestions hépatiques, Lithiases, Angiocholite, Constipation aiguë et chronique, Hypertension.

Posologie
2 dragées, tous les soirs, au repas.
Enfants : demi-dose.

LABORATOIRES FLUXINE
VILLEFRANCHE (RHÔNE)

PROVAC'S

(TRAITEMENT DES INFECTIONS FUSO-SPIRILLAIRES, SPIROCHETES ET BACTERIES ANAEROBIES DE LA FLORE BUCCO-DENTAIRE)

Vaccinothérapie des infections aiguës.
Désensibilisation immunisante des infections chroniques.

ANGINE/, ANGINE DE VINCENT, /TOMATITE/, PHLEGMON/ DE/ MAXILLAIRE/, et ACCIDENT/ DE LA DENT DE /AGE//E

POSOLOGIE { cas aigus : doses fortes de 1 à 3 cc. par jour
cas chroniques : doses faibles espacées et croissantes
en injections sous-cutanées. Pas de contre indications.

LABORATOIRES **DAUFRESNE** 42, rue Thiers-LE HAVRE

ECHOS & COMMENTAIRES

Ou la grève s'avère efficace.

Depuis le 1er juin, les médecins, appliquant la discipline syndicale, refusent de se servir des carnets de soins et font la grève administrative à l'égard du régime des pensionnés de guerre (art. 64 de la loi de 1919). Le 4 juin les journaux annonçaient que le ministre des Finances avait enfin accordé ce que son collègue des Pensions reconnaissait de longue date comme légitime, c'est-à-dire au relèvement du taux des honoraires médicaux doublant le tarif antérieur, et une majoration des indemnités de déplacement, avec effet rétroactif au 1er janvier 1946. C'est là un beau succès dans l'ordre moral, qui prouve qu'une résistance légitime et organisée à l'égard de toutes les injustices, fussent-elles gouvernementales, est une arme efficace dont il ne faut pas craindre d'user.

Oserons-nous dire cependant que ce relèvement nous paraît constituer plus une victoire morale que matérielle ? Dès le mois de mars dernier le relèvement de 100 % était annoncé. Dès cette époque et même bien avant, le Corps médical a demandé que le régime des soins aux pensionnés de guerre disparaisse comme tous les régimes particuliers (car il n'y a pas de malades pensionnés mais des malades tout court) pour faire place au régime et au tarif unique de médecine sociale. La publication et l'entrée en vigueur de la nouvelle nomenclature eut été l'occasion normale d'une réforme qui semble retardée plus par la division des Ministères et des Administrations responsables que par un motif grave ou une objection de valeur. L'unification est faite en ce qui concerne les A. T., les syndicats médicaux doivent aujourd'hui la revendiquer et demain l'obtenir pour les pensions de l'assistance médicale. Ce faisant, ils agiront une fois de plus dans l'intérêt des malades et dans l'intérêt même de l'Administration.

L'insuffisance enfin du relèvement actuel est trop manifeste pour mériter un long plaidoyer : la consultation passe de 17 fr. avant-guerre à 50 fr. actuellement alors qu'elle est en matière sociale aux alentours de 100 fr. (coefficient 4). Et les tarifs de médecine sociale font déjà la part belle à l'effort de générosité et de civisme du Corps médical, puisque le prix de la vie est aux environs du coefficient 9 !

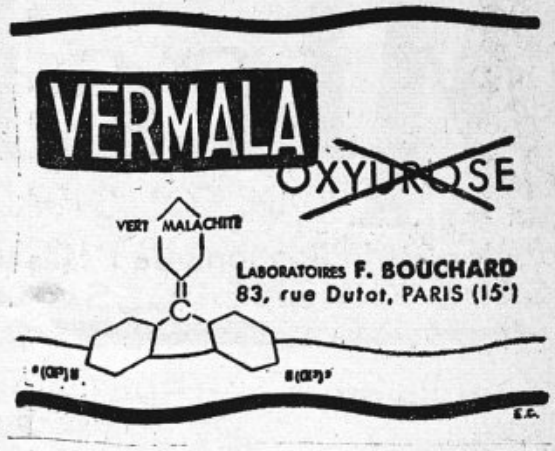
La question des pensionnés de guerre n'a donc pas fini de faire parler d'elle, et ce d'autant moins qu'à l'heure où nous mettons sous presse, l'arrêté annoncé par la presse quotidienne n'a toujours pas paru à l'Officiel.

Un peu de bonne foi s.v.p. !

La grève des certificats est terminée après, elle aussi, une victoire hélas plus morale que matérielle. Certes le corps médical a trouvé ici l'occasion de montrer sa force et sa discipline et d'attirer sur ses soucis l'attention — bien fugitive cependant — des pouvoirs responsables. Mais les chiffres ont eux aussi leur éloquence, qui risque en l'espèce d'être assez mal goûtée des médecins.

Depuis lors des informations ont paru dans divers journaux, classés généralement comme « sérieux », tendant à rassurer l'opinion publique sur les exportations de voitures. Des statistiques il ressortirait qu'au cours du premier trimestre 1946







nous aurions exporté 350 voitures seulement sur 3.529 construites, et l'on laisse entendre que le marché intérieur n'est pas oublié et n'a, par suite, pas lieu de se plaindre. Une fois de plus la statistique nous sera apparue comme une des formes modernes du mensonge, mais d'un mensonge hypocrite, dont nous ne saurions trop dénoncer la mauvaise foi !

Si 350 voitures seulement ont été effectivement exportées, le solde de la production française n'en a pas été pour cela mis sur le marché intérieur. Il est tout simplement bloqué en vue de l'exportation, et attend d'avoir trouvé preneur hors de France. Et depuis le deuxième trimestre 1946 (dont les statistiques se gardent de faire mention) l'intégralité de la production est bloquée.

Nous ne méconnaissons point les nécessités économiques du moment, mais celles-ci s'inclinent encore devant les besoins des services publics. Oublierait-on en haut lieu que le médecin, bien que non fonctionnaire, assume lui aussi un service de cette qualité, et que la santé et la vie des Français valent tout de même plus cher que les devises ?

Les médecins peuvent-ils encore être requis ?

Les récentes grèves administratives ont posé un problème ou plutôt mis en lumière une arme de l'Administration dont la validité est suspectée par beaucoup : certains préfets, avisés de la grève, ont prévenu les médecins qu'un certain nombre d'entre eux allaient être requis pour délivrer les certificats ou soigner les pensionnés de guerre dans les formes légales. Serait-on donc toujours en temps de guerre, et les préfets ouiraient-ils encore — malgré la cessation des hostilités — du droit de réquisition individuelle ou collective ? Oui Hélas ! car l'art. 3 de la loi du 10 mai 1946 (qui a fixé en principe au 1er juin dernier la date légale de cessation des hostilités) a expressément prorogé de neuf mois à compter du 1er juin, c'est-à-dire jusqu'au 1er février prochain, l'application de celles des dispositions de la loi du 1er juillet 1938 sur l'organisation de la nation en temps de guerre qui ont trait à la réquisition des personnes.

En outre, cette réaction des pouvoirs publics met en lumière un texte beaucoup plus général et malheureusement permanent, contenu dans l'ordonnance du 24 septembre 1945, sur l'exercice de la profession médicale — et jusqu'à présent resté inaperçu de beaucoup de médecins. L'article 16 de l'ordonnance précise en effet que «tout docteur en médecine est tenu de déférer aux réquisitions de l'autorité publique sous les peines portées à l'article précédent » (c.-à-d. une amende de 5.000 à 12.000 fr.) Rappelons, ainsi que nous l'avons déjà marqué, que ce texte ne prévoit que des réquisitions individuelles. D'autre part le plus grand mystère règne sur ses modalités pratiques d'application.

Ces deux textes constituent-ils un efficace moyen de briser une grève faite avec l'accord de l'opinion publique ? Nous ne le pensons pas. Il peuvent tout au plus permettre à l'Administration de ne pas perdre la face. Mais quelle valeur les malades attacheraient-ils à des soins donnés ainsi sous la contrainte, en dehors des rapports de libre confiance qui sont les conditions même d'une médecine digne de ce nom ?

La menace doit donc être ramenée à ses justes proportions. Encore faut-il connaître qu'elle existe et qu'elle est juridiquement fondée.

Micliode
IODE COLLOIDAL MICELLAIRE ÉLECTRO-POSITIF
Toutes les Indications de l'IODE, SANS IODISME POSSIBLE
GOUTTES
Laboratoires de l'HÉPATROL _ 4 Rue Platon . PARIS (XVe)

GÉNATROPINE
Polonovski et Nitzberg
SÉDATIF DU VAGUE
Hyperchlorhydrie · Spasmes digestifs
Vomissements · Coliques · Diarrhées
10 à 30 gouttes ou 1 à 3 granules 2 ou 3 fois par jour, 2 heures après le repas ou en ampoules de 2 millig. pour injection sous-cutanée
Laboratoires AMIDO - A. BEAUGONIN, Pharmacien
4, Place des Vosges, PARIS

HÉMAGÈNE TAILLEUR
DYSMÉNORRHÉE - AMÉNORRHÉE
TRANCHÉES UTÉRINES
COLIQUES POST-PARTUM
4 A 6 DRAGÉES PAR JOUR
Laboratoires SÉVENET, 38, rue de Ponthieu, PARIS-8e

DÉSORDRE ACTUEL DU RÉGIME HOSPITALIER.

Nous avons reçu du Dr Coliez, vice-président du syndicat des Electro-radiologistes, la lettre suivante que nous nous faisons un plaisir de publier :

Dans le numéro du Concours Médical *du 25 mai 1946 vous avez signalé l'existence d'une convention entre les différents hôpitaux publics de la région parisienne et l'Union des Caisses de cette région.*

Vous ajoutiez également, in fine, *que vous souhaitiez que « l'exemple de la région parisienne soit suivi dans les hôpitaux de province, notamment, dans ceux où l'on prétend, à l'instigation des Caisses d'A. S., refuser encore des honoraires aux médecins électro-radiologistes ».*

Or, il s'en faut de beaucoup que les médecins hospitaliers de la région parisienne soient aussi satisfaits que vous l'indiquez en ce qui concerne les tarifs proposés dans cette convention.

D'une part, en ce qui concerne les tarifs de médecine, *le prix de 20 fr. par jour en troisième catégorie est beaucoup trop bas, surtout si on le compare au prix d'honoraires-journée fixé par la Convention A-P Caisses 145 en juillet 1942, qui était fixé à 12 fr. On n'aurait donc, depuis 1942, enregistré qu'une plus-value du coût de la vie de 66 %, et, cependant, dans le même temps, les coefficients C de la consultation sont passés de 35 fr. (en juillet 1942) à 100 fr. (pour 1946), soit une augmentation de près de 200 %. On peut donc déjà affirmer que le prix d'honoraires-journée en troisième catégorie aurait dû être fixé au moins à 36 fr. Ce chiffre est du reste encore très insuffisant, car la somme de 12 fr. fixée en 1942 s'est révélée à l'usage beaucoup trop faible pour apporter au médecin d'hôpital la juste rémunération qu'il est en droit de recevoir pour le temps qu'il passe auprès de ses malades.*

En chirurgie, *pour être moins blâmables, les chiffres de la convention sont presque aussi insuffisants, et le Syndicat des Chirurgiens a exigé à l'heure actuelle, ainsi que la commission hospitalière de la Confédération, que le K opératoire à fixer dans les hôpitaux publics ne soit pas inférieur à la moitié de la valeur du tarif de responsabilité pour la ville soit, pour Paris, Lyon et Marseille* $\frac{75}{2} = 37$ *fr. 50, et pour les départements,* $\frac{60}{2} = 30$ *fr.*

En ce qui concerne l'Electro-Radiologie, le système proposé s'inspire du système désuet (et du reste illégal) qui, appliqué pendant quelques années dans certains hôpitaux spéciaux, n'a conduit le Corps médical (et les Administrations) qu'à des déboires. Cette convention revient donc en quelque sorte en arrière pour reconduire un système réprouvé par le Corps médical tout entier. Le tarif proposé est du reste tellement bas qu'il ne permet pas aux administrations de récupérer le prix des films !

Mais il est un fait plus grave sur lequel il y a lieu d'attirer l'attention des médecins de province, c'est que, contrairement à ce que vous indiquez, le Corps hospitalier n'a nullement accepté cette convention et ne l'acceptera pas.

En effet, ni la Chambre Syndicale de la Seine, ni la Confédération des Syndicats Médicaux, ni le Conseil de l'Ordre du Département de la Seine, ni le Syndicat des Médecins Electro-Radiologistes qualifiés, ni le Directeur Régional de la Santé (au titre de la Santé Publique), n'ont eu connaissance de l'existence de cette convention.

Il faut insister sur le fait que les conditions dans lesquelles sont proposés les règlements des actes de radiologie sont tout à fait illégales. En effet, si cette convention est bien établie en exécution du décret 891 du 27 avril 1943, il est juste de dire que, par son article 27, ce décret spécifie que, pour les malades hospitalisés, les actes de radiologie doivent être comptés en sus des

EXOSEPTOPLIX
(1162 F)
★
Toutes les applications de la sulfamidothérapie locale
THERAPLIX
98, RUE DE SÈVRES, PARIS-VII•

MÉTHODE DE WHIPPLE
TECHNIQUE DE MINOT ET MURPHY
SYNDROMES ANÉMIQUES
INSUFFISANCES HÉPATIQUES
HÉPATHÉMO
DESCHIENS
EXTRAIT CONCENTRÉ DE FOIE DE VEAU FRAIS
Hémoglobine, Vitamines Hépato-Sanguines
Ampoules buvables de 10 cc. et 3 cc. - Sirop
DESCHIENS, Docteur en Pharmacie, 9, Rue Paul-Baudry - PARIS (8e)

GRIMAULT
DELBIASE
Stimulant biologique général
Dermatoses - Prophylaxie du Cancer
★
LABORATOIRES GRIMAULT
51, RUE FRANÇOIS-Ier - PARIS

honoraires-journée, et comptés, conformément à l'article 123, selon la Nomenclature générale des Actes de Chirurgie et de Spécialités. Il n'est donc pas possible d'affecter les actes de radiologie de coefficients qui ne seraient pas en rapport avec ceux qui sont nommément indiqués dans la Nomenclature.

Nous ajouterons que si, comme vous le dites, certaines Caisses d'A. S. ont refusé, dans certains hôpitaux publics, d'accorder des honoraires aux médecins électro-radiologistes, la faute en est aux Commissions hospitalières qui ont illégalement signé des conventions avec les Caisses sans en référer à l'ensemble du Corps hospitalier de leur hôpital.

Précisons que notre but en publiant des extraits de la convention litigieuse n'a pas été de la présenter comme la perfection du genre.

Que les médecins de Paris, comme l'affirme le Dr Coliez, en trouvent les chiffres insuffisants, nous le croyons bien volontiers. Mais sur ce chapitre, comme sur bien d'autres de la médecine sociale, les médecins parisiens ont toujours été favorisés parce que plus près du soleil. Par contre, en province nous connaissons une foule de médecins hospitaliers qui considéreraient comme une amélioration considérable de leur sort l'alignement de leurs honoraires sur ceux inscrits dans cette convention. C'est pour ces médecins provinciaux que la publication en a été faite. S'ils peuvent obtenir mieux nous applaudirons volontiers. Mais les chiffres en question sont des minima que nous avons voulu leur faire connaître et que nous les invitons expressément à exiger.

CORRESPONDANCE

ACCIDENTS DU TRAVAIL

2242. — Expertise. Accidents du travail. Assistance et représentation par un non-médecin.

J'ai reçu il y a quelques jours du président du Tribunal de Sarlat un procès-verbal me désignant comme expert dans une instance d'accident du travail. Après les questions d'usage (y a-t-il IPP ; si oui, taux de l'IPP et fixation de la date de consolidation), ce procès-verbal impose une obligation à laquelle je me refuse de souscrire : « Appeler M. X..., mandataire des défenseurs, l'admettre à faire par tous les moyens la preuve contraire des allégations du demandeur, recevoir ses dires et réquisitions, les reproduire et y répondre dans son rapport. »

Peut-être ne connaissez-vous pas le sieur X... ? Dans ce cas il est nécessaire que je vous le présente : Il y a déjà longtemps, alors qu'il était employé de bureau il fut blessé à un œil et, malgré un pansement occlusif, il constata qu'il pouvait continuer à gratter du papier en n'utilisant que l'œil sain ; il en conclut que la perte de la vision d'un œil ne provoquait aucune diminution de la capacité de travail. Il communiqua cette découverte (!) à des compagnies d'assurances, dont certaines s'enthousiasmèrent pour cette théorie susceptible d'augmenter leurs bénéfices et financèrent une campagne de tracts et de brochures adressés à tous les oculistes et aussi à tous les magistrats de France et de Navarre. Je ne sais si les compagnies y ont beaucoup gagné, mais, lui, a certainement amélioré sa situa-

PRODUITS SPÉCIALISÉS DES ÉTABLISSEMENTS KUHLMANN
MARQUE R. A. L.
H. DELOMÉNIE
Docteur en Pharmacie
15, Rue de La Baume, PARIS (VIIIe)
BINIDIA
Antiseptique génito-urinaire local
BINOXOL
Antiseptique gastro-intestinal
CHLORALOSANE
Hypnotique
DITHIORAL
Antirhumatismal
SUNALCOL
Antiseptique cutané
SUNOXIDON
Fébrifuge - Anti-infectieux
SUNOXOL
Antiseptique pour usage externe

CHLORO-MAGNESION
Asthénie - Modificateur du Terrain
DRAGEVAL
Insomnies - Anxiété
FER-OVARINE VITALIS
Insuffisances ovariennes
TENSORYL
Hypertension artérielle
FER-ANDRINE VITALIS
Infantilisme - Carence sexuelle
DESCOURAUX et Fils, 52, Boulevard du Temple, PARIS

INSTRUMENTS de Précision pour la Médecine et la Chirurgie
Établissements SPENGLER
— 16, Rue de l'Odéon, PARIS-6e —
Tous les Appareils pour la Mesure de la Tension Artérielle

tion matérielle en devenant le conseiller ophtalmologique de ces compagnies.

Une première fois, il y a déjà longtemps, il avait débarqué chez moi avec une valise contenant des instruments de son invention ; je lui signifiais que, s'il avait le droit d'assister à mon expertise comme mandataire de sa Compagnie, je lui interdisais d'examiner le blessé dans mon cabinet et je conseillais à celui-ci de ne pas se laisser examiner dans un autre local par le personnage, qui n'avait aucun titre à cela. Je le revis plusieurs fois mais il se tint coi. Aujourd'hui il se fait imposer par un juge.

Avant de renvoyer le procès-verbal à son auteur, je serais heureux d'avoir votre avis.

Dr P.

Réponse :

Il arrive fréquemment que des difficultés s'élèvent au cours d'expertises ordonnées par les tribunaux en matière d'accident du travail au sujet de l'assistance du blessé par une tierce personne. En l'absence de dispositions particulières dans la loi de 1898 et dans les textes ultérieurs l'ayant modifiée, il fallait pour résoudre ces difficultés se référer aux règles générales établies par les articles 302 à 324 du Code de procédure civile pour les expertises ; l' article 317, qui notamment pouvait être invoqué, prévoit que les « parties pourront faire tels dires et réquisitions qu'elles jugeront convenables », et par conséquent requérir la présence d'un tiers à l'expertise.

L'expert n'est pas obligé de déférer à cette réquisition, il doit seulement « en faire mention dans son rapport » et indiquer la suite qui lui a été donnée, au besoin en la motivant. C'est donc à l'expert qu'il appartient, dans la limite de sa mission, de décider si l'assistance d'un tiers peut être ou non utile à la poursuite et au succès de sa mission.

Mais, cette solution vient d'être modifiée par voie législative en ce qui concerne l'assistance du blessé par un médecin. L'ordonnance du 2 octobre 1945 est en effet venue compléter l'article 17 de la loi du 9 avril 1898 par le paragraphe suivant :

« La victime a toujours la faculté de se faire assister à l'expertise par un médecin de son choix. »

Il résulte de ce texte, que seul le blessé a le droit absolu de se faire assister à l'expertise mais seulement par un médecin. Pour l'assistance de quelque partie que ce soit par un tiers non-médecin ou pour l'assistance du patron ou de sa compagnie d'assurance, même par un médecin, l'expert garde sa liberté d'appréciation.

Mais le cas envisagé sort du cadre de l'assistance à l'expertise car il s'agit en l'espèce de la représentation d'une partie à l'expertise. En effet, dans le texte que vous nous soumettez, M. X... est indiqué comme « mandataire des défenseurs ». Or il n'est pas contestable que les parties ont le droit de se faire représenter si elles ne désirent pas assister elles-mêmes aux opérations d'expertise. Cette représentation est même une nécessité, dès lors qu'une partie est une personne morale, en l'espèce une compagnie d'assurance.

Qui peut alors représenter une partie devant l'expert ? Il n'y a pas de difficultés pour le mandataire officiel, avoué ou mandataire agréé devant les justices de paix. Le droit, et pour les avoués le monopole, de représentation devant le tribunal entraîne nécessairement le pouvoir de représenter les parties devant les experts ; mais, faut-il limiter là la possibilité de représentation et faut-il interdire à toute autre personne cette possibilité de représentation aux opérations d'expertises ? C'est ce qu'avait

Eczéma
CUROZEMA
9 Dragées par jour
OPOSÉROTHÉRAPIE VALTRY
LABORATOIRE BIOLOGIQUE VALTRY
46, Rue St Didier Paris-16e
FORMULE INFANTILE :
Pediozema
GRANULÉ

PRODUIT DE LA BIOTHÉRAPIE
Vaccination par voie buccale contre la typhoïde et les para A et B
BILIVACCIN
ANTITYPHIQUE
H. VILLETTE & Cie, Pharmac. 5, r. Paul-Barruel, PARIS-XVe

Anémies — Convalescence
HÉMOPANBILINE
Comprimés et Solution
Lab. du Docteur PLANTIER, à Annonay (Ardèche)

demandé la Société de médecine légale dans une note du 10 mai 1943 adressée aux juges de paix parisiens par le Parquet, note dont les principes peuvent être étendus aux tribunaux civils.

Mais cette limitation semble contraire à la jurisprudence et notamment à un arrêt de la Cour de Rouen du 30 avril 1902, qui a estimé qu'une partie était libre de se faire remplacer ou assister aux opérations d'expertise par un mandataire de son choix « qui peut être autre qu'un avoué ; » de même la Cour de Grenoble, 17 juin 1940, a confirmé l'annulation d'un rapport d'expertise, motif pris de ce que le blessé avait été examiné hors la présence du représentant du défendeur, lequel n'était ni avoué, ni avocat.

Ces décisions peuvent se justifier par le rôle de l'expert qui n'est pas de trancher des points de droit, mais simplement de faire des constatations d'ordre technique et de donner un avis personnel et motivé au sujet de ces constatations selon la mission donnée par le juge. Il peut donc y avoir un intérêt à ce que les parties dans une discussion d'ordre technique se fassent représenter ou assister de techniciens qui auront une compétence particulière échappant aux hommes de loi.

Il ne nous semble donc pas anormal que. dans la mission qui vous a été confiée, figure l'obligation de recevoir les dires et réquisitions de M. X..., les reproduire et y répondre dans le rapport. M. X... peut en effet être considéré par ses mandants comme un technicien de ces problèmes et avoir en conséquence leur confiance pour les représenter à l'expertise. Nous ne croyons donc pas que vous puissiez vous refuser à l'admettre en cette qualité aux opérations d'expertise, Par contre, il semble qu'il y ait eu une confusion dans l'esprit du rédacteur du procès-verbal en admettant ce mandataire à faire au cours de l'expertise « la preuve contraire des allégations du demandeur ». L'expertise n'est pas une enquête, et si dans certains cas l'expert peut être autorisé à entendre des témoins, ce ne peut être qu'à titre d'indication ou de renseignements (Cassation Ch. des requêtes, 22 février 1938 et 14 novembre 1938), mais non pour faire la preuve des faits allégués et le juge ne peut consentir une délégation générale de ses pouvoirs en confiant l'instruction d'une affaire dont il est saisi à un organisme non prévu par la loi (Cassation, 14 novembre 1938, D. H., 1938-612). La preuve des faits ne peut être faite que devant le tribunal ou devant le juge délégué chargé de procéder à une enquête selon les formes prévues par la loi.

Mais en tant qu'expert, vous n'êtes pas partie à l'instance, seul le blessé pourrait faire appel de cette décision et, à notre avis, obtenir que le rôle du mandataire de ses adversaires soit réduit lors de l'expertise à faire tels dires et réquisitions qu'il jugera utiles et non à « faire par tous les moyens la preuve contraire des allégations du demandeur ».

Vous ne pouvez donc, si vous estimez ne pas pouvoir procéder à l'expertise dans les conditions énoncées, que refuser la mission qui vous a été confiée, car l'expert est tenu au cours de ses opérations de se conformer aux termes de sa mission; et refuser la présence de M. X... risquerait de provoquer l'annulation du rapport, conformément à la jurisprudence que nous vous avons citée plus haut (Grenoble).

★





AUTOMOBILISME

697. — L'essence américaine avarie les soupapes.

J'utilise pour ma tournée une 201 Peugeot sortie en 1936, achetée récemment, et qui n'avait accompli que 25.000 kilomètres. On a déculassé le moteur et rodé les soupapes.

Je conduis sans jamais atteindre le 70 au compteur, et après vingt-deux ans de conduite automobile, je crois savoir ménager ma monture.

Or, je viens de griller une soupape. Le mécanicien me dit que je suis le troisième de sa clientèle, et il accuse l'essence américaine !? Et le remède proposé est l'adjonction de gas-oil (10 %) à cette essence. J'ajoute que des deux autres clients, auxquels pareille mésaventure est arrivée ce mois-ci, ne sont pas des excités du volant, mais des conducteurs paisibles.

Avez-vous entendu parler de semblables accrocs?

Dr C.

Réponse

Il est exact en effet que l'essence américaine produit parfois des avaries aux soupapes à cause de la présence de plomb tétra-éthyl. Certains automobilistes auraient trouvé, paraît-il avantage à ajouter 10 % de gas-oil dans leur essence. Je n'ai pas l'expérience personnelle de ce fait, n'ayant encore eu aucune avarie à mes voitures. En tout cas, l'adjonction de gas-oil jusqu'à 10 % ne peut pas produire d'avarie au moteur, sauf peut être un certain encrassement.

Henri Petit.

★

DEMANDES ET OFFRES

N° 302. — Céderai vol. Poumons Encyc. Méd. Chir. et Shakespeare 5 vol. Un. lat. Ed., illustré. Edit. Legrand. Ecr. journ. qui transm.

N° 303 — Trouvé le 12 mai appar. à tension. Réclamer bureau du journ.

N 304.° — A vendre table base basculante Dutertre avec écran et tube. Châssis basculant Roycourt-Potter.

N° 305. — A céd., dans sous préf. du Centre, grosse client. médec. génér. et spécial. pulmon. radio moderne, nombr. appareils. Mais. à louer.

N° 306. — Céderai Forceps Tarnier. Aspirat. Potain, etc., etc.

N° 307. — Confr. O.R.L. désire reprendre bon cabin., rég. indiffér.

N° 308. — Dame recevr. enf. de 3 à 7 ans, nombre limité dans jol. propr., 14 km. de Tours. Nourrit. abond.. éduc. soignée, surveil. médic., référ. 1er ordre. Ecr. Hors-Duel, à Veretz (I.-et-V.). Tél. 7.

N° 309. — Recherche poste proph. Ecr. journ. qui transm.

N° 310. — Vve ayant fait études d'infirm. prendr. juin-sept. enf. 2 à 12 ans, aném., déficients, stat. d'enf. montagne, vie de fam. Ecr. M. Dezaux, La Tancanière, Le Villard de Lans près Grenoble (Isère).

N° 311. — Radiographe. A vendre Sud-Ouest, contact tournant R.H.E. avec combinat. scopie et graphie. Faire offres.

N° 312. — Echangerai très bon poste médic. Bourgogne (180 km. de Paris), mais. tout conf., contre poste simil. Paris ou banl.

N° 313. — A vendre séparém. ou ensemble, contact tournant vertical Drault puissant pour Diagnostic et table bascul. à moteur, moderne, bien équipée Dr Lamy, 15, rue Charles-Duguet à Creil (Oise).

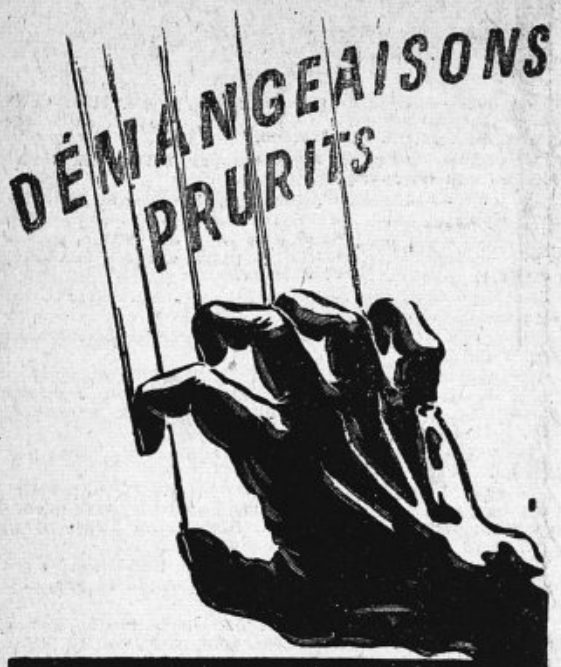
N° 314. — A céd. cabin. médic. actuellem. fermé, dans banl. imméd. Tél. Italie 24-99.

Gérant : J. Mignon — Lang, Blanchong et Cie, 30, rue du Poteau - Paris (18e) — 31.1040
Février 1879 — Dépôt légal : N° 8 — 2e trimestre 40

MYRTINE BÉRAL
contre
la **MUCO-PURULENCE**
BRONCHO-PULMONAIRE
AMPOULES *(2 cc hypod ou muscul indolore)* 2-4 cc
SUPPOS *(Adultes et Enfants)* 1-2
GOUTTES *X à XL dans un peu de lait*
LABORATOIRE BERAL 36, Avenue Hoche - Paris

CABINET BREITEL ET GORET
1, rue Dante, Paris (Ve) — Tél. : ODE. 36-46
Fondé en 1903
Porte Paris. Appart. pro. Méd. Gale. Grs rapport av. bel appart. ds Paris-possib. exerc.
Banlieue immédiate. Suite décès. Méd. gale.
Allier. Méd. Gale et 2e Cabinet. Maison.
Eure. Camp. Méd. Gale Pte gentilhommière.
Loiret. Grs bourg. Méd. Gale. Grd logement.
Drôme. Poste camp. proph. Logement.
Lozère. Poste rural. proph. 1.100 M. alt. Pt log.
Vendée. Bon pt poste camp. 10 ans anc.
Gers. Bon poste Méd. Gale-Maison.
Lot. Poste Méd. gale proph. Logement mod.
Limousin. Clinique importante av. immeuble.
Algérie. Grde ville. Très imp. poste méd. gle et pte chir. Fixes. Grs rapp. Appartement.
Recherche poste phtis. Paris ou grde ville.
100 kms Paris. Mais. repos-cure d'air ds gde demeure historique. Possib. faire clinique 45 ch. av. s. d. b. Tt conft, Ascenseur, Parc 3 ha. avec mob. tapis. **Affaire en société.**

LA BOURBOULE
REINE DE L'ARSENIC — ENFANTS ET ADULTES
Traitement souverain des voies respiratoires
Asthme infantile et lymphatisme — Sang et peau — Affections gynécologiques
RÉDUCTIONS EN JUIN ET SEPTEMBRE



LACTACYD

PÂTE STABILISÉE A *pH* : 5,2

VINGT PEPTONES DIFFÉRENTES

Hyposulfites de Magnésium et de Sodium

Sels halogénés de Magnésium

ANACLASINE

RANSON

Comprimés — Granulé

Désensibilisation

Etats Hépatiques

Action Cholagogue

ANACLASINE INFANTILE

Granulé soluble

LABORATOIRES DÉ L'OPOCALCIUM
96, Rue Orfila PARIS (20e)

Troubles digestifs du nourrisson et du jeune enfant

ÉLÉDON NESTLÉ

Babeurre demi-gras en poudre

2 FORMULES
ÉLÉDON "JAUNE" *sans farine ni sucre.*
ÉLÉDON "BLEU" *additionné de farine et de sucre nutritif.*

Teneur en matière grasse suffisante.
Pureté bactériologique.
Facilité d'emploi.

Publications scientifiques à la disposition de MM. les Médecins



SOCIÉTÉ NESTLÉ - 6, Avenue César-Caire
PARIS (8e)

PANTOPON ROCHE — OPIUM TOTAL

SOMNIFÈNE ROCHE — HYPNOTIQUE

SÉDOBROL ROCHE — TRAITEMENT BROMURÉ

SÉDORMID ROCHE — HYPNOGÈNE

ALLONAL ROCHE — ANALGÉSIQUE

PRODUITS "ROCHE"

68e ANNÉE — N° 25 — 22 JUIN 1946

LE

CONCOURS MÉDICAL

37, RUE DE BELLEFOND - PARIS (9e) - TRU 33-66

3779 à 381

SOMMAIRE

PARTIE SCIENTIFIQUE.

L'actualité chirurgicale : Neuro-chirurgie (Dr G. Fischer) 633

Considérations pratiques sur l'hyperazotémie et l'hypertension artérielle (Dr Paul Bergouignan) 635

Les Livres, 637 : Les Sociétés Savantes, 638. La Presse, 639.

PARTIE PROFESSIONNELLE.

Propos du Jour : De l'humanisme et de l'éthique en médecine (Dr J. Noir) 641

Organisation Professionnelle : Quand la sécurité sera sociale, générale et obligatoire (Jean Mignon) 642

La crise de la médecine française. Organisation autonome « in extremis » ou nationalisation (Dr Rouch) 645

Le nouveau régime des assurés assistés (Dr Sorin) 647

DEMI-COLONNES.

Dernières Nouvelles, 626. A. Travers l'Officiel. 628. Echos et Commentaires, 649. Correspondance, 653.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS BIBLIOTHÈQUE

Traitement Spécifique de l'Acné

SACNEL

Laboratoires DUMESNIL. 10, Rue du Plâtre. Paris 4e

Infangyl Carlier

CALME LES TOUX INFANTILES

PYRÉTHANE

Antinévralgique Puissant

18, Rue Ernest-Rousselle - PARIS-13e

RÉGÉNÉRATEUR ÉNERGIQUE

VIOXYL

Élixir - Granulé
Comprimés.

Éts MOUNEYRAT
VILLENEUVE-LA-GARENNE (Seine)

VÉRITABLE **HUILE** DE

HAARLEM

G. de KONING TILLY

GOUTTES — CAPSULES

Laboratoires THOMAS, 2, rue Ste-Cécile, PARIS 9e

SÉDATIF NERVEUX ANTISPASMODIQUE

EPANAL

COMPRIMÉS

Laboratoires du Dr BOUCHARA
47, Rue de Bretagne PARIS 3e

DERNIÈRES NOUVELLES

Hôpitaux de Paris.

Concours spécial d'assistant en obstérique. — Sont nommés : MM. Adrien Weill et Hanon.

La « Garden-Party », organisée par la F. E. M.

au profit des Veuves et Orphelins de médecins aura lieu le Dimanche 23 Juin, de 16 heures à 21 heures, à la Maison des Artistes, 11, rue Berryer.

On prévoit dès maintenant la participation de grandes vedettes du music-hall, de la radio et de la danse, qui seront présentées par Paul Castan. Jean Nohain dirigera la vente aux enchères à l'américaine et l'orchestre José Lucchesi fera danser.

Une présentation des modèles de haute couture, un défilé de maillots de bain, etc... compléteront les attractions de cette grande journée de bienfaisance à laquelle les médecins et leurs familles se feront un devoir de participer.

Entrée : 250 francs. Billets en vente : F. E. M. 60, boulevard de la Tour-Maubourg, Paris ; à la Faculté de Médecine ; à la Maison des Artistes, 11, rue Berryer, Paris ; chez Durand, Place de la Madeleine, et dans les grandes Agences de théâtres.

Hygiène scolaire et universitaire.

Cinq postes de Médecins Délégués départementaux de l'Hygiène Scolaire et Universitaire sont à pourvoir dans l'Ariège, l'Aveyron, le Gers, le Lot et les Hautes-Pyrénées, avec résidence au chef-lieu du département. Pour renseignements, s'adresser au Dr Fimbel, Médecin Inspecteur Régional de l'Hygiène scolaire et universitaire, 14, boulevard de la Gare, à Toulouse, ou à la Direction de l'Hygiène scolaire et universitaire.

Inspection médicale des Ecoles de la Savoie.

Un poste de médecin inspecteur des Ecoles est actuellement vacant en Savoie. Résidence à Albertville. Le médecin nommé à ce poste devra renoncer à toute clientèle. Pour tous renseignements, s'adresser à la Direction de la Santé, Préfecture de la Savoie, à Chambéry.

Association amicale des cardiaques.

L'Association amicale des cardiaques a offert le 2 Juin un gala artistique à ses membres : cardiaques ; médecins ; amis et bienfaiteurs des cardiaques.

Au cours de la représentation, le Professeur Lian a fait connaître que 111.000 fr., de secours avaient été distribués en 1945 aux cardiaques malheureux de Paris et de la Province (convalescence, apprentissage, vestiaire, etc.), et souligné ainsi l'importance de l'action de cette Association dont le siège social est à l'Hôpital Tenon.

Syndicat des médecins des Ardennes.

Suralimentation dans les campagnes. — Certains maires émettent la prétention d'exiger le diagnostic. Les médecins doivent s'y refuser et déclarer simplement : « M. ou Mme X présente les conditions requises pour obtenir le bénéfice du régime ».

Assistance médicale gratuite. — Certains maires ayant exigé pour l'inscription au bénéfice de l'A.M.G. la délivrance d'un certificat indiquant le diagnostic, M. le Médecin-Inspecteur de la Santé nous écrit :

« Le règlement départemental du service n'a jamais imposé cette obligation aux malades ni aux médecins.

« Il est tout simplement demandé à ces derniers d'attester la nécessité des soins et d'indiquer dans la mesure du possible la durée du traitement. »

Soins aux prisonniers allemands dans les camps. — Un contrat doit être passé avec la Direction du Camp sur les bases de la formation Pré-Militaire, c'est-à-dire : 240 francs pour la 1re heure ; 200 francs pour les heures suivantes, avec un maximum de 600 francs pour trois heures.

Grève administrative. — L'Assemblée Générale de la Confédération a décidé la grève administrative pour protester contre le manque d'attribution de voitures et de pneumatiques au corps médical.

ROMARANTYL

2 à 3 cuillerées à café aux repas dans un peu d'eau

Cholérétique

Antispasmodique Diurétique

Laboratoires TROUETTE-PERRET, 61, Avenue Philippe-Auguste, PARIS (XIe)

LES LABORATOIRES BOUCHET

KALANOSE

LAXATIF DOUX

Rééducateur des Fonctions Intestinales & Biliaires

SANS ACCOUTUMANCE

SANS CONTRE-INDICATION

ENTÉROKINASE · HÉPATINE · BILE BOURDAINE · ISATINE · LEPTENDRA · BELLADONE

1 À 3 DRAGÉES AU REPAS DU SOIR

153-155 · AVENUE DU ROULE - NEUILLY/SEINE TEL. MAILLOT : 0517-58-36

En conséquence de cette décision, nous vous demandons, *à partir de la réception du présent bulletin, de refuser la délivrance de tout certificat de décès, tout certificat de naissance ; mesure générale qui doit être appliquée par tous, aussi bien à l'hôpital qu'en clientèle.*

Des instructions ultérieures seront adressées s'il est jugé utile d'ajouter à cette liste d'autres mesures.

Chambre syndicale des médecins de la Seine.

Tarif syndical-minimum, applicable à compter du 1er Juillet 1946 :

C	120
V	150
VD (sur appel)	200
VN	300
PC	80
K	80
Accouchement	3.500
Accouchement gémellaire	4.500

(Communiqué).

Journée Médicale de l'Oise.

La Chambre Syndicale de l'Oise organise une journée médicale le 30 juin à Clermont (Oise).

Cette journée comprendra :

Le matin (9 h., Hôtel de Ville). Assemblée Générale de la Chambre Syndicale de l'Oise.

L'après-midi (15 h., Hôtel de Ville). Réunion technique consacrée à la Pénicilline. Cette réunion comprendra des présentations d'observations de confrères de l'Oise et se terminera par une Conférence du Dr René Martin, Médecin de l'hôpital Pasteur.

Un banquet réunira tous les confrères au restaurant Hiver, en face de la gare de Clermont (13 h.).

(Communiqué.)

Naissances.

Nous apprenons la naissance de Béatrice Lacombe, sixième enfant du docteur Jean Lacombe, de Bertry (Nord) ; de Bernard Bribes, quatrième enfant du docteur François Bribes, de Tarascon-sur-Ariège (Ariège) ; de Catherine Fabignon, fille du docteur Jacques Fabignon, de Beauvais (Oise) ; de Michel Bonnier, deuxième fils du docteur R. Bonnier, d'Albaretz (Loire-Inférieure) ; d'Anne-Dominique Bindschedler, cinquième enfant du docteur Bindschedler, de Strasbourg (Bas-Rhin) ; de François Dubarry, cinquième enfant du docteur Jacques Dubarry, professeur agrégé à la Faculté, médecin des hôpitaux de Bordeaux.

Mariages.

Le docteur Pierson, de Saint-Mihiel, président du Syndicat des médecins de la Meuse, fait part du mariage de son fils Gilbert Pierson, avocat à Saint-Mihiel, avec Mademoiselle Monique Laligue.

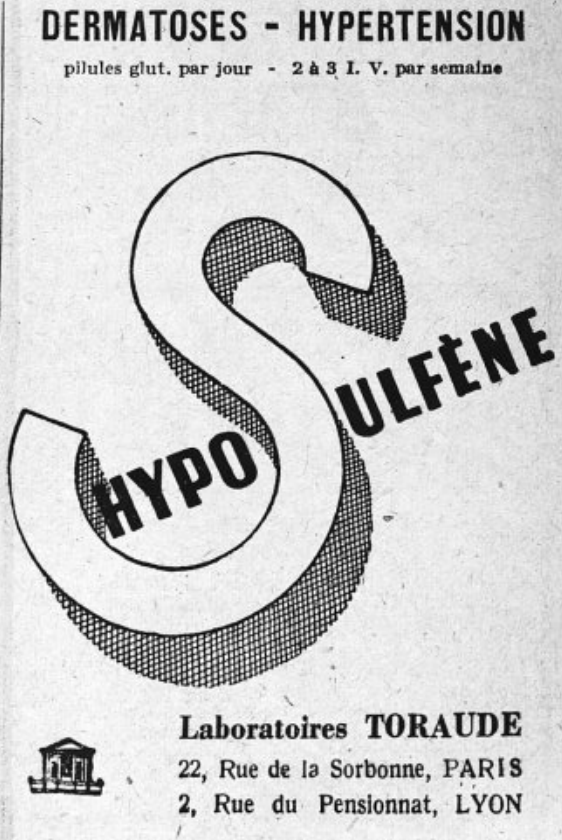
Notre distingué collaborateur et ami, le docteur J. de Fourmestraux, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Chartres, fait part du mariage — célébré le 6 Juin 1946 — de son fils, le Docteur J.-P. de Fourmestraux, assistant à l'hôpital Saint-Joseph, avec Mademoiselle Claude Calmettes. Nos bien sincères félicitations et meilleurs vœux de bonheur.

Nécrologie.

Nous apprenons la mort du docteur Joseph Nuel, d'Etaules (Charente-Maritime), beau-père du docteur Marc Pouget, de Matha, et du docteur René Pouget, de Royan. Resté seul médecin dans la presqu'île d'Arvers, pendant le siège de la poche de Royan, il fit en vélo, malgré ses 72 ans, toute la clientèle d'un canton, pour assurer les soins aux malades. Il a succombé à ce surmenage intensif, regretté par toute la population d'une région où il exerçait depuis 46 ans.

Le Concours Médical
Hebdomadaire fondé en 1879 par A. Cézilly.
Directeur honoraire : Docteur J. Noir.
Directeur : Dr G. Lavalée.
Rédacteur en Chef : Dr G. Fischer.
Rédaction, Administration et Publicité, 37, Rue de Bellefond, Paris (9e).
Téléphone : TRU 33-66. R. C. Seine 76.579.
Chèques postaux, Paris 167-95.
Abonnements : 1 an, 250 francs. - Etudiants, 125 fr. Le N° 10 fr. Changem. d'adresse 5 fr.





A TRAVERS L'OFFICIEL

PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE.

Arrêté ministériel du 14 mai 1946 réglementant les examens médicaux prévus par l'article 11 de l'ordonnance du 2 novembre 1945.

Article premier. — Les examens médicaux des femmes enceintes et des mères visés par l'article 11 de l'ordonnance du 2 novembre 1945 sur la protection maternelle et infantile devront être effectués dans les conditions suivantes :

1° Le premier examen prénatal aura lieu avant la fin du troisième mois de la grossesse. Cet examen sera orienté vers la recherche des affections susceptibles d'être aggravées par la puerpéralité, ou de retentir sur la conduite à terme de la grossesse et sur la santé du produit de la conception. Seront notamment recherchés la syphilis, la tuberculose, les néphrites, les cardiopathies, le diabète. L'examen radiologique des poumons, la recherche sérologique de la syphilis seront pratiqués dans tous les cas ; l'examen s'efforcera de déterminer également les causes locales éventuelles de dystocie ;

2° Les deuxième et troisième examens prénataux auront lieu au sixième et au huitième mois de la grossesse. Ils comporteront toujours la recherche de l'albuminurie.

Lorsque le premier examen aura décelé une maladie susceptible d'être aggravée par la puerpéralité ou de retentir sur la conduite à terme de la grossesse ou sur la santé du fœtus, les examens ultérieurs devront être effectués par un médecin ;

3° L'examen postnatal est obligatoirement effectué dans le mois qui suit l'accouchement. Il comporte à la fois un examen gynécologique de la jeune mère, un examen clinique général, et chaque fois que cela est possible, un examen radiologique des poumons.

(*J. O.*, 17 mai 1946.)

SANTE PUBLIQUE.

Décret du 22 mai 1946 sur les médecins consultants régionaux de pédiatrie.

Article premier. — Les médecins consultants régionaux de pédiatrie prévus à l'article 3 de l'ordonnance du 2 novembre 1945 sont nommés par le ministre de la Santé Publique et de la Population, après avis de la commission « Maternité et Enfance » du conseil permanent d'hygiène sociale.

Ils sont choisis parmi les médecins spécialisés en pédiatrie particulièrement qualifiés par leurs titres, leurs travaux ou leur notoriété scientifique.

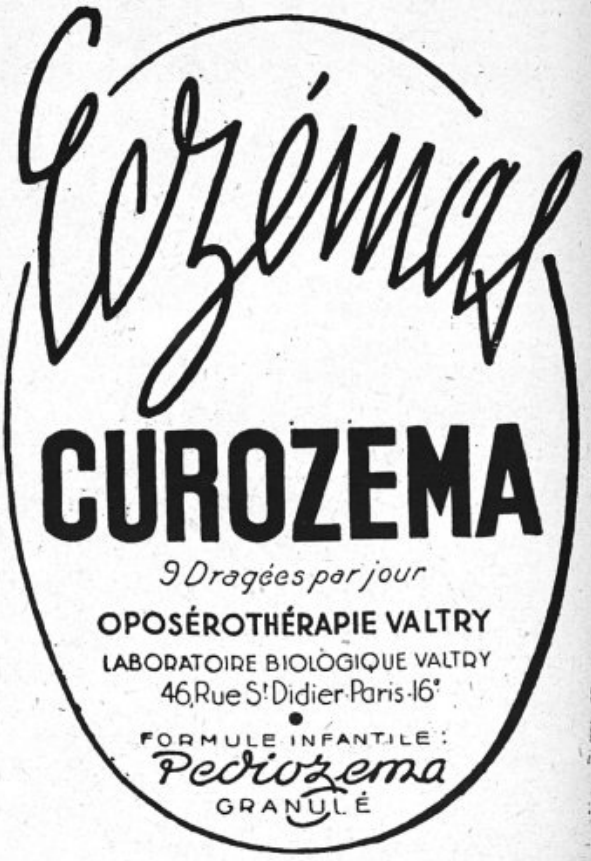
Les médecins consultants de pédiatrie sont nommés pour trois ans. Leur mission peut être renouvelée dans les mêmes formes pour une ou plusieurs périodes de trois ans.

Un ou plusieurs adjoints, qui exercent leur activité sous la responsabilité du médecin consultant régional, peuvent être éventuellement désignés dans les mêmes conditions.

Art. 2. — Chaque médecin consultant régional exerce ses fonctions dans une circonscription sanitaire définie par le ministre de la Santé Publique et de la Population. Lorsque cette circonscription sanitaire comporte une faculté de médecine, le médecin consultant doit résider dans cette circonscription.

Art. 3. — Les médecins consultants régionaux de pédiatrie sont les conseillers techniques des directeurs départementaux de la santé en ce qui

PHOSCAMINE
PHOSPHORE CALCIUM
ACIDES AMINÉS
GRANULÉ
RECALCIFIANT HÉMATOGÈNE
ACTIVATEUR DE L'ASSIMILATION
LIPOVITA
VITAMINES LIPOSOLUBLES A et D
Granulé à base
de CAROTÈNE
et d'ERGOSTEROL irradié
LABORATOIRE MAUCHANT
J. EURY, Dr en Pharmacie, Ex-Interne des Hôpitaux de Paris
GENNEVILLIERS (Seine)



concerne la protection de la maternité et de la première enfance. Ils donnent leur avis sur toutes les affaires qui leur sont soumises par les directeurs départementaux de la santé ou par le ministre de la Santé Publique et de la Population. Ils sont consultés notamment sur l'organisation de la protection maternelle et infantile dans le cadre du département et sur toute nomination de médecin chef des centres de protection maternelle et infantile.

Indépendamment des enquêtes spontanées qu'implique leur mission générale, ils peuvent être chargés soit par le ministre de la Santé Publique et de la Population, soit par les directeurs départementaux de la santé de missions de contrôle technique sur tous les organismes et établissements publics et privés participant à la protection de la maternité et de la première enfance, visés par l'ordonnance du 2 novembre 1945.

Ils peuvent, en outre, faire toutes suggestions qu'ils jugent utiles, concernant la protection maternelle et infantile, aux directeurs départementaux de leur ressort.

Art. 4. — Les médecins consultants de pédiatrie se réunissent au ministère de la Santé Publique et de la Population au moins une fois par an. Au cours d'une de leurs réunions, ils élaborent, à l'intention du ministre, un rapport d'ensemble concernant leurs observations et leurs suggestions sur la protection maternelle et infantile.

Art. 5. — Les médecins consultants de pédiatrie adressent chaque année au ministère de la Santé Publique et de la Population dans le courant du mois de décembre un rapport détaillé relatant leur activité au cours de l'année écoulée.

(*J. O.*, 23 mai 1946.)

Décret du 24 mai 1946 instituant une école nationale de la santé publique.

Article premier. — Il est organisé au sein de l'institut national d'hygiène une école nationale de la santé publique.

L'école nationale de la santé publique a pour objet :

a) De compléter la formation scientifique administrative et technique des médecins de la santé publique, des pharmaciens et techniciens sanitaires de toute discipline au début de leur carrière ;

b) D'assurer leur perfectionnement par des stages d'information au cours de leur carrière.

L'école pourra recevoir des élèves relevant soit du ministère de la Santé Publique et de la Population, soit d'autres départements ministériels, soit de diverses collectivités ou divers établissements dans des conditions fixées par des accords préalables avec les ministères, collectivités ou établissements intéressés.

L'école pourra également accueillir des élèves provenant des pays étrangers, ainsi que des auditeurs libres.

Art. 2. — L'école nationale de la Santé Publique fonctionnera sous l'autorité d'un directeur assisté d'un conseil de direction dont la composition est fixée comme suit...

. . . . . .

Art. 3. — Un comité scientifique et pédagogique donne son avis sur l'organisation de l'enseignement, le recrutement des élèves, le programme des concours d'entrée, le programme d'enseignement, la désignation des professeurs, la publication des cours et conférences, les modalités de classement à la sortie, etc...

. . . . . .

Art. 4. — Un comité de liaison groupera les représentants des départements ministériels, des établissements ou collectivités qu'intéresse le fonctionnement de l'école et pouvant apporter leur concours à l'enseignement.

. . . . . .

Art. 7. — Le ministre de la Santé Publique et de

LA ROCHE-POSAY

(VIENNE)

Ouverture 1er Mai ; Fermeture 10 Octobre



Eczéma ; Prurits ; Peau

ECZÉMA. — C'est le grand succès de la Roche-Posay. Les formes les plus rebelles, les plus irritables, les plus prurigineuses sont amendées dès les premiers jours et guéries en fin de saison. Pareillement sont traités avec succès : névrodermites ; prurit anal, ano-vulvaire ; psoriasis, etc...

HYPERTENSION. — Par sédation de l'éréthisme artériel, et levée du barrage rénal.

la Population déterminera au fur et à mesure des besoins les catégories et le nombre des fonctionnaires sanitaires qui devront obligatoirement faire un stage de début de carrière à l'école nationale de la Santé Publique.

Les conditions d'admission à l'école, la durée des études et les programmes d'enseignement seront fixés par le ministre de la Santé Publique et de la Population sur proposition du directeur de l'école, après avis du comité scientifique et pédagogique et délibérations du conseil de direction.

Il déterminera dans les mêmes conditions les catégories de fonctionnaires sanitaires qui devront effectuer des stages d'information ainsi que le rythme, la durée et le programme de ces stages.

Il fixera également, en accord avec les départements ministériels ou les collectivités et établissements intéressés, les modalités d'admission à l'école et d'enseignement pour les diverses catégories d'élèves ne relevant pas directement du ministère de la Santé Publique et de la Population.

Art. 8. — L'enseignement comporte des conférences, des démonstrations pratiques, des stages dans divers services à Paris et en province et éventuellement dans les territoires d'outre-mer ou à l'étranger.

L'enseignement est donné par des conférenciers désignés chaque année par le directeur, après avis du comité scientifique et pédagogique et du conseil de direction.

.....

(*J. O.*, 25 mai 1946.)

SUBSTANCES VENENEUSES.

Arrêté ministériel du 23 mai 1946 fixant le modèle du carnet à souche prévu au décret du 28 août 1945 pour la prescription des stupéfiants.

Article premier. — Le carnet à souche prévu au décret du 28 août 1945 pour la prescription de médicaments contenant des substances du tableau B, selon les dispositions de l'article 1er du décret précité, doit être conforme au modèle ci-après :

1° Dimensions : 13,5 cm × 10,5 cm ; souche : 4,5 cm ; ordonnance : 9 cm ;

2° Chaque carnet portera un numéro d'ordre ;

3° Au recto de chaque feuille, doivent être portées les mentions suivantes :

Docteur

N°

Rue

.. .. Tampon de l'organisation professionnelle .. ..

Docteur

N°

Rue

N° téléphone

Le .....

(Signature.)

Tableau B. — Décret du 28 août 1945

4° Au verso de la couverture du carnet doivent être portées les mentions suivantes :

EXTRAITS DU DÉCRET DU 28 AOUT 1945 MODIFIANT LE DÉCRET DU 14 SEPTEMBRE 1916 SUR LES SUBSTANCES VÉNÉNEUSES.

Article premier. .....

« 2° L'article 31 est complété comme suit :

« Lorsque les préparations sont utilisables en injections et, s'il s'agit de la cocaïne et de ses dérivés, même si le médicament est prescrit en poudre, les ordonnances qui prescrivent des médicaments

RHUMATISME
ARTHRITISME
Paralysie de toute nature — Suite de Fracture
MALADIES DES FEMMES
La Station Idéale des Rhumatisants
BOURBON
L'ARCHAMBAULT
(Allier)
Eau chlorurée sodique, bicarbonatée mixte, bromo-iodurée hyperthermale
THERMES de 3e CLASSE ouverts toute l'année
Saison : 1er Mai - 30 Septembre

TRAITEMENT DES ANÉMIES ET DES DÉFICIENCES NEURO-ORGANIQUES
SOJAMINOL, complexe d'acides aminés : histidine, tryptophane, extrait du SOJA, riche en vitamines naturelles du groupe B associé aux gluconates de Fer et de Cuivre et à un neurotonique atoxique de synthèse : l'Ambotolyl.
MODE D'EMPLOI :
Adultes : 2 comprimés à chacun des trois repas.
Enfants : 2 comprimés à chacun des deux principaux repas.
SOJAMINOL
COMPRIMÉS
LABORATOIRE du NEUROTENSYL
72, Bd Davout - PARIS (20e)

contenant des substances du tableau B doivent être rédigées sur des feuilles extraites de carnets à souches d'un modèle déterminé pour tout le territoire par le ministre de la Santé Publique.

« 3° Les pharmaciens peuvent délivrer aux praticiens légalement habilités à les prescrire pour les usages thérapeutiques, mais seulement sur les ordonnances conformes aux prescriptions des trois derniers alinéas de l'article 31, les substances du tableau B nécessaires à l'exercice de leur profession, dans la limite fixée d'accord entre le directeur régional de la santé et de l'assistance et le conseil départemental de l'ordre des médecins, d'une provision pour soins urgents. La provision sera à la suite des prélèvements qui y auront été faits, reconstituée par des ordonnances qui seront établies par le médecin ou le dentiste dans les mêmes conditions. Ces ordonnances ne pourront, sauf dérogations admises par le conseil départemental de l'ordre des médecins, être exécutées que par l'un des pharmaciens domiciliés dans la commune du praticien ou par un pharmacien d'une commune limitrophe si la sienne est dépourvue d'officine, le nom du pharmacien choisi étant en toute hypothèse signalé par lui au conseil départemental des médecins.

. . . . . .

« Les pharmaciens doivent conserver pendant trois ans, pour être représentées à toute réquisition de l'autorité compétente, les demandes émanant des médecins, des vétérinaires, des dentistes et sages-femmes et en adresser un relevé à la fin de chaque trimestre au directeur régional de la santé et de l'assistance. »

(*J. O.*, 26 mai 1946.)

SOINS AUX PENSIONNES DE GUERRE.

Arrêté ministériel du 3 juin relevant les indemnités de déplacement allouées aux médecins appelés à donner des soins à domicile aux bénéficiaires de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919.

Article premier. — L'article premier de l'arrêté provisoirement applicable du 11 mars 1942, modifié par l'arrêté du 30 octobre 1944, est à nouveau modifié de la façon suivante :

« Article premier. — Les indemnités de déplacement auxquelles peuvent avoir droit les médecins appelés à donner les soins à domicile aux bénéficiaires de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919 sont fixées comme suit :

« Dans les régions de plaine : 5 fr. par kilomètres effectivement parcouru.

« Dans les régions de montagne : 6 fr. par kilomètre effectivement parcouru.

Art. 2. — Le directeur du contentieux et des services médicaux du ministère des Anciens Combattants et Victimes de la guerre est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui aura effet du 1er janvier 1946.

(*J. O.*, 16 *juin* 1946.)

Arrêté ministériel du 3 juin 1946 portant relèvement du taux des honoraires alloués aux médecins appelés à donner leurs soins aux pensionnés bénéficiaires de l'article 6 de la loi du 31 mars 1919.

Article premier. — Les tarifs fixés au tableau annexé à l'arrêté provisoirement applicable du 2 juin 1943 sont affectés d'une majoration de 100 p. 100 en ce qui concerne les actes médicaux figurant au paragraphe premier du titre premier et d'une majoration de 50 p. 100 en ce qui concerne les actes médicaux figurant au paragraphe 2 du titre premier et du titre II.

Art. 2. — Le directeur du contentieux et des services médicaux du ministère des Anciens Combattants et Victimes de la guerre est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui aura effet du 1er janvier 1946.

HYPERCHLORHYDRIE
TOUTES DOULEURS GASTRIQUES
GASTROSEDYL
GOUTTES
Le grand remède de toutes les
GASTRALGIES
COMPOSITION INCHANGÉE
Teinture Dausse de belladone..... 46
Teinture Dausse de jusquiame..... 20
Liqueur ammoniacale anisée..... 20
Bromure de Sodium.. 13
Phosphate de codéine: 1
Antispasmodique certain
Régulateur de l'acide gastrique
Sédatif à effet immédiat
POSOLOGIE
10 à 30 gouttes dans un peu d'eau sucrée après les repas et au moment des douleurs
LABORATOIRES J. LANDRIER
— Coulange-sur-Yonne (YONNE) —

OXYURYL
VIOLET DE GENTIANE
Laboratoires A. MARIANI, 10, rue de Chatillon, NEUILLY-PARIS

CARBONEX

MAGNÉSIE SOUFRÉE



LE CHARBON BLANC

Pub. S B

ESTOMAC ★ FOIE ★ INTESTIN

NOUVELLE SYNERGIE
PHARMACO-DYNAMIQUE

LABORATOIRES BIOS
10, Rue Vineuse PARIS 16e

PARTIE SCIENTIFIQUE

L'ACTUALITÉ CHIRURGICALE

NEURO-CHIRURGIE

NEURO-CHIRURGIE, c'est-à-dire chirurgie du sympathique, du cerveau, du cervelet, de la moelle. Quel domaine d'une importance capitale, lorsqu'on envisage les fonctions essentielles dévolues au système nerveux sous toutes ses formes : sensibilité, régime circulatoire, trophicité, etc., sans compter la vie elle-même, l'intelligence, la volonté, l'affectivité. Voilà bien de quoi justifier une activité spéciale du chirurgien, surtout en ce qu'il doit se tenir au courant de toutes les notions qui intéressent la physiologie, la biologie, la chirurgie expérimentale, la pathologie générale et comparée.

Le Pr R. Leriche ne s'est-il pas consacré l'un des premiers à la chirurgie de la douleur, notamment par ses études et interventions sur le sympathique. Dès 1919, il décrivait le traitement de la paralysie faciale par l'ablation du ganglion cervical supérieur. En 1921, il recommandait pour le kraurosis la sympathectomie de l'artère hypogastrique. Depuis, il a fait école, et il continue ses recherches avec succès. Nous connaissons aussi les travaux du Pr Clovis Vincent, de Thierry de Martel, de Petit-Dutaillis, de Guillaume, pour ne citer que quelques noms. Les Prs Lambret, Razemon, Decoux (de Lille) ont exposé, sous l'égide de R. Leriche, la technique de la chirurgie du sympathique et de ses infiltrations, dans le but de modifier les actions circulatoires du système nerveux végétatif ou de supprimer ses manifestations douloureuses. R. Thurel a résumé en un travail intéressant les résultats de son expérience sur le traitement des blessures cranio-cérébrales par projectiles.

POUR se faire une idée des indications toutes spéciales de la neuro-chirurgie et de ses heureux effets, qu'il nous suffise d'un exposé succinct.

Npus rappellerons, par exemple, que J. Guillaume et ses collaborateurs ont récemment consacré une étude à la myélotomie commissurale qui paraît susciter un intérêt croissant dans le traitement de certaines affections douloureuses, Celle-ci s'adresse électivement aux algies du tronc et des membres inférieurs, en particulier aux syndromes douloureux pour lesquels la radicotomie reste inefficace : algies post-zostériennes, crises gastriques du tabes, fantômes douloureux, algies néoplasiques, moignons douloureux ; son action s'explique par l'interruption des voies des sensibilités douloureuse et thermique au niveau de la décussation des fibres ascendantes du dento-neurone spino-thalamique dans le métamère intéressé, et si l'on a signalé des échecs de cette méthode, ils sont imputables au fait que certaines données de la physio-pathologie médullaire n'ont pas toujours été respectées. Pour une hypertension artérielle permanente, R. Leriche a traité 100 malades, avec des résultats presque toujours excellents, en intervenant sur le système nerveux supra-rénal, sur les ganglions lombaires et splanchniques. Les interventions pratiquées pour les affections vasculaires des membres (maladie de Raynaud, maladie de Buerger) sont devenues classiques. De l'infiltration anesthésique du sympathique, de la sympathectomie relèvent aussi : la causalgie traumatique, les artérites, les œdèmes post-traumatiques, les séquelles de phlébite, certains troubles trophiques, certaines arthrites, le mega-duodénum. Dans les hématomes spontanés intracérébraux déterminant un syndrome grave d'hypertension intracranienne, l'hémianopsie latérale homonyme permet presque toujours d'établir une localisation dans la région occipito-temporale : une opération décompressive après volet ostéoplastique a permis de sauver neuf sujets sur onze cas (Guillaume). Leriche et Fontaine ont, d'autre part, préconisé la section du splanchnique dans certains syndromes douloureux chroniques de l'abdomen.

DURANT ces vingt-cinq dernières années, la séméiologie neurologique s'est d'ailleurs enrichie de procédés nouveaux et des lésions, autrefois considérées comme impossibles à diagnostiquer, à extirper, ont pu être décelées et enlevées. Dès 1919, 1920, on est parvenu à rendre les ventricules cérébraux visibles à la radiographie, en injectant de l'air par la voie lombaire ou par la voie occipitale ; ainsi est née la ventriculographie, qui a permis le diagnostic topographique des tumeurs encéphaliques et leur extirpation, celui de l'hydrocéphalie ventriculaire et son traitement par l'ouverture de la lame sus-optique (Guillaume). Des résultats analogues ont été obtenus par la myélographie au moyen du lipiodol (Sicard), notamment la détermination des sciatiques, causées par une hernie discale, et susceptibles de guérir par un traitement chirurgical (Petit-Dutaillis, de Sèze). Citons aussi l'artériographie cérébrale, qui, en rendant visibles les artères du cerveau, est susceptible de localiser les tumeurs cérébrales et surtout les anévrismes intracraniens. Enfin, depuis quelques années, les cliniciens ont utilisé les découvertes des physiologistes, qui sont parvenus à enregistrer chez l'homme l'activité électrique de l'écorce cérébrale ; ainsi est née l'électro-encéphalographie, méthode graphique qui promet de rendre les plus grands services au neurologiste et au neuro-chirurgien.

Il faut préciser que dans les cas de tumeurs cérébrales, le traitement chirurgical doit être précoce, pour ne pas risquer de voir une importante stase papillaire dégénérer en une atrophie complète de la papille avec perte définitive de la vision ; on essaiera de lutter contre l'hypertension cranienne au moyen de la ponction ventriculaire, de la trépanation décompressive, du drainage sous-occipital ; mais le but essentiel de l'acte chirurgical cérébral est curatif. En fait, si la gravité de l'intervention est réelle, il faut mettre en parallèle l'extrême gravité du pronostic ; cependant, la mortalité opératoire a considérablement diminué grâce aux perfectionnements de la technique (de Martel, Petit-Dutaillis). Il en est de même pour les tumeurs primitives extra-médullaires, ou intra-médullaires qui doivent être opérées.

Les abcès et les tumeurs du cervelet ont un pronostic opératoire particulièrement grave, en raison de la situation du cervelet et de la proximité du bulbe. Dans une statistique récente, Heine donne pour les abcès du cervelet 16 % de guérisons seulement pour 43 % quant aux abcès du cerveau. Cependant l'abcès du cerveau, lorsqu'il est collecté (avec adhérences l'unissant à la dure-mère ou aux lésions osseuses, causes du mal) peut guérir dans 90 % des cas opérés. Ainsi, " l'ablation de l'abcès avec sa coque est bien la méthode de choix, sinon la seule capable de réussir " (Thurel).

Pendant une période de guerre, l'utilité de la neuro-chirurgie devient encore plus évidente, qu'il s'agisse de traumatismes cranio-cérébraux (notamment au cours des sauts en parachute) ou de blessures cranio-cérébrales par projectiles. Dans le premier cas, la pratique des trous de trépan explorateurs des deux côtés dans la région temporale doit être mise en œuvre, sans attendre que la situation s'aggrave ; ainsi sont dépistés et traités précocement les hématomes extra-duraux et sous-duraux, avant qu'ils n'exercent une compression sur le cerveau. Thurel doit à l'emploi systématique de ce procédé la découverte d'hémorragies corticales de l'hémisphère cérébral droit, et d'une hydropisie sous-durale gauche chez un malade qui présentait des crises Bravais-Jacksoniennes et une hémiparésie gauche. Dès le début de la dernière guerre, de Martel avait créé, à l'hôpital américain de Paris, un centre de neuro-chirurgie, dont le fonctionnement fut assuré ensuite par R. Thurel ; cette installation fut des plus utiles grâce à un service d'ambulances, qui allaient chercher les blessés dans les divers hôpitaux d'évacuation ; ceux-ci arrivèrent ainsi dans les meilleures conditions, c'est-à-dire peu de temps après la blessure et sans qu'aucune intervention n'ait encore été pratiquée.

M. Stricker nous a, d'autre part, exposé le rôle d'une formation neuro-chirurgicale, créée à Alger avec le Dr Goinard, en 1943 ; elle y assura le service des blessés du crâne et de la moelle, à Alger d'abord, et ensuite pendant la campagne de Tunisie, puis lors du débarquement allié à Naples, enfin dans la France du Sud et de l'Est ; on y traita 233 blessés par projectiles de guerre, sans compter ni les accidents, ni les traumatismes fermés. 274 interventions causèrent une mortalité globale de 20,2 % ; 83 projectiles intracérébraux ont donné 30,1 % de morts ; 55 projectiles tangentiels à la boîte cranienne, 23,6 % ; 43 plaies perpendiculaires avec déchirure de la dure-mère, mais sans pénétration intracérébrale, 7 % de mortalité. Enfin 28 cas de lésions cérébrales sous une dure-mère intacte n'ont pas déterminé de léthalité. A signaler que certains blessés déjà opérés à l'avant, puis ayant présenté des accidents de hernie cérébrale ou d'infection, grèvent cette statistique.

DE cet exposé, il ressort nettement que pour aborder utilement le domaine de la neuro-chirurgie, il est indispensable d'en posséder à fond la technique. En ce qui concerne notamment le sympathique, la situation profonde de la chaîne nerveuse et de ses ganglions, leurs rapports étroits avec les vaisseaux, l'obligation de reconnaître et de disséquer les minces filets nerveux, qui en émanent, rendent les manœuvres opératoires délicates. Il est donc absolument nécessaire pour avancer à coup sûr, d'avoir appris. Les blessés du crâne ne seront pas opérés n'importe où, par n'importe qui et n'importe comment ; ils devront être transportés d'emblée et aussi rapidement que possible dans une formation neuro-chirurgicale, où ils trouveront des chirurgiens spécialisés ; l'expérience acquise améliore singulièrement le pronostic, c'est ainsi que, dans l'ablation des tubercules du cerveau et du cervelet, la mortalité a pu être abaissée à 10 % (Clovis Vincent). Une instrumentation spéciale est nécessaire au point de vue chirurgical et radiographique, ainsi qu'on peut s'en rendre compte par les quelques données précédemment exposées.

IL nous faut reconnaître, ainsi que l'a déclaré récemment le Pr Guillain, à l'Académie de Médecine, que nous sommes en retard sur les autres nations au point de vue de la neuro-chirurgie et de son organisation. Les Anglais furent les précurseurs de la chirurgie des tumeurs du cerveau et de la moelle. Mc Ewen extirpa la première tumeur cérébrale en 1879 et Horsley, la première tumeur médullaire en 1887. Mais c'est Cushing, qui a créé la neuro-chirurgie moderne ; de 1902 à 1922, il avait opéré au moins 200 cas de tumeurs cérébrales ; en 1931, à la veille de sa retraite, sa statistique portait sur 2.025 cas.

En 1920, il n'y avait guère aux Etats-Unis qu'une demi-douzaine de neuro-chirurgiens ; mais, officiellement reconnus en 1941, ils étaient au nombre de 88 (d'après P. Martin, de Bruxelles).

EN France, Le Pr Gosset avait créé dans son service de la Salpêtrière une annexe de neuro-chirurgie confiée au Dr Petit-Dutaillis ; le Pr Mondor lui a succédé en maintenant cette organisation au Dr Guillaume, sans aucune autonomie. Le seul système officiel de ce genre a pu être réalisé, grâce à la libéralité de la Fondation Rockfeller : c'est la chaire de neuro-chirurgie, confiée au Pr Clovis Vincent. Comme l'a dit le Pr Guillain, ce système se révèle absolument insuffisant pour attirer à lui tous les malades ; les traumatisés du crâne, du cerveau, de la moelle ne peuvent être utilement opérés ; or, ils seront de plus en plus nombreux par suite de l'accroissement des accidents de l'automobilisme, et de l'aviation ; cependant, il existe déjà des centres neuro-chirurgicaux à l'hôpital américain de Neuilly, à Lille, à Alger. A Lyon, tout particulièrement on a reconnu aussi l'importance de la place qui était dévolue aux affections nerveuses dans la chirurgie. Le Professeur Wertheimer vient de faire savoir que l'organisation lyonnaise a pu, en dix ans, traiter 2437 malades, dont 1224 furent opérés. Le bilan de cette expérience compte 1004 tumeurs cérébrales, 768 traumatismes crâniens, 200 atteintes des nerfs crâniens, 128 interventions sur la moelle. Elle est le produit d'une collaboration médico-chirurgicale, dont le Professeur Lépine fut l'instigateur, J. Dechaume le continuateur. D'autre part, le Professeur Guillain, appuyé par Clovis Vincent, a reconnu que tout chirurgien ne pouvait entreprendre la neuro-chirurgie, en raison de la nécessité d'une instrumentation spéciale en chirurgie et en radiographie, comme aussi et surtout de connaissances approfondies en neuro-pathologie, en physiologie, en otologie, en ophtalmologie. En dehors de toute concurrence à la chirurgie générale, une nouvelle spécialisation s'impose, celle de la neuro-chirurgie, elle est tout aussi nécessaire que celle de l'ophtalmologie. Dans cet esprit, le 26 février 1946, sur la proposition du Pr Guillain, l'Académie de Médecine, à émis le vœu de voir créer d'urgence dans les hôpitaux de Paris et de certaines grandes villes de France des services spécialisés de neuro-chirurgie.

G. FISCHER.

CONSIDÉRATIONS PRATIQUES SUR L'HYPERAZOTÈMIE et L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE

par le Docteur Paul BERGOUIGNAN
Ancien Interne en médecine des Hôpitaux de Paris

Les mesures de l'urée sanguine et de la tension artérielle, apparues ensemble dans l'actualité médicale d'il y a quarante ans environ, ont connu un succès qui dure encore. Sans doute, comme la thermométrie, elles apportaient au clinicien des normales nouvelles et, par suite, de nouveaux symptômes. Mais, dès l'origine, s'est manifestée une tendance générale à regarder les excès surtout de ces deux valeurs comme les indices suffisants de deux affections déterminées que le public désigne couramment par les noms d' « urée » et de « tension ».

Plus d'une raison, pourtant, aurait dû conseiller ici autant, sinon plus, de prudence encore que dans l'interprétation de la température. D'abord, même effectuées dans les conditions les plus parfaites, les mesures de l'urée et de la tension ont une précision seulement approchée. En outre leurs normales sont assez élastiques : celle de l'urée sanguine a voyagé entre 0,50 et 0,30 cg. et celle de la tension se tient entre 10/6 et 13/8. Enfin, leurs degrés extrêmes ont seuls en eux-mêmes une valeur absolue et leurs excès moyens ne valent que relativement à d'autres données indispensables ; leur signification est donc fort variable.

Cependant, qu'il s'agisse de tension ou d'urée, on attribue généralement à leurs augmentations de tout degré une signification uniforme.

Trop de tension est supposé « a priori » traduire une élévation de la pression du sang. Or ceci exige que le cœur accroisse proportionnellement son activité. Si rien ne montre qu'il l'augmente, on peut mettre en doute l'élévation de la pression sanguine et chercher pourquoi le sphygmomètre a indiqué de l'hypertension.

Trop d'urée sanguine est en général supposé indiquer un trouble ou une lésion du rein. La responsabilité de cet organe sera probable si ses fonctions se montrent insuffisantes ; mais si elles sont parfaites, il faut bien chercher ailleurs pourquoi l'urée du sang est augmentée.

Chacune de ces deux questions demande une réponse nette, car nul diagnostic, pronostic ou traitement ne peut être édifié sur l'un ou l'autre de ces symptômes tant que l'on ignore s'il y a ou non excès de pression sanguine ou désordre de la fonction rénale.

EXCES DE L'UREE SANGUINE (HYPERAZOTEMIE)

Trois éventualités à considérer :

1° L'urée urinaire est abondante.

Lorsque monte le niveau d'une rivière, cela provient soit d'un barrage trop fermé en aval, soit d'un afflux venant d'amont. Parfois, les deux causes s'associent. Mais si le barrage est trouvé ouvert en grand et donnant à plein débit, l'afflux venant d'amont est seul à incriminer.

Quand s'élève le taux de l'urée dans le sang, comme généralement, on pense à en rendre le rein responsable, la première chose à faire est de visiter le barrage rénal. S'il est grand ouvert, si, en d'autres termes, la sécrétion de l'urée par le rein est excellente, nulle autre recherche de ce côté n'est indiquée, car le rein est évidemment hors de cause.

Soit, dans un litre de sang, n'importe quel excès d'urée. Mais le rein élimine 70 à 80 grammes d'urée par 24 heures, soit à peu près le maximum observé, et il le fait à une concentration de 50 gr. par litre, concentration maxima pour un rein normal. La sécrétion uréique de ce rein ne peut donc être meilleure et, de toute évidence, il donne son effort maximum pour évacuer la trop abondante urée du sang. L'excès de celle-ci ne provient donc pas du rein, mais d'une cause située en amont, pré-rénale ou extra-rénale, en l'espèce une production exagérée.

Il y a production excessive d'urée et forte hyperazotémie, d'abord pour des raisons temporaires telles que **l'usure trop accusée du tissu musculaire** après un violent surmenage physique, à la suite de certains traumatismes (écrasement, compression prolongée sous éboulement) et dans les grandes maladies fébriles où la fonte des muscles est si rapide et si marquée.

Ensuite, pour des raisons habituelles dont la principale, bien rare aujourd'hui, est un **excès d'aliments carnés.**

Enfin, pour des raisons pathologiques dont la plus importante de beaucoup est **l'hyperfonctionnement du foie** (obèses pléthoriques avec foie congestionné, certains ictères, les cirrhoses biliaires ou alcooliques à la phase d'hypertrophie).

De ces diverses conditions, les deux dernières, permanentes, imposent au rein un surmenage constant. Bientôt diminue son débit uréique journalier, ainsi que sa concentration. A ce moment, la situation est à envisager sous l'un des deux aspects ci-après :

2° L'urée urinaire est au taux moyen.

Il y a par exemple 30 gr. d'urée par 24 h. dans un volume d'urines de 1.500 cc. La concentration d'urée dans l'urine est de 20 gr. par litre. Tout ceci est satisfaisant : le barrage est encore grand ouvert ; mais pourquoi ne donne-t-il pas à plein débit, pourquoi, en d'autres termes, en présence d'un excès notable d'urée sanguine, le rein ne fait-il pas tout ce qu'il peut pour en débarrasser le sang ?

Ne pas l'accuser aussitôt de paresse ou d'insuffisance fonctionnelle et encore moins organique. S'il existe une des causes précédentes d'hyperproduction uréique, il n'en sera que plus urgent de la faire cesser, par exemple en supprimant la viande ou en traitant activement le foie. Il est probable qu'au début le rein a fait quelque temps l'effort nécessaire, mais il est au bord de la faillite. On peut la lui épargner en réduisant le plus possible sa tâche.

Mais si l'on ne découvre en amont nulle cause d'hyperproduction, la responsabilité du rein, barrage d'aval, devient indiscutable. L'urée a augmenté dans le sang parce que le rein ne la sécrète pas à un débit suffisant. Or, deux causes, encore extra-rénales, peuvent assumer toute la responsabilité directe en l'affaire et n'en laisser au rein qu'une indirecte. Ces deux causes empêchent un rein normal d'accomplir son travail optimum.

La première est le **manque de sel.** Les grandes spoliations de chlorures par vomissements abondants, diarrhées profuses, ainsi que dans l'occlu-

sion intestinale, déterminent une insuffisance temporaire de la sécrétion uréique rénale, et le niveau de l'urée monte dans le sang. Il en est de même quand un malade a été soumis à un régime sans sel systématique ou non justifié. Blum, puis Rathery, en ont souligné l'erreur et les inconvénients.

La seconde cause est le **manque d'eau.** Albarran, puis Ambard avaient démontré que la sécrétion de l'urée par le rein est accélérée quand cet organe reçoit de l'eau en abondance. Jules Cottet est revenu sur ce point notamment dans un travail récent. Le rapport uréique hémato-urinaire de cet auteur n'est valable, spécifie-t-il, qu'avec un volume suffisant d'urines, soit environ 1.500 cc. par 24 heures dans les conditions habituelles. Sa normale, alors, ne doit pas dépasser le nombre deux. Moins le rein reçoit d'eau, plus il doit travailler près de sa concentration maxima, surmenage dangereux qui semble plus nuisible à l'organisme qu'une certaine augmentation de l'urée sanguine.

Par exemple, avec 1.500 cc. d'urine, un rein normal secrète 20 gr. d'urée par litre, soit 30 gr. par 24 heures. Il y a 45 cg. d'urée dans un litre de sang. Rapport hémato-urinaire : 45 cg./30 gr. = 1,5, c'est-à-dire normal. Avec 1.000 cc. d'urine, s'il n'augmente pas sa concentration et secrète toujours 20 gr. par litre, cela ne fait plus que 20 gr. par 24 heures. L'urée du sang peut alors monter à 60 cg. et le rapport est de 60/20 = 3 c'est-à-dire défectueux. En pareil cas l'hyperazotémie n'est aucunement le fait d'une insuffisance rénale véritable.

Bien entendu, quand il y a hyperproduction d'urée, un rein sain peut avoir besoin pour y faire face sans dommage de beaucoup plus que les 1.500 cc. habituels. Dans ces conditions seulement, le barrage fonctionnera à son plein débit, indispensable en l'occurrence.

3° L'urée urinaire est basse.

Cependant si le manque d'eau ne joue pas et qu'avec 1.500 cc. d'urines le rapport est trop élevé, on a les raisons les plus valables de penser que le rein est insuffisant.

Incriminer la fonction rénale sur ces seules données serait tirer une conclusion prématurée et peut-être fausse, car de telles conditions peuvent se présenter accidentellement chez des sujets tout à fait sains. Une enquête serrée s'impose puisqu'il s'agit d'un pronostic sévère ou non.

Après contrôle répété des analyses, car elles varient parfois sensiblement d'un jour à l'autre, nous conseillons une mise en observation urinaire d'au moins 24 heures durant lesquelles seront successivement pratiquées les épreuves suivantes :

Environ un demi-litre d'eau sera bu en une heure à jeun, en position horizontale, conservée encore deux autres heures. Chaque miction de la période de 24 heures qui débute est recueillie et mesurée; son heure d'émission est notée. On établit ainsi une courbe des densités et une courbe des débits horaires.

Si les densités varient entre 1.002 et 1.025 par exemple et les débits horaires entre 200 et 20 cc. (les 200 cc. à l'heure étant observés après l'ingestion de l'eau à jeun), on peut être à peu près sûr de l'intégrité fonctionnelle du rein, aussi capable, suivant les apports solides et liquides qui lui sont faits, de diluer que de concentrer, de précipiter ou de ralentir son débit.

Quand, avec un rapport hémato-urinaire trop fort, les épreuves qui précèdent sont légèrement déficientes, il y a insuffisance rénale certaine, mais probablement encore fonctionnelle seulement et réductible par régime et cures thermales appropriées. Mais plus les densités et les débits tendent vers l'uniformité, plus il faut penser à une insuffisance de cause organique, à une néphrite chronique, surtout quand le niveau commun des densités et des débits est autour de 1.010 pour les unes et de 50 cc. à l'heure pour les autres.

L'excès de l'urée sanguine, symptôme commun de troubles ou d'affections de nature diverse, a donc une valeur essentiellement relative au taux contemporain de l'urée urinaire, compte tenu du taux de l'eau urinaire.

HYPERTENSION ARTERIELLE

Quand les physiologistes du dix-neuvième siècle eurent mesuré directement dans les artères d'animaux la pression sanguine maxima ou systolique ou intermittente et la pression minima ou diastolique ou constante, les cliniciens, à leur tour, imaginèrent des appareils pour mesurer indirectement la force du pouls. Au début de ce siècle-ci, on employait déjà des brassards compresseurs reliés à un manomètre et, quelques années après, tout médecin possédait son sphygmomètre.

Dans de nombreux pays on a, dès l'origine, prétendu mesurer avec cet appareil les pressions sanguines maxima et minima. On s'appuyait sur quelques expériences faites au cours d'amputations : dans l'artère sectionnée était prise directement la pression sanguine, tandis qu'un sphygmomètre était appliqué soit en garrot, soit sur le membre opposé. Il y avait similitude entre les résultats ; c'est ainsi que furent déterminés les chiffres des pressions normales chez l'homme.

Mais déjà s'élevaient des doutes sur l'exactitude, en toutes circonstances, de la méthode indirecte. Russell d'Edinbourg et d'autres auteurs soutenaient que, dans de nombreux cas, pour vaincre la résistance de la paroi artérielle à la compression, il faut exercer une force supplémentaire dont la lecture sphygmométrique est majorée au point d'être parfois très supérieure au chiffre vrai de la pression sanguine. Des expériences physiologiques indiscutables établirent toute la valeur de cette objection.

En France, on a toujours dit que le sphygmomètre mesure la « tension artérielle » et rien n'est plus exact puisqu'il mesure la force nécessaire pour aplatir tout ce qui fait se tendre le vaisseau, pression du sang contenu et tonicité plus ou moins grande de l'artère. Mais, dans le chiffre d'hypertension obtenu, quelles sont leurs parts respectives ? A cette question, souvent posée, ne répond en général que le silence. Elle dérange trop de notions installées et il est bien plus simple et moins laborieux de considérer comme synonymes tension et pression. En conséquence on accepte qu'un homme âgé aux vaisseaux fragiles puisse, de longues années, supporter des pressions trois fois supérieures à la normale, mais personne n'est censé ignorer que le cœur d'un animal sain s'arrête quand, par vasoconstriction, on essaie de doubler sa pression.

Pour apprécier justement le sens d'une hypertension artérielle, il faut d'abord considérer sa valeur absolue et en premier lieu en contrôler l'exactitude.

Il est indispensable de **prendre la tension plusieurs fois de suite,** car très souvent chacune des lectures donne des chiffres plus bas que la

précédente. Cesser quand au moins deux lectures successives auront le même résultat, ce que Gallavardin a nommé tension résiduelle. Nous avons de nombreuses observations où une tension, par exemple de 18/13 au début était trouvée à 13/8 après une quinzaine de manœuvres. De toute évidence ces quinze opérations n'avaient pu abaisser la pression du sang. En outre l'écart entre les deux chiffres, ou pression différentielle, trop faible pour 18/13, était tout à fait normal pour 13/8, ce qui s'accordait avec l'absence de tout signe d'insuffisance cardiaque. Les pressions maxima et minima étaient donc bien mesurées par 13/8 et la majoration était un phénomène d'hypertonie de réaction qu'avait fini par épuiser la compression répétée.

On conçoit que lorsqu'un brassard cherche à écraser une artère au réseau sympathique quelque peu susceptible, elle puisse remplir avec un zèle exagéré son devoir qui est d'assurer l'irrigation sanguine du membre. Contre le brassard qui s'efforce de l'aplatir, le vaisseau exerce toute la résistance dont il est capable et, pour anéantir cette résistance, le sphygmomètre doit marquer bon nombre de centimètres au delà de ce qui équilibrerait simplement la pression.

Il importe aussi de **prendre la tension aux deux bras.** Si l'on trouve une différence nette d'un bras à l'autre, réserver son jugement et, les autres fois, mesurer toujours aux deux bras. C'est ainsi que nous avons vu des hypertensions s'abaisser d'un côté et monter de l'autre au cours de quelques semaines. Or la pression sanguine, phénomène général, ne peut varier de cette manière. Les variations observées sont donc de cause locale et dues encore à l'hypertonie de réaction.

La valeur absolue d'une hypertension étant précisée, il faut ensuite en **rechercher les causes** par un examen clinique et biologique complet portant en particulier sur l'état des reins, du système nerveux et avant tout du cœur.

Seul l'examen du cœur peut apprendre si, dans l'hypertension, il y a ou non une pression trop forte, puisque celle-ci est issue de la pompe foulante cardiaque et qu'elle tombe à zéro si le cœur s'arrête.

Il est d'une excellente pratique de n'appliquer le sphygmomètre qu'en dernier lieu, après une inspection suffisante du moteur et des canalisations. Ces dernières sont-elles dures, sinueuses ? L'artère radiale est-elle tendue, non dépressible entre deux pulsations ? L'image à l'écran montre-t-elle ou non une hypertrophie du cœur gauche ? La pointe du cœur donne-t-elle une impulsion forte trop en dehors et surtout en bas ? A ce niveau entend-on un bruit de galop ? Enfin et surtout, à la base, à droite du sternum, le deuxième bruit est-il accentué, en coup de marteau ? On perd trop de vue que l'intensité, non le timbre, de ce deuxième ton du cœur dépend de la force avec laquelle la soupape aortique est fermée par la pression minima. Intensité du deuxième bruit et pression minima varient étroitement dans le même sens.

La présence des signes précédents et principalement du dernier est l'indice à peu près certain d'une élévation des pressions sanguines que le sphygmomètre traduira avec plus ou moins d'exagération.

Par contre, s'il n'existe aucun signe subjectif, si l'examen complet ne révèle aucun signe objectif, si surtout le deuxième ton à la base est doux, juste perceptible, alors peu importent de hauts chiffres d'hypertension et peu importe entre eux une trop courte différentielle. Il faut prendre parti : ou bien, en dépit de renseignements cliniques irréprochables, donner raison au sphygmomètre et déclarer le cas sérieux, ou bien adopter la position opposée, estimer la situation favorable et simplement chercher pourquoi l'artère se met en pareille tension, de façon permanente ou seulement quand on la comprime.

Une série de recherches personnelles poursuivies avec cette méthode sur plus d'un millier d'hypertendus nous a donné l'assurance qu'environ 50 % d'entre eux avaient leur pression sanguine plus ou moins élevée. Les modifications de volume et de fonctionnement du cœur le confirmaient et notamment l'accentuation du deuxième ton aortique, mesurée ou non par le stéthomètre. Cette mesure permet d'apprécier la hauteur réelle de la pression.

Chez l'autre moitié de ces hypertendus la pression était certainement normale. Rien, à l'examen, ne s'accordait avec son élévation. Le deuxième bruit, notamment, était aussi léger et, mesuré au stéthomètre, de même intensité que chez des individus à minima faible ou normale. La majoration une fois calculée et soustraite des chiffres de tension, on obtenait deux chiffres de pression normaux.

Les sujets de cette seconde catégorie ne sont pourtant point des sujets normaux, car il n'est point normal d'apparaître hypertendu, même au seul moment de l'examen. Les causes de leur hypertonie artérielle, soit permanente, soit de réaction, sont à trouver et à combattre. Il est fort probable que ces cas répondent à la prédisclérose de Huchard, que l'hypertonie traduit une irritabilité de l'artère, entretenue par des désordres métaboliques, auto-toxiques, endocrino-sympathiques, etc., et conduisent tôt ou tard à la sclérose artérielle.

Si la thérapeutique paraît peu active vis-à-vis des hypertensions installées et recouvrant une élévation certaine de la pression, il n'en est pas de même à l'égard des hypertensions pures de la deuxième catégorie. Ici les chiffres tensionnels baissent docilement après tel remède, telle cure physiothérapique, climatique ou thermale qui parviennent assez vite à supprimer l'hypertension et à faire disparaître avec l'irritabilité des artères, la menace de leur sclérose.

On n'arrive à cette utile distinction thérapeutique que si l'on considère l'hypertension, non dans sa valeur absolue, mais relativement à l'action et à l'état du cœur.

LES LIVRES

LIVRES RÉCEMMENT PARUS

chez J. B. Baillière et fils, Editeurs.

P. Chailley-Bert. — **Sports, Education physique. Leurs réactions sur le système circulatoire.** Un vol. collection « Education physique, Sports et Médecine », 152 p., 1946.

J. Bover. — **L'Ensoleillement dans l'éducation physique et le sport.** Préface du Dr Armand-Delille. Un vol. collection « Education physique, Sports et Médecine », 64 pages, 1946.

Edition du Comité Français d'Etudes
« PREVENTION ET SECURITE »
23, rue de la Pépinière, Paris

L'orientation biologique de la main-d'œuvre. Une brochure, 172 pages, avec fig.

LES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

Les traitements au long cours par l'ouabaïne intra-veineuse.

(M. E. Donzelot ; 5-3-1946)

Vaquez, qui introduisit l'ouabaïne dans la thérapeutique courante des cardiopathies, administrait habituellement cette variété de strophantine à la dose quotidienne de 1/4 de milligramme, pendant quatre à dix jours. C'est là, actuellement, la formule-type et en général la meilleure. Toutefois, ces doses peuvent être et sont en fait souvent dépassées. Les séries de 20, 40 et 60 injections sont couramment utilisées. On peut être amené, dit M. Donzelot, à aller beaucoup plus loin et à faire des traitements « au long cours » par l'ouabaïne intra-veineuse. Il en signale deux exemples où les résultats ont été très satisfaisants. Toutefois, de tels traitements prolongés ne doivent être institués qu'à bon escient et la formule des courts traitements périodiques reste, dans la très grande majorité des cas, seule opportune et de loin la meilleure.

— M. Laubry rappelle qu'il est un fidèle de la technique des injections continues d'ouabaïne, lorsqu'elle se montre nécessaire. Il cite le cas d'un malade atteint de myocardie grave, soigné par lui et par M. Walser, qui fut maintenu pendant près de quatre années dans un état compatible avec une véritable activité, grâce à des injections quotidiennes de strophantine G intra-veineuses, sans un jour d'interruption.

en 1944 et 1945.

Sur deux épidémies hospitalières de dysenterie

(M. Maurice Renaud et Mme Delâtre ; 5-3-1946)

Deux épidémies de dysenterie ont sévi à l'hôpital de Brévannes en juillet 1944 et juillet 1945. De l'étude des manifestations cliniques de ces deux épidémies se dégage la notion que l'évolution des processus infectieux a été étroitement conditionnée par l'état de l'organisme atteint. Les dysenteries en question n'ont, en effet, jamais été redoutables pour les sujets vigoureux et frappés en bonne santé. Elles ont été, par contre, étrangement terribles pour les vieillards et les affaiblis, si bien que l'on ne peut se défendre de l'idée qu'elles furent chez eux l'occasion bien plutôt que la cause de la mort. Et cela amène à une notion qui dépasse le cadre de la dysenterie et vaut pour bien d'autres maladies, pour la pneumonie notamment.

ACADEMIE DE CHIRURGIE

L'anesthésie en chirurgie de guerre

(M. Marcel Fèvre ; 6-2-1946)

M. Marcel Fèvre présente la statistique des anesthésies chirurgicales faites à la F. C. M.5 (formation affectée au traitement des premières urgences) pendant la campagne d'Alsace, du 4 février au 7 mai 1945. Sur un total de 448 anesthésies pratiquées, il y eut : 216 anesthésies par voie intra-veineuse, 201 anesthésies générales par inhalation, 30 anesthésies locales, 1 rachi. Réunissant ses impressions et celles des opérateurs de la formation, M. Fèvre était arrivé aux conclusions suivantes : interventions thoraciques: protoxyde d'azote ; grosses interventions et interventions abdominales, craniennes ou faciales ; éther ; interventions courtes sur les membres : pentothal ; interventions courtes chez les blessés choqués : si possible anesthésie locale, parfois complétée par le chlorure d'éthyle en inhalation.

L'infiltration anesthésique du sinus carotidien dans le traitement des collapsus et dans la prévention du choc opératoire.

(MM. Luzuy et J. Trouvé, de Blois ; 6-2-1946)

Les auteurs rappellent les travaux de Creyssel et Suire (1940), la communication de Léger (1941), et les observations de Forget et de Wilmoth (1944), sur cette question. Ils rapportent quatre cas personnels de collapsus au cours de péritonites aiguës et d'insuffisance surrénale aiguë post-abortum, guéris après infiltration du sinus carotidien. Ils étudient le mécanisme d'action de celle-ci, qu'ils ont employée également dans la prophylaxie du choc opératoire.

MM. Luzuy et Trouvé préconisent l'association perfusion-adrénaline de Leveuf et l'infiltration du sinus carotidien dans le traitement des grands chocs. L'infiltration du sinus carotidien peut être une intervention précieuse dans le traitement des collapsus, sans qu'on doive néanmoins lui reconnaître une action toujours miraculeuse. A côté de quatre succès, ils ont eu une dizaine d'échecs. L'injection anesthésiante doit être faite très lentement.

P. L.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX DE PARIS

Localisation gastrique de la maladie de Hodgkin.

(MM. P. Hillemand, Porcher, J. M. Verne et Sarrazin ; 15-3-1946)

Observation d'une malade qui se plaignait de douleurs épigastriques vagues avec amaigrissement. Sur les clichés on trouvait une niche, aux rebords décollés, à l'intérieur d'une grande lacune siégeant sur la partie antrale de la grande courbure de l'estomac.

La malade est opérée avec le diagnostic de cancer de l'estomac et c'est l'examen anatomopathologique qui montre la nature Hodgkinienne de l'ulcération. Il n'y avait pas de ganglions périphériques ni médiastinaux.

Les A. insistent sur la rareté de cette localisation isolée au niveau de l'estomac dont 3 observations seulement ont été rapportées en France.

Leucémie lymphoïde sans splénomégalie, ni adénopathie périphérique, évoluant de pair avec un cancer suppuré du poumon.

(MM. P. Lechelle, Viala et Rosey ; 15-3-1946)

Malade atteint de cancer du poumon, datant de plus de 1 an et chez lequel la formule sanguine recherchée systématiquement montra l'existence d'une leucémie lymphoïde (48.500 leucocytes avec 92 % de lymphocytes dans le sang, 65 % de lymphocytes dans la moelle sternale). Il n'existait ni splénomégalie, ni adénopathies, ni purpura, ni hémorragies.

Prophylaxie antialcoolique

Vœu proposé par MM. Lelong et Gounelle à la séance du 15-3-1946 :

La Société Médicale des Hôpitaux de Paris considérant que l'alcoolisation progressive de notre pays constituait avant la guerre pour la santé physique, mentale et sociale de la Nation un danger de la plus haute gravité.

Félicite les Pouvoirs Publics d'avoir pris, par l'ordonnance du 20 octobre 1945, des mesures tendant à limiter le nombre des débits de boisson.

Emet le vœu qu'une impulsion de plus en plus énergique soit donnée à la prophylaxie antialcoolique.

Et se référant au récent exemple de la Suisse, qu'il soit instauré une véritable politique de consommation du fruit à l'état frais et sous forme de jus, ce qui constitue au surplus pour l'agriculture une appréciable augmentation de revenu.

SOCIETE DE MEDECINE DE PARIS

(Séance du 22-12-1945)

Les instables psycho-moteurs

M. de Parrel. — Dans le monde des enfants qui évoluent en marge de la normale, les instables psycho-moteurs tiennent un secteur à part et on ne saurait les confondre avec les déficients de l'intelligence : retardés scolaires, mal parlants, maladroits, lents, faciles à manier. M. de Parrel trace le portrait de l'instable psycho-moteur. En bref, l'instable n'est pas inintelligent, mais son attention s'est dispersée au maximum ; l'instable n'est pas dépourvu d'imagination, mais il ne sait pas la freiner ; l'instable n'est pas privé de mémoire, mais il ne sait pas ordonner ses souvenirs. Ce qui est pathognomonique dans son comportement, c'est d'une part, l'agitation continuelle de ses membres, de son regard, de son cerveau ; d'autre part, ses tendances à l'opposition, à l'indiscipline, à l'école buissonnière ; pour tout dire, à l'incoordination et à la désorientation du caractère. L'auteur fait ressortir les aptitudes et surtout les inaptitudes de tels sujets ; il dessine le schéma de leur traitement rééducateur.

Torsion utéro-vaginale d'un fibrome.

M. P. de Crac. — Il s'agissait d'un volumineux fibrome, ancien, à évolution abdominale, chez une femme âgée. Signes de torsion. Au toucher, on ne décèle pas le col utérin. Opération : gros fibrome infarci. Torsion d'un tour et demi, avec torsion de la partie haute du vagin. Hystérectomie totale. Guérison. Le vagin a été sectionné en zone tordue, infarcie.

LA PRESSE

L'hypotension orthostatique. — Cette variété d'hypotension, créée par l'orthostatisme, à l'exclusion de toute autre cause, est caractérisée par le fait de disparaître le plus souvent d'une manière immédiate, par le simple décubitus, mieux que par toute autre thérapeutique. **H. Hermann** et **M. Pont** distinguent des formes secondaires et des formes essentielles. Les premières sont dues au tabès, à la syringomyelle, à un syndrome neuro-anémique, à une polynévrite, à la maladie d'Addison, à une insuffisance hypophysaire, et même d'une façon générale à toute affection suffisamment grave pour être suivie d'une convalescence pénible (typhoïde par exemple). Quant aux formes essentielles, il faut en distinguer trois types, suivant qu'il se produit au moment de l'orthostatisme, une forte tachycardie, une tachycardie normale, ou qu'on note l'absence d'accélération cardiaque. Dans ce dernier cas, à pouls invariable, il s'agit sans doute d'une lésion bulbaire intéressant le centre sympathique vaso-constricteur et le centre vagal cardio-modérateur. (« La Presse Médicale », 27 avril 1946.)

Sur la fréquence du rhumatisme articulaire aigu tuberculeux. — Cette affection se rencontre beaucoup plus fréquemment qu'on ne l'admet généralement. D'après **P. Delore** (Lyon), aucun élément clinique ou thérapeutique ne permet de différencier d'une façon certaine le rhumatisme articulaire aigu tuberculeux de ce qu'on appelle la maladie de Bouillaud, ni le caractère moins polyarticulaire du premier, ni l'efficacité du salicylate de soude considérée comme caractéristique de la deuxième, pas plus que les localisations endocardiques, etc. De même la positivité de la cuti-réaction en l'absence de toute donnée clinique de tuberculose ne suffit pas, surtout chez l'adulte, pour affirmer la nature tuberculeuse d'un rhumatisme. On se repose trop souvent sur le diagnostic facile de rhumatisme articulaire aigu sans aller plus loin ; or, ce qu'on doit d'abord démontrer c'est qu'il n'est pas tuberculeux. (« La Presse Médicale », 20 avril 1946.)

Le syndrome de Banti. — A propos d'un cas opéré à un stade ultime, **MM. Bergeret** et **Cachera** rappellent qu'il reste en somme possible d'admettre en pathologie un groupement de phénomènes cliniques, anatomiques et évolutifs, qui est le suivant : une grosse rate scléreuse, avec périsplénite accentuée ; des perturbations graves dans le système vasculaire porte, avec troubles vaso-moteurs, lésions des petits vaisseaux des parois digestives et, inconstamment, phlébite thrombosante dans le territoire des branches d'origine de la veine porte ; des hémorragies digestives récidivantes, qui sont un des traits dominants du syndrome; une ascite, dont les poussées, d'abord fugaces, font suite aux hémorragies, mais qui devient à la longue permanente ; une cirrhose tardive du foie, qui marque la phase terminale de l'évolution : effets remarquables de la splénectomie qui arrête les hémorragies, définitivement, ou pour un temps plus ou moins long, et qui semble capable, dans certains cas, d'enrayer l'évolution de la cirrhose du foie. Ainsi, on aboutit à une définition très large et parfaitement rationnelle du syndrome de Banti. (« Paris-Médical », 27 avril 1946.)

G. F.

ANIODOL
LE PLUS PUISSANT ANTISEPTIQUE — NON TOXIQUE
Laboratoires de l'ANIODOL, 3 à 9, Rue des Alouettes — NANTERRE (Seine)
R. C. Seine 340.534
ANIODOL EXTERNE
Désodorisant Universel
Chirurgie - Obstétrique
Hygiène privée
Gynécologie
ANIODOL INTERNE
Gastro-Entérite
Fièvre typhoïde
Diarrhées vertes des nourrissons
Furonculose

PARTIE PROFESSIONNELLE

PROPOS DU JOUR

DE L'HUMANISME ET DE L'ÉTHIQUE EN MEDECINE

M. LERICHE, l'éminent chirurgien, professeur au Collège de France, a consacré sa première leçon de l'année à l'humanisme en chirurgie. Il ne considère pas l'humanisme comme l'humanisme littéraire de l'époque de la Renaissance ; il en élargit le cadre et cite comme définition le vers célèbre de TERENCE : Je suis homme et rien d'humain ne peut m'être étranger. L'humanisme en médecine suppose une connaissance approfondie de tout l'être humain, tant au point de vue corporel qu'au point de vue spirituel.

Le médecin humaniste aura la compréhension complète de son malade ; il ne limitera pas son observation à la maladie, mais à soutenir le malade moralement, à calmer ses appréhensions. La confiance du malade en son médecin est un facteur important pour obtenir la guérison ; le Professeur LERICHE constate que l'enseignement officiel ignore cet élément très important dans l'éducation du praticien. C'est au cours de ses premières années d'exercice que le médecin s'aperçoit de l'importance qu'a l'éthique médicale. De rares cliniciens, au cours de leur visite hospitalière, en examinant un malade, abordent l'étude de l'humanisme en médecine mais cet enseignement, dont nous ne nions pas l'importance, est fragmentaire et ne saurait combler complètement le vide créé par cette lacune dans l'éducation professionnelle du praticien.

L'ÉTHIQUE médicale est aussi vieille que la médecine elle même. Nous l'avons toute entière, ou peut s'en faut, dans les traités de collection hippocratique. Ces traités sont sur ce point si explicites qu'on est persuadé que leurs préceptes étaient déjà anciens.

On peut expliquer le développement dans la médecine préhippocratique par la triple origine de cette médecine. Elle procède des disciples d'ESCULAPE ou *asclépions* dont les prêtres soignaient les malades dont ils rédigeaient l'histoire sur des tablettes qui, publiées, formaient la base des *sentences cnidiennes*. A l'origine religieuse de cette médecine s'ajoutait l'origine philosophique. Les philosophes, surtout les pythagoriciens avaient fondé des écoles de médecine à Crotone dans la Grande-Grèce et à Cyrène en Afrique. Leur enseignement était basé sur la méthode et le raisonnement. Enfin comme troisième origine de ne préhippocratique étaient les gymnases. L'enseignement de la gymnastique, réservé d'abord aux guerriers et aux athlètes, s'étendit à la médecine. La gymnastique comprenait le régime qui tient une place considérable dans les traités hippocratiques (1). Il est normal qu'issu de cette triple origine théologique, philosophique et gymnastique, l'enseignement d'Hippocrate suffit à l'entière connaissance de l'homme et partant soit humaniste et moral.

Le *serment*, complété par *La Loi*, avec quelques passages épars dans les autres traités donnent une haute idée de l'Ethique d' HIPPOCRATE et des préceptes moraux qu'il imposait à ses élèves. Jusqu'au XIXe siècle, l'humanisme en médecine céda le pas à des pratiques religieuses. Des scandales et les lettres du doyen GUI PATIN nous montrent que la moralité ni la déontologie ne régnèrent dans le corps médical ni au XVIIe Siècle, ni au XVIIIe.

Le XIXe siècle voit renaître l'humanisme en médecine. Il faut lire les rapports de sommités de province au grand *Congrès de médecine de* 1845, pour en être persuadé. Le type du médecin humaniste qui ne borne pas son action aux limites étroites de sa profession, est le *Médecin de campagne* de *Balzac*.

Le XXe siècle est un siècle de réaction et l'humanisme subit une éclipse totale. Les excès de la pratique de la dichotomie déconsidèrent le corps médical et poussèrent les syndicats médicaux à réclamer un ordre des médecins. La guerre et l'occupation démoralisèrent la jeunesse et furent funestes à beaucoup de jeunes praticiens. D'autre part le développement, brusque de la médecine sociale et la multiplication des spécialistes ont nui aux rapports individuels du médecin et du malade et donnèrent le coup de grâce au médecin de famille.

L'HUMANISME en médecine consiste actuellement en ce que le malade sera considéré comme un frère souffrant non pas comme un sujet présentant tel ou tel symptôme, ou bien, à l'hôpital, comme un simple numéro.

Le praticien humaniste devra être psychologue, reconnaître si le malade est plus ou moins pusillanime, pour calmer ses appréhensions et conquérir sa confiance. Il ne peut parler le même langage à un homme énergique conscient de ses responsabilités vis-à-vis de sa famille et ses employés s'il vient à disparaître qu'à l'être désemparé qui se raccroche à l'espoir qui doit toujours exister dans les paroles d'un médecin humaniste.

C'est surtout à l'égard des enfants que le praticien doit se montrer affable. Il doit s'efforcer de gagner l'amitié du petit malade en l'abordant le sourire sur les lèvres. De rares fois, il sera contraint de se rembrunir et d'affecter le rôle de bourru bienfaisant, mais ce sera momentané.

Le médecin humaniste est doté de la qualité morale qui prime toutes les autres : c'est la *bonté*.

L'humanisme en médecine ne doit pas se borner aux rapports entre le praticien et ses malades, il doit régler la conduite des médecins entre eux.

La règle est simple, il suffit d'appliquer la maxime chrétienne :

Ne fais pas à ton confrère ce que tu ne voudrais pas qui te fût fait.

Là se borne toute la déontologie.

J. NOIR.

(1) Le traité *Régime* contient des conseils de morale épars dans le sujet propre à l'alimentation.

QUAND LA SECURITE SERA SOCIALE, GÉNÉRALE ET OBLIGATOIRE

AVANT de se séparer, nos précédents constituants, soucieux de démontrer clairement les avantages d'un régime où le Parlement se transforme en Chambre d'enregistrement des décisions des partis, ont, on le sait, voté sans débat un grand nombre de textes, dont le moins qu'on puisse dire est qu'ils eussent pu, sans dommage, passer au crible d'une critique attentive. Parmi ces textes figure en particulier une loi dont les conséquences sociales sont immenses, bien que malaisément perceptibles : la loi du 22 mai 1946 *portant généralisation de la sécurité sociale*, à laquelle le J.O. a bien voulu donner enfin le cachet officiel près d'un mois après sa naissance.

A dire vrai, nous serions mal venus à nous étonner du principe de cette loi, qui était contenu dans l'ordonnance du 4 octobre 1945. Mais nous étions en droit d'espérer qu'à cette occasion la représentation populaire aurait pu étudier avec attention les bases d'un régime posées par ordonnance et manifester clairement dans quelle mesure elle faisait sien l'esprit qui l'anime. A défaut d'un tel débat, il nous faut chercher ailleurs les sources des textes qui vont régir la prévoyance de la totalité des Français dans un avenir encore indéterminé.

Les auteurs du « Plan de sécurité sociale français », dans l'exposé des motifs de l'ordonnance du 4 octobre ont présenté ainsi la question : « Le problème qui se pose est celui d'une redistribution du revenu national destinée à prélever sur le revenu des individus favorisés, les sommes nécessaires pour compléter les ressources des travailleurs ou familles défavorisées. Envisagée sous cet angle, la sécurité sociale appelle l'aménagement d'une vaste organisation d'entraide obligatoire qui ne peut atteindre sa pleine efficacité que si elle présente un caractère de très grande généralité, à la fois quant aux personnes qu'elle englobe et quant aux risques qu'elle couvre. Le but final... est la réalisation d'un plan qui couvre l'ensemble de la population du pays contre l'ensemble des facteurs d'insécurité. »

Ce problème se pose en France, nous dit-on, parce qu'il se pose, à la suite de la guerre, dans tous les pays du monde. Remarquons seulement que la France a tenu en cette matière à prendre une sérieuse « avance » sur les autres pays, la Grande-Bretagne préparant de grands Plans depuis plusieurs années sans être parvenue encore au stade des réalisations législatives, les U.S.A. en étant aux préliminaires des discussions, et la Belgique à l'étape du socialisme libéral qui animait notre loi de 1928-1930. Un seul pays peut se vanter d'appliquer déjà les principes dont beaucoup d'autres se réclament : c'est la Nouvelle-Zélande. Mais il est permis de contester la valeur d'exemple d'un régime qui vit précisément aux antipodes de chez nous.

Quelle est donc la source première de ces tentatives que l'on voit s'efforcer d'aboutir un peu partout ? Il y a certes, au premier rang, la guerre, l'état de pauvreté et de misère où elle plonge — plus ou moins — tous les peuples, et les exigences de masses qui, en cette occasion, ont plus nettement pris conscience de leurs besoins et de leur puissance. Mais il y a une source plus formelle encore, c'est la « Recommandation » adoptée par la Conférence générale de l'Organisation internationale du Travail, au cours de sa 26e session, le 20 avril 1944. Ce texte capital, que tout médecin devrait lire, car il est gros de toutes les évolutions que son art et sa profession auront à subir, pose le principe suivant : « *Le service des soins médicaux devrait englober tous les membres de la communauté, qu'ils exercent ou non une occupation lucrative.* » Il précise en outre « que *lorsqu'un régime contributif est déjà* en vigueur pour d'autres branches d'assurance sociale et qu'il est possible de *l'étendre ultérieurement à l'ensemble de la population l'assurance sociale serait indiquée* » (par opposition au « service public », c'est-à-dire à la fonctionnarisation, applicable dans les autres cas). Autrement dit, nous devons nous réjouir qu'il ait été décidé en France de faire appel, pour financer la sécurité sociale, aux cotisations et non à l'impôt. C'est à cette option que les médecins devront de conserver une indépendance... au demeurant fort strictement réglementée.

PAR un reste de sagesse dont il faut leur savoir gré, nos constituants n'ont au reste mis sur pied qu'une législation « à terme » et le terme est de ceux que les juristes rangeraient volontiers dans la catégorie « indéterminée ». Les dates d'entrée en vigueur, d'une part pour les *risques*, d'autre part pour les *catégories de bénéficiaires*, seront fixées par décret sur proposition notamment du ministre de la Population, et après consultation des organisations représentatives des futurs « bénéficiaires ». Les prestations ne pourront être attribuées que trois mois après la mise en recouvrement des cotisations. Enfin les décrets susvisés ne pourront intervenir tant que l'indice de la production industrielle ne manifestera pas une augmentation de 10 % sur 1938 pour le risque vieillesse, et de 25 % pour les autres risques. Notons enfin que selon le style consacré, « un règlement d'administration publique déterminera les modalités d'application de la présente loi », et qu'à cette occasion, un texte codifiera et harmonisera toutes les dispositions relatives à la sécurité sociale, qui en ont bien besoin !

ON voit donc que nous aurons encore lieu de revenir sur ce sujet et qu'il serait vain aujourd'hui d'en analyser en détail les différents aspects. Bornons-nous à rechercher rapidement les dispositions qui peuvent influer, soit sur l'exercice de la médecine, soit sur la vie personnelle du médecin, et remarquons que pour la première fois en cette matière le médecin apparaît tout à la fois comme agent et comme « bénéficiaire » de cette fameuse sécurité dont se préoccupent les textes depuis, bien entendu, que la réalité sociale s'efforce haque jour un peu plus de nous la refuser.

L'INNOVATION capitale de la loi réside dans la définition de son champ d'application. Celui-ci comprend *tous les Français résidant sur le territoire métropolitain*, à l'exception, uniquement, des bénéficiaires actuels de *régimes spéciaux* d'assurance (fonctionnaires, personnels de la S.N.C.F., des entreprises d'eau, de gaz, d'électricité, personnel des mines, etc.). Sont compris notamment les agriculteurs non salariés, les femmes mariées, les personnes n'exerçant aucune profession, etc.

Les modalités de calcul des cotisations doivent évidemment s'adapter à des cas si nouveaux et si divers. Nous savons déjà que les salariés et employeurs payent 16 % sur le salaire-plafond. Les personnes *ayant une activité professionnelle sans être salariées*, cotisent sur la base du revenu servant de base à leur impôt *cédulaire*. Les personnes n'ayant aucune activité professionnelle cotisent sur la base du revenu net soumis à l'impôt général. Quant aux cotisations des conjoints, elles sont assises sur la base de la pension vieillesse minima. Les agriculteurs bénéficient en cette matière, comme en bien d'autres, d'un traitement de faveur : la cotisation est calculée en ce qui les concerne sur le revenu professionnel servant de base à l'impôt cédulaire, et il est notoire que ce revenu n'a que de lointains rapports avec le bénéfice réel de l'exploitant. Rappelons pour fixer les idées que la cédule des bénéfices agricoles rapporte incomparablément moins au Trésor que la cédule des bénéfices non commerciaux !

Sont exonérés des cotisations — mais restent bénéficiaires de certains avantages de l'assurance — les personnes visées à l'article 6 (enfants à charge, vieillards, infirmes, incurables, invalides totaux, chômeurs complets).

Quant aux prestations, elles dépendent tout à la fois des bénéficiaires et des professions.

a) Tout d'abord, des décrets particuliers doivent intervenir pour chaque catégorie d'activité. Ces décrets semblent avoir surtout pour but d'incorporer de nouveaux cotisants à l'*assurance vieillesse* qui, pour démarrer dans les tristes conditions démographiques de notre pays, a besoin de capitaux considérables. Ces décrets *pourront* étendre l'obligation de l'assurance à d'*autres risques* (maladie, longue maladie, invalidité, décès) après consultation des organisations représentatives des catégories intéressées. L'esprit du texte semble comporter que cette extension devra avoir lieu un jour ou l'autre, mais que, pour les risques considérés comme secondaires, le terme pourra dépendre pour une large part de l'accord des intéressés.

b) En second lieu, et parmi les bénéficiaires effectifs, des distinctions doivent être faites. Seuls, les salariés ont droit aux indemnités journalières en cas de maladie. Les conjoints ont droit aux prestations maladies en nature du chef de l'assuré, et en outre aux seules prestations de l'assurance vieillesse. Les bénéficiaires exonérés de cotisations ont droit aux seules prestations *en nature* de l'assurance maladie, longue maladie et maternité. Les agriculteurs non salariés reçoivent les prestations normales de l'assurance agricole. Au point de vue médical, il faut retenir que tous les bénéficiaires peuvent donc prétendre aux *prestations du service médical*. Pour les non salariés, la distinction entre *accident du travail ou maladie protégée* et maladie ordinaire perd tout intérêt : toutes les maladies sont couvertes dans les mêmes conditions, quelle qu'en soit l'origine.

Dans tous les cas où le service médical intervient en application de la loi, *les prestations prévues sont celles de l'ordonnance du 19 octobre 1945 sur les assurances sociales*. Autrement dit, il s'agit bien d'une extension progressive du régime des assurances sociales actuel, qui doit devenir à la limite, comme disent les mathématiciens, le régime normal d'exercice de la médecine. La chose est d'autant plus nette que la loi nouvelle confie aux caisses uniques de sécurité sociale la gestion des risques maladie-maternité et enfle ainsi considérablement leur recrutement et leur puissance financière et sociale. Certes, le texte légal prévoit que des représentants de tous les bénéficiaires, en proportion de leur importance respective dans chaque circonscription, seront introduits dans les conseils des caisses. Mais la représentation « cégétiste » restera fort probablement la plus nombreuse et la mieux coordonnée dans la plupart des circonscriptions.

Ce texte ne peut donc que conduire les représentants du Corps médical à méditer avec le sérieux qui s'impose dans une heure aussi grave, sur les propositions concrètes qu'ils vont faire aux Pouvoirs publics en vue de réformer l'ordonnance du 19 octobre. Toute mesure conduisant directement ou non d'une manière permanente à l'intervention de l'Etat devrait être soigneusement écartée.

ENVISAGEONS maintenant la question sous l'angle du médecin « bénéficiaire », en tant que professionnel non salarié. Le décret l'assujettissant à la sécurité sociale ne pourra intervenir qu'après consultation de la Confédération des Syndicats et du Conseil national de l'Ordre. Il pourra commencer par étendre les dispositions relatives à l'assurance vieillesse, les conditions économiques requises étant les moins sévères. Du même coup sera résolu par voie d'autorité et sans législation spéciale, l'épineuse question de la retraite du médecin. Voyons comment :

La cotisation (pour la seule assurance vieillesse) sera de 9 % du revenu professionnel, compté dans la limite d'un maximum fixé par décret (pour fixer les idées, la cotisation maxima serait actuellement de 10.800 francs). Elle serait versée à une *Caisse régionale mutualiste* fonctionnant pour *tous les bénéficiaires* de la loi, son Conseil comprenant des représentants de toutes les catégories professionnelles, en proportion de leur importance respective dans la circonscription. On voit en bref que le Corps médical perdrait la responsabilité et la gestion de sa propre épargne, puisqu'il serait inévitablement une très faible minorité dans l'ensemble des cotisants.

La *pension vieillesse* serait calculée « sur la base du revenu d'après lequel ont été déterminées les cotisations », termes vagues qui ne garantissent en aucune manière la proportionnalité des prestations aux cotistaions. Mais surtout cette pension ne serait acquise

qu'après un nombre respectable d'années d'assurance, et ne concerne qu'un avenir aussi lointain qu'incertain.

La *période transitoire*, qui commencerait un mois après la mise en application du système de recouvrement des cotisations, nous intéresse bien davantage. Durant cette période, fonctionne un régime d'*allocations aux vieux*. Peut y prétendre tout Français âgé de 65 ans résidant dans la Métropole, *privé de ressources suffisantes*, et justifiant avoir versé toutes ses cotisations. Le montant de l'allocation est celui prévu par l'ordonnance du 2 février 1945 (modifiée le 3 janvier 1946) pour les vieux travailleurs salariés (1). On voit que ce régime est fort proche de celui que nous avions nous-mêmes préconisé pour les vieux médecins, à cette différence près que l'effort de solidarité eût été fait au sein de la profession, sous son contrôle, et eût permis d'assurer aux vieux médecins une allocation plus digne de leur qualité. Il est regrettable que les projets proposés à cette époque aient toujours méconnu les règles qu'imposait le caractère solidariste d'une telle organisation, tout en recourant d'autre part à des systèmes de financement discutables.

Qu'est-il possible de faire aujourd'hui ? Il paraît *a priori* difficile d'espérer pour la médecine un *régime spécial* au sens de l'article 17 de l'ordonnance du 4 octobre 1945, ces régimes étant voués à disparaître et le législateur n'envisageant point la création de nouvelles catégories de ce genre. Toutefois, les textes actuels peuvent être modifiés, et il n'est pas interdit de penser que le Corps médical puisse faire entendre plus aisément ses raisons à nos nouveaux législateurs. Principal artisan de la sécurité sociale, le médecin peut équitablement demander à jouir d'un sort spécial lui permettant de gérer lui-même sa propre épargne et de faire pour lui-même son propre effort de solidarité. En tout cas, une étude et une déclaration conjointes du Syndicalisme et de l'Ordre seraient ici les bienvenues.

Dès que les conditions économiques seront remplies, de nouveaux décrets pris dans les mêmes formes peuvent intervenir en vue de couvrir les médecins contre les autres risques : *maladie-maternité, invalidité, décès*. La cotisation augmentera bien entendu dans la limite de 16 % (soit 19.200 francs). Ce maximum, au reste, ne serait vraisemblablement pas atteint, car le médecin, n'étant pas salarié ou assimilé, ne peut, selon la loi, bénéficier des *indemnités journalières en cas de maladie et de maternité* (sans doute aussi en matière de longue maladie). Les prestations en nature de l'assurance maladie ne sont pas pour lui d'un haut intérêt. Les deux gros risques seraient donc l'invalidité et le décès, qui seraient couverts par les *caisses régionales de sécurité sociale*, avec une représentation minoritaire également pour les médecins. Là encore, seuls un régime spécial ou l'abandon du système de la Caisse Unique peuvent permettre au Corps médical de conserver le contrôle de sa propre épargne.

Il appartient en tous cas d'ores et déjà au Corps médical lui-même de mettre sur pied une organisation lui assurant une indemnité journalière en cas de maladie ou d'accident (professionnels ou non), risque dont la loi nouvelle se désintéresse. L'Association générale, union de la mutualité médicale, l'Ordre et les Syndicats jouissent en cette matière d'un égal droit d'initiative. La conjonction de leur action apparaît donc de prime abord comme une nécessité. Elle permettrait de créer dans la liberté une organisation atteignant la très grande majorité du Corps médical et constituerait d'autre part le noyau autour duquel pourrait cristalliser ce « régime spécial » sans lequel le médecin serait totalement intégré dans le système unique et général de la sécurité sociale. Après avoir perdu son indépendance professionnelle, il perdrait pour une large part son indépendance personnelle et ne serait point dispensé (étant donné la modicité des pensions) d'un effort supplémentaire afin de se constituer une pension décente.

La preuve est ainsi faite aujourd'hui qu'il existe un problème de la *condition sociale* du médecin et de sa famille, problème que personne n'étudie, dont personne ne se préoccupe avec le sérieux qui convient. La « Recommandation » de Philadelphie ne l'a point méconnu, qui souhaite que les « conditions de travail » du médecin écartent de lui tous soucis d'ordre financier en lui assurant un revenu suffisant durant les périodes d'activité de congé, de maladie ainsi que dans la retraite et en garantissant une pension à ses survivants. « Ainsi, son attention ne serait point détournée de sa tâche qui consiste à maintenir et à améliorer l'état de santé des bénéficiaires ».

Ce problème ne se pose donc pas seulement en France, mais aussi dans tous les pays du monde où se discute, ou s'élabore un plan de sécurité sociale. Dans ces conditions ne convient-il pas de donner à cette question un caractère international et, laissant à l'A.P.I.M. les études et les enquêtes, de fonder une *organisation syndicale mondiale des médecins*, capable de faire entendre sa voix avec l'autorité voulue dans des conférences internationales, qui décident au-dessus des Parlements et des Gouvernements, à plus ou moins longue échéance, du sort de la médecine ?

Jean MIGNON.

(1) Actuellement 10.800 f., majoré de 3.000 f. pour le conjoint à charge dans les localités de plus de 5.000 habitants. (8.200 + 3.000 dans les autres localités). Cette allocation est majorée de 2.400 f. dans la région de Paris. Elle n'est dûe que si le total des ressources de l'intéressé n'excède pas 30.000 f. (40.000 f. si le bénéficiaire est marié).

LA CRISE DE LA MÉDECINE FRANÇAISE
ORGANISATION AUTONOME « IN EXTREMIS » OU NATIONALISATION

C'est notre défaut national que manquer d'esprit d'organisation. Nous concevons et critiquons ; d'autres exploitent.

L'hésitation actuelle de la médecine française, en pleine et si profonde révolution sociale, procède de cette disposition raciale,

Mais le Corps médical français fait partie de l'élite nationale. Sans doute le public éclairé sait combien le praticien mérite peu l'accusation d'égoïsme bourgeois dont on pousse la masse à l'accabler. On ne s'en étonne pas moins de voir notre Confédération syndicale s'épuiser, en des errements de débats parlementaires au lieu d'apporter des solutions mûries.

Nous méconnaissons trop, devant la lassitude générale, les possibilités incisives des minorités agissantes. Nous restons sur une position défensive. Nous négligeons de sortir de nos intelligences et de nos expériences qui sont au contact journalier de toutes les couches sociales, un statut constructif, adapté non seulement à nos propres besoins, mais à tout ce qui se passe autour de nous.

Travailleurs manuels aussi bien qu'intellectuels, avec une responsabilité de plus en plus exposée juridiquement, nous ne savons pas prendre notre position exacte de travailleurs parmi les autres travailleurs, pour en être entendus et compris, en un temps pu la classe laborieuse détient tous les pouvoirs.

Qui nous refuserait la parole à ce titre ? Quelle main touche plus directement que la nôtre à la misère humaine ? Laquelle conduit des instruments et appareils plus délicats ? Qui doit prendre de plus graves décisions en face de la matière vivante, dont les réactions n'offrent aucune des sécurités de la matière industrielle ?

Donc, nous prononcer en travailleurs, voilà le premier point.

⁂

Le second est tout aussi objectif. Contraints de descendre au souci matériel, notre coup d'œil doit embrasser tout le corps social. Nous devrons comprendre que nous ne pourrons sauvegarder notre propre minimum vital qu'en contribuant à sauvegarder celui de la grande famille nationale tout entière. « Après moi le déluge » est une formule indigne. Celle de l'échelle mobile de nos honoraires, une facilité condamnable. Doués et instruits par la nation, nous avons plus de devoirs que d'autres moins armés et conduits à coups de slogans.

Nous sommes en face d'un fait social : Si nos frais généraux nous écrasent, les honoraires qui en résultent dépassent désormais les possibilités des petites bourses. Objectera-t-on que les cinémas sont toujours pleins, le marché noir florissant ? Est-ce une raison parce que la vieille coutume du bas de laine français est abandonnée sous la pression des circonstances, pour contribuer à cette perte de la vitalité du pays, pour prendre son parti de la déchéance de notre crédit au dehors ? Parce que l'intense besoin d'évasion fait se ruer aux spectacles, faut-il laisser encore s'aggraver le souci devant la maladie ? Parce qu'il faut à tout prix parfois combler le déficit d'un ravitaillement défaillant, faut-il laisser s'accroître les autres charges ?

La raison impose donc la création d'un régime médical nouveau, allégeant à la fois les charges matérielles du médecin et, par incidence, les honoraires.

Répondra-t-on : « L'Etat s'en charge pour vous, puisque tout le monde sera assuré social intégralement remboursé. Résistons donc. Obtenons le K le plus élevé possible, puisqu'il n'en coûtera pas plus au malade » ?

Ne parlons pas du piège. Les Caisses déjà déficitaires dans l'ancien système, grevées par des abus trop humainement prévisibles, devront vite en revenir à un statut assaini et raisonnable. Et le franc, qui entre dans la poche du médecin, n'est-il pas le même que celui de tous les Français ? Avons-nous intérêt à le pousser à la perte totale ? Devons-nous, oui ou non, tous lutter contre la faillite ?

Donc seconde conclusion logique : Trouver la solution bipartite de l'allègement médical et de la fixation adéquate des honoraires.

⁂

L'aménagement en question, bien entendu, ne doit pas se concevoir sans le plus haut souci technique, en profitant de l'occasion pour y introduire les plus modernes acquisitions scientifiques dans le sens du progrès social.

Et rien n'empêche, bien au contraire, de maintenir fermement à la base de la construction les données syndicales bien assises et qui paraissent inséparables de la conscience médicale française, c'est-à-dire : les honoraires réglés à l'acte, le libre choix, la liberté de prescrire, l'intangibilité du secret professionnel.

Sans doute ne pourrons-nous pas empêcher que sous la loi, « expression de la volonté générale », il en soit de ces libertés comme de toutes les autres. La poussée sociale annexe peu à peu tous les secteurs libres quand il lui paraît que le domaine intéressé est devenu, en fait, public. Mais c'est aux divers secteurs professionnels de s'organiser intelligemment devant la poussée sociale pour s'y intégrer sans l'assimilation brutale qui les bouleverse autrement. Nous voici donc devant le dilemne : Ou médecine libre immédiatement organisée ou nationalisation de la médecine française.

Schématisons donc un dispositif perfectible pouvant réaliser le double but poursuivi : permettre de nouveaux accords syndicats-caisses sur des bases substantielles et nous éloigner des ordres du jour nègre-blanc, des suspicions réciproques et des manœuvres trop évidentes de luttes de classes.

Le progrès, ici comme ailleurs, ne peut plus se faire dans l'action individuelle épuisée. Il faut en arriver au groupement, mais à un groupement souple et rationnel laissant cours à toutes les initiatives et à toutes les originalités individuelles.

La médecine française se subdivise en deux pratiques déjà bien différenciées : la pratique libre et la pratique réglementée. Eliminons la seconde. Médecins conseils des caisses et médecins d'industries sont déjà des fonctionnaires. La médecine hospitalière tend à la fonctionnarisation, au travail « à temps plein » et paraît devoir y échapper difficilement. Aussi bien l'étude de l'hôpital moderne dans le cadre social est-il un sujet complet à traiter à part, de même d'ailleurs qu'une autre modalité qui paraît devoir se faire jour par la force des choses : la clinique mutualiste. Autre vaste sujet de réflexions approfondies, mais qu'il ne faut pas écarter de parti-pris.

Il s'agit ici, avant tout, du problème de la médecine libre avec ses deux échelons : praticiens de médecine générale, et spécialistes.

Pour les premiers, le groupement relatif est des plus souhaitables ; pour les seconds, il paraît s'imposer, dans un ensemble harmonieux pour les deux catégories naturellement.

C'est un fait que l'indépendance du praticien de médecine générale est grevée d'une paperasserie odieuse et paralysante. Sans secrétariat médical onéreux, le praticien n'y pourra plus suffire et s'y perdra aux dépens de son rendement technique. Il faut donc déjà prévoir un secrétariat médical de groupement pour l'aider dans ce sens. Il lui faut plus : un véritable point d'appui pour les examens de laboratoire ou spéciaux, pour le débarrasser du rôle pénible de convoyeur des malades à transporter aux hôpitaux et cliniques, pour l'approvisionnement en sérums, médicaments et matériaux de pansements urgents, pour la facilité des remplacements, tours de gardes, etc. Il ne s'agit ni de déplacer son siège de clientèle ni d'entraver son rayonnement local, bien au contraire. En principe et avec toute la souplesse de choix désirable suivant les conditions géographiques, les climats et les moyens de communications, le chef-lieu de canton paraîtrait assez indiqué pour cette organisation de groupement primaire autour duquel graviteraient en même temps les assistantes sociales, sages-femmes, agents de désinfection, conducteurs de véhicules sanitaires, etc. Ce système pourrait même être établi par groupes de cantons ou d'arrondissements, suivant la densité de la population. Il grouperait évidemment les divers dispensaires, les consultations prénatales et de nourrissons et serait le foyer syndical. Il s'y développerait une atmosphère de cohésion professionnelle, On trouverait là des facilités de dépannages multiples, des revues périodiques acquises en commun, une documentation variée, un secrétariat prévoyant. On y pratiquerait à jours alternés une consultation au libre choix. Si les médecins avaient assez de sens pratique pour organiser ce poste commun en société, l'Etat trop préoccupé déjà des charges de son armement sanitaire leur laisserait toute initiative, voire leur accorderait de légitimes subventions, de même que se présenteraient sans doute des dons particuliers et que les bureaux de bienfaisance des communes pourraient être appelés à contribuer aux charges. Sans doute, cette coopération d'ensemble pourrait-elle alléger de façon sensible les frais généraux du praticien de médecine générale en simplifiant sa tâche, en lui permettant un repos périodique et en le perfectionnant dans la technique.

Quant aux médecins spécialisés, le groupement paraît s'imposer désormais pour eux, au moins à l'arrondissement, à proximité de l'hôpital, ou de la clinique ouverte de celui-ci, ou d'une clinique privée. Nous laissons aux chirurgiens, premiers intéressés, le soin de définir leur collaboration principale. Mais pour les autres, l'appareillage technique actuel atteint maintenant des prix astronomiques qui interdisent aux jeunes les espérances normales d'amortissement, sans parler des frais exorbitants d'entretien et de matérial de consommation. Un simple tube de radiodiagnostic coûte aujourd'hui plus de 20.000 fr. C'est ce qui oblige les jeunes à se réunir pour l'achat de matériels et indique bien la voie à suivre. Il faut bien reconnaître qu'à part les grandes villes à équipement hospitalier complet, on voit beaucoup de malades pratiquement privés d'examens et de traitements scientifiquement définis, en raison des honoraires forcément élevés. Dans les petites villes, les hôpitaux ne permettent que rarement la diathermocoagulation, les ondes courtes, la radiothérapie, etc. Le spécialiste du lieu ne peut plus les pratiquer qu'à perte. Ainsi, quantité de journées de travail sont perdues, que les moyens physiothérapiques désormais classiques auraient pu sauvegarder. Il est de plus inhumain que les « économiquement faibles » ou assistés ne puissent pas aujourd'hui profiter couramment de toutes les ressources de l'art

Ici donc s'impose ce centre, non seulement de diagnostic, mais aussi de soins si souvent mis sur le tapis. C'est un anachronisme que de voir dans une localité, petite ou moyenne, par exemple plusieurs installations d'électroradiologie se faire concurrence en immobilisant un capital considérable avec entretien ruineux, fixant sans repos leurs praticiens à leur poste dangereux par l'exercice ininterrompu, et les épuisant par l'impitoyable fiscalité pendant que l'installation de groupement suffirait avec une économie considérable et un repos largement assuré en équipe. C'est cela qui porte l'acte de spécialité à un taux désormais prohibitif. On arriverait facilement par l'installation unique à abaisser sérieusement le taux des honoraires de la spécialité. Qu'on ne parle pas ici de « l'usine à soins », critique à envisager pour la clinique mutualiste, ce qui est tout différent et dont les inconvénients peuvent d'ailleurs parfaitement être amoindris. En tout cas, le groupement des spécialistes, c'est le seul moyen qui puisse désormais mettre à la portée des petites

gens toutes les richesses acquises de l'examen et du traitement.

Pourquoi la Confédération n'étudierait-elle pas le financement de ces centres, comme elle a étudié celui de la retraite du médecin ? On pourrait, devant la carence actuelle de matériel fusionner les installations existantes, ou commencer modestement l'équipement, quitte à compléter ensuite.

N'est-il pas navrant, d'autre part de voir notre autorité médicale s'effriter peu à peu dans le domaine de la santé publique dont nous devrions être les directeurs, puisque nous en sommes les responsables, alors que de plus en plus, les assistantes sociales, directeurs d'hôpitaux et de cliniques et auxiliaires divers nous évincent sans se gêner ? N'est-ce pas l'occasion de reprendre toute notre place ?

***

Résumons et concluons : Fermons la bouche à la critique de l'égoïsme médical opposé au progrès social. Apportons notre pierre à la construction au lieu de nous retirer sous la tente. Tout en défendant nos droits légitimes, ouvrons notre esprit aux compréhensions d'ensemble. Si la présente ébauche est sans valeur pratique, qu'on l'élimine, mais qu'on en apporte d'autres. Nous savons parfaitement nous débrouiller aux colonies, et en temps de guerre, avec des moyens de fortune. Nous serions impardonnables de ne pas savoir le faire aujourd'hui, quand nécessité fait loi, pour contribuer au bien commun.

Dr Rouch,
Hyères (Var)

LE NOUVEAU RÉGIME DES ASSURÉS ASSISTÉS

Nous avons reçu les très intéressantes lignes qui suivent. La position du Dr Sorin est formelle : pas de tiers-payant-caisse pour les assurés sociaux indigents. Tous nos lecteurs sont-ils de cet avis ? N.D.L.R.

J'ai lu avec beaucoup d'intérêt l'article de P. Douriez dans le Concours du 10 avril. Il est incontestable que l'actuel « article 19 » n'a jamais donné satisfaction ni aux Caisses, ni aux Préfectures, et encore moins aux médecins. C'est vraiment un des plus détestables « tiers-payants » de toute la médecine sociale. Le praticien touche ses honoraires suivant la plus grande fantaisie des différentes caisses ; et les Préfectures, sous prétexte qu'on leur avait enlevé le contrôle médical, n'ont jamais cherché à améliorer le système de paiement. De plus, un des abus qu'on ne soulignera jamais assez de l'application de l' « article 19 » c'est que les frais de gestion dépassent largement un pourcentage honnête. Il atteint au moins 25 % des sommes distribuées.

Il est à craindre qu'avec le nouveau régime, le médecin praticien soit aussi lésé qu'auparavant et que le système ne soit guère plus souple que le précédent. Quoi que l'on puisse penser l'assuré social indigent est surtout à considérer comme un assisté. C'est un malade « qui ne paie pas », assez enclin à profiter au maximum de cet avantage en multipliant les appels médicaux et le contrôle médical restera la pierre d'achoppement du nouveau système.

En principe les vrais bénéficiaires de « l'article 19 » sont rares. Avec les nombreux avantages sociaux et un bon fonctionnement des Caisses de « sécurité sociale » l'assuré social indigent doit devenir l'exception. Quand un assuré social ordinaire ne peut pas faire l'avance d'argent pour régler les honoraires du médecin et les frais pharmaceutiques, il rencontre toujours *chez son médecin* assez de compréhension pour obtenir un crédit de quelques semaines. Et ne pourrait-il pas trouver auprès des bureaux de bienfaisance ou même des Caisses un *prêt* suffisant pour attendre le remboursement de ses prestations médico-pharmaceutiques ?

Dans tous les cas douteux, il faut en pratique considérer l'assuré social indigent comme un assisté médical ordinaire purement et simplement. Les soins dispensés au titre de l'A.M.G. ne doivent pas différer des soins donnés aux autres malades payants. Si le médecin est bridé par une restriction des prescriptions pharmaceutiques c'est que le fonctionnement de l'A.M.G. est mauvais. Ne devrait-on pas établir une même et unique nomenclature des produits pharmaceutiques pour toute la France en matière d'A.M.G. ?

Comme c'est prévu dans la loi, les services d'A.M.G. recevront chaque année une participation forfaitaire proportionnelle au nombre d'assurés soignés, ou plus simplement une somme globale, véritable subvention des Caisses qui manifesteraient ainsi leur effort de solidarité vis-à-vis de l'Assistance Médicale Gratuite.

Il faut à tout prix supprimer le « tiers-payant » caisse. C'est un système déplorable qui a fait ses preuves et qui crée un précédent trop dangereux pour le Corps médical.

Enfin dans les différents systèmes envisagés par la loi, il est à craindre que la plus grande confusion règne dans l'application des textes. Comment le médecin pourra-t-il classer les indigents de sa clientèle ? C'est en pratique absolument impossible. Petit à petit une grosse partie des assurés sociaux voudra profiter des avantages créés pour certains et l'exception deviendra la règle. Le système du « tiers-payant » se généralisera et petit à petit le médecin deviendra médecin de caisse.

Voici les quelques réflexions que je désirais vous soumettre au sujet de cette question difficile à résoudre des assurés assistés. C'est un sujet qui a attiré mon attention tout particulièrement au moment où j'étais médecin contrôleur de l'Assistance Médicale Gratuite dans la Seine. C'est pourquoi je me suis permis de vous adresser ces quelques lignes.

Dr Sorin *(Malesherbes)*.

HYPERCHLORHYDRIE
— HYPERACIDITÉ —
DYSPEPSIES ACIDES

Granulé AGRÉABLE au goût, se prend délayé dans l'eau par cuillerées à café

SEL DE HUNT

PAR LE PARFAIT DOSAGE DE SON SEL ALCALIN **NEUTRALISANT** ET DE SES SELS NEUTRES **ABSORBANTS** ET **SATURANTS**, IL **SOULAGE** D'ABORD, PUIS **RÉGULARISE** ET **NORMALISE** LA SÉCRÉTION HYPERACIDE

LABORATOIRES ALPH. BRUNOT, 16, rue de Boulainvilliers, PARIS-16e

Oui, les sulfamides font des prodiges...
Oui, la penicilline fait des miracles...

... cependant le vieux

NÉOL

a conservé ses modestes mais classiques propriétés

en **gargarismes** dans les angines
en **lavages** dans les affections et les ulcérations bucco-pharyngées

LABORATOIRES BOTTU
115, Rue Notre-Dame-des-Champs, PARIS VIe

DANS LES ALPES DE SAVOIE

AIX-LES-BAINS

CAPITALE DU RHUMATISME
THERMES NATIONAUX LES PLUS PERFECTIONNÉS D'EUROPE

Par le volume de ses eaux sulfureuses et radio-actives à 46° (5 millions de litres par jour), Aix-les-Bains assure le traitement spécifique des rhumatismes chroniques de la goutte, des sciatiques et névralgies diverses, des suites de fractures...

Dès cette année ce traitement sera complété par l'application de **boues végéto-minérales** et **radio-actives.**

Au pied du MONT-REVARD
(1.500 mètres d'altitude).

AIX-LES-BAINS

(250 mètres d'altitude)

PLAQUE TOURNANTE DU TOURISME SAVOYARD
GRANDE PLAGE
sur les bords du Lac du **BOURGET**
COURSES HIPPIQUES
GOLF (18 trous) — **TENNIS** (13 courts)
CASINO DU GRAND CERCLE

MM. les Membres du Corps Médical sont priés de demander, au Syndicat d'Initiative, les avantages particuliers qui leur sont réservés.

Anémies · Asthénies
Amaigrissement
TOUTES DÉFICIENCES

ARSENOCRINE

AMPOULES BUVABLES AGRÉABLES A PRENDRE

LABORATOIRES DE SPÉCIALITÉS S.A.
LASSA

LASSA - 31, R. Chardon-Lagache, Paris 16e

ECHOS & COMMENTAIRES

Que devient la loi sur la médecine du travail ?

On sait que la consécration législative de la médecine du travail date du 28 juillet 1942. Ce texte, éclairé par une circulaire d'application du 7 mai 1943, se rattachait en plusieurs de ses dispositions aux conceptions de l'époque sur l'organisation économique et sociale, en sorte que sa vie ne saurait qu'être précaire. Il est question, depuis la libération, de refondre la loi organique de cette nouvelle et importante branche de la médecine. Mais, provisoirement, c'est à ces textes qu'il faut continuer à se référer, dans la mesure naturellement où leurs prescriptions ne sont pas implicitement abrogées par des textes plus récents. Nous ne saurions cacher qu'à notre avis la loi projetée se fait par trop attendre. La médecine du travail, pour se développer comme il se doit, a besoin de savoir sur quelle base juridique elle peut définitivement s'exercer.

Nous pensions, à la lecture du *J. O.* du 25 mai dernier, que nos vœux étaient exaucés. Une loi du 24 mai, validant en bloc un certain nombre d'actes promulgués depuis le 16 juin 1940 en matière d'hygiène et de sécurité des travailleurs, visait nommément la *loi relative à la protection médicale du travail.*

Mais vérification faite, il apparaît qu'il s'agit là, non de la loi du 28 juillet 1942, mais de celle du 31 octobre 1941 dont l'objet reste plus limité. Rappelons que ce texte place à côté des inspecteurs du travail, trois médecins inspecteurs généraux du travail, ainsi que des médecins inspecteurs et inspectrices, chargés de veiller à l'application des lois sur l'hygiène du travail et la protection des travailleurs. En outre la loi définit leur statut tant à l'égard de l'Administration que des chefs d'entreprise.

C'est là certes une première pierre et d'importance dans la reconstruction de l'édifice législatif sur la médecine du travail Mais la principale manque encore.

Chacun son métier

Les organismes d'Assurances Sociales : avouent de très puissants moyens financiers et s'efforcent d'en user efficacement : c'est ainsi, qu'une importante Union a décidé de faire suivre aux médecins qui lui prêtent leur concours, une série de conférences de puériculture. L'idée est très louable en soi, mais n'allons-nous pas voir bientôt la Faculté de Médecine piquée au vif et saisie d'une saine émulation, créer des cours de comptabilité, d'organisation administrative et même des travaux pratiques sur l'accueil à réserver aux assujettis désireux de se faire rapidement rembourser leurs prestations?

Que l'administration administre, et administre bien ; que la Faculté enseigne et enseigne bien, comme les transports doivent bien transporter et le ravitaillement bien ravitailler ; alors il y aura quelque chose de changé au beau pays de France.

ANÉMIES - ANOREXIE - AMAIGRISSEMENT
SURMENAGE INTELLECTUEL ET PHYSIQUE
CARENCES MARTIALE ET CALCIQUE
CONVALESCENCE

FERVALÈNE

Comprimés dragéifiés

Calcium et Fer assimilables + Kola

MODE D'EMPLOI

Adultes : 2 comp. avant chaque repas 2 à 3 fois par jour
Enfants : 1 comp. avant chaque repas 2 à 3 fois par jour

INSUFFISANCE RÉNALE - NÉPHRYTES - AZOTÉMIE
ALBUMINURIES - HYPERTENSION - ŒDÈMES
MANIFESTATIONS ANAPHYLACTIQUES
ÉPANCHEMENTS SÉREUX
MALADIES INFECTIEUSES - DÉMINÉRALISATION

NÉPHRALBINE

Cachets et comprimés

MODE D'EMPLOI | **Adultes :** 3 à 6 par jour
Enfants : 1 à 3 par jour

La NÉPHRALBINE est, dans la plupart des cas, supérieure à la théobromine

LABORATOIRE ROBERT FAURE, 2, rue Carnot, MELUN (S.-et-M.)

Micelliode

IODE COLLOIDAL MICELLAIRE ÉLECTRO-POSITIF

Toutes les Indications de l'IODE, SANS IODISME POSSIBLE

GOUTTES

Laboratoires de l'HÉPATROL _ 4. Rue Platon. PARIS (XVe)

La durée d'un acte médical.

Parmi les « circonstances permettant un dépassement occasionnel » en matière de tarifs de médecine sociale figure le temps « anormalement » long consacré à certains actes.

Il en découle la notion d'un temps *normal* que tout le monde admet du reste sans que personne puisse préciser même grosso modo la limite à partir de laquelle le normal devient anormal.

Frappé par ce fait qui peut donner lieu à toutes sortes de malentendus, un de nos fidèles lecteurs a calculé quelle doit être la durée d'un acte médical moyen.

Il évoque pour mémoire (mémoire d'un paradis perdu !) Bretonneau qui admettait qu'un médecin doit vivre en soignant dix malades par jour ; et Huard rappelait que la consultation médicale avait, à travers les âges, équivalu à peu près au prix d'un poulet. Le travail du médecin s'est, on le voit, sensiblement dévalué !

Etant donné les charges et les frais professionnels croissants, le bénéfice d'un médecin est loin d'être exprimé par les chiffres de son carnet de visites.

En assignant au médecin le standing de vie d'un ingénieur d'un haut-fonctionnaire ou de certains ouvriers spécialisés, en l'astreignant à 8 heures de travail par jour (dont une pour la correspondance, la comptabilité et les travaux de bureau indispensables), avec congés, ponts et chômages légaux, notre confrère estime qu'un médecin doit faire, aux tarifs actuels 4 actes médicaux par heure. C'est-à-dire que, l'un dans l'autre, une consultation doit durer 1/4 d'heure.

Au delà il y aurait lieu à « dépassement occasionnel ».

Scène paysanne.

(Dédiée par un médecin-poète à la Commission des tarifs)

Je contracte un peu mon biceps,
Puis davantage, et j'ai la chance
D'amener avec élégance
Un nouveau-né dans mon forceps.

Et le père, un peu stupéfait
Qu'un tel travail soit si facile,
Alignant trois billets de mille
Extraits du fond de son buffet,

Fait observer d'un air ronchon
Que le fragile enfant d'un homme
Coûte à peu près la même somme
Qu'un robuste enfant de cochon.

Religieuses et Assurances Sociales

A la suite d'une décision de la Cour de Cassation (4 mai 1944) accordant la retraite des vieux travailleurs à une religieuse attachée à un hôpital comme infirmière, l'administration avait prétendu imposer l'immatriculation aux Assurances Sociales à toutes les religieuses servant dans des établissements publics ou privés.

Nous avions alors fait remarquer (*Concours Médical* 20 décembre 1945 p. 1021) que malgré cet arrêt l'immatriculation ne pouvait être exigée que si les intéressées possé-

cérésine
Cachets, Comprimés, Granulés
SIMPLE ET SURVITAMINÉE
LABORATOIRES DEHAUSSY
50, rue Nationale - LILLE
POUR LA FRANCE SUD
21, Av. Saint-Sulpice, LAVAUR (Tarn)

FAUTEUILS ROULANTS DUPONT
Cent ans de spécialisation dans le confort du malade
VENTE & LOCATION
10, Rue Hautefeuille - PARIS (6e)
Téléphone : DANTON 05-61 - 05-62
Succ. à LYON, 6, Place Bellecour

MÉDICAMENT DES ANGOISSÉS DU CŒUR
PRODUIT PHYTOTHÉRAPIQUE
EUPHYTOSE
Deux formes : Solution, Comprimés
LABORATOIRE MADYL
14, Rue de Miromesnil, PARIS (8e)

daient la qualité de salariées, qualité déterminée par l'existence d'un contrat de travail, le caractère de salaire de la rémunération et un lien de subordination vis-à-vis de l'employeur. Or, dans la plupart des cas, le contrat ou la convention, passée par une congrégation avec une maison de santé ou une clinique, ne pouvait pas être considéré comme un contrat de louage de services.

Cette thèse vient d'être confirmée par une décision de la Commission des A.S. de Pau (27 mars 1946), qui, analysant la convention passée par la congrégation avec l'hôpital, déclare : « *qu'il ne s'agit pas en l'espèce d'un contrat de travail, d'un embauchage, mais bien d'un contrat* sui generis, *totalement différent de celui prévu par la législation des A.S.* »

« On ne saurait prétendre, qu'il se serait formé à côté dudit traité un contrat direct entre la commission administrative et les religieuses par leur adhésion à des règles de travail ou à des projets de réglement qui se seraient imposés à elles. »

« En admettant que ces mesures réglementaires puissent être assimilées à des réglements d'atelier ou à des conventions collectives de travail, leur observation ne suffirait pas à créer un lien contractuel de louage de services, celui-ci ne pouvant résulter que de la passation à l'origine d'une convention indissoluble entre l'employeur et chaque employé, convention communément appelée embanchage. »

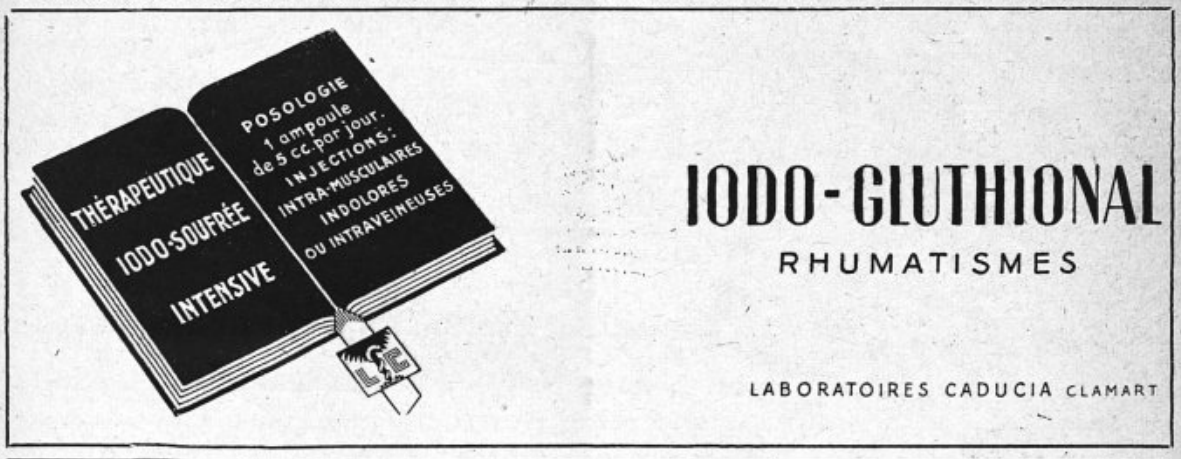
Les prestations ou indemnités prévues sont loin de constituer un salaire si l'on considère que le salaire est la rémunération du travail accompli ; qu'il s'agit seulement et tout au plus d'un rapport contributif à la simple subsistance de la Fille de la Charité. »

Toutefois cette décision en gardant son intérêt dans le présent, n'empêchera pas l'extension de la législation sur la sécurité sociale aux Religieuses, puisque la loi du 22 mai 1946, prévoit qu'à une date encore indéterminée, qui sera fixée par décret, lorsque le niveau de la production sera supérieur de 10 % de celui de 1938, toute la population française sera intégrée dans le système de Sécurité Sociale.

Le remplaçant d'un médecin requis est-il couvert par la législation sur les accidents du travail ?

Depuis la loi du 10 juillet 1938 et l'arrêt de la Cour de cassation du 26 juillet 1938, il est maintenant admis que les médecins, comme tous membres des professions libérales, peuvent bénéficier de la protection légale contre les accidents du travail, dès l'instant qu'ils sont liés à un employeur par un contrat de louage de services. Ainsi en est-il par exemple pour les médecins employés par les Maisons de santé et les Sanatoria, les médecins d'usines, etc. Aux termes de l'article 15 de la loi du 11 juillet 1938, sur l'organisation de la nation en temps de guerre : *les personnes dont les services sont requis bénéficieront de la législation ouvrière et sociale, sauf dérogation, que les circonstances imposeraient.* Cette extension légale de la protection contre les accidents du travail, ne pouvait souffrir aucune contestation ; c'est ce qu'a fort bien compris le Tribunal civil de Soissons.

Dans un jugement du 9 janvier 1946, contre l'Etat français qui essayait d'écarter l'application de la loi de 1898, il a décidé *que l'article* 15, *cité plus haut, est absolument formel qu'il ne pose aucune distinction entre les différentes catégories*





de requis, que la formule employée est générale, et qu'on ne peut en restreindre la portée en l'appliquant seulement aux réquisitions collectives et aux entreprises de groupes ; que la loi sur les accidents du travail, comprise incontestablement dans la législation ouvrière et sociale, doit être appliquée à toutes personnes requises en exécution de la loi du 11 juillet 1938, qu'il n'existe donc aucun motif d'en écarter les médecins, que même si, par principe, les médecins étaient exclus de la législation des accidents du travail, la loi du 11 juillet 1938 devrait être considérée comme une exception à ce principe. (Nous avons vu que ce principe est loin d'être aussi établi que voulait bien le prétendre l'Etat français.)

Ce jugement contient d'autres dispositions plus intéressantes encore. Le médecin requis, le Dr F..., n'avait pu se rendre personnellement à la réquisition. Il s'était fait remplacer par le Dr J..., a qui survint l'accident. Le remplaçant pouvait-il être considéré comme couvert par la législation des A.T. ? Oui, a déclaré le Tribunal de Soissons, car : *l'ordre de réquisition adressé au Dr F... prévoit expressément qu'en cas d'indisponibilité il pourra, sous sa propre responsabilité, se faire remplacer par un confrère. Or, cette formule qui peut légitimer l'emploi des services d'un médecin non requis, ne le prive pas de l'application de la législation sur les accidents du travail, car si l'on admettait cette hypothèse, on aboutirait à la situation paradoxale suivante : l'Etat devant indemniser, en cas d'accident, certains médecins, et non d'autres, qui cependant auraient effectué avec son assentiment, la même prestation au même lieu, à la même heure, et en exécution du même ordre de réquisition.*

Une telle décision, basée sur la seule équité, remet en mémoire la grave question de l'assurance du remplaçant contre les accidents du travail. Pour notre part, nous avons toujours pensé qu'étant donnée l'évolution actuelle de la législation sociale, il était utile pour un médecin, désireux de se faire remplacer, d'assurer son remplaçant contre les accidents pouvant survenir à celui-ci au cours du remplacement.

A propos de la Convention du Finistère

Comme suite à notre récent écho mettant en cause le Dr Salaun, nous avons reçu de ce dernier la lettre suivante ;

Dans un écho anonyme du Concours Médical *du 18 mai 1946 commentant une lettre dont le nom du signataire n'est pas publié, il m'est personnellement demandé de préciser ou de rectifier la déclaration que j'ai faite le 31 mars 1946 à l'Assemblée Générale de la Confédération.*

Du compte rendu sténographique de cette Assemblée, j'extrais le passage que vous avez retenu : « Il y a l'opinion du Corps médical du Finistère qui a fait l'expérience de la Convention pendant quatre ans. Il y avait au départ beaucoup d'opposants... une quarantaine. Combien en reste-t-il ? Un, un opposant de principe, farouche et irréductible. Tous les autres médecins du Finistère demandent la reconduction de leur Convention à laquelle ils tiennent actuellement... »

Votre correspondant fait état de la Section Syndicale de Quimperlé « qui, à l'unanimité de ses 23 membres, *a toujours été formellement opposée à la Convention ». C'était peut-être exact il y a deux ans. A la lueur des faits et documents, cette assertion me paraît ne plus correspondre à la réalité.*

Dans le compte rendu de l'Assemblée Générale des Médecins du Finistère du 2 septembre 1945 *à Quimper,* à laquelle 87 confrères étaient présents, *je relève ceci :*

« Après un exposé du Dr Salaun montrant pour le médecin

les 3 Hormo...

HORMO-PROSTINE
(Extraits opothér. + Chlor. de Magnésium)
★
Association opothérapique préventive et curative des troubles de la PROSTATE
COMPRIMÉS SUPPOSITOIRES

HORMO-HEPATINE
(Extraits opothér. + Boldo, Artichaut, etc...)
★
Médication polyvalente de l'insuffisance hépatique et de toutes les déficiences du FOIE

HORMO-LAXOL
(Extraits opothér. + Ferm. lactique, Eponym., Poudre podophyllotoxique, Phénolphtaléine et Extraits végétaux)
★
Synergie médicamenteuse. Spécifique actif et complet de toutes les formes de la CONSTIPATION

du LABORATOIRE H. CHAUZEIX
31 bis, Rue de Villejust, PARIS-16e - Klebr 85-26 85-27

NÉVRITES ESSENTIELLES - RHUMATISMES DÉGÉNÉRATIFS
apivène
venin d'abeilles
Laboratoires H. PORSIN, 39, rue Claude Bernard — PARIS (Ve)

la nécessité de s'adapter aux nouvelles lois sociales et à l'évolution de la médecine, l'Assemblée décide à l'unanimité moins six voix, *de maintenir la Convention actuelle, en attendant de la faire concorder avec la Convention-type qui doit résulter des débats des* 5 *et* 6 *octobre* 1945 *à la Confédération Générale des Syndicats médicaux français* ».

A cette réunion assistaient les membres de a Section Syndicale de Quimperlé, y compris très probablement votre correspondant.

A l'Assemblée de la Section Syndicale de Quimper le 2 *février* 1946, *à laquelle j'assistais, aucune opposition ne s'est manifestée à l'égard de la reconduction de la Convention.*

Le 3 *mars* 1946 *à Quimper le Bureau du Syndicat départemental a donné mission à ses délégués à la Confédération d'affirmer la position prise par les Médecins du Finistère sur le problème des Conventions avec les Assurances Sociales.*

Enfin, hier, 26 *mai, au cours de la réunion du Bureau syndical départemental, les deux représentants régulièrement qualifiés des médecins de l'arrondissement de Quimperlé ont confirmé en séance leur adhésion sans restriction à la Convention Syndicat-A.S. du département, se désolidarisant ainsi de votre correspondant.*

Ce sont les seules précisions que je tenais à vous exposer. Vos lecteurs pourront conclure dans l'objectivité des faits.

Il vous semblait, comme vous l'aviez toujours supposé « que la Convention du Finistère, même améliorée, n'avait jamais été unanimement acceptée et que la minorité opposante n'était point négligeable ». Nous sommes d'accord. Ne négligeant pas notre opposant irréductible et farouche, nous tenons à rendre hommage, en toute sympathie, à la franchise et à la constance de son opposition.

CORRESPONDANCE

AUTOMOBILISME

694. — Le rôle des pompes à essence dans les pannes d'alimentation.

Pourriez-vous m'indiquer un ouvrage ou une notice explicative détaillée des pompes à essence pour automobile? J'ai eu, depuis quelque temps, sur ma 402-1938, en très bon état d'ailleurs, des pannes caractérisées par un arrêt inexplicable du moteur avec impossibilité de remettre en marche. Chaque fois j'ai dû recourir à un mécanicien différent, suivant l'endroit où je me trouvais. On n'a jamais rien trouvé du côté allumage ou carburation. On a cru pouvoir accuser la membrane de la pompe? Confiant, j'ai donc changé la pompe pour une autre de modèle plus récent. L'accident s'est renouvelé depuis et c'est bien ennuyeux quand cela m'arrive chez un client à la campagne, éloigné parfois de 10 à 20 kilomètres de tout garage.

Je voudrais donc pouvoir moi-même examiner la membrane de la pompe et la changer, le cas échéant, si ce travail est à la portée du profane que je suis.

Ne serait-il pas possible d'attribuer les ennuis que je vous signale à des souillures de l'essence qui viennent se déposer dans la cuve du carburateur et obstruer parfois les gicleurs?

Malheureusement, nous sommes loin des solex d'antan et je n'ose, profane cacochyme, entreprendre le démontage du carburateur inversé qui alimente le moteur pour en visiter les gicleurs, le flotteur à bascule et son poussoir d'obus obturateur.

Dr B.

OPOBYL
Cholérétiques végétaux
Extraits hépatiques
et biliaires.
Affections hépatiques Constipation
1 à 2 pilules aux repas
LABORATOIRES A. BAILLY
SPEAB
15 RUE DE ROME — PARIS 8e
Opo. 12
LÉO BOUILLON

CORYZA RHINITES
IDRIANOL
m-MÉTHYLAMINOÉTHANOLPHÉNOL LÉVOGYRE
EMULSION NASALE
Action intense et prolongée sans congestion secondaire emploi propre et agréable
LABORATOIRES M. R. BALLU
LABORATOIRES M. R. BALLU
104, RUE DE MIROMESNIL — PARIS 8e

Réponse

Comme ouvrages décrivant les pompes à essence, je puis vous indiquer mon bouquin sur le moteur, édité chez Dunod.

Comme vous êtes, je crois, un lecteur de la Vie Automobile, *vous pourrez trouver dans la collection de cette Revue un peu avant la guerre, un article sur les pompes.*

Ceci dit, j'ai l'impression qu'on fait volontiers jouer à la pompe à essence le rôle de bouc émissaire en cas de panne d'alimentation. Personnellement, j'emporte toujours une pompe de rechange et cela, depuis qu'il y a des pompes sur les voitures, ce qui représente pas mal d'années. Or, je n'ai jamais eu à remplacer une pompe à la suite de la rupture d'une membrane. Quand j'ai remplacé des pompes, cela a toujours été à la suite d'incidents dus à la maladresse de celui qui avait remonté la tubulure et qui avait fendu le raccord sur la pompe.

Ce qui peut se produire plus souvent que la rupture de la membrane, c'est l'encrassement du filtre : dans les pompes à essence il y a toujours en effet un filtre en toile métallique très fine qui est assez facilement accessible en démontant le couvercle de la pompe. Avec les carburants actuels et principalement avec l'alcool, ces filtres s'encrassent assez souvent.

La plupart des pompes ont un petit levier qui permet de les manœuvrer à la main sans faire tourner le moteur. On peut ainsi facilement se rendre compte de leur bon fonctionnement en dévissant le raccord du carburateur et en actionnant la pompe. Un jet d'essence doit s'échapper du tuyau.

Le changement de membrane est à la portée d'un amateur. Pour démonter la pompe, il suffit de dévisser la vis qui fixe la partie supérieure sur la partie inférieure : les deux morceaux se séparent et on a la membrane sous les yeux. Il faut un peu de soin pour la remonter et la remplacer.

En général, dans les carburateurs actuels, les gicleurs sont assez accessibles, sauf sur certains modèles de gicleurs de ralenti.

Henri PETIT.

695. — **Peut-on incorporer du pétrole à l'essence ?**

Je désirerais que M. Petit me fasse savoir si je peux incorporer du pétrole dans l'essence pour ma Renault 23 CV. Si oui, dans quelles proportions ? Quels inconvénients sont à redouter ?

Dr M.

Réponse

Moins vous mettrez de pétrole, mieux cela vaudra. Jusqu'à 10 litres, vous n'aurez probablement pas d'inconvénients bien graves.

Les inconvénients d'utiliser le pétrole ou le gas-oil en mélange avec l'essence se manifestent par :

1° *Un cognement du moteur parfois incoercible, si le taux de compression est élevé ;*

2° *L'encrassement assez rapide des soupapes et des bougies... et des culasses, bien entendu ;*

3° *Par le passage du pétrole dans le carter et par suite, la dilution de l'huile de graissage qui peut provoquer, si l'on n'y prend garde, des accidents de têtes de bielles ou de coussinets de vilebrequin.*

Henri PETIT.

★

EXTRASYSTOLES des CARDIAQUES

Schéma d'Ordonnance

I Eviter la fatigue et proportionner les efforts et le genre de vie à la capacité cardiaque, en modérant l'activité habituelle, en s'imposant un repos suffisant, séjour au lit plus prolongé, séjour à la chambre, en évitant tout effort, toute fatigue inutiles.

II Régime normal, léger mais assez substantiel sous un petit volume, user volontiers de mets sucrés. Limiter le volume total des boissons qui ne devra pas dépasser 1200 cc. à 1500 cc. tout compris.

III Pour atténuer l'excitabilité neuro-cardiaque et faciliter le travail du myocarde par un médicament à la fois sédatif et toni-cardiaque indirect, prendre :

COROSÉDINE * : *2 comprimés avant chacun des trois repas 4 à 5 jours par semaine.*

V En cas de signes plus accusés d'insuffisance cardiaque, prendre les deux ou trois derniers jours de la semaine, un toni-cardiaque : strophantus, ouabaïne ou digitaline.

* La COROSÉDINE est une spécialité des Laboratoires MONAL, 13, av. de Ségur, PARIS



UN ALIMENT de SECOURS

La Farine diastasée SALVY depuis longtemps entrée dans la diététique courante du nourrisson sain occupe une place de premier plan dans l'alimentation toujours difficile du nourrisson malade.

En cas d'intolérance lactée ou d'insuffisance du lait de vache, la farine diastasée SALVY est, dès le premier mois, l'aliment de secours du nourrisson.

Envoi sur simple demande adressée à SALVY, 4, Rue de Lambrechts à COURBEVOIE (Seine) du MEMENTO d'ALIMENTATION ET DE DIÉTÉTIQUE INFANTILES.

* Farine DIASTASÉE



SALVY

Préparée par BANANIA

DEMANDES ET OFFRES

N° 315. — A vendre, état neuf, 2 boîtes métal pour instruments. 1 boîte avec seringue vésicale Gentil. 2 tubes métal sondes vésicales, dans malette cuir. Invalides 69-77.

N° 316. — Javal bon état à vendre ou échang. contre microscope clinique, immersion.

N° 317. — Médec. 40 ans marié, habit. client, cherche remplacement ass. longue durée ou collabor. en vue succès. avec confr. méd. gén. Paris ou prov. Ecr. Dr Georges, 22, rue des Martyrs, Paris (9e).

N° 318. — A vend. : 1° appar. U.V. à vap. de mercure cour. lumière, en bon état. 13.000 fr., 2° un appar. de diatherm. état neuf acheté en 1944. Prix 20.000 fr.

N° 319. — 1° A vendre : Sériècope Massiot neuf. 2° Cherche générateur graphie et pupitre commande 60 à 80 mill.-100 kw.

N° 320. — Gr. ville, 2 h. de Paris rég. Nord, client. ouvr., très gr. rapp., à céd. urg. Rais. santé, prix y compr. matér. et vente maison, 6 p., 900.000 fr.

N° 321. — Seul médec. 34 ans, ay. belle client. rur., dés. l'échang., cause d'altitude, à défaut reprendre client. Paris ou envir., à partir mois sept. ou octob. proch. Ecr. journ. qui transm.

N° 322. — Suis vend. urg., appar. Radio (scopie et graphie) Philips 1936 avec super astral 1942, cassette avec écrans renforcat.. transformat., table commande, table examen bascul. importante en acajou massif, etc., le tout en parf. état. 150.000 fr.

N° 323. — Médec. 29 ans ay. matinées libres, rech. occupat. médic. ou para-médic.

N° 324. — Doctoresse cherche poste à créer ou à reprendre avec ou sans propharm., rég. indiff.

N° 325. — Laborat. médic. install. 1er ordre. vastes locaux à louer à Montargis. S'adr. Ed. Hobier, 65, avenue du Général de Gaulle à Montargis.

N° 326. — Jeune médec marié A.E.H.P., plusieurs années de pratique médic., rech. poste proxim. ville, soit en assoc. avec confr. en vue succès.

N° 327. — A vendre boîte de verres d'essai, à bagues serties, composition moyenne neuve. Ecr. journ. qui transm.

N° 328. — Doct. cherche succession ou collaboration dans stat. therm.-climat., médec. radiogr., mécanothér., etc. Ecr. journ. qui transm.

N° 329. — Jeune médec., plusieurs années de pratique, libre jusqu'au 1er octob. cherche remplacements même de courte durée. Ecr. journ. qui transm.

N° 330. — A vendre, armoire vitrine 160×65×35, vitrine murale 110×40×50; 3 guéridons; moteur 1/8 H. P. sur pied avec fuxible ; Poupinel 34×30×25 ; tableau électrique marbre avec support en tubes, etc...

N° 331. — Ex-méd. chef sana. gr. mut. gu. ser. reconnaiss. à synd. médic. ou confr. lui indiqu. où fonder cabin. phtisiologie, assur. revenu moyen. Rég. indiff.

N° 332. — A céder microscope moderne Seibert-Wetzlar en boîte, 3 ocul., 3 obj. dont 1 à immers., condensat., table mobile.

N° 333. — A vendre 1° Radiothérapie profonde. 3° Appar. radiodiagnostic portatif. Dr E. Alix, 15, rue Mégevand à Besançon.

N° 334. — Urg. Vve médec. cherche travail auprès sage-femme ou médec. accouch. Nourrie et logée de préfér.

N° 335. — A céd. au plus offr. Philips Metalix portat. avec pied et nombr. access., parf. état, revisé maison. Ecr. journ. qui transm.

N° 336. — Foyer de doct., plage normande déminée, recevr. enf. de confr., même convalesc., 10 à 16 ans. Ecr. journ. qui transm.

N° 337. — A vendre, appar. radio portat. Siemens Sphérix, neuf, dern. modèle, scopie, graphie, pied univ. démont., avec transformat. tous cour. Dr Langlais, 137, boul. des Etats-Unis à Vichy.

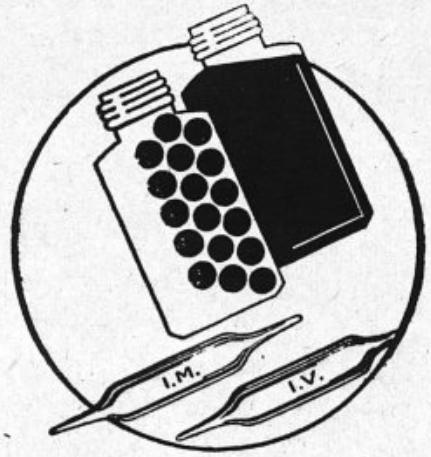
N° 338. — Piézogène Lumière demandé. Dr Cruchet à Libourne (Gironde).

N° 339. — A céd. cab. médec. génér. dans banl. imméd. (métro). Grand appartem., en éch., si poss. avec simil. à Paris.

N° 340. — Cherche remplacement confr. dans Paris, apr.-midi seulem. entre 15 juill. et 15 août.

N° 341. — A vendre appar. Mécano-Thérapie d'Albert Sylvain.

Gérant : J. MIGNON
Février 1879
Lang, Blanchong et Cie, 30, rue du Poteau - Paris (18e) — 31.1040
Dépôt légal : N° 8
2e trimestre 46



NÉO-SALYL

LA 1re MÉDICATION SALICYLÉE PRÉSENTÉE
EN
DRAGÉES ENROBÉES
GOUTTES CONCENTRÉES
AMPOULES INTRAMUSCULAIRES
TOLÉRANCE PARFAITE
AMPOULES INTRAVEINEUSES

Laboratoire du Dr PILLET - G. HOUET, Pharmacien
222, Boulevard Péreire - PARIS - Étoile 40-15

INTESTARSOL
Granulé
TOXI INFECTION INTESTINALE
PARASITOSES

Laboratoire H. CALAS
162, Rue de l'HAY
GENTILLY (Seine)



CRINEX stimule
EXTRAIT OVARIEN TOTAL STANDARDISÉ

OREX équilibre
EXTRAIT ORCHITIQUE TOTAL STANDARDISÉ

FRÉNOVEX freine
EXTRAITS MAMMAIRE ET LUTÉINIQUE

la fonction ovarienne

LABORATOIRES 25 «CRINEX-UVÉ»
1, AVENUE DU DOCTEUR LANNELONGUE, PARIS (XIVe)



SPASMORYL
"ANA"

SYNERGIE CALCO-MAGNÉSIENNE ACTIVÉE
ÉQUILIBRANT MINÉRAL, PLASMATIQUE ET NERVIN
TRAITEMENT SYMPTOMATIQUE ET DIATHÉSIQUE
DU TERRAIN SPASMOGÈNE

★

Spasmes des Voies Digestives
Respiratoires, Urinaires
Crises Anaphylactiques
Syndrômes Neuro-Psychiatriques
Crises Glaucomateuses

DÉMINÉRALISATION CALCIQUE
ALCALOSE – VAGOTONIE

INTRAMUSCULAIRES
INTRAVEINEUSES

LABORATOIRES "ANA" – Dr VENDEL & Cie
PARIS, 16, 18, Avenue Daumesnil. 18, Rue Lafon, MARSEILLE

ORGANOTHÉRAPIE
ET
CHIMIOTHÉRAPIE

DRAGÉES DE
PLEXALGINE
LALEUF

RÉGULATEUR CIRCULATOIRE ET VAGO-SYMPATHIQUE
SÉDATIF DES PLEXUS DOULOUREUX

LABORATOIRES LALEUF
Georges DUGUÉ, Docteur en Pharmacie
51, Rue NICOLO, PARIS-16e
Téléphone : TROcadéro 62-24



CHLORO-CALCION

68e ANNÉE — N° 26 — 29 JUIN 1946

LE

CONCOURS MÉDICAL

37, RUE DE BELLEFOND - PARIS (9e) - TRU 33-66

379a-381

SOMMAIRE

PARTIE SCIENTIFIQUE.

Clinique chirurgicale : Tumeur mixte de la parotide (Dr J.-P. Tourneux) 665

A propos de l'accouchement dirigé (Paul Bucher) 667

Neuro-chirurgie (Dr Daniel Ferey) 669

Les Livres, 669 ; Les Sociétés Savantes, 670. La Presse, 671.

PARTIE PROFESSIONNELLE.

Propos du Jour : Les journées médicales de Bruxelles (Dr G. Lavalée) 673

Droit Professionnel : La cessation des hostilités et quelques-uns de ses effets (Henri Meillet) 675

Essai de médecine sociale (Dr Denis) 676

Connaître : Cahiers de l'humanisme médical : Masses, Elites et Médecine 678

Chronique de l'automobile (H. Petit) 679

DEMI-COLONNES.

Dernières Nouvelles, 658. A Travers l'Officiel, 661. Echos et Commentaires, 681. Correspondance, 686.

ESTOMAC — FOIE — INTESTIN

GRANULÉ

GASTRO-SODINE

NORMALE
SULFATÉE
BROMURÉE
CITRATÉE

Laboratoires du Dr BOUCHARA
47, Rue de Bretagne PARIS 3e

Solution colloïdale de nucléinate d'Argent INCOLORE

ARGINCOLOR

SIMPLE ou ÉPHÉDRINÉ

L. E. V. A. - 26, Rue Petrelle, PARIS (9e)

Silicyl

Médication de BASE et de RÉGIME des ÉTATS ARTÉRIOSCLÉREUX et des carences siliceuses

18, Rue Ernest-Rousselle - PARIS-13e

VÉRITABLE HUILE DE

HAARLEM

G. de KONING TILLY

GOUTTES — CAPSULES

Laboratoires THOMAS, 2, rue Ste-Cécile, PARIS 9e

PYRÉTHANE

Antinévralgique Puissant

18, Rue Ernest-Rousselle - PARIS-13e

Infangyl Carlier

CALME LES TOUX INFANTILES

Tous ont été unanimes pour témoigner de la place importante que le Corps Médical peut et doit prendre dans une politique visant à rétablir les forces familiales avec leurs responsabilités et leurs devoirs. Ils abordèrent l'ensemble des solutions morales et matérielles destinées à favoriser l'épanouissement de familles saines, fécondes et heureuses.

Toutes suggestions seront reçues au siège de « Médecine et Famille », 28, place St-Georges, Paris-(9e).

Poste de médecin-adjoint de sanatorium.

Un poste de médecin-adjoint est actuellement vacant au sanatorium du Petit-Arbois (Bouches-du-Rhône). Adresser les candidatures d'urgence au ministère de la Santé publique et de la Population, Direction de l'Administration générale du Personnel et du Budget, 3e bureau, 7, rue de Tilsitt, Paris (17e).

Journées dentaires de Paris.

Les XXes *Journées Dentaires de Paris*, auront lieu du 21 au 24 Novembre 1946. Secrétaire-général : René Sudaka, 143, Avenue Emile-Zola, Paris XVe.

Revue de presse américaine.

Le ministère de la Santé publique et de la Population informe que le chef de la Mission de la Santé publique à Washington, lui fait parvenir, chaque semaine, une revue de presse américaine dont les quatre rubriques sont les suivantes : Nouvelles médicales, Ravitaillement, Articles d'intérêt général, et Assistance.

Cette revue est à la disposition des lecteurs qui pourraient être intéressés, au service de Documentation, 18, rue de Tilsitt, Paris.

Association pour le développement des relations médicales (A.D.R.M.).

L'Assemblée générale de l'A.D.R.M. a eu lieu au petit amphithéâtre de la Faculté de médecine, le 18 juin, sous la présidence du professeur Baudouin.

Après avoir renouvelé le Conseil d'administration et entendu diverses communications, elle a fixé le taux des cotisations pour 1946 à 100 fr. pour les membres actifs et 500 fr. pour les membres bienfaiteurs.

Naissances.

Nous apprenons la naissance de Françoise Cesbron, 12e petite-fille du docteur Cesbron, du Fuilet (Maine-et-Loire) ; de Martine Ulliac, fille du docteur J. Ulliac, de Moëlan-sur-Mer (Finistère) ; de Maurice Lemaire, fils du docteur Paul Lemaire, d'Auneau (Eure-et-Loir) ; de Françoise Passelaigue, quatrième enfant du docteur Passelaigue, de Marseille ; de Patrick Barraud, fils du docteur Barraud et de Madame Nelly Barraud, Docteur en médecine, de Breteuil-sur-Iton (Eure) ; de Marie-Laure Camus, troisième enfant du docteur Pierre Camus, de Vincennes (Seine) ; de François Pellot, petit-fils du docteur Raillet, de Reims, et arrière petit-fils (le 12e) du docteur Pellot, d'Epernay (Marne) ; d'Etienne Robert, sixième enfant du docteur P. Robert, et 23e petit-enfant du docteur Emile Fischer, de Rougemont-le-Château (Territoire de Belfort) ; de Nicole Atger, deuxième enfant du docteur Atger, de Villefort (Lozère).

Nous sommes heureux d'annoncer la naissance de Claude (22 Mai) et de Luc (4 Juin), petite-fille et petit-fils de notre ami Damey, de Douarnenez, dont la famille s'accroît à un rythme accéléré.

Mariages.

Le docteur José Cherfils, de Boulogne-sur-Mer (Pas-de-Calais), fait part du mariage de sa fille Marie-José avec Monsieur François Jauffret.

Le docteur Ch. Lacoste, de Bagnères-de-Bigorre (Hautes-Pyrénées), fait part du mariage de son fils Henri, avec Mademoiselle Anne-Marie Bonnet et du mariage de sa fille Jacqueline, avec Monsieur Jean Fourcaud, Elève à l'Ecole des Beaux-Arts de Paris.

Nécrologie.

Nous avons le regret d'annoncer la mort du docteur Auguste Baudon, de Creil (Oise), Chevalier de la Légion d'honneur, croix de guerre 1914-18, père du docteur Jacques Baudon, de Nogent-sur-Oise ; du docteur Auguste Gauducheau, Lieutenant-colonel honoraire des troupes coloniales, décédé à Saint-Martin-des-Noyers, dans sa 72e année.

MORRHUËTINE VITAMINÉE JUNGKEN
Toutes les vitamines de l'Huile de Foie de Morue
Véritable SUCRE VITAMINÉ
Laboratoires BRACQUEMOND & Cie, 105, Rue de Normandie, Courbevoie (Seine)

La bactériothérapie lactique rénovée
FERMENT LACTIQUE INTESTINAL VIVANT
VIVACIDOL
(VIV ant + ACIDO philus)
Ampoules buvables 1 à 4 par jour
LABORATOIRES F. BOUCHARD

TIODINE COGNET
IODE + SOUFRE
par la
THIOSINAMINE IODÉE
Rhumatismes Chroniques
et toutes Scléroses

A TRAVERS L'OFFICIEL

CONGES DE NAISSANCE.

Loi du 18 mai 1946 accordant à tout chef de famille, en cas de naissance à son foyer, un congé supplémentaire.

Article premier. — Tout chef de famille, salarié, fonctionnaire ou agent des services publics, aura droit à un congé supplémentaire à l'occasion de chaque naissance survenue à son foyer.

Art. 2. — La durée de ce congé est fixée à trois jours.

Ces trois jours pourront être consécutifs ou non, après entente avec l'employeur et le bénéficiaire, mais devront être inclus dans une période de quinze jours entourant la date de naissance.

Art. 3. — La rémunération de ces trois jours sera égale au salaire et aux émoluments qui seraient perçus par l'intéressé pour une égale période de travail à la même époque.

Elle sera effectuée pour les salariés par les soins des caisses de compensation chargées du service des allocations familiales, mais l'employeur en fera l'avance à l'intéressé le jour de la paye qui suivra immédiatement l'expiration des trois jours.

(*J. O.*, 19 mai 1946.)

EDUCATION NATIONALE.

Un décret du 13 juin 1946 crée un institut de psycho-pédagogie médico-sociale de l'Université de Montpellier.

(*J. O.*, 15 juin 1946.)

EXERCICE DE LA MEDECINE.

Décret du 12 juin 1946 étendant à l'Algérie la législation relative à la préservation des intérêts des praticiens prisonniers de guerre ou mobilisés.

Article premier. — Les dispositions de l'ordonnance n° 45-1385 du 18 juillet 1945, ci-dessus visée, sont applicables à l'Algérie sous réserve des modifications apportées par le présent décret.

Art. 2. — Ces dispositions ne s'appliquent pas aux médecins de la santé en Algérie auxquels est interdit, en principe, l'exercice de la clientèle privée.

Art. 3. — Les modalités d'application de ladite ordonnance seront fixées, dans les conditions précisées par son article 9, par des arrêtés du gouverneur général de l'Algérie qui exercera les attributions ministérielles définies par cet article.

(*J. O.*, 14 juin 1946.)

MEDECINE LEGALE.

Décret du 12 juin 1946 modifiant le décret du 5 octobre 1940 sur les frais de justice en matière criminelle.

(Extraits)

Article premier. — Les articles 26 et suivants du décret du 5 octobre 1920, modifiés en dernier lieu par le décret provisoirement applicable du 18 mars 1944 sont modifiés ainsi qu'il suit :

« Art. 26. — Chaque médecin régulièrement requis ou commis reçoit à titre d'honoraires :

« 1° Pour une visite judiciaire comportant un ou plusieurs examens de malade ou de blessé avec dépôt d'un rapport :

« A Paris : 400 francs.

« Dans les autres localités : 300 francs.

« 2° Pour autopsie avant inhumation : 1.000 fr.

« 3° Pour autopsie après exhumation ou autopsie de cadavre en état de décomposition avancée : 1.300 francs.

« 4° Pour recherche et dosage d'un élément avant inhumation : 400 francs.

LA ROCHE-POSAY (VIENNE)

Ouverture 1er Mai ; Fermeture 10 Octobre



Eczéma ; Prurits ; Peau

ECZÉMA. — C'est le grand succès de la Roche-Posay. Les formes les plus rebelles, les plus irritables, les plus prurigineuses sont amendées dès les premiers jours et guéries en fin de saison. Pareillement sont traités avec succès : névrodermites ; prurit anal, ano-vulvaire ; psoriasis, acné, etc...

HYPERTENSION. — Par sédation de l'éréthisme artériel, et levée du barrage rénal.

ARSENIODE BURIAT

ENFANTS
2 gouttes par jour
et par année d'âge

ADULTES
20 à 50 gouttes
par jour

PYUROL

Antiseptique le plus actif et le moins toxique

sur l'appareil Urinaire,
l'appareil Digestif,
sur le Foie et sur la Diurèse

ORTHOPHORINE

Acide phosphorique granulé (Formule de Joulie)

TROUBLES DE LA NUTRITION
TONIQUE DU SYSTÈME NERVEUX

ORTHO-GASTRINE

TROUBLES D'ORIGINE GASTRIQUE
OU INTESTINALE

Laboratoires A. LE BLOND
15, rue Jean-Jaurès, PUTEAUX (Seine)

Sulfamidothérapie

SO^2NH^2

1162. F.

Néo-Coccyl

Comprimés
Crayons Chir.
Crayons Gyné.
Bougies
Mèches
Ovules

NH^2

Laboratoires du Dr PILLET • 222, Bd Péreire, PARIS
ETOile 40-15 — Service de garde MOLitor 58-85

ENTÉROSPASME
DYSARIODE

Bismuth ★ Quinoléine ★ Curcuma

LABORATOIRES DU VIOPHAN 8 COMPRIMÉS PAR JOUR **91, RUE DE MONCEAU, PARIS-8e**

PARTIE SCIENTIFIQUE

CLINIQUE CHIRURGICALE

TUMEUR MIXTE DE LA PAROTIDE

M. J.-P. TOURNEUX Chirurgien-Chef des Hôpitaux de Toulouse

Il y a une douzaine de jours qu'entrait dans notre service une femme âgée de 65 ans, présentant une tumeur de la région parotidienne droite : les antécédents de notre malade ne présentent aucun intérêt particulier tant au point de vue héréditaire que consanguin et personnel. Elle n'a jamais eu de maladies d'enfance ni d'adolescence ; réglée normalement, elle s'est mariée à 22 ans, et a eu trois grossesses à terme ; elle a été opérée d'un polype fibreux utérin, à l'âge de 49 ans et la ménopause est survenue à 52 ans.

Il y a quinze ans environ, vers l'âge de 50 ans, que notre malade s'est aperçue un jour qu'elle possédait une petite tumeur située en arrière de la branche montante du maxillaire, au-dessous du lobule de l'oreille. Cette tumeur mobile, indolore, de consistance ferme, présentait le volume d'une noisette : puis elle a augmenté insensiblement de volume jusqu'à atteindre les dimensions d'un œuf de poule. Bien que la présence de cette tumeur fut assez disgracieuse, notre malade ne voulut pas se faire opérer, prétendant que cette grosseur ne la gênait en rien et ne lui occasionnait aucune douleur. Cet état de choses dura pendant près de quinze ans, et ce n'est que tout récemment, il y a deux ou trois mois, et sans que rien d'accidentel se soit produit, que subitement cette tumeur se mit à augmenter de volume jusqu'à prendre l'aspect et les dimensions que vous avez pu constater. C'est alors que, inquiète à juste titre, elle s'est décidée à affronter les chances d'une opération et dans ce but est entrée dans notre service.

Lorsque je l'ai examinée avec vous, vous avez pu constater qu'il existait sur la partie droite de la face une tumeur ovoïde, grosse comme une tête de fœtus à terme, mesurant 18 centimètres de haut sur 12 de large. Elle s'étendait depuis l'anthélix et la partie inférieure de la région temporale jusqu'au rebord du maxillaire inférieur et de l'apophyse mastoïde jusqu'à deux centimètres de la commissure labiale. Cette tumeur n'était pas régulièrement arrondie, elle était bosselée et de consistance irrégulière, molle dans sa région supérieure et dure dans sa partie déclive. Complètement indolore, elle était très mobile, indépendante des muscles masticateurs et du squelette de la face. La peau qui la recouvrait était lisse, luisante, violacée par endroits et présentait un grand développement de veines superficielles : il semble qu'en certains points elle soit adhérente à la tumeur.

La malade, qui était dans un excellent état de santé générale, ne présentait aucune gêne de la mastication ni de la déglutition : aucun signe de compression de la carotide externe ou du facial, tous les autres appareils économiques fonctionnent normalement.

L'évolution d'abord si lente de ce néoplasme, pour devenir plus rapide, jointe aux différents signes objectifs relevés au cours de l'examen clinique me firent porter le diagnostic de tumeur mixte de la glande parotide, vraisemblablement en voie de malignisation.

Une intervention chirurgicale, seule conduite possible, eut lieu quelques jours plus tard : une incision longitudinale d'une dizaine de centimètres me permit de mettre à nu la tumeur enveloppée d'une capsule fibreuse assez épaisse qui l'entourait et l'isolait complètement de tous les organes avoisinants. Cette enveloppe fut clivée des diverses formations environnantes et l'extirpation fut faite après la ligature de quelques pédicules vasculaires. Les suites opératoires ont été des plus simples, et dans quelques jours notre opérée va pouvoir quitter la salle Sainte-Marthe.

Voici donc cette tumeur, toute fraîche encore puisqu'il y a cinq jours à peine que l'opération a été faite. Pour l'examiner plus commodément, nous avons pratiqué deux sections, longitudinale et transversale, qui permettent de se rendre compte que les symptômes présentés à l'examen clinique correspondent à des différences complètes de structure. Le pôle supérieur est occupé par une masse molle se laissant presque écraser sous le doigt, tandis que le restant de la tumeur est d'une consistance beaucoup plus ferme. L'examen histologique nous a montré que la base de cette tumeur est constituée par du tissu conjonctif et par du tissu cartilagineux hyalin et fibreux. Ce dernier est surtout abondant dans la partie inférieure de la tumeur et les cellules cartilagineuses se présentent sous un aspect étoilé. En ce qui concerne la partie supérieure, elle est uniquement de nature conjonctive avec des altérations myxomateuses étendues. En outre en de nombreux points, on relève la présence d'acinis ou de tubes glandulaires hypertrophiés et dont l'épithélium a été le point de départ de traînées cellulaires s'enfonçant dans le stroma sous-jacent : cette prolifération épithéliale est assez marquée en quelques endroits et les cellules prennent alors un caractère nettement atypique.

En somme, il s'est donc agi dans le cas présent d'une femme âgée de 65 ans, présentant une tumeur de la glande parotide droite évoluant depuis environ quinze ans, tumeur à structure fort complexe, un myxo-chondro-épithélioma : la prolifération épithéliale, apportant un caractère de malignité n'est venue se manifester que secondairement, l'évolution clinique et les constatations histologiques sont parfaitement d'accord sur ce point.

Les tumeurs mixtes constituent la variété de beaucoup la plus fréquente des diverses néopla-

sies se développant aux dépens des glandes salivaires : s'observant surtout au niveau de la parotide et plus souvent chez l'homme que chez la femme, elles se voient principalement de 10 à 30 ans, mais on peut cependant les rencontrer à tout âge et notre malade nous a en effet montré que ces tumeurs pouvaient également apparaître un peu tardivement.

Ces néoplasmes peuvent passer successivement par deux stades évolutifs : dans un premier temps, dont la durée est toujours longue et peut être indéfinie, la tumeur a tous les caractères de la bénignité et s'accroît avec une extrême lenteur ; dans un second temps, qui correspond à une prolifération exagérée et atypique de l'élément épithélial ou à une transformation sarcomateuse du stroma la tumeur prend une marche rapide et des caractères indiscutables de malignité.

La tumeur apparaît comme un nodule arrondi, siégeant en un point quelconque de la glande, au-dessous du lobule de l'oreille, derrière l'angle de la mâchoire, en avant du conduit auditif externe : exceptionnellement elle se développe dans le prolongement pharyngien de la glande. La palpation permet d'apprécier le volume de la tumeur, la consistance toujours ferme et dure à cette période, la mobilité, l'indolence parfaite : la peau, qui la recouvre et ne lui adhère pas, a son aspect, sa couleur et sa souplesse normales. L'accroissement est extrêmement lent, aussi la plupart des malades ne viennent se faire examiner qu'au bout de plusieurs années alors que leur tumeur a atteint le volume d'une noix ou d'un œuf. Dans certains cas, la tumeur s'accroît peu à peu et son volume finit par devenir énorme : elle déforme toute la région parotidienne, déplisse le lobule de l'oreille dont elle s'approprie la peau. Elle devient alors bosselée, irrégulière et sa consistance n'est plus uniformément dure car on trouve des bosselures ramollies ou même fluctuantes. Malgré ce volumineux accroissement, la tumeur reste bénigne, elle distend la peau mais ne l'ulcère pas : elle entraîne une gêne mécanique en rapport avec ses dimensions, entrave les mouvements de la mâchoire et comprime le conduit auditif externe, ce qui trouble l'audition. Mais elle ne s'accompagne ni de douleurs, ni de paralysie faciale, ni d'extension ganglionnaire.

Mais si la tumeur subit la transformation maligne, ce qui est loin d'être la règle, son accroissement est brusque et beaucoup plus rapide, elle se ramollit et s'ulcère. Des douleurs spontanées, plus ou moins vives surviennent ainsi qu'une paralysie faciale. Toutefois, même dans ces cas, la prise des ganglions est rare et la généralisation exceptionnelle.

Le pronostic est relativement bon étant donné l'extrême lenteur d'évolution de ces tumeurs, mais il n'est pas absolument bénin puisque l'on est toujours exposé à voir survenir la transformation maligne du néoplasme. Il convient en outre de tenir compte des récidives qui sont assez fréquentes : certaines dépendent d'une malignité initiale mais d'autres tiennent uniquement à ce que l'exérèse tumorale a été incomplète.

Le diagnostic des tumeurs mixtes de la parotide, en raison de leur fréquence et de leurs caractères est en général facile. Au début si vous vous trouvez en présence d'un petit noyau arrondi, dur et mobile, vous ne pourrez confondre la tumeur mixte qu'avec un ganglion parotidien hypertrophié, car les autres tumeurs parotidiennes, kystes ou lipomes ont une consistance tout à fait différente. Ultérieurement, lorsque la tumeur sera devenue volumineuse, bosselée, avec des points de ramollissement, vous devrez vous rendre compte s'il s'agit d'une tumeur mixte ayant acquis de grandes dimensions tout en restant bénigne ou d'une tumeur en voie de transformation maligne. Ce diagnostic est très important au point de vue pratique : la rapidité d'accroissement, les douleurs et la paralysie faciale seront pour vous les meilleurs signes de malignité.

Les caractères anatomiques de ces tumeurs sont aussi nets que leurs signes cliniques. Elles sont toujours entourées d'une épaisse capsule fibreuse, qui les sépare de l'atmosphère celluleuse lâche qui les rattache aux formations environnantes. Lorsqu'on les sectionne, la coupe montre un tissu gris ou blanchâtre, assez uniforme, ferme, parfois ramolli en certains points, et présentant en diverses régions un aspect translucide, qui est dû à la présence de tissu cartilagineux.

Quant à leur structure propre, elle rappelle tout à fait celle des autres tumeurs mixtes : au sein d'un stroma conjonctif, lâche ou fibrillaire suivant les points envisagés, on note l'existence d'îlots muqueux ou cartilagineux ainsi que celle d'amas cellulaires épithéliaux, plus ou moins abondants, disposés sous forme de travées, de traînées, de cordons pleins, ou de tubes glandulaires plus ou moins bien ordonnancés.

La genèse des tumeurs mixtes de la glande parotide ne paraît pas bien difficile à expliquer. Les théories de Planteau et de Berger sur l'origine glandulaire des tumeurs mixtes se conciliaient difficilement avec l'existence de formations cartilagineuses, et les hypothèses endothéliales de Volkmann et de Kuttner, étaient insoutenables au point de vue histologique. Connheim, de Ponsot et d'Hinsberg ont prouvé en effet que les tumeurs mixtes des glandes salivaires se développaient aux dépens de germes embryonnaires inclus simultanément et provenant d'ébauches glandulaires et du périchondre du cartilage de Meckel, ce qui explique les différentes formations rencontrées. Il ne faut pas, comme Willms, invoquer une inclusion embryonnaire plus précoce, portant sur l'ectoderme non encore différencié ainsi que sur le mésenchyme.

L'origine de ces tumeurs et leur signification vous étant connues, toute tumeur mixte de la parotide doit être extirpée dès que le diagnostic en a été posé. Si petite soit-elle, il convient de l'enlever, car on n'est jamais certain qu'elle n'évoluera pas dans le sens de la malignité : l'intervention toujours sans danger est d'autant plus facile que la tumeur est moins volumineuse.

Mais il faut que l'opération soit complète sous peine de récidive et, il convient d'enlever la capsule en totalité, en ayant soin, de ménager le nerf facial dont la lésion entraînerait l'apparition d'une paralysie définitive.

A PROPOS DE L'ACCOUCHEMENT DIRIGÉ

par Paul BUCHER
Ancien Interne des Hôpitaux de Lyon

L'article du docteur Jacques Gaillard paru dans le « Concours Médical » du 10 octobre 1945 sous le titre : « Les principes et la technique de l'accouchement dirigé » me conduit à exposer succinctement les résultats qu'entre les mains d'un praticien rural une telle méthode peut effectivement donner. Médecin de campagne, je ne saurais évidemment prétendre à l'alignement d'une statistique sur celle d'une maternité de grand centre; qu'il me suffise de montrer que l'accouchement, même celui que l'on prévoit difficile, reste, moyennant l'observation de quelques règles fondamentales, du domaine de l'omnipraticien ; celui-ci garde ainsi bien en mains toute une clientèle de femmes et de petits enfants qu'en vrai médecin de famille il suivra longtemps, sans interruption, et en connaissance de cause.

Bien que j'aie été appelé au cours de ces trente derniers mois auprès de 146 parturientes, il m'en faut éliminer 13, soit 9 multipares auprès desquelles je ne suis arrivé qu'après la sortie de l'enfant, 2 femmes chez qui j'ai pratiqué une application de forceps à la demande d'un médecin ou d'une sage-femme, une parturiente porteuse d'un hydrocéphale que j'ai dû extraire après craniotomie, enfin une malade atteinte de néphrite chronique, et dont la grossesse, compliquée de placenta praevia, s'est terminée par une césarienne.

En fait, 133 accouchements ont été « dirigés » systématiquement à partir du moment où je me suis trouvé au chevet des femmes en couches. Or, cette « direction » ne consiste pas tant à provoquer une dilatation accélérée du col en vertu de théories histo-physiologiques non universellement admises, qu'à obtenir d'une mère dont les suites restent normales, un enfant aussi peu traumatisé, aussi vigoureux que possible, et ce en un temps minimum avec aussi peu de souffrances qu'il se peut. A ce titre, l'accouchement à domicile a mauvaise réputation, à tort sans doute ; car, durant les mêmes 30 mois écoulés, je n'ai pu noter sur 133 accouchements que : une phlébite variqueuse d'une durée de 6 jours ; une pelvi-péritonite apparue un mois après un accouchement spontané, et d'évolution bénigne ; une endométrite du 4e au 10e jour du post-partum, sans autres suites ultérieures ; enfin un syndrome clinique d'infection puerpérale non vérifiée bactériologiquement, étendue du 4e au 22e jour du post-partum, et alors guérie sans autres suites, chez une femme atteinte de folliculite. En comparaison, parmi mes clientes de retour de diverses maternités, je relève 6 cas d'abcès du sein, une hémorragie tardive par rétention d'un cotylédon avec anémie intense, et une pelvi-péritonite compliquée de néphrite aiguë.

Quant aux enfants, et mis à part 2 jumeaux morts avant tout travail, 147 sont venus vivants au monde, et sur ce total, 137 sont aujourd'hui vivants. Les morts sont : 3 cas de broncho-pneumonie ayant succombé à 2 mois, 3 mois et 9 mois ; 2 cas de jumeaux très prématurés, nés de parents alcooliques et morts respectivement à 1 jour et à 2 mois ; 1 cas de prématuré syphilitique mort au 4e jour ; 1 cas de prématuré de 6 mois 1/2 de grossesse mort le 3e jour après la naissance ; 1 cas d'athrepsie, mort à 3 mois, la mère étant tuberculeuse ; 1 cas d'otomastoïdite mort à 8 mois ; enfin un prématuré extrait par césarienne pour placenta praevia chez une femme atteinte de néphrite chronique, cas mentionné plus haut.

La technique de l'accouchement dirigé revient essentiellement à **accélérer l'accouchement sans le forcer**, avec le résultat accessoire mais inconstant d'une relative analgésie ; il revient aussi à obtenir une **délivrance rapide et complète.**

L'accouchement ne peut être utilement accéléré tant que le col n'est pas réellement effacé, exception faite des grandes multipares. Cette condition préalable d'effacement du col remplie — et elle peut ne se présenter qu'à une moyenne paume — il convient de distinguer 3 types schématiques :

Cas du bassin normal avec bonne constitution du segment inférieur (c'est là une notion trop méconnue, autrefois mise en évidence par les vieux maîtres lyonnais) : le segment coiffe bien la présentation qui plonge dans le bassin ; la simple rupture de la poche des eaux ne suffit pas à imprimer d'elle-même des modifications sensibles à la marche du travail, mais si l'on y ajoute l'injection d'un centicube de spasmalgine et d'une unité d'extrait post-hypophysaire, on passe d'un col à 5 francs à l'expulsion de l'enfant en moins d'une demi-heure souvent, même chez la primipare. (Temps les plus courts observés dans ces conditions : 15 minutes chez une primipare, et 7 minutes chez une octipare). Les échecs ici doivent être bien rares.

Cas du bassin normal avec segment mal constitué : on rencontre habituellement une tête haute ; le col se dilate sur la poche des eaux ; entre le col et la présentation règne un espace vide souvent assez grand et la présentation s'appuie parfois sur une sorte d'anneau de contraction. La rupture de la poche des eaux peut alors provoquer une descente immédiate de la tête suivie de douleurs régulières et rapprochées, voire subintrantes. C'est alors que la souplesse du col, l'existence d'un anneau de contraction, la fréquence des douleurs et les données fournies par l'aspect et le palper de l'utérus constituent autant d'indices en faveur de l'emploi soit de la spalmagine seule, soit de la post-hypophyse seule, soit des deux médicaments associés. Mais il ne faut pas s'attendre ici à un accouchement de rapidité aussi spectaculaire ; une à plusieurs heures peuvent séparer la dilatation à 5 francs du col complètement dilatable ; une intervention peut même devenir nécessaire, et je note, en ce qui me concerne dans de telles éventualités, deux applications de forceps pour fatigue maternelle et une version pour procubitus. Malgré tout, la méthode compte de beaux résultats à son actif ; ils ne doivent toutefois pas faire oublier que bien longtemps avant la mise au point de l'accouchement dirigé, on obtenait, chez certaines multipares au col dilaté comme 2 francs, l'expulsion en deux heures et après un bon sommeil, grâce à l'association de la rupture de la poche des eaux avec l'administration de 3 gr. de chloral. Et faut-il rappeler certaine formule de « Pillules qui servent à faire les enfantements faciles » qui, datant du règne de François Ier,

associait, emmenagogues et anti-spasmodiques ? » (1).

Cas du bassin rétréci au détroit supérieur : quand la tête ne s'est pas engagée avant la rupture de la poche des eaux, l'accouchement dirigé devient ici l'épreuve du travail, épreuve qui met en jeu à la fois la dystocie cervicale et la dystocie pelvienne, la première étant d'ailleurs souvent sous la dépendance de la seconde. A condition d'y être entraîné et de réduire au strict indispensable des touchers toujours parfaitement aseptiques, on peut effectuer cette épreuve du travail à domicile d'autant mieux que les risques de contamination y sont moindres qu'à l'hôpital où la flore microbienne pathogène pullule autrement que dans une ferme isolée. Voici, à titre d'exemple, ce que j'ai observé :

Primapares : 2 cas ; l'un terminé par césarienne (en clinique, suites normales, enfant vigoureux de 3 g. 400) 6 heures après que tous les moyens mis en œuvre pour faciliter l'engagement eussent échoué ; l'autre, terminé par l'accouchement spontané d'un enfant vivant, 20 heures après la rupture de la poche des eaux, le col étant alors effacé et seulement dilaté comme 1 fr.

Multipares : 10 cas ; avec un forceps au détroit supérieur, un forceps dans l'excavation et 8 accouchements spontanés. De ceux-ci je signalerai le plus intéressant, non qu'en milieu hospitalier la chose ne soit courante, mais pour bien montrer les résultats d'un cas type à domicile.

Mme C..., 35 ans, bassin aplati et généralement rétréci à promontoire très élevé ; 4 grossesses antérieures terminées : 3 par application de forceps, 1 par grande extraction de siège, avec 2 enfants seulement ayant survécu à ces manœuvres. Le 24 mars 1945, à 16 heures, soit 7 heures après le début des douleurs, la tête est mobile et le col, haut et non effacé, admet l'index. Le lendemain, 25 mars, à 1 h. 30 du matin, soit 9 heures 30 min. plus tard, le col, effacé, est dilaté comme une petite paume, mais la tête reste mobile ; rupture de la poche des eaux, injection d'un centicube de spalmalgine et d'une unité de post-hypophyse ; jusqu'à 4 h. 30, on assiste à diverses tentatives d'adaptation de la tête en hyper-flexion, puis en déflexion, puis finalement en flexion modérée où elle se fixe ; nouvelle injection combinée, renouvelée encore à à 7 h. 30. A 9 h. 30, on ne perçoit plus de front au palper, la tête est donc engagée ; injection d'une unité d'extrait post-hypophysaire, renouvelée à 10 h. 45, cette dernière provoquant aussitôt l'issue immédiate d'un vigoureux enfant de 3 kg. 500 ; suites simples.

Le franchissement du détroit supérieur et du col n'est pas tout dans l'accouchement. **Il faut obtenir aux moindres frais la sortie de l'enfant, puis celle de la délivrance.** A cet effet, bien avant l' « accouchement médical » de Kreiss, l'extrait post-hypophysaire avait pris la place de la quinine, mais on lui a reproché l'expulsion trop fréquente d'enfants impossibles à ranimer. En fait, la post-hypophyse n'est réellement active et utile qu'injectée précocement ; s'il n'est pas indispensable de l'administrer dès dilatation complète, il convient de ne pas la différer de plus d'un quart d'heure après cette dilatation ; il faut la renouveler une ou deux fois si, bien entendu, la progression est lente ; même chez des hypertendues et des tuberculeuses, cette façon de faire vaut mieux qu'une anesthésie générale suivie d'application de forceps. Le forceps toutefois, en cas d'échec, sera toujours utilisé avant toute fatigue intense de la mère, avant toute souffrance fœtale prolongée.

L'enfant sorti, reste la délivrance. **Avant même de sectionner le cordon, on doit injecter 1 à 2 unités d'extrait post-hypophysaire** ; et cela systématiquement ; en une demi-heure au plus, la délivrance, presque toujours, est dans le vagin, sans pertes supérieures à 200 ou 300 gr. de sang ; en tous cas je n'ai jusqu'ici jamais observé d'hémorragie de la délivrance ni d'inertie utérine. Voici encore une observation digne d'intérêt :

Mme V..., 33 ans, antécédents syphilitiques, 4 accouchements, dont 3 terminés par une délivrance artificielle ; un seul enfant a survécu au delà des premiers mois. Le 6 février 1945, après un travail rapide et l'issue d'un enfant vigoureux (et vivant 8 mois plus tard), injection de deux unités d'extrait post-hypophysaire. Une heure plus tard, ni coliques ni signes de décollement ; nouvelle injection de deux unités de post-hypophyse ; des coliques s'amorcent, et une demi-heure plus tard la délivrance complète est dans le vagin ; les membranes, déchiquetées, ne sont pas complètes ; pas d'hémorragie, suites simples.

Si la rupture précoce de la poche des eaux suivie de l'administration judicieuse de la spasmalgine et de l'extrait post-hypophysaire aux différents temps de l'accouchement, soit depuis l'effacement du col jusqu'à l'expulsion du délivre, constituent l'essentiel de l' « accouchement dirigé » en cas de présentation céphalique, il convient d'ajouter que la méthode est parfaitement valable aussi **en cas de présentation du siège** ; ici, la spasmalgine semble constituer un moyen préventif destiné à éviter la rétraction du col sur tête dernière.

En cas de présentation de l'épaule, avec poche des eaux intactes, voici comment, à deux reprises, j'ai paré à cette éventualité redoutable : 1er temps, injection d'une ampoule de spasmalgine ; 2e temps, 10 minutes plus tard, reposition de la tête suivie aussitôt d'une injection de 2 unités d'extrait post-hypophysaire et de la rupture de la poche des eaux ; dans les deux cas, l'accouchement a ensuite évolué sans incidents.

Pour terminer, j'ajoute qu'on se trouvera bien de ne pas négliger certains petits moyens manuels destinés aussi bien à hâter la progression qu'à éviter quelques dystocies secondaires. Plutôt que de se borner, suivant les livres, à guetter la fixation du sous-occiput au sous-pubis, fixation toute théorique, avant d'intervenir pour le dégagement, il convient de suivre au contraire d'un doigt aseptique, de loin en loin, la descente de la tête. Ainsi, quand le col reste très en arrière, la présentation bombant dans la paroi antérieure du segment, ramener ce col en avant ; quand le col, bien effacé, à 2 fr. ou 5 fr., est bordé par une sorte de mince bride tranchante, le dilater au doigt qui souvent l'agrandit aussitôt aux dimensions d'une paume de main ; quand il reste peu de col, 1 cm. par exemple,

(1) A l'usage de ceux qui s'intéressent à la petite histoire de la médecine, voici cette formule « Prens canelle et savinier de l'ung et l'autre le poix de deux dragmes ; et en oultre cassie lignée demye dragme ; myrrhe, aristoloige ronde, un dragme de chascun : storac liquide demye dragme ; et de oppion douze grains. Et en fais pillules du poix de deux dragmes et baille à boire à la femme avec deux onces de vin vieil » (Rodion, *Des divers Travaux et Enfantements des Femmes*, etc., chez Jehan Foucher, Paris, 1536).

saisir l'occasion d'une bonne contraction pour le faire glisser par delà l'occiput : on évite ainsi les dernières douleurs d'ouverture si pénibles par la souffrance qu'elles occasionnent et par les vomissements qui les accompagnent, et les premiers efforts d'expulsion surviennent aussitôt ; quand la femme pousse mal, profiter d'une contraction expulsive pour appuyer avec deux doigts en crochet sur le côté vaginal du périnée, le réflexe d'expulsion en est souvent réveillé ou accru au point que la femme réclame cette manœuvre à chaque nouvelle douleur ; quand la tête progresse à la vulve, appuyer sur l'occiput, celui-ci franchira d'autant mieux l'anneau vulvaire (et, chez la primipare, l'hymen ou ce qui en reste) qu'il sera plus fléchi ; durant le dégagement enfin, trois manœuvres réduisent au minimum l'éventualité d'une déchirure : limiter la vitesse de sortie de la tête, faire glisser doucement l'anneau vulvaire au delà des bosses pariétales, et, après le dégagement de l'épaule antérieure, tasser le foetus contre la symphyse pour finir de l'extraire, l'épaule postérieure étant une cause fréquente et méconnue d'éclatement du périnée qu'elle accroche au passage.

Promptitude, minimum de fatigue maternelle, minimum de dystocie, rareté des interventions, vigueur du nouveau-né, délivrance simple, suites de couches non compliquées le plus souvent, tels sont les grands avantages de l'accouchement dirigé. A la campagne, à domicile, ce devrait être la vraie technique de l'accouchement entre les mains du praticien.

NEURO-CHIRURGIE

Nous recevons du Dr Daniel Ferey, neuro-chirurgien à Saint-Malo, la lettre suivante. Nous nous faisons un plaisir de la publier, comme complément à notre précédente étude.

G. Fischer.

Votre article m'a beaucoup intéressé. Elève de de Martel et de Clovis Vincent, j'ai réussi à faire en Bretagne depuis quinze ans un centre d'attraction, si je puis dire, de neuro-chirurgie, et j'en ai été récompensé en mars dernier, On a en effet au Ministère, créé, pour la première fois en province, un Centre qui s'appelle le Centre Régional de Neuro-Chirurgie pour la Bretagne et dont j'ai été nommé directeur.

Les Centres de Lille, Lyon, etc., dont vous parlez, n'existent pas officiellement. Ce sont, comme jusqu'en mars dernier pour moi, des chefs de service qui ont créé eux-mêmes des Centres où ils se sont livrés à la spécialisation, et c'est bien la reconnaissance officielle et l'organisation effective de ces Centres que demandent le professeur Guillain et le professeur Vincent. Notre article arrive tout à fait à point pour soutenir notre point de vue.

Neuro-chirurgien de la IIe armée, j'ai pu apprécier là toute l'importance d'un Centre, puisque de toutes les armées engagées, David et moi avons eu, et de beaucoup, même plus que Guillaume, un très grand nombre d'opérés. Nous étions à Verdun à la charnière de la bataille et nous avons opéré sans arrêt du 10 mai au 15 juin 1940.

Maintenant je vais vous faire un petit grief, qui est certainement un oubli. Vous n'avez pas cité, à mon avis, les deux grands pionniers de la chirurgie cérébrale : David et Puech. Tous les deux ont démarré avec Clovis Vincent dont ils étaient les assistants ; **c'est leur trio qui depuis 1929 a créé la Neuro-Chirurgie en France.**

David est à présent neuro-chirurgien d'Antoine Chantin et du Val de Grâce.

Puech est chirurgien-chef de l'hôpital Sainte-Anne. Et ils mériteraient, à l'égal de Guillaume, que je reconnais comme étant un de nos meilleurs neuro-chirurgiens, une mention au moins égale à la sienne. **Je les mets sur un même pied d'égalité.**

Daniel FEREY.

LES LIVRES

MALOINE, éditeur

Jacques Gaujoux. — **Traitement de certaines anuries par l'infiltration anesthésique du pédicule rénal,** préface du professeur Chauvin. Un vol. 155 p., 80 fr.

On peut, dit dans sa présentation de l'ouvrage le professeur Chauvin, par une simple infiltration anesthésique du pédicule rénal, rétablir dans certains cas, la sécrétion urinaire tarie et guérir des anuries graves

Par quel mécanisme agit cette anesthésie ? Comment doit-on la pratiquer ? Dans quels cas doit-on l'utiliser ? Quels résultats peut-on en attendre ? C'est la réponse à ces quatre questions que nous fournit la monographie de M. Gaujoux.

Après avoir précisé le rôle que joue le système nerveux dans les diverses variétés d'anuries, l'auteur nous montre comment la paralysie vasomotrice du rein due à l'anesthésie peut faire céder aussi bien que les spasmes musculaires tous les spasmes vasculaires. Et si l'on considère que, conformément aux conclusions de travaux récents ces derniers jouent un rôle essentiel dans la genèse des anuries de tous ordres, on n'est nullement surpris des bons résultats obtenus dans des cas apparemment disparates.

Encore faut-il que l'infiltration soit correctement effectuée. Bien des échecs sont dus à une anesthésie manquée. Aussi l'auteur précise-t-il dans tous ses détails une technique qui, sans être difficile, est cependant délicate.

LIVRES RECEMMENT PARUS

Vigot frères, Editeurs
23, rue de l'Ecole de Médecine, Paris VI

J. Vanverts et R. Palliez. — Précis de puériculture à l'usage des étudiants en médecine. Une brochure, « Collection des Précis Médicaux », 104 pages, 37 fig., 1946.

Librairie Maloine
27, rue de l'Ecole de Médecine, Paris VI

Dr Léon Coriat. — **La pénicilline.** 1 vol. 118 p. 1945. Prix : 140 fr.

R. Benda. — **Thérapeutique clinique journalière des affections de l'appareil respiratoire.** (Trachée, bronches, poumons, plèvre, médiastin). 1 vol. 164 p., 1945. Prix : 140 fr.

LES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

La guerre et le climat de Paris

(MM. L. Justin-Besançon et Jean-Claude Dubois; 12-3-1946)

Les effets provoqués par la réduction de la circulation, la diminution des fumées industrielles, l'extinction d'un grand nombre de foyers domestiques, depuis 1940, sur le climat de Paris, ont été constatés par tous (disparition du bruit, meilleur état des arbres de la capitale...)

Seule l'étude plus précise des modifications météorologiques observées de 1940 à 1945, permet de mieux comprendre le mécanisme de ce bouleversement climatique.

Le nombre annuel de jours de brouillard qui ne cessait de croître avant-guerre, a diminué. Le nombre d'heures d'insolation a augmenté. Les gros ions, conséquence directe de la pollution de l'air, dont le nombre avait doublé de 1905 à 1928, étaient près de deux fois moins nombreux en 1943 qu'en 1935. Le CO a presque totalement disparu. Le nombre de moisissures et de bactéries s'est réduit de moitié.

Ces constatations doivent inciter à renforcer l'application de règles d'urbanisme destinées à décongestionner la capitale et à purifier l'atmosphère parisienne.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX DE PARIS

Epithéliomatose respiratoire diffuse.

(MM. Ameuille, Pruvost, J. M. Lemoine et Mlle Schweisguth ; 22-3-1946)

Observation d'une tumeur de la bronche souche droite qui a été méconnue pendant 5 ans et qui a évolué vers la mort pendant la dernière année avec des signes d'asphyxie progressive.

La tumeur bronchique était d'un type très rare : **stroma conjonctif et osseux, recouvert** d'un épithélium bronchique absolument normal et secrétant avec activité.

Elle ne donnait pas de métastases, mais une substitution de l'épithélium bronchique à l'épithélium respiratoire des alvéoles dans l'intérieur du poumon sur de larges territoires, avec inondation des alvéoles libres par du mucus.

Il n'existe qu'une vingtaine d'observations analogues dans toute la littérature médicale. Les vétérinaires ont observé une maladie assez semblable dans certains troupeaux de moutons de l'Afrique du Sud et des Landes.

SOCIETE FRANÇAISE DE GYNECOLOGIE

Séance du 17-12-1945

Torsion des fibromes utérins corporéaux.

M. E. Godlewski (Avignon) apporte quelques réflexions intéressantes au sujet des torsions isthmiques des fibromes corporéaux utérins. Il cite des cas dans lesquels la torsion, limitée par la brièveté du ligament large gauche, n'est pas exagérée et ne se manifeste que par une symptomatologie réduite à un peu de douleur, quelques troubles digestifs ou urinaires.

Dans un des cas, il a pu, avec une myomectomie et une fixation sus-isthmique abdominale, guérir définitivement la malade avec conservation totale de l'appareil génital.

La dicoumarine en chirurgie.

M. P. Ulrich revient sur la médication anticoagulante par la dicoumarine dont il fait l'historique, depuis sa découverte en 1903 jusqu'à son introduction dans la thérapeutique des thrombophlébites et des embolies.

Il rappelle que ce sont les auteurs canadiens Shoffield, Roderick et Quick qui ont étudié une curieuse diathèse hémorragique chez les ovidés et bovidés qui avaient brouté du mélilot gâté. Or, le principe actif de ce trèfle doux en putréfaction est la dicoumarine que Linck, de Wisconsin, et ses élèves ont isolée et dont ils ont réalisé la synthèse. La dicoumarine de synthèse est une poudre blanche, cristallisée, insoluble dans l'eau.

Dans sa pratique, Ulrich emploie la dicoumarine chaque fois qu'il y a lieu de craindre une complication veineuse post - opératoire, comme traitement préventif, abortif et curatif, sous forme de dragées de 100 mgr., à raison d'une prise massive unique de 6 dragées le 4e ou 5e jour après l'opération, moment où l'hémostase opératoire est déjà acquise. L'action anti-coagulante est en plein rendement après 48 heures et dure de 8 à 10 jours. A ce moment, une nouvelle prise de 600 mgr. s'impose, pour peu que l'état clinique et hématologique présente encore quelque insécurité au point de vue de l'éclosion possible d'une complication veineuse. Manié correctement, le médicament est pratiquement à peu près inoffensif. Son antagoniste est la vitamine K, dont l'emploi semble indiqué concurremment avec la coumarine dans certains cas.

Les engraissements du type hyperfolliculinique.

M. Audit (de Bordeaux) souligne l'erreur qui consiste à donner systématiquement de la folliculine aux obèses qui sont souvent hyperfolliculiniques.

L'obésité avec hypersécrétion hypophysaire.

MM. Claude Béclère et H. Simonnet. — Depuis de nombreuses années, en présence d'une obésité chez une jeune fille ou une femme ayant des règles insuffisantes ou absentes, on porte le diagnostic d'obésité par insuffisance ovarienne. L'étude attentive de l'obésité chez les jeunes filles avec aménorrhée hyperhormonale, de l'obésité au cours de la grossesse, de l'obésité dans la période des troubles hormonaux préménopausiques et de l'obésité post-ménopausique, montre au contraire que, dans la grande majorité des cas, le fait physiologique dominant est l'hyperfonctionnement du lobe antérieur de l'hypophyse. L'augmentation, mesurée dans tous les cas, de la sécrétion gonadotrope est un témoin précis de l'activité accrue de l'hypophyse.

SOCIETE MEDICALE ET ANATOMO-CLINIQUE DE LILLE

Séance du 30-10-1945

Calculs de l'uretère pelvien juxta-vésical.

M. G. Vincent. — Observations de trois malades porteurs de calculs juxta-vésicaux : le

premier élimina spontanément son calcul, après cathétérisme urétéral ; la deuxième observation concerne un calcul juxta-vésical enlevé par voie iliaque sous-péritonéale, et la troisième un calcul juxta-vésical enlevé par voie transvésicale. A l'occasion de ces observations, l'A. montre les indications données par les urographies intraveineuses et discute les différentes techniques opératoires utilisées.

Mononucléose infectieuse à allure typhique.

M. J. Ledieu. — Un garçon de 5 ans présente une rhino-pharyngite fébrile qui prend bientôt une allure typhique. La présence de ganglions angulo-maxillaires, axillaires et inguinaux, et d'une rate percutable, sans raideur ni Kernig, oriente le diagnostic vers la mononucléose, qui s'affirme par la posivité de la réaction de Paul et Bunnell. L'A. insiste sur la fréquence relative de la mononucluéose infectieuse, sur l'allure assez grave du cas qu'il rapporte et sur la valeur de la réaction de Paul et Bunnell.

La diarrhée hyperfolliculinique

MM. A. Bernard et L. Lanselle. — A propos de quatre observations, les A. étudient le symptôme diarrhée due à l'hyperfolliculinie. Elle survient dans les quelques jours qui précèdent les règles, s'accompagne d'autres symptômes extra-digestifs d'hyperfolliculinie et cesse avec le flux menstruel, ou grâce à des médicaments antifolliculiniques.

Sur le plan endocrinien, la diarrhée hyperfolliculinique peut être rapprochée de la diarrhée par hyperthyroïdie et par insuffisance surrénale.

La pathogénie de ce symptôme relève de l'action de la folliculine sur le système neuro-végétatif qui, à l'instar des expériences de Reilly, aboutit à une vaso-dilatation capillaire et à une sécrétion exagérée de l'intestin.

Asthme et tétanie chez un infantile. Particularités biologiques paradoxales de la tétanie. Rapports de l'asthme et de la tétanie.

M. Langeron. — Cette observation tire son intérêt des faits suivants : apparition de la tétanie dans un contexte d'aplasie endocrinienne générale, calcémie et phosphatasémie augmentées en crise, chronaxie normale, formule calcémie-calciurie d'insuffisance vitaminique D. L'association avec l'asthme permet d'étudier les rapports entre les deux affections. L'asthme s'accompagne très rarement de tétanie ; la tétanie peut donner des manifestations d'allure asthmatique. Il faut donc, dans le cadre général de l'hyperexcitabilité neuro-végétative, des conditions particulières pour réaliser les deux affections, qui sont rarement associées.

LA PRESSE

Les pneumopathies fantômes des opérés. — Il ne s'agit ni de l'atelectasie, ni des infections par embolie septique, liées d'une façon directe et évidente à l'opération. Il ne s'agit pas non plus des affections banales, bronchites, pneumonies, etc., qui peuvent évoluer chez un opéré comme chez tout autre sujet. Le Prof. *Fiolle* décrit des cas où le tableau clinique simule la maladie (broncho-pneumonie, bronchite, etc.). Ces troubles n'ont vraisemblablement que peu ou pas de substratum anatomiques, puisque leurs signes s'évanouissent dès qu'on a exécuté certain geste libérateur du côté de la plaie, siège d'un hématome ou d'une collection séro-purulente. Un coup de sonde cannelée évacue une certaine quantité de sang ou de pus ; peu après la température tombe plus ou moins vite ; mais ce qu'il y a de plus extraordinaire, c'est que les symptômes thoraciques, quelques heures après, ont disparu. On ne peut songer à une action toxique, à un mécanisme microbien ; peut-être s'agit-il d'une irritation des terminations nerveuses. Avant de faire un diagnostic ferme de lésion thoracique, une règle s'impose : voir la plaie. (*Le Progrès Médical*, 10 *avril* 1946.)

Un facteur biologique universel : la lumière. — Le Prof. *Rémy Collin* (Nancy), après quelques considérations générales sur la lumière comme facteur biologique (photosynthèse des glucides, excitant des grandes fonctions), étudie les mécanismes de l'action de la lumière chez les vertébrés. L'organisme d'un vertébré est en relation avec les radiations lumineuses de la biosphère par deux surfaces photo-sensibles : l'une constituée par la peau proprement dite, l'autre par les yeux. L'intervention de l'appareil visuel entraîne celle de la glande pituitaire dans beaucoup de réactions organiques. Il est hors de doute que l'hypophyse intervient dans la fonction pigmentaire ; cette action est attribuée à une hormone : l'intermédine de Zondek, qui est mélanophoro-dilatatrice, avec une antagoniste l'adrénaline exerçant sur les mélanocytes une influence mélanophoro-constrictive ; ainsi la régulation fonctionnelle de la pituitaire est soumise à l'influence des radiations par ses relations avec les fibres optiques émanées de la rétine. La lumière, pénétrant dans l'organisme par les yeux et non par la surface cutanée, ferait aussi apparaître dans l'hypophyse les hormones gonadotropes responsables de l'activité sexuelle : éclairage nocturne des poulaillers utilisé par les aviculteurs pour accroître la capacité de ponte des poules ; la lumière agit par l'intermédiaire de la glande pituitaire, car elle ne produit aucun effet sur les gonades des animaux hypophysectomisés. Enfin, il y aurait aussi des réflexes photo-pituito-glucidiques : les grenouilles éclairées par une injection d'intermédine ont une glycémie plus élevée ; le rythme nycthéméral du rôle serait influencé, ainsi que sans doute d'autres rythmes quotidiens, par des réflexes photo-endocriniens. (*Gaz. Méd. de France*, avril 1946.)

G. F.

INNOVATIONS THÉRAPEUTIQUES innothéra

SYMPATHYL

RÉGULATEUR DU SYSTÈME NEURO-VÉGÉTATIF

3 à 8 comprimés par jour

INNOTHÉRA, 54, AVENUE PAUL-DOUMER, ARCUEIL (SEINE)

TRAITEMENT rationnel de toutes les formes de l'OBÉSITÉ et des troubles annexes

DELLOVA

à base d'extraits opothérapiques renforcés par un laxatif

2 FORMES

Cachets..... 1 à 2 par jour
Comprimés ... 2 à 4 par jour

Lab. C. LAFOSSE, 48, Av. de la République, PARIS

CACODYLINE

JAMMES

A : 10 cgs.
B : 20 cgs. D : 50 cgs.
C : 30 cgs. E : 1 gr.

ET

MAGNÉSIO-CACODYLINE

IODINJECTOL

3 FORMES { SIMPLE SALICYLÉ GOUTTES

Une injection intramusculaire ou intraveineuse par jour. 60 à 100 gouttes par jour.

Laboratoires JAMMES
86, Rue Michel-Ange, 86
PARIS (16e)

SOLUTION HEPATOUM

SOLUTION DANS LES EAUX DU BASSIN DE VICHY, PRISES DIRECTEMENT AUX SOURCES, D'EXTRAITS DE PLANTES HÉPATIQUES

SPÉCIFIQUE DES AFFECTIONS DU FOIE, DES REINS, DE LA VÉSICULE BILIAIRE

ACTION RAPIDE DANS LES CRISES DOULOUREUSES HÉPATIQUES, NÉPHRÉTIQUES MENSTRUELLES

LABORATOIRE HEPATOUM • Saint-Yorre (Allier)

PARTIE PROFESSIONNELLE

PROPOS DU JOUR

LES JOURNÉÈS MÉDICALES DE BRUXELLES

Les journées médicales de Bruxelles célèbrent cette année leur vingt-sixième anniversaire. Au lendemain de l'autre guerre, dans une Europe qui reprenait peu à peu goût aux rythmes du temps de paix, une formule nouvelle fut proposée aux médecins pour renouer des relations internationales et confronter des recherches poursuivies en ordre dispersé. Imaginée par le Dr Beckers, cette formule reçut à Bruxelles sa première démonstration. La première et, pourrait-on dire, la seule : comme si elle était spécifiquement belge et inapte à trouver ailleurs son climat, elle fut imitée partout et jamais égalée. Un fait demeure : depuis 1921, avec une autorité et un succès grandissants, les journées médicales de Bruxelles marquent une date dans l'année : elles sont irremplaçables pour faire la somme de ce qui a été réalisé au cours des mois précédents et annoncer la pause des vacances.

Elles célèbrent, disais-je, leur vingt-sixième anniversaire, non pas leur vingt-sixième session. Car depuis 1940, l'Europe fut en proie à un accès vésanique qui ne laissait plus de place à des échanges culturels entre les peuples. C'est tout autre chose qu'ils échangèrent pendant cinq ans ! Le continent en est couturé de cicatrices ; la civilisation aussi. C'est avec des yeux un peu hagards et le rouge au front, que les hommes considèrent maintenant le résultat de leurs travaux depuis 1940.

Il faut pourtant sortir de cette hébétude de brutes désenivrées, et c'est à quoi nous convient les Belges. En reprenant les gestes et les coutumes du temps de paix, nous achèverons peut-être plus vite de réinstaller la primauté de l'humanisme en ce monde bouleversé. L'entreprise était pourtant audacieuse, car mille entraves nées de la guerre subsistent qui rendent presqu'impraticables les voyages à l'étranger. Il valait la peine d'essayer. C'est chose faite grâce à la ténacité de Mayer et de Beckers. S'ils se réjouissent de leur succès, leurs hôtes s'en réjouiront davantage encore pour les promesses d'avenir que cette initiative apporte à l'Europe.

Sa Majesté la Reine Elisabeth fut, dès l'origine, la prestigieuse marraine des Journées médicales de Bruxelles, et il n'est pas douteux qu'une part de la renommée mondiale acquise par ces Journées est due à celle qui reste, à travers toutes les péripéties politiques, la reine des temps héroïques; les temps où, selon le mot du poète, la Belgique était réduite à n'être plus « qu'un bout de sol dans l'infini du monde » et où elle luttait à mort pour son indépendance.

Pour ce renouveau des Journées, la Reine Elisabeth leur apporta l'assurance renouvelée de son intérêt en assistant à la séance inaugurale.

Le Dr Marteaux, ministre de la Santé Publique, prononça une allocution liminaire où il évoqua la situation actuelle de la Belgique qui s'efforce de relever ses ruines et de se forger un régime social capable d'affronter les dures épreuves qui attendent le pays. L'armature sanitaire est à compléter et les anciennes formes devront s'adapter. Le Corps médical, assure-t-il, n'aura pas à en souffrir, et il apporta aux médecins belges la promesse de prochaines élections aux Conseils de l'Ordre.

Puis, au nom des délégations officielles étrangères, le Chef de la Délégation Suisse exprime le plaisir qu'il ressentait à voir reprendre avec un éclat aussi vif et devant une assistance plus nombreuse que jamais la tradition des journées médicales.

Le Docteur Beckers dit le sens de confiance opiniâtre en l'avenir que les organisateurs avaient entendu donner à cette session conçue et menée à bien dans un moment où l'Europe semble incertaine elle-même de ce qui l'attend.

Enfin le Dr Bremer, Président des Journées de 1946, fit un exposé succinct mais précis des récentes investigations dans le domaine de la neurophysiologie.

C'est le professeur Mondor, récemment élu à l'Académie Française, qui fit cette année la conférence traditionnelle où les belles-lettres font avec la médecine une rencontre de choix.

Il releva que si les organisateurs avaient confié cette mission spectaculaire à un Français, l'honneur n'en revenait pas seulement à ce Français lui-même mais aussi à la France. Car, en cette période de son histoire où notre pays vient de traverser et traverse encore des années exceptionnelles qui marqueront définitivement son destin, le placer en vedette c'est affirmer une amitié persistante, une foi obstinée dans son avenir.

Il aborda ensuite le sujet de sa conférence : « Un chirurgien du XVIII siècle ».

Ce chirurgien, c'est Joseph Desaux, né dans une famille pauvre de la campagne franc-comtoise, et qui parvint, par un labeur acharné, à devenir l'une des grandes figures de son siècle. Primitivement destiné à la carrière ecclésiastique, il montra dès l'adolescence une propension telle à se vouer à la souffrance du corps que sa famille le laissa courir sa chance dans la profession alors peu honorée de chirurgien-barbier. Il fut envoyé pour une sorte d'apprentissage à Lure, puis à Belfort, Mais bientôt, animé du besoin de s'instruire, il va à Paris et commence à y apprendre l'anatomie sous la direction d'Antoine Petit. Si grand est son zèle et si manifeste sa vocation que bientôt il est

en mesure d'enseigner à son tour : il fonde une école de dissection et l'installe dans une maison sordide où la puanteur des cadavres soulève la réprobation des voisins. Desaux est un maître passionné, au langage violent, aux façons rudes, mais qui insuffle sa ferveur aux autres, si bien que les étudiants affluent bientôt à son cours.

Un jour l'un de ceux-ci, tout jeune encore, s'offre spontanément pour rédiger le cours que Desaux professe sur les pièces de dissection. Il s'acquitte de cette mission avec une telle maîtrise que Desaux l'interroge, s'intéresse à lui, le convie dans sa maison, fait de lui son fils spirituel. Ce jeune étudiant s'appelle Bichat ; il est le plus beau titre de gloire de Desaux.

Les honneurs cependant commencent à consacrer une carrière si humblement commencée. Desaux devient chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu. Son nom est justement respecté à travers le royaume.

Survient la Révolution. Desaux ne prend pas une part active à la tornade politique qui secoue le pays. Mais il a encouru la haine de Chaumette qui le fait arrêter et traduire devant le tribunal révolutionnaire, sous le prétexte qu'il aurait mal soigné ses malades. De la geôle du Luxembourg où il est incarcéré, on ne sort généralement que pour être mené à la guillotine. D'anciens malades de Desaux s'interposent cependant ; une pétition est rédigée et influence le tribunal qui prononce l'acquittement. Desaux reprend ses fonctions hospitalières.

Mais un jour de 1793, il est convoqué au Temple pour examiner le fils de Louis XVI que les geôliers disent être malade. On ne sait rien de cette visite de Desaux à l'enfant royal : aucune trace n'en a été conservée. Peut-être Desaux vit-il réellement Louis XVII ; peut-être lui présenta-t-on un enfant substitué. Il était homme à ne pas se prêter à de tels subterfuges et à prendre les risques de son attitude.

Peu après Desaux mourait assez brusquement, assez mystérieusement. Bichat fit l'autopsie du cadavre. Des bruits singuliers coururent cependant Il est impossible de se faire une opinion sur l'événement.

Ainsi finit le chirurgien du XVIIIe siècle en qui le professeur Mondor reconnaît un caractère et un esprit exceptionnels et qui est l'exemple même de ce qu'un labeur acharné peut faire du plus humble. C'est ainsi que, en tirant sur sa fin, la royauté annonçait l'avènement de la démocratie.

Le soir, dans la magnifique salle souterraine de l'Hôtel Métropole, un banquet réunissait les congressistes et les personnalités officielles déléguées à cette session.

De nouvelles allocutions du Président des Journées, du recteur de l'Université de Bruxelles, du délégué officiel britannique et des représentants des Académies de Médecine et de Chirurgie de Paris célébrèrent la première réunion médicale internationale de l'après-guerre. Je gage que beaucoup de ceux qui se trouvaient dans la salle évoquèrent, en cette journée inaugurale des Journées médicales belges de 1946, la session précédente qui s'était tenue à Liége, en juin 1939. L'atmosphère était lourde. Un malaise étreignait l'Europe et tout le monde avait les yeux tendus vers l'Est.

Je me souviens, pour ma part, d'un déjeuner qui nous fut offert dans un restaurant de l'Exposition. Je me trouvais assis auprès de la femme d'un confrère luxembourgeois. Un peu plus loin étaient plusieurs médecins hollandais et, en face, des amis belges. Et tous, se tournant vers moi, parce que Français, me disaient : Ne vous y méprenez pas. Vous aurez la guerre avant la fin de l'été. « Ils » sont maintenant prêts, et ne prennent même plus la peine de dissimuler. Croyez-nous, car nous les regardons en voisins inquiets : ils sont décidés à ne pas attendre davantage. »

Et, en même temps, à l'autre bout de la table, deux ou trois médecins italiens, échauffés et arrogants, réclamaient à haute voix : Nice, la Savoie, la Corse, la Tunisie. C'était déjà le partage des dépouilles.

Je me souviens que j'étais rentré en France assombri. C'était le dernier souvenir que j'avais emporté de Belgique, et Dieu sait si depuis sept ans il m'est souvent revenu à l'esprit.

Oui, sept ans ont passé, sept années affreuses. Cette dame luxembourgeoise, ces confrères hollandais et belges qui, en 1939, me considéraient avec apitoiement parce qu'ils voyaient la France directement menacée, ont été frappés aussi, roulés par le même flot. Sont-ils tous vivants ?

Mais nous nous retrouvions, de nouveau en ce 22 juin 1946, à Bruxelles, dans cette Belgique toujours vaillante et toujours fraternelle. Et nous venions y recueillir l'assurance que si ce n'était pas encore la paix (hélas !), du moins ce n'était déjà plus la guerre, et qu'il était permis d'espérer en un retour à la raison.

Cette assurance, qui a son prix, nous la devons à l'audace, à la foi obstinée de nos amis Mayer, Beckers et Bernard. Contre vents et marées, en dépit des mille obstacles, ils ont réalisé leur projet et fait revivre une de nos plus chères traditions du temps de paix.

Qu'ils en soient remerciés et que, avec eux, tous les médecins belges reçoivent l'hommage de sympathie et de cordiale amitié des médecins français qui se souviennent : depuis 1914, nos deux pays ont pris l'habitude d'être atteints par les mêmes maux et de connaître ensemble les joies de la recouvrance. De tels souvenirs constituent les plus solides liens de parenté.

G. LAVALÉE.

LA CESSATION DES HOSTILITÉS ET QUELQUES-UNS DE SES EFFETS

Comme le fait s'était déjà produit au cours de la guerre de 1914, de nombreuses mesures législatives ou réglementaires exceptionnelles ont été prises au cours de la guerre qui vient de se terminer, soit pour suspendre temporairement l'application de certaines lois, soit au contraire pour créer les conditions nécessaires à l'adaptation du pays aux circonstances. Toutes ces mesures d'exception se justifiaient seulement par l'état de guerre ; elles devaient donc disparaître avec le retour de l'état de paix. Mais il était nécessaire de fixer d'une façon précise la date à laquelle se produirait ce retour au droit commun, sans que nécessairement cette date coïncidât avec la signature du traité de paix qui doit officiellement mettre fin à la guerre.

Ce fut l'objet de la loi du 10 mai 1946, publiée au *Journal Officiel* du 12 mai 1946.

Aux termes de l'article 1er de cette loi, la date légale de cessation des hostilités est fixée au 1er juin 1946 pour l'exécution des lois, décrets, règlements et contrats dont l'application a été subordonnée à l'état de guerre, sauf dispositions spéciales antérieures à la promulgation de la loi ou intention contraire des parties résultant des contrats. Et la loi précise qu'il en sera ainsi sans qu'il y ait à distinguer suivant qu'il était disposé « pour l'état de guerre », « le temps de guerre », « la durée de la guerre », « jusqu'à la paix » ou toutes autres expressions équivalentes. De même, les délais qui doivent s'ouvrir à la cessation des hostilités commencent à courir de cette date du 1er juin 1946, sans égard aux terminologies différentes.

Mais, au principe ainsi posé, l'article 2 apporte des tempéraments particulièrement importants. Il dispose que l'application des textes énumérés aux états annexés à la loi est prorogée pour une durée de six mois pour ceux qui figurent à l'état A et de neuf mois pour ceux qui figurent à l'état B. Cette durée est comptée à partir du 1er juin 1946 ou, le cas échéant, de la date que ces dispositions avaient fixée pour terme de leur application.

En outre, l'article 3 assimile au temps de guerre pour l'application de certains textes et notamment pour l'application du titre II et des articles 45, 46, 47, 49, 50, 52, 54 et 55 de la loi du 11 juillet 1938 sur l'organisation générale de la nation pour le temps de guerre, la période de neuf mois qui a commencé à courir du 1er juin 1946

Nous nous proposons d'examiner ici les conséquences de la loi du 10 mai 1946 particulièrement susceptibles d'intéresser nos lecteurs.

Signalons tout d'abord qu'une loi de Vichy du 19 avril 1941, expressément validée par l'article 3 de l'ordonnance du 30 décembre 1944, avait prorogé jusqu'à la date légale de cessation des hostilités les *délais de procédure devant le Conseil d'Etat, la Cour de Cassation et le Tribunal des conflits.* Cette mesure était devenue, avec le temps, fort gênante pour les plaideurs ; aucune décision de justice ne pouvait devenir définitive, et, même lorsqu'elle avait été acceptée, pourvu que ce ne fût pas avec l'acquiescement du défendeur, elle restait indéfiniment susceptible d'un pourvoi en cassation dont le succès pouvait remettre en question le jugement du tribunal ou l'arrêt de la Cour. De même, les délais de recours en Conseil d'Etat contre les arrêtés des Conseils de préfecture ou les décisions de l'autorité administrative se trouvaient suspendus. Du fait de la loi du 10 mai 1946, tous ces délais suspendus ont pris fin le 1er juin 1946, et nous voici revenus maintenant au régime normal pour les pourvois en cassation ou les recours en Conseil d'Etat.

En matière *de loyers*, des dispositions particulièrement importantes se trouvent abrogées par la loi du 10 mai 1946 : *le décret du 26 septembre* 1939 réglant les rapports entre bailleurs et locataires en temps de guerre et *la loi du 28 février* 1941 relative à la majoration abusive des loyers ; mais le premier est compris dans l'état A, visé par l'article 2, et la seconde dans l'état B, si bien que l'abrogation ne deviendra effective : pour le premier que le 1er décembre 1946, et pour la seconde que le 1er mars 1947.

Le décret du 26 septembre 1939, modifié par les décrets et lois des 14 octobre 1939, 1er juin 1940, 25 novembre 1940, et 24 juin 1941, est celui qui permettait notamment aux locataires pouvant justifier de certaines circonstances résultant de l'état de guerre d'obtenir des réductions de loyers ; qui assurait le maintien de plein droit en possession des lieux loués, jusqu'au terme d'usage suivant le décret fixant la cessation des hostilités, des locataires mobilisés ou bénéficiant d'une réduction de loyer ; qui permettait aux locataires de bonne foi n'appartenant pas à une des catégories précédentes, d'obtenir à l'expiration du contrat de location ou des prorogations de jouissance, leur maintien en possession année par année, sans toutefois que la durée de ce maintien en possession puisse excéder de six mois la date du terme d'usage devant suivre le décret fixant la cessation des hostilités.

Quant à la loi du 28 février 1941, modifiée par la loi du 22 juillet 1943, elle avait prohibé jusqu'à la cessation des hostilités toute augmentation du loyer et des charges des locaux d'habitation ou professionnels, loués nus ou meublés, tel qu'il était fixé par le bail le 1er septembre 1939, ne permettant que la récupération de la majoration des charges et des prestations par rapport à leur montant au 1er septembre 1939. Cependant, les loyers qui se trouvaient déjà l'objet d'une taxation légale en application de la loi du 1er avril 1926 restaient en dehors du champ d'application de la loi du 28 février 1941.

L'ordonnance du 28 juin 1945 qui a permis une augmentation générale des loyers a fixé cette augmentation à 30 % du principal et des charges pour les

locaux soumis à l'application de la loi du 1er avril 1926, et à 15 % seulement pour les locaux soumis à la loi du 28 février 1941. Et cette ordonnance elle-même, telle qu'elle a été modifiée par la loi du 28 mars 1946, ne s'applique que jusqu'au 1er janvier 1947.

Ainsi donc, et du fait de la loi du 10 mai 1946 qui a fixé au 1er juin 1946 la date légale de cessation des hostilités, toute la législation d'exception actuellement en vigueur en matière de loyers, qu'il s'agisse de la loi du 1er avril 1926, de la loi du 28 février 1941 ou de l'ordonnance du 28 juin 1945, va se trouver abrogée soit le 1er décembre 1946, soit le 1er mars 1947, soit le 1er janvier 1947. C'est précisément pour cette date du 1er janvier 1947 que le législateur nous a promis de reconsidérer la question des loyers et de nous doter d'une nouvelle législation en cette matière. Plus que jamais, le besoin de cette législation nouvelle se fait sentir. Le mérite de la situation créée par la loi du 10 mai 1946, c'est qu'elle fait table rase du passé et supprime radicalement la forêt de textes enchevêtrés qui jusqu'ici, régissait cette matière particulièrement épineuse.

Une autre disposition de la loi du 10 mai 1946 est de nature à retenir l'attention du Corps médical : l'article 3 qui assimile au temps de guerre, pour l'application du titre II et des articles 45, 46 47, 49, 50 52, 54 et 55 de la loi du 11 juillet 1938 sur l'organisation générale de la nation pour le temps de guerre, la période de neuf mois qui a commencé à courir du 1er juin 1946 ou, en d'autres termes, qui en proroge jusqu'au 1er mars 1947 l'application. Le titre II de la loi du 11 juillet 1938 est en effet celui qui a trait à la réquisition des personnes, les autres articles de la loi du 11 juillet 1938 ci-dessus visés concernant le ravitaillement de la population en temps de guerre. En ce moment où la grève administrative est à l'ordre du jour et où, un peu partout, le Corps médical est décidé à refuser son concours aux administrations publiques, pour faire aboutir ses légitimes revendications, il est bon de ne pas oublier que, pour neuf mois encore, l'Etat peut s'appuyer sur les mesures prises pour le temps de guerre pour contraindre les individus à se plier à ses injonctions et à lui fournir les prestations de service que, dans son omnipotence, il estime nécessaires. D'ailleurs, à défaut de prorogation du titre II de la loi du 11 juillet 1938, l'Etat serait armé pour obtenir le même résultat par les dispositions de l'article 16 de l'ordonnance du 24 septembre 1945 sur l'exercice de la médecine, aux termes desquelles tout docteur en médecine est tenu de déférer aux réquisitions de l'autorité publique sous peine d'une amende de 5.000 à 12.000 francs. Peut-être le Corps médical a-t-il trop tendance à oublier cette disposition, bien plus dangereuse pour lui encore que le titre II de la loi du 11 juillet 1938, puisque bien loin d'être une loi de circonstance, elle présente au contraire un caractère permanent et stable qui permet ou permettra à l'administration, si fantaisie lui prend, de de tenter de faire passer les médecins récalcitrants ou rebelles sous ses fourches caudines.

Henri Meillet.

ESSAI DE MÉDECINE SOCIALE

Le fond et la forme de l'ordonnance du 19 octobre portent les stigmates d'un climat politique spécial. Les menaces de la C.G.T. et du ministère du Travail suffiraient à les contresigner.

Ce mode d'action autoritaire foule aux pieds, non seulement notre Charte libérale, mais aussi les libertés communes à tous les syndicats professionnels et même la liberté tout court.

Le principe d'une convention avec les Caisses d'A.S. est funeste. Cette convention collective est juridiquement un véritable contrat de louage de services, un « Salariat d'Etat ».

Les humoristes diront que c'est une évolution sociale, les réalistes diront qu'il s'agit d'une révolution sociale, uniquement due à des incidences politiques. Il faudrait en finir avec ceux qui admirent béatement toutes les conceptions médico-sociales étrangères et croient que l'esprit français, très différent des autres races, est incapable de trouver une solution raisonnable et conforme à lui-même.

Les médecins sont professionnellement plongés dans le problème social, ils en connaissent à fond toutes les données. De tous temps, ils lui ont donné charitablement leurs solutions individuelles. N'est-il pas paradoxal de voir aujourd'hui les politiciens s'emparer de ce problème pour en faire un panneau électoral et le résoudre suivant leurs passions, sans même nous consulter techniquement ? Ils veulent fouler aux pieds nos libertés professionnelles et syndicales, tout en nous imposant la charge d'appliquer leurs décisions unilatérales énoncées dans leurs ordonnances. Serait-ce la récompense de notre collaboration loyale au démarrage de la loi républicaine des A.S. de 1930 ? et agiraient-ils de même à l'égard des Syndicats, de la C.G.T. ?

Aux lieu et place de la Convention Syndicat-Caisses n'est-il pas possible de concevoir autre chose ?

***

Il appartient à la Commission de 10 membres élus par l'Assemblée du 31 mars et, à elle seule (en dehors de toute autre commission) d'élaborer une véritable organisation interne du Corps Médical. Un statut de médecine sociale, rédigé et accepté par les médecins serait complété par une police strictement dévolue aux Conseils Régionaux et National. Cette adaptation sociale de notre Charte serait soumise à un référendum national des syndicats et ultérieurement soumise à l'approbation des Pouvoirs Publics.

Cette organisation respecterait tous les principes de notre Charte professionnelle et situerait uletiment devant l'opinion publique la position

du Corps Médical sur le plan social. Elle prévoirait :

Barème de médecine sociale pour les A.S. économiquement faibles

a) *Définition de l'économiquement faible :*
En campagnes et villes de 100.000 habitants : Salaire de 90.000 fr.
Villes de plus de 100.000 habitants : Salaire de 120.000 fr.
Avec indice spécial sur les cartes des A.S. cotisant au « plafond » ; avec réserves pour les situations de famille, enfants, etc.
b) *Tarif pour économiquement faible.*
Vu les incertitudes de la situation actuelle, ce tarif serait révisible tous les six mois.

Valeur de l'indice en mai 1946

Cet indice doit être équitablement le même pour tous les actes de chirurgie, de spécialités et de médecine, Les besoins professionnels et familiaux sont les mêmes pour les uns que pour les autres. Les interventions de chirurgie et de spécialités sont plus rares que les visites médicales et ne sont pas susceptibles de « répétition ».

Une différenciation d'indice aboutirait à généraliser des situations déjà existantes. (On verrait des médecins de banlieue faisant de la médecine « à l'abatage » avoir des revenus professionnels bien supérieurs à ceux de chirurgiens ou spécialistes titrés et affirmés, dont la situation serait nettement minimisée.)

L'indice 4, envisagé par la commission, doit être appliqué à toutes les branches de la médecine sans exception. Cet indice est déjà très modeste par rapport à ceux de l'économie française : en voici quelques exemples :

Indices divers : Bâtiment : 10. Transports : 14. Habillement : 8. Nourriture : à la Taxe : 6. etc... Je passe sous silence les indices des produits de monopole d'Etat (P.T.T., tabacs) etc. et celui des impôts, dont les forfaits viennent d'être plus que doublés en un an.

En octobre 1945, le Syndicat des Chirurgiens Français avait admis l'indice 3, soit K = 75. Or, il serait puéril de nier que la vie a bien monté depuis.

L'examen des indices nationaux de février 1946 par rapport à mars 1946 suffira à convaincre les plus sceptiques.

Indices de produits bruts : Février 483, mars 537.

Indices de produits demi-finis : Février 483, mars : 583, soit près de 10 % de hausse en un seul mois et une répercussion de 15 % au moins sur les prix de détail dans les mois à venir. L'indice global médical à retenir est donc actuellement de 4, c'est-à-dire K = 100.

Nous ne devons pas nous mêmes répéter les retards de réajustement d'honoraires déjà subis pour tous les barèmes nationaux de médecine sociale (A.T., A.M.T., Art., 64, etc.) et encourir ainsi leurs funestes conséquences.

Ce serait une faute dont nous serions doublement victimes ; d'abord, en période d'inflation, notre pouvoir d'achat diminuerait dangereusement ; ensuite, en période de déflation, les Caisses et les Pouvoirs publics nous demanderaient rapidement, et avec raison, des abaissements d'honoraires. En baissant ultérieurement des honoraires sans les avoir auparavant élevés, en proportion de la hausse de la vie, nous serions doublement spoliés.

Variations du tarif des économiquement faibles

Ce tarif révisible tous les six mois subirait une hausse de 10 % chaque fois que l'indice national des produits demi-finis serait majoré de 20 %. Ce processus est économiquement équitable et basé sur les principes de la circulaire 87 *bis* de la Confédération, en 1939. La révision serait automatique et échapperait à tout pénible marchandage.

Dérogations au tarif des économiquement faibles

Les dérogations proposées par la Commission mériteraient quelques précisions supplémentaires, en particulier pour les assurés sociaux agricoles (autres que les journaliers) et pour les dérogations volontaires.

1° Dérogation pour situation de fortune de l'assuré

a) *Dérogation par cotisation « au plafond »*
Plafond de 90 à 120.000 fr. suivant grande ville ou campagne.
Réserves pour situation de famille nombreuse. Enfants à charge.
b) *Ressources indépendantes du salaire.*
Pensions. Retraites.
Revenus mobiliers ou immobiliers.
Salaires ou revenus indépendants du conjoint ou des enfants.
c) *Assurés facultatifs*
d) *Assurés sociaux agricoles*
autres que les journaliers ou les ouvriers agricoles, étrangers à la famille du cultivateur et payés au mois.
Il est en effet impossible de chiffrer équitablement les revenus d'un métayer ou d'un fermier. Ils sont incontrôlables et souvent insoupçonnables.

2° Dérogation pour notoriété du praticien

Ce chapitre ne mentionne pas le titre d'Interne au concours des villes de Faculté. Omission regrettable ; un interne poursuit, en général jusqu'à la trentaine, des études spécialisées et l'internat forme la solide armature scientifique de la médecine ou de la chirurgie de province. En revanche des chefs de clinique n'ont pas été internes (surtout en Orl., Oph. ou Er). Il semblerait qu'il y a là une lacune à combler équitablement.

3° Dérogation volontaire demandée par le malade

Tout assuré social quelconque, traité à sa demande expresse en chambre particulière, serait soumis à l'entente directe. Mieux que per-

sonne, il est juge de ses revenus, il a le droit absolu de se classer comme il lui plaît, en pleine connaissance de cause. Ceci n'est que l'application du vœu de la Fédération des Maisons de Santé, dans ses dernières réunions.

4° Dérogation pour circonstances particulières

Comme pour les actes médicaux et les accidents du travail, il serait logique d'admettre une majoration de 30 % pour les opérations d'urgence justifiée, pratiquées entre 10 heures du soir et 8 heures du matin et les jours fériés.

Les Caisses d'A. S. ont des ressources énormes, directement proportionnelles à la hausse des salaires, elles ont prélevé dans l'Economie nationale une dime de 32 milliards 635 millions en 1945 par leurs cotisations. Fin 1944, elles avaient 20 milliards de réserve. Tels sont quelques éléments officiels de leur dernier bilan. Elles pourraient facilement faire, en faveur des assurés sociaux, un effort parallèle à celui du Corps Médical et leur accorder le remboursement partiel, mais substantiel du prix de journée en clinique.

On a parlé d'hémorragie financière des Caisses, elle n'est pas due à l'importance des remboursements de frais médicaux, mais au paiement abusif de demi-salaires pour repos de complaisance (véritable prime à l'absentéisme et à la sous-production) et au paiement du traitement des assurés sociaux dans les hôpitaux (les séjours anormalement prolongés et les prix de journée catastrophiques de ces établissements en font la médecine la plus chère de toutes).

***

Après la rédaction de ce plan médical de médecine sociale et son acceptation par un vote national des syndicats médicaux, il appartiendrait à la Confédération de le soumettre à l'approbation des Pouvoirs publics.

Telle pourrait être l'esquisse d'une organisation médicale de la médecine sociale, conçue, non pas dans les bureaux confortables de fonctionnaires ou de médecins fonctionnaires, étrangers à l'exercice de la médecine du praticien, mais seulement habitués à servir docilement les théories des maîtres politiques de l'heure.

Dr Denis
(Montauban)

CONNAITRE — CAHIERS DE L'HUMANISME MÉDICAL

MASSES, ÉLITES ET MÉDECINE

Le 4e Cahier de la Collection « Connaitre », paraît sous le titre de « Masses, Elites et Médecine ». Les premiers articles sont consacrés à la connaissance des Masses, à leur éducation et à la formation des Elites. Problèmes d'actualité, présentés aux lecteurs avec le souci de clarté, de précision, d'objectivité, mais aussi avec le désir de leur communiquer les points de vue personnels d'auteurs ayant vécu les faits qu'ils rapportent.

Problèmes qui intéressent particulièrement le médecin, placé au carrefour des chemins de la vie individuelle et de la vie collective et qui a pour mission tout à la fois de sauvegarder l'homme et la cité, la santé des personnes et celle des groupes humains.

Comment concilier les vertus de création, d'initiative et de sympathie avec celles d'adaptation aux réalités économiques et sociales ? Comment les rendre solidaires, complémentaires et faire que les élites de rayonnement et celles d'encadrement se comprennent et s'entr'aident ?

Mais le nouveau cahier d'humanisme médical qui vient de paraître veut aussi répondre aux nombreux lecteurs qui ont bien voulu manifester leur sympathie et leurs encouragements à la collection en formulant de très amicales critiques. Le même désir est exprimé par presque tous : des études plus courtes, moins de termes techniques, de plus larges tours d'horizon sur tous les problèmes contemporains. Le médecin, toujours pressé, cherche dans ses rares moments de loisir, à la fois à enrichir sa pensée et à se détacher, et l'auteur qui lui présente un texte où se trouve condensée une tranche de vie peut parfaitement répondre à ce désir, à condition de traiter son sujet à la fois en savant et en artiste.

C'est bien là le but de la Collection « Connaitre » et dans son 4e numéro, après les études consacrées aux Masses et aux Elites, prennent place de nombreuses chroniques scientifiques, littéraires, artistiques et des pages de bibliographie sur les livres récents. Le texte est assez abondamment illustré, mais de manière à l'éclairer, à l'égayer sans disperser l'attention du lecteur.

Enfin une des principales tâches que s'est assigné « Connaitre » est celle de servir de trait d'union entre tous les médecins qui ont gardé la nostalgie des heures où ils s'adonnaient aux arts, aux lettres et aux sciences et de devenir l'organe de tous ceux (et ils sont nombreux et ne manquent pas de talent) qui, excellents praticiens, techniciens avertis continuent néanmoins à accorder leur lyre, à prendre le pinceau, à partir au pays des insectes secrets, des plantes sauvages et des livres rares.

Dr Biancani.

CAHIER N° 4. — MASSES, ELITES ET MEDECINE

Sommaire

Editorial (Connaître). — Le problème des masses (Chevalier). — L'éducation des masses (Archambault). — Les moyens modernes peuvent-ils servir à l'éducation des masses (Ponte). — L'éducation sanitaire (Viborel). — Le problème des Elites (Ravier). — Sélection professionnelle des étudiants en médecine (Cornil). — Le sens de l'humain et de la liberté dans la médecine française (Delore). — *Les courants de pensée* : Claude Bernard en seconde lecture (J. Fiolle). — *Chronique scientifique.* Entre deux infinis (Mallet). Le psychisme des animaux inférieurs (Fischer). — ***Art et Médecine :*** Les médecins amateurs de peinture. *Théâtre* (Levallois). *Cinéma* (Joinville) *Bibliographie.*

Prix de souscription : 130 fr.

Souscription à 4 cahiers : 500 fr.

Au « Concours Médical », 27, rue de Bellefond Paris (9e). *Ch. Post. Paris* 167-95.

Rappel de Cahiers déjà parus : N° 1. ***La Médecine et l'Homme*** (épuisé). N° 2. *Familles, Peuples et Médecine* (150 fr.). N° 3. ***Education et Médecine*** (150 fr.).

CHRONIQUE DE L'AUTOMOBILE

LE PRIX DE REVIENT KILOMÉTRIQUE D'UNE VOITURE

par Henri PETIT

Ancien élève de l'École Polytechnique, Rédacteur en Chef de «La Technique Automobile»

On nous demande assez fréquemment depuis quelque temps le prix de revient du kilomètre-voiture. Comme cette question n'est pas aussi simple qu'elle parait, nous avons pensé qu'elle méritait un petit article.

***

Dans l'exploitation d'une voiture, il faut distinguer les frais kilométriques et les frais fixes. Les frais kilométriques comprennent toutes les dépenses qui sont proportionnelles à la distance parcourue : tels sont l'essence, l'huile, les pneus, les dépenses d'entretien, de lavage, graissage, réparations.

Les frais fixes comprennent les dépenses annuelles ou mensuelles telles que : amortissement de la voiture, assurance, frais de garage.

Dans ces conditions, on voit qu'il est impossible de fixer exactement le prix de revient kilométrique si l'on ne connaît pas le parcours annuel de la voiture. Dans les calculs que nous allons exposer, nous avons admis que la voiture parcourait 20.000 km. par an et que, par suite, les frais annuels devaient être divisés par 20.000 pour obtenir les frais kilométriques correspondants.

Même avec cette hypothèse, on ne peut donner qu'un chiffre approximatif, et cela pour les raisons suivantes : on ne connaît pas toujours très exactement la consommation de la voiture ; il faut prendre une moyenne. On ne sait pas non plus au juste quel parcours assureront les pneus ; là encore, il faut tabler sur une moyenne.

— Nous adoptons 20.000 km, comme distance au bout de laquelle les pneus doivent être remplacés.

De même pour les réparations. Un automobiliste soigneux et bon conducteur aura moins de frais dans ce chapitre que s'il ne s'occupe jamais de sa voiture et s'il conduit mal.

Ceci dit, on voit que pour obtenir un chiffre aussi exact que possible, c'est l'automobiliste lui-même qui doit faire le calcul en partant des bases que nous donnons et en les modifiant suivant l'observation qu'il aura faite du comportement de sa propre voiture.

***

Ceci dit, voici le bilan de consommation de deux voitures : la première, une 5 CV, et l'autre une voiture moyenne, telle que la la Peugeot, 202, la Simca 8 ou autre.

FRAIS KILOMÉTRIQUES AUX 100 KM.

	5 CV	voiture moyenne
	fr.	fr.
Essence : 11 fr. 60 le litre. Consommation : 6 l. 5 aux 100 km. pour la 5 CV, 9 lit. pour la voiture moyenne, soit pour les 100 km	75 40	94 40
Huile : Un demi litre aux 100 km. y compris les vidanges	18. »	20. »
5 pneus	29. »	40. »
5 chambres à air	3.50	5. »
Lavage et graissage	20. »	25. »
Réparations, entretien et une révision pour 30.000 km.	50. »	70. »
	195.90	254.40

FRAIS FIXES AUX 100 KM. POUR 20.000 KM, PAR AN

Amortissement en cinq ans : 5 CV, 20.000 fr. Voiture moyenne 30.000 fr.	100. »	150. »
Assurance (1) 9.000 fr. Voiture moyenne 10.000 fr...	45. »	50. »
Garage 6.000 fr. Voiture moyenne 8.400 fr.....	30. »	42. »
	175. »	242. »
Total général	370.90	496.40

En somme, on peut compter pour la petite voiture, en arrondissant un peu les chiffres, 4 fr. au kilomètre et 5 francs pour l'autre.

Evidemment, nous ne pouvons donner que des chiffres moyens. Pour le garage, en particulier, si on dispose d'un garage chez soi, on peut rayer complètement cette rubrique. Par contre, si on habite Paris et qu'on gare dans un quartier central, les prévisions du tableau seront nettement dépassées. Chacun doit choisir.

On voit ce à quoi on devait s'attendre : que plus on roule dans son année, moins le kilomètre revient cher, puisque les frais fixes restent les mêmes.

***

Maintenant, on nous demande aussi : « Combien doit-on louer une voiture roulant au kilomètre pour ne pas y perdre, ou même pour en retirer un bénéfice ? » A chacun de le calculer suivant la méthode donnée plus haut. Il est d'autre part prudent de se réserver une marge assez sérieuse, car un conducteur peu soigneux peut user rapidement une voiture qui, même sans accident, verra le chapitre « réparations » se gonfler assez fortement.

(1) Assurance contre accidents causés aux tiers, incendies et vol, mais ne s'étendant pas aux dommages *subis par la voiture.*

ASTHÉNIES
DÉPRESSIONS
ATONIES

STRYCHNOTONINE

CATALYSEUR CELLULAIRE
DYNAMOGÈNE

LABORATOIRE **M. LEFEBVRE** 25, Bd La Tour-Maubourg. PARIS. 7e

---

PULMONE
ELIXIR - CACHETS - AMPOULES
VOIES RESPIRATOIRES

GOUTTES IONISÉES
ALCALOSE

CARBONEX
ESTOMAC-FOIE-INTESTIN

LABORATOIRES BIOS
10, RUE VINEUSE PARIS
TRO. 57-44



APSORA

POMMADE

★

GALE
PSORIASIS

★

LABORATOIRES DU DOCTEUR F. DEBAT - 60 RUE DE MONCEAU - PARIS 8e

---

CALCIUM PLÉ
AMPOULES 5 CC. ET 10 CC.
POUDRE

PHYTOSPLÉNOL PLÉ
GRANULÉS
DRAGÉES

LABORATOIRE PLÉ
111 bis, Rue de Turenne — PARIS 3e

ECHOS & COMMENTAIRES

LA CHAMBRE SYNDICALE DES MÉDECINS DE LA SEINE PREND SES RESPONSABILITÉS.

Nous avons publié dans notre dernier numéro le barème des honoraires établi par la Chambre Syndicale des Médecins de la Seine pour entrer en vigueur le 1er juillet prochain. Nos lecteurs curieux auront pu constater, en comparant avec les tarifs arrêtés par la Commission tripartite des Assurances Sociales, un décalage appréciable.

Une Conférence de Presse tenue par le Dr ROUECHE, président de la Chambre, il y a quelques jours, nous a fait comprendre les causes de cette différence — qu'une circulaire commente également pour l'édification des syndiqués.

La Chambre, en effet, a tenu à rappeler, après les décisions de la Commission nationale tripartite que les médecins sont libres de leur taux d'honoraires en clientèle normale, et qu'il est éminemment souhaitable, dans l'intérêt même des assurés, que ceux-ci soient considérés comme des clients normaux.

Il paraît que cette décision n'a pas été sans entraîner quelques réactions de la part d'une Administration évidemment soucieuse de faire respecter moins la volonté du peuple que les décisions de ses bureaux.

Mais ne serait-il pas préférable, avant de faire des textes légaux, de commencer par étudier les problèmes avec les principaux intéressés et, si l'on veut maintenir le respect de la légalité, de commencer par n'exiger que l'application de textes applicables — c'est-à-dire conformes aux mœurs et à l'esprit des « assujettis »?

Est-il enfin sérieux de s'étonner de l'irrespect que manifeste le Corps médical à l'égard des décisions d'une Commission qui considère aujourd'hui encore le coefficient 4 comme exagéré, alors qu'il est avéré (et la C.G.T. sera la dernière à pouvoir nous contredire) que le coefficient de hausse du prix de la vie est très notablement plus élevé ?

Ne vaudrait-il pas mieux convenir une bonne fois que l'ordonnance du 19 octobre est ratée — comme celle du 3 mars — et remettre tout en chantier? Nous savons que la Chambre syndicale — en liaison avec la Commission de la Confédération — s'est attelée à cette tâche nécessaire. Espérons que leurs travaux auront été féconds et que nous en connaîtrons bientôt le produit.

L'ACTION SANITAIRE DES CAISSES DE SÉCURITÉ SOCIALE.

Un des grands reproches faits à juste titre, selon nous, à la Convention-type, fut l'absence de toute précision sur les conditions dans lesquelles les Caisses pourraient créer des centres de soins en faveur de leurs assurés. Le texte de l'ordonnance du 19 octobre contient, en effet, des dispositions assez inquiétantes à cet égard. Aussi doit-on prendre connaissance avec intérêt des règles posées en ce domaine par le règlement d'administration publique de l'ordonnance sur la sécurité sociale (décret du 8 juin 1946, *J. O.*, 9 juin).

Est tout d'abord posé le principe que le programme d'action sanitaire des Caisses doit s'intégrer dans le plan d'équipement

LIT MÉCANIQUE
POUR SOULEVER ET SOIGNER LES MALADES
DUPONT
Vingt ans de spécialisation dans le confort du malade
NOUVEAU MODÈLE PERFECTIONNÉ RECOMMANDÉ PAR LE CORPS MÉDICAL
VENTE ET LOCATION
6, Place Bellecour
LYON
Téléphone : Franklin 22-87

HÉMOGLOBINE DESCHIENS
FER VITALISÉ
VITAMINES DU SANG
Opothérapie Hématique
Syndromes Anémiques - Déchéances Organiques
DESCHIENS, Docteur en Pharmacie, 9, Rue Paul-Baudry, PARIS (8e)

GÉLYSINE
PRÉVENTIF-CURATIF
ÉPHÉDRINE — VITAMINE B_1 — VITAMINE NICOTINIQUE PP
Asphyxies locales - Érythémies - Engelures - Troubles dus aux sulfamides - Aphtes - Syndromes pellagroïdes
4 COMPRIMÉS BLANCS le matin
4 COMPRIMÉS ROSES le soir
Laboratoire FABOL, 1, Rue Gounod, PARIS (XVIIe) — Tél. : CAR. 59-51

sanitaire institué par la Santé publique. Nous regretterons seulement à cet égard qu'il ne soit point fait place, dans l'établissement de ce plan, aux organisations représentatives du Corps médical, plus capables cependant que quiconque de signaler les défaillances, les insuffisances ou les doubles emplois.

La direction de l'action sanitaire est confiée aux Caisses régionales, dont le Conseil comprend, on le sait, un représentant du Corps médical. L'importance de son rôle et de l'autorité morale qu'il doit savoir prendre au sein du Conseil apparaît ici avec une évidente clarté. Mais les Caisses primaires conservent en cette matière un droit d'initiative personnelle.

Il semble au reste qu'il faille distinguer entre les œuvres et institutions sanitaires d'une part, et les établissements de soins, d'autre part.

Pour les premières, les projets de création ne peuvent être réalisés qu'après avis du médecin-conseil, et accord entre une Commission régionale mixte : Santé, Travail et Caisses locales de la Caisse régionale. S'il y a désaccord, le différend est tranché par le *Ministère du Travail*, qui est seulement tenu de consulter le Ministère de la Santé si le désaccord porte sur une question de technique médicale ou sanitaire.

Quant aux établissements de soins, ils ne peuvent être créés par les Caisses primaires ou régionales, qu'avec la *double autorisation* du Ministère du Travail et du Ministère de la Santé.

Là encore nous regretterons qu'il ait été délibérément omis de faire appel, au sein de ces Commissions régionales, ou avant les décisions d'autorisation, au Conseil et aux avis des organisations professionnelles de médecins. Ce serait là, à notre sens, une revendication capitale à introduire dans les projets de réforme actuellement à l'étude, ou à faire valoir à l'égard des Caisses lorsqu'il s'agira de refaire une nouvelle Convention-type.

Est-ce la fin du régime allemand en Alsace et en Moselle ?

A de nombreuses reprises, le Corps médical d'Alsace et de Moselle a attiré l'attention des Pouvoirs publics et des médecins de l'intérieur sur l'injustice commise à leur endroit par le maintien dans leurs départements du régime d'assurances sociales institué en 1911 par les autorités allemandes, et dont nous avons maintes fois décrit les beautés.

Les ordonnances du 4 octobre 1945 sur la sécurité sociale et du 19 octobre sur les assurances sociales avaient fait espérer une extension ultérieure du droit commun français, avec toutefois des réserves inquiétantes en matière d'assurance-maladie et prestations en nature du Service médical. Après bien des interventions auprès des Pouvoirs publics, après bien des promesses plus ou moins tenues, paraît enfin à l'*Officiel* un texte (décret du 12 juin 1946) qui semble donner une satisfaction partielle aux demandeurs. Certes, l'assimilation au régime français n'est pas encore complète (au fait, quel est le régime français ?) Mais un pas très sérieux est fait dans cette voie.

Le principe nouveau essentiel introduit par la réforme est que le tarif des honoraires médicaux est *fixé à l'acte*. Il est inscrit dans une convention conclue entre les Syndicats médicaux et la Caisse régionale. Fait digne d'être noté : la Commis-





sion nationale tripartite n'intervient qu'en cas de désaccord. C'est là une incontestable supériorité sur le régime intérieur qui fait des conventions un stade préparatoire de l'homologation !

Le paiement direct, autrefois inexistant, n'est qu'à moitié rétabli : les honoraires sont réglés à raison de 50 % par l'assuré et de 50 % par la Caisse. Le ticket modérateur est dans ces conditions réduit à 10 %. Le paiement direct total peut cependant être institué par Convention Syndicat-Caisse, mais dans ce cas, la Convention requiert l'homologation.

Notons enfin que les dispositions relatives à la longue-maladie sont étendues aux départements recouvrés.

On ne saurait certes dire que le régime nouveau est pleinement satisfaisant, puisqu'il reste en deçà d'un régime intérieur que le Corps médical s'efforce à grand'-peine de faire réformer. Il n'empêche que le système allemand des assurances sociales qui avait curieusement, à la suite de la Libération, connu un régime de faveur dans les milieux sociaux, connaît aujourd'hui un sérieux recul dont, avec les médecins alsaciens et mosellans, tous les médecins français se réjouiront.

Responsabilité sans sanction.

Au cours d'une consultation pour rapatriés, un de nos lecteurs découvre un cas absolument typique de syphilides acnéiformes et l'envoie aussitôt à Saint-Louis.

Or, quinze jours auparavant, ce malade avait demandé conseil au sujet de cette éruption à un pharmacien qui lui avait remis une quelconque pommade. Et depuis, sur la foi de cet avis incompétent, il avait contaminé sa fiancée.

Ceci pour montrer aux pharmaciens les responsabilités qu'ils encourent à faire des consultations d'arrière-boutique, et les engager à s'y refuser catégoriquement, ainsi que la loi le leur prescrit.

Ou nos excellences se renvoient la balle.

A l'angoissante question du ravitaillement du Corps médical en automobiles et pneumatiques, quelques-uns de nos confrères avaient réussi à intéresser en son temps M. Maurice Violette, député à la défunte Assemblée Constituante. Celui-ci, le 10 avril dernier, avait, par question écrite, demandé à M. le Ministre de la Production Industrielle : « 1° Pour quelles raisons, alors que les médecins manquent de pneumatiques et de voitures, l'administration s'obstine à les bloquer (même la modeste Simca 5) ; 2° s'il est exact que tous ces véhicules sont, de façon systématique, vendus à l'exportation ; 3° si les droits incontestables de nos malades ne devraient pas être considérés comme prioritaires. »

A la date du 5 juin dernier, le ministre répondait, par la voie du *J. O.* : « Il est inexact de dire que les voitures de liaison sont bloquées à la production par le Ministère de la Production Industrielle. Le Ministère de la Production Industrielle se borne, en réalité, à contrôler la fabrication desdits véhicules qui, dès leur achèvement, sont pris en charge par le Ministère de l'Economie Nationale. Le ministre de l'Economie Nationale

STAPHYLASE
ACNÉ, ANTHRAX
FURONCULOSE
MYCOLYSINE
MALADIES INFECTIEUSES
GERMOSE
TOUX SPASMODIQUES
COQUELUCHE
VEINOSINE
AFFECTIONS VEINEUSES
LABORATOIRES LEBEAULT
BESINS & Cie
5, Rue Bourg-l'Abbé, PARIS - Tur. : 69-50

Formule Jacquemaire n° 60
COMPOSITION
Milieu magnésien (magnésie calcinée) associé aux Glycérophosphates (de calcium, magnésium, fer, manganèse) et à la silice.
INDICATIONS
(Complément nutritif moderne indispensable).
Reminéralisateur à prépondérance magnésienne.
Toutes les débilités, Retard de croissance, Surmenage, Convalescence, Décrépitude, Papillomes, Végétations, Verrues, Terrain précancéreux.
POSOLOGIE
1 cachet à chacun des deux principaux repas.
Enfants : demi-dose.
LABORATOIRES FLUXINE
VILLEFRANCHE - RHÔNE

ayant décidé de réserver à l'exportation les neuf dixièmes des fabrications de ce genre, ses services répartissent les faibles contingents laissés à la disposition de l'économie française entre les différents Ministères qui les sous-distribuent à leurs ressortissants. Ainsi, le Ministère de la Santé Publique est-il attributaire d'un contingent spécial destiné au Corps médical ; c'est donc à ce Ministère que doivent être formulées les demandes de véhicules émanant du Corps médical, et c'est ce Ministère seul qui peut faire valoir les droits incontestablement prioritaires des malades et de leurs médecins. Le Ministère de la Production Industrielle ne dispose pour sa part que d'un très faible contingent trimestriel exclusivement réservé à ses ressortissants, industriels et commerçants, et d'ailleurs actuellement épuisé. La distribution des pneumatiques est, par ailleurs, assurée dans chaque département, par les soins des ingénieurs des Ponts et Chaussées à qui il convient d'adresser les demandes en l'objet et de formuler toutes les requêtes qui s'y rapportent. »

Peut-on plus élégamment éconduire l'honorable député ? Nous aimerions savoir si celui-ci a posé sa question au ministre de l'Economie Nationale, et dans l'affirmative, quelle fut la réponse.

Des communiqués embarrassés ont été publiés dans la presse quotidienne sur le problème de l'exportation des autos. Mais hélas ! et malgré la grève administrative, de résultats positifs au profit du Corps médical, nous n'avons guère vu trace.

Notes rapides sur le sort des médecins belges.

Au cours des premières journées du Congrès de Bruxelles nous avons eu la bonne fortune de rencontrer le Dr Lederer, secrétaire général du Collège des Médecins de Bruxelles, l'une des quarante organisations professionnelles groupées au sein de la Fédération Médicale Belge, réplique de notre Confédération des Syndicats : le Dr Lederer est donc le pair du secrétaire général de la Chambre Syndicale des Médecins de la Seine.

Désireux l'un et l'autre de ne pas nous abstraire de l'ambiance souriante qui régnait aux agapes du samedi soir, nous avons à bâtons rompus échangé des informations sur le sort respectif des médecins belges et français, nous réservant de reprendre en d'autres lieux plus sérieusement l'entretien.

L'Ordre des Médecins, institué légalement en 1938, n'est toujours pas installé en fait, les élections étant retardées depuis la libération par la délicate question des « inciviques ». Tous les trois mois, paraît-il, on promet aux médecins belges de les appeler aux urnes... puis on recommence. A la séance inaugurale du Congrès, de la bouche du Dr Marteaux, ministre communiste de la Santé Nationale, nous avons nous-même entendu un engagement formel. Nous souhaitons à nos confrères belges qu'il soit tenu. Ils paraissent, en effet, dans leur grande majorité, désireux de voir fonctionner rapidement cet Ordre, purement juridictionnel, rappelons-le.

En gros la médecine belge est demeurée plus libérale que la médecine française. Dans tous les secteurs de médecine sociale (A.T., A.S., Soins aux pensionnés de guerre) l'entente directe est pratiquée. Nos confrères n'abusent cependant pas de la situation et ne prennent jamais à un indigent plus

PASSIFLORINE
Le médicament des cœurs instables

La PASSIFLORINE
par sa composition atoxique
PASSIFLORE, AUBÉPINE, SAULE
est un calmant
du Système végétatif
et un
Régulateur toni-cardiaque

La PASSIFLORINE
est le grand remède phytothérapique
de l'Eréthisme cardiaque
avec
Palpitations et Tachycardie

Laboratoire G. RÉAUBOURG, Dr en Phie
115, Rue de Paris - BOULOGNE-sur-SEINE

FRANCALCIUM
ACETYLGLYCOCOLLATE DE CALCIUM



AMPOULES INJECTABLES I-V ET I-M
COMPRIMÉS
SOLUTION BUVABLE

LABORATOIRES DU MYORAL
3, RUE S'-ROCH, PARIS

que les tarifs minima. En dehors des indigents, le tarif fédéral reste purement indicatif, chaque médecin tenant jalousement à ne pas aligner ses honoraires sur un tarif passe-partout. Cette liberté quasi totale, nos voisins ne se dissimulent pas qu'elle est gravement menacée par les réformes en gestation. Le ministre Marteaux leur a d'ailleurs tenu, dans son discours inaugural, un langage qui a éveillé chez les Français l'écho de la voix de M. Ambroise Croizat ou de M. Laroque. « Les droits acquis de la profession médicale seront dans toute la mesure du possible maintenus, mais il ne serait pas concevable que pour la sauvegarde d'intérêts particuliers l'intérêt national puisse être un moment compromis. »

A l'hôpital, selon le Dr Lederer, les médecins seraient l'objet d'une exploitation aussi éhontée qu'en France. Les hôpitaux ne seraient légalement ouverts qu'aux indigents. En fait, la clientèle sociale payante y serait largement admise. Mais comme d'après son statut légal le médecin hospitalier ne peut être rémunéré que par un fixe annuel modique, il ne touche aucun honoraire pour les actes médicaux effectués à l'hôpital sur des malades payants. Ces honoraires bénéficient vraisemblablement à l'administration hospitalière.

La charge fiscale du médecin belge (plus exactement du contribuable belge) serait aussi lourde que pour le médecin français (plus exactement le contribuable français). Par le jeu combiné de la taxe professionnelle, de la contribution nationale de crise et de l'impôt complémentaire personnel, d'après un tableau obligeamment communiqué par le Dr Lederer, un médecin marié sans enfant gagnant 500.000 fr. (1.500.000 fr. français) devrait verser à l'Etat 322.860 fr (960.000 fr. français) ; gagnant 200.000 fr. (600.000 fr. français) il devrait verser 106.000 fr. (318.000 fr. français). Le célibataire serait encore plus accablé ; pour un gain de 200.000 fr. (600.000 fr. français) il devrait verser 119.000 fr. (357.000 fr. français). La taxe professionnelle serait, paraît-il, déductible des revenus professionnels de l'année suivante. Les Belges et nous sommes décidément non seulement des voisins, mais des frères, avec tout ce que ce mot peut impliquer d'aptitude à supporter des épreuves communes.

Enfin, l'irritante question des moyens de transport n'est pas non plus inconnue chez nos confrères. Les pneumatiques se trouvent difficilement. L'essence est encore, disent-ils, rationnée en Belgique (toutefois certainement moins qu'en France à en juger par le nombre et la puissance de cylindrée des voitures américaines qui pullulent) ; quant aux voitures elles-mêmes, d'après diverses sources d'information recoupées, elles seraient attribuées en Belgique à des prioritaires au nombre desquels ne figurent pas les médecins, ou tout au moins pas en rang suffisant ; ce qui fait que beaucoup d'entre eux sont encore obligés de rouler avec leurs vieilles voitures d'avant guerre, à grand peine soustraites aux réquisitions allemandes. Les voitures neuves d'importation (surtout américaines) seraient, paraît-il, réservées aux personnalités politiques et à leur entourage... il nous semble déjà avoir entendu ce son de cloche...







CORRESPONDANCE

APPLICATION DES TARIFS D'HONORAIRES

ASSURANCES SOCIALES.

2677. — Consultation chez un plurispécialiste.

Je vous serai très obligé de me renseigner sur la façon dont je dois procéder vis-à-vis des assurés sociaux en cas de consultation à la fois O.R.L. et Ophtalmologie. Dois-je marquer O.R.L. C 1,5 et une deuxième consultation OPH. C 1,5. Il m'arrive fréquemment que ces malades viennent pour les deux spécialités à la fois.

Dr G.

Réponse

Un omnipraticien ne compte pas dans une même et seule consultation C. 1. pour avoir ausculté les poumons et C. 1 pour avoir palpé le foie. Je suis persuadé qu'il doit en être de même pour un spécialiste, alors qu'il agit en « plurispécialiste » si je puis dire.

Dr F. DECOURT.

2744. — Forfait pour accouchement et soins donnés par le médecin traitant, puis par un chirurgien.

Je vous serais obligé de me dire comment je dois établir une note d'honoraires pour un accouchement que j'ai commencé et qui a été terminé par une intervention à la clinique, accouchement qui a traîné deux jours, par suite d'une dilatation du col très lente.

J'ai dû me rendre six fois près de ma cliente le dimanche. Visite de nuit la nuit suivante, cinq visites le lundi.

A 11 h. du soir, j'étais de nouveau près de ma cliente que je ne quittais qu'à 4 heures du matin après l'intervention du chirurgien.

Pendant ce temps : surveillance de l'accouchée, anesthésie pour application de forceps que j'ai dû recommencer trois fois sans succès.

Ensuite, transport en auto de ma cliente pour la clinique de X...

Je vous serais donc reconnaissant de me dire ce que je dois demander comme note d'honoraires et comment je dois libeller la feuille d'Assurances sociales, pour ne pas faire double emploi avec le chirurgien qui a mis l'enfant au monde.

Dr L.

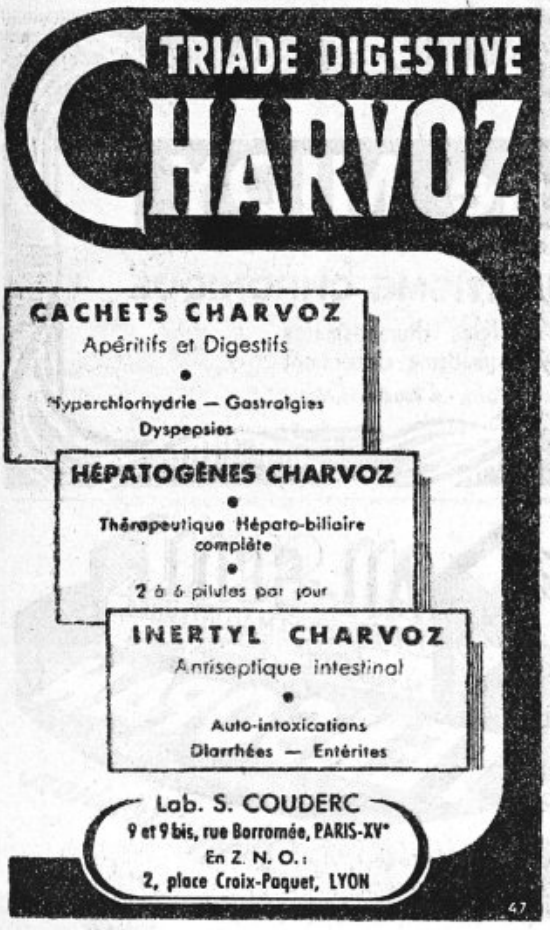
Réponse

L'accouchement est l'objet dans la Nouvelle Nomenclature (comme dans l'ancienne) d'un forfait qui sera remboursé à l'assurée en bloc. D'où difficulté, dans votre cas, de compter sur la feuille de maternité autre chose en plus du forfait, Je dis bien feuille de maternité et non feuille de maladie, acte global forfaitaire donc. De plus l'art. 11 précise « Lorsque l'exécution d'un acte prévu à la Nomenclature en un seul temps a été effectué en plusieurs temps, le coefficient global ne subit aucune augmentation, sauf indication contraire portée à la nomenclature. »

Tout ceci posé, je ne vois qu'un seul moyen, ce serait de se baser sur ce qui est inscrit en P.C.5 sur l'assistance des médecins traitants. Si le P.C. vaut dans votre département, par exemple 80 fr., cela ferait toujours 400 fr. que vous pourriez réclamer.

Mais il y a là certainement un point à fixer par la Commission permanente, et j'en prends note pour une séance ultérieure de cette commission afin de combler cette lacune évidente.

Dr F. DECOURT.





2678. — Transfusion sanguine. Indemnité au donneur.

A propos de la transfusion sanguine, je lis à la page 26 de la Nouvelle Nomenclature.

Transfusion sanguine (etc.)	K×30
Chaque suivante	K×15

L'indemnité au donneur est-elle comprise dans le chiffre, ou bien faut-il mentionner à part la quantité de sang transfusé, et le chiffre de l'indemnité, à calculer sur une base que j'ignore ?

En effet, le « cours » du sang n'est pas fixé, ni taxé, et d'autre part la question mérite d'être posée, puisque le tarif A.T. du 1er janvier 1939 mentionnait : « transfusion, etc., 600 (non compris l'indemnité au donneur) ».

Dr S.

Réponse

Il me paraît évident que la rémunération du donneur de sang n'est pas comprise. Le mieux serait qu'elle soit indiquée également ainsi qu'elle l'est dans le Tarif des Pensionnés de guerre où il est dit au titre II, Chapitre V « Indemnité au donneur (1 fr. par gramme) jusqu'à 100 gr., 0 fr. 50 par gramme à partir de 100 gr. » Je vais prendre en note votre juste demande et en parlerai à la Commission permanente dès que possible.

Dr F. DECOURT.

DEMANDES ET OFFRES

N° 342. — Jeune doct. médec. gén. cherche remplacement, assist. conf. ou clin., longue durée si possible.

N° 343. — A céd. cabin. méd. grosse client., jolie contrée Sud-Ouest, avec disposit. clin. médec. et accouch. Locat. maison avec garage.

N° 344. — Remplaçant demandé avec moy. de transp. pour le mois de Sept., Banlieue-Sud.

N° 345. — Méd. gros bourg Ouest dem. sage-f., logée nourrie, au cour. électr. méd., Ecr. prétention au journ. qui transm.

N° 346. — Laborat. d'anal. médic. rég. Sud-Ouest, cherche préparatrice chimie ou bactériol., sérieuses références.

N° 347. — A vendre Potter Bucky modèle plat, état neuf, au plus offrant. Ecr. journ. qui transm.

N° 348. — Import. Laborat. spécialités pharmac. recherche : 1°) Médec. pour service propagande et documentation. 2°) Médec. pour propagande scientifique. Postes exclusifs. Rép. avec tous renseignem. au bureau du journal qui transm.

N° 349. — Méd. 30 ans ferait remplacement du 10 août au 30 août à la camp.

N° 350. — Jeune méd. habitué remplac., anc. int. prov. dipl. Puéricult. cherche remplacement tte durée, si possible, pédiatrie. préfér., Provence, Côte d'Azur, à partir de fin Juillet.

N° 351. — A vendre 1 table basculante à moteur en bon état mécanique, avec écran lumineux, pied et tube de 10 kv, récent. Dr R. Lamy radiol. à Creil, Oise.

N° 352. — Demande à Paris, pour un mois, appartement en échange d'un autre dans ville Franche-Comté. Ecr. journ. qui transm.

N° 353. — A vendre appareil ondes courtes générales et électropyréxie Gaiffe. Ecr. journ. qui transm.

N° 354. — Poste de médec. directeur vacant sanator. d'Osseux. rég. Méditerran., serait réservé à médec ayant longue pratique tuberculose osseuse. Adress. candidat. bur. du journ. qui transm.

Gérant : J. MIGNON
Février 1879
Lang, Blanchong et Cie, 30, rue du Poteau - Paris (18e) — 31.1046
Dépôt légal : N° 8
2e trimestre 46

GASTRHÉMA
CONTRE LES ANÉMIES
ASTHÉNIE - ANOREXIE - HYPOPEPSIE
17, Avenue de Villiers — PARIS (17e)
EXTRAIT DE MUQUEUSE D'ANTRE PYLORIQUE
1 à 3 amp. buvables, par jour

FRÉNASMA
TROIS A QUATRE COMPRIMÉS PAR JOUR. UN A DEUX DÈS LE DÉBUT DE LA CRISE.
LABORATOIRES DU GASTRHÉMA
17, AVENUE DE VILLIERS
PARIS (17e)
ASTHME - EMPHYSÈME - BRONCHITES CHRONIQUES - MÉDICATION PRÉVENTIVE, ABORTIVE ET CURATIVE DES CRISES



CÉRÉRIF
FARINES COMPOSÉES MALTÉES SUCRÉES
Le traitement thermique que subissent les céréales de ces farines leur assure un goût agréable et une grande digestibilité.
Ets RIFF. Laboratoire et Usine à Valenciennes (Nord)

CALCIUM CORBIÈRE

GLUCONATE DE CALCIUM PUR A 10 %

EN AMPOULES
DE 2cc. 5cc. 10cc

•

POUR INJECTIONS
ENDO-VEINEUSES OU
INTRA-MUSCULAIRES
INDOLORES

LABORATOIRES CORBIÈRE
27, Rue Desrenaudes, PARIS TÉLÉPH. CARNOT 78-61

On désinfecte

avec le

FUMIGATOR GONIN



60, Rue Saussure
PARIS (17e)

VALS SOURCE LA REINE

ARTHRITISME - DYSPEPSIE
DIARRHÉE INFANTILE
GASTRO-ENTÉRITES
DIABÈTE

—

Cure de boisson dans les
Maladies infectieuses

—



Eau de table
remarquable

Sté VALS-REINE
à Vals-les-Bains
(Ardèche)

DÉSÉQUILIBRE NEURO-VÉGÉTATIF

SÉRÉNOL

RÉGULATEUR DES TROUBLES
D'HYPERTONICITÉ NERVEUSE
ÉTATS ANXIEUX-ÉMOTIVITÉ-INSOMNIES
DYSPEPSIES NERVEUSES
SYNDROME SOLAIRE - PALPITATIONS

3 FORMES
LIQUIDE
COMPRIMÉS
SUPPOSITOIRES

DOSES Moyennes
par 24 Heures
1 à 3 cuillerées à café
ou 2 à 5 comprimés
ou 1 à 3 suppositoires

•

LABORATOIRES LOBICA
25, RUE JASMIN-PARIS (16e)

68e ANNÉE — N° 27 — 6 JUILLET 1946

LE

CONCOURS MÉDICAL

37, RUE DE BELLEFOND - PARIS (9e) - TRU 33-66

379-381



SOMMAIRE

PARTIE SCIENTIFIQUE.

Traitement de la pédiculose (Dr Deparis).... 695

Les Journées Médicales de Bruxelles 696

La silicose, maladie professionnelle 699

Les Sociétés Savantes, 700. La Presse, 701.

Les Thèses, 699.

PARTIE POFESSIONNELLE.

Propos du Jour : Le Droit à la santé (Dr G. Lavalée) 703

Actualité Professionnelle : Planning obstétrical (Dr R. Jodin) 706

Lettres des Lecteurs : Responsabilité des médecins-conseils 707

Bibliographie 709

DEMI-COLONNES.

Dernières Nouvelles, 688. A Travers l'Officiel, 690. Echos et Commentaires, 711. Correspondance, 714.

DIGITALINE NATIVELLE

Chl. de Ca. Gluconate de Ca. phosph. di-acide de Ca.
(Gouttes)
POLYCALCION
Antihémorragique
Déchlorurant
Neuro-Sédatif
Labor. SCIENTIA
Dr PERRAUDIN
21, rue Chaptal, PARIS

Toux *Coqueluche*
ÆTHONE
Laboratoire de l'ÆTHONE 35, rue Boissonnade, PARIS (XIVe

Opothérapie Hématique (amp. buv.)
GLOBEXINE
Anémies - États infectieux
Misère physiologique
Labor. SCIENTIA
Dr PERRAUDIN
21, rue Chaptal, PARIS

Infangyl Carlier
CALME LES TOUX INFANTILES

OUABAINE ARNAUD

DERNIÈRES NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris.

M. Bénard, professeur de pathologie expérimentale, est transféré, à compter du 1er avril 1946, dans la chaire de *clinique médicale de l'Hôtel-Dieu* (dernier titulaire : Noël Fiessinger).

M. Duvoir, professeur de médecine légale, est transféré à compter du 1er Juillet 1946 dans la chaire de *médecine du travail* (chaire créée).

M. Alajouanine est nommé, à compter du 1er Janvier 1946, professeur d'*histoire de la médecine*.

M. Guy Laroche est nommé, à compter du 1er Janvier 1946, professeur de *thérapeutique* (dernier titulaire : M. Aubertin).

Concours de prosectorat. — Sont nommés : MM. Chatelin, Michon, Duhamel.

Faculté de médecine de Lyon.

M. Mazel, professeur de médecine légale, est transféré à compter du 1er Juillet 1946 dans la chaire de *médecine du travail* (chaire créée).

Ecole de médecine de Rennes.

M. Lamache, professeur d'histologie et embryologie, est transféré dans la chaire de *clinique médicale*.

Hôpitaux de Paris.

Concours d'assistant en médecine des hôpitaux. — Sont nommés : MM. Castaigne, Tricot, Nick, Albahary, Le Sourd, Blanchon, Bastin, Pergola, Durupt, Delzant, Audry, Alison, Danel, Bach, de Lignières, Trémolières, Coury, Le Brigand.

Concours spécial de médecin des hôpitaux. — Sont déclarés sous-admissibles : MM. Milliez, Israël, Bernard Dreyfus, Sikorav, François-Michel Lévy, Kreis, Michel Bloch, Zarachovitch, Mlle Grumbach, MM. Vignalou, Kaufman, Sée, Meyer Heine.

Education physique et sports.

Une circulaire du 20 Mai 1946, adressée aux Recteurs par le Ministère de l'Education nationale, publie le programme des leçons de médecine appliquée à l'éducation physique et aux sports, que devront suivre les étudiants en médecine de 5e année (chaire d'hygiène). Onze leçons sont obligatoires, avec interrogations à l'examen oral d'hygiène.

Médaille du professeur Duvoir.

Le professeur Duvoir vient de quitter son service de l'hôpital Saint-Louis. Ses élèves et ses amis, en témoignage de leur affection, ont l'intention de lui offrir un médaille dont l'exécution a été confiée au Maître sculpteur Rispal. Les souscriptions sont reçues chez M. Georges Masson, 120, boulevard Saint-Germain, Paris (6e).

Hôpital de Montélimar.

Deux places d'*internes* (médecine et chirurgie), sans concours, pour une durée maximum d'un an, sont vacantes à l'hôpital de Montélimar (Drôme). Pour tous renseignements, s'adresser au Directeur.

Dispensaires antivénériens de la Savoie.

Un *poste de médecin des dispensaires antivénériens est actuellement vacant en Savoie*. Le médecin nommé à ce poste devra renoncer à toute clientèle. Pour tous renseignements, s'adresser à l'Inspection de la Santé, Préfecture de la Savoie, Chambéry.

Laboratoire de l'hôpital de Niort.

Un *concours* sur épreuves et sur titres aura lieu le 20 Septembre 1946, à l'Ecole de médecine de Nantes en vue du recrutement d'un *médecin-directeur du laboratoire de l'hôpital de Niort*.

Les dossiers des candidats seront reçus jusqu'au 1er septembre 1946 à la Direction départementale de la Santé, 5, rue Duguesclin, à Niort, où tous renseignements pourront être demandés.

Syndicat des Chirurgiens de Paris et de la région parisienne.

Les membres du Syndicat des Chirurgiens de

HÉMO
CYTO
SÉRUM
CORBIÈRE
Thérapeutique Ferro-Cacodylique
ANÉMIES
LYMPHATISME
CHLOROSE
CONVALESCENCES
TROUBLES DE LA CROISSANCE
LABORATOIRE CORBIÈRE
27, Rue Desrenaudes, PARIS TÉLÉPH. CARNOT 78-11


CRINEX stimule
EXTRAIT OVARIEN TOTAL STANDARDISÉ
OREX équilibre
EXTRAIT ORCHITIQUE TOTAL STANDARDISÉ
FRÉNOVEX freine
EXTRAITS MAMMAIRE ET LUTÉINIQUE
la fonction ovarienne
LABORATOIRES 28 CRINEX-UVÉ
1, AVENUE DU DOCTEUR LANNELONGUE, PARIS (XIVe)

Paris et de la région parisienne ont tenu leur première Assemblée générale depuis 1939, le 12 juin 1946, à la Confédération des Syndicats Médicaux, 60, bd. de Latour-Maubourg et ont procédé au renouvellement du Conseil d'administration.

Le nouveau bureau, Président Séjournet, Vice-Président Plansson, Secrétaire général Masmonteil, Secrétaire général adjoint Vidal-Naquet, Trésorier Bruneton, soucieux de défendre la charte médicale, fait un appel à tous les jeunes chirurgiens et leur demande leur adhésion afin de renforcer son action dans la lutte pour la défense de nos intérêts professionnels.

Pour toute inscription, s'adresser au Secrétaire général : Dr F. Masmonteil, 23, rue du Landy, Saint-Ouen (Seine). (*Communiqué.*)

Hygiène scolaire et universitaire.

Cinq postes de Médecins Inspecteurs Régionaux et de Médecins Inspecteurs Régionaux adjoints de l'Hygiène scolaire et universitaire (Médecins fonctionnaires) sont réservés aux bénéficiaires de l'ordonnance du 15 Juin 1945. Les candidatures sont reçues jusqu'au 31 Juillet 1946, à la Direction de l'Hygiène Scolaire et Universitaire, 5, rue Auguste-Vacquerie, à Paris 16e.

Médaille du professeur Rocher.

La remise de la médaille offerte au prof. H. L. Rocher, par ses amis et ses élèves aura lieu le samedi 13 Juillet 1946, à 11 h., à l'hôpital des Enfants de Bordeaux (pavillon d'Orthopédie).

Nouveaux centres de pénicillinothérapie.

De nouveaux centres de pénicillinothérapie ont été ouverts : à l'hôpital Laribosière, services du docteur Worms (médecine) et du docteur Michon (chirurgie) ; à l'hôpital de Créteil, services du docteur Escalier (médecine) et du docteur Métivet (chirurgie) ; à l'hôpital Poincaré, à Garches, services du docteur Rouquès (médecine) et du docteur Richard (chirurgie) ; à l'hôpital Foch, à Suresnes, service du docteur Kourilsky.

Lutte contre l'alcool.

Le « Groupement médical d'Etudes antialcooliques » entend poursuivre avec vigueur son action pour libérer le peuple d'un fléau qui le mène à la déchéance.

On sait le peu de fond qu'il faut faire à ce sujet sur le Parlement. Seule est valable l'influence sur l'opinion publique.

Pour éclairer celle-ci les médecins peuvent beaucoup. Un instant appel leur est adressé par le Groupement. Qu'ils y adhèrent en masse. Adhésions et souscriptions : 14 bis, rue d'Alger, Nantes.

Naissances.

Nous apprenons la naissance de Marie-Pierre Klein, fille du docteur Michel Klein, de Paris ; de Marie-Odile Metzquer, deuxième enfant du docteur Metzquer, de Rougemont (Doubs) ; de Jean-Michel Pinon, second fils du docteur Marcel Pinon, de Cerisiers (Yonne) ; de Nicole Lazarovici, troisième enfant du docteur Lazarovici, de Ay (Marne) ; de Christiane Duquesne, troisième enfant du docteur Ch. Duquesne, de Barneville-sur-Mer (Manche) ; de Bertrand Arnoux, septième enfant du docteur Maurice Arnoux, de Baccarat (Meurthe-et-Moselle) ; d'Edith Benoit, fille du docteur Claude Benoit, de Ladon (Loiret) ; de Jacqueline Cabasson, deuxième fille du docteur Robert Cabasson, de Marseille (Bouches-du-Rhône).

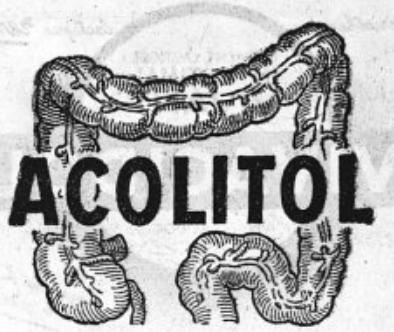
Nécrologie.

Nous apprenons la mort du docteur Pierre Fredet, membre de l'Académie de médecine, membre et ancien Président de l'Académie de chirurgie, chirurgien honoraire des hôpitaux de Paris, médecin-chef honoraire du réseau Sud-Est de la S.N.C.F., décédé le 29 mai, à Paris.

Le Concours Médical
Hebdomadaire fondé en 1879 par A. Cézilly.
Directeur honoraire : Docteur J. Noir.
Directeur : Dr G. Lavalée.
Rédacteur en Chef : Dr G. Fischer.
Rédaction, Administration et Publicité, 57, Rue de Bellefond, Paris (9e).
Téléphone : TRU 33-66. R. C. Seine 76.579.
Chèques postaux, Paris 167-95.
Abonnements : 1 an, 250 francs. - Etudiants, 125 fr. Le N° 10 fr. Changem. d'adresse 5 fr.



Agent de Régénération hématique, de Leucopoïèse et de Phagocytose
DESCHIENS, Docteur en Pharmacie, 9, Rue Paul Baudry, PARIS (8e)



TOPIQUE INTESTINAL
COLITES, ENTÉROCOLITES, INTOXICATIONS, INFECTIONS
LANCOSME - 71, Av. Victor Emmanuel III, Paris (8e)

VITAGAR à base de **VITAMINE B**
Traitement rationnel de la **CONSTIPATION**
Mucilage végétal d'action physiologique
Régénère la musculature intestinale
Laboratoires UROMIL - PARIS

À TRAVERS L'OFFICIEL

ASSURANCES SOCIALES.

Arrêté ministériel du 27 mai 1946 organisant la procédure des expertises en matière d'assurances sociales.

Article premier. — § 1er. — L'assuré social qui conteste une décision d'ordre médical prise par une caisse primaire de sécurité sociale, en matière d'assurance maladie ou maternité, doit présenter une demande écrite adressée, par lettre recommandée, à la caisse intéressée ou déposée contre récépissé aux guichets de celle-ci.

Cette demande doit être accompagnée d'un certificat du médecin traitant, indiquant la nature de l'affection ou de l'accident.

§ 2. — Dans les trois jours qui suivent la réception de la réclamation de l'assuré, le médecin conseil de la caisse doit se mettre en relations avec le médecin traitant aux fins de la désignation de l'expert chargé d'examiner le malade.

§ 3. — A défaut d'accord entre les deux médecins, sur la désignation de l'expert, la caisse doit, sans délai, inviter le directeur régional de la santé à procéder à la désignation, conformément à l'article 33 de l'ordonnance du 19 octobre 1945, de l'expert qui lui paraît qualifié pour examiner le malade.

Le directeur régional de la santé avertit, sans délai, la caisse de la désignation du médecin expert.

§ 4. — La caisse notifie à l'expert, dès qu'elle en est informée, la désignation effectuée.

Art. 2. — Dans les huit jours qui suivent la réception de la notification de sa désignation, l'expert doit procéder à l'examen du malade. A cet effet, il le convoque à son cabinet. Dans le cas où l'assuré ne peut se déplacer, le médecin se rend au domicile de celui-ci.

Art. 3. — L'expert doit, dans les trois jours qui suivent l'examen du malade, faire connaître à l'assuré et à la caisse sa décision motivée.

Art. 4. — La décision de l'expert n'est pas susceptible de recours. L'assuré peut contester l'application faite par la caisse de cette décision, en saisissant le juge de paix du chef-lieu d'arrondissement, conformément à l'article 106 de l'ordonnance du 19 octobre 1945 susvisée, dans un délai de trois mois à compter de la date de réception de la notification de la décision de la caisse.

Art. 5. — Les honoraires dus au médecin expert sont ceux qui sont prévus par l'arrêté du 9 janvier 1946 pour les examens spéciaux auxquels il est procédé par les experts ou spécialistes, pour l'attribution des prestations de longue maladie.

Les honoraires sont à la charge de la caisse primaire de sécurité sociale, sauf si la demande de l'assuré est reconnue par l'expert, comme manifestement non fondée.

Art. 6. — Lorsqu'une contestation portée devant le juge de paix, conformément à l'article 106 précité, fait apparaître une difficulté d'ordre médical, le juge de paix provoque l'examen de l'assuré par un médecin expert, choisi dans les conditions prévues à l'article 33 de l'ordonnance du 19 octobre 1945 et à l'article 1er du présent arrêté.

Art. 7. — La procédure prévue aux articles précédents est applicable lorsque l'assuré conteste une décision d'ordre médical prise en matière d'assurance de longue maladie, après accord entre le médecin traitant et le médecin conseil des assurances sociales.

Toutefois, dans ce cas, l'assuré doit accompagner sa demande d'un certificat délivré par un





LE TRAITEMENT POLYPHOSPHORÉ ACIDE
Particulièrement dense en acide ortho-phosphorique et en composés phosphorés

NEUROKABRYL

GOUTTES

ASTHENIES (neuro-musculaires) ALCALOSES
TUBERCULOSES (modification du terrain) COLIBACILLOSES

LABORATOIRES E. M. DAUMAS, 1, rue Méhul - PANTIN (Seine)

médecin autre que celui ayant examiné le malade conjointement avec le médecin conseil des assurances sociales. La caisse doit, sans délai, inviter le directeur régional de la santé à procéder à la désignation de l'expert.

(*J. O.*, 6 juin 1946.)

Arrêté ministériel du 31 mai 1946 fixant les salaires forfaitaires retenus pour le calcul des cotisations aux assurances sociales pour les gens de maison.

Article premier. — Les cotisations ouvrières et patronales des législations de sécurité sociale dues pour les domestiques et gens de maison sont calculées sur la base d'un salaire forfaitaire évalué comme suit, y compris la nourriture et les autres avantages en nature, s'il y a lieu. (Voir tableau ci-contre.)

Art. 2. — Les salaires hebdomadaires ou mensuels correspondent à des semaines ou à des mois complets, quel que soit le nombre de jours ouvrables y contenus. Pour les mois incomplets de travail, la double cotisation est calculée sur la base du salaire hebdomadaire et, éventuellement, pour les journées de travail en sus, sur la base d'un septième du salaire hebdomadaire.

Art. 3. — Les dispositions du présent arrêté qui abrogent toutes dispositions contraires, auront effet à compter du 1er juillet 1946.

(*J. O.*, 16 juin 1946.)

	Personnes âgées	
	de plus de 18 ans	de moins de 18 ans
	Francs	Francs
Villes de plus de 80.000 hab.		
Salaire annuel		
Hommes	36.000	27.000
Femmes	21.000	15.600
Salaire mensuel :		
Hommes	3.000	2.250
Femmes	1.750	1.300
Salaire hebdomadaire :		
Hommes	700	520
Femmes	410	300
Villes de moins de 80.000 hab.		
Salaire annuel :		
Hommes	30.000	22.500
Femmes	18.000	13.500
Salaire mensuel :		
Hommes	2.500	1.875
Femmes	1.500	1.125
Salaire hebdomadaire :		
Hommes	580	440
Femmes	350	260

Arrêté ministériel du 11 juin 1946 sur l'évaluation des avantages en nature pour le calcul des cotisations aux assurances sociales.

Article premier. — Les avantages en nature à prendre en considération pour la détermination des cotisations et des prestations d'assurances sociales sont évalués conformément aux dispositions des arrêtés fixant les salaires lorsque ces textes fixent également la valeur desdits avantages.

Art. 2. — Lorsque la valeur des avantages en nature n'est pas déterminée par les arrêtés fixant les salaires, ces avantages sont évalués forfaitairement comme suit (Voir tableau, page 692).

L'évaluation par semaine ou par mois, s'entend

Un camphre soluble
dont l'action est renforcée et prolongée par celle de la
spartéine

SPARTO-CAMPHRE

Solution aqueuse de camphosulfonates de spartéine, sodium et diéthylamino-éthanol

Ampoules de 2 et 5 cc. — Dragées

LABORATOIRES CLIN, COMAR & Cie
20, *Rue des Fossés-St-Jacques, PARIS (Ve)*

ACTIPHOS
AMPOULES BUVABLES DE 3 CC
L'ALIMENT ÉQUILIBRÉ DE LA CELLULE NERVEUSE

Acide phosphorique en Synergie suractivée par les Phosphates métalliques et les Catalyseurs minéraux

LABORATOIRE ROGER BELLON
LOUIS FERRAND
Ex-interne, Lauréat des Hôpitaux de Paris
PHARMACIEN-GÉRANT
(GAMBÉOL, RECTOCALCIUM, HÉMOPYLORE "3", GLOBIRON)
78bis, Avenue Marceau - PARIS (8e)

	Département de la Seine et communes assimilées en ce qui concerne la législation des salaires	AUTRES localités
	Francs	Francs
Valeur des avantages par trimestre :		
Logement	540 »	390 »
Nourriture	3.600 »	2.700 »
Logement et nourriture	4.140 »	3.090 »
Valeur des avantages par mois :		
Logement	180 »	130 »
Nourriture	1.200 »	900 »
Logement et nourriture	1.380 »	1.030 »
Valeur des avantages par semaine :		
Logement	45 »	35 »
Nourriture	280 »	210 »
Logement et nourriture	325 »	245 »

des semaines ou des mois complets, quel que soit le nombre de jours ouvrables y contenus.

Art. 3. — Les chiffres fixés conformément à l'article précédent constituent des minima. Les avantages en nature prévus à l'article 1er pourront, d'un commun accord entre les salariés et leur employeur, être évalués à des chiffres supérieurs.

Art. 4. — Les dispositions du présent arrêté qui abrogent toutes dispositions contraires, auront effet à compter du 1er juillet 1946.

(J. O., 16 juin 1946.)

Décret du 28 mai 1946 complétant le décret du 16 janvier 1946 fixant la composition et les attributions du Comité technique d'action sanitaire et sociale.

Article premier. — L'article 1er du décret du 16 janvier 1946 est modifié comme suit :

« A titre transitoire et jusqu'à la mise en vigueur des dispositions de l'article 28 de l'ordonnance du 4 octobre 1945, le comité technique d'action sanitaire et sociale institué auprès du conseil supérieur des assurances sociales est composé ainsi qu'il suit :

« Deux représentants du ministre du Travail et de la Sécurité Sociale ;

« Deux représentants du ministre de la Santé Publique et de la Population ;

« Cinq membres titulaires et cinq suppléants représentant les organismes d'assurances sociales, désignés par le conseil supérieur des assurances sociales ;

« Le médecin inspecteur général du travail au ministère du Travail et de la Sécurité Sociale ;

« Un membre titulaire et un suppléant représentant les organisations de praticiens au sein du conseil supérieur des assurances sociales ;

« Huit médecins désignés par le ministre de la Santé Publique et de la Population ;

« Deux membres titulaires et deux suppléants représentant les médecins-conseils des organismes d'assurances sociales, désignés par leurs syndicats de praticiens.

« Le président du comité technique d'action sanitaire et sociale est désigné par le ministre du Travail et par le ministre de la Santé Publique et de la Population. »

Art. 2. — L'article 4 du décret susvisé est modifié comme suit :

« Le comité constitue une section de contrôle médical dont les membres sont choisis dans son sein et qui est composée de :

Micelliode
IODE COLLOIDAL MICELLAIRE ÉLECTRO-POSITIF
Toutes les Indications de l'IODE, SANS IODISME POSSIBLE
GOUTTES
Laboratoires de l'HÉPATROL _ 4 Rue Platon. PARIS (XVe)

LES 3 META
META VACCIN SUPPURATIONS
META TITANE DERMATOSES
METASPIRINE ASPIRINE TONIQUE
LABORATOIRES PAUL MÉDAILLER, TOURS

Vaccin contre la VARIOLE
Service Vaccinal du « Concours Médical »
assuré par
L'INSTITUT DE VACCINE
8, Rue Ballu
PARIS (IXe)
Téléph : TRInité 46-15

« Un représentant du ministre du Travail et de la Sécurité Sociale ;

« Un représentant du ministre de la Santé Publique et de la population ;

« Trois membres titulaires et trois suppléants représentant les organismes d'assurances sociales;

« Les deux membres titulaires représentant les médecins-conseils des organismes d'assurances sociales, ou leurs suppléants ;

« Le représentant des organisations de praticiens, ou son suppléant ;

« Deux des médecins désignés par le ministre de la Santé Publique et de la Population. »

Art. 3. — L'article 8 du décret susvisé est modifié comme suit :

« Une commission disciplinaire siégeant auprès de la section du contrôle médical donne son avis sur les sanctions disciplinaires, autres que la réprimande, que les conseils d'administration des caisses d'assurances sociales proposent de prononcer à l'encontre de leurs médecins-conseils.

« Cette commission comprend :

« Un président désigné par la section du contrôle médical ;

« Trois membres titulaires et trois suppléants représentant les médecins-conseils des organismes d'assurances sociales, désignés par leurs syndicats professionnels. »

Art. 4. — L'article 9 du décret est remplacé par l'article 9 ci-après et devient l'article 10 :

« Les membres suppléants prévus aux articles 1er, 4 et 8 ci-dessus n'ont voix délibérative que lorsqu'ils remplacent effectivement les membres titulaires absents. » (*J. O.*, 30 mai 1946.)

SANTE PUBLIQUE

Décret du 18 juin 1946 relatif à la réglementation des pouponnières, crèches, consultations de nourrissons et des gouttes de lait.

Article premier. — En application de l'ordonnance du 2 novembre 1945 sur la protection maternelle et infantile sont maintenues en vigueur les dispositions du décret du 21 avril 1945 relatif à la réglementation des pouponnières, des crèches, des consultations de nourrissons et des gouttes de lait.

(*J. O.*, 19 juin 1946.)

SECURITE SOCIALE.

Décret du 8 juin 1946, portant règlement d'administration publique pour l'application de l'ordonnance du 4 octobre 1945 portant organisation de la sécurité sociale.

(*J. O.*, 9 juin 1946.)

Décret du 12 juin 1946 prévoyant des mesures transitoires pour l'application dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle du nouveau régime de sécurité sociale.

(*J. O.*, 14 *juin* 1946.)

SUBSTANCES VENENEUSES.

Décret du 26 mai 1946 modifiant le décret du 14 septembre 1916 sur les substances vénéneuses.

Article premier. — Sont inscrites au tableau B annexé au décret du 14 septembre 1916 les substances suivantes :

Ether éthylique de l'acide méthyl phényl pipéridine carbonique et ses sels.

Art. 2. — Sont inscrites au tableau C annexé au décret du 14 septembre 1916 les substances suivantes :

Phényl amino propane et ses sels.

(*J. O.*, 30 mai 1946.)

Décret du 12 juin 1946 modifiant le décret du 14 septembre 1916 sur les substances vénéneuses.

Article premier. — Sont inscrites au tableau C annexé au décret du 14 septembre 1916 les substances suivantes :

Folliculine ;

Oestrogène de synthèse. (*J. O.* 18 juin 1946.)

KALANOSE
LES LABORATOIRES
BOUCHET
B
LAXATIF DOUX
Rééducateur des Fonctions Intestinales et Biliaires
SANS ACCOUTUMANCE
SANS CONTRE-INDICATION
★
ENTÉROKINASE • HÉPATINE • BILE
BOURDAINE • ISATINE • LEPTENDRA • BELLADONE
★
1 A 3 DRAGÉES AU REPAS DU SOIR
153-155 · AVENUE DU ROULE - NEUILLY/SEINE
TÉL : MAILLOT 05-17-58-36

Thérapeutique artérielle et cardio-rénale

Artères

Spasmes artériels. Hypertension
TENSÉDINE 2 comprimés au début de chacun des 3 repas.

Scléroses vasculaires et viscérales
IODOLIPINE 1 capsule 2 ou 3 fois par jour, aux repas.

Cœur

Syndromes coronariens, Angor, Infarctus, Palpitations, Algies précordiales
COROSÉDINE 2 comprimés 2 ou 3 fois par jour, au début des repas.

Crises angineuses
TRINIVÉRINE 2 à 3 dragées à quelques minutes d'intervalle. Maximum : 10 par jour.

Reins

Insuffisance cardio-rénale, Oligurie
DIUROPHYLLINE 2 à 4 comprimés par jour, à la fin ou dans l'intervalle des repas.

MONAL, DOCTEUR EN PHARMACIE - 13, Avenue de Ségur, PARIS

Contre TOUTE ALGIE VISCÉRALE due au spasme

Appareils digestif · pulmonaire circulatoire-génito-urinaire voies biliaires

PROPIVANE

Chlorhydrate de propyl-phényl-acétate de diéthylaminoéthanol
ANCIENNEMENT "PROPAVINE"

DRAGÉES DOSÉES À 0g10 (flacons de 30)
AMPOULES INJECTABLES DE 1cc SOLUTION À 5% (boîtes de 6)
SUPPOSITOIRES DOSÉS À 0g10 (cartons de 6)

ANTISPASMODIQUE NON TOXIQUE aussi puissant que l'atropine

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE SPECIA MARQUES POULENC FRÈRES & USINES DU RHÔNE
21, RUE JEAN GOUJON - PARIS - 8e

HYPERCHLORHYDRIE
TOUTES DOULEURS GASTRIQUES

GASTROSEDYL

GOUTTES

Le grand remède de toutes les
GASTRALGIES

COMPOSITION INCHANGÉE

Teinture Dausse de belladone	46
Teinture Dausse de jusquiame	20
Liqueur ammoniacale anisée	20
Bromure de Sodium	13
Phosphate de codéine	1

Antispasmodique certain

Régulateur de l'acide gastrique

Sédatif à effet immédiat

POSOLOGIE

10 à 30 gouttes dans un peu d'eau sucrée après les repas et au moment des douleurs

LABORATOIRES J. LANDRIER
— Coulange-sur-Yonne (YONNE) —

SARCOPTOL

LABORATOIRES DE SPÉCIALITÉS S.A. LASSA

LOTION (Formule d'avant-guerre) GALE - PARASITOSES DIVERSES } PITYRIASIS - SÉBORRHÉES, etc. }

POMMADE ECZÉMAS - PRURITS - ACNÉS - FURONCULOSES } DÉMANGEAISONS - TOUTES DERMATOSES }

LASSA - 31, RUE CHARDON-LAGACHE - PARIS 16e

PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAITEMENT DE LA PÉDICULOSE

par **M. DEPARIS** Médecin des Hôpitaux de Paris

L'UTILISATION large de produits insecticides nouveaux pour la lutte contre la pédiculose a transformé complètement la prophylaxie des maladies contagieuses transmises par ces insectes.

Dans ce court article, nous aurons en vue uniquement : d'une part, la poudre D. D. T. ou Dichlorodiphényltrichloroéthane, et, d'autre part, le Benzène hexachloré ou Hexachlorocyclohexane.

Le D. D. T. se présente sous la forme d'une poudre blanche diluée dans la proportion de 5 à 10 p. 100 dans du talc. Le produit chimique est connu de longue date, mais c'est à des chimistes suisses, MM. Lauger, H. Martin et P. Muller qu'on doit l'utilisation de ce corps dans la lutte contre les insectes.

Les armées américaines ont exploité ce produit, et son emploi systématique, étendu à la lutte contre la plupart des parasites, a été fait à très vaste échelle et porté à un très haut degré de perfectionnement. Des travaux importants ont été publiés à ce sujet par MM. Fabre et Neveu, par MM. Poulain, Koman et Rinaudo.

***

L'emploi du D. D. T. dans la lutte contre les poux a d'abord été réalisée dans les armées d'Italie pour la prévention contre le typhus exanthématique sous la direction du Médecin Général américain L. A. Fox, Directeur de la Commission américaine contre le Typhus. Il a été ensuite généralisé pour la réalisation de l'épouillage lors du rapatriement, sous la direction du Dr P. Bourgeois, Chef du Service de Santé du Rapatriement.

L'étude épidémiologique du typhus dans la région parisienne a été faite dans le remarquable ouvrage que viennent de publier MM. Leclainche et Boyer. Enfin, dans sa thèse récente sur " Les Poudres insecticides nouvelles ", M. Saout a apporté un intéressant travail sur les propriétés physico-chimiques, l'action parasiticide et l'emploi dans la prophylaxie du paludisme et du typhus exanthématique, de ces différents produits.

Nous ne détaillerons pas ici les techniques sanitaires utilisées pour les épouillages de collectivités, qu'il s'agisse soit de troupes en campagne, soit de rapatriés réunis dans des camps. Dans la région parisienne, le Dr Neveu, dirigeant les équipes mobiles d'épouillage, a pu réaliser la destruction des parasites dans les centres scolaires ou les collectivités urbaines. Mais ces procédés peuvent être appliqués également dans la clientèle courante. La technique est très simple : il suffit, en ce qui concerne les poux de tête, de faire un peignage soigneux, puis de saupoudrer largement le cuir chevelu. La dose, pour une personne, est de 3 à 5 g. de poudre. La tête est ensuite enveloppée dans une serviette pour que le contact soit maintenu toute la nuit. Une seconde application doit être faite dans les mêmes conditions 8 jours après la première. Cette technique met à profit les propriétés du D. D. T. qui agit sur l'insecte par contact et par ingestion, mais a une action beaucoup moins rapide sur les lentes. Or, l'éclosion peut se faire pendant 6 à 8 jours, d'où l'intérêt de la seconde application.

Il n'y a aucun accident possible. Le D. D. T. est absolument inoffensif dans les conditions précédentes d'application.

Pour détruire les poux de corps, on peut utiliser la pulvérisation au moyen d'un appareil spécial ; celle-ci est effectuée par les orifices des manches, du col, du bas des pantalons et de la ceinture.

Un des intérêts du D. D. T. est la longue durée de son activité. Le produit est en effet très actif et son action peut persister durant plusieurs jours. Il va sans dire qu'en ce qui concerne les poux de corps, la pratique la meilleure est le grand bain savonneux suivi du change complet du linge pendant qu'on désinsectise les vêtements.

***

Le Benzène hexachloré est utilisé en dilution dans du talc dans la proportion de 3 p. 100. La technique est exactement la même que pour le D. D. T. On saupoudre la tête de l'enfant avec un sachet contenant 5 g. de produit et on renouvelle cette application au bout d'une semaine. Le peignage soigneux des cheveux est fait le lendemain de chacune des deux applications pour éliminer les œufs et les lentes mortes.

Le benzène hexachloré a en effet la propriété de détruire également les lentes.

***

Telles sont les données simples qu'il importe actuellement de connaître pour le traitement de la pédiculose. Elles ont l'intérêt de pouvoir être mises en application, aussi bien dans les cas isolés de la pratique civile que dans les grandes collectivités.

Selon la phrase de MM. Fabre et Neveu, dans leur rapport présenté au Conseil Supérieur d'Hygiène Publique : " L'emploi des poudres insecticides est une véritable révolution dans la prophylaxie des maladies épidémiques transmises par les insectes. "

JOURNÉES MÉDICALES DE BRUXELLES

XXe SESSION — 22 au 26 JUIN 1946

Par le nombre et l'intérêt des communications qui y furent faites cette première session d'après-guerre n'a pas été inférieure à ses devancières.

Elle se tint, comme celles-ci, dans les magnifiques locaux de l'Université libre dont le grand hall du rez-de-chaussée servit de cadre à une importante Exposition Internationale des Arts et des Sciences appliqués à la Médecine, la Chirurgie, la Pharmacie et l'Hygiène sanitaire.

Des conférenciers belges, français, suisses, hollandais, anglais, vinrent exposer leurs travaux les plus récents sur les sujets les plus variés. C'est en effet le propre de la formule des journées bruxelloises, celle qui a fait sa fortune et à laquelle les organisateurs attachent à juste titre une importance particulière, d'offrir une gamme très étendue d'exposés entre lesquels tout congressiste peut faire son choix et où, quelle que soit sa formation, il est sûr de trouver des sujets qui l'intéressent.

Un public nombreux et attentif assista à chacune des conférences, se répartissant à la même heure entre trois ou quatre orateurs différents.

Nous donnons ci-dessous un aperçu de quelques communications. Le texte intégral sera publié par notre confrère « Bruxelles-Médical ».

L'EPREUVE DU TRAVAIL

par le Dr J. P. d'Ernst, assistant à la Clinique Gynécologique et obstétricale de Genève

Il est essentiel, au cours du travail, de se rendre compte s'il progresse de façon satisfaisante et si l'accoucheur n'a qu'à laisser l'action physiologique se développer, ou s'il surgit quelqu'anomalie susceptible d'indiquer une intervention quelconque.

L'Ecole de Zurich a tenté de schématiser la marche d'un accouchement normal en évaluant le nombre des douleurs nécessaires pour passer d'un stade à un autre. L'école de Strasbourg a objecté que la valeur des douleurs était essentielle et qu'il est impossible de l'évaluer. Néanmoins, à cause de sa commodité, le test de numération des douleurs a été retenu.

Au cours de ces recherches, il est apparu que ce sont les anomalies dans l'effacement et la dilatation du col qui retardent l'accouchement. La spasmalgine, dont l'action favorable est bien connue, agit précisément en redressant ces anomalies et en accentuant la plasticité du col.

Une part iportante de ces anomalies est, selon certains accoucheurs, due à la poche des eaux. Selon Kreis, le rôle de la poche des eaux est terminé quand l'accouchement commence.

D'où il s'ensuit et en cela l'avis de l'école de Strasbourg est identique que la rupture artificielle et systématique des membranes est indiquée afin de raccourcir la durée de l'accouchement en provoquant un contact plus étroit de la tête avec le détroit supérieur.

L'auteur termine en exposant les doctrines en usage à la maternité de Genève.

Dans les cas de rupture prématurée et spontanée, l'hospitalisation est à préconiser.

Ensuite, doit intervenir une recherche minutieuse des signes d'infection (température, caractères du liquide). Suivre l'évolution par des touchers uniquement rectaux.

Intervenir lorsque la menace d'infection se précise.

CONSIDERATIONS NOUVELLES AU SUJET DE LA CROISSANCE

par le Dr F. TWIESSELMAN,

chargé de cours à l'Université libre de Bruxelles

L'auteur a été amené à s'intéresser au problème de la croissance pendant la guerre, en observant des enfants et des adolescents groupés dans les centres d'acceuil de l'œuvre « Pro Juventute ».

Il s'est efforcé de creuser ce problème en obtenant des précisions sur les variations de la taille et du poids. Sa communication n'a envisagé que la croissance au moment de la puberté.

Il est remarquable que l'accroissement de la taille se fait de façon continue de la naissance jusqu'aux environs de 11 ans et marque un maximum à ce moment. Ensuite survient un léger fléchissement suivi d'une seconde poussée moins marquée.

Enfin la croissance subit un ralentissement et aboutit vers 20 ans à son achèvement complet.

Le poids subit des variations exactement similaires.

Cette évolution est semblable dans les deux sexes, avec cette seule différence d'une précocité plus grande chez les filles en rapport avec la puberté plus précoce.

Ces courbes confirment celles établies autrefois par Quetelet.

L'auteur a pu fractionner la croissance en relevant les chiffres d'accroissement des divers segments du corps.

La taille pubienne (du sol au pubis) croît régulièrement chez le garçon ; chez la fille il en est ainsi jusqu'à 13 ans, ensuite, le rythme se ralentit.

La taille assise croît régulièrement chez le garçon ; chez la fille, la croissance est plus marquée à partir de 13 ans, puisque la partie inférieure diminue d'autant, c'est-à-dire que la fille subit à partir de 13 ans un changement dans les proportions.

Si l'on considère maintenant diverses mensurations faites sur le tronc et les membres, on obtient les résultats suivants :

La longueur du bras s'accroît de la même façon chez le garçon et la fille, et parallèlement avec des chiffres absolus plus forts chez le garçon.

Si l'on note séparément la longueur du radius, on s'aperçoit que le bras de la femme est plus court, et surtout dans la région distale.

Les dimensions en largeur font constater une différence notable entre les deux sexes.

Ainsi, le diamètre transverse du bassin se développe régulièrement chez le garçon ; chez la fille, il montre entre 13 et 14 ans un accroissement plus marqué : c'est donc à ce moment que s'annonce la différence sexuelle qui aboutira au bassin large des femmes.

Le diamètre des épaules permet de constater

entre les deux sexes une différence analogue et commençant à la puberté.

Le diamètre transverse thoracique est marqué lui aussi par cette même rupture dans la croissance chez la fille ; d'inférieure à celle du garçon avant la puberté,, elle lui devient supérieure après.

Enfin dans l'étude des périmètres, l'influence de la puberté dans les deux cas saute au yeux.

Chez le garçon la croissance se fait de façon linéaire, puis il survient un changement de rythme, une rupture vers 16 ou 17 ans.

Chez la fille l'évolution est identique avec cette différence que la rupture se constitue à un âge plus précoce.

Ces études, qui essaient d'approfondir les divers aspects et les variations intimes du phénomène de la croissance ont cet intérêt de préparer la voie à des recherches ultérieures qui permettront peut-être de préciser les idées sur ce moment crucial de l'évolution corporelle.

LA CLITOCYBINE

Cette communication devait être faite par le Prof. Hollande lui-même. Mais celui-ci ne put, pour raison de santé, se rendre à Bruxelles. Et ce sont deux de ses collaborateurs, le Dr Sillevaerts et le Dr Vermeulen qui parlèrent à sa place. Dans les recherches actuellement entreprises ils se sont donné spécialement pour tâche d'isoler le principe actif de l'extrait total.

Le Dr Sillevaerts donne quelques précisions biographiques sur le savant dont le nom fait actuellement luire l'espoir au cœur de tant de malades.

Né à Chambéry en 1881, le prof. Hollande conquiert le doctorat ès-sciences puis commence à exercer la pharmacie. Au retour de la guerre 1914-1918, il se livre à des travaux de recherche dans les facultés de Strasbourg et de Nancy puis arrivé à Montpellier en 1922 comme titulaire de la chaire de zoologie et de microbiologie. Ses premiers travaux sur la tuberculose datent de 1916 ; ceux qu'il poursuit actuellement restent donc dans le domaine qu'il explore depuis longtemps.

La découverte de la clitocybine, procède du même esprit d'observation qui aiguilla Fleming vers la pénicilline. Dans certains districts du Vercors, entre 800 et 1.800 mètres d'altitude on peut voir dans l'herbe des taches plus ou moins circulaires, aux contours découpés en dents de scie, de 30 cm. à 1 m. de diamètre, et au niveau desquelles les graminées, les scabieuses, les ombellifères sont mortes. C'est un phénomène connu depuis longtemps sous le nom populaire de ronds de sorcière.

Le prof. Hollande, en examinant ces plages, remarqua que les herbes mortes ne se putrifient pas et persistent d'une année à l'autre. Il en déduisit l'existence d'un principe qui tue les herbes puis les conserve en les défendant contre l'attaque des microorganismes, donc nettement abiotique.

Ce principe il le localisa dans des champignons qui existent toujours au niveau des ronds de sorcières ; ils mesurent 7 à 8 cm. de haut, et jusqu'à 6 de diamètre et appartiennent à l'espèce candida, soit gigantea, soit clitocybe.

L'extrait aqueux se montra doué d'un pouvoir abiotique sur les bacilles provenant du sol. puis sur divers germes tels que le staphylocoque doré, le colibacille, le bacille typhique et enfin le bacille de Koch.

Dès que l'on tenta d'injecter cet extrait aqueux aux animaux, les cobayes en particulier, on s'aperçut qu'il avait un effet toxique. L'injection déclanchait une constipation de 2 à 3 jours suivie d'une diarrhée profuse. La température normale de 38°3 chez le cobaye descendait jusqu'à 35° ; il se produisait en contractions spasmodiques du diaphragme. Enfin 12 heures environ après l'injection apparaissait une plaque de sphacèle. L'animal finissait par mourir de cachexie.

Le problème qui se posait était donc d'éliminer la substance toxique contenue dans l'extrait aqueux.

Les essais avec le noir animal, menèrent à un échec : la clitocybine était absorbée en même temps que la substance toxique. L'oxyde d'alumine, fut plus satisfaisant. Un traitement à l'alcool additionné de 1/2 volume d'éther permit de séparer la clitocybine.

La rareté du clitocybe sur les montagnes du Vercors imposa une autre série de recherches. Il fut possible de cultiver des fragments de tissu de champignon sur un milieu approprié (en particulier sur des carottes). Actuellement, moyennant des soins spéciaux et tenus encore secrets, la culture du mycelium est obtenue couramment et en quantité suffisante pour alimenter les recherches en cours. Le produit de culture, se montre trois à quatre fois plus actif que les produits naturels.

La clitocybine est un colloïde qui résiste mal aux alcalis, mieux aux acides, On peut en obtenir un précipité blanc amorphe soluble dans les solvants organiques, à la différence de la pénicilline.

Après purification partielle, il ne subsiste aucune toxicité.

Les essais pharmacodynamiques ont montré que chez un cobaye injecté avec du B.K. la température monte au 5e jour à 39°9 et la perte de poids est de 35 %. Si à ce moment on commence le traitement par 2 injections sous-cutanées chaque jour de 2.000 unités (soit 1/2 cm3 de solution aqueuse, au bout de 27 jours la température est revenue à la normale et au bout de 10 jours la perte de poids n'est plus de 17 à 25 %.

A l'autopsie on trouve que les ganglions lombaires ne sont pas hypertrophiés. La rate et les poumons ne sont pas augmentés de volume.

Il existe des lésions bien visibles sur les poumons mais elles sont bien localisées, entourées d'un parenchyme sain, cernées d'un bourrelet avec un caseum central. A l'examen microscopique, ces lésions diffèrent des lésions ordinaires par l'absence de cellules lymphoïde et épithélioïdes. Les bacilles sont très altérés et en voie de destruction ; de nombreux bacilles sont augmentés de volume et entourés d'une pseudo-auréole. Il semble se produire une lyse progressive et totale du B. K.

Un heureux hasard a permis de découvrir en outre un produit antidote qui renforce l'activité de la clitocybine.

Tel est le point d'aboutissement des recherches en cours ; elles n'ont pas dépassé le stade du laboratoire et il ne peut être question actuellement d'expérimenter sur l'homme.

La seule conclusion à tirer est que les résultats déjà obtenus permettent les plus belles espérances, et qu'il ne faut pas troubler les chercheurs par d'inopportunes impatiences.

L'ELECTRO-CHOC ET LES REGULATIONS PSYCHO-PHYSIOLOGIQUES

par le Prof. DELAY (Paris)

L'électro-choc provoque une série de modifications somatiques qui montrent l'action profonde qu'il exerce sur l'organisme.

En dehors de la tachycardie, de l'élévation de la pression artérielle, de l'arrêt de la respiration pendant les phases tonique et clonique, des signes oculaires, on observe un remaniement des diverses humeurs : hypercalcémie, hyperleucocytose et souvent un certain degré d'acétose.

L'appareil endocrine est aussi vivement stimulé et l'on a pu valablement faire de l'électro-choc, le traitement de certaines aménorrhées. On a même vu revenir des règles normales chez une femme dont l'aménorrhée datait de 10 ans.

La régulation psychologique provient de la transformation de l'état de base.

L'hyperthymie provoque soit la mélancolie, soit la manie. La mélancolie est l'exaltation douloureuse de l'humeur, l'intégration dans la douleur morale. La manie est caractérisée par une joie expansive, un débordement de la vitalité somato-psychique.

C'est en influençant l'état humoral qui leur est commune, que l'électro-choc agit sur l'une comme sur l'autre.

Parfois, il survient après le traitement un dérèglement en sens inverse : la mélancolie se transforme en manie ou diversement.

L'hypothymie est caractérisée par l'absence de toute vibration, l'indifférence affective, la perte des instincts et de l'émotion. C'est le seuil de la démence précoce.

L'électro-choc stimule l'affectivité, mais de manière passagère ; il réveille les sources distinctives d'attention à la vie.

Le centre régulateur de ces fonctions se trouve à la base du cerveau ; leur dérèglement traduit une atteinte localisée en cette région.

Certains symptômes physiques évoquent ce dérèglement, tels que l'encéphalite, l'épilepsie.

Faits expérimentaux : en 1927, Cannon et Britton coupèrent sur un chien les connexions sous-jacentes du thalamus. Chez un tel chien, toutes les manifestions de la colère subsistent : grondement, hérissement. Le centre intéressé est l'hypothalamus (diencéphale). Chez l'homme, Forster a fait des expériences de stimulation de l'hypothalamus sur des sujets en voie d'endormissement. Il a provoqué ainsi des états maniaques. Delay et Puech ont fait les mêmes observations. On peut obtenir de la même façon des observations de négativité.

L'encéphalographie gazeuse, simple méthode de diagnostic, entraîne très curieusement une modification de l'état thymique de l'humeur, et notamment une disparition durant quelques heures de la douleur morale. On a pu parler d'un véritable « regonflage » du cerveau.

L'électro-choc a aussi une action sur la vigilance de la conscience, dans le sens de connaissance, sur la fonction vigile.

Les états confusionnels sont assimilables aux différents degrés du sommeil et du rêve (onirisme, états crépusculaires de Régis).

Le sommeil doit être compris sous ses deux aspects de dissolution et de libération (Jackson). Il comprend un élément négatif : disparition de la conscience et un élément positif : le rêve, le subconscient libéré par la disparition de la conscience.

L'électro-choc se révèle efficace dans 80 % de cas confusionnels.

Il y a des rapports étroits entre la fonction vigile et la base du cerveau. Ceci est prouvé notamment par la maladie du sommeil et les états crépusculaires dus aux tumeurs du 3e ventricule. Ce sont là des faits cliniques.

Il existe des faits expérimentaux : reproduction du sommeil par des stimulations électriques ou mécaniques de l'hypo-thalamus. Il y a donc bien un centre réglant veille et sommeil. On a pu dire que la conscience s'éteint comme la flamme d'une bougie qu'on souffle. Mais ce rôle de l'hypotalamus n'est pas exclusif : le diencéphale joue un grand rôle et le mésencéphale exerce une action régulatrice par l'intermédiaire du cortex cérébral.

Si chez un animal privé de cortex le diencéphale est le plus haut niveau de l'intégration, le rôle du cortex, quand il se développe, devient de plus en plus important. On peut schématiser la chose ainsi : l'automatisme appartient au diencéphale, la conscience volontaire et intellectuelle au cortex, centre des inhibitions.

L'équilibre des humeurs est en réalité une résultante de pulsion et d'inhibition : il faut faire leur part aux deux.

La définition moderne du sommeil est une inhibition corticale d'origine diencéphalique.

L'excitation du diencéphale produit la perte de conscience. C'est en quelque sorte le commutateur de la conscience, par l'intermédiaire du cortex.

L'un des problèmes modernes auxquels est attaché le nom de Clovis Vincent est l'étude des intéractions entre la base et l'écorce du cerveau.

Si l'étude des modifications physiologiques et psychologiques consécutives à l'électro-choc montre donc le rôle du diencéphale, il ne faut pas oublier l'action intermédiaire exercée par l'écorce du cerveau.

AUTRES COMMUNICATIONS

Prof. René Fontaine (Strasbourg). — **La chirurgie du splanchnique dans différentes affections.**

Dr G. Dupuis (Bruxelles). — **La gymnastique dite médicale en face de la médecine.**

Dr L. Deloyers (Bruxelles). — **Application de la mesure de la phosphatasémie au diagnostic des suppurations aiguës.**

Prof. Fraceschetti (Genève). — **Evolution de la greffe cornéenne.**

Prof. Giraud (Montpellier). — **Les transfusions sternales. La voie sternale en thérapeutique et l'opothérapie médullaire.**

Dr J.-Jacques Mozer (Genève). — **Le rôle des anastomoses coronaires dans l'évolution de l'infarctus du cœur.**

Dr Raoul Palmer (Paris). — **La cœlioscopie.**

Dr Anna-Charlotte Ruys (d'Amsterdam). — **Sur le comportement du bacille typhique dans l'eau de surface.**

Prof. Goidsenhoven (Louvain). — **Hypertensions curables.**

Prof. Georges Bickel (Genève). — **Les maladies par carence protéinique.**

Prof. Léon Bérard (Lyon). — **Cure héliomarine et rééducation professionnelle des tuberculeux chirurgicaux.**

Dr de Sèze (Paris). — **Les lombalgies.**

Prof. Laignel-Lavastine (Paris). — **Dents et psychiatrie.**

Dr Virenque (Paris). — **Chirurgie faciale réparatrice.**

CHRONIQUE DE LA MÉDECINE DU TRAVAIL

LA SILICOSE, MALADIE PROFESSIONNELLE

Nous avons reçu la lettre suivante :

J'ai lu dans un des derniers numéros du « Concours Médical » l'article de nos confrères Amsler et Cady sur l'ordonnance du 2 août 1945 concernant la reconnaissance et la réparation de la silicose.

Amsler et Cady paraissent entièrement satisfaits. Je le suis moins qu'eux. Sans doute je me réjouis avec eux de la reconnaissance officielle de la silicose en tant que maladie professionnelle.

Mais, d'une part la loi ne traite pas la question de la prévention des pneumoconioses (lacune très grave).

Et d'autre part, les mesures de réparation envisagées par l'ordonnance du 2 août ne tiennent aucun compte de la lenteur de l'évolution et de l'apparition de la silicose. C'est ainsi qu'une silicose apparaissant cinq ans après la cessation de l'exposition aux poussières ne donne lieu à aucune indemnité. Pour avoir droit à une indemnisation entière un silicotique doit déposer sa demande six mois au plus après avoir quitté le travail dangereux ; ce délai passé, le taux de la rente allouée décroît, diminue et se rétrécit comme la Peau de Chagrin, et s'évanouit complètement au bout de cinq ans.

Mes excellents confrères Amsler et Cady trouvent-ils vraiment cela bien ?

Dr Magnin (Bessèges, Gard).

Nous avons soumis cette note au professeur Amsler, et voici sa réponse :

En réponse aux très judicieuses remarques de M. le Dr Magnin, nous dirons simplement que nous approuvons tout à fait ses réserves.

Ce que nous avons exprimé dans notre article, c'était surtout la satisfaction d'avoir vu enfin un premier texte consacrant officiellement, pour la première fois en France, la réparation des pneumoconioses, en tant que maladie professionnelle.

Ce texte, comme tous les textes législatifs, demandera vraisemblablement à être complété.

Le Dr Magnin signale très judicieusement des lacunes, d'autres auteurs en ont aussi indiqué quelques unes déjà. D'autre part, il faut bien penser qu'un texte législatif comporte obligatoirement des précisions qui sont assez souvent fâcheuses pour des cas limites. Nous en connaissons de nombreux exemples : le sujet réformé sans pension, parce qu'il n'a que 89 jours de service militaire, et qui eût pu être pensionné s'il en eût effectué 91, des délais fixes pour des révisions ou des demandes de pensions, etc. Nous pensons, qu'à la lumière de l'application, ces textes seront complétés et améliorés et donneront satisfaction à tous ceux qui s'intéressent aux cas de pneumoconioses.

Le facteur individuel est considérable en effet dans ce domaine : il est possible de voir une silicose typique se déclarer après une exposition de moins de cinq ans aux poussières, comme il est possible de radiographier et de trouver normal le thorax d'un sujet exposé depuis vingt sept ans aux mêmes poussières.

Dr Amsler (Angers).

LES THÈSES

Dr Madeleine Camé. — **Le rôle du médecin dans l'apprentissage** (Thèse de Lyon, 1945).

Le médecin interviendra d'abord, dans l'apprentissage, au moment de l'orientation professionnelle, en relevant, plus encore que des indications positives, des contre-indications d'ordre physique et parfois d'ordre psychologique à l'exercice d'une profession. Par exemple, un développement physique insuffisant, des lésions de la colonne vertébrale, des varices, des hernies mal contenues interdisent les professions exigeant une station debout ou des déplacements prolongés ; l'insuffisance musculaire, l'insuffisance respiratoire sont incompatibles avec les métiers de force ; l'épilepsie, les vertiges interdisent les métiers dits dangereux ; une audition défectueuse contre-indique les professions mettant les sujets en contact avec le public et les tiers où l'ouvrier se guide sur les bruits de la machine ; le daltonisme contre-indique les métiers de verrier, de teinturier, de fondeur, la profession d'aiguilleur ; etc. L'examen médical, au moment de l'apprentissage, sera à la fois physique, psychique et aussi psychotechnique.

Au cours de l'apprentissage, le médecin surveillera le développement et la santé physique de l'apprenti, son adaptation au travail, ainsi que les conditions hygiéniques de ce travail.

Dr Henry Montarras. — **L'inspection médicale et la gymnastique corrective à l'école de campagne** (Thèse de Bordeaux, 1945).

L'auteur montre le rôle important de l'inspection médicale à l'école de campagne pour le dépistage des maladies et des déformations diverses chez les enfants. Le médecin doit avoir un rôle plus complet encore. Sa direction s'étendra en divers domaines, aux exercices physiques, à la gymnastique en particulier, principalement à la gymnastique respiratoire et corrective que l'on fera faire à l'école rurale.

Dr André Clément. — **Diagnostic de la rupture des membranes par la mesure du pH vaginal** (Thèse de Lyon, 1945).

Le pH vaginal chez la femme enceinte est normalement situé dans la zone acide (il est évalué à 4,5), alors que le liquide amniotique a son pH dans la zone alcaline (il varie entre 7 et 7,7). Pour le diagnostic de la rupture des membranes, soit pendant la grossesse, soit pendant le travail, on pourra donc utiliser des réactifs du pH. MM. Dumont et Berger, à la clinique obstétricale de Lyon (Prof. Trillat), ont recours au bleu de bromothymol, de couleur orange, qui vire au bleu-vert lorsqu'il est en contact avec le liquide amniotique, réactif déjà utilisé par Témesvary, King et Christensen.

Le procédé est simple à appliquer. On se sert d'un écouvillon, analogue à l'écouvillon utilisé pour les prélèvements pharyngiens, imbibé d'une solution à 1 p. 250 de bleu de bromothymol et stérilisé à l'autoclave (la chaleur sèche altère le produit). Après lavage vulvaire, le tampon est enfoncé de 6 ou 7 centimètres dans le vagin et laissé une minute.

Les résultats sont satisfaisants, sauf oligo-amnios ou rupture ancienne et sauf quelques causes d'erreurs : rupture d'une poche amniochoriale, contact du réactif avec l'urine, avec du savon, du sang.

LES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

Intérêt de la sulfamidothérapie prolongée dans les infections pulmonaires graves.

(M. René Morcau ; 12-3-1946)

La sulfamidothérapie influence heureusement l'évolution des pneumococcies pulmonaires aiguës : elle abrège la durée de la fièvre et évite les complications. Par contre, les signes physiques et radiologiques cèdent plus lentement. Dans les formes graves de pneumonie à caractère septicémique, il apparaît prudent de poursuivre le traitement sulfamidé jusqu'à disparition de ces signes, sous peine de voir éclater des accidents irrémédiables au moment où l'infection semble jugulée.

Chez deux malades atteints de pneumonie grave nettement améliorée par les sulfamides, M. René Moreau a vu, deux jours après la cessation du médicament, la température remonter à 40°, 41°, et le bloc pulmonaire reparaître, accompagné de signes méningés. Malgré une reprise de la sulfamidothérapie, la rechute fut mortelle, le pneumoccoque étant devenu sulfamido-résistant, sans doute du fait de l'interruption de la médication. Instruit par ces deux échecs, l'auteur, chez un troisième malade atteint de pneumococcie pulmonaire particulièrement grave, a continué sans arrêt l'administration des sulfamides jusqu'à disparition de toute anomalie stéthoscopique ; le patient a guéri, après ingestion de 118 gr. de sulfamides en 33 jours. M. Moreau pense que, dans ces pneumonies graves, il y a moins à redouter les accidents d'intoxication ou d'intolérance sulfamidée, à surveiller néanmoins, résultant de la longue durée de la médication, que l'explosion d'une septicémie qui risque d'éclater 24 ou 48 heures après la cessation prématurée du traitement et qui est le fait d'un germe devenu sulfamido-résistant.

ACADEMIE DE CHIRURGIE

La Pénicilline dans l'ostéomyélite aiguë

(MM. J. Leveuf et Laurence ; 20-2-1946. — MM. J. le Fourmestraux, M. Fredet et E. Bancaud ; 20-2-1946. — MM. P. Goignard, Brincat et Stilhart ; 20-2-1946)

MM. Leveuf et Laurence présentent quelques remarques sur 53 cas d'ostéomyélite aiguë traités par la pénicilline, associée à l'immobilisation plâtrée du membre atteint.

On sait que M. Leveuf a été le promoteur de l'abandon de la trépanation d'urgence dans l'ostéomyélite aiguë, traitement qu'il a remplacé par l'immobilisation plâtrée et l'ouverture tardive des abcès (s'il y a lieu). Dans les cas rapportés aujourd'hui, où la pénicilline fut associée à cette thérapeutique, les résultats qui paraissent pouvoir être attribués plus particulièrement à la pénicilline ont été : un certain raccourcissement de la période fébrile et peut-être une cicatrisation plus rapide des abcès.

— M. J. de Fourmestraux, avec la collaboration de MM. Fredet et Bancaud, emploie la pénicilline dans son service de l'Hôtel-Dieu de Chartres, depuis un an. Il reconnaît à ce médicament une valeur appréciable dans le traitement de l'ostéomyélite aiguë. Son action sur les staphylocoques est certaine et paraît plus manifeste sur les ostéomyélites à foyer unique que sur celles à foyers multiples. Du point de vue technique, il applique les mêmes règles que M. Leveuf : immobilisation plâtrée stricte, intervention chirurgicale aussi simple que possible (évacuation tardive de l'abcès collecté, arthrotomie économique ou simple ponction, si l'articulation voisine est intéressée). Il a donné la pénicilline en injections intra-musculaires, 5.000 unités Oxford toutes les trois heures, avec un total n'ayant pas dépassé 400.000 unités. Quelquefois, dans un premier temps, il a eu recours à la voie artérielle.

— M. Boppe rapporte cinq observations qui lui ont été adressées par M. Veyrières (de St-Lô), d'ostéomyélites aiguës traitées par la pénicilline (20.000 unités toutes les deux heures).

— M. Fèvre pense que deux points sont déjà fixés en matière de traitement des ostéomyélites aiguës par la pénicilline : l'enthousiasme excessif ne paraît pas de mise, mais l'utilité du médicament est dans certains cas très réelle, surtout pour l'amélioration de l'état général. La voie locale, dans la moelle osseuse, d'administration de la pénicilline mérite d'être étudiée, mais quelle que soit la voie, l'injection doit être renouvelée toutes les trois heures étant donné l'élimination très rapide du médicament.

— MM. Goignard, Brincat et Stilhart soulignent l'importance, dans la pénicillinothérapie des ostéomyélites aiguës, d'une mise en œuvre précoce de la médication. L'action primordiale de l'immobilisation plâtrée est renforcée par la pénicilline. Les doses de celle-ci sont probablement assez variables.

Corps étranger du rectum.

(MM. G. Rouhier et J. Ferrand ; 20-2-1946)

M. Rouhier présente un corps étranger (goulot d'un flacon de pharmacie) extrait du rectum d'un homme de 33 ans qui se plaignait de fortes coliques et d'impossibilité d'aller à la selle depuis trois jours. Il déclarait qu'au cours d'une agression, deux individus lui avaient enfoncé cette bouteille dans l'anus. Aussitôt le flacon extrait, il se produisit une énorme débâcle diarrhéique.

Dans l'histoire de ce malade, un point est à noter : le désaccord entre le faible volume du corps étranger et l'intensité des symptômes fonctionnels. Il semble que le rectum se soit contracturé sur le flacon, complétant l'obturation de l'intestin et créant une véritable obstruction pour les matières et les gaz.

P. L.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX DE PARIS

Le rôle des bronches dans certaines affections broncho-pulmonaires chroniques primitives

(MM. J. Lenègre et P. Y. Paley ; 22-3-1946)

Les signes cliniques (notamment la distension du thorax avec diminution du murmure vésiculaire) et radiologiques, ainsi que les effets des traitements broncho-dilatateurs s'accordent à mettre en évidence le rôle d'un trouble bronchique ou bronchiolique et alvéolaire dans certaines affections respiratoires chroniques : emphysème pulmonaire, sclérose broncho-pulmonaire. Le trouble broncho-alvéolaire, cliniquement vraisemblable et prévisible, est bien mis en évidence

par la bronchographie lipiodolée qui montre des images suggestives d'altération bronchique sans imprégnation alvéolaire. C'est un trouble plus vital et fonctionnel qu'anatomique ; aussi les examens post-mortem ne permettent-ils pas toujours de le comprendre, ni de le prouver. Il consiste en une gêne de la ventilation pulmonaire, plus grande à l'expiration qu'à l'inspiration, d'où une distension excessive des alvéoles avec blocage du thorax en inspiration et emphysème pulmonaire surtout fonctionnel.

L'affection broncho-pulmonaire qui en résulte peut réaliser à la longue, surtout chez les sujets âgés, un tableau qui en impose à tort pour une insuffisance cardiaque avec dyspnée d'effort, puis dyspnée permanente, alors que l'insuffisance respiratoire relève exclusivement du trouble de l'hématose pulmonaire. La cause même de l'affection est mal connue : souvent elle paraît succéder à des attaques d'asthme typique ou à un catarrhe bronchique ancien, sans que l'on puisse dire si l'asthme et la bronchorrée sont la cause réelle ou seulement le témoin d'un facteur étiologique commun, familial ou acquis. Quand la maladie s'installe après la cinquantaine, elle fait penser à un état sénile homologue, pour les bronches, de l'artériosclérose.

Le rôle des bronches dans certaines affections broncho-pulmonaires associées à des cardiopathies

(MM. J. Lenègre et P. Y. Paley ; 22-3-1946)

Souvent, l'affection ci-dessus décrite s'associe à une cardiopathie, d'où un état complexe fait de deux maladies relativement indépendantes, l'une broncho-pulmonaire, l'autre cardiaque (notamment ventriculaire gauche).

Tantôt, les deux maladies évoluent sans s'influencer nettement, en additionnant seulement leurs effets néfastes sur la fonction respiratoire.

Tantôt, l'affection pulmonaire est préexistante. La cardiopathie, généralement de nature artérielle (par hypertension ou artériosclérose), aggrave les troubles broncho-pulmonaires, exagérant le catarrhe bronchique chronique ou provoquant des crises d'asthme. Elle se comporte alors comme une épine irritative asthmogène, vraisemblablement par l'intermédiaire de l'hypertension élevée qui règne dans la petite circulation. De tels états sont presque toujours confondus à tort avec la défaillance cardiaque terminale des affections broncho-pulmonaires. Ils expliquent l'opinion erronée des classiques qui croyaient que c'était l'emphysème pulmonaire qui conduisait finalement à l'asystolie.

Tantôt, la cardiopathie artérielle (ou plus rarement mitrale) est la première en date. Quand elle est décompensée, elle donne lieu chez des sujets prédisposés (asthmatiques en puissance, ou dotés de bronches « fragiles ») à des crises d'asthme ou à du catarrhe bronchique. Ce n'est là qu'une modalité, non exceptionnelle, mais très particulière, du poumon cardiaque. Il peut s'y associer un œdème pulmonaire aigu ou subaigu.

Toutes les éventualités ci-dessus doivent être soigneusement distinguées du « cœur pulmonaire » chronique. Celui-ci, très rare, s'observe autour de la quarantaine, et consiste en une insuffisance ventriculaire droite pure, consécutive à un catarrhe bronchique avec emphysème.

J. Ch.

LA PRESSE

La part de la vésicule biliaire dans les séquelles de l'hépatite épidémique — **M. I. Demole** estime qu'en face de séquelles tardives de l'hépatite épidémique évoquant un trouble hépato-biliaire, il est essentiel de bien distinguer les insuffisances hépatiques proprement dites, des troubles dus à l'altération des voies biliaires pour leur traitement logique. Fréquentes sont les cholécystopathies post-ictériques ; leurs symptômes sont assez caractéristiques pour permettre leur diagnostic ; les épreuves de laboratoire justifieront l'impression clinique, ou mettront en évidence, éventuellement, la part du foie dans un syndrome mixte. On devra mettre en action aussitôt la médication la plus efficace, car ces lésions acquièrent rapidement un caractère de chronicité particulièrement rebelle. Au cas d'échec des moyens médicaux, on peut encore avoir recours à la chirurgie. Il conviendra donc de ne pas entreprendre un pareil cas de traitement approximatif du foie, mais de rechercher soigneusement la part du foie dans le syndrome. (« Le Foie », mars-avril 1946.)

Les anuries traumatiques. — **J.-F. Porge** rappelle qu'à la base des troubles provoqués par un écrasement massif du corps à la suite des bombardements (syndrome de Bywaters ou Crush Injury) se trouvent des lésions rénales ; après une période initiale de schock s'installe les jours suivants une oligurie progressive, puis une anurie confirmée entraînant le plus souvent la mort du septième au dixième jour dans un tableau d'urémie. Le syndrome rénal n'apparaît pas immédiatement dans toute sa gravité ; aussi les éléments qui le composent, méritent-ils d'être recherchés et analysés avec soin dès le début : recherche de la myohémoglobine, qui est excrétée durant 24 à 48 heures ; recherche des cylindres granuleux, des débris épithéliaux ; azotémie progressive ; élévation progressive de la tension artérielle, qui dépasse 15 pour atteindre fréquemment 20. Dans un tiers des cas la guérison survient ; c'est en général que les lésions musculaires étaient réduites et peu étendues. D'autres variétés d'anurie traumatique s'observent en dehors de toute compression : accidents d'automobile avec rupture artérielle, spasme simple prolongé, compression de l'artère principale d'un membre, blessures survenues à la tête, blessés par projectiles explosifs.

Le traitement consiste essentiellement en transfusion de plasma ou de sérum. Cette transfusion doit être précoce, au stade d'hémoconcentration, elle doit être massive et atteindre deux litres ; en cas d'hémorragie, la transfusion doit être plus abondante encore et on aura recours au sang entier. Refroidissement artificiel du membre. Boissons abondantes et précoces. (« Journ. de Médecine et de Chirurgie pratiques », janvier 1946.)

G. F.

VULCASE

COMPRIMÉS LAXATIFS cholagogues soufrés

CONSTIPATION
DERMATOSES

LABORATOIRES BRISSON
Dr DEDET & Cie, Pharmaciens
Anc. Internes des Hôpit. de Paris
157, rue Championnet, PARIS (18e)

THÉRAPEUTIQUE **ACIDE** DE LA PEAU

DERMACIDE

pH 3,6

Liquide — Pain

VITA-DERMACIDE

Pâte acide **grasse**

soluble à l'eau

LABORATOIRES PORCHER, 35, R. Blancs-Manteaux, PARIS-4e

Pansement gastro-intestinal

ULCÈRES GASTRO-DUODÉNAUX · DYSPEPSIES · DIARRHÉES · COLITES AIGUES ET CHRONIQUES · DIARRHÉES DES NOURRISSONS

Aucune toxicité

2 à 5 cuillerées à café par jour
Echantillon sur demande

TITANE COIRRE

COIRRE - PHARMACIENS
9, Bd MONTPARNASSE, PARIS-6e
TEL. SÉG. 03-79

Anhydride titanique pur (TiO_2)



Toujours Active ... La Jamais Nocive

NÉVROSTHÉNINE FREYSSINGE

convient à

DÉPRIMÉ SURMENÉ CÉRÉBRAL

INTELLECTUEL CONVALESCENT NEURASTHÉNIQUE

tout

LF LABORATOIRE FREYSSINGE - 6, RUE ABEL - PARIS

PARTIE PROFESSIONNELLE

PROPOS DU JOUR

LE DROIT A LA SANTÉ

Les droits de l'homme et du citoyen ont été réaffirmés de nos jours dans un style chétif qui, convenons-en, ne soutient pas la comparaison avec le ton des grands ancêtres. En revanche la déclaration 1946 est attendrissante par sa maternelle sollicitude : elle reconnaît à l'homme un droit dont le seul énoncé peint de façon frappante l'évolution sociale accomplie en cent cinquante ans : le droit à la santé.

« Tout être humain, dit l'article 22, possède à l'égard de la société les droits qui garantissent, dans l'intégrité et la dignité de sa personne, son plein développement physique, intellectuel et moral.

« La loi organise l'exercice de ces droits. »

Et l'article 23 précise en ces termes les prérogatives nouvelles :

« La protection de la santé dès la conception, le bénéfice de toutes les mesures d'hygiène et de tous les soins que permet la science sont garantis à tous et assurés par la nation. »

Programme d'action dont il est opportun de rappeler dès maintenant les limites. Le « plein développement physique, intellectuel et moral » de chacun dépend avant tout de ses aptitudes natives, c'est-à-dire d'un héritage dont la valeur varie à l'infini. Par le jeu capricieux, irréductible à tout règlement, des gènes originels, il y aura toujours des égrotants et des vigoureux, des intelligents et des simples d'esprit. Telle est l'injustice naturelle qui bafoue nos platoniques élans vers l'égalité et nous contraint à nous contenter de l'égalité « en droit », ce qui, certes, est quelque chose, mais ne change rien aux grandes inégalités de structure entre les hommes.

Néanmoins, si relatif soit-il dans ses effets sur l'individu, le principe de l'égalité devant la maladie a requis depuis longtemps l'attention de nombreux esprits. Je ne ferai qu'évoquer ici l'enquête menée aux U. S. A. et publiée en 1937 par *The American foundation studies in government*. J'en avais publié ici même (1) une relation assez détaillée qui montrait les médecins américains soucieux de mettre à la portée de tous les soins les plus perfectionnés, mais en même temps résolus, dans une forte majorité, à ne pas laisser l'Etat les tenir en dépendance par l'entremise d'un Service de Santé National. Autant il est facile de proclamer un droit, autant devient épineuse l'entreprise de rendre ce droit accessible à tous. Dans le cas particulier il ne faut pas moins que tout un appareil législatif dont nous n'avons vu jusqu'à présent que les premières ébauches.

Ces ébauches, nous les avons vu, en réalité, apparaître simultanément en divers pays. La Grande-Bretagne a son plan Beveridge, actuellement en instance devant le Parlement, la Belgique son arrêté-loi du 30 décembre 1944, comme nous avons notre plan de sécurité sociale. La Nouvelle-Zélande, plus avancée, fait déjà fonctionner depuis plusieurs années, un service de santé national. Les U. S. A., avec leur bill Wagner-Murray-Dingell, méditent de faire un essai. Si l'on rappelle que la Russie des Soviets a, depuis trente ans, réalisé la nationalisation des soins, et si l'on note en outre que, à part l'Amérique du Sud, la plupart des autres pays sont actuellement, de par leur situation politique ou sociale, hors d'état de mettre sur pied une organisation aussi vaste, il faut bien admettre qu'une puissante aspiration entraîne le monde d'après guerre vers la défense collective de la santé. La constatation est d'importance : elle montre que s'il est permis de discuter sur les modalités de réalisation, toute obstruction systématique serait anachronique et probablement vaine.

Au reste l'universalité de cette tendance est attestée par un texte que nous révèle notre confrère suisse *Médecine et Hygiène* dans son numéro du 15 avril dernier. Il s'agit de la « recommandation » votée par la Conférence générale de l'Organisation internationale du Travail, convoquée à Philadelphie le 20 avril 1944, en sa vingt-sixième session. La date même de ce document explique qu'il nous soit resté inconnu. Il nous a semblé intéressant de le commenter, même après deux ans passés, d'abord à cause de son importance exceptionnelle puisqu'il exprime, selon le mot de notre confrère suisse, une « planification médicale internationale », ensuite parce qu'il semble bien avoir inspiré, plus ou moins directement, les différents plans de sécurité qui ont vu le jour depuis lors.

La recommandation pose en principe que « Tout service de soins médicaux devrait assurer à l'individu les soins que peuvent fournir les membres de la profession médicale et des professions connexes, ainsi que tous autres services desservis par les institutions médicales. » Elle répond ainsi directement au souci des médecins nord-américains exprimé dans l'enquête de 1937. Mais elle s'écarte immédiatement de ceux-ci en stipulant que « les soins médicaux devraient être fournis soit par un service de soins médicaux relevant de l'assurance sociale, complété par l'assistance sociale en ce qui concerne les besoins de personnes nécessiteuses... soit par un service public de soins médicaux ». Lorsque les soins médicaux sont fournis par un service public « chaque membre de la communauté devrait avoir droit à tous les soins fournis par le service ». « Les frais du service devraient être couverts collectivement au moyen de paiements réguliers et périodiques, soit dans la forme de cotisation à l'assurance sociale, soit au moyen d'impôts, ou par les deux méthodes à la fois ».

Ainsi est prévue d'emblée l'ingérence de l'Etat et esquissée une organisation financière que le plan Beveridge a reprise.

« Le service des soins médicaux devrait englober tous les membres de la communauté, qu'ils exercent ou non une profession lucrative. » Tel est

(1) **Concours Médical** 1938, p. 227-291

aussi l'objectif du plan Beveridge et du plan français.

Il s'ensuit que « lorsque les soins médicaux sont fournis par un service d'assurance sociale... tous les membres adultes de la communauté... dont le revenu n'est pas au-dessous du minimum d'existence, devraient être astreints à verser des cotisations d'assurance ; le conjoint à charge d'un cotisant devrait être assuré en vertu de la cotisation du soutien de famille sans que la cotisation soit augmentée à ce titre ». Les enfants reçoivent des soins en vertu de la cotisation versée par leur père ou leur mère, et les nécessiteux au compte de l'autorité compétente, mais *en qualité d'assurés*.

Lorsque les soins médicaux sont fournis par un service public, l'administration des soins ne devrait être subordonnée à aucune condition d'attribution... et tous les membres de la communauté devraient avoir le même droit aux soins offerts.

On se rend compte que cette dernière formule, nette et courte et qui rejoint presque mot pour mot l'objectif énoncé au début, marque dans l'esprit des rédacteurs de la recommandation un point d'aboutissement idéal, celui vers lequel doit tendre désormais l'effort des autorités sanitaires. Tout autre aménagement du service médical que l'étatisation sera, selon eux, une phase temporaire.

L'ÉTENDUE du service comporte la prévention et le traitement dans toutes leurs acceptions : « soins de praticiens de médecine générale et de spécialistes à des personnes hospitalisées ou non hospitalisées ; soins dentaires ; soins d'infirmières soit à domicile, soit dans un hôpital ou dans toute autre institution médicale ; soins donnés par des sages-femmes diplômées et autres services de maternité, à domicile ou dans un hôpital ; entretien dans un hôpital, une maison de convalescence, un sanatorium ou autre institution médicale ; dans toute la mesure du possible toutes fournitures dentaires, pharmaceutiques et autres fournitures médicales ou chirurgicales qui seraient nécessaires (y compris les appareils de prothèse), et les soins fournis par toute autre personne qui aura été légalement reconnue comme appartenant aux professions connexes ».

L'énumération, on le voit, est exhaustive et assure à tout individu l'usage de toutes les ressources sanitaires connues à ce jour. En outre, ces « soins et fournitures devraient être à la disposition des intéressés en tout temps et *sans limite de durée* aussi longtemps qu'ils sont nécessaires, et n'être subordonnés qu'au jugement du médecin et à telles restrictions raisonnables que peut imposer l'organisation technique du service ». Il n'est pas davantage prévu de limites spatiales et « les bénéficiaires devraient être à même de recevoir les soins... à quelqu'endroit qu'ils se trouvent lorsqu'ils en ont besoin, *que ce soit au lieu de leur domicile ou à tout autre endroit* dans la région où le service fonctionne sans qu'il soit tenu compte du fait qu'ils sont ou non affiliés à une institution d'assurance déterminée, *des cotisations arriérées* ou d'autres facteurs sans relation avec leur état de santé ».

La libéralité de telles dispositions est insurpassable : elle fait du droit aux soins quelque chose d'aussi absolu et inconditionnel que les droits naturels de la personne. Et, ce faisant, elle trahit aussi la pensée secrète des rédacteurs : quelle organisation, hors l'Etat, sera assez affranchie de tout souci pécuniaire et de toute discipline pour pouvoir allouer des prestations, même à ceux qui n'auront pas cotisé ? surtout lorsque le bruit se sera répandu parmi les adhérents qu'ils peuvent impunément se dérober au paiement des cotisations ? En France une telle clause mènerait les finances aux abîmes.

LA pratique médicale est prévue comme devant rechercher « la mise en commun des connaissances, du personnel, de l'équipement et des autres ressources du service, ainsi qu'un contact et une collaboration étroite entre tous les membres de la profession médicale et des professions connexes et les autres organes collaborant au service », c'est-à-dire que « les soins devraient de préférence être donnés par voie de collaboration médicale dans des centres de divers genres fonctionnant en relation effective avec les hôpitaux ».

En attendant que cette formule puisse trouver sa pleine application, des étapes sont prévues à titre de transition :

1° « ... faire donner les soins médicaux aux bénéficiaires du service par des membres de la profession médicale et des professions connexes pratiquant *dans leurs propres cabinets de consultations*. »

2° « ... il serait indiqué que les membres de la profession médicale et des professions connexes participant au service collaborent dans des *centres loués, installés et gérés par eux-mêmes*, où les bénéficiaires du service comme la clientèle privée pourraient recevoir des soins. »

Ces clauses plus libérales ne sont visiblement qu'un pis-aller à adopter selon certaines situations locales et, en particulier, « lorsqu'une collaboration médicale volontaire n'est pas possible ». Car les rédacteurs de la recommandation ne se dissimulent pas que « la participation sans réserve du plus grand nombre possible des membres de la profession médicale et des professions connexes est indispensable au succès d'un service national de soins médicaux ». Mais ils ne dissimulent pas davantage que « le nombre de praticiens de médecine générale, de spécialistes, de dentistes, d'infirmiers et de membres d'autres professions collaborant au service devrait être adapté à la répartition et aux besoins des bénéficiaires ». Ce qui revient, en clair, à prendre en mains la répartition des médecins et à leur assigner la résidence qu'exige le bien du service.

La faculté de choisir librement son médecin est reconnue au bénéficiaire, soit pour les soins à domicile, soit dans les centres sanitaires ; et la faculté d'accepter ou de refuser un client reconnue au médecin. Toutefois celui-ci ne peut accepter un nombre de clients dépassant un *maximum prescrit*, ni refuser les clients qui n'auraient pas fait leur propre choix et lui seraient *assignés* par le service. Il s'agit donc d'une liberté limitée par le haut et par le bas.

En ce qui concerne les conditions de travail et la rémunération des médecins, ici aussi nos conceptions traditionnelles sont fortement bousculées.

La recommandation fait une préalable déclara-

tion de principe qui sera certainement du goût de tout le monde : « Les conditions de travail des médecins et membres des professions connexes collaborant au service devraient viser à écarter du médecin ou autre collaborateur, tous soucis d'ordre financier en lui assurant un revenu suffisant pendant la période d'activité, de congé et de maladie, ainsi que dans la retraite et en garantissant des pensions à ses survivants ; les conditions ne devraient pas être telles que l'attention du médecin ou autre collaborateur soit détournée de sa tâche, consistant à maintenir et à améliorer la santé des bénéficiaires. »

Ceci dit, la recommandation propose que les médecins, travaillant pour un service de soins médicaux qui englobe l'ensemble ou une large majorité de la population (ce sera le cas d'ici peu dès que les divers plans seront en action) soient employés à plein temps moyennant un traitement avec garanties suffisantes, en matière de congés, maladie, vieillesse et décès (c'est-à-dire aient exactement le statut de fonctionnaires), à condition que la profession médicale soit représentée de manière suffisante dans l'organe qui les emploie.

Si les médecins ont une clientèle privée et travaillent à temps réduit pour un service de soins, ils auraient un montant de base fixé par an et, en plus, si cela est jugé désirable, un forfait par personne ou par famille soignées.

C'est seulement si le nombre des bénéficiaires est réduit que pourrait être envisagée une rétribution à l'acte.

Des réclamations seraient admises des bénéficiaires contre les médecins, et des médecins contre l'administration.

La surveillance professionnelle des médecins serait confiée à un organe comprenant surtout des représentants de la profession.

Enfin un ensemble de dispositions prévoit pour les praticiens du service sanitaire des conditions rigoureuses de formation scientifique et pratique, des périodes d'assistance dans les centres sanitaires auprès de médecins expérimentés, des certificats de qualification pour les spécialistes, des cours post-universitaires obligatoires et des subventions d'état aux organismes de recherches.

La parenté de cette recommandation avec les plans de sécurité actuellement en instance est frappante. La tendance qui s'en dégage à la nationalisation de la médecine confirme donc l'impression qu'avaient donnée ces plans eux-mêmes. A l'instar des transports, des mines, des assurances, du crédit et des « industries-clefs » le service de santé est voué, dans le monde de demain, à être régi par l'Etat. L'intérêt majeur de cette « recommandation » est de situer le problème dans son climat exact. Beaucoup de gens croient à une conjoncture d'essence uniquement politique et en concluent qu'en luttant contre tel ou tel parti ils parviendront à mettre en échec cet irritant grignotement du domaine privé au bénéfice du domaine public. La tendance politique y est certes pour quelque chose, mais bien moins que les nécessités immanentes d'une société devenue trop dense et d'une civilisation trop différenciée : nul de nous ne peut plus désormais bouger un doigt sans mettre en jeu quelque intérêt étranger. La disette née de la guerre a porté à son comble cette interdépendance, de sorte que l'Etat autrefois soucieux seulement de vues générales, se mêle de plus en plus de choses infimes.

La « recommandation » de Philadelphie a été votée par appel nominal des représentants des nations faisant partie du B. I. T. Pour être valable elle devait réunir une majorité des deux tiers de la représentation totale. Si bien que, note notre confrère suisse, une recommandation de ce genre est généralement assimilable à une convention. Il convient donc de ne pas méconnaître la valeur particulière qui y est attachée et son sens de constat.

Notre politique professionnelle doit dans les conjonctures présentes, être toute de clairvoyance et de finesse. Nos principes traditionnels, s'ils sont maintenus dans l'absolu, sont en contradiction patente avec les tendances sociales du moment. Il n'y a rien d'autre à faire qu'à évaluer les forces respectives des deux contraires et à discerner lequel fera fléchir l'autre.

Rien ne dit du reste que l'évolution à laquelle nous assistons soit irréversible et que les décisions que nous avons à prendre engagent la profession pour des siècles.

Libéré de responsabilité et d'initiative, l'individu va devenir un mineur sous la protection tyrannique de l'Etat. Moyennant le sacrifice de ses libertés il acquiert la sécurité et la quiétude d'esprit du mouton. Mais on se lasse de quiétude, on la trouve à la longue monotone. Le risque a aussi son charme et pour certains aventureux il est même plein d'attraits. Il s'agira alors de reconquérir le risque et l'on y mettra autant de ténacité qu'aujourd'hui a acquérir la sécurité. N'en avons-nous pas un avant-goût dès maintenant ? Au citoyen respectueux des lois la carte de rationnement assure la subsistance ; mais une subsistance chiche, sans imprévu, sans joie et strictement uniforme. Toute fantaisie se fait payer d'une illégalité.

Demain, quand la santé et la maladie seront affaire de discipline, le plaisir des citoyens (il ne leur en reste plus tant!) sera de se ménager un secteur de convenances personnelles : à se faire passer pour malades lorsqu'ils seront bien portants (pour peu qu'ils aient envie d'aller à la pêche) et pour bien portants lorsqu'ils seront malades (pour peu qu'ils aient envie d'une place). Cette multitude de faux-bien-portants et de semble-malades verra ses tours de passe-passe dûment consignés sur des fiches et des registres qui seront le plus magnifique monument jamais élevé au mensonge. La médecine d'état sera une cour des miracles officiellement contrôlée et où personne ne saura plus séparer distinctement le vrai du faux ni l'être sincère de l'imposteur.

Et comme chacun sera seul à distinguer où il en est de ses feintes et de ses détours, il jugera que s'il veut éviter tout malentendu périlleux, il doit s'écarter soigneusement de ces organismes officiels qu'il aura si souvent dupés. Alors pour son propre compte et dans la clandestinité, il mènera sa lutte contre la maladie.

Ainsi renaîtra l'individualisme.

G. LAVALÉE.

PLANNING OBSTÉTRICAL

La France dispose pour l'ensemble de son territoire de quelques 14.000 lits de maternité. Ces lits sont groupés essentiellement dans les centres urbains et dans les agglomérations industrielles. Les régions agricoles sont pratiquement dépourvues de toute ressource en cette matière.

Depuis fort longtemps des esprits avertis, tels que MM. les Prs Brindeau et Portes, s'étaient penchés sur cette question, soucieux d'améliorer ce qui existe déjà, et d'assurer aux régions déshéritées un équipement indispensable en l'état actuel de l'Obstétrique. Actuellement les idées bouillonnent, les « brain trusts » éclosent : une Commission Nationale est créée au Ministère de la Santé, l'Ordre National en installe une autre. Le Congrès que doit tenir en octobre prochain l'Association des Gynécologues et Obstétriciens de langue française, entendra et discutera un très substantiel rapport de MM. Lantuejoul, Chome et Merger sur l'équipement obstétrical de la France.

Nous nous sommes efforcés de saisir les lignes générales de ce rapport et de les soumettre a nos lecteurs : il importe que la discussion soit aussi complète que possible et rapide pour être efficace et féconde ; les propositions et contre-propositions doivent dès maintenant se préparer. Les praticiens des campagnes sont particulièrement intéressés par le fonctionnement des organismes prévus ; les syndicats ont été consultés, qui ont apporté un très précieux concours par la pertinence de leurs réponses, il faut que les individualités puissent présenter leurs suggestions. La réussite de l'affaire exige, non pas un bouleversement des conditions d'exercice de la médecine, mais un perfectionnement de l outillage mis à la disposition des médecins et de la population.

Il serait donc prévu à l'échelon du canton ou du groupe de cantons une maternité rurale. Très simple d'installation, dirigée par une infirmière sociale ou par une sage-femme, elle comporterait quelques chambres et une salle de travail. Ouverte à tous les médecins et à toutes les sages-femmes qui trouveraient là des conditions d'hygiène bien supérieures à celles de la salle de ferme au sol de terre battue, cette maternité serait essentiellement destinée à l'accouchement normal et à la petite dystocie : forceps, etc. Les possibilités de stérilisation, les soins avertis, le stockage de plasmas et sérums accroîtraient singulièrement la sécurité de l'acte obstétrical.

La puériculture trouverait là un excellent moyen d'action, en particulier dans les départements où le lait est rare et de qualité incertaine : dans la zone méditerranéenne par exemple, on verrait très bien ces centres aider à la répartition, sinon à la préparation de lait spécialement traité et pasteurisé à la seule intention des nourrissons.

Ces centres ruraux seraient groupés autour d'un centre régional, en principe départemental, ou de rayon d'action plus réduit selon la densité de la population. Le centre régional est une véritable maternité avec chambres d'observation, de suites de couches et d'isolement, salle de travail et bloc opératoire, sans oublier les services annexes indispensables tels que laboratoire, nursery, service de transfusion, etc.

Ce centre est placé sous la responsabilité d'un gynécologue accoucheur assisté de sages-femmes, d'infirmières sociales et d'infirmières soignantes. Ce médecin aura pour rôle principal d'assurer la direction de ce centre alimenté par les centres ruraux qui lui adresseront toute la grosse dystocie, de la version à la césarienne. Les médecins accoucheurs spécialistes de la région y auraient accès pour traiter leurs malades. Des lits seraient réservés au médecin directeur du centre régional qui aurait toute latitude pour devenir consultant en matière obstétricale auprès de ses confrères de la région.

Le projet prévoit pour ce médecin des fonctions de conseil et d'inspecteur des maternités annexes aussi bien que des cliniques privées, quelle qu'en soit la direction, médicale ou non. De plus il serait appelé à tenir la statistique obstétricale dans son secteur : mouvement des naissances, recensement des cas pathologiques, des interventions... et des avortements. Dans l'esprit des auteurs du rapport, tout avortement, quelle qu'en soit la cause, devrait être obligatoirement déclaré par le médecin traitant au directeur du centre, tout avortement non déclaré deviendrait de ce fait même clandestin et suspect. On espère ainsi détecter et éteindre certains foyers endémiques. Le fondement juridique de cette façon de faire reste à préciser, car malgré l'excellente intention première, le secret professionnel toujours vivant sera certainement opposé par bien des praticiens.

Au point de vue matériel, le centre serait appelé à fournir aux maternités rurales instruments et produits stérilisés. Sa propre ambulance assurerait le transport rapide des patientes ou même celui de l'accoucheur et de son équipe auprès des cas graves, intransportables.

Le recrutement du personnel aux divers échelons, son statut, posent de multiples questions : un principe de base doit être très fermement défendu, à savoir l'indépendance aussi grande que possible du personnel médical par rapport aux organismes financiers ou administratifs, son maintien rigoureux dans les cadres de la profession. Sa sélection doit être opérée sur des bases médicales, par des médecins : professeurs de Faculté, chefs de services hospitaliers, représentants des Ordres et Syndicats médicaux. Indemnisé pour ses tâches administratives, un tel médecin doit éviter le fonctionnariat.

Comment, en pratique, réaliser une telle organisation ? Il faudra d'abord recenser les ressources déjà existantes et en tenir compte dans toute la mesure possible : tel service hospitalier ou telle clinique bien équipée, actuel-

ement en plein fonctionnement, peuvent permettre moyennant quelques aménagements, de réaliser le centre souhaité. Le plus souvent, il faudra créer de toutes pièces. Il faut bien reconnaître que la pénurie et le prix de revient des matériaux font de toute construction actuelle une entreprise non rentable pour un particulier ou un groupe de particuliers ; d'autre part l'initiative privée est volontiers inhibée par certains exemples récents de réquisitions ou de transferts de propriété. C'est donc l'Etat, et plus spécialement la Sécurité Sociale aux ressources infinies, qui sera amené à assumer les frais de telles constructions.

Les centres ruraux, par leur modestie, pourraient beaucoup plus aisément relever de l'initiative privée. L'Etat, ou ses succédanés, ne devrait donc intervenir que pour assurer la pleine réalisation du plan là où cette initiative serait défaillante.

Ces centres, grands ou petits, auront naturellement un conseil d'administration ou de direction : il importerait que les organisations professionnelles y soient toujours représentés par des délégués qui assureraient la liaison avec les praticiens, condition *sine qua non* de la pleine efficacité du système.

Nos architectes sanitaires devraient pouvoir présenter au Congrès d'octobre les plans et maquettes de centres standards qui serviraient de bases à de fructueuses discussions et permettraient la réalisation dans les meilleurs conditions techniques, budgétaires et humaines d'une pièce capitale de notre arsenal sanitaire. Ce qui existe dès maintenant pour la Chirurgie doit pouvoir être réalisé pour l'Obstétrique, et quoiqu'on ait pu en dire, les médecins auront su, une fois de plus, faire œuvre constructive.

R. JODIN.

LETTRES DES LECTEURS

RESPONSABILITÉ DES MÉDECINS-CONSEILS

I. *Nous avons reçu la lettre suivante, qui montre fort heureusement comment se pose en pratique le problème que nous avons étudié de manière théorique dans notre numéro du 11 mai dernier.*

Je viens de lire l'article de M. Jean Mignon sur la responsabilité des médecins-conseils qui me décide à vous faire part d'un fait récent.

Chez un de mes malades, ouvrier dans une usine métallurgique, je diagnostique une lésion tuberculeuse du sommet gauche (B K dans les crachats), intégrité du poumon droit. Après 15 jours de repos au lit et de surveillance, nouvelle graphie qui montre une petite caverne en formation. Je pose l'indication de pneumothorax. Indication confirmée le lendemain par un ami de passage chez moi.

Le pneumo est crée — et entretenu régulièrement par mes soins. On demande le bénéfice de la longue maladie — et le médecin-conseil de la Caisse convoque au dispensaire de l'usine ce malade qui va bien, est apyrétique, a repris du poids et commence à se lever. Le malade me demande à cet effet ses films que je lui remets.

Je reçois alors du médecin-conseil un coup de téléphone par lequel il me dit ne pas être de mon avis, et qu'après examen des films il estime qu'il n'y a pas de lésion au sommet gauche, mais que par contre la base droite lui paraît fort suspecte. Nous discutons un instant par téléphone — et rapidement je lui dis que j'estime ne pas avoir à discuter plus longtemps, que je maintiens mon diagnostic quoi qu'il en pense. Il me répond « qu'il n'est pas là pour discuter mon diagnostic (! ?) et que je veuille bien lui établir une ordonnance détaillée, concernant le traitement à suivre, le temps de repos envisagé, etc. qu'il contre-signera cette ordonnance et qu'on pourra ainsi faire bénéficier le malade de la « longue maladie ».

Mais cette conversation téléphonique se passait *devant le malade et l'assistante sociale de l'usine* et auparavant le médecin-conseil avait exprimé au malade sa façon de penser, lui ajoutant qu'il avait une grande habitude des radios, qu'il en voyait 30 par jour (!).

Conclusion : Le malade catastrophé, pense qu'on s'est trompé de côté, ou tout au moins qu'il est turberculeux bilatéral, car enfin *pour le malade*, un médecin-conseil c'est un médecin-contrôleur, donc un expert qui en sait plus long que les autres, surtout si ce médecin prend soin de lui expliquer qu'il est « spécialiste en radiographies ».

Je m'empresse de vous dire, que ce malade a été trouver ensuite un médecin phtisiologue qui l'a complètement (ou tout au moins partiellement) rassuré.

Néanmoins je trouve cette histoire lamentable, car si j'ai eu la chance pour ce malade d'avoir des documents : *les radiographies*, qui permettent un contrôle irréfutable — il aurait pu s'agir d'une autre maladie où le médecin-conseil critiquant ouvertement le traitement mis en œuvre, aurait sapé complètement la confiance du malade en son médecin traitant.

Dr L... (Haute-Savoie).

II. *De son côté le Dr* GUEIT, *Médecin-Conseil de l'Union Régionale de Montpellier, nous donne sur la conception qu'il se fait du rôle du médecin-conseil, un son de cloche très proche du nôtre, et très différent de celui de M. Heisler, cité dans notre dernier article :*

Puis-je joindre au débat qu'a entraîné votre article si judicieux sur la *responsabilité des Médecins-Conseils*, ma modeste contribution ?

Vous avez porté la question sur le plan juridique et là il n'y a rien à dire, vos raisons me paraissent péremptoires.

Pour ma part, cependant, je voudrais la placer avant tout, dans la réalité.

Il me semble que l'on discute beaucoup sur cette responsabilité des Médecins-Conseils des Assurances sociales tout comme si cette responsabilité devait être à leur endroit un épouvantail qu'il faille brandir pour limiter leur action.

Médecins comme leurs confrères, ils doivent prendre leurs responsabilités. Et, pour ma part, je ne saurais assez m'élever contre cet esprit de veulerie qui, de nos jours, fait trop souvent que chacun cherche avant tout à fuir et à dégager sa responsabilité.

Oui, nous entrons, puisque c'est l'expression consacrée, dans l'équipe soignante. Nous y entrons avec tout notre cœur et notre dévouement à l'esprit social qui anime la Sécurité sociale, cons-

cients de nos devoirs envers les assurés d'abord, nos confrères ensuite, et les Caisses qui nous font confiance.

S'il y a une responsabilité à prendre dans l'intérêt de la santé des malades assurés, pourquoi n'en revendiquerions-nous pas une partie si nous pensons pouvoir agir pour leur plus grand bien ?

Certes, nous pouvons nous tromper. Le médecin traitant aussi, hélas ! et même l'expert. Mais y aura-t-il faute lourde, si nous nous sommes rangés tout entier et en toute bonne foi à l'avis pris en commun avec nos confrères, pas mieux inspirés que nous ?

Notre responsabilité sera toute dans *l'avis* que nous aurons donné puisque la *décision* est le fait de la Caisse. Mais la décision dans la grande majorité des cas, n'aura effet qu'en fonction de l'avis et ainsi toute la responsabilité est dans l'avis. Cela, je l'accepte, en faisant humblement remarquer que cette responsabilité sera partagée par d'autres, puisque équipe il y a, et qu'il serait mal venu de notre part si, après avoir contribué à la rédaction de l'avis formulé en commun, nous, membres de cette équipe, nous nous défilions sans plus attendre.

Il y a une honnêteté tout court qui vaut bien la responsabilité professionnelle.

Le Médecin-Conseil Régional,
Docteur C. GUEIT.

III. *Nous avons d'autre part reçu de M. le Dr* THIBAUDET *l'intéressante note dont nous publions ci-dessous d'importants extraits :*

. . . . . .

M. J. Mignon, qui est cependant un juriste averti, paraît confondre dans son argumentation deux termes dont la valeur et la portée sont essentiellement différentes : *l'avis* technique d'un médecin-conseil ou d'un expert et la *décision* administrative ou juridique consécutive à cet avis.

En matière d'assurances sociales, en effet — tout comme en droit commun — l'avis d'un expert, quelque éminent que puisse être celui-ci, n'engage aucunement l'organisme qui l'a désigné, lequel demeure seul maître, donc seul *responsable* de sa décision, sous réserve du droit de l'intéressé d'interjeter appel de celle-ci.

Il en résulte que ce dernier n'a à connaître que cette décision globale seule, nonobstant l'avis purement *consultatif* de l'expert qui n'a même pas à lui être communiqué.

C'est donc, il faut le reconnaître, par suite d'une fâcheuse erreur de rédaction qui constitue un véritable non-sens juridique, que l'ordonnance du 19 mars 1945 a pu spécifier, dans le dernier alinéa de l'article 33, que « l'avis technique de l'expert ne peut faire l'objet d'aucun recours » (comme si un *avis* pouvait être susceptible d'un recours !). C'est aussi, je le présume, par suite d'un lapsus de plume que M. Mignon a pu faire mention, dans son article du 11 mai dernier (p. 451, 2e colonne, 3e alinéa), d'une « *décision technique médicale* »... comme si un *avis technique* pouvait avoir force de décision !

Ceci posé, lorsque M. Mignon paraît donner une valeur absolue à la phrase malheureuse relatée ci-dessus et suivant laquelle « l'avis technique de l'expert ne peut faire l'objet d'aucun recours », — il isole un peu artificiellement ladite phrase du contexte environnant et lui attribue, dès lors, une portée qu'elle n'a pas. Recours devant qui ? Selon toute évidence, devant le Conseil d'administration de la Caisse Primaire, ainsi qu'il résulte du texte même de l'article 34 qui fait suite au précédent.

Donc, le Conseil d'Administration de la Caisse intéressée — dans le cas de désaccord entre le médecin traitant d'un assuré et le médecin conseil, et après l'expertise prévue à l'article 33 de l'ordonnance précitée — statue, en tenant compte, dans la mesure qu'il estime opportune, de l'avis de l'expert, et sa décision peut être frappée d'appel par l'assuré dans les conditions indiquées aux articles 106 et suivants de l'ordonnance, c'est-à-dire : 1° en premier ressort, devant le Juge de Paix de l'arrondissement ; 2° en deuxième ressort, devant le Tribunal Civil.

Il tombe sous le sens que les magistrats des juridictions d'appel, s'ils veulent éclairer leur jugement, comme ils en ont le devoir, pourront recourir aux avis d'un ou même de plusieurs experts et qu'ils ne sauraient être tenus, en conséquence, de s'en référer *exclusivement* à l'avis technique de l'expert de première instance, ce qui serait contraire à l'esprit de tout le droit civil français. D'ailleurs, l'article 99, relatif au contentieux technique, spécifie — en ce qui concerne la maladie ou la longue maladie — que la procédure devant les juridictions d'appel sera fixée par un arrêté du Ministre du Travail et de la Sécurité sociale. Il est sans doute prématuré de faire état d'un texte qui n'a pas encore vu le jour ; j'ai cependant de bonnes raisons de croire que le texte en question respectera les droits des appelants, conformément aux règles de la procédure courante.

Les lignes qui précèdent tendent donc à montrer que M. Mignon semble être alarmé un peu prématurément des dispositions du dernier alinéa de l'article 33 de l'ordonnance du 19 mars 1945 ; c'est donc à tort, semble-t-il, qu'il a pu écrire « La loi a organisé une sorte d'expertise avant jugement dont les conclusions — contrairement au droit commun — ne peuvent être remises en question par le juge. Comme la caisse, il peut seulement en tirer les conséquences de droit qui en découlent. » Rien dans la lettre et dans l'esprit du texte légal ne paraît justifier les appréhensions de l'auteur (cf. note 1).

⁂

. . . . . .

M. Mignon considère, d'autre part, que « trop de traits rattachent encore en fait le médecin-conseil (des Assurances Sociales) à ses dépendantes origines » et voit en lui le descendant, à peine évolué, du « médecin-contrôleur, étranger au Corps médical, salarié, mandataire ou gendarme des caisses » (cf. note 2). Il voit, non sans raison d'ailleurs, dans l'examen spécial prévu à l'article 33, une véritable « consultation » entre confrères au chevet d'un cas difficile » ; mais il croit devoir ajouter : « L'examen spécial, prévu par ledit article, peut comporter l'énoncé d'un diagnostic ou une critique du traitement *devant le malade* (c'est l'auteur lui-même qui souligne) dès lors que cet énoncé est utile au déroulement de l'examen » (cf. note 3).

Oh ! Oh ! comment M. Mignon, qui est lui-même fils d'un médecin justement honoré et réputé, a-t-il pu écrire une énormité pareille ? Où et quand — si ce n'est dans une scène célèbre du théâtre de Molière — de tels agissements ont-ils pu se perpétrer au cours d'une « consultation entre confrères au chevet d'un cas difficile ? » Une semblable pratique, contraire à la déontologie et au plus simple savoir-vivre, exposerait son auteur à de justes sanctions disciplinaires en cas de plainte du médecin intéressé.

. . . . . .

D'ailleurs, parlons franc : ou je me trompe fort, ou la pensée de M. Mignon pourrait se résumer comme suit :

M. Mignon paraît se représenter la consultation entre le médecin-conseil et le médecin-traitant, pré-

vue à l'article 33 de l'ordonnance du 19 octobre 1945, comme une sorte de duel technique et juridique où deux adversaires s'affrontent et se combattent : celui-ci présumé seul pourvu de savoir, d'indépendance et de caractère, représentant les intérêts réels (ou supposés tels) du malade dont il a assumé le traitement — celui-là « salarié et gendarme des caisses » en raison de ses « dépendantes origines », n'ayant en vue que la défense des intérêts matériels de celle-ci.

Il y aurait beaucoup à dire sur l'indépendance respective du médecin-conseil *salarié* à l'égard de son Administration et du médecin traitant *honoré* à l'égard de son client : c'est un chapitre que je renonce à écrire ici. Qu'il me suffise de constater, au déclin d'une vie professionnelle déjà longue, que dans toutes les carrières, sans en excepter aucune, et à tous les degrés de la hiérarchie sociale, j'ai rencontré des hommes doués des qualités de courage, de conscience et d'indépendance, tant à l'égard des administrations et des collectivités que vis-à-vis de leur clientèle (ceci étant d'ailleurs, vous pouvez m'en croire, beaucoup plus difficile que cela)... et d'autres qui en étaient dépourvus —. C'est que de telles qualités sont fonctions des caractères mêmes des personnes et ne constituent nullement, contrairement à un préjugé courant chez les membres des professions libérales, l'apanage de celles-ci. « La conscience de notre indépendance, a écrit un philosophe, n'est-elle pas, bien souvent, que l'inconscience de notre dépendance ? »

En réalité — comme le rappelle M. Mignon — la « consultation » entre les deux médecins, prévue à l'article 33, a pour but d'assurer au mieux des intérêts du malade le diagnostic et le traitement de celui-ci. Ce but, je me hâte de l'écrire, sera atteint dans la très grande majorité des cas, après examen du malade pratiqué conjointement par les deux médecins, suivi d'une consultation *hors de la présence de l'intéressé* comme il se doit. Cette consultation aboutira, le plus souvent, à une entente, chacun des deux consultants apportant sa collaboration à l'œuvre commune et assumant ainsi, comme le demande M. Mignon, sa part de responsabilité. Il va sans dire que la responsabilité du médecin-conseil doit être limitée, en bonne règle, à l'avis qu'il donne et ne saurait s'étendre, de toute évidence, à l'exécution technique du traitement dont la mise en œuvre ne ressortit pas à ses attributions.

Assurément, il se présentera des cas où l'examen révélera au médecin-conseil l'indication d'opérations inutiles ou d'abus de soins. C'est alors qu'il devra faire montre de tact et tâcher d'obtenir, si possible par la persuasion, — et au besoin en recourant à l'expert prévu par l'aricle 33 — un avis qualifié en vue d'un traitement judicieux. Je suis convaincu, je le répète, que cette procédure rapide suffira, dans la plupart des cas, à réaliser l'accord désirable entre le médecin-conseil, le médecin-traitant et le malade lui-même dont l'intérêt véritable, ne l'oublions pas, doit être le but unique de toute cette procédure.

. . . . . .

Il convient surtout de ne pas prendre des préventions pour des vérités, ni pour des réalités vivantes ce qui, pour certains de nos confrères, tels les spectateurs de la caverne platonicienne, n'est que la projection — démesurément agrandie et déformée, — d'ombres inconsistantes sur le plan de leur riche imagination...

« Amicus Plato, sed magis amica Veritas. »

Emile THIBAUDET.

NOTE. — *Par la précision et la valeur de son argumentation, cette note nous paraît mériter une réponse, que nous ferons aussi brève que possible :*

I. *Nous ne confondons pas « avis » et « décision » mais prétendons avec quelques solides raisons juridiques à l'appui, que le médecin-conseil participe à l'établissement d'une véritable* décision médicale (*l'assuré a ou n'a pas telle affection. L'assuré doit ou ne doit pas subir telle intervention ou suivre tel traitement*) *que la* décision administrative *de la Caisse ne saurait valablement remettre en cause. Autrement dit la décision en matière de longue maladie intervient en deux temps bien distincts : le premier purement médical, le deuxième purement administratif.*

Quant au caractère d'expertise médicale obligatoire de l'examen prévu à l'art. 33, *il est au contraire* confirmé *et non infirmé par l'art.* 99 *de l'ordonnance, puisque selon lui tout différend déféré à la juridiction des A.S., lorsqu'il fait apparaître une* difficulté d'ordre médical, *doit être réglé dans les* conditions prévues à l'art. 33. *Au reste l'arrêté prévu par le Dr Thibaudet a paru le 27 mai dernier (« J. O. » 6 juin). Il confirme bien que toute contestation relative à une difficulté d'ordre médical est tranchée en dernier ressort par un expert désigné par le Directeur régional à la Santé. La* décision *de l'expert (non l'avis) « n'est pas susceptible de recours ». Elle lie donc le juge comme la Caisse. Le recours de l'assuré ne peut concerner, nous dit l'art.* 4, *que « l'application faite par la Caisse de cette décision ».*

II. *Nous voyons si peu dans le médecin-conseil « un salarié et un gendarme des Caisses » que tout notre article est fondé sur l'évolution de son rôle et sur la distance qui le sépare de ce concept juridique au reste toujours dépassé par les faits.*

III. *Pour convaincre le Dr Thibaudet de la réalité de cette hypothèse, nous le prions de bien vouloir prendre connaissance de la lettre du Dr L... publiée ci-dessus.* J. M.

BIBLIOGRAPHIE

LA VIE AU SECOURS DE LA VIE. — Dr Yves Couzigon. En vente chez l'auteur, à Saint-Michel-en-Grèves (Côtes-du-Nord).

Exposé des méditations d'un médecin praticien sur les phénomènes biologiques et pathologiques dont il observe professionnellement les mouvants aspects. Ce volume apporte en conclusion des théories thérapeutiques originales qui intéresseront les médecins soucieux de ne pas fouler indéfiniment les chemins battus.

SOLITUDE AUX CENT VISAGES. — Geneviève Dardel. *Ouvrage couronné par l'Académie Française.* Editions Marcel Daubin, Paris.

La solitude du cœur a peut-être cent apparences ; toutes sont marquées d'un trait qui saute aux yeux malgré les faux-semblants : le pli amer du désenchantement.

Egoïsme, amour, art, sainteté sont des « déserts » où l'âme mesure ses forces et son dénuement.

Un joli sentiment de la nature allège ces pages mélancoliques. Un rapide tableau de la solitude du médecin atteste que l'auteur, fille d'un de nos confrères, connaît aussi cet aspect de la solitude, qui n'est pas le moins angoissant. G. L.

ENTEROBYL



DRAINE
DÉSINFECTE
DÉSENSIBILISE

CACHETS ET GRANULÉS

LAB. DEHAUSSY, 50, Rue Nationale, LILLE. Pour la France sud : 21, Av. St-Sulpice, Lavaur (Tarn)

REMINERALISATION

OPOCALCIUM

du Dr Guersant

IRRADIÉ (GRANULÉ. CACHETS. COMPRIMÉS)

Vitamine D pure cristallisée et
Parathyroïde (extrait)
Sels minéraux directement assimilables

SIMPLE (GRANULÉ. CACHETS. COMPRIMÉS)

Parathyroïde (extrait)
Sels minéraux directement assimilables

Cachets GAÏACOLÉS

Cachets ARSÉNIÉS

Poudre

LABORATOIRES DE L'OPOCALCIUM
96, Rue Orfila PARIS (20e)

BISMUTH TULASNE
NÉO-PANSEMENT TULASNE
LACTO PANSEMENT TULASNE
BISMU-CÔNES
FUCHELMINE
IODULANE

LABORATOIRES BOUILLET

7, SQUARE THIERS - PARIS 16e

TUBERCULOSES ET TOUTES DÉFICIENCES

OKAMINE

du Docteur DANI-HERVOUET

SIMPLE — CYSTÉINÉE — DRAGÉES

Laboratoire d'Oxyaminothérapie, 13, Rue Pavée, PARIS-4e

ECHOS & COMMENTAIRES

Vers un « modus vivendi » acceptable ?

Dimanche dernier a vu se clore la série des travaux que la Commission nommée par l'Assemblée générale de la Confédération, avait courageusement entrepris en vue de présenter des « propositions concrètes » tendant à mettre sur pied un régime d'assurance-maladie acceptable.

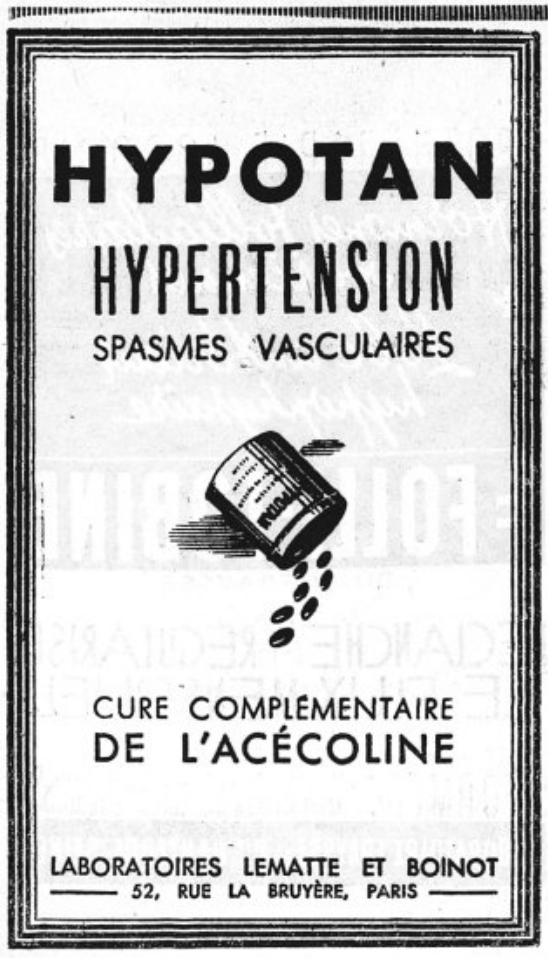
Le texte de l'ordonnance du 19 octobre a certes été repris article par article, et des propositions de modifications ont été rédigées dans le style austère qui convient. Mais à côté de cette marqueterie technique, la Commission a fort justement décidé d'établir une déclaration de principe fixant le *modus vivendi* pouvant intervenir entre le Corps médical et les Assurances sociales. Cette déclaration, dont l'importance n'échappera à personne, et qui sera sans doute publiée prochainement dans son texte officiel, a été adoptée à l'unanimité des Commissaires, dont les opinions étaient cependant, au départ, assez diverses, sinon opposées. L'autorité morale qui s'attache à ce texte en sera donc notablement accrue Nous en donnons, ci-dessous, les principaux articles. Notons d'emblée qu'elle manifeste une pondération, un souci des réalités sociales et des possibilités de l'heure que les interventions des différents protagonistes de l'Assemblée générale de mars dernier ne nous eût pas permis d'espérer. Ce n'est pas ici, en tous cas, qu'un tel souci soulèvera des critiques.

Reprenant les idées schématiquement incluses dans l'ordre du jour confédéral, et tenant compte partiellement des projets préparés de divers côtés (notamment par la Chambre syndicale des Médecins de la Seine) la déclaration proposerait le régime suivant :

Les barèmes d'honoraires (qui ne sont point qualifiés de minima) seraient établis par les Syndicats départementaux et homologués ou, le cas échéant, fixés par la Confédération. Ces tarifs tiendraient compte des tarifs minima de 1938, et du coefficient de hausse des salaires et des frais professionnels intervenus depuis cette date. La Confédération s'engagerait à veiller à leur application pour tous les assurés dont les revenus, compte tenu des charges, ne peuvent les faire ranger dans la catégorie des « notoirement aisés ». Les honoraires seraient fixés par les médecins « en conscience » et dans un large esprit social. Hors les cas légaux de dépassement, les honoraires jugés excessifs seraient appréciés par les juridictions professionnelles, sur plainte des assurés auprès des organismes d'assurance. Le Conseil départemental de l'Ordre serait substitué à la Commission bipartite dans le rôle d'organe conciliateur.

Le texte prévoirait d'autre part que les barèmes d'honoraires pourraient être inscrits dans des conventions à intervenir entre les Caisses et les Syndicats, ces conventions étant laissées à la liberté des parties.

Par contre, et pour notre part nous le regrettons, le texte de la Commission n'aurait pas retenu les suggestions de la Chambre syndicale de la Seine concernant le contrôle syndical sur la gestion des dispensaires et la création des centres





de soins. Il serait seulement demandé que la Confédération soit obligatoirement consultée dans toute hypothèse de ce genre.

Les propositions faites par certains Commissaires tendant à réduire l'intervention des Assurances sociales à la converture intégrale du gros risque, auraient été quasi unanimement rejetées.

Le futur article 33 sur la longue maladie réduirait le rôle du médecin-conseil (ou éventuellement de l'expert) à étudier l'opportunité d'allouer les prestations dans chaque cas déterminé. L'expert serait choisi sur une liste dressée par l'Ordre en accord avec les Syndicats locaux. La revision des décisions de l'expert serait organisée.

Enfin le Corps médical s'engagerait, par la voix de ses représentants, à tenir compte des nécessités économiques dans les prescriptions pharmaceutiques, et dans la fixation des durées d'incapacité (ce, en vue de combattre un « absentéisme » dont souffre gravement aujourd'hui notre production renaissante).

Nous souhaitons très sincèrement que ces propositions raisonnables soient accueillies avec faveur dans les milieux du Travail.

Elles méritent, en tous cas, et cet accueil et cette faveur.

Le moyen d'obtenir une voiture neuve.

Les médecins se plaignent de ne pouvoir renouveler leurs voitures mises à mal par l'usure des années de guerre, les carburants de fortune et les lubrifiants de récupération.

Ils ont tort !

Rien n'est plus facile que d'obtenir la voiture de leurs rêves. Qu'ils organisent une tombola.

N'ouvrez pas de grands yeux, ô confrères, et prenez plutôt connaissance d'une annonce parue dans Le Monde du 16-17 juin 1946.

Vous y verrez que le lundi 17 juin avait lieu au Gaumont-Palace un « Grand Gala » au bénéfice de l'Association des Forces Françaises Libres et de l'Union nationale du spectacle.

Jazz-band, projection d'un film et grande tombola : attribution au numéro gagnant d'une 11 CV Citroën neuve, avec S.P. et 300 litres d'essence.

Second moyen (mais il est périmé) : se présenter aux élections, ou militer dans un parti en choisissant soigneusement sa nuance (voir les journaux de ces temps derniers).

En compensation de quoi il faut bien faire tirer la langue aux médecins.

Qui s'occupe des illégaux ?

Dans le numéro 25 de l'hebdomadaire *Quatre et Trois* (6 juin 1946), nous signale un lecteur, s'étalait ce titre : « Au XXe siècle un homme impose les mains ; cette semaine j'ai vu F... guérir. »

Il est possible que le journaliste ait vu F... imposer les mains ; quant à constater la guérison, c'est une autre affaire et qui outrepasse sa compétence.

Qu'on nous permette de poser à ce sujet deux questions :

1° L'exercice illégal de la médecine relève maintenant à la fois des syndicats et du Conseil Régional de l'Ordre. Va-t-il rester impuni plus encore qu'auparavant ?

2° N'y aurait-il pas lieu d'interdire des articles de pure

Eczéma
CUROZEMA
9 Dragées par jour
OPOSÉROTHÉRAPIE VALTRY
LABORATOIRE BIOLOGIQUE VALTRY
46, Rue St-Didier-Paris-16e
FORMULE INFANTILE
Pédiozema
GRANULÉ

OPOTHÉRAPIE ASSOCIÉE
Hormones folliculaires ovariennes
+
Lobe antérieur hypophysaire
= FOLLI-LOBINE
DU Dr FRAYSSE
DÉCLANCHE ET RÉGULARISE LE FLUX MENSTRUEL
2 FORMES : PILULES ACTIVES PAR VOIE BUCCALE
AMPOULES INJECTABLES 2cc INDOLORES
LABORATOIRE FRAYSSE ET Cie NANTERRE (SEINE)

publicité commerciale comme celui-ci, et ce qui est interdit aux médecins sera-t-il toléré des illégaux ?

La médecine de mines de demain.

Un de nos lecteurs nous communique quelques extraits d'un avant-projet de loi « portant organisation de la Sécurité sociale dans les mines ».

Il n'est pas le moins du monde question d'intégrer les mines dans le régime des Assurances sociales, comme ne cessent de le demander les médecins depuis de longues années, et comme le réclamait encore récemment le Conseil National de l'Ordre.

Voici le texte des articles intéressant principalement les médecins :

Dispositions générales relatives aux soins

Article 87. — *Les affiliés aux Sociétés de Secours* choisissent librement *leur praticien* parmi ceux qui sont agréés *pour chaque circonscription de Société de Secours, par l'Union Régionale des Sociétés de Secours, après avis d'une Commission comprenant par moitié des représentants de l'Union Régionale, et pour le surplus, des praticiens désignés par les organisations professionnelles, dont la moitié au moins doit être choisie parmi les médecins agréés par les Sociétés de Secours de la région.*

Le règlement d'administration publique fixe les conditions de la rétribution forfaitaire *des praticiens, en tenant* compte tant de l'efficacité du concours *qu'ils apportent à la Société de Secours* que des résultats qu'ils obtiennent *dans l'application de l'article suivant.*

Article 88. — *Les médecins sont tenus, dans toutes leurs prescriptions, d'observer, dans le cadre de la législation et de la réglementation en vigueur,* la plus stricte économie compatible *avec* l'entière efficacité du traitement.

Article 89. — *Les dispositions de l'article 87 sont applicables en cas d'*accident du travail.

Le libre-choix ne s'exerce donc que sur une liste agréée, et l'agrément sera pratiquement soumis au bon plaisir des Sociétés de secours qui disposeront, au sein de la Commission chargée de donner son avis préalable, d'une écrasante majorité (au moins les trois-quarts des voix).

La rétribution *forfaitaire* des praticiens est fixée en tenant compte des conditions de leur exercice, et les termes mêmes des articles 87 et 88 comportent assez d'imprécision pour mettre entièrement les médecins dans la main des Sociétés de secours.

Bien entendu la législation sur les accidents du travail n'est pas davantage applicable aux mineurs que la loi de Sécurité sociale.

Il résulte de tout ceci que si cet avant-projet était adopté, les médecins de mines seraient plus que jamais parmi les plus misérables des salariés et n'auraient aucun moyen de défense.

Le médecin de mines qui nous communique ce texte ajoute : « Les autres membres du Corps médical assisteront-ils impassibles à cette démonstration de dictature ? Leur tour ne tardera pas alors à venir. »

Cela est hors de doute.

Il est temps, pour les syndicats et l'Ordre, d'intervenir avec vigueur pour écarter cette menace de la profession.

TONIQUE GÉNÉRAL
RECALCIFIANT
GAUROL
CALCIUM ASSIMILABLE
AMPOULES
COMPRIMÉS
GRANULÉ
GAUROL INTRAVEINEUX
LABORATOIRES PÉPIN & LEBOUCQ
Courbevoie (Seine)

CINQUESINE HOUDÉ
HYPERTENSION
Association synergique vaso-dilatatrice et sympathicolytique
D'YOHIMBINE, ET D'HYDROCINCHONIDINE
ACTION RAPIDE : sur les syndromes subjectifs
ACTION LENTE ET DURABLE sur la pression artérielle
Laboratoires HOUDÉ, 9, rue Dieu, PARIS

CORRESPONDANCE

ASSURANCES SOCIALES

1102. — **Soins à un membre de la famille, assuré social.**

Il me souvient d'avoir vu qu'il était formellement interdit à un médecin de soigner ses ascendants ou descendants ou un employé à son service. Dans ce cas, s'ils ne peuvent soigner, ils ne peuvent délivrer une ordonnance. Comment fera-t-on pour la nouvelle loi qui va assujettir une très grosse partie de Français à faire partie des Assurances Sociales ? Un médecin par exemple soignera un de ses proches parents, celui-ci ira aux Assurances Sociales, mais il faudra qu'il affirme qu'il a payé son médecin (en l'occurrence, son parent) ? Sinon la Caisse des A.S. ne lui remboursera rien.

A moins que je confonde... A vous lire.

R. N.

Réponse

Contrairement à ce que vous pensez, aucune disposition légale et réglementaire n'interdit à un médecin de soigner ses ascendants ou descendants, ou les employés à son service. Bien mieux, il a été admis par la Commission supérieure de Cassation des pensions, juridiction administrative qui dépend du Conseil d'Etat, qu'un médecin pensionné de guerre, était habilité à se prescrire lui-même les médicaments nécessaires au traitement de la maladie pour laquelle il était pensionné.

Un médecin peut par conséquent soigner un de ses proches parents assuré social. Il lui suffira de mentionner sur la feuille de maladie que les actes médicaux ont été dispensés à titre gratuit. Le malade ne pourra dans ces conditions, évidemment, se faire rembourser des frais médicaux qu'il n'aura pas payés, mais il pourra obtenir de la Caisse le paiement des indemnités journalières de maladie et le remboursement de ses frais pharmaceutiques.

2215. — **Frais de séjour d'un nouveau-né dans une couveuse.**

Je dirige une petite Maternité et je serais heureux d'avoir votre avis autorisé sur un point bien précis.

Il m'arrive, de temps à autre, d'avoir en clinique, des prématurés à qui il est impossible de faire boire le moindre liquide et qu'il faut par conséquent alimenter à la sonde. Habituellement, il faut gaver ces enfants dix fois en vingt-quatre heures. Si la mère est assurée sociale, je trouve anormal que la Caisse ne prévoie rien pour ces actes, sous prétexte que la Nomenclature ne mentionne rien à ce sujet.

Quelle est votre opinion là-dessus? Dix gavages par jour pendant X... jours (8,15 ou parfois 25 jours). Comment tarifer cela ? Pourriez-vous prévoir de tels actes en série dans un additif à la Nouvelle Nomenclature ?

Dr L. P.

Réponse

La question que vous nous posez par votre lettre du 18 avril a précisément fait l'objet d'une question posée au ministre du Travail, par un membre de l'Assemblée Constituante ; question à laquelle il a été répondu par le ministre, dans les termes suivants au J.O. du 17 avril.

« Les Caisses d'Assurances sociales doivent participer aux frais occasionnés par le séjour dans une couveuse ou dans une chambre spéciale des enfants d'assurés sociaux nés prématurément. Le montant de la participation des caisses est basé sur le tarif fixé pour ces frais de séjour dans les conventions passées entre maisons

TRINITRINE

ET ASSOCIATIONS

(DRAGÉES A NOYAU MOU)

TRINITRINE SIMPLE

TRINITRINE CAFÉINÉE DUBOIS

TRINITRINE PAPAVÉRINE LALEUF

TRINITRAL LALEUF

TRINIBAÏNE LALEUF

ANGINE DE POITRINE

CRISES VASCULAIRES SPASMODIQUES

LABORATOIRES LALEUF

Georges DUGUÉ, Docteur en Pharmacie

51, R. NICOLO, PARIS-16e

Téléphone : TROcadéro 62-24



d'accouchement privées et unions régionales jusqu'au 1er juillet 1946, et à compter de cette date, entre ces établissements et la Caisse régionale de sécurité sociale. La question du remboursement des frais nécessités par l'alimentation à la sonde des nouveaux-nés sera soumise à la Commission permanente de la Nomenclature des actes professionnels instituée par arrêté du 6 novembre 1945, lors de sa prochaine réunion. Cette commission est, en effet seule compétente pour compléter la Nomenclature ou pour assimiler l'alimentation à la sonde à un acte prévu dans ce document. »

2670. — **Absorption du personnel des Compagnies d'Assurances-accidents du travail.**

Je reçois de la Compagnie d'Assurances une lettre avec questionnaire que je vous communique pour que vous me donniez des éclaircissements sur le but envisagé par cette demande et les conséquences d'une acceptation éventuelle.

J'ignore l'essentiel de cette question et du texte de l'ordonnance du 2 novembre 1945.

Comme beaucoup de mes confrères, j'effectue de façon irrégulière des visites de contrôle pour cette Compagnie, comme pour d'autres d'ailleurs, mais c'est la première qui me fasse parvenir semblable lettre.

En quoi consiste le reclassement d'activité dans la Sécurité Sociale ?

Comment fonctionneront et quelle sera la composition des Caisses de Sécurité Sociale ?

Quelles seraient les obligations résultant d'une adhésion à cette proposition ?

L'acceptation entraînerait-elle une dépendance vis-à-vis des Caisses ou laisserait-elle toute liberté d'action comme actuellement avec les Compagnies d'Assurances ?

Dr B.

Réponse

L'ordonnance du 2 novembre 1945 est celle qui a fixé certaines dispositions transitoires des modalités d'application de l'ordonnance du 4 octobre 1945 portant organisation de la Sécurité Sociale.

Aux termes de l'article 12 de cette ordonnance, le personnel des institutions de Sécurité Sociale, est recruté obligatoirement et exclusivement parmi le personnel en fonction à la date du 1er janvier 1945, et compris dans diverses catégories, parmi lesquelles figure l'ensemble du personnel occupé par les organismes se consacrant jusqu'ici à la garantie et à la gestion des risques régis par la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail, même le personnel ne bénéficiant d'aucune convention collective. C'est à ce titre que la Compagnie X vous demande de remplir une fiche pour vous faire obtenir si vous le désirez, votre reclassement dans le personnel des institutions de Sécurité Sociale qui auront à gérer les risques accidents du travail à partir du 1er juillet 1946

Il me semble que vous puissiez remplir la fiche qui vous est demandée. Si le poste qui vous est ensuite offert par la Caisse de Sécurité Sociale ne vous convient pas, vous aurez toujours la faculté de le refuser et de renoncer à passer un contrat avec cet organisme.

★

AUTOMOBILISME

699. — **Comment régénérer les accus ?**

Je vous serais reconnaissant de me faire connaître la façon dont on peut régénérer les batteries d'accumulateurs usées. Avant guerre, il existait pour cela des produits spéciaux, mais je ne vois pas ce qu'il en reste maintenant.

Dr G.

TUBERCULOSE
VITADONE
INJECTABLE
Vitamines A et D physiologiquement titrées
BOITES DE 6 AMPOULES DE 2 cc.
chaque ampoule contient :
20.000 unités int. de Vitamine A
20.000 unités int. de Vitamine D
2 injections intra musculaires par semaine
Littérature aux Etablissements BYLA
26, avenue de l'Observatoire, à PARIS (14e)

RHUMATISMES
MAGSALYL
Association Soufre Salicylate
Solution de goût agréable
Comprimés glutinés
Laboratoires du MAGSALYL
8, rue Jeanne Hachette, IVRY (Seine)
TÉL. : ITA 16-91

OXYURYL
VIOLET DE GENTIANE
Laboratoires A. MARIANI, 10, rue de Chartres - NEUILLY - PARIS

Réponse

Il n'y a qu'au cas où vos batteries seraient mises hors de service, parce que trop sulfatées que vous pouvez espérer les remettre à peu près en état de fonctionner.

Pour désulfater, videz l'électrolyte que vous mettrez de côté. Remplissez d'eau et effectuez une charge très lente à un ou deux ampères. Recommencez l'opération en changeant l'eau chaque fois et en prenant la densité avant et après la charge : insister jusqu'à ce que la densité de l'électrolyte ne change pas. Videz la batterie. Remettez l'électrolyte d'origine et vous avez encore espoir de tirer parti de vos batteries, si elles tiennent la charge. Dans le cas contraire, un changement de plaques chez un spécialiste s'impose. Henri PETIT.

HOSPITALISATION PUBLIQUE

853. — **Recouvrement des honoraires de radiologie pour les accidents du travail hospitalisés.**

Je vous serai très obligé de bien vouloir me dire s'il existe une législation concernant la perception des honoraires pour examens radiologiques aux accidentés du travail hospitalisés.

Jusqu'à présent et en l'absence d'un radiologiste titulaire, seuls les chirurgiens des hospices de X étaient autorisés à adresser personnellement leur note d'honoraires aux Compagnies d'assurances en plus du prix de journée réclamé par l'administration. La question des honoraires de spécialité n'est pas encore résolue faute de renseignements précis.

Désireux de mettre cette affaire au point, je vous serai reconnaissant de bien vouloir me fournir les arguments susceptibles d'être soumis à l'appréciation de la Commission des hospices. Dr G.

Réponse

La loi du 1er juillet 1938 qui a modifié la législation sur les Accidents du travail, a décidé qu'en cas d'hospitalisation dans un établissement public, l'employeur serait tenu non seulement au paiement du prix de journée applicable aux malades payants dans les salles communes, mais encore au paiement des honoraires médicaux et chirurgicaux dus aux médecins et chirurgiens calculés conformément au tarif de responsabilité patronale. Et l'article 30 de l'arrêté du 5 mai 1939 a posé en principe que les honoraires de l'acte opératoire ou de l'intervention pratiqué à l'hôpital public ou en clinique privée seraient les mêmes que ceux prévus par l'arrêté pour les soins au domicile et au cabinet.

La loi du 21 décembre 1941 qui a remanié profondément le statut des hôpitaux et hospices publics, ainsi que le décret du 17 avril 1943 qui en a fixé les modalités d'application, n'ont apporté aucune modification à la réglementation des honoraires médicaux à l'hôpital en matière d'accidents du travail ; simplement, l'art. 133 du règlement d'administration publique a décidé que les honoraires médicaux ou chirurgicaux pour soins donnés à des accidentés du travail seraient perçus ou recouvrés par la caisse de l'établissement comme tous les autres honoraires en général et seraient ensuite remis aux intéressés après retenue par l'établissement d'une somme égale à 5 % représentant les frais de recouvrement.

Telles sont les seules dispositions légales et réglementaires qui régissent actuellement la question du paiement des honoraires médicaux et chirurgicaux et de spécialités à l'hôpital. Il en résulte que l'hôpital est tenu de recouvrer les honoraires dus au Corps médical hospitalier pour les soins donnés à des blessés du travail sur les employeurs responsables ou sur les Compagnies d'assurances et suivant le tarif applicable aux soins de même

LA CAISSE D'ESCOMPTE MÉDICO-PHARMACEUTIQUE (C.E.M.P.)
13, Rue Auber, PARIS (IXe)

Règle *immédiatement* toutes les notes d'honoraires d'*Accidents* du *Travail.*

Taux d'Escompte 10 % (dix pour cent) du montant des notes.

Demander Imprimés et documention à la C.E.M.P.
13, Rue Auber, PARIS (IXe) — Tél. : OPÉra 56-13

DRAGÉES "YSE" Névrosthéniques
Phosphure de zinc 2 milligr.
Nux vomica
Kola guarana
Asthénie - Surmenage Intellectuel
Dépressions Physique et Cérébrale
forme B pour Diabétique
Médication iodo-arsénicale-phosphorée - Strychnique
HEMAGÉNINE GIRAUD
Lymphatisme - Rachitisme - ASTHME - Tous états infectieux et ganglionnaires
ZONE OCCUPÉE — LABORATOIRES YSE — ZONE NON OCCUPÉE
65, Rue Louis Blanc, Paris (Xe) — Saint-Benoît du Sault (Indre)

nature donnés soit au domicile du blessé, soit au cabinet du médecin. Aucune distinction n'est faite ni par la loi ni par les règlements ou arrêtés entre les honoraires qui s'appliquent à un acte strictement médical et ceux qui rémunèrent à la fois l'acte médical et assurent le remboursement de frais importants comme en matière de radiologie, par exemple.

A s'en tenir à la lettre stricte des textes légaux, les radiologistes des hôpitaux seraient donc fondés à exiger de l'hôpital le reversement à leur profit de la totalité des honoraires de radiologie encaissés par les hôpitaux au titre des accidents du travail, sous réserve de la seule retenue de 5 % applicable à tous les honoraires médicaux.

Mais il est bien certain que cette règle ne peut raisonnablement être appliquée dans toute sa rigueur, puisque l'exercice de la radiologie dans les hôpitaux entraîne pour ceux-ci des frais matériels considérables qu'ils sont seuls à supporter, mais qui doivent également être inclus dans les dépenses générales des hôpitaux qui servent à la détermination du prix de journée

En fait, l'application stricte des lois et règlements, aurait pour conséquence de favoriser au point de vue des honoraires de radiologie, les radiologues exerçant à l'hôpital par rapport à ceux qui exercent pour leur compte personnel et qui ont à supporter eux-mêmes tous les frais de l'appareillage et de son entretien.

Je crois qu'il serait assez normal d'admettre que sur les honoraires régulièrement fixés et recouvrés, l'hôpital puisse retenir en matière de radiologie un certain pourcentage pour ses frais d'instruments et de réparations.

★

DEMANDES ET OFFRES

N° 355. — A vendre par maison spécialisée. Souris, cobayes et rats blancs, pour laboratoires.

N° 356. — A céder très import. client. O.R.L., dans la Seine.

N° 357. — A vendre : appar. U.V. Gallois, bon état.

N° 358. — Médecin expérim. possèd. voiture, remplacer. confrère à la camp., mois d'Août. Ecr. journ. qui transm.

N° 359. — Import. poste à céd. à Bitche (Moselle), hôpital avec chirurgie, maternité, ray. X et physioth. à disposit. du médecin. S'adr. Dr Ohlman, à Lourdes (B.-P.).

N° 360. — A vend. microsc. Zeiss, 3 object. dont un à immers. et deux oculaires, en boîte bois verni, avec boîte colorants. Dr Le Bris, 9, av. Frédéric Mistral, à Nice.

N° 361. — Très bon poste client. rurale riche 150 km. Sud de Paris. Urg. Mais. neuve tout conf.

N° 362. — Dames apparten. à fam. médic. prendraient pensionn. juillet-août-septembre. Excell. nourrit. assurée. Ecr. au journ. qui trans.

N° 363. — A céd. poste méditerran. à proximité grande ville. Ecr. journ. qui transm.

N° 364. — Apr. décès, très bonne client. avec gros chiff. d'aff. à céd. dans riche cant. du Sud-Ouest. Joli site et industriel. Conviendr. à jeune doct. instr., actif et bon accoucheur. S'adr. au journ. qui transm.

N° 365. — Œuvres d'Ambroise Paré, 12e édition 1664, planches anatomiques, vieux français. S'adr. Dr Weill, Le Pizou (Dordogne).

N° 366. — Dame secrét. médic., sténo-dactylo, activité récente dans Centres sociaux et au serv. d'un chirurg., recherche poste simil. Paris ou banl. Mme Beguin, hôpital Foch, à Suresnes (Seine).

N° 367. — Sage-femme active, cherche poste, même dans pays sinistré.

Gérant : J. MIGNON
Février 1879
Lang, Blanchong et Cie, 30, rue du Poteau - Paris (18e) — 31.1048
Dépôt légal : N° 8
3e trimestre 46

Maladies du Foie et des Voies biliaires
PANBILINE
Pilules et Solution

Auto-intoxication intestinale - Constipation
RECTOPANBILINE
Suppositoires, Solution

Anémies - Convalescence
HÉMOPANBILINE
Comprimés et Solution

Lab. du Docteur PLANTIER, à Annonay (Ardèche)

CABINET BREITEL ET CORET
Fondé en 1903
1, rue Dante, Paris (5e). Tél. : ODE. 36-46

Paris 8e. Méd. gale. Appt 5 pièces état neuf.
Paris 15e. Méd. gale gros rappt. 5 pièces.
Seine-et-Marne, 40 kms Paris. Méd. gale. Proph. grande maison. grand jardin, confort.
Seine-Inférieure, Poste rural. Gros chif. achat. Mais.
Yonne. Méd. gale. Proph. avec achat maison.
Aube. Gde ville Méd. gale. Mais. Fac. paiem.
Aube. Poste anc. rur. Méd. gale. Mais. Fac. paiem.
Côtes-du-Nord. Prox. côte. Méd. gale. seul. Mais.
Loire-Inférieure. Méd. gale. mais. jardin.
Loir-et-Cher. Bon poste. Méd. gale. belle Mais.
Deux-Sèvres. Méd. gale. proph. 25 ans anc. Mais.
Basses-Pyrénées. Gde ville. Méd. gale. grand app.
Hérault. Gde ville sur côte. Appt. avec instal. médic. à échanger avec appartement à Paris.

Dordogne. Clin. chirurg. av. imm. et imp. matér.
Loire-Inférieure. Pour sana ou maison de repos belle prop. à louer, 9 hect. 4 bâtim. 90 lits. Conf. chauff. cent. Cult. vigne-arb. fruit. Chept.

FAUTEUILS ROULANTS
DUPONT
Cent ans de spécialisation
dans le confort du malade
VENTE & LOCATION
10, Rue Hautefeuille - PARIS (6e)
Téléphone : DANTON 05-61 - 05-62
Succ. à LYON, 6, Place Bellecour

Boldolaxine

LABORATOIRE EMILE CHARPENTIER
7, RUE DU BOIS DE BOULOGNE, PARIS. XVIe

La grande marque
des antiseptiques urinaires et biliaires

URASEPTINE
ROGIER

Laboratoires Henry ROGIER, 58, Bd. Péreire, Paris

Toutes les indications du Calcium et de la Vitamine D

ULTRACALCIUM

PHOSPHORE CALCIUM VITAMINE D

RECALCIFIANT
COMPLET ET
ÉQUILIBRÉ

EN COMPRIMÉS
OU DRAGÉES A
CROQUER

LABORATOIRES DEROL, 66 [bis] RUE ST DIDIER, PARIS 16[e]



CHLORO-CALCION

68e ANNÉE — Nº 28 — 13 JUILLET 1946

LE

CONCOURS MÉDICAL

87, RUE DE BELLEFOND - PARIS (9e) - TRU 33-66

379-381

SOMMAIRE

PARTIE SCENTIFIQUE.

L'obésité d'origine cérébrale (Dr G. Loublié) 727

Conférences genevoises : Traitement pathogénique des diathèses hémorragiques (Jacques Mozer) 729

Le syndrome humoral de la phlébite chronique (Dr Pierre Pitous) 730

Action de l'hydrochloride de pyridoxine (Vitamine B 6) sur le système nerveux central.. 731

Les Livres, 731. Les Sociétés Savantes, 732. La Presse, 733.

PARTIE PROFESSIONNELLE.

Propos du Jour : Apologie de la médecine (J. Noir) .....

Organisation Professionnelle : Les médecins belges devant les problèmes de l'heure (Jean Mignon) 736

Quelques informations originales et non médicales à l'intention des médecins (Dr André Gros) 738

DEMI-COLONNES.

Dernières Nouvelles, 720. A Travers l'Officiel, 723. Echos et Commentaires, 743. Correspondance, 746.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Rhumatismes chroniques — Carences soufrées

NATIBAÏNE NATIVELLE

THIONAÏODINE

INJECTABLE — COMPRIMÉS

Laborat. Jacques LOGEAIS, Issy-les-Moulineaux, PARIS

Equilibre Phospho-calcique

TRICALCINE

Granulés IRRADIÉE *Cachets*

RECALCIFICATION de l'ORGANISME

Lab. SCIENTIA - Dr PERRAUDIN

21, rue Chaptal, PARIS

PEPTALMINE

MAGNÉSIÉE

Dragées - Granulés

Antianaphylactique

Cholagogue

SCIENTIA — 21, rue Chaptal — Paris-IXe

SÉDATIF NERVEUX ANTISPASMODIQUE

EPANAL

COMPRIMÉS

Laboratoires du Dr BOUCHARA

47, Rue de Bretagne PARIS 3e

OUABAÏNE ARNAUD

DERNIÈRES NOUVELLES

Académie de médecine.

Mme Randoin est élue membre de l'Académie de médecine dans la Section des membres libres.

Faculté de médecine de Lyon.

M. le professeur Hermann est nommé, pour trois années, doyen de la Faculté de médecine de Lyon.

M. Croizat, agrégé, est nommé, à compter du 1er mars 1946, professeur de *pathologie médicale*.

M. Malley-Guy, agrégé, est nommé, à compter du 1er juillet 1946, professeur de *pathologie chirurgicale* (chaire créée à cette Faculté).

Faculté de médecine de Lille.

M. le professeur Combemale est nommé, pour trois années, doyen de la Faculté de médecine de Lille.

M. Leclercq, professeur de médecine légale, est transféré, à compter du 1er juillet 1946, dans la chaire de *médecine du travail*, créée à cette Faculté.

M. Razemon, agrégé, est nommé, à compter du 1er juillet 1946, professeur de *médecine opératoire* (chaire créée à cette Faculté).

Hôpitaux de Paris.

Concours spécial d'attaché d'électro-radiologie. — L'ouverture de ce concours aura lieu le 2 octobre 1946. Les inscriptions seront reçues du 19 août au 9 septembre 1946, 3, avenue Victoria.

Concours spécial d'assistant d'électro-radiologie. — Ce concours sera ouvert le 17 octobre 1946. Inscriptions, 3, avenue Victoria, du 13 septembre au 4 octobre 1946.

Conseil départemental de la Seine de l'Ordre des Médecins.

Décisions prises par le Conseil départemental de la Seine de l'Ordre des Médecins dans sa séance du 16 mai 1946.

Cotisation. — La cotisation au Conseil départemental de l'Ordre pour 1946 a été fixée à 1.500 fr. Taux réduit à 1.000 fr. pour les jeunes confrères dans les trois premières années d'exercice. Dégrèvement total pour les confrères âgés de 75 ans. Sur ces 1.500 fr., 250 fr. sont destinés au fonctionnement administratif de l'Ordre National, 150 fr. au fonctionnement du Conseil régional, 250 fr. aux œuvres d'entraide de l'Ordre National, 250 fr. aux fonds d'aide aux déportés, prisonniers et sinistrés (obligation légale) et 50 fr. pour le Comité de Coordination. Les 550 fr. restant sont destinés aux frais de gestion et au service d'entr'aide du Conseil départemental.

Lutte contre l'avortement criminel. — Le Conseil croit devoir rappeler aux confrères qu'aux termes du décret du 29-7-39, il n'est permis de recourir à l'avortement thérapeutique qu'après une consultation écrite avec deux consultants dont l'un est obligatoirement expert près le tribunal de la Seine (les experts sont : MM. Portes, Sureau, Vaudescal et Franck-Viala).

Les confrères qui sont sollicités par une consultante d'interrompre une grossesse, ont le devoir moral de l'éconduire, de lui représenter les dangers de l'avortement et de l'aiguiller sur une maison maternelle. Une liste de ces foyers d'accueil est en préparation avec le concours du Comité central des Œuvres d'assistance et sera publiée ultérieurement. Des renseignements peuvent être demandés au secrétariat du Conseil départemental et à celui de « Médecine et Famille », 28, place Saint-Georges.

Pénicilline. — Le Conseil met en garde les confrères sur les inconvénients qui pourraient résulter de l'emploi de pénicilline d'origine clandestine qui est souvent, ou malhonnêtement acquise, ou inefficace par mauvaise conservation, ou remplacée frauduleusement par un produit parfois toxique.

Secret professionnel et accouchement. — Le Conseil est d'avis que les actes d'obstétrique devraient être exprimés en « K » dans la nomenclature, et adresse un vœu en ce sens au Conseil National et à la Chambre Syndicale.

ATOPHAN
Cruet
Remède classique
de la GOUTTE
et du RHUMATISME
LABORATOIRES CRUET
89, Avenue de La Bourdonnais, PARIS VIIe

Sulfamidothérapie spécifique des INFECTIONS INTESTINALES
GANIDAN
Sulfaguanidine 227 S.R.P.
(para-aminobenzène-sulfonylguanidine)
TUBE DE 20 COMPRIMÉS À 0g50
3 à 12 comprimés par jour en 2 prises
Société Parisienne d'Expansion Chimique
marques Rhône-Poulenc frères
et Usines du Rhône
21, rue Jean Goujon, Paris-8e
Téléphone : Balzac 22-94
Specia RP

Médecine préventive. — Il n'est loisible aux médecins administratifs de pratiquer la cuti-réaction dans un but de dépistage qu'à la condition qu'elle soit faite par le médecin lui-même, que son résultat soit lu par lui, et qu'il soit communiqué aux fins thérapeutiques au médecin traitant.

(*Communiqué*).

Syndicat des médecins des Ardennes.

Convention. — Le Syndicat proteste énergiquement contre la convention passée entre le Conseil départemental des Médecins de Meurthe-et-Moselle et les Caisses d'Assurances sociales et l'Office d'Hygiène Sociale au sujet de la Protection Maternelle et Infantile, où il est dit : « Que les examens radioscopiques doivent être pratiqués par des *médecins agréés*. Le Syndicat estime que tout médecin possédant un appareil de radio suffisant est apte à pratiquer les radioscopies pour examens pré-nuptiaux et pré-matiaux.

La qualification du spécialiste est remise à l'étude à la Confédération.

Tarif syndical. — A la réunion des sept départements de la Région de Sécurité sociale de Nancy, les représentants des Syndicats médicaux des sept départements se sont mis d'accord pour accepter le tarif suivant :

Consultation	80 fr.
Visite	100 fr.
K	75 fr.
PC	80 fr.
Accouchement simple	2.000 fr.
Accouchement Gemellaire	3.000 fr.

Ce tarif devra être appliqué à partir du 1er juillet 1946. Nous avons été obligés de nous aligner sur les autres départements pour le PC et l'accouchement.

Assistance médicale gratuite. — Dans sa séance de juin 1946, le Conseil général a adopté les propositions du Syndicat au sujet des tarifs A.M.G. Pc = 60 et K = 60.

Hôpitaux. — Le Conseil d'administration de l'Union Régionale des Caisses a admis que les honoraires médicaux et chirurgicaux à l'hôpital pouvaient être fixés provisoirement à dater du 7 juin 1946 à 12 *francs par jour en médecine* et K = 20, quel que soit le coefficient de l'acte opératoire.

(*Communiqué*).

Assistantes sociales de la Sarthe.

Trois postes d'assistantes sociales, dont un d'assistante-chef, sont vacants dans le département de la Sarthe. Traitements servis selon dispositions de la circulaire des Finances du 14 mai 1945. S'adresser à la Direction départementale de la Sarthe, Préfecture, Le Mans.

Concours de médecin de la Santé publique en Algérie.

Un *concours sur titres* pour le recrutement de trente médecins de la Santé publique en Algérie sera ouvert à Alger le 16 septembre 1946. Limite d'âge : 35 ans, reculée (sans pouvoir dépasser toutefois 45 ans) d'un temps égal à la durée des services civils et militaires donnant droit à pension de retraite. Traitements annuels, de 120.000 à 180.000 fr., majorés de 33 % colonial, et le cas échéant, d'indemnités familiales.

La liste d'inscriptions sera close le 17 août. Pour renseignements, s'adresser à M. le Gouverneur général de l'Algérie (direction de la Santé publique) ou à M. le Directeur de l'Office de l'Algérie, 16, rue des Pyramides, Paris.

Union Fédérative Nationale des Médecins de réserve.

Pour clore la période d'instruction 1945-1946, l'Union Fédérative Nationale des Médecins de réserve (58, rue Chardon-Lagache, Paris-16e) a donné, le 15 juin, à la Faculté de médecine, des conférences sur le Service de Santé de la Division blindée. Ces

Le Concours Médical
Hebdomadaire fondé en 1879 par A. Cézilly.
Directeur honoraire : Docteur J. Noir.
Directeur : Dr G. Lavalée.
Rédacteur en Chef : Dr G. Fischer.
Rédaction, Administration et Publicité, 32, Rue de Bellefond, Paris (9e).
Téléphone : TRU 33-66. R. C. Seine 76.579.
Chèques postaux, Paris 167-95.
Abonnements : 1 an, 250 francs. - Etudiants, 125 fr. Le N° 10 fr. Changem. d'adresse 5 fr.

ANEMIES
Ampoules buvables
Une ampoule avant chaque repas
HEPAMINE MAUCHANT
Acides aminés Hématogènes
Comprimés
Quatre comprimés avant chaque repas
LABORATOIRE MAUCHANT
GENNEVILLIERS (Seine)

DIGIBAÏNE
remplace avec avantage
digitale et digitaline
LABORATOIRES DEGLAUDE
15, Boulevard Pasteur — PARIS-XVe

Révulsif Fouchère
DEUX FORMES :
EMULSION : Adultes
POMMADE : Bébés, Enfants et Adultes à épiderme sensible
LABORATOIRES FOUCHÈRE
RIVE-DE-GIER (Loire)

conférences furent présidées par le général De Lattre de Tassigny, qui fut reçu par le professeur Pasteur Vallery-Radot, représentant le doyen de la Faculté de médecine de Paris, et par le docteur Julien Huber, président de l'U.F.N.M.R. Les conférences reprendront en octobre. Les membres de l'Association bénéficieront du quart de place pour venir assister à ces conférences.

Ecole d'économat social.

Le Centre d'Economie Domestique, Ecole d'Economat Social, présente chaque année une quarantaine de jeunes filles à un diplôme Régional d'Economat Social.

Les élèves ne sont admises que si elles sont âgées de 18 ans révolus et titulaires d'un diplôme équivalent ou supérieur au Brevet Elémentaire, ou après examen d'entrée. Les études durent deux ans.

L'Enseignement comprend une partie théorique (hygiène des locaux, hygiène alimentaire, comptabilité etc.) et une partie pratique qui est constituée par de nombreux stages dans les différents établissements collectifs où une Econome est employée.

Les élèves sont placées par l'Ecole suivant leurs goûts et leurs aptitudes. De nombreuses anciennes sont placées comme Economes ou Directrices dans des cliniques, préventoria, sanatoria, maisons de retraite, de repos, d'enfants, etc...

Pour tous renseignements, s'adresser au Centre d'Economie Domestique, Ecole d'Economat Social, 4, rue Jarente, Lyon. Tél. : F. 29-12.

Contrôle médical sportif.

Le Ministère de l'Education Nationale publie une « *Notice administrative et technique sur le contrôle médical sportif* » dont la rédaction est due à notre confrère, le Dr Ph. Encausse, Chef du Bureau médical à la Direction Générale de l'Education Physique et des Sports.

Dirigeants, médecins, éducateurs et athlètes y trouveront des directives, une documention technique et administrative, des conseils et suggestions sur les locaux, l'appareillage et le matériel nécessaires à une organisation de contrôle.

Tout médecin désireux de recevoir gratuitement un exemplaire de cette notice, devra adresser une demande au « Bureau Médical de la Direction Générale de l'E.P.S. », 78, avenue de la Bourdonnais, Paris.

Education physique et sports.

Le Bureau médical de la Direction générale de l'Education physique et des sports communique :

Il est institué dans chaque Faculté de médecine, pour l'année scolaire 1945-1946, par la Direction générale de l'E.P.S. un prix de 4.000 francs, pouvant atteindre exceptionnellement 6.000 francs, destiné à récompenser l'auteur du meilleur ouvrage (mémoire original, thèse), paru au cours de la présente année scolaire et concernant les activités physiques et sportives et leur contrôle médical.

Naissances.

Nous apprenons la naissance de Catherine Hamon, deuxième enfant du docteur Yves Hamon, d'Angers (Maine-et-Loire) ; de Dominique Chauvisé, quatrième fille du docteur J.-M. Chauvisé, de Bar-le-Duc (Meuse) ; de Christiane Parot, quatrième enfant du docteur Parot, de Montech (Tarn-et-Garonne) ; de Claude Vaillant, deuxième enfant du docteur Vaillant, de Bayonne (Basses-Pyrénées) ; de Xavier Boquien, fils du docteur Pierre Boquien, de Carquefou (Loire-Inférieure), et petit-fils du docteur Pilven, de Quimper.

Mariages.

Le docteur Marcel Maulini, de Ronchamp (Haute-Saône), fait part de son mariage avec Mlle Bernadette Déméssy.

Le docteur Vivier, d'Evreux, ancien interne des hôpitaux de Paris, fait part du mariage de M. Claude Vivier, son fils, avec Mlle Huguette David.

Notre ami le docteur Truelle, de Plombières, nous fait part du mariage de sa fille, Mlle le Docteur Annie Truelle, avec M. Michel Jean, Croix de Guerre (3 Juin 1946).

Tous nos vœux aux jeunes époux et nos félicitations au docteur Truelle, dont la belle et nombreuse famille vient aussi de s'accroître d'une petite fille, au foyer de son fils aîné.

LES ÉTABLISSEMENTS JACQUEMAIRE à Villefranche (Rhône) RAPPELLENT LEURS PRODUITS diététiques
★ LA BLÉDINE
Aliment de préparation au sevrage. Farine complète et équilibrée.
★ LA DIASE CÉRÉALE
Bouillie maltosée fluide. Assimilation totale.
★ LE MALTOGIL
Extrait de malt sec rigoureusement pur. Puissant reconstituant.
LES LABORATOIRES DU GALACTOGIL à Villefranche (Rhône) RAPPELLENT LEURS PRODUITS pharmaceutiques
★ LE GALACTOGIL
Puissant galactogène. A base d'extrait de galéga.
★ LE PEPTOGIL
Spécifique des anaphylaxies protéiques (peptones gastriques et pancréatiques)
P. L. Dupuy



VIOLET DE GENTIANE
Laboratoires A. MARIANI 50, rue de Chartres - NEUILLY - PARIS

A TRAVERS L'OFFICIEL

LABORATOIRES

Décret du 18 mai 1946 portant règlement d'administration publique pour l'application de la loi du 18 mars 1946 sur les laboratoires d'analyses médicales.

Article premier. — Nul ne peut ouvrir exploiter ou diriger un laboratoire effectuant les analyses médicales telles qu'elles sont définies par la loi du 18 mars 1946, s'il ne possède l'un des diplômes d'Etat de docteur en médecine, de pharmacien ou de vétérinaire et s'il ne remplit les conditions exigées pour exercer la profession de médecin, pharmacien ou vétérinaire. Les laboratoires désirant pratiquer les analyses anatomo-pathologiques devront disposer des services permanents d'un docteur en médecine. Lorsque le laboratoire sera exploité par une société, la majorité du capital devra appartenir à des personnes possédant les diplômes visés ci-dessus.

Si le laboratoire comprend plus de dix employés, le directeur doit être assisté d'un adjoint possédant un des diplômes prévus à l'alinéa précédent. Il doit être assisté d'un deuxième adjoint si le laboratoire comprend plus de trente employés.

Quel que soit le nombre des employés, un directeur suppléant possédant un des diplômes prévus au premier alinéa doit être désigné à l'avance pour remplacer, en cas d'empêchement de plus de quarante-huit heures, les directeurs et directeurs adjoints.

Nul ne peut être employé comme directeur ou directeur adjoint dans plus d'un laboratoire. Cette interdiction n'est pas applicable aux directeurs suppléants visés à l'alinéa précédent du présent article.

Les laboratoires spécialisés désirant effectuer les examens sérologiques pour le diagnostic de la syphilis ou les examens biologiques pour le diagnostic de la grossesse ainsi que ceux fabriquant les auto-vaccins, restent soumis aux lois et règlements particuliers qui les régissent.

Art. 2. — Toute personne, physique ou morale, qui se propose d'entreprendre ou de poursuivre l'exploitation d'un laboratoire d'analyses médicales formule une déclaration écrite.

La déclaration, rédigée sur papier timbré, mentionne les noms, prénoms, professions, titres universitaires et hospitaliers, diplômes et certificats, nationalité et domicile de l'auteur de la déclaration, ainsi que du directeur suppléant et du ou des directeurs adjoints s'il y a lieu.

Si elle est formée par une personne morale, elle mentionne les mêmes renseignements pour tous les membres composant la personne morale impétrante, ainsi que le montant des capitaux engagés par chacun d'eux.

Dans tous les cas, les copies certifiées conformes des diplômes et certificats des intéressés seront jointes à la déclaration.

Toutefois, les dispositions des paragraphes précédents ne sont pas applicables s'il s'agit d'un laboratoire relevant de l'Etat, d'un département, d'une commune ou d'un établissement public, ou reconnu d'utilité publique à caractère sanitaire, d'une société mutualiste ou d'une caisse de sécurité sociale. En ce cas, la déclaration formulée sur papier libre est signée par l'autorité responsable.

La déclaration est adressée au préfet du département dans lequel fonctionne ou doit fonctionner le laboratoire. Elle indique la dénomination choisie par le laboratoire et son adresse.

Le préfet en délivre récépissé et la transmet au ministre de la Santé Publique et de la Popula-

LA ROCHE-POSAY
(VIENNE)

Ouverture 1er Mai ; Fermeture 10 Octobre



Eczéma ; Prurits ; Peau

ECZÉMA. — C'est le grand succès de la Roche-Posay. Les formes les plus rebelles, les plus irritables, les plus prurigineuses sont amendées dès les premiers jours et guéries en fin de saison. Pareillement sont traités avec succès : névrodermites ; prurit anal, ano-vulvaire ; psoriasis, acné, etc...

HYPERTENSION. — Par sédation de l'éréthisme artériel, et levée du barrage rénal.

tion. Le diplôme du ou des praticiens devra être enregistré au greffe du tribunal du ressort de la localité où fonctionne le laboratoire. Toutefois, cet enregistrement ne sera pas nécessaire lorsque le laboratoire est adjoint à un cabinet médical ou à une officine de pharmacie dont le praticien titulaire a déjà fait enregistrer son diplôme.

Dans tous les cas, la déclaration doit être accompagnée d'un plan coté des locaux servant aux analyses, ainsi que de la liste des principaux appareils.

Art. 3. — Le ministre de la Santé Publique et de la population arrête et tient à jour la liste des laboratoires en exercice.

Toute déclaration d'enregistrement provoque l'inscription du laboratoire qu'elle concerne sur cette liste. Le numéro d'inscription sur ladite liste devra figurer de façon très apparente sur tous les comptes rendus d'analyses émanant du laboratoire et sous la forme obligatoire suivante : « Laboratoire enregistré sous le n° ..... ». Aucun laboratoire ne pourra fonctionner s'il n'est muni de ce numéro d'inscription.

Une déclaration identique doit être faite à tout changement de titulaire ; elle est adressée au préfet et transmise par celui-ci au ministre de la Santé Publique et de la Population pour nouvelle inscription.

Art. 4. — Il est créé, au ministère de la Santé Publique et de la Population, un conseil supérieur des laboratoires d'analyses médicales chargé d'étudier toutes les questions relatives aux laboratoires d'analyses médicales. Sa composition et son fonctionnement sont fixés par arrêté du ministre de la Santé Publique et de la Population.

Art. 5. — En application de l'article 5 de la loi du 18 mars 1946, l'autorisation de diriger un laboratoire pourra être accordée aux personnes non munies des diplômes exigés à l'article 2 du présent règlement, notamment aux docteurs ès sciences et aux ingénieurs chimistes, les uns et les autres possédant au minimum les certificats d'études supérieures de chimie générale, de physiologie et de chimie biologique.

La demande visée à l'article 5 de la loi du 18 mars 1946 sera faite sur papier timbré et devra mentionner les noms, prénoms, titres universitaires, diplômes et certificats, nationalité et domicile de l'auteur de la demande. Les copies des diplômes et certificats, certifiées conformes, devront être jointes.

La demande est adressée au préfet du département dans lequel fonctionne ou doit fonctionner le laboratoire, elle indique la dénomination choisie pour le laboratoire et son adresse. Le préfet en délivre récépissé et le transmet avec l'avis du directeur départemental de la santé et ses propositions au ministre de la Santé Publique et de la Population.

Elle est soumise pour avis à l'Académie de Médecine et à la Société de Pharmacie de Paris. Elle est instruite par le conseil supérieur des laboratoires, lequel en fait rapport au ministre de la Santé Publique et de la Population qui accorde ou refuse l'autorisation.

Les praticiens ainsi autorisés sont soumis à toutes les obligations du présent décret.

L'autorisation spécifie que la méconnaissance de ces obligations pourra entraîner son retrait selon la même procédure.

Art. 6. — Tout laboratoire se proposant d'effectuer des analyses ressortissant à plusieurs disciplines devra avoir au minimum les locaux séparés suivant :

1° Une pièce pour effectuer les examens de chimie biologique, de sérologie, cytologie, hématologie, parasitologie, anatomopathologie, bactériologie etc. ;

2° Si le laboratoire effectue des prélèvements sur les malades, ces prélèvements devront être effectués dans un local spécial ;

3° L'élevage des animaux de laboratoire, s'il

ARHEMAPECTINE
GALLIER
Prévient et arrête les HEMORRAGIES de toute nature
Laboratoire R. GALLIER, 1 *bis*, Place du Président-Mithouard, PARIS (7e)

Régulateur du travail du cœur
GUIPSINE
4 à 10 pilules par jour
Laboratoires du Dr M. LEPRINCE
62, Rue de la Tour, PARIS (XVIe)

ANTISEPTIQUE, SULFAMIDO-CHLORÉ
NON-IRRITANT, PUISSANT, STABLE
CLONAZONE
10 comprimés dans un litre d'eau donnent une liqueur de Dakin
LABORATOIRES DAUFRESNE 42, rue Thiers-LE HAVRE

existe, devra être fait dans un local nettement séparé des salles où seront surveillés les animaux inoculés.

Un arrêté du ministre de la Santé Publique et de la Population, pris après avis du conseil supérieur des laboratoires d'analyses médicales, fixera le minimum de matériel que devront posséder les laboratoires d'analyses médicales, pour s'acquitter des tâches qu'ils assument.

Art. 7. — Le contrôle général des laboratoires est assuré par les médecins inspecteurs de la santé et par les pharmaciens inspecteurs de la pharmacie.

Le contrôle technique est assuré dans les conditions fixées par arrêté du ministre de la Santé Publique et de la Population. En aucun cas, les prélèvements effectués en vue du contrôle ne donneront lieu à remboursement.

. . . . . .

Art. 8. — Il est interdit aux laboratoires visés dans le présent décret de consentir sous quelque forme que ce soit, des intérêts ou des ristournes pour les analyses ou examens dont ils sont chargés.

Toutefois, les pharmaciens d'officine ne possédant pas un laboratoire d'analyses sont autorisés à percevoir des honoraires qui seront fixés par le conseil national de l'ordre des pharmaciens sur les analyses effectuées par un laboratoire sur leur demande.

Tout compte rendu d'analyses émanant d'un laboratoire doit porter la signature du directeur de ce laboratoire.

Il est interdit à quiconque de signer un compte rendu d'analyse qu'il n'aurait pas pratiquée lui-même ou contrôlée lui-même. Il est également interdit à tout laboratoire de délivrer un compte rendu d'analyse non signé. L'emploi de tampon ou de griffe est interdit.

Art. 9. — Toutes les analyses effectuées par un laboratoire seront affectées d'un numéro d'ordre et inscrites chronologiquement sur un registre spécial, coté et paraphé par le maire ou le commissaire de police, et comporteront, outre le numéro d'ordre et la date, la nature de l'analyse, les résultats analytiques, le nom et l'adresse du client.

Art. 10. — Les docteurs en médecine, pharmaciens ou vétérinaires, directeurs de laboratoires d'analyses médicales, sont justiciables, pour leur activité professionnelle, de leurs ordres respectifs.

Les autres praticiens sont justiciables du conseil supérieur des laboratoires, qui pourra proposer au ministre de la Santé Publique et de la Population le retrait temporaire ou définitif de l'autorisation accordée.

. . . . . .

Art. 11. — Les personnes physiques ou morales exploitant actuellement un laboratoire où sont effectuées les analyses médicales telles qu'elles sont définies à l'article 1er de la loi du 18 mars 1946 devront, dans un délai de six mois à compter de la publication du présent décret, se conformer à ces dispositions et notamment :

a) Pour les personnes munies d'un des diplômes exigés par l'article 1er du présent décret, faire la déclaration prévue par l'article 2 ci-dessus, même si le laboratoire a été précédemment autorisé soit pour le diagnostic de la syphilis, soit pour celui de la grossesse ;

b) Pour les personnes non munies d'un des diplômes de docteur en médecine, pharmacien ou vétérinaire, solliciter l'autorisation prévue à l'article 5 ci-dessus.

Art. 12. — Il est interdit de faire usage de la mention « Laboratoire agréé par le ministre de la Santé Publique et de la Population » ou de toute autre mention analogue, s'il ne s'agit pas d'un laboratoire agréé au titre du décret du 19 mars 1940 sur le diagnostic de la syphilis ou du décret du 18 mai 1940 sur le diagnostic de la grossesse.

(« J. O. », 19 mai 1946.)

MIGRAINES — GRIPPES
DOULEURS CATAMÉNIALES
ALGIES

ALGOCRATINE
Un cachet dès la première sensation de douleur
LANCOSME, 71, Av. Victor-Emmanuel III, PARIS


KAOSYL
DESLEAUX
PANSEMENT GASTRO-INTESTINAL
LANCOSME, 71, Av. Victor Emmanuel III, Paris

NÉVRITES ESSENTIELLES - RHUMATISMES DÉGÉNÉRATIFS
apivène
venin d'abeilles
Laboratoires H. PORSIN, 39, rue Claude Bernard — PARIS (V')


ovules secs
STÉRIGYNE
Désodorisent.
Calment
le
prurit.
Ne coulent
pas.
Ne tachent
pas.
Leucorrhée, hygiène intime
LABORATOIRES SERVIER - ORLÉANS

PARTIE SCIENTIFIQUE

L'OBÉSITÉ D'ORIGINE CÉRÉBRALE

par Georges LOUBLIÉ

Il s'agit d'un phénomène assez peu fréquent, mais ses caractères sont nettement individualisés et la gravité du pronostic rend nécessaire un diagnostic précoce.

Cliniquement, cette affection, moins rare chez l'homme que chez la femme, se caractérise par une obésité considérable associée à de la polyglobulie, de la narcolepsie, de l'hypertension artérielle, des troubles du métabolisme de l'eau, des glucides et des protides.

L'obésité est considérable et de constitution rapide : le poids atteint fréquemment 120 ou 130 kilos. On ne note pas de localisation bien nette et le panicule adipeux est réparti sur tout le corps ; cependant, chez l'homme, l'accumulation de graisse en des endroits qui en sont habituellement dépourvus — en particulier les hanches, les fesses, la poitrine — peut donner au sujet une morphologie plus ou moins féminine. Les tissus adipeux sont durs et fermes : ils ne sont pas douloureux à la pression.

D'autre part, sans constituer un élément caractéristique du syndrome, l'hypogénitalisme est à peu près constant : l'aspect du malade et son histoire font donc penser au premier instant à une dystrophie adiposo-génitale.

De tels sujets sont en réalité assez différents de ceux dont les troubles sont liés à une adénome hypophysaire chromophobe : un examen plus attentif montrera d'une part l'existence de symptômes qui n'existent pas dans le syndrome décrit par Frœhlich, d'autre part, l'absence des signes révélateurs d'une tumeur. La narcolepsie est intense : bien plus que l'obésité ou l'insuffisance sexuelle, c'est elle qui trouble la vie du malade, empêchant tout travail, et toute activité sociale. La polyglobulie est nette, le nombre des hématies atteignant ou dépassant six millions. La rétention aqueuse est importante ; le sujet, dès qu'il absorbe plus de 1 litre 1/2 urine moins qu'il n'a bu ; mais sa soif est intense et il ne supporte pas les restrictions. L'élévation dans le sang du taux de l'urée et de la glycémie sont la règle ; la glycosurie n'est pas rare. L'hypertension enfin, s'accompagne de troubles cardio-vasculaires dont l'intensité fait le pronostic immédiat et dont la gravité met en jeu la vie du malade. Au contraire, la radiologie ne montre aucune anomalie de la selle turcique ; le fond d'œil et le champ visuel sont normaux. On ne relève aucune modification nette du métabolisme de base.

Plutôt que de la dystrophie adiposo-génitale, ce syndrome se rapprocherait donc de l'obésité cérébro-pituitaire périphérique décrite par Zondeck, mais là encore le groupement des symptômes positifs que nous venons d'énumérer suffit à individualiser l'obésité cérébrale, due à une lésion infundibulaire ou dicencéphalique, laquelle, d'ailleurs, trouble secondairement le fonctionnement de l'hypophyse.

Une telle notion est maintenant banale : on connaît cliniquement et on vérifie chaque jour par la neuro-chirurgie, l'existence de tumeurs kystiques suprasellaires qui compriment l'hypophyse, provoquant peu à peu l'aplasie de la glande avec apparition progressive, sur le plan clinique, d'obésité et d'hypogénitalisme.

Lhermitte suppose même l'existence de deux syndromes adiposo-génitaux, dont l'un serait d'origine hypophysaire, et l'autre diencéphalique. Pour cet auteur, l'adiposité diencéphalique simple serait caractérisée par un développement adipeux considérable au niveau du tronc, de l'abdomen et de la racine des cuisses, sans pigmentation ni vergetures.

Smith et Brown admettent eux aussi l'existence de deux syndromes distincts, hypophysaire et tubérien, mais croient que leur coexistence est nécessaire à la constitution d'un syndrome adiposo-génital complet.

Rappelons d'ailleurs au point de vue anatomo-pathologique que Leschke a noté dans 65 cas sur 149 des lésions intéressant le diencéphale et seulement 21 anomalies hypophysaires pures. Enfin, du point de vue expérimental, la compression ventriculaire détermine l'obésité, en même temps que des troubles sexuels.

L'obésité cérébrale résulte donc d'une lésion des centres nerveux végétatifs. On connaît chez l'enfant l'existence de dystrophies adipeuses liées à une hydrocéphalie essentielle : il n'est donc pas étonnant, chez l'adulte, d'observer des phénomènes analogues, à la suite, par exemple, d'une encéphalite léthargique ayant lésé la base du cerveau ou d'une atteinte syphilitique de la même région.

Les travaux de Roussy ont montré que de telles lésions étaient susceptibles de déterminer des troubles généraux, non seulement par l'intermédiaire de l'hypophyse, ce qui est banal, et anatomiquement facile à comprendre, mais, par action indirecte, sur toutes les endocrines.

Ce syndrome d'origine nerveuse et à manifestations neuro-glandulaires, a été étudié par Gunther sous le nom de " Polyglobulie cérébrale ". On peut en décrire plusieurs formes cliniques :

1. Forme sans hypertension artérielle

L'obésité, la polyglobulie, la narcolepsie suffisent à réaliser un syndrome très particulier auquel s'ajoute le plus souvent une diminution de l'instinct sexuel. Gunther en a décrit un cas, chez un homme de 26 ans qui présentait également de la polydipsie, mais chez lequel on ne pouvait relever aucun signe de tumeur hypophysaire.

2. Forme avec hypertension artérielle importante

Nous avons eu l'occasion d'examiner un tel malade dans le service de notre maître Hamburger, en 1935. Il s'agissait d'un homme de 40 ans. Sa tendance au sommeil empêchait toute activité continue depuis près de deux ans. La tension artérielle était de 22-12 et s'accompagnait de dyspnée, de cyanose, d'hypertrophie ventriculaire. Le BW. était négatif, la polyglobulie élevée à six millions d'hématies, l'azotémie et la glycérine légèrement au-dessus de la normale. La puissance génitale n'était pas modifiée, la selle turcique ne présentait aucune anomalie. Ce malade mourut brusquement d'une hémorragie cérébro-méningée.

3. Formes intermittentes

C'est Kluge qui rapporte l'observation d'une femme de 25 ans, dont l'obésité ne présentait aucun caractère spécial, lorsque, devenant enceinte, elle eut à souffrir pendant toute la durée de sa grossesse de narcolepsie et de polyglobulie. Cet état disparut après l'accouchement, mais se manifesta à nouveau au cours d'une seconde gestation. En l'absence de toute manifestation permanente et de toute lésion décelable, on est fondé à croire qu'il s'agissait d'un syndrome fonctionnel lié aux perturbations neuro-hormonales de la grossesse.

4. Formes associées à d'autres manifestations endocriniennes

Gunther, Sainton, ont décrit des associations avec l'acromégalie, l'hyper ou l'hypothyroïdie. Parfois même une insuffisance génitale et de l'hirsutisme plus ou moins fruste témoignent d'une hyperplasie cortico-surrénale surajoutée, réalisant un syndrome neuro-génito-surrénal.

Quelle que soit la forme envisagée, le pronostic est toujours grave. L'énormité de la surcharge graisseuse entraîne toutes les complications métaboliques habituelles à l'obèse, évoluant vers la sclérose rénale.

Le régime est indispensable mais ne donne que des résultats décevants, la limitation des liquides étant mal tolérée. La narcolepsie, importante, tenace, empêche le minimum d'action physique nécessaire aux échanges : ces sujets, inaptes au travail, ne subsistent que par les soins de leur entourage. L'hypertension artérielle, bien que relativement modérée, présente un danger d'autant plus grave que le cœur de l'obèse est déjà surmené et que son fonctionnement est compromis par la sclérose hépato-rénale : la dyspnée, la cyanose, les troubles vaso-moteurs témoignent de cette fatigue et une syncope brutale termine le plus souvent l'évolution.

A l'origine diencéphalique de ces troubles, correspond l'échec des traitement hormonaux : l'extrait thyroïdien lui-même n'a que peu d'effet, le testostérone semble n'en avoir aucun.

Ci-dessous une observation caractéristique.

M. F..., âgé de 40 ans, ingénieur chimiste, se présente à la consultation le 21 mars 1942 : depuis un an environ, il s'endort presque constamment dans la journée, au cours de son travail. Cet homme a dû pratiquement abandonner toute activité.

En 1927, à l'âge de 25 ans, il a présenté au cours d'un voyage en Espagne, un épisode aigu fébrile sur lequel on manque de précisions : les médecins locaux auraient parlé d'encéphalite. Fait essentiel, pendant l'année qui a suivi, cet homme qui mesure 1 m. 78 est passé de 80 à 127 kilos. M. F..., est fils unique ; ses parents sont vivants et en bonne santé, ni l'un ni l'autre ne sont obèses. Lui-même est marié, sans enfant : son activité sexuelle est très diminuée depuis deux ou trois ans seulement.

Actuellement M. F... pèse 135 kilos. Dypsnée modérée, légère cyanose des ailes du nez et des extrémités. La tension artérielle est de 18-9. BW. négatif, même après réactivation. Le nombre des hématies est de 5.430.000 ; la leucocytose étant de 7.000 : la formule de la série blanche est à peu près normale, à part une légère éosinophilie. Urée : 0,27, glycémie : 1 gr. 07, cholestérinémie à 2 gr. 20. Le métabolisme révèle une augmentation de 14 %.

A la radiographie, selle turcique élargie, sans déformation, le sinus sphénoidal ne présente aucun aplatissement. Champ visuel normal ; fond d'œil, à gauche, normal ; à droite, légère décoloration du segment temporal de la papille.

L'ergographie, avant et après injection de désoxycorticostérone ne révèle pas d'hyperfatigabilité musculaire. Le sujet accuse une polydipsie modérée : il boit de 2 litres à 2 l. 300 dans les vingt-quatre heures. Son élimination urinaire montre une certaine rétention aqueuse, au delà d'un certain chiffre ; buvant 1.500 cm³, il urine 1.400 cm³ et seulement 1.450 cm³ pour 2 litres. L'urine ne contient à cette date ni cylindres, ni sucre, ni albumine, mais à deux reprises, plusieurs mois plus tard, une légère glycosurie transitoire, la glycémie restant aux environs de 1 gr. 10.

Même résultats de plusieurs examens, au cours de 1942 et 1943.

Le régime sec ne fut pas supporté, non plus que les fortes doses d'extrait thyroïdien. Ni un régime relatif, ni l'extrait thyroïdien à dose modérée, ni le testostérone, ni les médications symptomatiques n'eurent de résultat suffisant. Le poids ne descendit jamais au-dessous de 125 kilos et le phénylanimopropane n'eut sur la narcolepsie qu'une action partielle et transitoire.

M. F. examiné au début de 1944 restait un infirme incapable de tout travail. La cyanose et la dyspnée étaient importantes, le cœur augmenté de volume, la tension artérielle de 20-11, l'urée à 0,52, le nombre des hématies atteignait six millions.

Par la coexistence de l'hyperglobulie, de l'hypertension, de la narcolepsie chez un sujet de 40 ans présentant des antécédents probables d'encéphalite, par l'importance de l'obésité et sa topographie générale, par l'association d'une symptomatologie infundibulaire (polydypsie, glycosurie transitoire) par l'absence d'anomalies organiques décelables sur les clichés radiographiques ou au cours des examens ophtalmologiques, par l'échec de la thérapeutique hormonale, cette observation nous semble démonstrative de cette obésité cérébrale dont nous avons tracé une esquisse.

CONFÉRENCES GENÈVOISES (1)

TRAITEMENT PATHOGÉNIQUE DES DIATHÈSES HÉMORRAGIQUES

par Jacques MOZER (de Genève), PRIVAT-DOCENT de Médecine interne.

La coagulation sanguine est due à la transformation d'une protéine liquide du plasma, le **fibrinogène**, en un gel insoluble, la **fibrine**, grâce à l'action d'un ferment, la **thrombine** ; celle-ci dans le sang circulant existe sous forme d'un pro-ferment, la **pro-thrombine**, qui ne peut être activée en thrombine que par un deuxième ferment, la **thrombokinase** ; cette dernière se trouve surtout dans les tissus et les plaquettes sanguines d'où elle fait irruption dans le plasma sanguin lors d'un traumatisme ou d'une altération vasculaire, et son action nécessite, comme catalyseur, la présence d'**ions-calcium**. Si, lors d'un traumatisme vasculaire, la thrombine ne s'étend pas dangereusement à toute la masse sanguine, c'est qu'il existe des substances stabilisatrices, anti-thrombine, dont la plus connue est l'**héparine**. L'origine de la pro-thrombine, assez obscure, résulte de l'action de la **vitamine K** sur une globuline élaborée dans le foie.

1° Hypo-thrombinémie.

C'est la **vitamine K** qui en est responsable, non par manque quantitatif, mais par trouble d'assimilation. Plutôt que d'employer par voie parentérale la vitamine elle-même, liposoluble et d'absorption aléatoire, on fait appel à une vitamine K synthétique par voie buccale ; mais ce traitement demande 12 à 24 heures pour agir, et, dans les cas d'urgence, il faut recourir aux transfusions sanguines. La vitamine K est employée à titre préventif, dans deux occasions : chez une femme enceinte, juste avant l'accouchement pour parer aux redoutables mélæna des premiers jours du nouveau-né, et chez les futurs opérés qui souffrent de troubles hépatiques. Si la vitamine K agit bien dans les pro-thrombinémies sans lésions graves du foie, elle est inefficace dans les autres diathèses hémorragiques, sans hypothrombinémie, comme les hémophilies et les purpuras.

2° Défaut de thrombokinase.

C'est la caractéristique de l'**hémophilie**. L'emploi des produits riches en thrombokinase comme les plaquettes sanguines est irréalisable par voie intra-veineuse, à cause du danger de thrombose ; elles n'agissent guère par voie intra-musculaire, et leur application est donc strictement locale, lors d'une hémorragie cutanée ou dentaire (à défaut, appliquer du lait ou un fragment de muscle). Le remède de choix est la **transfusion sanguine**, dont l'action est immédiate mais de brève durée, de 12 à 24 heures ; aussi est-il préférable de pratiquer de petites transfusions répétées (50 à 100 cc3), une à plusieurs fois par jour, que le sang soit injecté directement ou après addition de citrate.

3° Défaut de fibrinogène.

Si le taux normal de 2 à 4 % descend au-dessous de 0,50 %, ce qui est d'ailleurs rare, les hémorragies se produisent, et le remède est encore la transfusion sanguine, mais à forte dose.

4° Troubles de coagulation par substances inhibitrices.

L'exemple en est la « maladie du trèfle doux » fermenté, due à la dicoumarine, qui agit comme une anti-vitamine K et inhibe la formation de prothrombine. La vitamine K ne suffit pas, et des transfusions sanguines sont nécessaires ; il en est de même pour lutter contre les accidents dus à l'héparine, qui empêchent la transformation de prothrombine en thrombine.

5° Défaut de plaquettes sanguines

Les diathèses hémorragiques dues à une diminution considérable des plaquettes (au-dessous de 30.000 par mm3) sont les plus fréquentes des maladies sanguines, et la plus caractéristique est le **purpura de Werlhoff**. Bien différents sont les purpuras récents et aigus dûs à une intoxication ou plus exactement à une intolérance d'ordre médicamenteux, comme en produisent les sels d'or, la quinine ou l'arsenic ; dans ces cas, la rate n'est pas en cause. Autre éventualité, lorsque le purpura est un simple épiphénomène au cours d'une autre affection sanguine, comme les leucémies. Le traitement d'urgence du purpura de Werlhoff est encore la transfusion sanguine, chaque 100 cc3 de sang normal augmentant environ les plaquettes de 6.000 par mm2 ; les transfusions doivent être répétées au bout de 2 à 3 jours, ce qui les rend irréalisables dans une affection chronique ; elles ne peuvent donc que parer aux accidents aigus pour préparer à l'intervention logique et radicale, la splénectomie.

6° Diathèses hémorragiques par fragilité vasculaire

Ce sont des diathèses très différentes, depuis l'avitaminose C (scorbut) jusqu'à tous les purpuras dits athrombopéniques. La thrombocytose et les processus de coagulation sanguine sont normaux, mais il existe une fragilité exagérée des capillaires, dont témoigne le lacet ou la ventouse. Le traitement de la grande avitaminose C consiste évidemment dans l'emploi de l'acide ascorbique à doses fortes : 0 gr. 50 à 1 gr. par jour. Lorsqu'il n'y a pas de carence avitaminique, on peut encore l'essayer, ainsi que la nouvelle vitamine P. Le calcium reste au second plan, mais il mérite d'être utilisé.

7° Hémorragies sans crase sanguine ni fragilité capillaire

C'est ce qu'on voit au cours des hémoptysies, la plupart des hémorragies digestives et rénales. On utilise le **rouge Congo** : 10 cc3 à 10 %, intra-veineux, à renouveler, et toujours bien toléré ; les **pectines**, en injections intra-musculaires ou par la bouche, 20 cc3 et plus d'une solution à 1,50 %. L'action de la gélatine et des dérivés de l'adrénaline est moins marquée.

En conclusion, en dehors des vitamines K et C, quasi-spécifiques dans certaines prothrombinémies et dans le scorbut, en dehors aussi de la splénectomie dans le purpura thrombopénique de Werlhoff, la transfusion sanguine est toujours la médication de choix puisqu'elle apporte au malade les éléments qui lui font défaut et qu'elle lutte contre l'anémie secondaire. Si elle est indiquée dans tous les états hémorragiques, les autres traitements sont beaucoup plus discutables (1).

(1) V. « Concours Médical », nos du 10-2, 10-3, 10-4, 4-5 et 1-6, 1946.

(1) Conférence recueillie et résumée par le Dr P. Lowys (Le Roc des Fiz, Hte-Savoie).

LE SYNDROME HUMORAL DE LA PHLÉBITE CHRONIQUE

Par le docteur Pierre PITOUS

Dans des publications précédentes, dès 1938, ainsi que dans un article du « Concours Médical » (8 mars 1942) : « Densité sanguine et phlébites », nous avions déjà montré que si l'on appliquait la méthode de la densité sanguine à l'étude du sang des anciens phlébitiques, on constatait une augmentation très nette de cette densité.

Reprenant nos investigations, en 1945, sous la direction de M. le docteur L. Servantie, biologiste des Hôpitaux de Bordeaux, et avec le docteur André Pitous, de Barbotan, nous fûmes tout d'abord frappés par le fait que nous ne retrouvions plus le même taux de densité sanguine chez des malades cliniquement semblables à ceux examinés en 1939, 1941 et 1943.

Alors qu'en 1939, une phlébite récente nous donnait une densité sanguine de 1.0650 pour 1.0550 qui est la densité normale, nous ne retrouvions plus en 1941 pour des cas analogues que 1.0600. En 1945, la densité sanguine des phlébites continuait à suivre d'elle-même une courbe régulièrement descendante. Nous tombions à des chiffres de 1.0560 et même au-dessous. Cet abaissement inexplicable nous semblait cependant obéir à une cause tout à fait étrangère à la phlébite elle-même.

Nous avons repris le problème sur de nouvelles bases en séparant les deux données fondamentales des modifications de la densité. Quand on étudie, en effet, les éléments qui font varier la densité sanguine, on trouve les globules rouges et les protéines du plasma.

Laissant de côté les plaquettes dont le faible nombre et les variations peu appréciables ne sauraient influencer d'une façon importante la densité sanguine, nous avons pratiqué systématiquement la numération globulaire chez tous nos malades.

Les chiffres trouvés furent tout de suite éloquents : la plupart furent compris entre 2 millions 800.000 et 3.800.000. Les restrictions alimentaires et la vie de plus en plus dure imposés aux Français depuis 1940 avaient fait de nos malades des anémiques. Le nombre d'éléments figurés ayant subi une forte diminution, la densité totale du sang se trouvait diminuée d'autant.

Grâce à la table de Guthrie qui nous donna l'équivalence en poids des globules rouges manquants, nous pûmes aisément retrouver les chiffres de densité sanguine que nous avions signalés dès 1938 comme caractéristiques de l'atteinte humorale dans les phlébites. Cette atteinte humorale qui persiste des années après la phlébite initiale, paraît être le test biologique essentiel et caractéristique de la maladie, puisqu'elle se manifeste même après l'abaissement de la vitesse de sédimentation globulaire et la disparition de tout phénomène aigu.

En effet, nous savons que dans la phlébite en cours d'évolution, nous trouvons à côté de l'augmentation de la densité sanguine, une élévation parallèle de la vitesse de sédimentation globulaire qui, dans ce cas, doit être considérée simplement comme le signe d'un bouleversement du milieu intérieur ; sans autre signification particulière. Au fur et à mesure que le syndrome aigu de la maladie est en régression, la vitesse de sédimentation globulaire diminue et tend vers la normale au moment où s'installe la convalescence. La date d'une vitesse de sédimentation globulaire normale marque la fin de la période aiguë et le début de l'état chronique ou de la guérison apparente. Simplement apparente, en effet, puisque nous retrouvons les mêmes phénomènes d'augmentation de la densité sanguine chez nos malades qui ont une vitesse de sédimentation élevée, aussi bien que chez ceux dont la vitesse de sédimentation est normale. D'où les récidives qui se produisaient quelquefois pour des raisons qui semblaient jusqu'à présent fortuites au clinicien, mais qui n'étaient en réalité que des poussées aiguës d'un syndrome caché toujours en évolution.

La phlébite provoque donc dans l'organisme une perturbation telle que, même après la guérison clinique, on trouve dans le sang un syndrome humoral typique et durable caractérisé pour le moment par l'augmentation permanente de la densité plasmatique.

Puisqu'il existe un syndrome humoral certain de la phlébite chronique chez des anémiques, avec abaissement apparent de la densité sanguine, nous avions de ce fait acquis la certitude que la séquelle humorale de la maladie ne résidait pas comme l'avaient supposé certains auteurs dans les variations plus ou moins contrôlables des plaquettes sanguines ou des autres éléments figurés du sang, mais bien dans le second élément, l'élément liquide : le plasma.

La microméthode très précise de Barbour et Hamilton, nous permit après modification du mélange xylène-bromobenzène des tubes du densimètre, de calculer aussi exactement la densité plasmatique que la densité sanguine.

Après examen de sujets normaux, nous avons pu fixer le chiffre de la densité plasmatique à 1.0260 pour les femmes et 1.0270 pour les hommes. Or, chez tous les phlébitiques anémiques passés au laboratoire, nous avons trouvé cette densité élevée en moyenne à 1.0300 et même 1.0330 dans certaines phlébites récentes.

Ainsi, le syndrome humoral de la phlébite chronique se localise dans le plasma et se caractérise par une augmentation permanente de la densité plasmatique. Cette densité est d'autant plus élevée que la phlébite est plus récente.

En présence d'une densité plasmatique élevée, nous avons recherché par la suite si cette augmentation était due soit à un abaissement du volume de l'eau plasmatique, c'est-à-dire à une concentration du liquide, soit à une augmentation du taux des protéines du plasma.

Dans certains cas de phlébites aiguës, en cours d'évolution, nous avions noté une augmentation sensible du taux des protéines. Mais cette augmentation ne nous a pas paru durable et, par conséquent, ne pouvait pas prétendre être la cause de l'augmentation **permanente** de la densité sanguine et plasmatique caractéristique de la phlébite.

L'intérêt se localisait par éliminations successives vers les mouvements de l'eau plasmatique.

En effet, après avoir pu établir la valeur en protéines par litre de plasma, il restait encore un point à éclaircir. Dans cet ordre d'idées, MM. Cachera et Barbier (Paris) viennent d'insister à nouveau, d'une manière particulièrement intéressante, sur la nécessité de parler en volume global pour tous les éléments du sang. On ne

doit pas maintenant considérer comme valable un simple calcul par litre. Nous avons donc utilisé, concurremment avec la détermination de la densité sanguine et plasmatique, la méthode au Bleu Chicago pour déterminer le volume du plasma total. Nous avons cherché à éviter ainsi le reproche d'être incomplet et nous avons constaté dans la majorité de nos observations une diminution du volume du plasma total. Nous nous trouvons dans ce cas en présence d'un état d'anhydrémie plus ou moins marquée, dans lequel l'augmentation de la densité plasmatique correspond à une perte d'eau.

En résumé, après notre communication à l'Académie de Médecine du 17 juillet 1945, il apparaît que les notions classiques sur la phlébite se trouvent élargies par la mise en évidence d'un syndrome humoral particulier à la maladie, déterminé simultanément par les mesures de la densité totale du sang et du volume total du plasma. Ces mesures ont montré une diminution de l'eau plasmatique avec concentration des protéines. Le test plasmatique reste valable chez les anémiques, contrairement à la densité sanguine totale. Nous considérons la concentration permanente du plasma comme le signe humoral essentiel des phlébites anciennes considérées jusqu'à présent comme guéries.

ACTION DE L'HYDROCHLORIDE DE PYRIDOXINE (VITAMINE B 6) SUR LE SYSTÈME NERVEUX CENTRAL

Il est peu de découvertes modernes plus intéressantes au point de vue biologique que celle des vitamines.

Depuis qu'en 1912 Funck a isolé un produit se comportant comme une Hormone, une énorme littérature s'est écrite sur ce sujet. Je vais brièvement, pour aujourd'hui, indiquer l'action de la nouvelle Vitamine B6 (sous forme d'hydrochloride) sur le système nerveux central dans une de ses affections.

D'après Baudoin et Lecoq le groupe des Vitamines B se compose, en plus de la B, des vitamines B1, B2, B3. Ces produits ont entre autres actions un effet antinévritique et régulateur neuro-endocrinien indiscutable. Mais il a fallu attendre Gyorgy en 1935 pour connaître un composant nouveau de la Vitamine B et en faire l'analyse puis la synthèse sous forme de 2-méthyl-3-hydroxy-4, 5 pyridoxine hydrochloride ou vitamine B6. Kersztesy et Stevens, Harris et Folker, ont, fin 1939, indiqué une méthode plus pratique de synthèse et de cristallisation.

Cette vitamine, qui était aussi fabriquée en Allemagne en 1939, est actuellement l'objet de nombreuses observations en Amérique où, quoique rare, son emploi est constant dans les cas de polynévrites, de cheilosis, de déficience endocrinienne généralisée (Spies, Hightower), d'anémie avec modification de la formule sanguine (Borson, Mc Kibbon) et enfin dans les affections du type Parkinson (Fouts, Spies, Madden, Hubbard, Elvehjem).

J'ai pu, grâce à des confrères américains du corps expéditionnaire, avoir entre les mains la littérature et par la suite quelques dizaines d'ampoules du produit. Voici les résultats dans les premiers cas traités ; d'autres sont en cours et feront l'objet d'un autre article plus détaillé.

Première Observation. — M. D., Parkinsonien type depuis 1939 avec crampes, rigidité, sialorhée, tremblements et moral très bas. La rigidité de la face est impressionnante, la parole lente, la marche « au pas de course » et sans arrêt volontaire possible.

Une première série de 20 ampoules, une chaque jour, à 50 mllg. de B6 est pratiquée.

Dès le onzième, la rigidité à presque complètement disparu ; le malade se retourne seul dans son lit, ce qu'il ne pouvait faire auparavant. La marche se normalise, le sujet peut s'arrêter à volonté, la parole est plus facile, l'équilibre nettement meilleur. Le sourire est revenu, physiquement et moralement. Les crampes douloureuses disparaissent au fur et à mesure que la série se poursuit.

Par contre, pas d'action sur les tremblements. Une seconde série de 20 autres ampoules a été faite ; les résultats se sont non seulement maintenus, mais accentués. Le malade a repris une autonomie suffisante et va à son bureau. D'autres séries seront faites.

Deuxième Observation. — Mme L. ; Parkinson, depuis 1940 ; marche sautillante, déglutition extrêmement pénible.

Au cours de la deuxième série de 20 ampoules, amélioration radicale de la marche : la malade peut actuellement faire trois quarts d'heure de promenade au Bois alors qu'elle ne sortait plus depuis de nombreux mois. Elle prend également ses repas avec beaucoup moins de difficulté.

Il y a donc dans la vitamine B6 un médicament d'action incontestable dans les affections indiquées. Cette médication n'ayant pas encore fait l'objet de publication en France du fait des circonstances, j'ai cru de mon devoir de publier mes observations afin que chacun puisse en bénéficier.

Quelques précautions : se méfier des néphritiques car le produit a une action antidiurétique caractéristique. Il faut aussi surveiller de très près la courbe de la tension.

Enfin, dans certains cas, un intense nervosisme s'installe avec une insomnie rebelle même aux somnifères énergiques tel que Sedol.

Nous y reviendrons prochainement.

Docteur Roger André,
Lauréat de la Faculté de Paris

LES LIVRES

LIVRES RECEMMENT PARUS

Librairie Maloine

27, rue de l'Ecole de Médecine, Paris (6e)

Jean Albert-Weil. — **Les phénomènes d'allergie non spécifique dans la tuberculose et les fièvres typhoïdes.** Importance de la notion des phénomènes de Sanarelli-Schwartzmann. Les limites de la spécificité pathogène. Préface du prof. René Leriche. Un vol. 84 p., 1946.

LES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

Le traitement chirurgical des fibromes utérins pendant la puerpéralité.

(M. A. Brindeau ; 19-3-1946)

La grossesse peut survenir chez des femmes porteuses de fibromes, principalement chez les primipares âgées. Il est difficile, au début de la gestation, de se faire une opinion sur la gravité du cas. Certains fibro-myomes multiples et mal placés pouvant faire supposer que la femme n'ira pas à terme, bon nombre de chirurgiens pensent que, puisque la malade ne peut alors avoir d'enfant vivant, il est préférable de l'opérer pour éviter les complications. C'est une erreur, pense M. Brindeau, et pour lui, l'expectation doublée d'une surveillance attentive doit être la règle. Le plus souvent, la grossesse évolue à terme sans grande complication et souvent aussi l'accouchement se produit sans nécessiter d'intervention chirurgicale.

Il ne faudrait pas cependant exagérer la bénignité du pronostic. Tous les accoucheurs savent que les fibro-myomes augmentent de volume pendant la gestation, qu'ils se déplacent, entraînés par l'ascension de l'utérus (la période critique étant, à ce point de vue, le quatrième mois, période où la masse utérus-fibrome doit remonter au-dessus du détroit supérieur), qu'ils se ramollissent enfin, subissant une altération nommée nécrose aseptique qui peut se compliquer de troubles divers (douleurs, réactions péritonéales).

En somme, si aucun accident ne survient, laisser évoluer la grossesse, tout en la surveillant étroitement. Intervenir, en cas de complications graves : torsion du pédicule ; compression des organes pelviens, si le fibrome remonte difficilement, en particulier ; poussées douloureuses de « nécrose aseptique ». La myomectomie est alors l'opération de choix : urgente s'il y a torsion, on pourra en général, au cas de poussée de nécrose douloureuse, la différer de 48 heures, s'il n'y a pas de symptôme alarmant, et essayer alors un traitement médical, repos au lit, glace sur le ventre, morphine. De même, dans la compression des organes pelviens, sauf compression des uretères ou occlusion intestinale, le repos au lit le siège surélevé donne souvent de bons résultats.

A terme, si le fibrome est prœvia ou si la tumeur abdominale refoule l'utérus à un degré tel que le fœtus se présente par l'épaule, opérer sans attendre, ou du moins dès les premières douleurs, par césarienne et myomectomie, exceptionnellement hystérectomie sub-totale. Dans le post-partum, les complications sont rares. Si hémorragie ou infection, opérer par voie haute.

— M. Hartmann est d'accord avec M. Brindeau sur les avantages, en gynécologie, de la myomectomie, qu'il préfère maintenant d'une façon générale à l'hystérectomie pour fibromes.

P. L.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX DE PARIS

Anémie érythroblastique méditerranéenne

(MM. R. Cattan, A. Corcos et H. Cohen ; 22-3-1946)

Enfant de 8 ans, atteint depuis l'âge de 1 an d'une anémie chronique. Dans le sang, anémie variable de 1.800.000 à 2.500.000 hématies avec anisocytose, poïkilocytose et présence de cellules en cibles, 18.000 à 22.000 leucocytes évoluant par poussées de leucocytose et de polynucléose ne coïncidant pas toujours.

Le diagnostic fut basé sur l'existence d'une érythroblastose médullaire (3 pour 1 granulocyte), l'hépato-splénomégalie, l'augmentation de la résistance globulaire, et des lésions osseuses caractéristiques : épaississement poreux de la diploë des os de la voûte du crâne, amincissement de la corticale et stries opaques sur les os longs. Le malade, né en Tunisie, est d'origine sicilienne. On sait que l'Italie est un des plus importants foyers de la maladie. Echec de tous les traitements.

Méningite cérébro-spinale aiguë avec blocage des espaces sous-arachnoïdiens. Guérison par la pénicilline après sulfamidothérapie.

(MM. J. Lebon et Faugères ; 29-3-1946)

Les auteurs rapportent un cas de méningite cérébro-spinale aiguë à méningocoques avec blocage des espaces sous-arachnoïdiens. Après échec des sulfamides, la guérison fut obtenue en quatre jours par la pénicilline. La dose totale injectée fut de 400.000 unités, dont une partie par voie intra-rachidienne et sous-occipitale.

Traitement des formes graves du rhumatisme articulaire aigu par la perfusion veineuse continue salicylée.

(MM. Blanc et Siguier.

Présentation par M. Lian ; 29-3-1946)

MM. F. Blanc et Fred Siguier préconisent l'emploi systématique de la perfusion salicylée veineuse, lente et continue, dans tous les cas de R. A. A. sévères, à évolution prolongée, très douloureux, hautement fébriles, avec altération de l'état général et atteinte viscérale, qui ne cèdent pas ou imparfaitement aux traitements salicylés administrés par les voies habituelles (per os ; en injections intra-veineuses biquotidiennes ; par voie rectable). La technique est celle de toute perfusion veineuse continue. La posologie est de 6 à 8 grammes par 24 heures, associés à 2 grammes d'urotropine. Les accidents, hormis un shock passager survenant dans les premières heures de l'injection, sont minimes, ne nécessitent qu'une réduction momentanée du débit de l'instillation et n'entravent pas la conduite du traitement. Les résultats sont souvent impressionnants, trois à cinq perfusions suffisant souvent à faire céder en quelques jours des crises de R. A. A. qui duraient depuis plusieurs semaines et faisaient incriminer un peu prématurément une salicylo-résistance.

— M. Lemierre obtient de bons résultats par le salicylate I. V. à la dose de 4 grammes par jour.

— M. Decourt, en raison des phénomènes de shock constatés, se demande si l'action si rapide est bien due au salicylate ou au shock lui-même. Il cite une observation de guérison à la suite d'un shock.

— M. Halbron note l'intérêt de l'imprégnation continue de l'organisme par le médicament.

J. Ch.

SOCIETE MEDICALE ET ANATOMO-CLINIQUE DE LILLE

Anurie consécutive à un traitement salicylé. Guérison par infiltrations splanchniques.

(MM. G. Vincent, E. Alexandre et Morel ; 16-10-1945)

Un malade de 44 ans fait une crise de rhumatisme polyarticulaire aigu et reçoit, en trois jours, 32 gr. de salicylate de soude « per os » et 4 gr. intra-veineux. A la suite de ce traitement, le patient présente une albuminurie à 2 gr. 50 et une azotémie à 2 gr. 05, avec une tension artérielle de 20-12. L'anurie est presque complète, le volume des urines n'étant que de 50 à 60 cc. par jour. Devant ce tableau alarmant, on pratique une infiltration splanchnique bilatérale, à la suite de laquelle la tension tombe à 18 et les urines montent à 200 cc. Malgré ce résultat encourageant, on injecte 10 cc. de novocaïne à 1 % intra-veineux. Le lendemain, la diurèse est de 2 litres 200 ; elle atteint 3 litres le jour suivant et se maintient ensuite à ces chiffres. L'albuminurie est tombée à 0 gr. 50 mais l'azotémie reste un certain temps à 2 gr. 45.

Séance du 13-11-1945

Abcès péri-prostatique rebelle ; guérison par la pénicilline

M. C. Lepoutre. — Un homme de 24 ans fait, à la suite d'une crise de furonculose, un abcès péri-prostatique qui s'ouvre dans l'urètre et provoque de la dysurie. La situation profonde de l'abcès fait rejeter l'incision et le drainage par le périnée. La pénicilline (500.000 unités en 5 jours) fait tomber la température, disparaître la dysurie et fondre le noyau prostatique en quelques jours.

Menaces de phlegmon des gaines. Traitement par la pénicilline. Cessation des accidents et guérison.

M. C. Lepoutre. — Observation de deux hommes qui, à la suite de piqûres septiques, présentèrent des signes non équivoques d'atteinte des gaines des fléchisseurs des doigts. Dans les deux cas, la pénicilline fit rétrocéder rapidement les phénomènes inflammatoires et amena la guérison sans intervention chirurgicale.

LA PRESSE

De l'artériectomie dans les artérites oblitérantes des vieillards. — D'après 144 observations, le Prof. **R. Leriche** confirme que l'artériectomie est le traitement de choix des artérites séniles oblitérantes ; cette opération facile fait vraiment la prophylaxie de la gangrène. Evidemment, cette intervention doit être pratiquée assez précocement, sinon le départ n'est pas toujours facile entre les cas opérables et ceux où il faut amputer. On se méfiera des malades qui ont les pieds rouges, œdémateux, avec un œdème remontant jusqu'au mollet, de ceux qui ont le pourtour unguéal du gros orteil en gangrène débutante avec œdème cyanique des orteils voisins, de ceux qui ont des taches brunâtres sur le dos du pied, le long d'un métatarsien ou au niveau du talon. Généralement alors, l'oblitération est étendue et il est difficile d'utiliser à nouveau la voie principale. Les cas les meilleurs sont ceux où il y a claudication intermittente, douleurs nocturnes, troubles vaso-moteurs, œdème et érythrose de déclivité. En cas d'hésitation seule l'artériographie peut permettre d'espérer contre la vraisemblance, ou de renoncer, suivant qu'elle montre ou non la voie principale remplie à nouveau au-dessous de l'oblitération. L'oscillométrie renseigne beaucoup moins bien. Après l'artériectomie, si l'indication a été justement posée, généralement le pied se réchauffe ; les douleurs s'atténuent, puis cessent, particulièrement les douleurs nocturnes, ce qui permet au malade de dormir à nouveau dans son lit ; l'œdème et l'érythrose de déclivité disparaissent. Le symptôme le plus rebelle est la claudication intermittente ; souvent elle ne rétrocède que lentement, après des mois, un an parfois. Cette opération a donné à l'auteur 45 à 50 % de résultats stables. Le seul risque comptable tient de la maladie même (9 cas de mort sur 144). L'artériectomie doit être aussi étendue que possible, 15 à 25 cent. sur la fémorale superficielle. Si l'on associe la gangliectomie lombaire à l'artériectomie, on a plus de chances de succès, quand l'état général le permet. (« Bruxelles-Médical », 4 mai 1946.)

Le psammocarcinome du foie. — **MM. Babaiantz et Mach** apportent d'une part l'observation clinique et radiologique d'une malade atteinte depuis six ans d'un psammocarcinome hépatique ; d'autre part, les résultats des examens radiologiques et histologiques pratiqués sur un foie envahi de métastases calcifiées. Le diagnostic étiologique de certaines calcifications hépatiques est relativement facile, quand elles ont une expression radiologique caractéristique : kystes à échinocoques, phlébolites, tuberculose miliaire ; d'autres diagnostics pourront être posés par élimination, avec l'aide de données anamnestiques et du bilan calcique. Quant aux caractères essentiels des calcifications du cancer du foie, ce sont la multiplicité et le polymorphisme. L'aspect nodulaire multifocal est le plus facilement reconnaissable ; il peut s'agir de nodules opaques massifs ou de nodules du type lacunaire, tels qu'on les observe dans les calcifications périphériques annulaires. Des aspects mixtes, sans formes géométriques bien définies, sont également très suspects de néoplasie. L'ensablement du foie de la malade observée s'est fait d'une façon lentement progressive au cours de six années ; il atteint actuellement la presque totalité de l'organe. Cependant on ne peut encore affirmer que l'extrême lenteur de l'évolution de ce néoplasme permette de conclure à la bénignité relative du cancer hépatique à tendance calcifiante. Il est impossible de dire qu'une influence prématurée soit exercée sur la marche du néoplasme par les dépôts calcaires Faut-il admettre au contraire qu'ils n'ont pu se constituer qu'à la faveur de cette évolution extraordinairement ralentie ? (« Le Foie », mars-avril 1946.)

G. F.

ALGIPAN MIDY

HISTAMINE — HISTIDINE

Traitement intradermique de la DOULEUR

NÉVRALGIES - ARTHRALGIES - MYALGIES - VISCÉRALGIES

LABORATOIRES MIDY, 67, Av. de Wagram, Paris, - 4, Rue Besse, Vichy.

Fournisseurs des Hôpitaux.



LACTACYD

PÂTE STABILISÉE A *pH* : 5,2

POURQUOI LA TENEUR EN SUCRE EST-ELLE UN FACTEUR DE SUCCÈS DU LAIT CONCENTRÉ SUCRÉ ?

Parce que la concentration du lait en présence du sucre confère au mélange de remarquables propriétés digestives.

« Nous avons essayé de voir si cliniquement la supériorité du Lait concentré sucré sur le lait de vache se révélait exacte.

...Les compositions des deux sortes de lait avaient été rendues identiques.

...Nos résultats montrent indiscutablement une différence dans la digestibilité du Lait concentré sucré et du lait frais sucré au moment de l'usage. »

(Prof. Dr M. Polonovski et P. Gellé).

●

Dosage : Pour fournir à l'enfant 100 calories, donner 30 gr. de Lait concentré sucré, dilués dans 150 gr. d'eau bouillie ou de décoction farineuse.

FOIE ET REIN DÉFICIENTS

CHOPHYTOL

AMPOULES INJECTABLES

DRAGEES, GOUTTES "per Os"

Laboratoires **ROSA** 11, Rue Roger-Bacon, PARIS (17e)

PARTIE PROFESSIONNELLE

PROPOS DU JOUR

APOLOGIE DE LA MÉDECINE

On a tellement critiqué, vilipendé, ridiculisé, depuis quelques siècles la médecine et les médecins, à tort ou à raison, qu'on ne trouvera pas extraordinaire que nous signalions une apologie de la médecine. C'est un médecin qui en est l'auteur, MAURICE DELORT, qui vient de publier, un petit volume intitulé : *Pensées, Paroles et Projets concernant la médecine de demain.* Un court chapitre à la fin de son ouvrage est intitulé *Souveraineté du corps médical :* il a en tête noté comme épigraphe : *Le corps médical est une des réunions les plus instruites du pays et en toutes choses.* Nous aurions plus modestement mis en tête de ce chapitre : *Le corps médical : Ce que nous voudrions qu'il fût.*

DELORT débute par l'affirmation que « notre profession est la réunion la plus instruite du pays et de tous les pays. Cela tient à sa forte éducation scolaire, à ce fait surtout que son exercice, continuellement, la met en rapport avec la totalité des activités du monde ».

Ce serait vrai si tous les praticiens avaient également profité de cette « forte éducation scolaire ». L'auteur en voit une preuve dans les querelles sans issue qui nous divisent au sujet des réformes de l'enseignement médical, car « aucune branche de la connaissance n'est complètement à écarter de la médecine ».

La difficulté des concours dont la préparation est utile même à ceux qui ont échoué, crée une élite que possède rarement une autre corporation ; elle met en lumière la valeur de la scolarité, la mémoire, la clarté d'exposition. L'application pratique de ses connaissances empêche les jeunes médecins de sombrer dans des brumeuses théories et dans des conceptions inapplicables.

Le sens des réalités en présence du malade et du blessé éveille le côté social, humain, moral spirituel qui est le propre du médecin. Il soigne des hommes de toutes les classes. En rapport avec les grands techniciens, le médecin s'il est intelligent, profite des suggestions des penseurs habitués à réaliser en idées claires les problèmes les plus complexes.

Tous les groupements sont soumis à son contrôle. Pour toutes ces raisons, la principale qualité de sa vie est la variété. Il est considéré comme ayant un esprit doué de multiples capacités. Il résulte qu'il est tantôt respecté, aimé, admiré même ; tantôt, quand le public est désillusionné sur lui et qu'il s'aperçoit de ses défauts, vilipendé avec colère. C'est tout juste si on n'a pas rendu le corps médical responsable de notre défaite. Deux ans de silence lui ont rendu son rang. On lui a jeté comme un défi de s'organiser lui-même. Sera-t-il impuissant à le faire ?

M. DELORT considère la médecine sur le plan mondial. Son rôle est encore plus élevé. Ni guerre, ni politique ne le limite. Ni la victoire, ni la défaite, ni l'armistice, ni même la paix ne peuvent s'opposer à sa tâche bienfaisante qui est toujours la même.

ET M. DELORT conclut :

« Le premier travail (qui nous incombe) doit être d'établir le contact avec tout le Corps Médical Praticien, seule source de jeunesse. »

« Soyons les orgueilleux représentants de ceux qui sont les fils de leurs œuvres. »

« Soyons les amis dévoués des hommes qui font effort et de ceux là seuls. »

« Levons nous et marchons. »

« Que des actes soient accomplis. »

En citant ces nobles phrases, qui *nous* consolent des diatribes et des critiques violentes et injustes contre le Corps médical, tout en reconnaissant ce que parfois elles ont de justifié, nous conclurons que le Corps médical français actuel ne méritait :

ni cet excès d'honneur, ni cette indignité.

Entre l'apologie et la satire, il convient de garder le juste milieu.

J. NOIR.

LES MÉDECINS BELGES DEVANT LES PROBLÈMES DE L'HEURE

Le caractère libéral de la profession médicale est beaucoup moins menacé en Belgique qu'en France. Telle est l'impression première que laisse une étude cavalière de la condition sociale du médecin belge. Au reste, le médecin n'est ici qu'un cas particulier qui ne saurait être artificiellement séparé de son milieu. Et chacun sait que la Belgique de 1946 grâce à une heureuse conjonction de travail, de sagesse politique et de chance connaît un relèvement que notre pays pourrait à bon droit lui envier. En sorte que le Français s'étonne de trouver, si proche de chez lui, un pays où la guerre semble n'avoir point laissé d'empreintes ineffaçables et n'avoir point produit d'irréversibles évolutions. Un reflet de l'abondance américaine assure au peuple une condition matérielle qui fait sa place à la douceur de vivre. Et la bourgeoisie semble avoir conservé, avec une large part de sa puissance sociale, la certitude bien ancrée d'être encore l'élite naturelle d'encadrement du pays. Ce serait trop dire cependant que la guerre et l'occupation n'ont point accentué comme partout ailleurs le cours des phénomènes sociaux. Mais ce cours n'est point torrentueux. Et si le libéralisme économique et politique connaît là comme ailleurs une faillite brutale, son héritage est recueilli par un socialisme libéral du meilleur crû d'Occident, qui, d'évidence, emprunte plus d'éléments au travaillisme britannique qu'au marxisme du continent.

Mais étudions tout d'abord la structure interne du Corps Médical belge. Depuis 1864 existe la Fédération Médicale belge (l'analogue de notre Confédération) qui groupe en son sein les unions professionnelles locales (nos Syndicats départementaux) dont la plus importante est le « Collège des Médecins de l'agglomération bruxelloise ». Nous tenons ici à remercier bien vivement le Dr Lederer, secrétaire général du Collège, de l'aimable accueil qu'il a bien voulu réserver à notre enquête. Il fut pour nous, entre autres, une précieuse source de renseignements de tous ordres.

Ces Unions sont libres comme nos associations syndicales. Et le principe du groupement spontané a fait ici, comme chez nous, la preuve de sa force Sur 7.000 médecins, 5.700 au moins sont membres des unions. Le succès est d'autant plus beau que l'irritante question des rapports entre Wallons et Flamands aurait pu, là aussi, apporter des éléments de divergence ou de friction qui semblent avoir été aisément surmontés.

L'Ordre a en Belgique une histoire très différente de l'Ordre français. Alors que les projets de création d'un Ordre des Médecins échouaient avec régularité devant notre Parlement d'avant-guerre, les médecins belges avaient obtenu le 25 juillet 1938 le vote d'une loi créant un Ordre juridictionnel élu. Mais cet Ordre, faute de textes organisant l'application de la loi, était resté jusqu'à la guerre à l'état virtuel.

Sous l'occupation, un Ordre corporatif des Médecins fut créé de toutes pièces par les autorités allemandes. Les membres de ses Conseils en furent nommés par les secrétaires généraux belges agissant d'ordre et pour compte des occupants. Aucun doute ne pouvant exister sur l'origine des pouvoirs ainsi délégués, toutes les personnalité de marque refusèrent de remplir ce rôle qui ne revint qu'à des comparses, aujourd'hui disparus ou poursuivis pour « incivisme » par les jurys d'honneur de la profession.

Si l'Ordre corporatif nommé est ainsi définitivement rejeté, par contre l'Ordre juridictionnel élu est réclamé avec insistance par le Corps Médical belge, tandis que le ministre de la Santé, le Dr Marteaux, plus marxiste que médecin, paraît peu désireux d'en hâter l'application. Un arrêté-loi organisant les élections après élimination des inciviques serait la clé du problème. Il est encore aujourd'hui à l'état de promesse.

La pratique médicale à l'intérieur des organisations hospitalières soulève également en Belgique des problèmes difficiles et mal résolus.

Créés pour les indigents, les hôpitaux publics ne recevaient avant-guerre] de malades aisés qu'à titre exceptionnel, en sorte que le problème des malades payants ne s'était point encore posé. L'extension des Assurances sociales à la quasi-généralité de la population a transformé la clientèle hospitalière : 8/10 des hopitalisés sont assurés et donnent lieu au versement d'honoraires par les Mutuelles. Mais ces honoraires sont encaissés par les hôpitaux, qui les gardent pour eux et considèrent comme légitimes de réaliser des bénéfices grâce à leur personnel médical. Le médecin ne reçoit encore qu'une rémunération forfaitaire annuelle (6.000 fr. à Bruxelles par exemple (1) qui a tout juste le caractère d'une indemnité, en remboursement de frais. Des solutions partielles sont intervenues ici et là, et certains hôpitaux ristournent aux médecins 90 % de leurs honoraires. Mais à Bruxelles le conflit reste à l'état aigu. Des offres de « ristourne » de 30 % à 50 % des honoraires ont été rejetées. Les médecins hospitaliers bruxellois exigent de toucher eux-mêmes leurs honoraires, calculés à l'acte non seulement pour les interventions de spécialités, mais encore pour la « médecine interne » (médecine générale), sur la base dans ce cas de la moitié du tarif normal. Il est certain en tous cas que l'état de chose actuel ne peut plus durer.

La structure administrative de l'hospitalisation, tant publique que privée, mérite quelques mots. Les hôpitaux sont encore au stade communal ; un projet d'intercommunalisation des hôpitaux en Belgique, préparé par l'actuel ministre, le Dr Marteaux, a fait un véritable scandale et a avorté dans l'œuf. Les commissions administratives sont très curieusement mises par la loi elle-même entre les mains des partis politiques qui y sont représentés en raison de

(1) Soit environ 16.200 francs français.

leur force respective. N'oublions pas que le « proportionnalisme » a trouvé en Belgique sa terre d'élection. La nomination des médecins hospitaliers n'est point soumise à concours — forme jugée aussi dangereuse que stérilisante. Les nominations sont faites par les commissions, sur proposition du Corps Médical hospitalier, lequel fonde son choix sur les travaux personnels et les publications scientifiques des candidats. Ici interviennent naturellement les questions politiques, et, semble-t-il plus encore, les appartenances confessionnelles ou philosophiques. En sorte que naissent, aux côtés des universités et des hôpitaux de telle appartenance, des cliniques privées où se groupent selon leurs spécialités les médecins d'appartenance différente. Ces cliniques souvent mieux organisées que les hôpitaux eux-mêmes constituent ces centres de diagnostic et de traitement, ces cabinets de groupe ou ces maisons médicales que la seule raison n'a pu suffire ici à faire surgir du sol en nombre appréciable.

LA « Sécurité sociale », recommandée par la Conférence de Philadelphie, a pris racine en Belgique, plus tôt qu'en France, par la grâce d'un arrêté-loi du 28 décembre 1944 (*Moniteur*, du 30 décembre). Cet arrêté innove en rendant obligatoire l'assurance maladie-invalidité. Mais la sécurité-maladie, qui doit être progressivement garantie à tous, travailleurs indépendants, artisans, commerçants et personnes des professions libérales, ne concerne immédiatement que les seuls salariés, quel que soit le montant de leur rémunération. L'analogie avec la France est ici évidente.

Mais les modalités d'applications sont en réalité très différentes. L'exposé des motifs déclare lui-même que les auteurs de l'arrêté se sont *écartés catégoriquement de toute solution étatiste*. En particulier, au lieu d'appliquer le principe de la Caisse unique, le nouveau régime s'appuie sur les grandes Unions nationales de fédérations mutualistes, agréées à cette fin, et les assurés pourront s'affilier librement soit à une mutualité, soit, à défaut, à un Office régional à gestion paritaire.

Le fonctionnement des Unions nationales agréées est contrôlé par le Comité du Fonds national d'assurance maladie-invalidité (ou F.N.A.M.I.), organisme qui paraît être la contrepartie de la Fédération Médicale belge dans le nécessaire dialogue du Corps Médical et de l'assurance-maladie. Au côté de ce Comité fonctionne un *Conseil médical paritaire* comportant cinq représentants de l'organisation la plus représentative du Corps Médical et cinq représentants des Unions nationales sous la présidence de représentants du Gouvernement n'ayant pas voix délibérative.

Selon les termes de l'arrêté-loi, il appartient au Conseil d'établir un barème d'honoraires. S'il ne parvient pas à un accord, ledit barème serait fixé par arrêté.

Le libre choix est limité aux seuls praticiens « qualifiés » dont une liste est remise annuellement à tout assuré. La liberté de prescription doit être conciliée avec le maximum d'efficacité et le minimum de dépenses. Une liste de spécialités doit être dressée par le Conseil Médical paritaire.

Le barème d'honoraires déterminé par le Conseil Médical ou par arrêté « vise les honoraires dus pour chaque prestation de soins généraux ». Versés par l'intéressé au praticien, ils sont remboursés à l'assuré, à concurrence des trois quarts pour les consultations et des deux tiers pour les soins à domicile. Un autre barème d'*honoraires forfaitaires* serait établi pour les médecins acceptant d'être *payés forfaitairement* pour donner des soins à un assuré pendant une période de six mois ou un an.

Pour être « qualifié », le médecin doit chaque année, sur l'invitation du F.N.A.M.I., faire savoir s'il accepte l'un ou l'autre des deux barèmes prévus ci-dessus.

Les médecins-conseils ont enfin un droit de contrôle sur les soins eux-mêmes ; ils jouent le rôle de « consultant » sans pouvoir se substituer au médecin traitant, ni appliquer le traitement qu'ils préconisent. En cas de divergence avec le médecin traitant, celle-ci est tranchée par un troisième médecin qui est désigné selon les règles établies par le Conseil paritaire.

NOUS avons exposé dans ses détails ce mécanisme légal, auquel il ne faudrait point attacher plus qu'une valeur historique ou comparative. En fait, cette réglementation minutieuse et tatillonne a pour auteur des chefs syndicalistes et des politiciens qui ont totalement omis, comme nos propres gouvernants, de consulter au préalable les représentants du Corps Médical. Faut-il s'étonner alors que ce dernier entende réserver sa collaboration à un régime qu'il aurait lui-même étudié, avec sa compétence des choses médicales et le haut souci de ses responsabilités sociales et humaines ?

En sorte que le mécanisme dont nous avons démonté toutes les pièces n'est point entré en pratique. Un projet de modification a été mis sur pied par la F.M.B., qui organise un retour au libre choix intégral, atténue les atteintes à la liberté de prescription, ôte au médecin-conseil toute juridiction sur le médecin traitant, ainsi que tout droit d'imposer un traitement.

Quant au fameux barème, il est devenu en fait un simple tarif « d'intervention » assez analogue à notre ancien tarif de réassurance (1). *Ce n'est pas un tarif d'honoraires.* La F.M.B. estime en effet qu'elle ne dispose d'aucun moyen juridique ou de fait pour contraindre ses membres à respecter tel ou tel barème, et ne veut point s'engager en leur nom.

Mais la F.M.B., soucieuse du rôle social de la médecine a admis qu'un effort devait être fait en faveur des « économiquement faibles », c'est-à-dire essentiellement des travailleurs manuels et des employés.

Aussi le Collège des Médecins de Bruxelles a-t-il soumis à l'approbation de la F.M.B. un barème d'honoraires minimum, établi sous forme d' « index » et sur la base d'un coefficient variant parallèlement aux salaires moyens ouvriers (2). Un projet d'accord avec le F.N.A.M.I. est en cours d'étude actuellement. Aux

(1) Le taux de la consultation a été fixé dans le barème d'intervention à 20 fr. belges, soit environ 54 fr. français (visite 30 fr., soit 81 fr. français).

(2) Le coefficient actuel est de 7, ce qui donne pour la visite 56 fr. belges (151 fr. français) et pour la consultation 35 fr. belges (105 fr. français). Ces chiffres sont donc très notablement supérieurs au barème d'intervention.

termes de cet accord le Collège s'engagerait à « recommander ce barème à ses membres. » En fait, ces chiffres sont appliqués par les neuf dixièmes des médecins de Bruxelles à la très grosse généralité de leur clientèle.

Il semble même que dans certaines régions très industrielles telles que le Borinage, il soit difficile d'obtenir l'observation du barème minimum. Les Mutuelles jouent en effet dans ces régions un rôle important et néfaste, en embauchant des médecins à forfait. Les cliniques mutualistes reçoivent des Caisses le prix des actes médicaux au tarif d'intervention et réalisent néanmoins d'importants bénéfices. Cette branche de la médecine, fondée sur le rabais et le salariat, constitue un gros point noir de la médecine belge.

En pratique cependant l'action de la F.M.B. a remporté un véritable succès. Afin de manifester sa non-participation au régime qu'on voulait lui imposer, elle a fait éditer, en lieu et place des formulaires du F.N.A.M.I., des feuilles de maladie spéciales contenant, en outre des indications administratives, l'indication des prestations fournies (cette feuille ne constituant cependant pas un reçu d'honoraires) et la durée de l'incapacité de travail. Ces feuilles ont été en pratique acceptées par les Mutuelles (qui craindraient par leur refus de perdre des assurés) ; elles sont donc couramment utilisées par la très grande généralité des médecins.

Il serait tentant de transposer purement et simplement l'exemple de la F.M.B. dans notre pays. Mais une telle méthode ne tiendrait pas compte des différences importantes qui existent entre la réalité sociale respective de la France et de la Belgique. L'écart considérable entre les honoraires et les remboursements est sans doute viable dans un pays moins prolétarisé que le nôtre. Il est impossible dans la France d'après guerre. Quant au régime de la Caisse unique et obligatoire, il traduit une tendance politique étatiste et dominatrice dont les Mutuelles de la social-démocratie belge restent fort éloignées.

Il n'empêche que ce cas particulier nous conduit à souhaiter plus vivement encore un resserrement des liens unissant au delà des frontières les médecins des pays de civilisation commune. Le cadre national s'avère trop étroit si l'on veut sauver ce qu'il est convenu d'appeler les valeurs d'Occident.

Jean MIGNON.

QUELQUES INFORMATIONS ORIGINALES ET NON MÉDICALES A L'INTENTION DES MÉDECINS

par le docteur André GROS

Conseiller Technique de la Fédération Nationale de la Mutualité Française

AVANT-PROPOS

A la suite de contacts avec les responsables du CONCOURS MÉDICAL, notamment M. le docteur Lavalée et M. Mignon, il nous est apparu évident qu'au cours de notre curieuse époque, où toutes les questions politiques, économiques, sociales, retentissent les unes sur les autres, où tout évolue et se transforme profondément, où la médecine, par exemple, subit rapidement une transformation fondamentale, il était de plus en plus indispensable d'apporter sous une forme originale, simple et polyvalente des informations parfois non médicales, mais présentant cependant indirectement un intérêt technique et psychologique pour les médecins. A une époque où les problèmes sociaux, ou mieux les problèmes humains, constituent la toile de fond de notre civilisation, à une époque où les problèmes de l'enfance ,du travail humain, de population, de santé publique, de sport, de garantie, prennent une importance capitale pour toutes les formes de disciplines techniques et de pensées, il est indispensable que le corps médical dispose parfois de certaines informations au sujet de problèmes qui auraient paru au début du siècle et qui paraîtront encore à beaucoup pendant un certain temps, sans aucun rapport avec l'activité des médecins. *La Médecine est l'une des Sciences de la Vie.* Tous les aspects de cette vie impliquent la participation nécessaire mais non suffisante des médecins traitants ou des médecins représentant la multiplicité complémentaire des aspects scientifiques et psychologiques que peu à peu la Médecine comporte désormais dans les innombrables domaines du sport, de l'enfance, de la nutrition, de la recherche scientifique, à côté de la médecine classique des soins, de la chirurgie, des spécialisations thérapeutiques. Ces deux grandes formes, réciproquement complémentaires l'une de l'autre, participent, dans un large et progressif pourcentage, aux actions techniques complémentaires des architectes, des ingénieurs, des juristes, des économistes, de toutes les connaissances appliquées à la Science de l'Homme.

L'INSTITUT NATIONAL D'ÉTUDES DÉMOGRAPHIQUES

Cet organisme a été créé dans le cadre du Ministère de la Santé Publique et de la Population le 24 octobre 1945 dans le but « d'étudier les problèmes démographiques sous tous leurs aspects » et « dans le but d'étudier les moyens matériels et moraux susceptibles de contribuer à l'accroissement quantitatif et à l'amé ioration qualitative de la population ». Cet organisme est dirigé par M. Alfred Sauvy, spécialiste

connu par ses ouvrages concernant les problèmes d'Économie Humaine et par ses compétences statistiques. Il est assisté d'un Comité de Direction composé de noms éminents : M. le Pr Debré, M. Henri Bunle, M. le Pr André Chevalier, M. le Pr Georges Darmois, M. Pierre Depoid, M. Adolphe Landry, M. le Pr Jean Langevin, M. le Pr Henry Laugier, M. le Pr Francis Perrin, M. le Pr Paul Rivet.

Cet organisme vient de diffuser deux publications :

1°) Une plaquette (avril 1946) qui tente d'exposer l'origine de l'Institut, sa construction intérieure, son esprit, le début de son activité.

2°) Le premier exemplaire de sa revue trimestrielle « POPULATION » (numéro 1 de janvier-mars 1946, Presses Universitaires de France), d'une belle présentation, et qui comporte des articles très polyvalents et d'ailleurs assez inégaux sur la pression démographique et les ressources agricoles, la localisation industrielle et le peuplement, le progrès technique, les destructions de guerre et l'optimum de population, la mesure de la mortalité infantile, le vieillissement de la population et la prolongation de la vie active, les rapports de la sociologie et de la démographie, l'évaluation des besoins de l'immigration française, les facteurs comparés d'assimilation chez des Russes et des Arméniens.

Ces divers sujets ont été traités par des auteurs de disciplines techniques très diverses : le statisticien Paul Vincent, le Pr Louis Chevalier M. Georges Letinier, le statisticien Jean Bourgeois, l'ingénieur Jean Daric, le psychologue Jean Stoetzel, M. Alfred Sauvy et l'anthropologue-généticien Dr Robert Gessain assisté de Mademoiselle Dore.

La polyvalence des disciplines fait espérer que cet organisme saura acquérir l'esprit créateur de Synthèse.

La valeur de ses composants, que nous avons quelques raisons personnelles de connaître pour certains d'entre eux, nous permet de souhaiter que l'Institut National d'Études Démographiques atteigne le but réel qui lui est assigné : participer à l'élaboration de solutions vivantes en fonction de l'aspect non seulement quantitatif mais aussi qualitatif de la population, en fonction non seulement d'une technique mais aussi d'un Esprit. Les médecins ont le plus grand intérêt à suivre progressivement les travaux de cet organisme, notamment si celui-ci donne l'impression croissante d'atteindre ce but.

L'INSTITUT FRANCAIS D'OPINION PUBLIQUE (I.F.O.P.)

Cet organisme privé, créé en 1938 en France et qui siège 16 rue de Monceau à Paris, est dirigé notamment par M. Pouderoux, ingénieur, et notre ami le Pr Stoetzel, psycho-sociologue. La presse, assistant à son très important développement depuis la Libération, lui a donné un nom : « L'Institut Gallup Français ». L'Institut Français d'Opinion Publique, en effet fortement inspiré à l'origine par les méthodes de l'américain Gallup, procède à des études par sondages de l'opinion publique française concernant les problèmes les plus divers : la nutrition, la garantie sociale, l'habitat, les problèmes politiques, les problèmes constitutionnels, les partis politiques, la presse, les prix. Les médecins ne peuvent ignorer un certain nombre de points précis concernant le problème passionnant qu'est le sondage de l'opinion publique :

1°) Les sondages d'opinion ne consistent pas en une enquête faite sans méthode, au hasard, auprès de la population à laquelle on demande son avis sur un problème en lui posant les questions sous des formes diverses et approximatives. Ils nécessitent de très fortes connaissances en mathématiques et en psychologie, ainsi que des moyens mécanographiques importants. En effet, les sondages représentent l'application d'une méthode scientifiquement et progressivement mise au point non seulement pour déterminer le nombre et la répartition des personnes interrogées, mais encore pour l'établissement très délicat des questionnaires.

2°) La valeur scientifique de la méthode est prouvée par les résultats concrets obtenus par celle-ci, notamment résultats positifs des indications données par cette méthode dans les instituts de psychologie industrielle concernant la vente de certains produits par exemple, en Angleterre et aux Etats-Unis, aspect commercial non abordé par l'Institut Français d'Opinion Publique.

3°) Pour connaître l'opinion d'une collectivité, le nombre des personnes interrogées ne peut descendre au-dessous d'un certain taux, mais il est extraordinairement bas. Par exemple un sondage de l'opinion de toute la population française par l'I.F.O.P. nécessite une enquête auprès de 2.000 Français seulement. La méthode a d'autant plus de valeur scientifique qu'elle donne des résultats de plus en plus exacts avec un nombre de moins en moins important de personnes interrogées. L'Institut Français d'Opinion Publique a d'ailleurs amé ioré les méthodes américaines, notamment la méthode Gallup.

4°) Ces études scientifiques de l'opinion publique sont d'un intérêt capital dans une époque aussi complexe, en fonction de toutes les transformations fondamentales qui s'opèrent dans la vie individuelle et collective. Pour mettre au point une vie collective qui doit tenir compte des progrès matériels réalisés par les hommes, tout en défendant la personne humaine, il est important de connaître l'opinion, non pas pour la suivre constamment dans un but démagogique, mais pour en tenir compte et parfois l'orienter par une éducation et une propagande rationnelles. Il s'agit là, diront certains, d'un moyen scientifique bien dangereux. Nous ne le nions pas. Comme tous les progrès de la Science, celui-ci représente, suivant son utilisation, une source de malheur ou une source de bonheur pour la Société. Mais cet aspect philosophique fondamental de notre époque ne peut être étudié ici. Un fait existe : en s'appuyant sur nos connaissances psycholo-

logiques, mathématiques, statistiques et mécanographiques, il est possible de connaître rapidement l'opinion d'une collectivité concernant une question précise.

Les médecins, en contact permanent dans toutes leurs nuances psychologiques, non seulement avec la vie et la création : la maternité, l'enfance, mais encore avec la souffrance : la sous-alimentation, la maladie, la vieillesse..., avec l'ouvrier, le paysan, s'intéresseront sur un plan général à cet espect nouveau de la Science de l'Homme.

Sur un plan plus spécifiquement professionnel, les médecins suivront également ce problème. En effet, récemment, les instituts d'opinion publique anglais et américain n'ont-ils pas réalisé des sondages d'opinion aux conséquences directes importantes pour le Corps Médical et la Médecine, concernant la Sécurité Sociale et le Corps Médical, la fonctionnarisation de la Médecine, le libre choix, l'hôpital !

L'Institut Français d'Opinion Publique est donc une création présentant un très grand intérêt. Il s'est encore relativement limité à un nombre restreint de problèmes, mais il devra élargir son champ d'investigations. Cet organisme fait connaître les résultats de la plupart de ses enquêtes dans une passionnante publication d'une richesse infinie, publication bimensuelle diffusée strictement par abonnement et intitulé « SONDAGES ».

LE GUIDE DU MÉTALLURGISTE
(Revue mensuelle éditée par la Fédération des Métaux de la Confédération Générale du Travail.)

Dan une époque aussi complexe que la nôtre il est évident que l'opinion publique, aux incidences directes et indirectes si importantes, doit résulter en grande partie d'une éducation rationnelle des masses, afin que celles-ci comprennent dans leurs grandes lignes, les divers aspects économiques, politiques, techniques et sociaux de leur vie. Cette éducation doit permettre à chacun de comprendre ce qu'est son métier, où il s'insère dans le monde du travail et de la production ; ce qu'est une maison, une usine, un hôpital, un stade, où les groupes s'insèrent et se connectent dans un problème d'urbanisme, de travail, de production ; ce qu'est la science, son avenir et son utilité ; ce qu'est, par exemple, la médecine et son orientation. De plus en plus, nous assistons à la multiplication des moyens, encore très insuffisants, d'éducation et de propagande.

Par ailleurs, beaucoup disposent d'un autre moyen d'information et d'éducation : la presse spécialisée correspondant à leur milieu professionnel. Les médecins, par exemple, disposent de leurs journaux spécialisés. Mais, fait paradoxal et curieux, chaque forme de spécialité professionnelle ne connaît strictement dans ce dernier domaine que la presse correspondant à son métier, à son milieu. Or, par suite de la polyvalence des problèmes de la vie moderne, les journaux professionnels comportent tous, dans les branches les plus diverses, des publications polyvalentes se rapportant aux domaines professionnels les plus variés. Nous pensons donc que les médecins, par exemple, doivent apprendre à connaître l'existence des efforts d'éducation qui sont faits dans certains milieux et dont ils ne soupçonnent même pas l'existence. Nos confrères ont en général ignoré, par exemple au cours du siècle dernier, que la Mutualité éditait chaque mois des centaines de journaux nationaux, régionaux ou locaux, tirant au total à plusieurs millions d'exemplaires, traitant fréquemment des problèmes de santé, de sécurité et de nombreuses questions intéressant directement le Corps Médical, participant à créer une attitude, une opinion à l'égard de celui-ci. *Nous voulons surtout signaler ici l'importance technique et psychologique pour le Corps Médical du développement, prodigieux parfois de l'intérêt technique et psychologique de la presse spécialisée ouvrière.* Les syndicats ouvriers départementaux, les fédérations nationales de la Confédération Générale du Travail et des syndicats chrétiens créent et développent de plus en plus leur presse spécialisée dans un but de propagande et de formation. De plus en plus cette presse aborde les problèmes techniques de la vie des Hommes : Travail, Santé, Habitat, Nutrition ,Vêtement, Pathologie, Sécurité Sociale. De plus en plus ces sujets frôlent les diverses disciplines techniques participant directement à la vie des hommes, dont la discipline médicale. Les médecins doivent s'intéresser à cette presse et parfois y participer. Nous avons été particulièrement frappés par la tenue générale du « GUIDE DU MÉTALLURGISTE », Dans son numéro de janvier 1946 par exemple, tirage de 15.000 exemplaires, des articles très polyvalents présentent un intérêt tout particulier, même pour le lecteur qui n'est ni métallurgiste ni syndicaliste, Ils traitent, par exemple, de la prévention des accidents du travail, de la vie des congrès syndicaux, de la mise en place des comités d'entreprise, *de l'organisation de la Sécurité Sociale*, problème si important pour le Corps Médical et dont l'avenir dépend en grande partie des syndicalistes en général et de certains syndicalistes de la Fédération des Métaux en particulier.

Il faut que les médecins, comme d'ailleurs les ingénieurs, les architectes, grâce à cette presse simple, très spéciale mais bien informée, et fréquemment d'une remarquable tenue, prennent conscience de la pensée de groupes importants d'hommes qui ne sont ni médecins, ni ingénieurs, ni architectes. Il faut qu'ils prennent ainsi conscience de la complexité des problèmes avant d'émettre des opinions parfois fort valables, mais souvent primaires, enfantines et trop définitives.

L'ADAPTATION BIOLOGIQUE DE L'HOMME A SON TRAVAIL
(Publication mise au point en octobre 1945 par le Service Médico-Social du Ministère de la

Guerre, Service des Établissements d'Armement) (1).

Le Dr Lemoine, médecin-conseil de ce service, assisté du Dr Sieurin, y expose une méthode d'étude de l'adaptation de l'Homme au Travail, véritable méthode scientifique nécessitant :

1°) La mise au point :

a) D'un protocole précis d'étude de postes de travail en fonction de l'Homme ;

b) de fiches d'aptitude de l'Homme à des postes de travail.

2°) La détermination d'une méthode de comparaison de ces deux mises au point de l'aptitude étudiée en fonction du poste et du poste étudié en fonction de l'aptitude.

Indépendamment de l'excellente présentation de ce Travail et de la stricte valeur technique de cette publication enrichie de nombreux exemples concrets et de schémas, cette publication présente plusieurs points particulièrement intéressants qui méritent d'être signalés au Corps Médical.

1°) *La Médecine du Travail* qui a définitivement, depuis quelques années, acquis droit de cité, doit continuer son développement quantitatif parallèlement à la reprise économique de la France. Mais elle doit enrichir constamment ses méthodes et serrer de plus en plus près les divers aspects scientifiques et philosophiques qu'elle comporte. Cette publication représente l'un de ces efforts enrichissants.

2°) Cette publication résulte d'un effort permanent qui remonte à de nombreuses années, efforts successifs de groupes et de personnes aboutissant à des résultats de plus en plus valables dans un domaine qui s'élargit constamment au cours de l'évolution rapide de notre civilisation : le Travail et son Organisation Scientifique en fonction de l'Homme. Cette publication, qui a passionné certains milieux de Travail en France et à l'étranger, est notamment l'aboutissement de l'élaboration générale progressive internationale de la Médecine du Travail et spécialement des travaux réalisés dès 1936 par notre ami le Dr Eck dans une usine de métallurgie, puis des travaux réalisés depuis quatre ans par nos amis les Dr Auffret et Gouléne dans les textiles artificiels, ainsi que des travaux concernant les problèmes de la main-d'œuvre mis au point par d'autres groupes de techniciens auxquels nous avons eu la joie de participer. Elle résulte de la valeur acquise par les auteurs de ce travail au cours de leur expérience vivante mais souvent âpre de médecins d'usine.

3°) Cette publication tend à faire travailler ensemble dans un but de synthèse des disciplines techniques complémentaires jusqu'alors limitées et séparées par leur spécialisation même : ingénieurs et médecins notamment, mais aussi ouvriers, syndicalistes, cadres, chefs d'entreprises, chercheurs, psychologues et psychotechniciens. Aspect nouveau d'une méthode de travail capitale.

4°) Cette publication a le mérite de faire prendre conscience de l'importance des problèmes que pose l'Homme dans la Société en général et dans le Travail et la Production en particulier. Elle tend à rapprocher les ingénieurs, les médecins, les architectes. Elle tend à rapprocher ces techniciens des chefs d'entreprises, des cadres, des savants, des syndicalistes de plus en plus responsables de problèmes de plus en plus complexes, tout en apportant une large contribution sur la défense de l'homme dans le Travail Moderne et sur le problème, si important actuellement, des diminués physiques.

En renforçant sa Technique grâce à de telles publications à la fois élevées et concrètes, et en dégageant son Esprit, la Médecine du Travail trouve rapidement sa place dans la Science de l'Homme à son plan réel. D'autre part, la Médecine du Travail Française, grâce à des efforts progressifs et constants, s'est hissée et se maintiendra à l'avant-garde de la Médecine du Travail Internationale par ses réalisations prototypes et sa conception.

CONCLUSION

Ces informations pourraient paraître « arlequinesques », et cependant elles sont fondamentalement complémentaires, dans le but de donner, par leur polyvalence, une information orientée et élevée aux médecins français trop souvent débordés par leur tâche quotidienne. Indépendamment du but de leur faire connaître l'existence d'efforts soit officiels, soit privés, réalisés en France, très inégaux en importance apparente et présentant directement ou indirectement un rapport avec leur activité, nous avons divisé ces quatre éléments d'information à titre de symboles :

— Symbole de l'importance acquise par les problèmes démographiques nécessitant l'accent qualitatif : Institut National d'Études Démographiques ;

— Symbole de l'importance acquise par la science nouvelle de la détection scientifique de l'opinion publique : Institut Français d'Opinion Publique ;

— Symbole de l'importance acquise par l'éducation des travailleurs dans un domaine souvent méconnu : la presse ouvrière spécialisée : *Guide du Métallurgiste ;*

— Symbole de l'importance du problème de l'homme individuel et collectif dans le domaine du Travail : *L'adaptation Biologique de l'homme à son Travail ;*

enfin et surtout :

— Symbole de l'alliance des diverses Techniques pour atteindre à la Synthèse tendant à l'élaboration et à l'application des solutions valables sur le plan scientifique mais aussi sur le plan moral que posent depuis un siècle, avec une acuité toujours plus grande, les problèmes de la Vie.

Tous doivent participer aux progrès de cette pensée à la fois complexe et lointaine, concrète, simple et immédiate, sans laquelle la vie tendrait peu à peu à disparaître. La forme de discipline technique et de pensée que représente la Médecine sous toutes ses formes passées, présentes et d'avenir, doit participer à ce courant vivant.

(1) 90 *bis*, av. Henri-Martin, Paris.

Micelliode

IODE COLLOIDAL MICELLAIRE ÉLECTRO-POSITIF

Toutes les Indications de l'IODE,
SANS IODISME POSSIBLE

GOUTTES

Laboratoires de l'HÉPATROL _ 4 Rue Platon. PARIS (XVe)

INTESTARSOL

Granulé

TOXI INFECTION INTESTINALE

PARASITOSES

Laboratoire H. CALAS
162, Rue de l'HAY
GENTILLY (Seine)

Eubine



MIEUX QUE LA MORPHINE
SANS SES INCONVÉNIENTS

ANALGÉSIQUE, ANTISPASMODIQUE
SÉDATIVE, HYPNOTIQUE
CHL DE DIHYDROOXYCODÉINONE
TABLEAU "B"

AMPOULES, CACHETS, SUPPOSITOIRES

LABORATOIRE J. KŒHLY
R. LÉPICE, DOCT. EN PHARMACIE
18, RUE DE MÉNILMONTANT, PARIS (XXe)
TÉLÉPHONE : MÉNILMONTANT 63-95

CALME LES MAUX D'ESTOMAC
MODIFIE LA VISCOSITÉ DU SANG

CITROSODINE

ECHOS & COMMENTAIRES

Sur le certificat prénuptial.

Dans une récente étude sur le « Certificat d'examen médical avant mariage » G. Defoug dans la Gazette Médicale de France estime que les formalités imposées aux candidats au mariage risquent d'exercer une influence défavorable sur la nuptialité. Nous somme là-dessus pleinement d'accord avec lui. Où nous le sommes moins, c'est sur la phrase suivante : « *Il eût été sans doute plus sage d'attendre pour la mise en vigueur de la réforme, la création des centres médicaux prévus par l'ordonnance du 2 novembre* 1945, *qui auraient pu être chargés de l'exécution de la réforme.* »

Un de nos lecteurs estime discutable cette conception, à l'heure précise où le Corps médical s'élève contre le monopole des examens radiologiques prénuptiaux confié à un médecin agréé, et où les dirigeants de la profession doivent lutter avec acharnement contre le drainage des malades vers les consultations hospitalières à tarif réduit et vers les dispensaires gratuits. *Que restera-t-il donc au médecin praticien pour payer ses impôts* ? interroge avec effroi notre correspondant.

A propos de l'augmentation des tarifs article 64.

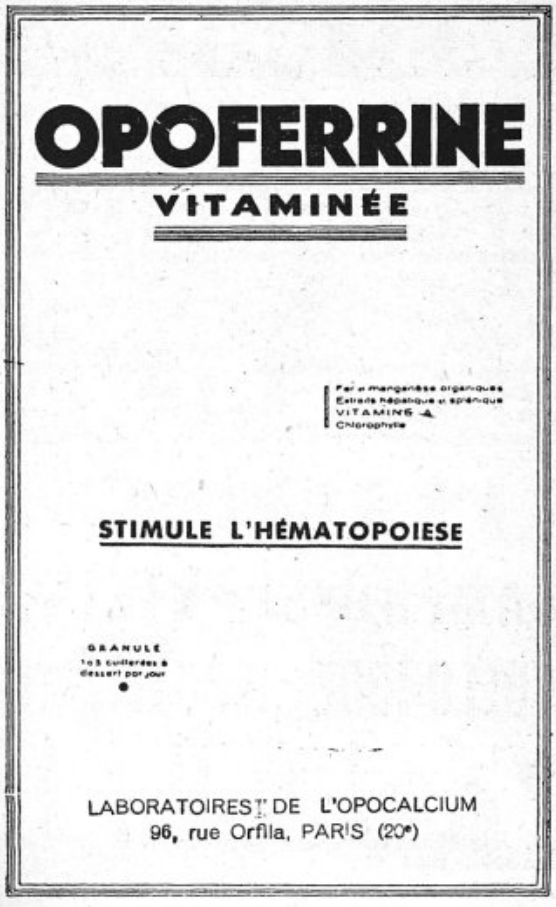
L'arrêté ministériel du 3 juin 1946 relevant le taux des honoraires pour soins aux pensionnés de guerre, a employé un sibyllin langage : 100 % *pour les actes médicaux figurant au* § 1 *du Titre I du tableau annexé à l'arrêté du* 2 *juin* 1943, *et* 50 % *pour les actes médicaux figurant au* § 2 *du Titre I et au Titre II.* Traduisons en clair : les consultations et visites des omnipraticiens sont doublées. Les consultations et visites des spécialistes qualifiés et tous les actes à tarif spécial (y compris la petite chirurgie) sont augmentés de moitié. Nous avons déjà souligné ce que ces augmentations avaient de ridiculement insuffisant.

Pour les indemnités kilométriques fixées à 5 francs par kilomètre parcouru en plaine, on peut admettre, d'après l'étude de M. Petit publiée dans notre dernier numéro, que provisoirement, elles couvrent tout juste le prix de revient effectif d'une petite voiture, si pour rouler, le médecin n'est pas obligé de se procurer un quelconque accessoire au marché parallèle.

Il est donc évident que le problème n'est pas résolu par la récente hausse. Et la solution n'est-elle point au reste, purement et simplement dans l'assimilation aux A. S. ?

Une législation sur la « propriété professionnelle » est-elle souhaitable ?

En ces temps de crise particulièrement aiguë du logement, les médecins, comme tous les professionnels pour lesquels la stabilité de l'installation est particulièrement importante





craignent la tentation que pourraient avoir leur propriétaire de les mettre à la porte pour relouer ensuite à des conditions plus avantageuses.

Bien que dans l'état actuel de la législation, un locataire de bonne foi ne puisse être *pratiquement* expulsé d'ici longtemps encore, le risque redouté existe *théoriquement*, en particulier lorsque le bail est venu à expiration ou lorsque le locataire n'a pu obtenir de bail. Certains confrères nous écrivent donc pour nous demander de faire campagne en faveur de l'octroi aux professionnels expulsés d'un droit à indemnité analogue à celui reconnu aux commerçants auxquels le renouvellement du bail a été refusé par le propriétaire : la propriété commerciale serait donc étendue aux professionnels.

Cette question n'est pas nouvelle. Avant guerre déjà elle avait été agitée, tant dans la presse professionnelle qu'au sein des organisations syndicales.

La Confédération avait pris sur ce point une position très nette : il n'y a pas lieu, estimait-elle alors, de demander en matière de location professionnelle un statut légal calqué sur celui de la location commerciale. Les raisons en étaient les suivantes : le prix des loyers professionnels ne manquerait pas d'augmenter, à l'instar du prix des loyers commerciaux ; la difficulté de trouver des locaux professionnels serait accrue, les propriétaires se souciant peu de restreindre encore une déjà trop faible liberté d'affectation de leurs immeubles. Enfin et surtout, la mesure envisagée assimilant presque complètement le cabinet médical au fonds de commerce risquerait d'entraîner à bref délai une fiscalité aggravée, des responsabilités juridiques et économiques plus lourdes et des formalités administratives et commerciales beaucoup plus compliquées.

Nous croyons savoir que la position des dirigeants syndicalistes n'a pas varié. Les avantages que certains confrères en difficulté pourraient tirer de la réforme par eux souhaitée seraient loin de contre-balancer les inconvénients certains qui pèseraient sur la profession médicale dans son ensemble.

Pour débarrasser nos médecins de la paperasserie administrative.

Nous relevons, dans le numéro du 16 juin 1946 de notre excellent confrère suisse *Médecine et Hygiène*, l'information suivante :

Une heureuse initiative belge pour débarrasser le médecin de la paperasserie administrative. — *Les nouvelles lois sur le contrôle sanitaire des travailleurs en Belgique multiplient outre mesure les obligations administratives des médecins qui participent à un service social, et ces médecins ont bien autre chose à faire que de s'occuper de* paperasserie administrative. *C'est pourquoi la Croix-Rouge de Belgique va inaugurer un centre de collaboration avec les médecins. Ce premier de ces centres sera installé à Vilvorde, et il prendra sur lui absolument toute la partie administrative du travail du médecin* social.

Il nous semble que l'initiative de la Croix-Rouge belge mériterait d'être suivie avec attention par la Croix-Rouge française. Fournir une aide intelligente au praticien français lui aussi écrasé chaque jour davantage par la paperasserie administrative, les démarches et formalités de tous ordres serait une œuvre socialement utile et, nous en sommes sûrs



GASTRHÉMA
Anémies — Anorexie
Hémogénie — Hypopepsie
GASTRHÉMA
Asthénie — 1 à 3 ampoules buvables par jour
Méthode de Castle — 17, Av. de Villiers, Paris-17e
GASTRHÉMA

CARDIALGINE
CAMPHO-SPARTEINE
COLLO-IODE • IODOTENSYL
Laboratoires DUBOIS
— R. DUBOIS, Docteur en Pharmacie —
52, rue Montesquieu, ASNIÈRES (Seine)
Téléphone : GRÉ. 03-92

économiquement payante. A quand une convention entre Syndicats médicaux et Sections compétentes de Croix-Rouge aux termes de laquelle les membres de la Croix-Rouge française deviendraient de véritables « assistantes sociales » des médecins pour chaque secteur de clientèle.

UNE MENACE CONTRE L'UNITÉ DU DIPLÔME.

De plusieurs côtés, on nous signale que certaines Caisses d'A.S. émettraient la prétention d'appliquer aux stomatologistes les conventions passées entre les Syndicats de chirurgiens-dentistes et les Caisses.

Cette prétention est inadmissible. Faut-il redire une fois de plus que les médecins stomatologistes sont des médecins, et jouissent de l'intégralité des droits attachés à la possession du diplôme de docteur en médecine ? Ils font partie intégrante du Corps médical, sont inscrits à l'Ordre des Médecins et sont pour la plupart affiliés aux Syndicats médicaux départementaux et au Syndicat Général des Médecins stomatologistes.

Les conventions qui les lient et qui leur profitent sont donc les seules conventions Caisses-Syndicats médicaux.

De même, à défaut de convention, les seuls tarifs qui puissent s'appliquer aux médecins stomatologistes sont les tarifs *médicaux* fixés par la Commission Nationale Tripartite et non les tarifs *dentaires*.

Le Syndicat Général des Médecins Stomatologistes a été saisi de la difficulté. Il s'occupe activement de la résoudre. Nous engageons nos lecteurs à résister opiniâtrement aux prétentions des Caisses.

L'AUTOMOBILE DU MÉDECIN.

La rubrique des difficultés de toutes sortes auxquelles se heurte le médecin pour ses déplacements professionnels et des conséquences qui s'ensuivent est d'une actualité qui rebondit sans cesse.

Notre confrère et ami, le Dr Robert, d'Issoudun, nous conte le fait récent suivant où il fut à la fois victime protestante et témoin affligé :

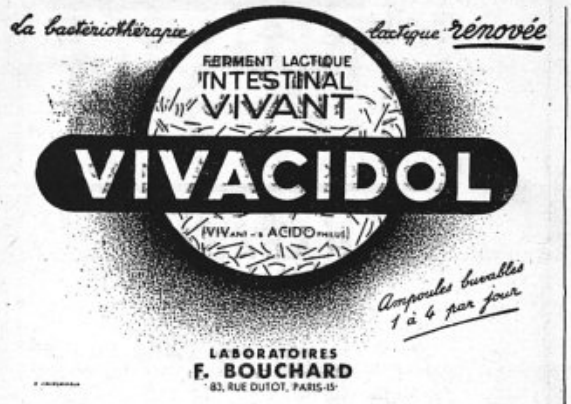
« Appelé d'urgence dans une commune distante de 17 km. pour un accouchement, il se met en route dans sa voiture datant de 1932 (impossible d'en obtenir une neuve) et dont l'un des pneus se meurt de vieillesse (impossible d'en obtenir le remplacement). Il est retardé par divers démêlés avec la mécanique et avec le pneu, et en arrivant se trouve en présence d'une présentation par le siège dont la tête dernière est retenue.

« Extraction en quelques secondes, mais trop tard : l'enfant est mort. »

Un exemple de plus (nous en avons déjà cité d'aussi tragiques) de ce que coûtent à la population, l'incurie et l'incompréhension de nos Pouvoirs publics.

Mais il y a des voitures neuves pour les candidats aux élections, et même pour les militants.

Sentines de la politique !

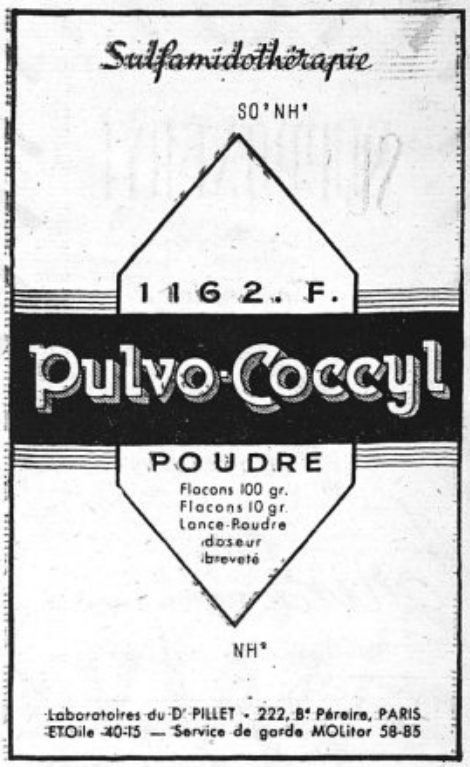


Migraines, Rhumatismes
Toutes Algies

CURATINE BRUNET

1 à 4 cachets par jour

LABORATOIRE BRUNET
23, rue des Écouffes - PARIS-4e



CORRESPONDANCE

APPLICATION DU TARIF DES ASSURANCES SOCIALES

3059. 1° Consultation de spécialité ; 2° Notes en série ; 3° Certificat ; 4° Corps étrangers multiples de l'œil.

Je sous serais reconnaissant de me donner les renseignements suivants concernant la nouvelle nomenclature en tant qu'applicable actuellement depuis le 6 mai 1946 aux A.T., la Commission nationale tripartite ayant fixé les prix de base pour le Nord.

S'il est fait mention des visites du dimanche et de nuit pour les praticiens, il n'est pas fait mention pour les spécialistes des consultations du dimanche et de nuit. Quel tarif appliquer ? Cela est d'autant plus important que, en A.T., on nous amène souvent des blessés la nuit ou le dimanche.

Dans le tarif des accidents de travail de 1938, il est marqué : cautérisation de la cornée en une ou plusieurs séances. Avec l'arrêté du 25 septembre 1945, ce tarif était de 280. Dans la Nomenclature, il est simplement noté : cautérisation superficielle cornée conjonctive, K×3. Dans le Nord, K vaut 60, ce qui fait 180 fr. Dois-je comprendre que l'on peut dorénavant compter autant de cautérisations faites pour le même accident, je le suppose, car autrement le tarif serait diminué de 100 fr.

Antérieurement, l'hospitalisation en A.T. donnait droit pour le médecin à des honoraires se montant à 12 fr. par jour (6 fr. avant le décret du 25 septembre 1945). Il n'en est pas fait mention dans la nomenclature De ce fait, quel tarif doit-on indiquer en A.T. dans le cas d'hospitalisation sans opération ?

L'article 30 de la loi des A.T. donnait tous les renseignements pour les certificats. Dans la nomenclature aucune mention à ce sujet. Comment tarifer par exemple les certificats fournis au cours du traitement ?

L'article 31 donnait les détails pour la rédaction des notes d'honoraires. A dater du 6 mai 1946 devra-t-on encore donner la dénomination exacte des opérations ou simplement mettre K avec son coefficient ?

Je ne connais pas la valeur des C et K pour le Pas-de-Calais. S'il est différent de celui du Nord, dois-je appliquer ce tarif pour des ouvriers blessés dans le Pas-de-Calais ? ce qui compliquerait singulièrement la rédaction des notes d'honoraires.

P.S. — Au moment de vous envoyer cette lettre, je constate que l'article 25 B de l'ancien tarif A.T. n'existe pas dans la nouvelle nomenclature. De ce fait, comment tarifer : extraction de plusieurs corps étrangers dans un œil ?

Dr D.

Réponse

a) *Dans l'arrêté du 12 avril 1946 relatif aux frais médicaux en matière d'A.T. il n'est pas parlé de modifications concernant les visites et consultations simples, il s'ensuit qu'il n'y a qu'à suivre la Nouvelle Nomenclature avec rabais de 20 % pour la visite ou consultation simple en ce qui concerne les A.T. Or, dans le chapitre premier (consultation et visite) sont bien notées les visites du dimanche et celles de nuit pour les spécialistes (voir page 15 et 16 de la nom, beige ou, pour la nom. du Concours, voir page 10, A. et C.).*

b) *Il me semble que vous pouvez compter K.3 chaque fois que vous faites une cautérisation superficielle de la cornée, mais il s'agirait alors d'actes pratiquées en*

SUPPONERYL
★
Insomnies
de toute nature
Hypoalgésie
opératoire
et obstétricale
THERAPLIX
98, RUE DE SÈVRES, PARIS-VII•

LIT MÉCANIQUE DUPONT
Cent ans de spécialisation
dans le confort du malade
POUR SOULEVER ET SOIGNER LES MALADES
NOUVEAU MODÈLE PERFECTIONNÉ
RECOMMANDÉ PAR LE CORPS MÉDICAL
10, Rue Hautefeuille
PARIS (VIe Arr.)
Téléphone : Danton 05-61 et 62
Succ. à Lyon, 6, Place Bellecour
VENTE ET LOCATION

MÉDICAMENT DES ANGOISSÉS DU CŒUR
PRODUIT PHYTOTHÉRAPIQUE
EUPHYTOSE
Deux formes : Solution, Comprimés
LABORATOIRE MADYL
14, Rue de Miromesnil, PARIS (8e)

série. Auquel cas, suivant l'article 6, alinéa 2 de tels actes « comportent l'envoi du bulletin d'information ».

c) *Il s'agit là de conventions caisses-hôpitaux au sujet desquelles vous devriez vous adresser à votre Syndicat, puisqu'il s'agit de questions locales et de dispositions différentes suivant les conventions établies.*

d) *Pour les certificats, voir l'arrêté du 12 avril 1946 rappelé ci-dessus et où il est dit en substance : Certificat initial : 1° En cas de blessure légère Pc. 0,4.*

2° Descriptif ou lorsqu'une blessure présumée légère devient grave (donc au cours du traitement) = Pc 0,7.

3° Final descriptif en cas de I.P.P. = Pc 1. Ces honoraires sont comptés en plus de la visite ou de l'intervention.

e) *Voir Ophtalm, III Extraction de corps étrangers* multiples *d'un œil ou des deux yeux* = K. 4.

Dr F. DECOURT

QUESTIONS DIVERSES

717. — **Loyers des garages.**

J'ai loué, sans aucun écrit, bien avant la guerre une remise particulière à auto. Tous les trois mois, le propriétaire du local me donne une quittance de loyer payable d'avance. Je paye actuellement 650 fr. par trimestre (après une augmentation récente de 100 fr. par trimestre) Comme je suis souffrant, dans l'impossibilité de sortir, j'ai envoyé mon petit-fils porter le chèque pour payer la période jusqu'au 1er mars. Ceci vers le 20 janvier 1946. La représentante du propriétaire lui a dit : « Vous direz à votre grand père que la prochaine quittance sera portée au double. Le loyer par trimestre sera donc de 1.300 fr. »

1° Étant donné les dispositions législatives actuelles en cours sur la hausse des prix, mon propriétaire a-t-il le droit de procéder à une semblable hausse ?

2° Si oui, n'aurait-il pas dû me prévenir avant le 1er janvier soit verbalement, soit par lettre ?

Il me semble que, m'ayant prévenu une fois ce trimestre en cours, il ne peut pas augmenter ma prochaine quittance, mais bien la suivante.

Dans l'endroit où je loge ma voiture, il y a six ou huit remises particulières. Le propriétaire n'est pas garagiste. C'est un plombier qui a organisé un terrain libre, assez bien d'ailleurs, pour y faire des remises particulières.

Je serais très heureux d'avoir votre avis sur cette question. Dr F.

Réponse

Nous avions fait juger au début de l'application de la loi du 1er avril 1926 que les garages où les médecins remisaient leurs voitures automobiles, devaient être considérés comme des accessoires des locaux professionnels et suivre le sort de ceux-ci en ce qui concerne l'application de la législation des loyers.

Mais la Cour de Cassation est malheureusement revenue sur cette jurisprudence et, dans le dernier état de ses décisions, elle considère que les garages distincts de l'habitation principale où les médecins remisent leurs voitures sont des locaux d'une nature particulière qui échappent à la réglementation d'exception.

Il s'ensuit que les locaux de cette nature restent soumis au droit commun et qu'aucune taxation du loyer ne peut être invoquée en ce qui les concerne. Sans doute une ordonnance du 30 juin 1945 a-t-elle prononcé le blocage des prix, sauf dérogation accordée dans des cas particuliers. Mais l'article 60 de cette ordonnance précise que ces dispositions sont applicables à tous les produ ts et à tous les services, notamment aux prix des locations

PULMONE
ELIXIR - CACHETS - AMPOULES
VOIES RESPIRATOIRES

GOUTTES IONISÉES
ALCALOSE

CARBONEX
ESTOMAC-FOIE-INTESTIN

LABORATOIRES BIOS
10, RUE VINEUSE PARIS
TRO. 57-44

Eczéma
CUROZEMA
9 Dragées par jour
OPOSÉROTHÉRAPIE VALTRY
LABORATOIRE BIOLOGIQUE VALTRY
46, Rue St Didier Paris 16e
FORMULE INFANTILE :
Pédiozema
GRANULÉ

autres que celles portant sur des immeubles et qui ne sont pas régis par des dispositions législatives spéciales. L'ordonnance du 30 juin 1945 ne peut donc être invoquée pour la détermination du loyer d'une remise, et comme d'autre part, ainsi que nous venons de le voir, aucune taxation résultant de la législation d'exception ne peut être invoquée, le prix peut être librement déterminé sans aucune limitation ni réserve par accord direct entre propriétaire et locataire.

658. — Préservation des intérets des médecins prisonniers.

Après avoir exercé la médecine à X..., de 1920 à 1930, je me suis réinstallé en 1940 à D... à 12 kilomètres de X.. Le contrat que j'avais avec mon successeur prévoyait le droit de réinstallation dans la région après dix ans. J'ai communiqué ce contrat à l'Ordre des Médecins, et mon installation à D... a été autorisée.

A 7 kilomètres au sud de D..., se trouvait également en 1940 un médecin israélite étranger. Ce dernier a été mis dans un camp de concentration en octobre 1941, n'en est sorti qu'à la libération, s'est engagé dans l'armée et vient d'être démobilisé.

Existe-t-il une loi qui permet à ce médecin de discuter l'opportunité de mon installation, comme il le prétend? Car il affirme avoir le droit de faire supprimer les installations de médecins dans un rayon de 10 kilomètres autour de lui, et deux confrères sont dans ce cas, (ces deux confrères s'étant installés avant la mise en camp de concentration en octobre 1941).

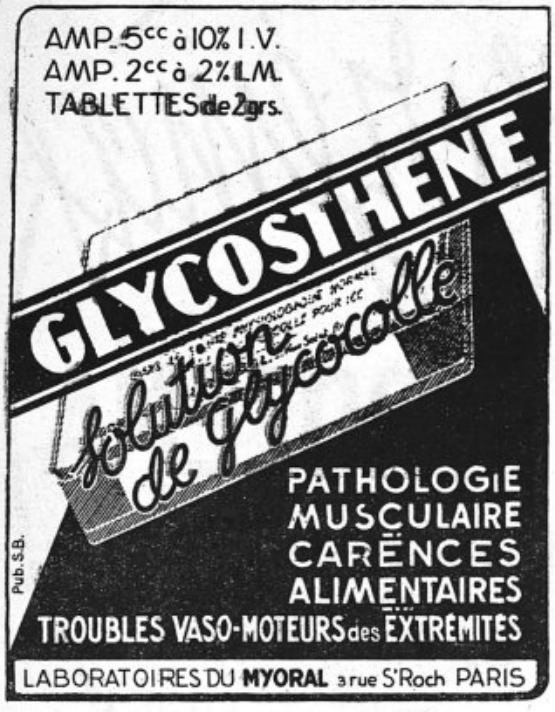
Dr B.

Réponse

Une ordonnance du 18 juillet 1945 assure la préservation des intérêts des médecins qui ont été prisonniers, déportés, appelés ou engagés dans les armée françaises ou alliées ou requis hors de leur résidence. Lorsque l'intéressé était installé dans une commune où exerçaient au 1er septembre 1939, moins de cinq médecins, il est créé à sa demande, autour de son cabinet une circonscription réservée dont le rayon ne peut excéder 20 kilomètres.

Lorsqu'une circonscription a été ainsi créée au profit d'un médecin, ses confrères, installés avant la promulgation de l'ordonnance, mais depuis le départ de ce médecin, ne peuvent continuer leur activité après le retour de ce dernier lorsque leur maintien accroît le nombre des praticiens qui étaient régulièrement installés soit au 1er septembre 1939, soit au départ de l'intéressé, si entre ces deux dates l'effectif s'est trouvé majoré.

Dans les limites strictes du champ d'application de l'ordonnance, il convient de remarquer principalement que vous vous êtes installé à D... en 1940 et que votre confrère n'a été mis en camp de concentration qu'en 1941. Vous étiez donc déjà installé au moment du départ de votre confrère et par conséquent, même si votre installation accroît le nombre des praticiens régulièrement installés au 1er septembre dans la localité, l'ordonnance du 18 juillet ne peut être utilement invoquée par votre confrère.





CONNAITRE

CAHIERS DE L'HUMANISME MEDICAL

CAHIER N° 4

MASSES, ELITES ET MEDECINE

SOMMAIRE

Editorial (Connaître). — Le problème des masses (Chevallier). — L'éducation des masses (Archambault). — Les moyens modernes peuvent-ils servir à l'éducation des masses (Ponte). — L'éducation sanitaire (Viborel). — Le problème des Elites (Ravier). — Sélection professionnelles des étudiants en médecine (Cornil). — Le sens de l'humain et de la liberté dans la médecine française (Delore). — *Les courants de pensée* : Claude Bernard en seconde lecture (J. Fiolle). — *Chronique scientifique.* Entre deux infinis (Mallet). Le psychisme des animaux inférieurs (Fischer). — *Art et Médecine :* Les médecins amateurs de peinture. *Théâtre* Levallois). *Cinéma* (Joinville). *Bibliographie.*

Prix de souscription : 130 fr.

Au « Concours Médical », 37, rue de Bellefond, Paris (9e). Ch. Post. Paris 167-95.

RAPPEL DES CAHIERS DÉJA PARUS : N° 1. *La Médecine et l'Homme* (épuisé). N° 2. *Familles, Peuples et Médecine* (150 fr.). N° 3. *Education et Médecine* (150 fr.).

SOUSCRIPTION A 4 CAHIERS : 500 fr.

DEMANDES ET OFFRES

N° 368. — J. méd. marié A.E.H.P., plus. ann. pratique, cherche cabin. ville ou proxim., ou collabor. en vue success.

N° 369. — Client. propharm. tout proche ville import. sur autostr. Paris-Nice, à 6 h. de Paris. Très facile à desserv. Gr. habit., parc, potag. et verg. Ecr. journ. qui transm.

N° 370. — A céd. déb. août, poste méd. 1/2 rep., propharm. 10 km. de Rennes, mais., jard.

N° 371. — On dem. infirmière dipl. d'Etat ou dipl. Cr.-R. expérim., référ. sér. Ecr. clinique du Dr Papin, La Rochelle.

N° 372. — A vendre pour R. X. access. de graphie, châssis, écrans, pied de Drault, ampoule BB Coolidge localisat. Tr. bon état. S'adr. Dr Douvre, à Louhans (Saône-et-Loire).

N° 373. — Méd. 36 ans, possèd. voit. cherche empl. méd. demi-journ., Paris ou banl., à part. 1er août.

N° 374. — Doct. 48 ans ferait remplacement, été, à Paris ou ttes autr. rég., même de courtes durées. Ecr. journ. qui transm.

N° 375. — Codex 1937 état neuf et trébuchet pour propharm. au plus offr. Ecr. journ. qui transm.

N° 376. — A vendre oscillom. Pachon, état neuf. F. offre à M. Roger Kœchlin à Vindelle (Charente).

N° 377. — Médec. assist. demandé par l'Hôpital Psychiatr. de Chézal-Benoit (Cher). Ecr. au médec.-direct.

N° 378. — A.E.H.P. 34 ans ret. de captiv., cherche remplacements longues durées ou assist. en vue success. De préfér. Paris ou banl.

N° 379. — Sage-femme sér. est demand. pour clin.

N° 380. — Caisse A.S. agric. Paris rech. inf. dipl. Etat. Tél. Inv. 53-01, Serv. Médical, 44, rue de Bellechasse, Paris (7e).

Gérant : J. MIGNON
Février 1879
Lang, Blanchong et Cie, 30, rue du Poteau - Paris (18e) — 31.1040
Dépôt légal : N° 8
3e trimestre 46

CONSTIPATION

Lactolaxine

COMPRIMÉS DE FERMENTS LACTIQUES LAXATIFS

1 à 3 comprimés par jour

Labm André PARIS, 4, rue de la Motte-Picquet - PARIS XVe

TOT-SANG
SANG DE CHEVAL
EXTRAIT SPLÉNIQUE
EXTRAIT HÉPATIQUE
TOT-SANG
"Régénérateur puissant"
Anémies

Asthénies, Suites post-opératoires, Carences, Croissance, Puberté

Laboratoires Pharma-France
43, rue de l'Ancienne Mairie
Boulogne-s-Seine - Mol 12-13

VIOLET + VERT
DE GENTIANE BRILLANT
associés pour la première fois
2 formules : ADULTE et INFANTILE
OXYURASE
"Puissant destructeur"
Oxyurose

Infestations intestinales

Boulogne-s-Seine - Mol 12-13
Laboratoires Pharma-France
43, rue de l'Ancienne Mairie

ÉTABLISSEMENTS SOUDAN
48, rue d'Alésia - PARIS-XIV•

NITRITE D'AMYLE BOISSY
EUONYMINE PAUL THIBAULT
(Pilules)
GRAINS MIRATON
(Laxatif)
VIN GIRARD
Iodotannique phosphaté
SIROP GIRARD
Iodotannique phosphaté
BIOPHORINE GIRARD
(Granulé)
IODOMAISINE Globules
IODOMAISINE Pommade
LACTAGOL

Toutes ces spécialités sont enregistrées au Laboratoire National de Contrôle des Médicaments et peuvent être prescrites aux Assurés sociaux.

OPOBYL

Cholérétiques végétaux
Extraits hépatiques
et biliaires.

Affections hépatiques Constipation

1 à 2 pilules aux repas

LABORATOIRES A. BAILLY
SPEAB
15 RUE DE ROME — PARIS 8•
Opo. 12
LÉO BOUILLON

PANTOPON ROCHE OPIUM TOTAL

SOMNIFÈNE ROCHE HYPNOTIQUE

SÉDOBROL ROCHE TRAITEMENT BROMURÉ

SÉDORMID ROCHE HYPNOGÈNE

ALLONAL ROCHE ANALGÉSIQUE

PRODUITS "ROCHE"
Rue Crillon, PARIS

Oui, les sulfamides font des prodiges...
Oui, la penicilline fait des miracles...

... cependant le vieux

NÉOL

a conservé ses modestes mais classiques propriétés

en **gargarismes** dans les angines
en **lavages** dans les affections et les ulcérations bucco-pharyngées

LABORATOIRES BOTTU
115, Rue Notre-Dame-des-Champs, PARIS VI•

68e ANNÉE — Nº 29 — 20 JUILLET 1946

LE

CONCOURS MÉDICAL

87, RUE DE BELLEFOND - PARIS (9e) - TRU 33-66

FACULTÉ DE MÉDECINE

SOMMAIRE

PARTIE SCIENTIFIQUE.

Pratique chronologique des vaccinations préventives courantes (Dr Georges Schreiber)..... 759

Traitement de la fièvre de Malte par la téléroentgenthérapie totale (Dr André Denier) .. 761

Essai de conditionnement et de stérilisation de l'air des salles d'opération par M. Demirleau (réponse du Dr Masmonteil) 762

Les injections intra-veineuses réservées aux seuls médecins (G. F.) 763

L'heure propice pour les baignades (Dr M. Durnerin) 763

Les Sociétés Savantes, 764. La Presse, 765.

PARTIE PROFESSIONNELLE.

Propos du Jour : Défense de l'être intime (G. Lavalée) 767

Organisation Professionnelle : Le statut des Laboratoires d'analyses médicales (P. Douriez). 769

Pour une participation efficace du corps médical à la Sécurité sociale (Dr Valingot)..... 771

Libres Opinions : Organisation future du Service de santé (Dr Le Doze) 772

DEMI-COLONNES.

Dernières Nouvelles, 752. A travers l'Officiel, 755. Echos et Commentaires, 775. Correspondance, 778.

Silicyl

Médication de BASE et de RÉGIME des ÉTATS ARTÉRIOSCLÉREUX et des carences siliceuses

18, Rue Ernest-Rousselle - PARIS-13e

TRÈS PUISSANT RECONSTITUANT

HISTOGÉNOL

Élixir - Granulé
Comprimés - Ampoules.

Éts MOUNEYRAT
VILLENEUVE-LA-GARENNE (Seine)

Tous *Coqueluche*

ÆTHONE

Laboratoire de l'ÆTHONE 35, rue Boissonnade PARIS (XIVe)

Traitement Spécifique de l'Acné

SACNEL

Laboratoires DUMESNIL, 10, Rue du Plâtre, Paris 4e

VÉRITABLE HUILE DE

HAARLEM

G. de KONING TILLY

GOUTTES — CAPSULES

Laboratoires THOMAS, 2, rue Ste-Cécile, PARIS 9e

Infangyl Carlier

CALME LES TOUX INFANTILES

DERNIÈRES NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris.

Cliniques Baudelocque et Tarnier (Professeurs Lévy-Solal et Lantuejoul). — Un *cours de vacances* aura lieu du 2 au 28 Septembre 1946. Les auditeurs seront individuellement exercés à l'examen des femmes enceintes, à la pratique des accouchements et aux manœuvres obstétricales. Un certificat sera donné à l'issue de ce cours. Droits d'inscription : 250 fr. pour les étudiants ; 500 fr. pour les docteurs en médecine. S'inscrire au secrétariat de la Faculté. Le nombre des inscriptions est limité.

Institut de médecine coloniale. — La session d'enseignement de 1946 commencera le 1er Octobre et sera terminée le 18 Décembre. A la fin des cours, les élèves subissent un examen en vue du diplôme de « Medecin colonial de l'Université de Paris ».

Seront admis à suivre ces cours, les docteurs en médecine, les étudiants en médecine pourvus de vingt inscriptions, etc. La session n'aura lieu que s'il y a un nombre minimum de 30 élèves. Droits à verser : 3.500 fr. Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté, à partir du 25 Septembre.

Faculté de médecine de Marseille.

M. Cornil est nommé, pour trois années, doyen de la Faculté.

M. Carcassonne, agrégé, est nommé professeur de *pathologie chirurgicale* (dernier titulaire : M. Moiroud).

Faculté de médecine d'Alger.

M. Curtillet, agrégé, est nommé professeur de *clinique chirurgicale et orthopédie.*

M. Lacroix, professeur sans chaire, est nommé professeur *d'hygiène, hydrologie et climatologie.*

M. Duboucher, agrégé, est nommé professeur de *clinique chirurgicale.*

Faculté de médecine de Toulouse.

M. Calvet est nommé, pour trois années, doyen de la Faculté.

Faculté de médecine de Strasbourg.

M. Vaucher, professeur titulaire, est transféré dans la chaire de *phtisiologie* (chaire créée).

La Société des Amis des Hôpitaux Libres de France

a tenu le 24 Juin 1946 à l'Institut Prophylactique, 36, rue d'Assas, à Paris, sa séance de fondation.

Elle fut présidée par le Docteur Arthur Vernes, directeur de l'Institut Prophylactique, ancien président de la Société médicale des Hôpitaux Libres.

Parmi les membres du Comité d'honneur, citons : S. E. le Cardinal Liénard (de Lille), S.E. A. Veiga Simoes, Ministre du Portugal, MM. Paul Claudel, René Leriche, Daniel-Rops, Justin Godard, Amiral Lacaze, Louis Mourier,

Furent élus au Conseil d'administration provisoire : M. Brandenberger (Président), Dr Marc Iselin (Vice-Président), Drs Maurice Delort, J.-A. Huet, Frank Viala (secrétaires généraux).

Congrès français d'oto-rhino-laryngologie.

Ce Congrès tiendra ses assises à la Faculté de médecine de Paris du 21 au 24 octobre 1946, sous la présidence de M. le Dr André Moulonguet.

Questions à l'ordre du jour : 1° Coryza spasmodique, glandes endocrines et système neuro-végétatif (Professeur E. Halphen et R. Maduro) ; 2° La pénicillinothérapie en O.R.L.

A l'issue du Congrès sera organisée une série de leçons et conférences portant non seulement sur la spécialité, mais sur les branches de la médecine qui ont avec elle des rapports de plus en plus étroits. Diverses réceptions et visites sont déjà prévues.

Pour tous renseignements et adhésions, s'adresser au Dr H. Flurin, secrétaire général, 19, avenue Mac-





Mahon, Paris (17e) et Cauterets (Htes-Pyrénées), ou au Dr H. Guillon, secrétaire général adjoint, 6, avenue Mac-Mahon, Paris (17e).

Hygiène scolaire et universitaire.

Des *postes de médecins inspecteurs scolaires* à temps plein sont vacants dans les six départements de l'Académie de Grenoble (Ardèche, Drôme, Hautes-Alpes, Haute-Savoie, Isère, Savoie).

Traitement de base : 150.000 à 180.000 fr. suivant l'ancienneté, indemnités diverses en plus. Date d'entrée en fonction : 1er Octobre 1946.

Pour tous renseignements, s'adresser au Médecin Inspecteur Régional de l'Hygiène Scolaire et Universitaire, Rectorat de l'Académie, place Bir-Hakeim, à Grenoble (Isère).

Dispensaires anti-tuberculeux d'Ille-et-Vilaine.

Des *postes de médecins des dispensaires antituberculeux* du département d'Ille-et-Vilaine sont actuellement vacants. Les traitements sont ceux des médecins inspecteurs de la Santé.

Pour tous renseignements s'adresser à la Direction Départementale de la Santé, 8, rue du Docteur-Regnault, à Rennes.

Laboratoire Départemental des Landes.

Le *poste de directeur du Laboratoire départemental* des Landes, à Mont-de-Marsan, est déclaré vacant. S'adresser à l'Inspecteur de la Santé, Préfecture des Landes.

Naissances.

Nous apprenons la naissance de Bertrand Tournant, cinquième enfant du docteur Tournant, de Compiègne (Oise) ; de Marie-Hélène Vittrant, deuxième enfant du docteur Vittrant, ophtalmologiste à Soissons (Aisne) ; d'Odile et Marie-Paule Pontecaille, quatrième et cinquième enfants du docteur Pontecaille, de Cléguérec (Morbihan) ; de Brigitte Heunet, troisième enfant du docteur Jean Heunet, de Rémy (Oise) ; de Marie-Christine Samara, cinquième enfant du docteur Samara, de Boucau (Basses-Pyrénées) ; de Marie-France Lelorrain, quatrième enfant du docteur Lelorrain, de Vrécourt (Vosges).

On nous annonce la naissance, à Libourne (Gironde), le 16 Avril 1946, de Monique et Guyonne Hardouin, 17e et 18e petits-enfants du docteur P. Hardouin, professeur honoraire à l'Ecole de médecine de Rennes, et 5e et 6e petits-enfants du docteur de Raquine, de Barbotan, et la naissance le 25 Mai 1946 à Dinan (C.-du-N.), de Sabine Gautier, cinquième enfant du docteur Bernard Gautier, 11e petit-enfant du docteur Gautier et 19e petit-enfant du professeur Hardouin. Toutes nos félicitations à cette grande et belle famille médicale.

Mariages.

Le docteur J. Guillemin, chirurgien de l'hôpital des Frères de Saint-Jean de Dieu, fait part du mariage de Monsieur Pierre Guillemin, externe des hôpitaux de Paris, son fils, avec Mademoiselle Colette Couturié. La bénédiction nuptiale leur a été donnée par le Révérend Père Michel Pruvost, le 13 juillet 1946, en l'Eglise du Saint-Esprit, à Paris.

Nous apprenons le mariage de Mademoiselle Simone Dauvé, Docteur en médecine, médecin-inspecteur de la Santé d'Eure-et-Loir, avec Monsieur Robert Collardeau, Ingénieur E.E.M.I.

Nécrologie.

Nous apprenons avec regret la mort du docteur Gérard Bresson, tué accidentellement à l'âge de 30 ans (Jarcieu, Isère, 19 janvier 1946).

Le Concours Médical
Hebdomadaire fondé en 1879 par A. Cézilly.
Directeur honoraire : Docteur J. Noir.
Directeur : Dr G. Lavalée.
Rédacteur en Chef : Dr G. Fischer.
Rédaction, Administration et Publicité, 57, Rue de Bellefond, Paris (9e).
Téléphone : TRU 33-66. R. C. Seine 76.579.
Chèques postaux, Paris 167-95.
Abonnements : 1 an, 250 francs. - Etudiants, 125 fr. Le N° 10 fr. Changem. d'adresse 5 fr.





Assurances Sociales.

SUPPRESSION DU TICKET MODÉRATEUR.

Circulaire n° 81 S. S. 1946 du 27 mai relative à la suppression de la participation des assurés sociaux aux frais engagés à l'occasion de certains actes inscrits à la nomenclature générale des actes professionnels.

Le 27 mai 1946

Le Ministre du Travail et de la Sécurité Sociale à MM. les Directeurs régionaux de la Sécurité Sociale.

L'arrêté du 17 mai 1946, paru au « Journal Officiel » du 24 mai 1946 et dont les dispositions sont applicables à compter du 1er juin 1946, prévoit que les assurés sociaux et leurs ayants-droit sont dispensés de la participation prévue à l'article 24 de l'ordonnance du 19 octobre 1945, pour les frais engagés à l'occasion de tout acte ou de toute série d'actes constituant un traitement affecté, dans la nomenclature générale des Actes professionnels, annexée à l'arrêté du 29 octobre 1945, d'un coefficient global égal ou supérieur à 50.

Je vous précise donc qu'une série d'actes constituant un traitement global, inscrit comme tel à la Nomenclature, doit être assimilé à un acte opératoire unique.

En outre, je vous indique, tant pour l'application de l'arrêté du 22 mars 1946 supprimant le ticket modérateur en cas d'intervention chirurgicale, que pour celle de l'arrêté du 17 mai 1946, que si deux interventions, inscrites à la Nomenclature sous des rubriques différentes, sont pratiquées au cours de la même séance, ce sont les coefficients des deux actes, additionnés suivant les dispositions de l'article 16 de la Nomenclature, qui doivent être pris en considération pour déterminer si l'assuré peut prétendre à la dispense du ticket modérateur.

Si l'assuré, par exemple, a subi, au cours de la même séance, une cure de hernie unilatérale classée K. 40 et une ablation de tumeur de paroi abdominale classée K × 30, les deux interventions simultanées étant affectées du coefficient $40 + \frac{30}{2} = 55$, l'assuré est dispensé de la participation légale de 20 %.

Par contre, si les deux interventions sont pratiquées au cours de séances différentes, les coefficients ne s'additionnent pas pour l'application de l'arrêté du 22 mars 1946.

De plus, je vous précise que lorsque l'assuré a besoin de soins nécessités par une affection qui constitue une complication de l'intervention, une phlébite post-opératoire, par exemple, celui-ci est dispensé du ticket modérateur pour les frais engagés par cette affection.

Au contraire, si l'assuré reçoit des soins pendant la période post-opératoire, pour une affection sans rapport direct avec l'intervention, il doit supporter la charge des 20 %.

Enfin, si une complication de l'intervention entraîne une prolongation de la durée d'hospitalisation, la Caisse rembourse 100 % de son tarif de responsabilité pour ces frais de séjour supplémentaires.

Les barèmes d'hospitalisation, qui seront annexés à la convention-type entre les Caisses et les maisons de santé permettront d'apprécier les durées normales de séjour dans les établissements hospitaliers pour chaque intervention.

Je vous serais obligé de vouloir bien porter ces instructions à la connaissance des Caisses intéressées.

AÉROCID Aérophagie Aérocolie CACHETS ET COMPRIMÉS

AQUINTOL Coqueluche Toux spasmodique EN GOUTTES

HEP'ACTI Méthode de Whipple et de Castle Tréphones embryonnaires amino-acides AMPOULES DE 10 cc.
anciennement HEPASÉRUM

OPOCÉRÈS Simple et vitaminé Fortifiant biologique général AMPOULES BUVABLES COMPRIMÉS FRIABLES

LABORATOIRES DE L'AÉROCID
20, rue de Pétrograd, PARIS (8e)

ADRÉNOÏDES BÉRAL
Comprimés au 1/4 milligr. d'Adrénaline contre
l' HYPOTENSION
Un adrénoïde toutes les 3-4 heures à laisser fondre sous la langue
36, Avenue Hoche 8e

CALMOPELVINE Dragées
ANTISEPTIQUE URINAIRE
LABORATOIRES FERGANT
81, Rue Réaumur, PARIS - Tél. : Central 37-91

A TRAVERS L'OFFICIEL

AUXILIAIRES MEDICAUX.

Loi du 30 avril 1946 réglementant l'exercice des professions de masseur gymnaste médical et de pédicure.

TITRE PREMIER. — *Masseurs kinésithérapeutes*

Article premier. — Réserve faite des dérogations prévues à l'article 5, nul ne peut exercer la profession de masseur kinésithérapeute, c'est-à-dire pratiquer le massage et la gymnastique médicale s'il n'est Français et muni du diplôme d'Etat de masseur kinésithérapeute institué par l'article 2 de la présente loi. Lorsqu'ils agissent dans un but thérapeutique, les masseurs kinésithérapeutes ne peuvent pratiquer leur art que sur ordonnance médicale.

Art. 2. — Il est créé un diplôme d'Etat de masseur kinsésithérapeute qui sera délivré après des études préparatoires et des épreuves dont la durée et le programme seront fixés par décret du ministre de la santé publique. Des modalités particulières seront prévues pour permettre aux candidats aveugles de s'y préparer et de s'y présenter dans des conditions équivalentes à celles des voyants.

Ce diplôme sera délivré par équivalence aux titulaires du brevet de capacité d'infirmier masseur ou d'infirmière masseuse aveugle établi en application du décret du 27 juin 1922 ou de celui de masseur médical institué par le décret du 9 février 1944, aux masseurs définitivement autorisés à exercer la massothérapie conformément à l'article 8 de la loi du 15 janvier 1943 ainsi qu'aux gymnastes médicaux munis d'un diplôme d'Etat d'éducation physique et justifiant de huit années d'exercice.

Art. 3. — Seules les personnes munies du diplôme d'Etat de masseur kinésithérapeute institué par l'article 2 de la présente loi pourront porter les titres de masseur kinésithérapeute, de gymnaste médical ou de masseur, accompagnés ou non d'un qualificatif.

Art. 4. — Il est créé au ministère de la Santé Publique un Conseil Supérieur de la kinésithérapie, composé en nombre égal de représentants de l'administration, de médecins spécialisés dans le massage ou dans la gymnastique médicale et de masseurs kinésithérapeutes. Ce Conseil est chargé de donner son avis sur toutes les questions intéressant la formation et l'exercice de la profession de masseur kinésithérapeute. Les membres sont nommés pour trois ans par arrêté du ministre de la Santé Publique.

Art. 5. — Les personnes qui exerceraient la profession de masseur kinésithérapeute sans remplir les conditions fixées ci-dessus devront cesser leur activité dans les deux ans qui suivront la promulgation de la présente loi.

Toutefois celles qui exerçaient le massage médical ou la gymnastique médicale depuis trois années lors de la publication de la présente loi peuvent être autorisées définitivement à continuer leur activité suivant les modalités fixées par arrêté du ministre de la Santé Publique.

Elles doivent, si elles ne l'ont déjà fait, déposer leur demande à la préfecture de leur résidence dans les trois mois à dater de la publication de la présente loi. Mention des autorisations doit être portée sur un registre spécial déposé à la préfecture.

TITRE II. — *Pédicures*

Art. 6. — Nul ne peut exercer la profession de

THIONAIODINE Logeais
INJECTABLE A & B

La maladie rhumatismale chronique et ses syndromes douloureux
COMPRIMÉS
Complexe IODE - SOUFRE - MAGNÉSIUM associé aux sels de Lithine et à la VITAMINE B1
Toutes algies rhumatismales
Rhumatisme chronique
Troubles de la nutrition sulfurée
Bronchites chroniques
LABORATOIRES JACQUES LOGEAIS - ISSY-LES-MOULINEAUX - PARIS

pédicure et porter le titre de pédicure, accompagné ou non d'un qualificatif, s'il n'est Français et muni du diplôme d'Etat institué par l'article 8 de la présente loi.

Art. 7. — Seuls les pédicures auront qualité pour traiter directement les affections épidermiques (couches cornées) et unguéales du pied, à l'exclusion de toute intervention provoquant l'effusion du sang.

Ils ont également seule qualité pour pratiquer les soins d'hygiène, confectionner et appliquer les semelles destinées à soulager les affections épidermiques.

Sur ordonnance et sous contrôle médicaux, les pédicures pourront taiter les cas pathologiques de leur domaine (hygromas, onysix etc., soins pré et post-opératoires).

Art. 8. — Il est créé un diplôme d'Etat de pédicure qui sera délivré après des études préparatoires et des épreuves dont la durée et le programme seront fixés par décret du ministre de la Santé Publique.

Des diplômes d'équivalence pourront être délivrés selon les modalités fixées par arrêté du ministre de la Santé Publique.

Art. 9. — Il est créé au ministère de la Santé Publique un Conseil supérieur de la pédicurie composé en nombre égal de représentants de l'administration, de médecins spécialistes et de pédicures.

Ce conseil est chargé de donner son avis sur toutes les questions intéressant la formation et l'exercice professionnel des pédicures. Les membres sont nommés pour trois ans par arrêté du ministre de la Santé Publique.

Art. 10. — Les personnes exerçant régulièrement la profession de pédicure à la date de la promulgation de la présente loi pourront effectuer leur vie durant, les actes de compétence des pédicures possesseurs du diplôme institué par la présente loi.

En vue de l'application du présent article, les personnes exerçant la profession de pédicure devront dans les trois mois, adresser une déclaration au préfet. Mention des autorisations doit être portée sur un registre spécial déposé à la préfecture.

TITRE III. — *Dispositions communes*

Art. 11. — Les masseurs kinésithérapeutes et les pédicures sont tenus dans le mois qui suit leur entrée en fonctions, de faire enregistrer à la préfecture leur diplôme, brevet, titre ou certificat

Tout changement de résidence professionnelle hors des limites du département oblige à un nouvel enregistrement. La même obligation s'impose aux personnes qui, après deux ans d'interdiction, veulent reprendre l'exercice de leur profession.

Art. 12. — Dans chaque département et pour chacune des deux professions visées par la présente loi, le préfet dresse annuellement la liste des personnes qui exercent régulièrement cette profession en indiquant la date et la nature des diplômes, titres ou certificats dont elles sont effectivement pourvues.

Cette liste est insérée au recueil des actes administratifs de la préfecture. Elle est remise au directeur départemental de la Santé qui la tient à la disposition des intéressés. Une copie certifiée est adressée au ministre de la Santé Publique.

Art. 13. — Les masseurs kinésithérapeutes et les pédicures, titulaires du diplôme d'Etat, peuvent porter les insignes respectifs conformes aux modèles établis par le ministre de la Santé publique et dont l'usage leur est exclusivement réservé. Il leur est délivré, en outre, une carte professionnelle dont le modèle est également établi par le ministre de la Santé Publique.

Art. 14. — Les masseurs kinésithérapeutes et les pédicures se préparant à l'exercice, soit de l'une ou de l'autre profession, sont tenus au secret professionnel dans les conditions et sous les réserves énoncées à l'article 378 du code pénal.

Art. 15. — L'exercice illégal de la profession,

Micliode
IODE COLLOIDAL MICELLAIRE ÉLECTRO-POSITIF
Toutes les Indications de l'IODE, SANS IODISME POSSIBLE
GOUTTES
Laboratoires de l'HÉPATROL _ 4 Rue Platon . PARIS (XVe)



soit de masseur kinésithérapeute soit de pédicure, est puni d'une amende de 1.000 à 5.000 fr., en cas de récidive, d'une amende de 5.000 à 10.000 fr. et d'un emprisonnement de six jours à six mois ou de l'une de ces deux peines seulement.

L'usurpation d'un des titres visés aux articles 3 et 6 de la présente loi sera punie des peines prévues à l'article 259 du code pénal.

Art. 16. — La suspension temporaire ou l'incapacité absolue de l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute ou de celle de pédicure peuvent être prononcées par les cours et les tribunaux accessoirement à toute peine, soit criminelle, soit correctionnelle, à l'exception toutefois, dans ce dernier cas, des peines ne comportant qu'une amende.

Les personnes contre lesquelles a été prononcée la suspension temporaire ou l'incapacité absolue tombent sous le coup des peines prévues au premier alinéa de l'article 15 ci-dessus lorsqu'elles continuent à exercer leur profession.

Art. 17. — Les groupements professionnels régulièrement constitués de masseurs-kinésithérapeutes et de pédicures sont habilités à poursuivre les délinquants par voie de citation directe devant la juridiction correctionnelle sans préjudice de la faculté de se porter partie civile dans toute poursuite intentée par le ministère public.

Art. 18. — Est abrogée la loi du 15 janvier 1942 relative à la profession de masseur médical ainsi que le décret du 9 février 1944 relatif à la délivrance du brevet de masseur médical.

(*J. O.*, 1er mai 1946.)

Un arrêté ministériel du 24 mai 1946 organise un concours pour l'obtention du diplôme d'Etat de masseur kinésithérapeute.

(*J. O.*, 2 juin 1946.)

EXERCICE DE LA MEDECINE.

Arrêté ministériel du 23 mai 1946 accordant le droit d'exercer à des médecins étrangers.

Article premier. — Les praticiens étrangers dont les noms suivent, titulaires du diplôme d'Etat français de docteur en médecine sont autorisés à exercer la profession de médecin, pour une durée de six mois renouvelable, dans les conditions des articles 1er à 4 de l'ordonnance du 6 août 1945 et sur toute l'étendue du territoire métropolitain.

M. Danowski (Samuel), né le 25 avril 1904 à Brzesc-sur-Bug (Pologne). Adresse actuelle : Châteauneuf-de-Randon (Lozère).

M. Glucklich (Wilhem), né le 24 juillet 1911 à Galatz (Roumanie). Adresse actuelle : 36, rue Sibuet, Paris.

M. Igner (Emile), né le 18 mai 1910 à Fecucin (Roumanie). Adresse actuelle : 80, rue Lemerchier, Amiens.

M. Romacheff (Nicolas), né le 15 février 1911 à Petrograd (Russie). Adresse actuelle : 43, rue du Général-Brunet, Paris (19e).

M. Sufrin (Edouard), né le 22 octobre 1903 à Falliceni (Roumanie). Adresse actuelle : 3, avenue de Toulouse, Agen (Lot-et-Garonne).

Mlle Van Groenendael (M.-Thérèse), née le 18 juillet 1912 à Zwolle (Hollande). Adresse actuelle : Avrille (Maine-et-Loire).

(*J. O.*, 2 juin 1946.)

POPULATION.

Arrêté du 28 mai 1946 nommant les membres du Comité consultatif de la lutte contre la stérilité involontaire.

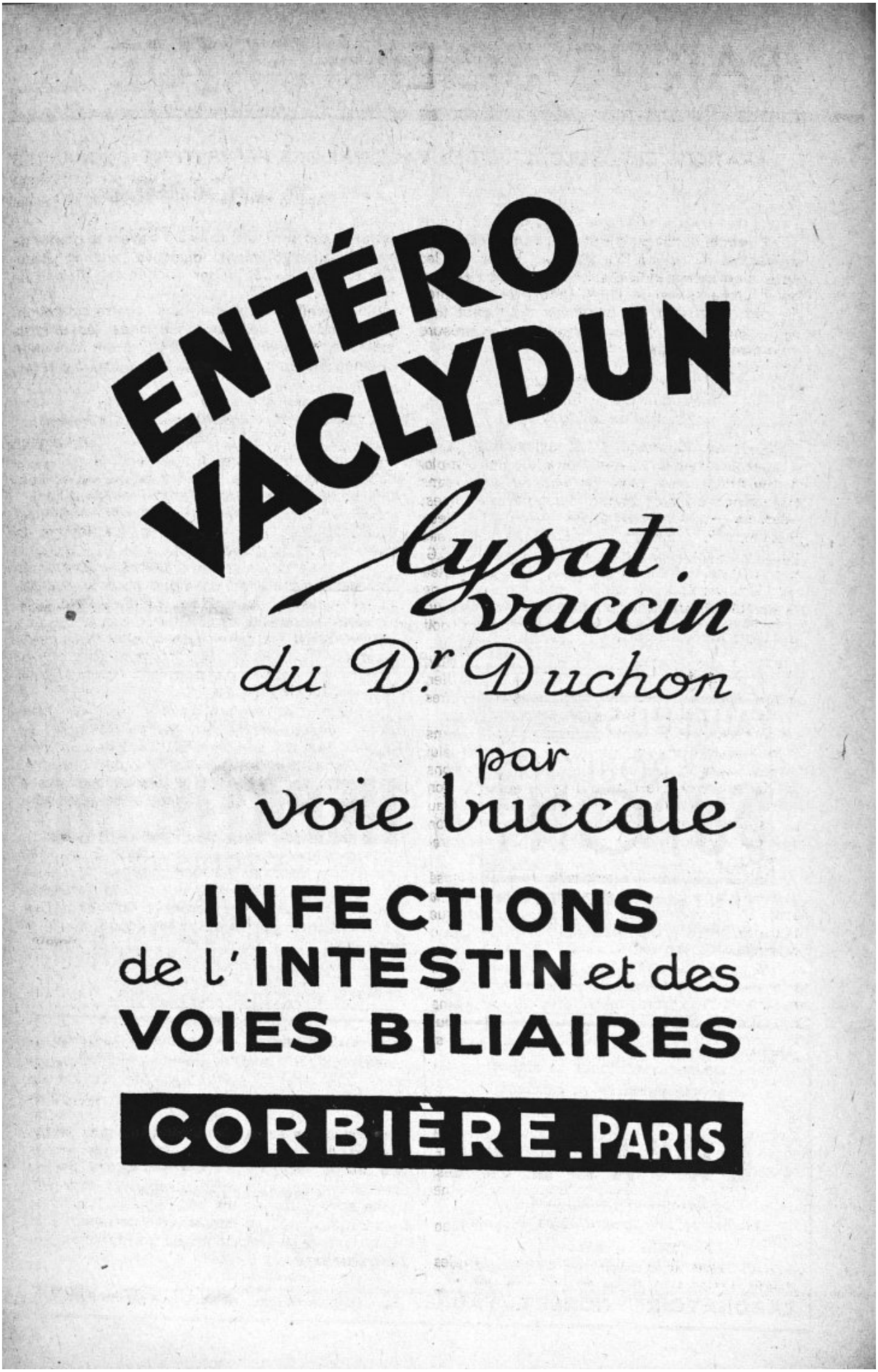
(*J. O.*, 2 juin 1946.)

FAUTEUILS ROULANTS DUPONT
Cent ans de spécialisation dans le confort du malade
VENTE & LOCATION
10, Rue Hautefeuille - PARIS (6e)
Téléphone : DANTON 05-61 - 05-62
Succ. à LYON. 6, Place Bellecour

MÉTHODE DE WHIPPLE
TECHNIQUE DE MINOT ET MURPHY
SYNDROMES ANÉMIQUES
INSUFFISANCES HÉPATIQUES
HÉPATHÉMO DESCHIENS
EXTRAIT CONCENTRÉ DE FOIE DE VEAU FRAIS
Hémoglobine, Vitamines Hépato-Sanguines
Ampoules buvables de 10 cc. et 3 cc. - Sirop
DESCHIENS, Docteur en Pharmacie, 9, Rue Paul-Baudry PARIS (8e)

ANÉMIES - ANOREXIE - AMAIGRISSEMENT
SURMENAGE INTELLECTUEL ET PHYSIQUE
CARENCES MARTIALE ET CALCIQUE
CONVALESCENCE
FERVALÈNE
Comprimés dragéifiés
Calcium et Fer assimilables + Kola
MODE D'EMPLOI
Adultes : 2 comp. avant chaque repas 2 à 3 fois par jour
Enfants : 1 comp. avant chaque repas 2 à 3 fois par jour

INSUFFISANCE RÉNALE - NÉPHRYTES - AZOTÉMIE
ALBUMINURIES - HYPERTENSION - ŒDÈMES
MANIFESTATIONS ANAPHYLACTIQUES
ÉPANCHEMENTS SÉREUX
MALADIES INFECTIEUSES - DÉMINÉRALISATION
NÉPHRALBINE
Cachets et comprimés
MODE D'EMPLOI | Adultes : 3 à 6 par jour
Enfants : 1 à 3 par jour
La NÉPHRALBINE est, dans la plupart des cas, supérieure à la théobromine
LABORATOIRE ROBERT FAURE, 2, rue Carnot, MELUN (S.-et-M.)


ENTÉRO VACLYDUN
lysat. vaccin
du Dr Duchon
par
voie buccale
INFECTIONS
de l'INTESTIN et des
VOIES BILIAIRES
CORBIÈRE. PARIS

PARTIE SCIENTIFIQUE

PRATIQUE CHRONOLOGIQUE DES VACCINATIONS PRÉVENTIVES COURANTES

Par le Dr Georges SCHREIBER
Ancien chef de clinique adjoint de la Faculté

Cet article aurait pu s'intituler : « **La Vaccination préventive à travers les âges** »... à travers les âges d'un même individu. Si vous le voulez bien nous allons suivre un sujet depuis sa naissance et voir quels sont les bénéfices qu'il peut tirer de la vaccination préventive au fur et à mesure qu'il avance en âge.

Du 10e au 15e jour
Prévention de la tuberculose
Vaccination au B.C.G.

L'innocuité du vaccin B.C.G. est admise par la plupart des auteurs (Léon Bernard). Son emploi systématique chez tous les nouveaux-nés sans exception n'est pas encore de règle mais il est judicieux de le recommander dans les milieux exposés à la contagion tuberculeuse. En pareils milieux, la pratique de la vaccination au B.C.G. doit, par surcroît de précaution, être complétée par l'isolement de l'enfant, dès la naissance, de tout contact tuberculeux ou suspect (P. Nobécourt et Georges Schreiber) et cet isolement doit être maintenu au moins pendant deux mois.

Jusqu'à ces dernières années le B.C.G. était donné généralement par voie buccale, à la cuiller, en trois doses, chacune de 2 cm³, prises à 48 heures d'intervalle, par exemple les 4e, 6e et 8e jours.

A présent le B.C.G. est appliqué par **scarifications** de la peau suivant un principe analogue à celui de la vaccination antivariolique. Ces scarifications sont faites lorsque le nouveau-né a récupéré son poids de naissance, soit du 10e au 15e jour, au besoin plus tard (Weil-Hallé). La prématuration pour ce dernier auteur n'est pas une contre-indication.

Le B.C.G. S.P. (pour scarifications) est adressé par l'Institut Pasteur à tout médecin qui en fait la demande au Service de la Tuberculose, 96, rue Falguière, Paris (15e). Adresse télégraphique : **Serpasteur, Paris.**

La vaccination au B.C.G. sera contrôlée, avant toute remise de l'enfant en milieu suspect par une cuti-réaction pratiquée à la fin du deuxième mois suivant la vaccination. Ce contrôle est renouvelé tous les ans et commande la revaccination si la réaction redevient négative (Weil-Hallé).

Avant le 3e mois
Vaccination antivariolique

Cette vaccination peut être pratiquée chez tout nouveau-né dès qu'il a dépassé le poids de 2.500 gr. d'où sa pratique systématique dans les Maternités. Cependant il est préférable d'attendre le troisième mois pour augmenter les chances de succès.

On aura soin d'employer un vaccin frais, bien conservé à la glacière.

Pour cette première vaccination, deux simples **piqûres** suffisent, effectuées à travers la goutte de vaccin préalablement disposée sur la peau. On aura soin de laisser sécher une dizaine de minutes.

L'hémophilie constitue une contre-indication. La vaccination sera retardée chez les enfants malades, débiles ou atteints d'une affection cutanée (eczéma, impétigo).

Au cours de la 2e année
Vaccination antidiphtérique-antitétanique

La **loi du 24 novembre 1940** a rendu cette double vaccination obligatoire. Toutes les fois qu'il sera possible on aura avantage à y ajouter la **vaccination antitypho-paratyphoïdique.** (Voir plus loin).

Les vaccinations nécessitent un examen médical préalable avec analyse d'urines (recherche de l'albumine et du glucose).

On s'abstiendra temporairement chez les enfants convalescents d'affection aiguë récente, fébriles ou présentant une maladie aiguë, porteurs de pyodermites ou d'eczéma.

On s'abstiendra définitivement chez les enfants tuberculeux pulmonaires, bronchitiques chroniques, ou atteints d'endocardite chronique, de néphrite, de diabète, etc.

La vaccination est pratiquée à l'aide de l'anatoxine mixte antidiphtérique-antitétanique de Ramon délivrée par l'Institut Pasteur. On fera trois injections sous-cutanées de 2 cm³ chacune, à 15 jours d'intervalle. Si la série d'injections a été interrompue, il est préférable de reprendre la totalité.

Les réactions consécutives sont inoffensives. Le lendemain ou le surlendemain, chez 10 pour 100 des enfants vaccinés on peut observer des réactions locales (rougeur avec œdème) ou générales (malaise, fatigue, température à 38°, 39°). Ces réactions sont justiciables d'un repos de 24 à 48 heures.

A partie de la 2e année
Vaccination antityphoidïque et antiparatyphoidïque A et B

Les fièvres typhoïdes et paratyphoïdes, rares au-dessous de 2 ans, augmentent de fréquence de 2 à 5 ans et surtout ensuite. La **loi du 25 novembre 1940** rend la vaccination antitypho-paratyphoïdique obligatoire pour tous les incorporés militaires et pour les sujets de 10 à 30 ans résidant dans les zones du territoire menacées par une épidémie, mais l'Académie de médecine considère que cette vaccination peut être pratiquée sans inconvénient dès l'âge de 2 ans. Le plus simple dans ce cas est de l'associer à la vaccination mixte antidiphtérique et antitétanique (Voir plus loin).

Les sujets suspects d'être au début d'une maladie aiguë, d'un état fébrile, de tuberculose (intérêt de la cuti-réaction), d'être en évolution de myocardite ou albuminuriques ne devront pas être soumis à la vaccination.

On utilisera de préférence **le vaccin T.A.B.** de l'Institut Pasteur. Les injections seront faites dans la région sus-épineuse. Elles devront être nettement sous-cutanées et poussées très lentement. Ces injections peuvent être pratiquées en 3 séances, mais l'Académie de médecine recommande de les faire en 4 séances, espacées de 7 à 10 jours aux doses suivantes :

	1re cm³	2e cm³	3e cm³	4e injection cm³
De 2 à 6 ans . . .	2/10	2/10	3/10	4/10
De 6 à 10 ans . . .	3/10	3/10	4/10	5/10
De 10 à 15 ans . . .	4/10	4/10	5/10	1
Au-dessus de 20 ans	5/10	5/10	1	1,5

Dans tous les cas le sujet devra observer le repos le jour et le lendemain de la vaccination et être soumis à une alimentation légère.

Les réactions consécutives sont minimes. On peut observer des réactions locales : œdème plus ou moins étendu, et des réactions générales : fièvre à 38° et au delà. Ces réactions ne durent généralement pas plus de 48 heures.

Au début de la 3e année

Revaccination au B.C.G.

Cette revaccination est en général à pratiquer à ce moment, mais il est préférable de la faire précéder d'une épreuve à la tuberculine (cuti ou mieux intradermo-réaction).

Au cours de la 6e année

Revaccination antidiphtérique-antitétanique de rappel

La vaccination antidiphtérique-antitétanique n'est complète qu'après une injection de rappel de 2 cm³ au cours de la 6e année.

2e revaccination au B.C.G.

Si la cuti ou mieux l'intradermo-réaction sont négatives on procédera à une nouvelle vaccination au B.C.G.

Au delà de la 6e année

Revaccinations au B.C.G. éventuelles

Le contrôle des réactions tuberculiniques doit se poursuivre tous les ans et des revaccinations au B.C.G. seront pratiquées s'il y a lieu. On pourra suspendre ces contrôles lorsque trois ans après la dernière vaccination, une cuti-réaction forte prouvera que l'injection tuberculeuse, inoffensive en ce cas, aura complété l'effet de la vaccination. (Weil-Hallé).

Avant la 11e année

Revaccination antivariolique

Cette revaccination est obligatoire à 11 ans, mais il est préférable de la pratiquer dès l'âge de 6 ou 8 ans. Pour cette revaccination, on aura recours plutôt aux scarifications qu'aux simples piqûres, mais ces scarifications doivent être discrètes et ne pas avoir plus de deux millimètres de longueur, pour éviter des réactions locales et parfois même générales, trop violentes.

Avant la 21e année

2e revaccination antivariolique

Cette revaccination est également obligatoire. Elle sera effectuée également au moyen de scarifications.

***

Vaccination triple antidiphtérique antitétanique, antitypho-paratyphoidique

Cette vaccination est très recommandable et de plus en plus pratiquée. Les doses sont celles qu'on utilise pour chacun des vaccins du mélange Ce dernier peut être réalisé dans la seringue immédiatement avant l'injection, mais il est préférable d'utiliser un mélange tout préparé tel que le **vaccin triple associé de l'Institut Pasteur.** Ce vaccin contient en proportions convenables de l'anatoxine diphtérique, de l'anatoxine tétanique et du vaccin T.A.B. Il est délivré en boîtes de 4 ampoules de 2 cm³ pour les enfants au-dessous de 12 ans, de 3 ampoules de cm³ pour les sujets plus âgés et en boîtes de 10 ampoules de 10 ou de 20 cm³ pour les vaccinations collectives. On aura soin de bien agiter les ampoules avant de les ouvrir.

La technique recommandée par l'Institut Pasteur est la suivante :

1° **Au-dessous de 12 ans.** — On pratiquera 4 injections à 15 jours d'intervalle de 1/2, 1, 1 5 et 1 cm³ 5.

2° **Au-dessus de 12 ans.** — On pratiquera 3 injections à 15 jours d'intervalle de 1, 2 et 2 cm³.

Pour les enfants au-dessous de 10 ans, certains auteurs réduisent un peu les doses ci-dessus indiquées dans des proportions analogues à celles que nous avons mentionnées plus haut pour la vaccination antitypho-paratyphoïdique.

Lorsque, pour une raison quelconque, la série des injections est interrompue, la vaccination pourra être poursuivie par la suite aux doses prescrites à condition que l'interruption n'ait pas dépassé trois mois.

Les contre-indications et les réactions consécutives sont celles que nous avons signalées en étudiant chacune des vaccinations.

Une **injection de rappel** de 2 cm³ de vaccin triple, livré par l'Institut Pasteur en ampoule isolée sera pratiquée un an après la vaccination associée et en cas de menace d'épidémie de diphtérie ou de fièvre typhoïde ainsi qu'à l'occasion d'une blessure.

TRAITEMENT DE LA FIÈVRE DE MALTE PAR LA TÉLÉROENTGENTHÉRAPIE TOTALE

Par le Dr André DENIER (La Tour-du-Pin)

Après 12 ans d'expérience favorable je crois qu'il est utile de faire connaître une méthode thérapeutique dont les résultats sont excellents dans la forme aiguë de la Brucellose humaine soit à B. Melitensis, soit B. Abortus.

Le premier cas que j'ai rapporté le fut sous forme de communication à la Société de Radiologie médicale de France le 13 février 1934. Etant donné sa forme brève, je la cite : " Guérison d'une fièvre de Malte en 2 irradiations de Téléroentgenthérapie totale. Fièvre de Malte évoluant depuis 45 jours chez un boucher de 45 ans. Fièvre oscillant autour de 38°5. Sueurs profuses, amaigrissement, perte d'appétit, ganglions sous axillaires, rate débordant légèrement, albumine 0 gr. 55, séro-diagnostic positif au melitensis.

Une 1re irradiation totale est faite à 2 m. 40 avec filtre 2 mm. Cu et 1 Al. tension 320.000 volts pulsatoire, 40 r. internationaux au Dosimètre de Hammer en 27 minutes, la chambre d'ionisation étant placée entre les cuisses du malade. Le malade se mettant en chien de fusil, tout le corps est irradié, sauf les pieds, en une seule fois.

Le lendemain la fièvre a disparu, l'appétit commence à venir, les sueurs persistent.

8 jours après, une 2e irradiation est faite identique à la première. A ce moment-là la rate est normale ; les ganglions sont à peine perceptibles. Les sueurs disparaissent 3 jours après la 2e irradiation. Au 25e jour le malade va bien, travaille. Il n'a jamais plus eu de fièvre. Aucune thérapeutique n'a été appliquée pendant le traitement téléroentgenthérapique ", et je terminais :

« Je tenais à signaler cette première observation pour ce résultat agréable au malade et heureux puisque les thérapeutiques sont si décevantes en matière de fièvre de Malte. J'espère que mes confrères voudront bien essayer ce moyen pour en vérifier l'efficacité. »

C'était en 1934.

Au IIe Congrès des Médecins Electroradiologistes de Langue française à Bruxelles le 1er août 1935. Je publiais le résultat de 4 cas. Et je continuais cette thérapeutique favorable sans qu'aucun confrère ne me suivit.

Ce fut Pierre Dufour, de Mâcon, qui publia en 1941 « Un cas de fièvre de Malte traité par téléroentgenthérapie totale », dont voici le résumé par le Dr Dufour.

« L'auteur rapporte l'observation d'un cas de fièvre de Malte dont le diagnostic a été vérifié par le laboratoire et qui évoluait depuis plusieurs mois, résistant à tous les procédés thérapeutiques... Traité par la téléroentgenthérapie totale, il a guéri en 8 jours après avoir par trois fois reçu une dose de 50 r. »

« Cette guérison remarquable par sa rapidité l'est encore par la brièveté de la convalescence ; le malade a travaillé peu de jours après la chute de la fièvre et a repris de 15 kilos en un mois. On sait qu'en général il persiste de l'asthénie qui traîne des mois et que les séquelles nerveuses, articulaires et quelquefois mentales ne sont pas rares.

Cette observation est à rapprocher de celles publiées par le Dr Denier de la Tour-du-Pin qui, le premier eut l'idée de cette technique ; cet ensemble doit inciter les radiologues à poursuivre l'étude de la radiothérapie antt-infectieuse ».

Les exhortations de Dufour furent stériles pendant encore 4 ans.

C'est alors J. Aimard, de Vichy, en 1945, qui rapporte une observation personnelle publiée dans le Centre Médical et que Lucien Rouquès résume dans la « Presse Médicale » dans un article sur la Téléroentgenthérapie de la Fièvre de Malte.

Voilà avec mes 17 cas personnels toutes les observations que mes investigations ont pu me faire connaître.

C'est pourquoi j'écris cet article ; étant donné les résultats extrêmement favorables, la téléroentgenthérapie ne peut qu'être diffusée sur une large échelle.

Je ne rapporterai pas le détail de mes observations qui se calquent les unes sur les autres. Tous les cas datent de plusieurs semaines, de plusieurs mois quelquefois, on a essayé toutes les thérapeutiques : les vaccins, les métaux colloïdaux, la gonacrine, naturellement les sulfamides ces dernières années.

Tous les malades ont un séro-diagnostic positif à plus de 1/200, les sueurs, l'amaigrissement sont constants, l'appétit est quelquefois conservé mais chez tous l'asthénie est très marquée, l'hypotension est la règle avec un pouls en général presque normal, malgré la fièvre ; cette dissociation du pouls de la température étant un excellent signe ; la majorité des malades ont ces algies musculaires, si pénibles, des bras et des cuisses et mollets ; quelques-uns ont des epistaxis et de la gingivorrhagie.

La première séance de bain général de rayons X car c'est ainsi qu'on peut appeler la Téléroentgenthérapie totale amène souvent la chute de la température au 2e jour ou tout au moins une modification de la courbe. La dose est de 30 à 40 r. suivant la corpulence de l'individu.

La 2e dose est répétée 8 jours après. Une 3e dose est quelquefois nécessaire mais ce n'est pas la règle.

Ce qu'il y a de plus remarquable c'est la transformation de l'état général. L'appétit revient chez ceux qui l'avaient perdu ; c'est presque une boulimie qui permet des reprises de poids spectaculaires ; mais ce qu'il y a de plus remarquable chez tous, c'est la disparition de l'asthénie ; en 15 jours c'est le retour des forces, de l'aptitude et du goût au travail.

D'ailleurs partant de ces résultats lorsque je trouve une fièvre de Malte depuis longtemps apyretique, mais qui reste asthénique, je ne manque pas de lui faire une séance de Téléroentgenthérapie totale dont le résultat ne se fait pas attendre, triomphant de cet état de langueur que les multiples « fortifiants » n'avaient pu vaincre.

Une incidente à cette occasion : deux séances à 8-10 jours d'intervalle de téléroentgenthérapie totale ont souvent un effet favorable en dehors de la fièvre de Malte chez beaucoup d'asthéniques, de convalescents de maladies diverses, de surmenés. Fatigue, lassitude, asthénie disparaissent, le sommeil revient régulier et l'appétit, de capricieux, retrouve sa régularité.

Qu'apporte donc la Téléroentgenthérapie totale ?

Les modifications de la formule leucocytaire ne sont pas toutes dans le même sens.

J'ai particulièrement étudié l'action sur le P. H. sanguin, sur la perméabilité cellulaire et sur la Sédimentation sanguine.

Pour le P. H. sanguin, étant donné toutes les causes d'erreur créées par le prélèvement, je fais la lecture au moyen d'une aiguille antimoniée introduite dans la veine et laissée à demeure, permettant ainsi une mesure avant, au cours de l'irradiation, et après. J'ai utilisé l'hémoionomètre de von Bremer extrêmement pratique et dont

la mise au zéro est très facile. En général il y a un fort abaissement du P. H. dans les 10 premières minutes de l'irradiation suivi d'un relèvement lent dépassant en fin d'irradiation le P. H. primitif puis, stabilisation dans les heures qui suivent à un chiffre qui reste plus élevé qu'au départ.

Ceci traduit l'apport dans le sang, reflet de ce qui se passe dans l'économie générale, d'une charge électrique négative résultant de l'ionisation cellulaire, dégradation dernière des photons apportés par les rayons X.

Pour la mesure de la perméabilité cellulaire j'utilise un montage personnel qui élimine tous les facteurs d'erreur connus. La perméabilité est enregistrée en étudiant la résistance cellulaire qui est l'inverse de la conductibilité au moyen, non pas d'un courant continu qui engendre des phénomènes de polarisation cause d'erreurs grossières, mais d'un courant de haute fréquence. Cette mesure d'une résistance et d'une capacité en courant alternatif s'appelle l'impédance.

L'appareil est un montage en pont de Kolrausch, les mesures sont faites au moyen d'électrodes imbibées de solution de Na Cl à saturation, électrodes placées à 20 cm. l'une de l'autre face interne du mollet et face interne du bras et on fait la moyenne. Sans entrer dans les détails techniques je dirai que la perméabilité modifiée par la maladie d'une manière très importante se trouve en 20 jours ramenée à la normale.

Un dernier test intéressant est la sédimentation sanguine.

Elle est généralement très augmentée comme dans tous les processus inflammatoires ; son évolution est intéressante.

Chez J. je trouve à la 1re heure 40 % avant l'irradiation, 50 % 1 heure après l'irradiation, 30 % au 8e jour, 12 % au 15e jour.

Chez R., 30 % avant, 40 % 1 heure après l'irradiation, 22 % au 8e jour, 10 % au 15e jour.

Cette brusque modification de la sédimentation sanguine correspond aux modifications du P. H. et traduit les charges électriques apportées aux hématies qui sont passagèrement dépolarisées traduisant les modifications de polarisation des membranes cellulaires.

La décharge des colloïdes du sang abaisse la stabilité de ces colloïdes, d'où décharge partielle des hématies et par conséquent sédimentation accélérée. C'est le problème de l'explication de la sédimentation sanguine.

Après cette période de micro-choc peut-on dire, phase négative fréquente d'ailleurs après tout traitement actif, une phase positive s'accomplit avec ralentissement de la sédimentation et les modifications physico-chimiques étudiées ci-dessus.

Cette action profonde, « totae substantiae », n'a aucun point de comparaison soit avec la médication de choc d'ordre chimique : protéine par exemple ou vaccinale : mélitine ou Dmelcos, qui d'ailleurs donnent des résultats inconstants.

En terminant je souhaite que cette mise au point soit utile en permettant de diffuser dans le corps médical une thérapeutique efficace, constante, rapide de la fièvre de Malte.

ESSAI DE CONDITIONNEMENT ET DE STÉRILISATION DE L'AIR DES SALLES D'OPÉRATION PAR M. DEMIRLEAU

REPONSE DU Dr. MASMONTEIL

L'article de M. Demirleau sur la stérilisation de l'air des salles d'opération, montre tout l'intérêt que portent les jeunes chirurgiens à la solution de ce problème et il faut le féliciter pour la création du bloc moderne qu'il vient de réaliser à Sadiki « sans avoir eu aucune possibilité de se documenter ».

Toutefois comme l'auteur, parlant du procédé que j'ai mis au point il y a près de dix ans, me met en cause dans les termes suivants : « le procédé de Gudin au formol neutralisé par l'ammoniaque, de même que le procédé à la vapeur utilisé par Masmonteil, rendant la salle stérile, mais ne la maintiennent pas stérile pendant les interventions, il en est de même de la brumisation » je suis bien obligé de lui répondre par souci de la vérité.

Notre appareillage, non seulement, permet de faire la stérilisation initiale de base, avant les interventions, mais de la parfaire au cours de celles-ci ; c'est un point sur lequel j'insiste auprès de tous ceux qui me font l'honneur de visiter mon installation : « nous continuons, disons-nous, à piéger les microbes en cours d'occupation du local ». Dans l'état actuel, l'extraction de 70 % environ de germes pénétrés dans la cellule opératoire, au moment de l'entrée du malade, est possible, ce que nous faisons depuis 1937. Nos recherches continuent pour approcher de la perfection absolue et nous avons récemment mis au point un nouveau filtre qui arrête la totalité des germes, quelle que soit leur densité. Ces faits seront publiés prochainement dans « La Revue de Chirurgie ».

Plusieurs autres points méritent aussi d'être relevés dans ce travail.

M. D. distingue le conditionnement de la climatisation la climatisation, étant fonction de la température et du degré hygrométrique ; et le conditionnement étant, pour lui, la climatisation plus la stérilisation.

Or en Amérique, où se trouve le plus grand nombre d'installations de ce genre, les termes de salles conditionnées, de salles réfrigérées sont couramment employées pour les désigner bien qu'aucune stérilisation de l'air n'y soit envisagée.

La distinction établie par M. Demirleau n'est pas retenue dans les pays anglo-saxons et pas davantage dans les Colonies où la plupart des maisons modernes sont dotées d'un conditionnement d'air (climatisation), afin d'en assurer le confort, sans, pour cela, ne jamais songer à en stériliser l'air. Ce sont deux choses absolument différentes : une salle stérilisée peut-être trop chaude ou trop humide, quand elle n'a pas le conditionnement d'air et inversement.

Le conditionnement de l'air est un problème, la stérilisation de l'air en est un autre. Ce dernier facteur qu'il reconnaît comme un élément capital et constitutif du conditionnement il n'a pu l'obtenir et il signale son échec dans les termes suivants : « Il n'en a pas été de même pour la stérilisation de l'air et il est certain que la solution que j'ai adoptée n'est pas la bonne ».

M. Demirleau ne s'est pas découragé, il a posé le problème à la Maison Gallois qui a établi un appareil bactéricide qui utilise l'action des rayons ultra-violets et voici les « résultats étudiés avec beaucoup de soins ». « Le nombre des germes au voisinage des champs

opératoires pendant les interventions est relativement élevé et l'est d'autant plus qu'il y a davantage de personnes dans la salle. Tout se passe comme si la ventilation était insuffisante et que le débit d'air stérile ne soit pas capable de neutraliser (?) l'air septique. Au moment de l'évacuation de la salle, le nombre de colonies poussant sur les boîtes de Pétri monte en flèche à 400, et même 500. »

Et M. Demirleau termine en disant : « D'autre part, la stérilisation est exactement identique avec le conditionnement simple, sans la stérilisation ou avec l'irradiation. »

Le problème de la stérilisation de l'air pendant l'occupation de local n'est donc pas résolu, le champ reste ouvert aux compétitions. Nous pensons en trouver sous peu la solution.

Beaucoup d'autres points envisagés par M. Demirleau méritent la discussion ; nous renvoyons ceux que la question intéresse, à notre article qui va paraître dans « La Revue de Chirurgie ».

LES INJECTIONS INTRAVEINEUSES RÉSERVÉES AUX SEULS MÉDECINS

LA pratique en a été interdite aux infirmières, nous écrit le Dr H. G. Mais, dans les hôpitaux, nombre de services les confient à celles-ci. Par extension, actuellement, n'importe qui fait en ville des injections intraveineuses.

« Ne parlons pas du danger pour le malade. Je suis arrivé juste à temps, il y a quelques jours, pour empêcher une sage-femme, promue infirmière pour la circonstance, d'injecter le contenu d'une seringue pleine de filaments blanchâtres, soit résidu calcaire de l'eau d'ébullition, soit précipité d'une ampoule avariée.

« Nos maîtres se rendent-ils bien compte, dans l'excessive confiance accordée à leur personnel, des répercussions que celle-ci peut avoir ? »

On sait que les injections intraveineuses, si utiles en raison de leur action rapide et générale, ont l'inconvénient d'exposer plus facilement aux accidents de choc ou d'anaphylaxie.

Pendant l'injection. — Certains accidents ou incidents peuvent se produire :

1° Piqûre de l'artère (retirer l'aiguille) ou d'un nerf (la blessure du médian par injection de Cl² Ca est très ennuyeuse) ; le plus souvent aucun inconvénient.

2° Envoi d'air dans la veine, embolie gazeuse : chasser soigneusement l'air de la seringue ; aucun accident en général.

3° Hématome sous-cutané. La veine était friable ; on a perforé les deux parois. Retirer doucement l'aiguille ; ne pas insister, essayer de piquer une autre veine.

4° Injection péri-veineuse. Il faut que l'injection reste strictement intraveineuse. On est averti par le malade (douleurs, brûlures locales), par la résistance à l'injection, par une tuméfaction visible si on résiste. Il faut arrêter l'injection, essayer de revenir dans la veine. Si on n'y arrive pas, ne pas insister, piquer ailleurs. Si l'injection a été poussée sous la peau : douleur, escarres ; faire des pansements humides, scarifications. On a proposé l'injection péri-veineuse d'eau distillée (cyanure), de sérum artificiel (As) et le massage.

Il faut injecter très lentement, se tenir toujours prêt à arrêter l'injection ; surveiller la figure et le pouls du malade.

Après l'injection. — Avoir à portée immédiate une seringue avec de l'adrénaline en cas de choc, anaphylaxie, crise nitritoïde. Faire garder un instant la position horizontale. Pour les arsenobenzènes, le malade doit être à jeun depuis six heures.

G. F.



L'HEURE PROPICE POUR LES BAIGNADES

L'article du « Concours Médical » du 8-6-46 sur l'heure des baignades me rappelle des notes que j'ai prises pour des cours de secouristes.

Deux cas sont à distinguer dans les accidents de noyade : 1° les sujets ne savent pas nager ou les nageurs sont fatigués, épuisés, ont une crampe ; ils se débattent dans l'eau, finissent par en inspirer et s'asphyxient. On est en présence de sujets asphyxiés, type violacé.

2° Les sujets présentent une syncope, ce qui peut arriver même chez d'excellents nageurs. On est en présence de syncopés, type blanc.

Le rôle hypothétique des repas a été mis en cause, ce qui est discuté dans les pays nordiques, à part les sujets artérioscléreux de la cinquantaine.

On a émis l'hypothèse de libération d'histamine, libération qui se ferait à un taux anormal chez certains sujets, en particulier chez des insuffisants hépatiques, sensibilisés au froid. L'histamine provoquerait une sidération de bulbe ; on pourrait parler de crise d'anaphylaxie par le froid.

Un test courant est praticable pour rechercher ces individus sensibilisés au froid, susceptibles de faire des syncopes :

« Faire tremper les 2 mains pendant dix minutes dans l'eau froide. Les sujets susceptibles présentent soit de l'urticaire dans les cas extrêmes, soit un abaissement exagéré de la pression sanguine. »

Ces sujets seront alors avertis des dangers qu'ils peuvent courir, en ne respectant pas les précautions d'usage courant en France ; aux autres les recommandations du professeur Tanon seront rappelées.

Dr M. DURNERIN.
(Chaville, S.-et-O.).

LES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

La lutte contre l'hémorragie et la douleur dans les suites immédiates de la prostatectomie sus-pubienne.

(M. Maurice Chevassu ; 19-3-1946)

M. Chevassu rappelle que sa technique personnelle de prostatectomie sus-pubienne, depuis de nombreuses années, ne comporte pas le tamponnement de la cavité cruentée laissée par l'énucléation, ce qui supprime les épreintes et les douleurs occasionnées par ce tamponnement.

On diminue déjà les sources d'hémorragie en préparant le malade (chlorure de calcium et transfusion sanguine avant l'intervention) et en suivant certains détails de technique opératoire (ablation de la totalité des adénomes, énucléation prostatique sans traverser la musculature vésicale, etc.). Au tamponnement, cruel pour le patient, l'auteur oppose l'action hémostatique indiscutable de l'eau très chaude, à 45° au moins et 50 degrés au plus, portée au contact des surfaces à hémostasier, sous une surveillance attentive et par un personnel compétent, moyen parfois complété par l'injection intra-veineuse pratiquée lentement de 20 c.c. d'une solution concentrée (à 20 p. 100) de citrate de soude. Particularité intéressante, en effet : alors que le citrate de soude est un anti-coagulant à faible concentration, il est au contraire fortement coagulant en solution concentrée.

Cutis à l'école et détection de la tuberculose dans les foyers ruraux.

(M. P. Durand, de Courville-sur-Eure. Présentation par M. Carnot ; 19-3-1946)

Poursuivant ses investigations sur la tuberculose à la campagne, M. Durand (de Courville) a pratiqué dans les écoles des cuti-réactions chez 510 enfants, petits « terriens » du pays où il exerce la médecine. Il a trouvé 100 cuti positives, soit 19,5 % environ. Dans 72 cas, la cause à peu près certaine de la contamination a pu être établie : 40 fois, il s'agissait de parents directs, 28 fois de grands-parents, 4 fois d'un milieu professionnel (café, restaurant, etc.). L'intérêt de cette recherche est double : elle permet de suivre l'enfant et, d'autre part, donne la possibilité de détecter le « poste » clandestin de contamination et, partant, de mettre en œuvre les moyens prophylactiques qui protégeront l'un et l'autre et avec eux la Société tout entière.

Talcose à forme pseudo-tumorale.

(M. P. Pruvost ; 19-3-1946)

Si les silicoses pulmonaires sont bien connues en raison de leur fréquence, les silicatoses le sont moins, et en particulier les talcoses, du fait de leur rareté. M. Pruvost a observé, à l'hôpital Laennec, un cas de cette affection à forme radiologique pseudo-tumorale. La malade travaillait depuis cinq ans à la confection de chapeaux, dans une atmosphère surchargée de poussière, composée de poils de peaux et de poudre de talc.

La pénicilline, administrée par voie buccale, préserve-t-elle contre l'infection syphilitique expérimentale ?

(MM. C. Levaditi et A. Vaisman ; 2-4-1946)

D'une série d'expériences faites sur la souris et le lapin, les auteurs concluent : contrairement à l'activité préventive intense et stérilisante de la pénicilline à l'égard de l'infection tréponémique du lapin lorsque le médicament est injecté par voie intra-musculaire, celle de la pénicilline ingérée est nulle ou peu s'en faut. Une protection contre la dispersion spirochétienne a été constatée, toutefois, dans les mêmes conditions, chez la souris, à des choses de pénicilline, il est vrai, supérieures à celles utilisées chez le lapin (750.000 UO, au lieu de 60.000 à 150.000 UO kil.).

Au sujet du paraffinage des fruits.

(MM. H. Martel et Tanon ; 9-4-1946)

La question du paraffinage des fruits ayant été soumise par le Ministère de la Santé à l'Académie de médecine, MM. Martel et Tanon présentent un rapport sur ce sujet, au nom de la Commission du rationnement alimentaire. La Commission estime que le paraffinage constitue avant tout un procédé capable de limiter les déperditions de poids des fruits par respiration et par évaporation, et que ce procédé ne paraît pas être de nature à nuire à la santé publique.

Les influences saisonnières dans la phtisie pulmonaire.

(M. Auguste Lumière ; 9-4-1946)

S'appuyant sur les statistiques officielles de la Ville de Paris, M. Auguste Lumière a noté une augmentation de la mortalité chez les phtisiques à la fin de l'hiver, en mars. L'action du froid se produit à retardement.

Les dénombrements de l'auteur paraissent démontrer, en outre, que ces malades échappent aux conséquences pernicieuses de l'hiver en ce qui concerne les infections pulmonaires non bacillaires, comme la pneumonie ; le graphique présenté semble prouver qu'ils jouissent d'un certain degré d'immunité à ce point de vue, immunité que l'observation clinique paraît confirmer.

P. L.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX DE PARIS

Défaillance cardiaque latente, facteur d'entretien de crises d'asthme.

(MM. Félix Pierre Merklen, Jean Sallet et Jean Crosnier ; 22-3-1946)

Les auteurs ont eu, chez une malade en état de mal asthmatique résistant aux médications antiasthmatiques classiques, des résultats si satisfaisants avec l'ouabaïne qu'ils incriminent dans ce cas une défaillance cardiaque latente, facteur d'entretien de crises d'asthme.

Un cas d'encéphalo-typhus.

(Mme Roudinesco ; 29-3-1946)

L'auteur relate l'observation d'un enfant de 2 ans 1/2 ayant présenté des convulsions, précédées pendant 24 heures de tic de la face, qui se sont répétées 3 ou 4 fois pendant la nuit et furent suivies d'un signe de Babinski bilatéral et d'aphasie, avec température à 40°. Le lendemain, l'enfant entre dans le coma ; température à 40°, pouls à 140, mâchonnement, mouvements myocloniques et choréo-athétosiques. Pas de troubles digestifs, rate percutable sur 2 travers de doigt, P. L. normale, leucopénie. Hémoculture : Para A. Il n'y a pas eu d'autre manifestation de la série typhique, à part un peu de diarrhée le huitième jour. Evolution vers la guérison en un mois.

Mme Roudinesco n'a pas trouvé d'observation semblable. Elle signale le pronostic bénin de l'encéphalite typhique, à l'opposé des encéphalites des maladies infectieuses en général.

— M. Cattan a vu chez une jeune femme typhoïdique, survenir un état rappelant l'encéphalite léthargique, avec perte des matières, aphasie ; guérison sans séquelles. L'avenir doit être réservé.

— M. Delay a observé un cas d'encéphalite typhique à type catatonique sans autre symptôme, et également un cas de maladie de Parkinson après fièvre typhoïde.

Un cas parisien d'ariboflavinose.

(MM. Ch. Richet, E Boltanski, L. Deschamps, M. Rymer et Delbarre ; 29-3-1946)

Malade venu consulter pour une perte de la vision de l'œil droit en rapport avec une atteinte des lames de la cornée et de la membrane de Desmet. Rebelle à toutes les thérapeutiques habituelles, l'atteinte cornéenne céda à quelques injections de riboflavine.

Les auteurs insistent sur la rareté d'une telle affection, sur certains points qui distinguent leur cas des observations publiées à l'étranger : caractère unilatéral de l'atteinte, absence de vascularisation cornéenne, importance des lésions cornéennes. Ils signalent la coexistence d'une perlèche, d'une infiltration des sillons naso-géniens et surtout la coexistence d'une glossite spéciale, véritable langue noire qui n'a jamais été signalée au cours de l'ariboflavinose.

C'est la réponse rapide au traitement et le caractère quasi-spectaculaire de la guérison des différents symptômes qui constituent les meilleurs arguments en faveur de la carence en vitamine B.

J. Ch.

LA PRESSE

Signification biochimique et clinique des glycoprotéides sériques. — L'haptoglobine, étudiée par **M. F. Jayle** est un séroglycoïde, qui possède une action antigénique. Son rôle clinique se comprend facilement si l'on envisage son rôle biologique, qui consiste à se combiner à l'hémoglobine libérée par la destruction du globule sanguin, et, sous cette forme complexe, à subir la cascade des transformations jusqu'au stade bilirubine. Mais, d'autre part, comme les protéines sériques, elle a la faculté de se combiner aux substances toxiques d'origine endogène ou exogène, aux toxines microbiennes et aux produits de résorption tissulaire pour en neutraliser les effets nocifs et les véhiculer vers le tissu réticulo-endothélial à l'intérieur duquel elles pénètrent ensemble. Il s'agit là d'une réaction de défense non spécifique, qui constitue une nouvelle fonction très importante des protéiques sériques. L'haptoglobine est la protéine la mieux définie participant à ce mode de détoxication humorale. L'indice d'haptoglobine permet donc de mesurer en clinique l'importance de la toxémie, quelle que soit son origine. On conçoit dès lors le sens très général de son élévation au cours des infections aiguës ou chroniques, locales ou générales, au cours de toutes les intoxications, du cancer, des néphrites, etc. Il permet de déceler une réaction du terrain et de chiffrer l'intensité d'une affection évolutive, comme celle d'un trouble toxique. La limite supérieure de l'indice normal serait de 1,3 ; un taux supérieur à 1,5 révèle un trouble pathologique, surtout s'il se maintient à deux examens successifs. Les taux pathologiques oscillent le plus souvent entre 1,5 et 4. Un taux normal voisin ou inférieur à l'unité est un argument pour éliminer de nombreuses affections, en particulier la tuberculose et le cancer. C'est un test de guérison particulièrement précieux au cours de la tuberculose pulmonaire ou de toute autre maladie infectieuse. L'haptohémoglobine permet de différencier, beaucoup plus clairement que la vitesse de sédimentation globulaire, le rhumatisme chronique du rhumatisme infectieux évolutif. La microméthode à la goutte se prête particulièrement bien à la répétition des mesures. (« La Presse Médicale », 4 mai 1946.)

Polynévrites diphtériques. — **H. Plisner** attire l'attention sur l'influence du foyer amygdalien dans les polynévrites diphtériques. Celles-ci surviennent après le passage favorable de la phase aiguë et l'injection massive de sérum. Elles se développent malgré de nouvelles injections de sérum et la désinfection habituelle. Tout se passe comme s'il y avait une intoxication continue de l'organisme et il faut incriminer la persistance du foyer d'infection amygdalien ; il est indispensable alors de procéder, non à une amygdalotomie, mais à l'amygdalectomie, c'est-à-dire à l'ablation totale, ce qui contrindique la pince de Ruault. Il ne faut exagérer les dangers de cette intervention chez des sujets en mauvais état, vis-à-vis de l'évolution d'une maladie aussi dangereuse ; les accidents sont d'ailleurs très rares. (« Bruxelles-Médical », 28 avril 1946.)

G. F.



ACHILLE

EUT CONSERVÉ SON PIED LÉGER
SI LES DISCIPLES D'ÆSCULAPE
AVAIENT SU ACCÉLÉRER SES MITOSES
CELLULAIRES
MAIS LES DIEUX MÊMES IGNORAIENT
LA VERTU DE

MITOSYL

MIEUX AVERTI QUE CEUX DE L'OLYMPE
LAISSANT LES SIMPLES AUX PLAINES
D'ILION, TU APPLIQUERAS MITOSYL
SUR LES PLAIES ET LES BLESSURES
PAR LE FER, PAR LE FEU, PAR LE FROID,
PAR LE SOLEIL, PAR LE RELÂCHEMENT
DES VEINES OU L'IMPURETÉ DES HUMEURS

Laboratoires DELAGRANGE, 39, Boulevard de Latour-Maubourg - PARIS-VIIe

PARTIE PROFESSIONNELLE

PROPOS DU JOUR

DÉFENSE DE L'ÊTRE INTIME

La « narco-analyse » est un procédé par lequel les psychiâtres s'efforcent de sonder l'inconscient de leurs malades et de faire apparaître le traumatisme initial qui a pu causer le désordre mental qu'ils constatent. Ils se sont souvenus de ces phases bien connues de l'anesthésie générale où le sujet, avant de plonger dans le sommeil ou au moment d'en émerger, dit à haute voix les pensées qui lui viennent à l'esprit et fait parfois des révélations surprenantes sur sa vie intime. Le procédé est d'origine américaine. Les initiateurs ont eu recours dans leurs recherches aux méthodes les plus récentes d'anesthésie générale, par injection intra-veineuse d'évipan sodique et surtout de pentothal. La technique comporte l'injection très lente dans le courant sanguin de la quantité de solution juste nécessaire pour aboutir au « crépuscule » de la conscience qui permet une exploration fructueuse du soubassement mental. Il s'agit en somme d'une psychanalyse inspirée des théories de Freud mais qui desserre les freins de la conscience en recourant à un adjuvant pharmacodynamique. Les résultats obtenus jusqu'ici sont encourageants et d'indiscutables réussites s'inscrivent chaque jour à l'actif de la méthode nouvelle.

Les psychiâtres ont donc pensé à l'utiliser dans les investigations particulièrement délicates qui leur sont parfois demandées par les tribunaux. Dire si un inculpé est ou non pleinement conscient de ses actes, distinguer s'il simule la folie pour échapper au châtiment est une mission dont l'expert ne peut s'acquitter sans un sentiment de lourde responsabilité. De ses conclusions dépend en effet totalement le sort de l'inculpé puisqu'elles ont une valeur absolue aux yeux du tribunal et que la thèse de la non-culpabilité d'un dément aboutit à déssaisir la justice dès lors que la démence est admise comme ayant existé au moment du crime. L'expert assume donc en pareille matière la tâche épineuse non pas seulement de formuler un avis mais, en fait, de prendre une véritable décision. C'est à ce point que les Anglo-Saxons, traditionnellement formalistes et attentifs à ce que chacun reste à sa place, n'admettent pas que l'expert se prononce formellement sur la condition mentale de l'inculpé au moment du crime. Ils recourent au biais d'un malade hypothétique chez qui l'expert suppose existants les symptômes qu'il a relevés chez l'inculpé et à propos de qui il conclut. C'est au juge de transposer ces conclusions au cas qui est pendant devant lui et de décider de la culpabilité ou non culpabilité. Distinction assurément pharisaïque mais qui illustre bien le glissement par lequel le technicien psychiâtre en vient à s'ériger en juge. Ceci pour expliquer comment les psychiâtres, gênés eux-mêmes de voir leur avis prendre une si considérable importance, ont saisi avec empressement l'occasion qui s'offrait d'affermir leurs conclusions en explorant l'intimité mentale de l'individu.

Une Commission a donc proposé à la Société de Médecine Légale de Paris d'admettre le vœu suivant :

« *Que l'emploi des méthodes d'investigation du subconscient telles que les explorations pharmacodynamiques, type pentothal, soit en principe autorisé en expertise médico-légale, à titre purement médical, en tant que moyen diagnostic.*

Mais l'expert ne pourra faire état des révélations obtenues sur la matérialité des faits sous l'influence de ces substances. De cette façon l'établissement de la responsabilité ne pourra en aucun cas être fait sur cette seule épreuve dont l'interprétation exige une analyse critique de la part du médecin-expert. De toute façons il est recommandé de ne faire usage de ces méthodes qu'après échec des moyens courants d'investigation ».

Sur quoi l'Association Nationale des Médecins Déportés et Internés politiques de la Résistance s'est émue et a chargé MM. Charles Richet et H. Desoille de protester vigoureusement.

Se souvenant des méthodes dont usait la Gestapo dans ses interrogatoires et qui renouvelaient au goût du jour la moyenâgeuse « question », ils dénoncent la voie dangereuse où s'engagerait, par un tel vœu, l'expertise médico-légale.

Ils font observer que la restriction interdisant à l'expert de faire état des révélations obtenues n'est pas valable, car il convient que la défense tout comme l'accusation puissent discuter les résultats de l'expertise et elles ne peuvent le faire que si les symptômes sur lesquels s'est fondée la conviction de l'expert sont intégralement rapportés dans le rapport.

Et ils concluent en disant leur appréhension que cette violation de l'intégrité mentale de l'individu conduise à des abus futurs. « L'interrogatoire par cette méthode peut devenir une méthode policière. On peut vouloir faire avouer par exemple des convictions politiques ».

A cette dernière considération inspirée aux auteurs par des souvenirs récents et personnels on peut objecter tout de suite que si, pour notre malheur, nous devions de nouveau connaître un régime où les convictions politiques ou religieuses fussent imputées à crimes, ce n'est certainement pas le respect du libre-arbître individuel qui gênerait la police ni la pseudo-justice de ce temps-là ; et que, vraisemblablement, l'interrogatoire au pentothal serait d'emblée annexé au long catalogue des procédés propres à provoquer les « aveux spontanés ».

D'autre part, la nécessité pour l'expert de consigner intégralement dans son rapport tous les

symptômes qu'il a observés au cours de son examen ne parait pas unanimement admise. M. Jean Marquiset, juge d'instruction au Tribunal de la Seine, abordant la question et précisément à propos de l'emploi du penthotal, exprime une opinion franchement contraire (*Paris Médical*, 21 mai 1946, p. 11), « *Le psychiâtre n'a pas le droit d'en faire état* (des aveux) *dans son rapport, ni de les reproduire, ni de mentionner même qu'il les a reçus. Il pourra dire qu'il résulte des déclarations que lui a faites l'inculpé, comme de l'examen qu'il a pratiqué sur lui, qu'il est responsable ou irresponsable, qu'il est un simulateur* ». Et il conclut ainsi au nom de ces mêmes droits de la défense qui avaient fait conclure MM. Richet et Desoille en sens opposé. « La reproduction d'aveux ainsi obtenus serait une violation de la loi du 8 décembre 1897 qui a consacré les droits de la défense dans l'information préalable ». Cette contradiction atteste à tout le moins que la doctrine sur les droits et les devoirs de l'expert n'est pas parfaitement assise et que le psychiâtre qui recourrait au pentothal en matière médico-légale aurait une position bien aventurée.

On se rend compte d'une part de la tentation bien légitime qu'il peut avoir d'y recourir avant d'intervenir de la façon décisive que l'on sait dans le procès. Et d'autre part, s'il y recourt, il s'engage dans un dilemme dont il ne pourra sortir sans dommage : soit qu'il fasse état des faits qu'il a appris et, selon M. Marquiset, il viole la loi du 8 décembre 1897 ; soit qu'il taise ces faits et se borne à des conclusions, et alors, selon MM. Richet et Desoille, il fausse la situation en ne mettant pas la défense et l'accusation à même de discuter ces conclusions.

Ces deux derniers auteurs s'insurgent contre la méthode au nom des intérêts de l'inculpé qui, rappellent-ils, selon le droit français, est présumé innocent. C'est un point de vue hautement respectable. Tout ce qui ressemble à une extorsion d'aveux leur répugne, et ils invoquent à juste titre la dignité humaine.

Au reste la défense des intérêts de l'inculpé ne nous incombe pas ; c'est aux avocats, aux magistrats de les faire respecter et de s'opposer, s'ils le jugent bon, aux intrusions de l'expertise médico-légale. Ils lui ont déjà, semble-t-il, fait la part trop belle et se sont en réalité déchargés sur l'expert de responsabilités qui leur incombaient en propre. Même avec leur détour un peu risible de malade hypothétique, les Anglo-Saxons ont raison de limiter le rôle de l'expert.

Par contre, il est bon de se souvenir que cet expert est l'un des nôtres et que l'admission du pentothal dans son arsenal professionnel va peut-être alléger sa tâche du point de vue technique mais certainement la compliquer du point de vue humain.

Admettons en effet que, conformément à la thèse de M. Marquiset, il soit loisible à l'expert de ne consigner dans son rapport que les conclusions auxquelles il a abouti. Il acquiert ainsi la satisfaction de limiter la marge d'incertitude de son jugement et les risques de provoquer une erreur judiciaire.

Mais d'autre part, les révélations qu'il a recueillies involontairement n'ont pas trait seulement à l'état mental du sujet mais aussi à la matérialité des faits qui font l'objet du procès. Et cette dualité peut créer des enchevêtrements dont il ne saura comment sortir. Que faire à propos d'un accusé sain d'esprit et présumé coupable par la Justice, si l'expert, au cours de son examen a acquis la conviction (peut-être la preuve) que cet accusé est innocent ? En concluant à son entière responsabilité, comme il le doit, il risque de pousser à l'erreur judiciaire. Que faire si en examinant un dément présumé coupable il apprend l'identité des véritables coupables ? ou de complices qui ont su se soustraire à la Justice ? Il n'y a pas ici de secret professionnel à envisager. L'expert est un auxiliaire de la Justice ; il n'a aucun lien avec l'inculpé et son seul office est de guider la vindicte publique.

Au fond, ce n'est pas seulement pour ses applications médico-légales que devrait s'ouvrir le procès de la narco-analyse.

J'ai déjà eu l'occasion de mettre ici en cause la psychiâtrie. La brutalité de ses nouvelles méthodes thérapeutiques m'avait confondu et quelque peu indigné. La narco-analyse n'est pas brutale : elle est sournoise, elle est perfide et, tranchons le mot, répugnante.

Chacun a son lot de secrets intimes : des souvenirs, des ambitions, des amours et des haines, des remords, sur lesquels il ne permet à personne de jeter les yeux. Quelques-uns de ces secrets sont enclos dans des lettres ou des feuilles de carnet tenues sous clef. Mais les plus chers, et aussi les plus lourds, se trouvent enfouis au tréfonds de l'être. Ils n'en remontent que rarement et pour de solennels examens de conscience. L'intrusion d'un tiers en de tels débats est intolérable.

D'aucuns évoqueront la confession : elle est librement acceptée, libre de s'arrêter où elle veut, et le confesseur n'est en somme qu'un relai vers la divinité. L'exploration mentale d'un être préalablement mis hors d'état de se défendre me semble comparable à un viol.

On fera valoir le but louable de la guérison, la discrétion à laquelle est assujetti le médecin. Sans doute ! Mais il n'est pas bon pour un médecin de détenir des secrets trop graves. Beaucoup de praticiens, je suppose, ont expérimenté comme moi la froideur, parfois l'hostilité subséquentes, de familles où le hasard les a fait témoins de situations fausses. Des gens humiliés pardonnent difficilement au témoin les souvenirs pénibles que sa seule vue réveille en eux. C'est humain.

Songeons aux complications souterraines que peut recéler un individu dans sa vie sociale, conjugale, professionnelle. Songeons aux escroqueries et indélicatesses qui peuvent être à l'origine d'une carrière, aux crimes pour capter un héritage, aux adultères, aux incestes, aux naissances illégitimes, à tant de méfaits demeurés dans l'ombre et qui risquent de surgir sous les yeux épouvantés du psychiâtre.

A la place de celui-ci je me méfierais : la narco-analyse est un procédé audacieux qu'il pourrait à l'occasion payer cher !

G. LAVALÉE.

LE STATUT DES LABORATOIRES D'ANALYSES MÉDICALES

Historique

Il n'existait jusqu'à présent aucune réglementation organique de ces auxiliaires du médecin dont l'intervention est importante pour la correcte élaboration d'un diagnostic. Seule une amorce de statut professionnel était ébauchée, du fait de la reconnaissance par la Confédération des Syndicats médicaux et, en son temps, par le Conseil Supérieur de l'Ordre sous Vichy, de la Biologie (laboratoires) comme spécialité susceptible de qualification.

Quelques textes fragmentaires avaient également été publiés. Le décret du 19 mars 1940, avait disposé qu'aucun laboratoire ne pouvait être autorisé à pratiquer les examens sérologiques destinés au diagnostic de la syphilis, s'il n'était dirigé effectivement et de façon permanente par un praticien remplissant les conditions exigées pour l'exercice en France, soit de la médecine, soit de la pharmacie, soit de l'art vétérinaire, ou par un docteur ès sciences pourvu du diplôme d'Etat, les uns et les autres possédant en matière de bactériologie, sérologie et chimie biologique des connaissances attestées par un diplôme ou un certificat d'études supérieures. Différentes formalités administratives étaient en outre imposées, à la suite de quoi, si l'autorisation ministérielle était accordée, la décision favorable entraînait l'inscription du laboratoire sur une liste spéciale, avec numéro d'ordre.

Un autre décret en date du 18 mai 1940, a disposé que seuls seraient habilités à exécuter le diagnostic biologique de la grossesse les laboratoires dont les exploitants se seraient conformés aux prescriptions du décret du 19 mars 1940 et auraient été agréés par le ministre de la Santé Publique.

Un laboratoire d'analyses médicales pouvait donc être dirigé par une personne physique ou morale, non pourvue d'un diplôme, et n'était assujetti à aucune réglementation, à aucun contrôle, dans la mesure où il n'effectuait ni diagnostic sérologique de la syphilis, ni diagnostic biologique de la grossesse.

Diverses critiques ayant été formulées sur la rigueur des examens pratiqués par certains laboratoires ainsi que sur la qualité technique de leur installation et de leur outillage, s'est ouvert devant l'Académie de Médecine voici quelques mois, un débat mouvementé dont le Concours a déjà entretenu ses lecteurs.

M. Polonovski avait déposé un rapport préconisant l'adoption de projets de textes légaux proposés par le ministre de la Santé Publique, selon lesquels tout laboratoire d'analyses médicales : *a*) ne devrait être dirigé que par des biologistes (médecins, pharmaciens, vétérinaires, certains docteurs ès sciences d'Etat) ayant suivi un enseignement complémentaire spécialisé dans un Institut national de Biologie clinique à créer, et subi avec succès les examens y afférents ; *b*) serait soumis à un contrôle technique rigoureux et efficace ; *c*) devrait posséder parmi ses directeurs un médecin muni du doctorat d'Etat, dès l'instant qu'il pratiquerait à la fois les examens bio-chimiques et les examens bactériologiques ou sérologiques ; les examens anatomo-pathologiques étant réservés aux seuls médecins spécialisés dans cette discipline.

Un contre-projet de M. Debré : *a*) interdisait l'exercice de cette spécialité à tous ceux qui ne sont pas munis du diplôme d'Etat de docteur en médecine ; *b*) réclamait l'obligation pour tout médecin biologiste de posséder un diplôme spécial de biologie ; *c*) à titre transitoire, laissait le droit aux pharmaciens et aux techniciens assimilés de diriger un laboratoire à la condition d'être muni du diplôme de l'Institut de Biologie clinique dont la création était envisagée.

Après réflexion l'Académie désigna une nouvelle, Commission pour l'étude de cet épineux problème.

Entre-temps fut publiée au *J. O.* la loi du 18 mars 1946 qui a défini l'analyse médicale : « *l'examen de laboratoire destiné à faciliter le diagnostic médical, le traitement ou la prophylaxie des maladies humaines.* » Mais ce texte laissait entière la question débattue, puisqu'il se bornait à disposer que « *nul ne peut ouvrir, exploiter ou diriger un laboratoire d'analyses s'il n'est muni d'un des diplômes dont la liste sera fixée par décret.* » Comment serait établie cette liste ?

La nouvelle Commission académique déposa son rapport à la séance du 9 avril 1946. La thèse Debré était en gros admise. La création de l'Institut national de Biologie, cher à M. Polonovski, était repoussée.

Le récent statut

Le législateur suivit-il l'Académie ? Partiellement, nous l'allons voir. Un décret du 18 mai 1946 complète la très laconique loi du 18 mars.

1° *Qui est apte à diriger un laboratoire d'analyses* ?

De droit, les médecins, pharmaciens et vétérinaires remplissant les conditions légales d'exercice, sans aucune exigence de diplômes ou certificats particuliers.

En outre, *peuvent* être autorisés par le ministre de la Santé Publique, en application de l'article 5 de la loi du 18 mars des « personnalités scientifiques qualifiées », *notamment* les docteurs ès sciences et les ingénieurs chimistes qui possèdent au minimum les certificats d'études supérieures de chimie générale, de physiologie et de chimie biologique. Cette autorisation est donnée après avis du directeur départemental de la Santé, de l'Académie de Médecine et de la Société de Pharmacie de Paris. Ainsi, contrairement au vœu de l'Académie, les scientifiques (et même une nouvelle catégorie d'entre eux : les ingénieurs chimistes) conservent accès à la direction des laboratoires. La chose était prévisible, puisque pour les laboratoires pratiquant les analyses particulièrement délicates que sont les diagnostics sérologiques de la syphilis et biologiques de la grossesse, la direction par ces mêmes scientifiques était autorisée par les décrets des 19 mars et 18 mai 1940. A moins de modifier ces décrets, ce qui était autorisé dans des

cas importants devait l'être *à fortiori* dans les cas normaux.

Lorsque le laboratoire est exploité par une Société, la majorité du capital doit appartenir à des personnes possédant les diplômes de médecin, pharmacien etc... Si le laboratoire comprend plus de 10 employés, le directeur diplômé selon les prescriptions du décret doit être assisté d'un adjoint également diplômé ; pour plus de 30 employés, nécessité d'un second adjoint.

Il est formellement stipulé que les laboratoires pratiquant les analyses anatomo-pathologiques doivent « disposer des services permanents d'un médecin », qui ne doit pas nécessairement être directeur ; un certificat d'études supérieures d'anatomie pathologique n'est donc pas nécessaire, même dans ce cas particulier : le diplôme de docteur en médecine suffit.

2° *Quelles sont les formalités à remplir pour entreprendre ou poursuivre l'exploitation d'un laboratoire d'analyses, conformément au nouveau statut ?*

Les médecins, pharmaciens ou vétérinaires doivent formuler une *déclaration* écrite contenant un certain nombre d'indications énumérées par l'article 2 du décret, sur le détail desquelles nous renvoyons au texte publié par nos soins. Ils doivent en outre faire enregistrer leur diplôme au Greffe du Tribunal, sauf lorsque ce diplôme a déjà été enregistré par application des lois régissant l'exercice de la médecine, etc.

Les « personnalités scientifiques qualifiées » autres que les médecins, pharmaciens ou vétérinaires, doivent *solliciter l'autorisation ministérielle* dans les conditions précisées ci-dessus.

Ces formalités s'imposent non seulement aux nouveaux laboratoires qui veulent s'installer, mais à ceux déjà créés, lesquels ont six mois à compter de la publication du décret, c'est-à-dire jusqu'au 20 novembre prochain, pour, selon les cas, faire leur déclaration ou solliciter leur autorisation.

3° *Quelle sera la décision administrative ?*

Pour les médecins, pharmaciens ou vétérinaires, ce sera *l'inscription* du laboratoire sur une liste spéciale tenue à jour au Ministère de la Santé Publique. L'inscription paraît devoir être automatique. Mais comme la déclaration faite par le laboratoire doit être accompagnée du plan des locaux servant aux analyses ainsi que de la liste des principaux appareils, il n'est pas douteux que si l'installation paraît insuffisante, le contrôle sera mis ultérieurement en action, et l'activité du laboratoire, sauf perfectionnements, interdite.

Le laboratoire inscrit sur la liste est un « laboratoire enregistré sous le N° ... ». Cette mention doit figurer sur tous les comptes rendus d'analyses. La dénomination « laboratoire agréé par le ministre de la Santé Publique » est réservée aux seuls laboratoires agréés au titre des décrets des 19 mars et 18 mai 1940 sur le diagnostic de la syphilis et de la grossesse.

Pour les diplômés autres que les médecins, etc., la décision sera une *autorisation* soumettant les intéressés aux obligations du décret, sous peine de retrait.

4° *Conditions d'exploitation.*

a) Installation matérielle. — L'article 6 oblige les laboratoires effectuant des analyses relevant de plusieurs disciplines, à avoir au moins 4 pièces séparées : une pour les examens de chimie biologique, de sérologie, de cytologie, etc. ; une pour les prélèvements sur les malades ; une pour l'élevage des animaux de laboratoire ; une pour la surveillance des animaux inoculés. Un arrêté fixera le minimum de matériel que devront posséder les laboratoires d'analyses médicales.

b) Modalités de fonctionnement. — Elles sont fixées par les articles 8 et 9 du décret (signature obligatoire des comptes rendus, interdiction de l'usage du tampon et de la griffe, inscription de chaque analyse sur un registre avec numéro d'ordre chronologique, etc.).

c) Le compérage et la dichotomie sont interdits par l'article 8 du décret.

d) La publicité est interdite par l'article 2 de la loi du 18 mars 1946, à l'exception de la publicité scientifique auprès du Corps médical ou pharmaceutique.

5° *Contrôle.*

Le contrôle général est exercé par les médecins inspecteurs de la Santé et les pharmaciens inspecteurs de la Pharmacie. Le contrôle technique sera organisé par arrêt ministériel.

6° *Conseil Supérieur des laboratoires.*

Créé par l'article 4 du décret, ce Conseil fonctionne au Ministère de la Santé Publique. Réplique partielle du Conseil Supérieur de la Pharmacie, il joue le rôle d'organisme d'études et de consultations pour toutes les questions relatives aux laboratoires d'analyses, et d'organisme juridictionnel vis-à-vis des directeurs de laboratoire non médecins, pharmaciens ou vétérinaires.

7° *Juridiction professionnelle.*

A l'égard des médecins, pharmaciens ou vétérinaires, c'est l'Ordre qui est compétent pour sanctionner les manquements aux obligations professionnelles.

8° *Sanctions contre les contrevenants à la nouvelle réglementation* : les mêmes que celles prévues pour l'exercice de la médecine.

Conclusion

Voilà réglementé un nouveau secteur médical et paramédical. A vrai dire, le besoin d'organisation s'y faisait vivement sentir. On comprenait mal que les laboratoires d'analyses échappassent à toute règle et à tout contrôle dans le moment où les professions qui concourent à la sauvegarde de la santé publique sont plus que jamais strictement réglementées et surveillées. Puisse ce nouveau statut contribuer à l'amélioration de l'équipement et des méthodes de travail des laboratoires d'analyses. Cette contribution serait d'autant plus grande, à notre avis, si, en fait sinon en droit, la direction des laboratoires d'analyses était de plus en plus confiée à des biologistes réellement qualifiés par des études spéciales. Rapprochée de la profession médicale par ce nouveau statut, la spécialité biologique, sans être encore fondue intimement avec elle gagnerait à tendre vers l'absorption totale. Ainsi pourrait-elle prendre sa place, et sa bonne place, dans la médecine d'équipe, au sein de ces Cabinets de groupe ou de ces Centres de diagnostic, formules de la médecine de demain.

P. Douriez.

POUR UNE PARTICIPATION EFFICACE DU CORPS MEDICAL A LA SÉCURITÉ SOCIALE

Pour participer avec la fécondité nécessaire à la gestion de la Sécurité Sociale, le Corps médical doit procéder à ce qu'il aurait dû, d'ailleurs, faire depuis longtemps : établir un plan d'ensemble de l'organisation de la médecine en rapport avec le niveau scientifique actuel de notre art.

La carence du Corps médical dans ce domaine jusqu'à maintenant, a laissé l'initiative à des organismes non médicaux, et nous avons assisté avant la guerre à une floraison inouïe de dispensaires, de centres médicaux et autres d'origines variées. Toutes ces œuvres répondaient à des préoccupations générales ou particulières, politiques, économiques, etc. Elles fonctionnaient dans l'ensemble avec de gros frais et n'apportaient rien d'utile à la santé publique ni aucune construction solide pour l'avenir. Le résultat fut de rendre la vie du médecin difficile, d'imposer des charges énormes aux collectivités diverses, sans instituer une bonne médecine, au contraire.

On ne peut retenir les tentatives localisées de certains médecins ou syndicats locaux pour créer des cliniques ou des dispensaires médico-chirurgicaux à forme mutualiste. Elles ne résolvaient pas le problème mais, au contraire, aggravaient encore la situation en paraissant confirmer la valeur des réalisations extra-médicales.

Il ne faut plus revoir cela.

Les médecins doivent se résigner : ils ne peuvent plus exercer comme exerçaient leurs ancêtres. Cela n'est pas dû seulement à l'évolution des conceptions sociales — qu'on ne peut nier — mais à l'évolution interne de la médecine.

⁂

Analysons une fois de plus les éléments nouveaux qui sont à la base de la réorganisation médicale.

1° *Evolution technique*

Développement du machinisme médical : diagnostic et thérapeutique ; qui a pour conséquence :

a) Travail en équipe, médicale et paramédicale ;

b) Rendement intense, nécessaire pour l'amortissement rapide d'un matériel vite périmé ;

c) Elévation du prix de revient de la maladie avec ses répercussions sociales.

Le machinisme tend à reléguer au deuxième plan, l'examen clinique, qui reste pourtant, il faut le proclamer toujours, le plus important.

2° *Evolution scientifique*

Notions nouvelles de la maladie :

— Importance du terrain, de la contagion : d'où conception de la vie et de l'hygiène.

— Notion de la médecine préventive qu'on veut opposer à la médecine de soins, mais qui ne doit en être qu'une forme.

— Action de facteurs de vie personnelle, collective, sociale, sur la santé : notion de la Médecine du Travail.

3° *Evolution sociale*

— La médecine devient une nécessité pour des masses de plus en plus grandes ; elle devient plus coûteuse. Le paiement des soins ne doit plus être un obstacle à leur application.

Droit pour tous à la santé. Sécurité Sociale.

— La répartition collective des charges, le rôle de chaque individu dans la production entraîne une autre organisation spéciale de la médecine : la médecine de contrôle.

Ces trois éléments qui interviennent dans l'organisation médicale comme dans toute l'organisation sociale de la société actuelle peuvent aboutir à une médecine à forme industrielle où le sujet devient l'équivalent d'une matière première qu'on traite avec la même rigueur, le même système standard qu'une pièce d'auto ou d'avion.

L'organisation sociale, mais aussi les conceptions philosophiques simplifiées qui sont les directrices de nos bâtisseurs contemporains tendent à donner à la médecine cette empreinte industrielle.

Les organisations professionnelles médicales ont une mission à remplir : elles doivent établir les grandes lignes générales du cadre de l'organisation de la santé publique, proposer un équipement sanitaire du pays en rapport avec nos connaissances et nos besoins, réagir contre le courant « machiniste » ou « mécaniste » pour défendre le caractère humain et faire que le médecin soit autre chose qu'un mécanicien.

C'était, à notre avis, l'œuvre de la commission nommée à la dernière Assemblée générale de la Confédération des Syndicats médicaux. Nous espérions qu'elle ne bornerait pas son activité à l'aspect juridique du problème de la Sécurité Sociale, mais qu'elle saurait mettre à l'étude l'organisation générale de la Santé en France. Ses premiers travaux sont décevants. Faut-il perdre tout espoir ? Nous n'osons le croire.

⁂

Quelle est la tâche à accomplir ?

1° *Dresser un tableau de l'état sanitaire de la France*

Quand on veut agir avec efficacité sur une matière, il est nécessaire de la connaître. Cela permet de porter son effort à bon escient et avec la mesure utile. Certes, les médecins français connaissent bien les maladies qui évoluent en France. Leurs communications dans les diverses sociétés savantes parisiennes et régionales sont très attentives aux événements pathologiques de notre pays. Les services officiels eux-mêmes surveillent de près la morbidité et la mortalité. Mais il s'agit ici de coordonner les divers renseignements, de faire un tableau systématique, une carte, d'ailleurs, non définitive ni immuable — elle ne peut l'être —

de la situation sanitaire, avec la préoccupation essentielle d'adapter un effort collectif et systématique de dépistage, d'évaluation et de combat.

2° *Faire un vaste inventaire de nos possibilités médicales*

C'est-à-dire, dresser un bilan de nos divers moyens de diagnostic et de traitement en fonction non de la médecine pure, mais de la médecine dans la société, de retenir, en somme, les moyens pratiques les plus avantageux de dépister et de guérir.

Inventaire qui sera à la base du plan d'équipement sanitaire de la France.

3° *Etablir la part de la Société dans la vie individuelle, sous le rapport de la santé*

Cela consiste, surtout, à définir et à préciser un principe.

En fait, le problème tend, presque par le poids des choses, à se résoudre au profit de la société. Les diverses vaccinations obligatoires n'ont guère entraîné de protestations. Les dépistages en série, à l'usine, à l'école, sont admis communément et n'inquiètent que dans la mesure où ils peuvent empêcher un individu de gagner sa vie, en lui fermant une carrière ou une situation convoitée. La pratique s'entend avec acceptation du peuple. Quelques médecins sont presque seuls réticents ou protestataires. Cependant les A.S. ont réalisé une quasi-obligation de la surveillance prénatale de leurs assujettis. L'Etat impose le certificat prénuptial avec BW et radio pulmonaire.

Les problèmes de l'alcoolisme sont plus complexes à cause de la puissance des intérêts financiers et politiques en jeu. Les mesures de défense contre la syphilis sont, pour des raisons très diverses, plus mal acceptées. Le principe de la dénonciation qui est à la base des mesures proposées répugne aux Français. D'autres problèmes restent à résoudre : si la Société se défend contre les assassins, quelle sera son attitude à l'égard d'un tuberculeux têtu, par exemple, qui refuse de se soigner et sème la mort autour de lui, fait périr ses enfants et, quelquefois aussi, ceux des autres ?

4° *Dresser un plan d'organisation mettant en œuvre tous les moyens de faire une bonne médecine, en songeant aux caractères régionaux d'après les données des nos 1 et 2 : tableau sanitaire et moyens d'action*

Organiser le travail collectif, en équipe, du Corps médical pour la meilleure et la plus avantageuse utilisation du matériel et du personnel, avec le plus d'efficacité, pour la santé publique.

5° *Déterminer la situation des Médecins, en donnant toute sa valeur à l'œuvre de la Pensée*

N'est-il pas navrant de voir une intra-veineuse au tarif A.S. à 112 fr. 50 et une consultation à 100 fr. ? L'effort d'un diagnostic et de l'établissement d'une thérapeutique vaut-il donc moins que l'acte relativement facile d'une intra-veineuse et aux cours actuels des choses, ne vaut-il vraiment que 100 francs ?

N'est-il pas navrant encore, dans un autre domaine, ce mépris de l'effort de la pensée médicale, le médecin n'entrant dans le souci gouvernemental que bien au-dessous du manœuvre d'usine et du trafiquant du marché noir ?

6° *Préciser les rapports des médecins avec l'organisation médico-sociale : organismes sociaux de la santé, infirmières sociales, visiteuses, auxiliaires divers, etc. Etude d'une organisation qui retire au médecin le travail d'une infirmière sociale, mais le fasse en retour, bénéficier de l'intérêt des enquêtes sociales.*

* * *

Voilà, à notre avis, quelques-uns des sujets que les Syndicats médicaux et particulièrement la Confédération devraient mettre à l'étude sans retard. Il peut y en avoir d'autres. Mais c'est vers cet ordre d'idées que les organisations professionnelles doivent orienter leur activité. La solution collective de ces problèmes primordiaux de la santé posés devant le pays, éviterait le retour aux erreurs passées, éviterait au Corps médical de terribles difficultés et apporterait à tous, au peuple français, au Pays, l'organisation nécessaire et utile.

Dr VALINGOT (Achères).

LIBRES OPINIONS

UNE ORGANISATION FUTURE DU SERVICE DE SANTÉ

Les principes d'un *Plan d'action réaliste* émis par mon ami et condisciple V. Ménager, dans les « Libres Opinions » (numéro du CONCOURS MÉDICAL du 28 avril 1946, page 387), peuvent être mis en pratique d'une façon immédiate. Pour cela il faudrait que les médecins tuent en eux le « vieil homme », c'est-à-dire leur tempérament individualiste.

Une réorganisation de l'exercice de la profession pourrait être réalisée selon ces principes, qui sont ceux de Vincent (*Vers une Médecine Humaine*), de Nedelec (*Essai sur la Réforme de la Médecine*), de Mignon (*Concours Médical, Cahiers de l'Humanisme Médical*), médecine d'équipe, médecine coopérative, médecine communautaire.

Comme Ménager, je pense qu'en campagne, il serait possible de trouver une formule permettant un roulement pour les visites de nuit, pour le repos du dimanche et jours de fête, pour les vacances.

L'organisation nouvelle serait toute différente de celle actuelle.

Création de centres médicaux (C.M.) au chef-lieu d'arrondissement dans les pays peu peuplés, au chef-lieu de canton dans les pays

à forte densité de population. La situation de ces C.M. serait d'ailleurs fonction de la géographie du pays. Exemple : En Loire -Inférieure, centres à Chateaubriant, Nozay, Nort-sur-Erdre, Clisson, Ancenis, etc. Selon leur importance, ces C.M. feraient ou non centre de diagnostic et centre de soins.

Tout autour de ces centres, des postes médicaux (P.M.) situés dans les communes où sont actuellement installés un ou plusieurs médecins ; les médecins des P.M. résideraient dans la ville ou à proximité du C.M.

Au P.M. on aurait : un cabinet médical comprenant comme locaux : salle de consultation, de pansement, bureau de secrétariat, salon d'attente, etc. Il pourrait être annexé au P.M. quelques chambres pour un service d'accouchement, et un secrétariat d'assistance sociale.

Fonctionnement de cette nouvelle organisation. — Le service de consultations et de visites pendant le jour se fera comme par le passé, mais le médecin aura à sa disposition, pour l'exécuter, un personnel auxiliaire (infirmière, secrétaire, sage-femme, chauffeur), un matériel qui ne sera pas sa propriété, mais dont il aura libre disposition : cabinet outillé, voiture équipée d'une façon rationnelle (voiture solide, pratique pour le service en campagne avec poste de radio-téléphonie, récepteur et émetteur, brancard, trousses d'urgence, etc.).

Le service de nuit sera fait par roulement, assuré par le C.M.

Les distances du malade au médecin s'étant allongées, il sera procédé à une amélioration des liaisons du malade au médecin : chaque groupe de village possédera le téléphone en liaison directe avec le P.M. le plus proche.

Le P.M. possédera un appareil de radio-téléphonie émetteur récepteur, permettant la liaison immédiate avec le C.M. dont il dépend. Le C.M., par le même procédé, peut se mettre en liaison avec la voiture médicale (V.M.) de service en quelque lieu qu'elle se trouve. On pourrait, grâce à ces améliorations techniques de liaisons, étendre le rayon des C.M. à 20, 25 kilomètres pour le service de nuit et le service des jours fériés. Ainsi, contrairement à ce qui se passe actuellement, le malade serait toujours assuré de trouver un médecin en ville comme à la campagne.

Le gros obstacle à ces réalisations techniques sera la question financière.

Comment financer un tel projet ?

Plus d'un voit déjà dans un tel système le médecin fonctionnaire.

La santé publique, étant par excellence le « bien commun de la nation », ne devrait pas être, pour ceux qui l'assurent, une source de profit (profit étant pris dans un sens économique).

Les responsables de la Santé publique (le Corps sanitaire tout entier, médecins, auxiliaires médicaux, pharmaciens, les grosses entreprises de spécialités pharmaceutiques, etc.) devront se pénétrer qu'ils assurent un service et abandonner tout esprit de lucre. Ils auront en vue le souci constant de la santé de la communauté humaine dont ils dépendent. Mais celle-ci (cette communauté), considérant la qualité du service rendu par son Corps sanitaire, devra lui assurer une vie large à l'abri de toutes tentations.

L'organisation de la Santé s'inspirerait donc de l'esprit communautaire, et serait l'œuvre des communautés réelles (famille, commune, région géographique, économique), d'où création de caisses par associations familiales, celles-ci étant groupées par communes, par régions.

Le nouveau projet de sécurité sociale est fondé sur l'appui des syndicats ; or les syndicats ne sont pas des entités naturelles, comme le sont les familles, comme le seraient les associations familiales ; c'est pourquoi un tel projet ne pourra prospérer et remplir la mission qu'il se propose.

L'organisation de la santé est une question qui regarde la famille, les familles et le Corps du Service de Santé. C'est à eux de s'en occuper.

En partant de ces principes, on peut essayer d'établir un projet de financement de notre organisation sanitaire.

Les familles, les associations familiales créent des Caisses de Prévoyance sociale, par communes, par régions. Toutes les familles, tous les individus doivent adhérer, doivent cotiser. (La mise au point du fonctionnement de ces Caisses sera faite par les compétences en la matière).

Le matériel des C.M., des P.M. (locaux, outillages, automobiles, etc.) sera la propriété des Caisses.

Le personnel du Corps Sanitaire serait honoré par la Caisse de Prévoyance.

Les Caisses possèderaient évidemment un Comité de gestion, dans lequel les médecins, les pharmaciens, les auxiliaires du Service de Santé seraient fortement représentés.

Il serait évidemment possible d'étudier plus à fond les détails techniques de cette organisation, mais la place manque dans cette tribune, c'est pourquoi je suis forcé d'en donner seulement les grandes lignes.

Avantages de cette organisation. — Le médecin retrouve des instants de loisirs réguliers où il peut jouir d'une pleine vie de famille et d'une vie de société agréable. Il peut aussi se consacrer à l'étude par la lecture, chose impossible dans la formule actuelle. En ville, comme à la campagne, il peut retrouver ses pairs dans des réunions de sociétés scientifiques ; il peut suivre des stages de perfectionnement dans les milieux hospitaliers.

Les médecins, étant groupés, se connaîtront mieux ; n'étant plus débordés, ils pourront s'occuper des questions de prévoyance, de la gestion des Caisses, de l'amélioration matérielle des centres médicaux.

Ainsi, par une telle organisation, les médecins pourraient disposer des leviers de commande du Service de Santé.

Docteur Le Doze
Saint-Julien-de-Vouvantes
(Loire-Inférieure).

les 3 Hormo...

HORMO-PROSTINE
(Extraits opothér. + Chlor. de Magnésium)
★
Association opothérapique préventive et curative des troubles de la PROSTATE
COMPRIMÉS SUPPOSITOIRES

HORMO-HEPATINE
(Extraits opothér. + Boldo, Artichaut, etc...)
★
Médication polyvalente de l'insuffisance hépatique et de toutes les déficiences du FOIE

HORMO-LAXOL
(Extraits opothér. + Ferm. lactique, Eponym., Poudre podophyllogénique, Phénolphtaléine et Extraits végétaux)
★
Synergie médicamenteuse. Spécifique actif et complet de toutes les formes de la CONSTIPATION

du LABORATOIRE H. CHAUZEIX
31 bis, Rue de Villejust, PARIS-16e - Klebe 85-26 85-27

Coryza — Rhinites
Sinusites
Obstruction nasale, etc,

BALSAMORHINOL

LABORATOIRE FIDÈS
14, rue de la Comète
PARIS (7e)

Inflammations de la Gorge, des Bronches des Fosses nasales

INHALANTYL

Comprimés

EXTRASYSTOLES des NEUROTONIQUES

Schéma d'Ordonnance

I Eviter les causes d'excitation nerveuse, les intoxications, rechercher le calme, les occupations faciles, sans agitation. S'abstenir de café, thé, tabac et alcool.

II Surveiller l'alimentation. Repas réguliers, assez espacés. Donner la préférence aux aliments de digestion facile, nourrissants sous un faible volume.

III Atténuer l'excitabilité neuro-cardiaque, en prenant jusqu'à disparition des extrasystoles :

COROSÉDINE * : 2 *comprimés avant chacun des trois repas et 4 à 5 fois par semaine.*

IV Dans le même but : hydrothérapie sous forme de lotions tièdes (38 à 40°), suivie d'une légère friction au gant de crin, le matin au réveil et suivie d'un séjour au lit de 15 minutes.

V Traiter la cause provocatrice, si elle est reconnue : contre les troubles digestifs : régime mieux adapté, poudres absorbantes, alcalins, bismuth ; contre les troubles endocriniens : opothérapie rationnelle, hypophyse, ovaire, folliculine, corps jaune ; contre l'aérocolie : laxatifs, charbon, etc.

* La COROSÉDINE est une spécialité des Laboratoires MONAL, 13, av. de Ségur, PARIS

SOLUTION
HEPATOUM

SOLUTION DANS LES EAUX DU BASSIN DE VICHY, PRISES DIRECTEMENT AUX SOURCES, D'EXTRAITS DE PLANTES HÉPATIQUES

SPÉCIFIQUE DES AFFECTIONS DU FOIE, DES REINS, DE LA VÉSICULE BILIAIRE

ACTION RAPIDE DANS LES CRISES DOULOUREUSES HÉPATIQUES, NÉPHRÉTIQUES MENSTRUELLES

LABORATOIRE HEPATOUM • Saint-Yorre (Allier)

ECHOS & COMMENTAIRES

UNE LIBERTÉ TROP BIEN GARDÉE !

DEPUIS la libération, le nombre des organismes chargés ou se chargeant eux-mêmes de défendre la liberté de la médecine ne fait que croître d'assez inquiétante manière. Les Syndicats, puis l'Ordre, enfin le « Groupement de défense de la médecine libre » se sont assigné successivement cette noble tâche. Nous avouons que cette garde abondante, et ces défenseurs nombreux suscitent moins chez nous la quiétude que la crainte. Faut-il vraiment que nos premiers défenseurs soient à ce point au-dessous de leur tâche pour avoir besoin du concours spontané de ces bonnes volontés agissantes et multiples ?

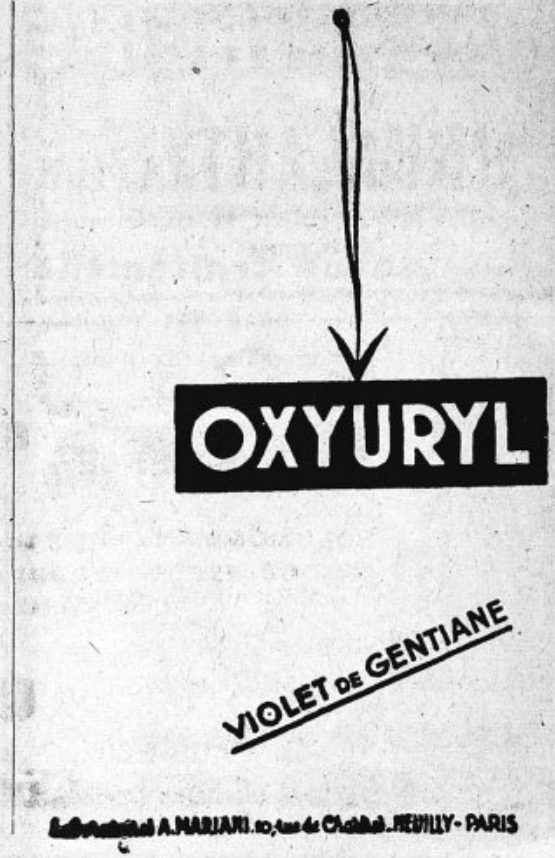
La pureté des intentions des initiateurs d'un tel mouvement ne saurait faire de doute, et les thèses qu'ils soutiennent trouveront chez les médecins des résonances profondes. Certes, il importe que ces derniers prennent conscience qu'ils sont aux avant-postes d'une civilisation humaine que la civilisation massive et mécanique du monde moderne menace un peu plus chaque jour.

Mais il importe aussi de ne point méconnaître, à côté des constances de la nature humaine, les évolutions irréversibles d'un milieu économique et social dont on ne saurait impunément méconnaître les déterminismes et les exigences. Et la « défense », selon nous, est vaincue d'avance quand elle se borne à ce repliement qu'évoque trop une récente circulaire. Seule l' « attaque, la participation » peuvent apporter la victoire, c'est-à-dire l'incarnation de valeurs permanentes et éternelles en réalités vivantes et actuelles. Ne renouvelons pas les erreurs doctrinales des « corporatistes » retranchés du monde dans leur citadelle ; participons, au contraire pour mieux faire vivre nos valeurs essentielles.

Et, sur le plan tactique, est-il utile à la cause médicale de susciter de nouveaux groupements, de disperser les efforts financiers, les dévouements, les hommes ; est-il opportun, surtout, de les opposer les uns aux autres et de créer, derrière ceux qui luttent ou négocient, un front intérieur qui sape leur autorité et affaiblit leur action ? Un groupement nouveau ne fait, en réalité, que diminuer le caractère représentatif des autres organisations, sans nul profit pour lui-même tant qu'il n'a pas acquis (s'il peut l'acquérir) une incontestable majorité. Nous comprendrions, à la rigueur, une sorte de « franc-maçonnerie » des animateurs de l'Ordre et des Syndicats, tendant à créer l'unité de doctrine et d'action en vue d'une plus grande efficacité. Mais une telle conception n'a que faire de circulaires et d'agitation. Une telle formule fuit le nombre, la place publique et sa démagogie.

S'il est de nouvelles vocations professionnelles soucieuses d'agir sur la masse des médecins, le mieux n'est-il point pour elles de rallier leur centre naturel, qui est le Syndicat ? Fondé sur la liberté, le syndicalisme peut faire place à toutes les tendances. Elles n'ont point besoin, pour se faire jour, de se clore en mouvement séparé. Bien au contraire, leurs dirigeants trouveront dans les milieux syndicaux leur plus fécond champ d'action, et les troupes, sans lesquelles ne se réalise rien de solide et de durable.





Séance orageuse a la Commission Tripartite

On sait que la Chambre Syndicale de la Seine, soucieuse de conserver à la médecine sa valeur et sa dignité, avait fixé, pour entrer en vigueur au 1er juillet, un barème d'honoraires, calculé modestement au coefficient 4 sur les bases de 1939. Ce taux et cette décision étaient intervenus antérieurement à la décision de la Commission nationale tripartite des Assurances sociales, fixant pour la Seine un tarif notablement inférieur. La décision n'en fut pas moins maintenue et publiée, malgré les « remontrances » de l'Administration du Travail.

On ne saurait donc s'étonner si la réunion suivante de la Commission à laquelle prenaient part (mais non ès qualité) des conseillers de la Chambre Syndicale, s'est déroulée dans une atmosphère qui n'avait rien de la sérénité et de l'harmonie que le profane prête volontiers à des organismes de ce genre.

Après que les représentants des Pouvoirs publics eussent rappelé, avec l'autorité qui convenait, que force devait rester à la loi — et que, d'autre part, un appel à la solidarité nationale eût donné à cette autorité un visage moins austère l'on aurait entrepris de rechercher ce par quoi l'on aurait dû commencer, c'est-à-dire les moyens de donner une consécration légale à un taux d'honoraires dont le caractère raisonnable ne saurait même point être contesté. Une procédure de revision d'office aurait été mise à l'étude. Mais il importait, afin de sauver la face dans l'immédiat, que la Chambre Syndicale acceptât de reculer la date d'application de sa décision du temps nécessaire au déroulement de la procédure.

Ce geste d'apaisement eût, selon nous, trouvé tout naturellement sa place si, dans le même temps, la grande presse n'avait publié un communiqué au ton comminatoire sur « les honoraires que les assurés doivent verser aux médecins et chirurgiens » et n'avait fait ainsi, bien inutilement, renaître une atmosphère lourdement orageuse.

Les auteurs d'un tel texte ne comprennent-ils point toute la vanité ou toute la malfaisance d'une action qui tend à introduire, dans les rapports des médecins et des malades, un mesquin esprit de marchandage, auquel nul n'oserait même recourir aujourd'hui chez le moindre boutiquier ?

Chacun son métier

Dans un récent article du Paris médical, nous apprenons que M. R. Kourilsky prône les vertus du monitorat en matière d'enseignement. Nous ne pouvons que très chaudement l'approuver, d'autant que nous avons pu constater la valeur très réelle de cette fonction qui existe depuis un temps immémorial près de nos chaires de clinique d'accouchement parisiennes. Le moniteur a tout loisir de diffuser, auprès des élèves, l'enseignement magistral, de le préparer, de le compléter par des travaux pratiques, en un mot, de le rendre parfaitement efficace grâce à sa présence de tous les instants, ce qui ne peut être demandé aux professeurs, ou à leurs agrégés. Nous sommes certains que cette formule, dont on peut très justement rapprocher les conférences d'internat et d'externat, est appelée à renaître, à se développer ; elle doit tenir une place capitale dans l'enseignement de demain.

VALS SOURCE LA REINE
Dans les cas de
DIARRHÉE INFANTILE
quelles qu'en soient la cause et la forme aucun traitement
n'a donné des résultats comparables à l'emploi de la diète hydrique par
VALS-REINE


Additionnée au lait elle constitue le meilleur PRÉVENTIF de cette diarrhée.
Sté VALS-REINE
à Vals-les-Bains (Ardèche)

Pyri Pyridium
ANTI-INFECTIEUX
Cystites, Pyélonéphrites, Colibacillose.
ANALGÉSIQUE LOCAL
Douleurs, Pollakiurie, Dysurie.
4 à 8 dragées par jour
LABORATOIRES SERVIER-ORLÉANS

Nous nous permettrons, toutefois, de ne pas suivre les commentateurs dans tous leurs développements : « les frais entraînés par le monitorat devraient être supportés par les Assurances sociales. » Quelle confusion ! L'enseignement de la médecine est une chose, il dépend des Facultés; les hôpitaux sont le champ d'application, [eux seuls ont à en connaître.

Les Assurances sociales constituent un organisme financier qui gère l'argent des assurés. La propriété des assurés ne peut être détournée pour subventionner des établissements d'enseignement, pas plus — pourquoi pas ? — que de fabriques de catguts ou, de proche en proche, les cimenteries qui permettraient de bâtir des hôpitaux.

Une place pour chaque chose, et chaque chose à sa place. Ceci pour le principe. En pratique, les Caisses doivent-elles intervenir dans l'enseignement ? Quelle serait la position d'un professeur de Faculté recevant des directives d'un directeur de Caisse, honorable métallurgiste et militant notoire, qui émettrait la prétention, très nette, d'être obéi sous prétexte que la Caisse paye et qu'elle a bien le droit de savoir ce qu'elle fait de son argent (argument massue déjà bien souvent utilisé) ? Les signataires de l'article en question ont-ils envisagé cette éventualité ? On peut présumer qu'ils seraient tentés de briser les liens étouffants qu'ils tressent dès maintenant pour notre profession, dès le premier contact avec ce nouvel et encombrant partenaire.

La voix du praticien moyen.

D'un de nos lecteurs cette supplique aux « grands » de la profession :

« De temps à autre les modestes praticiens des villes et des campagnes envoient leurs malades à MM. les Chirurgiens ou Spécialistes des grands Centres hospitaliers (hôpitaux de l'A.P. à Paris principalement) pour diagnostic difficile ou traitement spécial. Or les malades reviennent rarement porteurs d'une réponse écrite de ceux qui les ont examinés. Un petit mot même succint renseignerait utilement le médecin et l'orienterait mieux que les paroles embarrassées des malades. MM. les Spécialistes ne déchoiraient pas beaucoup en s'imposant ce léger pensum... et un peu de courtoisie confraternelle ne nuirait pas. »

Toujours la délicate question du controle des A.S.

Nous recevons la lettre suivante d'un de nos correspondants particulièrement qualifiés :

« Une cliente A.S., stérile, s'est vu refuser la diathermie que j'avais prescrite, [parce que jugée non nécessaire par le contrôle A.S. de Paris.

Or, cette diathermie fut prescrite pour éviter les accidents à redouter lors des explorations pour Δ de stérilité, notamment par lipiodol.

Eczéma
CUROZEMA
9 Dragées par jour
OPOSÉROTHÉRAPIE VALTRY
LABORATOIRE BIOLOGIQUE VALTRY
46, Rue St-Didier-Paris-16e
FORMULE INFANTILE :
Pédiozema
GRANULÉ

INERTYL
CHARVOZ
Charbons Composés Activés
ADSORBANT — DÉSINFECTANT
ET FIXATEUR DES TOXINES
du tractus digestif
INTOXICATIONS
ENDO OU EXOGÈNES
FERMENTATIONS INTESTINALES — MÉTÉORISME
DIARRHÉES BANALES ET FÉTIDES
ENTÉRITES AIGUES OU CHRONIQUES
DYSPEPSIES
Lab. S. COUDERC
9 et 9 bis, rue Borromée
PARIS-15e Suffren 02-64

Si la caisse A.S. se mêle de modifier le traitement sans prévenir le spécialiste traitant (ce qui est contraire aux prescriptions de déontologie élémentaire), c'est que ladite Caisse accepte de prendre la responsabilité des risques ultérieurs.

Elle encourt donc le risque des procès éventuels en responsabilité.

La Caisse a-t-elle pensé à ces incidences ?

Et ses médecins contrôleurs sont-ils habilités à modifier un traitement sans prévenir le spécialiste traitant ? »

Décidément, malgré les déclarations officielles lénifiantes, le contrôle de la longue maladie réserve aux médecins et aux malades d'assez sérieux mécomptes.

LA DISPENSE DU TICKET MODÉRATEUR EST ABSOLUMENT TOTALE.

On sait que plusieurs arrêtés ministériels ont dispensé de toute participation aux dépenses les assurés sociaux ayant subi une intervention chirurgicale ou un traitement de spécialité de coefficient égal ou supérieur à 50.

Une circulaire ministérielle du 28 mars 1946 a précisé expressément que *la dispense s'applique à tous les frais chirurgicaux, médicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation engagés pendant la période opératoire.* Ce qui revient à dire que le malade doit être défrayé *de toutes ses dépenses* quand il a subi une intervention chirurgicale ou de spécialité de plus de K. 50.

CORRESPONDANCE

AUTOMOBILISME

Les ennuis de carburation dans la 402.

Je relève dans le *Concours* nº 25 du 22-5-1946, la lettre d'un confrère possesseur d'une 402-1938, laquelle lui occasionne des ennuis de carburation.

J'ai eu avec une même voiture, les mêmes pannes, avec les mêmes faux remèdes de garagiste.

Une fois, il s'agissait de l'obstruction du tuyau d'arrivée d'essence au niveau d'entrée du carburateur : le filtre cylindrique est propre, mais il faut l'enlever pour déboucher la canalisation, remplie de bourre semblable à de l'étoupe.

Une autre fois, j'ai exigé du garagiste la vérification des trois durites qu'on trouve habituellement avant la pompe, après la pompe et avant le carburateur.

Les durites s'altèrent à la longue, *intérieurement*, et les parties désagrégées **(non détachées)** font clapet à l'intérieur des durites : d'où arrivée intermittente et capricieuse de l'essence.

J'ai changé ces trois durites et ainsi supprimé cette panne gênante.

Croyant être utile à un confrère, je vous envoie ces quelques lignes en vous priant de croire à mes meilleurs sentiments.

Dr DASSONVILLE (Albert).

PRODUITS SPÉCIALISÉS DES ÉTABLISSEMENTS KUHLMANN
MARQUE A. L
H. DELOMÉNIE
Docteur en Pharmacie
13, Rue de La Baume, PARIS (VIIIe)
BINIDIA
Antiseptique génito-urinaire local
BINOXOL
Antiseptique gastro-intestinal
CHLORALOSANE
Hypnotique
DITHIORAL
Antirhumatismal
SUNALCOL
Antiseptique cutané
SUNOXIDON
Fébrifuge - Anti-infectieux
SUNOXOL
Antiseptique pour usage externe

ne manquent pas
HORMOCRINOL
F et M
Médication Thyro-génitale
associée aux électrolytes activateurs
PHOSPHORE et POTASSIUM
TROUBLES DU MÉTABOLISME
RHUMATISME ENDOCRINIEN
TROUBLES GÉNITAUX ET CIRCULATOIRES
6 à 8 comprimés par jour
GOSSYPIOL
MAURIN
16 DRAGÉES en deux jours
déterminent les règles et calment les douleurs
Laboratoires JAMMES, 86, r. Michel-Ange, Paris

QUESTIONS D'HOPITAL

1999. — Limite d'âge à l'hôpital.

Voulez-vous avoir l'obligeance de me faire connaître si un Préfet peut arguer de la limite d'âge (65 ans) pour mettre un médecin d'hôpital à la retraite.

Ou si la Commission administrative est souveraine pour en décider.

La limite d'âge qui est appliquée dans les hôpitaux de grande ville ne joue pas, à ma connaissance, pour les hôpitaux de petits cantons. Soyez assez bon pour m'éclairer à ce sujet.

Dr G.

Réponse

Aux termes de l'article 142 du règlement d'administration publique du 17 avril 1943, la limite d'âge est fixée à 65 ans pour les médecins, chirurgiens, spécialistes, assistants des hôpitaux et assistants d'anesthésie.

L'article 220 du règlement déclare d'autre part, applicables aux hôpitaux et services hospitaliers de moindre importance, les articles 132 à 143 du règlement.

Ainsi donc, contrairement à ce que vous paraissez croire, la limite d'âge de 65 ans concerne tous les médecins des hôpitaux publics. Par conséquent, c'est à bon droit qu'un Préfet constatant que le médecin d'un hôpital a atteint 65 ans, le met à la retraite.

★

QUESTIONS DIVERSES

1001. — Remplaçant victime d'un accident. Responsabilité.

Je voudrais avoir l'avis de votre conseiller juridique au sujet d'un accident d'auto récemment arrivé où le remplaçant d'un de nos confrères, s'est fait tuer par sa faute (imprudence grave) en débouchant rapidement d'une route départementale sur la route nationale. A ce moment, arrivait un camion de l'armée américaine, qui, malgré un freinage désespéré (le conducteur a été projeté dans le champ), a embouti complètement la voiture du remplaçant, qui a été tué presque sur le coup.

Quoi des responsabilités ? La veuve de ce malheureux qui a des enfants, ne peut-elle se retourner contre le confrère parti en vacances, et lui dire : « Mon mari a été tué à votre service. Faites-moi des rentes à moi et mes enfants ».

Je voudrais savoir s'il existe légalement un contrat de louage entre remplaçant et remplacé, et, si même en éliminant l'imprudence ici manifeste du malheureux qui a malheureusement payé cher celle-ci, vous estimez que le confrère peut être considéré comme civilement et pécuniairement responsable de la mort de son remplaçant.

Il est évident, que, selon votre réponse, je ferai diligence pour assurer ce nouveau risque.

Dr D.

Réponse

La nature juridique du contrat passé entre un médecin et son remplaçant n'a pas encore été exactement déterminée par la jurisprudence ; mais de plus en plus, on tend à y voir un contrat pur et simple de louage de service, malgré l'indépendance technique que le remplaçant conserve dans l'accomplissement de ses fonctions. Cette indépendance technique n'est pas en effet inconciliable avec les obligations qui ressortissent normalement au louage de service telles que celles de faire des consultations à jours fixes et d'aller visiter tous les clients qui demandent l'assistance du médecin remplacé.

Il est donc probable que le tribunal, s'il est appelé à connaître de l'affaire, et s'il est reconnu d'autre par

LES ÉTABLISSEMENTS JACQUEMAIRE à Villefranche (Rhône) RAPPELLENT LEURS PRODUITS diététiques

★ LA BLÉDINE
Aliment de préparation au sevrage. Farine complète et équilibrée.

★ LA DIASE CÉRÉALE
Bouillie maltosée fluide. Assimilation totale.

★ LE MALTOGIL
Extrait de malt sec rigoureusement pur. Puissant reconstituant.

LES LABORATOIRES DU GALACTOGIL à Villefranche (Rhône) RAPPELLENT LEURS PRODUITS pharmaceutiques

★ LE GALACTOGIL
Puissant galactogène. A base d'extrait de galéga.

★ LE PEPTOGIL
Spécifique des anaphylaxies protéiques (peptones gastriques et pancréatiques)

P. L. Dupuy

HYPERCHLORHYDRIE
TOUTES DOULEURS GASTRIQUES

GASTROSEDYL

GOUTTES

Le grand remède de toutes les
GASTRALGIES

COMPOSITION INCHANGÉE

Teinture Dausse de belladone..... 46
Teinture Dausse de jusquiame..... 20
Liqueur ammoniacale anisée..... 20
Bromure de Sodium.. 12
Phosphate de codéine: 1

Antispasmodique certain
Régulateur de l'acide gastrique
Sédatif à effet immédiat

POSOLOGIE

10 à 30 gouttes dans un peu d'eau sucrée après les repas et au moment des douleurs

LABORATOIRES J. LANDRIER
— Coulange-sur-Yonne (YONNE) —

que le remplaçant effectuait au moment de l'accident, un déplacement nécessité par les besoins de son service, reconnaisse l'existence d'un véritable contrat de louage de service, et condamne par conséquent l'employeur, c'est-à-dire le remplacé, au paiement des indemnités prévues par la loi sur les Accidents du travail, envers la veuve et l'orphelin.

C'est pourquoi, en ce qui nous concerne, nous recommandons toujours à nos adhérents qui se font remplacer, de contracter au profit de leurs remplaçants, une police accidents du travail, quelles que soient les modalités du contrat et les conditions de paiement du remplaçant.

1554. — Répression de l'exercice illégal de la médecine.

Je viens vous demander conseil au sujet de la présence d'un illégal, en l'occurence un monsieur (ex-cuisinier) qui vient régulièrement à Y... faire de la médecine... à ma place.

Sa réputation s'accroît de jour en jour, car il est tellement avisé que la crédulité publique est incommensurable.

Je voudrais savoir quel moyen employer pour faire cesser son commerce illégal.

Je n'ai pas la prétention hélas ! de changer l'opinion du public vis-à-vis du charlatan qui a d'autant plus de succès qu'il est ignorant et qu'il s'entoure de plus de mystérieux, mais s'il y a une loi qui interdit cela, et si nous avons des syndicats pour défendre nos intérêts, il y aurait certainement un moyen de mettre fin à ces agissements illicites.

Dr F.

Réponse

L'article 8 de l'ordonnance du 24 septembre 1945 déclare qu'exerce illégalement la médecine, toute personne qui prend part habituellement ou par direction suivie, même en présence d'un médecin, à l'établissement d'un diagnostic ou au traitement des maladies, ou d'affections chirurgicales congénitales ou acquises, réelles ou supposées, par acte personnel, consultation verbale ou écrite, ou par tous autres procédés quels qu'ils soient, sans être titulaire du diplôme d'Etat de docteur en médecine.

La pénalité encourue consiste en une amende de 12.000 à 60.000 fr. et en cas de récidive en une amende de 60.000 à 120.000 fr. et en un emprisonnement de six jours à six mois, ou en l'une de ces deux peines seulement.

En ce qui concerne l'exercice illégal, les Conseils de l'Ordre et les syndicats intéressés peuvent saisir les tribunaux par voie de citation directe, sans préjudice de la faculté de se porter, s'il y a lieu, partie civile, dans toutes poursuites de ce délit, intentées par le ministère public.

Le mieux que vous ayez à faire en la circonstance, c'est de porter les faits à la connaissance du Conseil départemental de l'Ordre des médecins, ou du syndicat départemental si vous êtes syndiqué, en y joignant toutes les attestations et les preuves dont vous pourrez disposer.

Il appartiendra ensuite au Conseil de l'Ordre ou au syndicat de déposer une plainte entre les mains du Procureur de la République et de se constituer partie civile sur les poursuites, ou même, si les faits sont suffisamment avérés, de faire délivrer citation directe à l'illégal devant le tribunal correctionnel.

Il est infiniment préférable que toute cette action soit menée par le Conseil de l'Ordre ou par le syndicat plutôt que par vous personnellement. Toutefois ayant personnellement à souffrir des conséquences du délit, vous avez également personnellement qualité pour déposer une plainte et vous constituer partie civile.

KOUMYL
BACTÉRIOTHÉRAPIE LACTIQUE
NOURRISSONS : II à V gouttes. — ENFANTS : V a X gouttes. — ADULTES : XV à XX gouttes. 3 fois par jour, entre les repas, dans un liquide froid ou à peine tiède.
LAB. DEHAUSSY, 50, rue Nationale, LILLE. Pour la France sud : 21, Av. St-Sulpice, LAVAUR (Tarn)

VITTEL
GRANDE SOURCE
Spécifique des
VOIES URINAIRES
Manifestations arthritiques
Goutte - Gravelle
Infections urinaires
Hypertension
SOURCE HÉPAR
Spécifique des
VOIES BILIAIRES
Lithiase Biliaire
Cholécystites
Insuffisance biliaire
Congestion vésiculaire
Réouverture de la Saison 8 Juin 1946

CONNAITRE
CAHIERS DE L'HUMANISME MEDICAL

CAHIER N° 4

MASSES, ELITES ET MEDECINE

SOMMAIRE

Editorial (Connaître) — Le problème des masses (Chevallier). — L'éducation des masses (Archambault). — Les moyens modernes peuvent-ils servir à l'éducation des masses (Ponte). — L'éducation sanitaire (Viborel). — Le problème des Elites (Ravier). — Sélections professionnelles des étudiants en médecine (Cornil). — Le sens de l'humain et de la liberté dans la médecine française (Delore). — *Les courants de pensée :* Claude Bernard en seconde lecture (J.Fiolle). — *Chronique scientifique.* Entre deux infinis (Mallet). Le psychisme des animaux inférieurs (Fisher). — *Art et Médecine :* Les médecins amateurs de peinture. *Théâtre* (Levallois). *Cinéma* (Joinville). *Bibliographie.*

Prix de souscription : 130 fr.

Au « Concours Médical », 37, rue de Bellefond, Paris (9e). Ch. Post. Paris 167-95.

RAPPEL DES CAHIERS DEJA PARUS : N° 1. *La Médecine et l'Homme* (épuisé). N° 2. *Familles, Peuples et Médecine* (150 fr.). N° 3. *Education et Médecine* (150 fr.).

SOUSCRIPTION A 4 CAHIERS : 500 fr.

DEMANDES ET OFFRES

N° 381. — Cônfr. demande, en même temps que client. de méd. génér. dans agglom. Provence, Côte d'Azur, Touraine, rég. paris., l'achat d'une belle maison moderne et confort. avec jard. Ecr. journ. qui transm.

N° 382. — J. étud. en méd. désire trouver : 1° Anatomie de H. Rouvière, tome 1 et 2. 2° Précis d'anatomie de Grégoire et Oberlin, 3 vol. avec atlas.

N° 383. — Urg., à céd., rég. industr. de la Sambre, client. méd. génér. Dr Olivier à Rousies (Nord).

N° 384. — Gr. ville 120 km Paris, gros poste médec. génér. à céd. avec appartem. 12 pièces, garage et s. de b. Urgent. Ecr. journ. qui transm.

N° 385. — Demande pour août en Mayenne, remplaçant au pair, possèdant moy. locomot. Ecr. journ. qui transm.

N° 386. — Cônfr. normand, cèd. bureau, fauteuil acajou fabric. angl. Maple 165 × 80.

N° 387. — A céd. très grosse client. Aisne 140 km. Paris, médec. chem. de fer, belle mais. 8 pièces, garage, gd jard., 1/2 annuité compt.

N° 388. — Cherche cabin. Electro-radiol. rég. Sud-Ouest ou Côte Médit. ou Maroc de préfér. Création, ou cession, ou collabor. en vue success. rapide. Ecr. journ. qui transm.

N° 389. — A céd. : Forceps de Tarnier, aiguille à suture périnéale, sonde utérine.

N° 390. — A céder proxim. Lyon, poste médec. génér. installé avec maison et auto. Ecr. journ. qui transm.

N° 391. — Il a été volé à Paris le 12 juin, voiture Peugeot 202 noire, contenant pupitre appareil R.X. marque Chenaille, ainsi que, cuve à huile Coolix. Prévenir Dr Bresson à Jarcieu (Isère).

N° 392. — A céd. pour rais. de santé, très beau poste méd. génér. et thermale dans grande stat. therm. Urg. Ecr. journ. qui transm.

N° 393. — Pour rais. de santé, à céd. en Anjou, très bon poste propharm. Ecr. journ. qui transm.

Gérant : J. MIGNON
Février 1879
Lang, Blanchong et Cie, 30, rue du Poteau - Paris (18e) — 31.1040
Dépôt légal : N° 8
3e trimestre 46

Hormone Mâle ♂
STERANDRYL
TOUTES DÉFICIENCES DE L'ÉNERGIE MASCULINE
ACETO-STERANDRYL
ACCIDENTS URINAIRES DU PROSTATISME
ROUSSEL
LES LABORATOIRES ROUSSEL
LABORATOIRES FRANÇAIS DE CHIMIOTHÉRAPIE
69, rue du Cherche-Midi - Paris (6e) - Tél. Littré 68-82

CABINET BREITEL ET GORET
Fondé en 1903
1, rue Dante, Paris (5e). Tél. ODE. 36-46
Banlieue Nord : 21 km Paris. Méd. Gle avec vente belle villa, conf., 1 seul conf. Prix intéress.
Paris Centre, Studio gymnastique médicale.
Somme. Poste rural. Méd. Gle. Gros rapp. Belle mais.
Somme. Méd. Gle. Fixe. Belle mais. Gros rapp. Jard.
Aisne. Poste rural. Seul méd. Belle Région. Mais.
Vosges. Méd. Gle Bon rapport. Maison.
Ille-et-Vilaine. Méd. Gle et O.R.L. Grde ville. Mais.
Ille-et-Vilaine. Bourg. Méd. Gle Grde mais. Conft.
Indre-et-Loire. Méd. Gle. Seul. Grde mais. Conft. Jard.
Maine-et-Loir. Méd. Gle. Prox. grdes vill. Belle mais.
Vendée. Méd. Gle proph. Grde mais. Conft. pays riche.
Nièvre. Grs bourg. Méd. Gle. Belle mais. Long bail.
Lot-et-Garonne. Grde ville. Méd. Gle. Grs rapp. bail, belle villa meublée. Jard. Fruits. Prix intéresst.
Savoie. Méd. Gle Accts Grd appart. Seul. S.N.C.F.
Moselle. Hôpital-Clinique. 60 lits, grosses possib. avec matér. Conviendr. à Chirurgien. Prix intérêt.
Deux-Sèvres. Labor. anal. Méd. Matér. belle habit.
Algérie. Grde ville Clinique, 25 ch. Conft. Jard.

La bactériothérapie lactique rénovée
FERMENT LACTIQUE INTESTINAL VIVANT
VIVACIDOL
(VIV ant + ACIDO philus)
Ampoules buvables 1 à 4 par jour
LABORATOIRES F. BOUCHARD
83, RUE DUTOT, PARIS-15e

Boldolaxine

LABORATOIRE EMILE CHARPENTIER
7, RUE DU BOIS DE BOULOGNE PARIS.XIVe

ENTÉRITES

aiguës et chroniques.
Putréfactions intestinales -
Colites gauches - Diarrhée -
Constipation - Dermatoses
d'origine intestinale.

BULGARINE

Culture pure de Bacilles
Bulgares sur milieu végétal

●

3 Formes
Comprimés - Gouttes - Bouillon

●

LABORATOIRES THÉPÉNIER
10, rue Clapeyron - Paris(8e)

On désinfecte avec le

FUMIGATOR GONIN



60, Rue Saussure
PARIS (17e)



CHLORO-CALCION

68e ANNÉE — Nº 30 — 27 JUILLET 1946

3792381

LE CONCOURS MÉDICAL

87, RUE DE BELLEFOND - PARIS (9e) - TRU 33-66

SOMMAIRE

PARTIE SCIENTIFIQUE.

CLINIQUE CHIRURGICALE : Anévrysme artério-veineux du pli du coude (Dr J.-P. TOURNEUX) 791

L'anesthésie locale et régionale en obstétrique (Dr Aug. MARMEAUX) 793

La valeur énergétique de la ration individuelle du travailleur dans une usine de la région parisienne (Dr BIDAULT) 794

Traitement du zona par le vaccin anti-staphylococcique (Dr P.-A. LOP) 795

LES LIVRES, 795. — LES SOCIÉTÉS SAVANTES, 796. — LA PRESSE, 797.

PARTIE PROFESSIONNELLE.

PROPOS DU JOUR : La « Maladie du Siècle » à notre époque (Dr J. NOIR) 799

ACTUALITÉ PROFESSIONNELLE : La Coopération en médecine : le cabinet de groupe (Dr R. JODIN) 800

LETTRES DES LECTEURS : Assez de papiers ! (Dr WOIMANT) 801

Coefficient 4 = Coefficient 3 ; Coefficient 2 = Coefficient 0 (Dr DESCHAMPS) 802

LIBRES OPINIONS : Vers des réformes nécessaires (Dr MÉNAGER) 802

Ordre et Syndicat (Dr P. DELIE) 803

PAGES SANS MÉDECINE. — Les livres (G. L.) 805

Chronique économique et financière : La Bourse d'aujourd'hui n'est plus celle d'antan (M. PEZEU) 806

DEMI-COLONNES.

DERNIÈRES NOUVELLES, 784. — A TRAVERS L'OFFICIEL, 787. — ECHOS ET COMMENTAIRES, 807. CORRESPONDANCE, 810.

Toux *Coqueluche*

ÆTHONE

Laboratoire de l'ÆTHONE 85, rue Boissonnade, PARIS (XIVe)

Une nouvelle forme

NAIODINE SURACTIVEE

B forte

Vitamine B_1 = 25 mgrs. pour 10 CC

Laborat. Jacques LOGEAIS, Issy-les-Moulineaux, PARIS

VÉRITABLE **HUILE** DE

HAARLEM

G. de KONING TILLY

GOUTTES — CAPSULES

Laboratoires THOMAS, 2, rue Ste-Cécile, PARIS 9e)

Le laxatif des hépatiques

BILAXYL

Laboratoires ROLAND-MARIE

— 191, Rue du Fg. Saint-Antoine, Paris —

ESTOMAC — FOIE — INTESTIN

GRANULÉ

GASTRO-SODINE

NORMALE
SULFATÉE
BROMURÉE
CITRATÉE

Laboratoires du Dr BOUCHARA

47, Rue de Bretagne PARIS 3e

PYRÉTHANE

Antinévralgique Puissant

18, Rue Ernest-Rousselle - PARIS-13e

DERNIÈRES NOUVELLES

Académie de médecine.

Election du vice-président. — Le docteur Jolly a été élu à l'unanimité vice-président de l'Académie de médecine, dont il présidera les séances en 1947.

Ancien interne des hôpitaux de Paris, secrétaire général de la Société de Biologie, professeur honoraire au Collège de France, membre de l'Institut, le professeur Jolly est très connu pour ses remarquables travaux d'hématologie.

Hôpital Saint-Louis.

Les *cours de perfectionnement de Dermatologie, Syphiligraphie et Vénéréologie*, qui existaient déjà depuis de longues années à l'hôpital Saint-Louis, recommenceront le 7 octobre 1946.

Les cours auront lieu les après-midi dans la salle des Conférences du Musée de l'hôpital Saint-Louis. Le matin, les élèves suivront les consultations et les policliniques dans les différents services de l'hôpital.

Les cours dureront pendant les mois d'octobre, novembre et la première quinzaine de décembre. Il sera délivré un diplôme aux assistants dont l'assiduité aura été contrôlée.

Pour tous renseignements concernant l'inscription à ces cours, prière de s'adresser à M. le docteur A. Carteaud, médecin-assistant de l'hôpital Saint-Louis, 1, rue de l'Alboni, Paris (16e).

Comité National de l'Enfance.

Le Comité National de l'Enfance prépare pour l'année 1946-1947, sous la présidence du docteur Lesné, membre de l'Académie de Médecine, une importante série de conférences d'information, touchant la mise au point de la législation sociale de l'enfance.

Dès la rentrée d'octobre, il publiera la liste de ces conférences, qui auront lieu à son siège social : 51, avenue Franklin-D.-Roosevelt, Paris (8e).

Hygiène scolaire et universitaire.

Des postes de médecins examinateurs scolaires à temps plein et des *postes de médecins délégués* chargés de coordonner l'inspection médicale scolaire à l'échelon départemental seront très prochainement vacants dans un certain nombre de départements (Seine exclue). Ces médecins seront engagés par contrat et recevront une rémunération annuelle de l'ordre de 180 à 200.000 fr., indemnités non comprises.

Pour tous renseignements, s'adresser à la Direction de l'Hygiène Scolaire et Universitaire (3e Bureau), 5, rue Auguste-Vacquerie, Paris (16e).

Hôpital de Belfort.

Un *concours sur titres* pour la nomination d'un *médecin électro-radiologiste à l'hôpital de Belfort* est prévu pour le début de novembre 1946.

Les candidats éventuels peuvent dès maintenant s'informer auprès de la Direction de l'hôpital de Belfort des conditions et avantages de ce poste, ainsi que des pièces à fournir pour constituer le dossier de candidature.

Laboratoire départemental de Vaucluse.

Il est ouvert un *concours* pour le recrutement d'un *chef de laboratoire départemental* de Vaucluse.

Les épreuves auront lieu à Paris, à l'Institut Pasteur, les 8 et 9 août 1946.

Les demandes d'admission sont reçues à la Direction départementale de la Santé, 19, rue Victor-Hugo, à Avignon, jusqu'au 31 juillet 1946.

Pour tous renseignements sur les conditions du concours, les pièces à fournir et la situation offerte, s'adresser à cette Direction départementale.

Le premier Congrès des étudiants en médecine. s'est tenu, du 10 au 14 juillet 1946, dans les locaux de l'Association corporative des étudiants en médecine de Paris, 8, rue Dante.

Services médicaux en Tunisie.

La Direction de l'Assistance et de la Santé publique de Tunisie cherche à recruter actuellement :

1° Des médecins ophtalmologistes (4 emplois) ;

2° Des internes pour les hôpitaux de Tunis, Sousse et Sfax.

Pour tous renseignements, s'adresser à la Direc-

HYPERCHLORHYDRIE
— HYPERACIDITÉ —
DYSPEPSIES ACIDES

E.C.P

SEL DE HUNT

Granulé AGRÉABLE au goût, se prend délayé dans l'eau par cuillerées à café

PAR LE PARFAIT DOSAGE DE SON SEL ALCALIN **NEUTRALISANT** ET DE SES SELS NEUTRES **ABSORBANTS** ET **SATURANTS**, IL **SOULAGE** D'ABORD, PUIS **RÉGULARISE** ET **NORMALISE** LA SÉCRÉTION HYPERACIDE

LABORATOIRES ALPH. BRUNOT, 16, rue de Boulainvilliers, PARIS-16e

THÉRAPEUTIQUE RHINO-PHARYNGÉE A DOSE FAIBLE

KIDARGOL

LABORATOIRE R. GALLIER, 1 bis, Place du Président-Mithouard, PARIS-VI.

tion de l'Assistance et de la Santé publique de Tunisie, boulevard Bab Benat, Tunis.

Dépositions médicales sur les atrocités allemandes.

La deuxième conférence organisée par l'U.M.F. sur « Les atrocités scientifiques allemandes », qui s'est tenue le 21 juin à la Maison de la Chimie, a présenté un poignant intérêt.

L'exposé du docteur Desoille, professeur agrégé à la Faculté, avait trait à l'attitude des médecins allemands. Il a tout d'abord dépeint avec une émouvante sobriété l'atmosphère des camps de concentration et de leurs « Reviers », ces simulacres d'infirmerie, où malades et blessés, sous prétexte d'y recevoir des soins, étaient exterminés à petit feu. Rappelant le fonctionnement des consultations, Desoille stigmatise la sauvagerie, l'hypocrisie et le sadisme des médecins SS. Puis, preuves en mains, il montre, à la lumière de pièces officielles émanant du procès de Nuremberg, comment était organisée la destruction systématique de la dignité et de la personne humaine. Il insiste, appuyé par le professeur Champy (qui présidait la conférence) sur le fait que le corps médical allemand tout entier a participé à cette sinistre besogne. Les savants germaniques les plus célèbres se sont, avec un plaisir non dissimulé, livrés sur les détenus à des expériences pseudo-scientifiques de vivisection, de refroidissement et de réanimation, de stérilisation, d'inoculation du typhus, etc. Ces crimes sans précédent dans l'histoire, soulèvent l'indignation de tout être civilisé, et pourtant, défi à la justice, leurs auteurs n'ont pour la plupart pas été inquiétés, et l'on a témoigné à leur égard d'une mansuétude révoltante. Une firme allemande, entre autres, passait aux chefs de camps, des commandes de matériel humain, discutait les prix de gros et de détail, ergotait, marchandait...

Le docteur Gilbert-Dreyfus, médecin des hôpitaux de Paris, qui, arrêté sous le nom de Debrise, a été lui aussi déporté à Mauthausen, prend ensuite la parole pour exposer l'attitude des médecins détenus, plus spécialement des médecins français, dans les camps de concentration. Presque tous ont eu une conduite admirable, et ont participé, dans la mesure de leurs moyens, à l'œuvre commune de Résistance ; car, dans chaque Kommando, en dépit des brimades et des tortures, la lutte antinazie continuait, sourde, opiniâtre. Dans l'entr'aide organisée par les groupements de solidarité, dans la Résistance clandestine proprement dite, dans la Résistance passive ou sabotage, les médecins ont joué un rôle primordial. Minimiser la production industrielle du Reich, tenir à l'abri d'un travail exténuant le plus grand nombre possible de détenus, soutenir leur moral, essayer de procurer un peu de nourriture et des postes relativement doux aux hommes particulièrement épuisés ou défaillants, constituer des dépôts d'armes en vue d'une action de masse que les circonstances rendraient peut-être nécessaire aux approches de la Libération, tels étaient les buts essentiels de cette Résistance. Au prix des périls que l'on imagine, les médecins français ont hospitalisé leurs camarades en établissant de faux diagnostics, ont cherché à prolonger leur séjour à l'infirmerie en désobéissant aux consignes les plus formelles. Souvent, leurs efforts ont été couronnés de succès, et une proportion importante de rescapés leur doivent d'avoir survécu.

Cette attitude des médecins français, telle que la dépeint Gilbert-Dreyfus, le professeur Champy l'oppose point pour point à celle des médecins allemands, atteints d'une véritable psychose criminelle dont le remède reste à trouver. (*Communiqué.*)

Chambre Syndicale des Médecins de la Seine.

La Chambre Syndicale des Médecins de la Seine, a la satisfaction d'informer tous les Médecins de la Seine:

1°) Que les allocations mensuelles d'essence seront augmentées à partir du 1er Août.

Le Concours Médical
Hebdomadaire fondé en 1879 par A. Cézilly.
Directeur honoraire : Docteur J. Noir.
Directeur : Dr G. Lavalée.
Rédacteur en Chef : Dr G. Fischer.
Rédaction, Administration et Publicité, 37, rue de Bellefond, Paris (9e).
Téléphone : TRU 33-66. R. C. Seine 76.579.
Chèques postaux, Paris 167-95.
Abonnements : 1 an, 250 francs. - Etudiants, 125 fr. Le N° 10 fr. Changem. d'adresse 5 fr.





2°) Que des bons supplémentaires seront accordés au début du mois d'août, aux Médecins spécialistes, Chirurgiens, Accoucheurs, Médecins de grande banlieue et d'une façon générale aux Confrères qui adresseront une demande motivée à notre service du Roulage, 60, bd. de Latour-Maubourg, Paris (7e).

Les Confrères peuvent également se présenter à nos Bureaux à partir du 1er Août, pour établir leur demande motivée et percevoir leurs bons supplementaires

En outre, nous demandons aux Sections syndicales de spécialistes, de nous envoyer d'urgence la liste de leurs adhérents qui auraient besoin d'un supplément d'essence.

Nous insistons sur le fait, que ces demandes doivent être motivées et adressées à la Chambre Syndicale des Médecins de la Seine, 60, bd. de Latour-Maubourg, Paris (7e). (INV. 65-68).

(*Communiqué du 17 Juillet* 1946).

Syndicat départemental des médecins de l'Ariège.

Le Syndicat des médecins de l'Ariège, réuni en Assemblée générale le 23 juin 1946, constate que les médecins ont de tout temps payé un *impôt travail* en soignant à des tarifs ridiculement bas, les bénéficiaires des Accidents du Travail, de l'A.M.G., de l'A.M.T., des Mutilés et Victimes de la Guerre, des Vaccinations, etc., etc...

Jusqu'à ce jour, il nous semblait à nous, médecins, que les agents de l'Etat préposés aux finances paraissaient tenir un certain compte de ce surimpôt volontairement consenti.

Nos dernières feuilles fiscales nous montrent d'une façon indubitable qu'il n'en est plus ainsi et nous enlèvent toute illusion à ce sujet.

Comme il ne viendrait à l'idée de personne de demander une réduction de traitement aux fonctionnaires qui, dans les mairies, les préfectures, les ministères s'occupent des divers services sociaux, nous ne voyons plus maintenant les raisons pour lesquelles nous serions les éternels exploités en consentant encore à l'Etat une réduction de nos honoraires pour l'application des lois sociales que par ailleurs *nous approuvons pleinement.*

En conséquence, nous demandons instamment à nos dirigeants de la Fédération des Syndicats médicaux français d'obtenir des Pouvoirs Publics, même par la grève, qui nous a toujours répugné, la réalisation des légitimes revendications suivantes :

1° Unification et revalorisation au taux du tarif syndical minimum, comme il est déjà fait pour les A.S., de tous les tarifs de médecine sociale par l'établissement d'un tarif unique, *sans rabais d'aucune sorte*, pour les accidents du travail, les bénéficiaires de l'art. 64, l'A.M.G., etc... Ce tarif devrait comprendre une échelle mobile automatique permettant de tenir compte du coût de la vie de 6 mois en 6 mois.

2° *Fiscalité.* — Etant donné la transformation radicale que subit la profession médicale, les nouveaux travailleurs salariés que nous sommes ont le droit de réclamer et d'exiger la suppression de la patente et le bénéfice pour nos revenus professionnels du même taux d'impôt cédulaire (soit 16 %) et des mêmes exonérations et abattements (soit 40.000 francs) que pour les salaires et traitements ».

(*Communiqué.*)

Mariage.

Nous apprenons le mariage du docteur François Létoublon, fils du docteur Maurice Létoublon, de Pontarlier, avec Mlle Marie-Thérèse Bidault, fille du docteur Robert Bidault, ophtalmologiste, de l'hôpital Saint-Jacques, de Besançon.

Nécrologie.

Nous avons le regret d'annoncer la mort de Madame Maurice Vimont, décédée le 13 Juillet 1946, dans sa 83e année, épouse de notre collègue et ami, le Docteur M. Vimont. Les Membres du Conseil d'Administration du « Concours Médical », s'associent à sa douleur et lui adressent, pour lui-même et pour sa famille, l'expression bien vive de leurs sincères condoléances.

On annonce la mort de Madame Pierre Sassier, mère du Docteur Guy Sassier, de Brecey (Manche). Au Dr Sassier, à toute la famille, nous adressons nos sincères condoléances.

Le Docteur et Madame Germain Blechmann, Madame le Docteur Jeanne Henri Montlaur, font part du décès de leur mère, veuve du Docteur Jules Blechmann, qui exerçait dans le 9e arrondissement. Nous adressons à sa famille, nos biens sincères condoléances.

GASTRHÉMA
CONTRE LES ANÉMIES
ASTHÉNIE - ANOREXIE - HYPOPEPSIE
17, Avenue de Villiers — PARIS (17e)
EXTRAIT DE MUQUEUSE D'ANTRE PYLORIQUE
1 à 3 amp. buvables, par jour
FRÉNASMA
TROIS A QUATRE COMPRIMÉS PAR JOUR. UN A DEUX DÈS LE DÉBUT DE LA CRISE.
LABORATOIRES DU GASTRHÉMA
17, AVENUE DE VILLIERS
PARIS (17e)
ASTHME - EMPHYSÈME - BRONCHITES CHRONIQUES - MÉDICATION PRÉVENTIVE, ABORTIVE ET CURATIVE DES CRISES
FOIE ET REIN DÉFICIENTS
CHOPHYTOL
AMPOULES INJECTABLES
DRAGEES, GOUTTES "per Os"
Laboratoires ROSA 11, Rue Roger-Bacon, PARIS (17e)

A TRAVERS L'OFFICIEL

EXERCICE DE LA MEDECINE.

Arrêté ministériel du 9 mai 1946 accordant ou refusant à des médecins étrangers l'autorisation d'exercer la médecine.

Article premier. — Les praticiens étrangers dont les noms suivent, titulaires du diplôme d'Etat français de docteur en médecine, sont autorisés à exercer la profession de médecin, pour une durée de six mois renouvelable, dans les conditions des articles 1er et 4 de l'ordonnance du 6 août 1945, et sur toute l'étendue du territoire français métropolitain :

M. Baltzer (Szul), né le 16 août 1892 à Kischineff (Roumanie). demeurant 4 bis, chemin des Carrières, Paris.

M. Grundlinger (Norbert), né le 10 septembre 1905 à Cernauti (Roumanie), demeurant 39, rue Descartes, Paris.

M. Rahmani (Marcel), dit Ramani, né le 7 septembre 1915 au Caire (Egypte), demeurant 16, avenue Saint-Germain, Poissy (Seine-et-Oise).

M. Rapaport (Ionel), né le 30 mars 1909 à Buzeau (Roumanie), demeurant 28-30, rue Rousselot, Paris.

Art. 2. — Les praticiens étrangers dont les noms suivent, titulaires du diplôme d'Etat de docteur en médecine et non candidats à la naturalisation avant le 6 août 1945, sont autorisés à exercer provisoirement la profession de médecin jusqu'à fin légale des hostilités, dans les conditions des articles 2 et 4 de l'ordonnance du 6 août 1945 et suivant les conditions indiquées :

M. Agava (Moïse), né le 7 octobre 1912 à Salonique (Grèce). — A la disposition du ministère de la Santé Publique et de la Population.

Mlle Wuest (Mirtha), née le 21 juin 1899 à Liége (Belgique). — A la disposition du ministère de la Santé Publique et de la Population.

Art. 3. — Les demandes présentées par les praticiens suivants en vue d'être autorisés à exercer provisoirement en France sont rejetées :

M. le docteur Adler (Heinrich), né le 25 juillet 1885 à Dresde (Allemagne), demeurant 36, rue Sibuet, à Paris.

M. le docteur Eisenberg (Elias) dit Isembert (Elie), né le 14 août 1907 à Targut-Neamt (Roumanie), demeurant 2, square de Verdun, à Paris.

M. le docteur Sachter (Aron), né le 4 février 1909 à Plopana-Iutova (Roumanie), demeurant 8, rue Censier, à Paris.

M. le docteur Wertheimer (Ernest), né le 10 août 1907 à Sighet (Roumanie), demeurant 7, square Henri-Delormel, à Paris (14e).

Art. 4. — Toutes dispositions contraires antérieures sont abrogées.

(*J. O.*, 15 mai 1946.)

LOYERS.

Décret du 30 juin 1946 étendant à l'Algérie les prorogations de jouissance des locaux d'habitation ou à usage professionnel.

Article premier. — Sont rendues applicables à l'Algérie les dispositions des articles 2 et 3 (alinéa 2) de l'acte dit loi du 1er février 1944 prorogé par l'acte dit loi du 10 juin 1944, l'ordonnance du 28 juin 1945 et la loi du 28 mars 1946 qui maintient de plein droit dans les lieux jusqu'au 1er janvier 1947, les locataires, sous-locataires, cessionnaires

OPOTHÉRAPIE ASSOCIÉE

PANCRÉPATINE LALEUF

CAPSULES GLUTINISÉES

DIABÈTE

6 A 12 CAPSULES PAR JOUR
(AU COURS DES REPAS)
SUIVANT PRESCRIPTION MÉDICALE

LITTÉRATURE
LABORATOIRES LALEUF
51, RUE NICOLO, PARIS-16e

VITAMINES "ROCHE"

LAROSCORBINE "ROCHE"
VITAMINE C

BÉNERVA "ROCHE"
VITAMINE B1

ÉPHYNAL "ROCHE"
VITAMINE E

AMINO-VIT "ROCHE"
VITAMINES B1.C.D+Histidine.Tryptophane.Lysine.

Produits "ROCHE"
10, rue Crillon, PARIS.4e

et occupants de bonne foi des locaux d'habitation ou à usage professionnel.

(*J. O.*, 2 juillet 1946.)

PHARMACIE.

Loi du 12 mai 1946 modifiant la loi du 11 septembre 1941 sur l'exercice de la pharmacie.

Article premier. — L'article 16 de la loi validée du 11 septembre 1941 est complété comme suit :

« Sous réserve des dispositions applicables aux produits sous cachet, la publicité technique concernant les médicaments est libre auprès des médecins, des pharmaciens, des chirurgiens dentistes et des sages-femmes. Toutefois, il est interdit aux pharmaciens et aux fabricants de produits pharmaceutiques de donner à ces praticiens des primes, des objets publicitaires ou des avantages matériels de quelque nature que ce soit, en dehors des échantillons médicaux destinés aux essais thérapeutiques et de la remise habituelle sur le prix des médicaments destinés à leur usage personnel. »

Art. 2. — Le premier alinéa de l'article 18 de la loi validée du 11 septembre 1941 est abrogé et remplacé par les dispositions suivantes :

« Aucun texte publicitaire dépassant les limites définies à l'article précédent ne peut être porté à la connaissance du public par quelque moyen que ce soit, s'il n'a reçu le visa du ministre de la Santé Publique et de la Population, sur la proposition du comité technique des spécialités institué à l'article 44 ci-après.

« Ce visa ne comporte aucune garantie en ce qui concerne les propriétés thérapeutiques du produit. »

Art. 3. — Le premier et le deuxième alinéa de l'article 44 de la loi validée du 11 septembre 1941 sont abrogés et remplacés par les dispositions suivantes :

« On entend par spécialité pharmaceutique tout médicament préparé à l'avance, dosé au poids médicinal, présenté sous un conditionnement particulier, portant sa composition, le nom et l'adresse du fabricant, vendu dans plus d'une officine et qui, au surplus, présente l'une des deux caractéristiques suivantes :

« a) Un nom de fantaisie ;

« b) Soit le nom commun, soit la dénomination scientifique du médicament qui entre dans sa composition, ces dénominations devant être accompagnées du nom du pharmacien fabricant responsable.

« Aucune spécialité ne peut être débitée à titre gratuit ou onéreux qu'après avoir été revêtue, ainsi que les textes publicitaires la concernant, du visa du ministre de la Santé Publique et de la Population, sur la proposition du comité technique des spécialités.

« Le visa est accordé à la spécialité pharmaceutique débitée antérieurement au 11 septembre 1941, lorsque le comité technique constate qu'elle n'est pas susceptible de nuire à la santé morale et physique de la population de quelque façon que ce soit.

« Le visa est accordé à la spécialité pharmaceutique débitée postérieurement au 11 septembre 1941, lorsque le comité technique constate qu'elle présente un caractère de nouveauté ainsi qu'un intérêt thérapeutique, et qu'elle n'offre pas de danger pour la santé morale et physique de la population.

« Sous réserve des dispositions de l'article 44 bis ci-après, la spécialité pharmaceutique qui a obtenu le visa est garantie contre toute imitation pendant un délai de six ans qui court du jour où le fabricant de cette spécialité pharmaceutique a été habilité à la mettre en vente.

« Pendant ce délai, le médicament qui entre dans la composition de la spécialité pourra être débité sous forme de produit sous cachet, défini à l'article ci-après.

ROMARANTYL
2 à 3 cuillerées à café aux repas dans un peu d'eau
Cholérétique
Antispasmodique Diurétique
Laboratoires TROUETTE-PERRET, 61, Avenue Philippe-Auguste, PARIS (XI°)

AMIDE NICOTINIQUE
COMPRIMÉS - AMPOULES
NICAMYL P.P.
(Aucune toxicité)
Avitaminose P. P.
Troubles digestifs, cutanés, nerveux, Grossesse, Croissance
Laboratoires Pharma-France
43, rue de l'Ancienne Mairie
Boulogne-s-Seine - Mol 12-17

AIL SCILLE
PHENYLETHYLMALONYLURÉE
Comprimés gélatinisés : ni intolérance, ni mauvaise haleine
TENSORAN
"Hypotenseur constant"
Hypertension
Artério-sclérose, Angine de poitrine, Aortites, Asthme, Emphysème
Laboratoires PHARMA-FRANCE
43, rue de l'Ancienne Mairie
Boulogne-s-Seine - Mol 12-17

« A l'expiration du délai, ce médicament pourra faire l'objet au profit d'autres fabricants de l'octroi du visa.

« Il ne pourra dans ce cas être débité que sous son nom commun ou sa dénomination scientifique, ces dénominations devant être accompagnées du nom ou de la marque du pharmacien fabricant responsable. »

Art. 4. — Le chapitre II du titre V de la loi validée du 11 septembre 1941 est complété par un article ainsi conçu :

« **Art. 44 bis.** — On entend par produit sous cachet tout médicament préparé à l'avance, dosé au poids médicinal et présenté comme une spécialité pharmaceutique dont il diffère sur les deux points suivants :

« 1° Il ne peut être débité que sous son nom commun ou sa dénomination scientifique sans que ces dénominations puissent être accompagnées du nom du pharmacien fabricant responsable ;

« 2° Il ne peut faire l'objet de publicité que dans les conditions prévues par l'article 17 ci-dessus.

« Le produit sous cachet ne peut être débité à titre gratuit ou onéreux qu'après avoir fait l'objet d'un enregistrement au ministère de la Santé Publique et de la Population. »

(*J. O.*, 23 mai 1946.)

Une loi du 24 mai 1946 fixe le statut des préparateurs en pharmacie.

(*J. O.*, 25 mai 1946.)

PRODUCTION INDUSTRIELLE.

Arrêté ministériel du 20 mai 1946 fixant les frais de visite des médecins assermentés de la production industrielle.

Article premier. — Les frais de visite des médecins assermentés du ministère de la Production Industrielle sont fixés ainsi qu'il suit :

50 fr. pour les consultations au cabinet du médecin ;

60 fr. pour les visites au domicile du fonctionnaire s'il réside à Paris ;

70, 80 ou 90 fr. suivant la distance, pour les visites au domicile du fonctionnaire, s'il réside dans la Seine ;

120 fr. au minimum, pour les visites au domicile du fonctionnaire, s'il réside en Seine-et-Oise.

Art. 2. — Le présent arrêté aura effet à compter du 1er janvier 1946.

(*J. O.*, 23 mai 1946.)

Arrêté ministériel du 20 mai 1946 fixant la rémunération des médecins chargés d'assurer le fonctionnement des services médico-sociaux.

Article premier. — Les médecins chargés d'assurer le fonctionnement des services médico-sociaux du travail, organisés à Paris dans le cadre des services du ministère de la Production Industrielle, recevront une rémunération calculée sur la base de 450 fr. par vacation de trois heures.

Art. 2. — Le ministre de la Production Industrielle et le ministre des Finances sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au « Journal Officiel » de la République française et aura effet à compter du 1er janvier 1946.

(*J. O.*, 23 mai 1946.)

SANTE PUBLIQUE.

Un décret du 21 juin 1946 fixe le statut du personnel des laboratoires de contrôle des médicaments antivénériens qui comprennent un laboratoire de chimie et un laboratoire de physiologie.

(*J. O.*, 22 juin 1946.)

Anémies · Asthénies
Amaigrissement
ARSENOCRINE
AMPOULES BUVABLES AGRÉABLES A PRENDRE
TOUTES DÉFICIENCES
LASSA - 31, R. Chardon-Lagache, Paris 16e
Laboratoires de Spécialités S.A. LASSA

TRAITEMENT RATIONNEL de toutes formes de l'
OBÉSITÉ
et des troubles annexes
par DELLOVA
2 formes { Cachets : 1 à 2 par jour / Comprimés : 2 à 4 par jour
à base d'extraits opothérapiques — renforcés par un laxatif —
Laboratoire C. LAFOSSE, 48, Avenue de la République - PARIS


THÉRAPEUTIQUE
VASO-CONSTRICTIVE DES
TROUBLES CIRCULATOIRES
VEINEUX DES DEUX SEXES
FLUXINE
ASSOCIATION PHYTOTHÉRAPIQUE
INTRAIT DE MARRON
D'INDE DAUSSE
ALCOOLATURE D'ANÉMONE
NOIX VOMIQUE
Stases Veineuses (Varices - Hémorroïdes - Phlébites)
Troubles Menstruels (Règles douloureuses, Aménorrhée, Dysménorrhée, Ménopause)
GOUTTES
2
FORMES
DRAGÉES
POSOLOGIE
(1 Dragée = 10 Gouttes)
X Gouttes, 3 fois par jour
Cas douloureux
C à CCC Gouttes par jour
PRODUITS BONTHOUX - VILLEFRANCHE (RHÔNE)

PARTIE SCIENTIFIQUE

CLINIQUE CHIRURGICALE

ANÉVRYSME ARTÉRIO-VEINEUX DU PLI DU COUDE

M. J.-P. TOURNEUX
Chirurgien-Chef des Hôpitaux de Toulouse

Il m'a été donné d'opérer il y a une dizaine de jours le malade qui est encore couché au nº 12 de notre salle Saint-Pierre et qui était atteint d'un anévrysme artério-veineux du pli du coude droit : c'est là une lésion qui n'est pas actuellement d'observation très courante, aussi convient-il de profiter de la présence de ce cas dans notre service pour vous exposer en quoi consiste cette affection.

Il s'est agi d'un homme âgé de 29 ans, qui nous a été adressé par son médecin traitant pour différents troubles du membre supérieur droit consécutif à un coup de fusil chargé de plomb, reçu il y a neuf mois environ au niveau de la face antérieure du coude.

La main et l'avant-bras, sièges d'un œdème plutôt dur, présentaient un aspect livide, violacé avec abaissement thermique et se trouvaient sillonnés par un réseau de veines dilatées et battant comme les artères. La main appliquée à plat sur le pli du coude percevait un frémissement vibratoire continu à renforcement systolique, que l'on désigne depuis Hunter sous le nom de **thrill**, et l'application d'un sthétoscope au même point permettait d'entendre un souffle, également continu et à renforcement systolique : ce thrill et ce souffle, qui se propageaient dans la partie supérieure du membre, disparaissaient complètement lorsque l'on venait à exercer une compression sur l'artère humérale. La palpation de la région faisait déceler la présence de nombreux grains de plomb dans l'hypoderme ainsi que dans les muscles et notre sujet accusait enfin au niveau du membre une sensation d'engourdissement, s'accompagnant de crampes et de phénomènes douloureux.

Devant ce tableau clinique, je vous ai dit que nous nous trouvions en présence d'un cas d'anévrysme artério-veineux par communication anormale de l'artère humérale avec une des veines de la région, vraisemblablement de la médiane basilique, communication résultant de la perforation de ces deux vaisseaux par un des grains de plomb qui avait frappé le membre.

Le diagnostic posé, il ne restait plus qu'à intervenir. Par une incision longitudinale, intéressant la région du pli du coude, j'ai pu libérer les vaisseaux, et vous avez pu vous rendre aisément compte que l'artère humérale communiquait, sans interposition de sac, avec la veine médiane basilique, réalisant la variété d'anévrysme artério-veineux connu sous le nom de phlébartérie. Sachant que les tentatives de sutures isolées des orifices vasculaires, suivant la méthode de Matas, sont presque toujours vouées à l'échec par suite du rétrécissement du calibre des vaisseaux qu'elles entraînent, je me suis gardé d'entreprendre ce procédé, et j'ai trouvé plus simple et plus radical d'enlever tout le segment de l'artère et de la veine entre quatre ligatures, deux en amont et deux en aval.

Les suites opératoires ont été des plus simples : la réunion tégumentaire a été immédiate et bien que la main et les doigts aient continué à présenter pendant les premiers jours du refroidissement et de l'engourdissement, ces symptômes se sont complètement dissipés peu à peu. L'œdème s'est mis lui aussi à régresser, aussi notre opéré va-t-il pouvoir dans quelques jours quitter notre service, complètement et définitivement guéri.

L'anévrysme artério-veineux, caractérisé par l'existence d'une communication permanente entre une artère et une veine, est resté complètement inconnu jusqu'à William Hunter qui en 1757 en fit la première description basée uniquement sur l'analyse sagace des symptômes.

Dans l'immense majorité des cas, ces anévrysmes sont d'origine traumatique : autrefois ils étaient particulièrement fréquents au niveau du pli du coude, lorsque l'on pratiquait à tout propos des saignées et qu'un coup de lancette malencontreux embrochait à la fois la veine basilique et l'artère humérale. Aujourd'hui, ils s'observent surtout à la suite des plaies des membres par armes blanches ou par armes à feu.

Quel que soit l'agent vulnérant qui a blessé les vaisseaux, l'anévrysme peut s'établir immédiatement, car ils sont disposés de telle sorte que le sang passe aisément de l'artère dans la veine et il y passe d'autant plus facilement qu'il y est en quelque sorte appelé par la pression plus faible.

Dans d'autres cas, fréquents à la suite des plaies par balles, il se fait un épanchement sanguin plus ou moins considérable, un hématome, et c'est seulement au bout de plusieurs jours ou semaines que l'on constate l'existence d'un anévrysme. La communication persiste en raison de la différence de pression entre l'artère et la veine, le sang ayant plus de tendance à passer dans la veine que dans le bout périphérique de l'artère, mais il existe toujours alors un sac faux intermédiaire aux deux vaisseaux.

Enfin, il peut arriver aussi, après les piqûres comme après les plaies par armes à feu, que rien n'indique d'abord la blessure des vaisseaux : il s'agit alors de plaies incomplètes ou de contusions, et c'est seulement quand l'escarre se détache qu'il s'établit une communication entre l'artère et la veine.

Pour ce qui est des anévrysmes spontanés, extrêmement rares au niveau du pli du coude, ils proviennent toujours d'un anévrysme artériel, généralement ancien et volumineux, qui s'est

ouvert dans une veine collatérale à laquelle il adhérait depuis un certain temps.

L'anévrysme artério-veineux dans sa forme la plus simple est dépourvu de sac : l'artère et la veine sont accolés et communiquent ensemble par une perforation, réalisant une fistule artério-veineuse à laquelle Broca a donné le nom de phlébartérie. Dans les autres formes, il existe un sac qui suivant les cas occupera un siège variable. C'est ainsi que ce sac pourra être intermédiaire à l'artère et à la veine, siéger sur l'artère, disposition rare, ou sur la veine, disposition la plus fréquente, formant ainsi des anévrysmes enkystés intermédiaire, artériel ou veineux. Ce sont là les variétés que l'on rencontre le plus souvent : à côté d'elles on a encore décrit, mais à titre tout à fait exceptionnel des anévrysmes où l'artère humérale communiquait à la fois avec une des veines humérales et la veine médiane basilique et où les quatre extrémités artérielles et veineuses s'ouvraient dans le même sac.

Les vaisseaux artériels et veineux présentent d'importantes altérations : l'artère au-dessus de la communication avec la veine est élargie et sinueuse par suite de l'abaissement de pression, quant à la veine, elle est très dilatée et sa paroi s'hypertrophie par épaississement de la tunique musculaire, elle s'artérialise, l'hypertrophie, compensatrice en quelque sorte, tenant à l'augmentation de pression existant dans la veine du fait de communication avec l'artère. Fait extrêmement important, il n'y a jamais de caillots dans le sac des anévrysmes artério-veineux : cela tient d'abord à ce que la circulation très active et très facile dans le sac empêche toute stagnation et ensuite au fait que le sac est tapissé d'endothélium normal et non atteint d'endovascularite comme dans les anévrysmes artériels, disposition qui rend impossible la coagulation.

La physiologie pathologique est extrêmement simple : le sang soumis à une pression relativement élevée dans l'artère, tandis qu'elle est presque nulle dans la veine, passe forcément dans cette dernière sans aucune difficulté, il en résulte que la pression sanguine s'élève très fortement dans les veines. Ce sont donc les troubles de la circulation veineuse avec toutes leurs conséquences qui vont dominer toute la symptomatologie fonctionnelle des anévrysmes artério-veineux.

Au moment du traumatisme, il se produit une hémorragie plus ou moins considérable, mais d'ordinaire rien n'indique qu'il y a à la fois blessure d'une artère et d'une veine. Tantôt les signes de l'anévrysme se manifestent très vite, tantôt la petite plaie guérit sans que rien ne révèle une communication entre l'artère et la veine, et c'est seulement quelques mois plus tard que l'attention est attirée par certains phénomènes anormaux.

Le premier symptôme que l'on constate, le plus constant et le plus sûr, est un bruit particulier accompagné de vibrations que l'on peut percevoir avec la main. C'est ce signe que Hunter a appelé le **thrill**, c'est le frémissement vibratoire des auteurs français, le schwirrendes Gerausch des Allemands.

Ce signe se compose d'une double sensation l'une tactile, l'autre auditive. La main appliquée sur la lésion perçoit un frémissement analogue à celui des vitres d'une maison ébranlée par le passage d'un fardier pesant, frémissement continu mais présentant un renforcemen trythmé, synchrone à la systole cardiaque. L'oreille, avec ou sans stéthoscope, perçoit un souffle fort qui présente les mêmes caractères, continu, à renforcement systolique, et qui a été comparé au bruit du vent, au bourdonnement de l'abeille, au ronflement d'une toupie. Le souffle et le frémissement, qui sont dus non à la vibration des parois artérielles ou de l'orifice de communication, mais aux vibrations du liquide lui-même, se propagent le long des veines, la direction centrifuge étant plus accentuée que la direction centripète.

Les veines au niveau et surtout au-dessous de l'anévrysme sont très dilatées, en outre elles battent comme des artères, présentant un pouls veineux systolique, alors que les pulsations deviennent très faibles et même parfois impossibles à percevoir dans le bout périphérique de l'artère.

Dans les anévrysmes variqueux, il existe une tumeur perceptible, pulsatile et présentant des mouvements d'expansion généralement faibles : de consistance molle, elle est facilement réductible, par suite de l'absence de caillots.

Tous ces symptômes sont facilement modifiés par la compression de l'artère humérale : exercée au-dessus de l'anévrysme, elle les fait disparaître, exercée au-dessous, elle augmente les battements. Il est possible dans certain cas en comprimant le point qui correspond à l'orifice artério-veineux de l'oblitérer et de faire alors disparaître tous les symptômes.

L'élévation de la pression dans les veines gêne inévitablement le retour du sang venant des capillaires. Il en résulte un certain degré d'asphyxie locale, le tissu cellulaire s'infiltre et il se produit un gonflement œdémateux plus ou moins considérable, pouvant prendre dans les cas anciens un aspect éléphantiasique et s'accompagnant souvent de troubles trophiques.

Le sujet ressent dans tout le membre une sensation de pesanteur anormale, d'engourdissement qui peut amener une impotence fonctionnelle grave. Il existe enfin des troubles de la régulation thermique se traduisant par une élévation ou un abaissement de température locale suivant que les causes de déperdition de chaleur sont augmentées ou diminuées.

Comme l'anévrysme artério-veineux est beaucoup moins volumineux que l'anévrysme artériel, il n'a que peu de tendances à se rompre, bien que le fait soit possible puisque P. Delbet a pu en réunir huit observations. La gangrène est un accident exceptionnel. Cependant cet anévrysme n'a aucune tendance à guérir spontanément et comme il entraîne souvent une gêne fonctionnelle très marquée et des troubles trophiques graves, il faut toujours le considérer comme une affection sérieuse dont le pronostic doit être réservé.

Le diagnostic des anévrysmes artério-veineux est en général très simple, car les symptômes que

je vous ai indiqués sont en quelque sorte pathognomoniques. Une seule affection, l'anévrysme cirsoïde, mérite d'être différencié, mais dans ce dernier, qui siège toujours à la tête ou aux extrémités, toutes les branches artérielles sont dilatées et jamais la compression d'une seule artère n'est capable de faire disparaître tous les symptômes.

Au point de vue du traitement, je n'insisterai pas sur les anciennes méthodes, longtemps en usage, mais totalement abandonnées aujourd'hui, je veux parler de la compression directe ou indirecte ainsi que des simples ligatures à distance. Actuellement le seul traitement des anévrysmes artério-veineux du coude est l'extirpation complète après quadruple ligature, car ce procédé seul met à l'abri des récidives.

L'ANESTHESIE LOCALE ET RÉGIONALE EN OBSTETRIQUE

L'anesthésie locale ou régionale peut rendre de signalés services, dans le domaine obstétrical, pour certains cas graves telles les gestoses, telles les cardiopathies, telles les affections pulmonaires. Mais elle n'est pas négligeable dans les cas normaux et, plus particulièrement, pour le praticien isolé. Nous allons exposer sommairement ses techniques et ses possibilités d'après l'excellent livre de **Greenhill** intitulé **Obstetrics in general pratice** (1).

Nous n'insisterons pas sur les avantages de la locale ou, plutôt, ses moindres désavantages par rapport à l'anesthésie générale. Il n'est pas besoin de dire, d'ailleurs, qu'elle ne peut supplanter entièrement cette dernière.

***

Les indications de la locale sont les suivantes : dilatation et curettage au cas d'avortement, — accouchement spontané — épisiotomie — forceps au détroit inférieur — périnéorraphie — et, éventuellement, césarienne.

***

Un anesthésique local doit avoir la concentration moléculaire du sang et des liquides interstitiels de l'organisme, correspondant à 9 pour 1.000 de chlorure de sodium. Or une solution de novocaïne à 1 ou 2 pour 100 dans l'eau distillée est hypotonique. Cette solution est nocive pour les cellules, les dévitalise et il en persiste une induration douloureuse. Il faut, donc, utiliser des solutions chlorurées.

Il convient, d'autre part, de se méfier des solutions dont la stérilisation a été trop poussée (comme **Breteau** l'a signalé chez nous).

Greenhill, total, conseille le mélange extemporané de novocaïne à 20 % et de sérum physiologique. Il ajoute trois gouttes d'adrénaline pour trente grammes de solution au moment de l'usage. L'adrénaline doit être stérile et ne doit pas être jaune ou brune.

Pour la plupart des interventions, **Greenhill** conseille d'employer au préalable de la scopolamine-morphine. Jamais il n'a vu d'inconvénient pour l'enfant, résultant de cet emploi de la morphine : d'après lui, les bébés qui naissent narcotinisés et apnéiques sont ceux dont la mère a reçu la morphine entre deux et quatre heures avant l'accouchement.

(1) J. P. GREENHILL. *Obstetrics in general pratice.* The year book publishers, à Chicago, éd. Nous avons entre les mains, pour rédiger ceci, la troisième édition (en cinq ans) du petit livre écrit par le maître accoucheur de Chicago. Elle contient de très nombreux détails pratiques sous un petit volume. Ce n'est ni un traité (quatre cent cinquante pages seulement), ni un précis, mais trente-neuf chapitres sur les points qui peuvent intéresser le spécialiste et l'omnipraticien : en tout, quarante-trois techniques et vingt-six manœuvres (deux cent vingt-deux illustrations).

On doit utiliser, de préférence, la solution de novocaïne à 1 pour 200 et on peut ainsi être très libéral quant à la quantité totale de liquide injecté : cent vingt cent cubes par exemple.

Pour faire une dilatation ou un curetage, on introduit une valve étroite qui déprime le périnée (et, si le périnée est rigide, on peut, au préalable, l'infiltrer). On met une pince sur le col et on l'attire, doucement, vers le bas et vers la droite. L'aiguille est enfoncée dans le cul de sac vaginal gauche en direction de la base du ligament large et on la fait pénétrer de deux à trois centimètres. On entre près du col, mais pas dans le col. On s'assure que l'on n'est pas dans un vaisseau et on injecte lentement dix centicubes tout en retirant progressivement l'aiguille. On fait de même pour le côté opposé. L'infiltration des cellules sympathiques du ganglion de Lee-Frankenhausen, ainsi obtenu, se traduit par un blanchissement du pourtour du col. Si des zones de muqueuse restent non blanchies, on injecte cinq centicubes entre col et vessie, puis entre col et rectum.

Il est de bonne guerre d'injecter, au moment d'opérer, 10 unités d'hypophyse dans une lèvre du col pour minimiser le saignement au cours du curetage.

Au bout de cinq minutes, le col est dilatable sans douleur, et on peut pratiquer le curetage sans aucune sensation désagréable pour la patiente.

Pour l'accouchement spontané, on pratique l'injection lorsque la tête apparaît à la vulve.

On se proposera d'infiltrer : la commissure postérieure de la vulve, l'aponévrose du releveur, le releveur et le corps périnéal. Si la tête est très grosse, il est bon d'infiltrer les deux fosses ischio-rectales.

On piquera, donc, au niveau de la fourchette et, de là, on gagnera progressivement la moitié inférieure de chaque grande lèvre. On infiltrera, ensuite, en éventail, l'espace rétrovaginal et on lui administrera trente centicubes de la solution. On injectera, alors, dix centicubes dans chaque releveur. En quelques minutes, on constate une relaxation parfaite de tout le périnée et de l'orifice vaginal.

Les résultats sont excellents pour l'accouchement du sommet et **Greenhill** s'en loue aussi pour le siège.

La souplesse obtenue diminue très nettement le nombre de déchirures périnéales.

Pour pratiquer une épisiotomie, on procédera comme pour un accouchement spontané ; mais il sera bon, de plus, d'infiltrer la peau et la muqueuse tout le long du trajet que l'on propose d'inciser.

Si l'on pratique un forceps, on injectera dix centicubes dans chaque fosse ischio-rectale : on

fera pénétrer l'aiguille à égale distance de l'anus et de l'ischion et on enfoncera de cinq centimètres.

Au cas d'une déchirure, si l'on n'a pas anesthésié au préalable, on se bornera à infiltrer les bords de la déchirure.

Quand il existe une déchirure ancienne et que l'on veut profiter de l'accouchement pour la délivrer, on procède plus largement, absolument comme pour un accouchement spontané.

Tous ces procédés n'inhibent pas la contraction utérine. Ils sont donc sans valeur pour une version, pour une rotation manuelle de la tête (opération que nos confrères américains emploient volontiers), pour une grande extraction difficile du siège ou, encore, pour une application de forceps difficile. Mais, dans ces cas, **Greenhill** envisage l'emploi de l'anesthésie présacrée : deux cents centicubes de novocaïne à 1 pour 200 sont envoyés entre rectum et sacrum en visant les trous sacrés pour réaliser la section physiologique des nerfs qui en sortent.

Femme en position de la taille.

L'index de la main gauche introduit dans le rectum reconnaît l'articulation sacro-coccygienne. A ce niveau, on trace dans le derme une intra-dermo-infiltration de novocaïne s'étendant à droite et à gauche sur 2 centimètres. On introduit, à gauche, à l'extrémité de cette ligne, une aiguille de 15 cm. et, à 6 ou 7 cm., visant la face antérieure du sacrum, on atteint le second trou sacré. On commence à injecter la novocaïne à ce niveau et, retirant l'aiguille lentement, on dépose 60 à 70 centicubes de la solution depuis ce trou jusqu'au cinquième. On enfonce à nouveau en faisant un angle de 15° et on arrive ainsi, à 9 ou 10 centimètres, au premier trou sacré où l'on dépose 20 à 30 centicubes de la solution. On termine en injectant 10 centicubes entre rectum et coccyx pour inhiber les nerfs sacro-coccygiens.

On recommence de même pour le côté droit.

On attend quinze minutes avant d'intervenir.

Les résultats sont excellents et la contraction utérine est supprimée. Les parties molles sont assouplies pour deux heures.

Telles sont les méthodes que préconise l'excellent accoucheur de Chicago. Elles sont bonnes à connaître et à utiliser. Le médecin n'a jamais trop de cordes à son arc. Dans cet ordre d'idées, nous nous permettons de rappeler à nos confrères les excellents résultats qu'ils peuvent, eux aussi, obtenir par deux méthodes voisines : l'une est l'anesthésie épidurale de **Cathelin** qui a été très employée au cours de ces dernières années par plusieurs accoucheurs, et l'autre est le procédé élégant et simple qu'a préconisé **Jacques Henriet** (de Pontarlier) en se fondant sur les enseignements de son maître **Leriche** et dont on s'étonne qu'il ne soit pas plus employé en France et de par le monde.

Aug. MARMEAUX.

LA VALEUR ÉNERGÉTIQUE DE LA RATION INDIVIDUELLE DU TRAVAILLEUR DANS UNE USINE DE LA RÉGION PARISIENNE

Les cantines d'usine ont été parfois accusées de favoriser le travailleur au détriment du consommateur. Voyons ce qu'il est dans le cas concret que nous allons étudier :

La ration accordée par le Ravitaillement Général pour le mois de février 1946 était la suivante pour 22 repas :

Margarine	160 gr.
Farine	70 —
Poisson frais (harengs)	2.200 —
Légumes secs	200 —
Poudre d'œuf	72 —
Pâtes	850 —
Viande	néant
Pommes de terre	néant
Confitures	néant
Bière	25 cl.

Après une étude comparative portant sur pleines rations, Gauthier a admis que la ration du laborieux, correspondant dans un climat moyen à un travail moyen, s'élève sensiblement à 3.000 calories.

Etablissons un tableau comparatif entre la ration accordée à nos travailleurs par le Ravitaillement et la Normale.

Ration usine pour 22 repas

A. — Hydrates de carbone (pain, pâtes, farine, lég. secs)	4.425 gr.
B. — Albumine (viande, poisson)	2.272 —
C. — Matières grasses	160 —

Ration normale pour 22 repas

A. — Hydrates de carbone	5.060 gr.
B. — Albumine	2.728 —
C. — Graisses	308 —

La ration distribuée apparaît **déficitaire** dans les trois sortes d'aliments de :

En Hydrate de carbone	635 gr.
En Albumine	450 —
En Graisses	148 —

Que représente ce déficit, en valeur énergétique si toujours, avec Gauthier, nous admettons après de multiples calculs que :

279 gr. 7 d'hydrate de carbone donnent 1.473 calories 7.

65 gr d'albumine donnent 239 calories 2.

65 gr. de graisses donnent 562 calories 2.

Pour 22 repas, il est de 6.421 calories soit 246 calories par repas.

Le travailleur peut-il rattraper ces 246 calories au repas du soir ? Telle est la question.

***

Les cantines d'usine ont été créées dans un double but :

1° Celui d'aider le travailleur à trouver sur place des avantages basés sur le groupement d'un nombre important de consommateurs.

2° D'essayer, en quelque sorte, d'améliorer le sort de chacun, étant donné que les allocations

normales sont inférieures aux besoins physiologiques énergétiques individuels.

Si l'employeur a compris vis-à-vis de sa main-d'œuvre ses devoirs d'ordre moral d'abord, de rendement ensuite, auxquels il est naturellement attaché, il faut qu'il soit secondé par les Pouvoirs Publics, en l'espèce, le Ravitaillement Général, dans l'accomplissement de cette tâche sociale.

Il faut donc que les sociétés qui ont la chance de pouvoir récolter et élever soient encouragées, aidées, au lieu d'être gênées.

Il faut aussi que disparaisse de nos menus l'allocation de liquide dit « bière », nom bien pompeux actuel, pour désigner de l'eau colorée à valeur énergétique nulle, à l'avantage de la même ration de vin.

C'est grâce à ces efforts combinés, en attendant au plus le retour à la normale, que la ration du travailleur pourra être revalorisée ; car rien n'est moins certain que le repas pris à la maison puisse compenser, le soir, les 246 calories déficitaires de midi.

Si cette amélioration n'intervenait pas c'est un déficit journalier de 30 % par rapport à la normale que présenterait l'alimentation du travailleur moyen. Celui-ci atteindrait péniblement 2.000 calories alors que la physiologie normale statistique lui accorde 3.000 calories quotidiennes.

N'est-il pas juste alors de concevoir que 3.000 ouvriers sous-alimentés font tout juste le travail de 2.000 alimentés normalement ? La Production est donc directement intéressée à cette question primordiale.

Avec l'ère physico-mathématique, l'industrie est passée maîtresse dans l'art d'évaluer avec soin le rendement énergétique du moteur par rapport à l'alimentation. Pourquoi ne pas transposer cette même attention et ce même soin sur le plan humain ?

Dr BIDAULT.

TRAITEMENT DU ZONA PAR LE VACCIN ANTI-STAPHYLOCOCCIQUE

J'ai lu le petit article du Dr M. Rigal, publié il y a quelque temps dans le « Concours ». Permettez-moi d'apporter ma contribution un peu tardive au traitement du zona par le vaccin antistaphylococcique.

Pendant la guerre d'Espagne, j'ai soigné tous mes cas de zona par le vaccin antistaphylococcique. Je n'ai connu aucun insuccès. Même pendant mon exil involontaire, j'ai eu l'occasion de l'employer dans quatre cas, toujours avec la plus entière satisfaction pour les malades et moi-même.

Mes archives ayant été entièrement détruites par les occupants ou par les derniers bombardements, je ne puis donner le chiffre exact de mes observations. Sans exagérer, celles-ci, de 1936 à 1940, doivent atteindre la quarantaine.

Ce nombre tient à ce que l'exode des blessés ou malades espagnols qui ont passé à ma clinique a atteint pour le moins près de 300 personnes blessées ou malades. Le nombre des cas de zona était tel que je me suis demandé si celui-ci n'avait pas un caractère épidémique et contagieux (qui a été d'ailleurs signalé il y a quelque dix ans). C'est surtout au moment de la débâcle des révolutionnaires que j'ai observé la plupart des cas.

Ceux-ci, depuis les plus simples, les plus bénins, jusqu'aux plus graves, les plus étendus, tous à localisation variable. Je puis affirmer que je n'ai pas observé un seul échec.

Comme mon confrère, je n'appliquais que très rarement ou exceptionnellement un traitement local. Dans les formes très douloureuses et ulcérées, je faisais appliquer une pommade au xéroforme et « per os » quelques comprimés calmants, association quinine, pyramidon et aspirine.

Chez certains malades, j'ai combattu les séquelles douloureuses, assez fréquentes, par des séances d'infra-rouge, avec un égal succès.

Je dois déclarer que, dans tous les cas observés, j'ai toujours injecté pour le moins 3 à 4 ampoules de vaccin, à 48 heures d'intervalle, selon l'intensité de la réaction de chacun.

Dr P.-A. Lop.
(Marseille)

LES LIVRES

LIVRES RECEMMENT PARUS

Chez **Maloine**
27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris

Paul Cantonnet. — **Le poumon tuberculeux.** 3e édition, 1946. 1 vol. de la collection « Les Petits précis », 184 pages, 18 fig.

Dupuy de Frenelle. — **Anatomie. Précis d'anatomie descriptive et régionale.** Tome IX : **Le Cou.** 1 vol. de la collection « Les Petits Précis », 142 pages, 166 dessins de A. Moreaux, 1946.

Blond et Gay, Editeurs

Les Dix Commandements des Parents, par Mme Vérine. — « L'éducation familiale nouvelle » N° 1. Un vol., 128 pages, broché, prix : 60 fr. Le livre de Mme Vérine, apprendra aux jeunes époux le métier le plus difficile, le plus harassant mais le plus magnifique qui soit au monde : le métier de parents.

J.-B. Baillière et fils, Editeurs
19, rue Hautefeuille

M. Rey, architecte. — **Hygiène de l'habitation.** Vol. XVI du « Traité d'Hygiène » publié sous la direction de Louis Martin, G. Brouardel et R. Dujarric de la Rivière. Un vol. 632 pages, 248 fig. 1946.

P. Delmas-Marsalet. — **Electro-choc et thérapeutiques nouvelles en neuro-psychiatrie.** Un vol. 378 pages, 1946.

P. Clavelin et L. Dérobert. — **Ostéométrie anthropo-médico-légale : I. Adolescence et âge adulte.** Un vol. 108 pages, 53 fig.

LES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

Inscription au tableau B

(M. R. Fabre ; 30-4-1946)

M. Fabre, au nom de la Commission d'inscription aux tableaux A, B, C, de certains produits pharmaceutiques, propose l'inscription au tableau B de l'ester éthylique de l'acide 1-méthyl 4-phényl-pipéridine 4-carbonique (Dolosal) et de ses sels. Les conclusions de la Commission sont adoptées par l'Académie.

Les différents aspects de la pigmentation argyrique.

(M. Louis Ramond ; 30-4-1946)

Depuis que l'on a vulgarisé l'emploi des préparations argentiques en thérapeutique, les cas d' « argyrie » (intoxication chronique par l'argent) sont devenus plus fréquents. Le signe essentiel de l'argyrie est constitué par une pigmentation particulière de la peau et des muqueuses, résultant de l'imprégnation argentique et affectant une topographie spéciale, à savoir une large prédominance sur les parties exposées à la lumière : visage et mains. La coloration est un peu différente, d'ailleurs, suivant la nature de la préparation argentique ayant causé l'argyrie.

A l'époque de Charcot, l'argyrie résultait de l'ingestion prolongée de pilules de nitrate d'argent prescrites en vue de guérir le tabes. Ce sel d'argent (blanc) donnait aux téguments une teinte où dominait le bleu plutôt que le noir. A l'heure actuelle, où la plupart des cas d'argyrie succèdent à l'administration d'argent colloïdal ou de sels organiques d'argent (noirs), la coloration des téguments et des muqueuses de ces malades tire surtout sur le noir.

A côté de ces deux types, il en est un troisième (bleu-noir) dont M. Ramond rapporte un exemple. Il concerne une fillette de huit ans qui présente une teinte bronzée bleu-violacé des téguments et une coloration brun-violacé des lèvres et de la muqueuse buccale. Comme à l'ordinaire dans l'argyrie, pas d'altération viscérale, ni de trouble fonctionnel. La pigmentation a commencé à apparaître vers l'âge de trois ans.

L'origine de cette pigmentation a été la suivante. Dans le but de mettre l'enfant à l'abri des infections rhino-pharyngées, la mère avait régulièrement, matin et soir, tous les jours et dès la naissance, instillé dans les narines des gouttes d'argyrol (sel noir) ou d'iodure d'argent colloïdal (sel blanc). L'emploi journalier et inconsidéré de ces produits (un demi-compte-gouttes environ par narine chaque fois), pendant plusieurs années, a entraîné les phénomènes d'argyrisme observés.

Si l'on ne meurt pas d'argyrie, cette dermatose inesthétique, durable et définitive, n'en offre pas moins de sérieux inconvénients. Il ne faut donc administrer les médicaments à base d'argent qu'avec les précautions qui conviennent, à doses assez faibles et pendant un laps de temps assez court.

P. L.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX DE PARIS

Présentation d'un malade atteint de Pian.

(M. Chevallier ; 5-4-1946)

L'auteur présente un malade atteint de pian : lésions cutanées anesthésiques et très douloureuses, adénopathies ; pas de lésions de muqueuses. Dans le sang, présence de spirochètes de Castellani. Eosinophilie à 75 %. Guérison par arsénobenzol. L'incubation avait duré 8 mois pendant un séjour à la Côte d'Ivoire.

Un cas de typhus exanthématique à incubation prolongée et apparemment déclenché par un pneumothorax.

(MM. L. C. Brumpt et A. C. Maclouf ; 5-4-1946)

MM. Brumpt et Maclouf rapportent l'observation d'un déporté polonais, âgé de 26 ans, chez qui un typhus exanthématique débute le 2 juin 45, huit jours après la création d'un pneumothorax thérapeutique : or, le malade avait quitté les camps infestés depuis 41 jours, était indemne de poux depuis 37 jours ; arrivé en France depuis 25 jours, il avait brûlé ses vêtements depuis 22 jours.

Les auteurs éliminent une rechute de typhus ancien, discutent le typhus autochtone contracté après le rapatriement et admettent l'incubation prolongée. En fin d'épidémie, en été, la virulence du typhus diminue en même temps que l'homme devient moins réceptif. La contamination ne serait pas toujours suivie de manifestations cliniques ni même de typhus inapparent : mais les parasites resteraient localisés dans des cellules endothéliales. Cet état d'équilibre pourrait être rompu par une intercurrence, un choc, un traumatisme, un refroidissement et, dans le cas en question, par le pneumothorax. L'incubation prolongée et la notion de typhus latent donnerait une explication satisfaisante de la conservation du virus en période interépidémique. Cette hypothèse est en partie autorisée par la comparaison avec le paludisme, où l'on observe des incubations prolongées avec P. vivax et parfois le déclenchement des accès fébriles par un pneumothorax.

Pneumothorax bénin au décours d'une septicémie à staphylocoques.

(M. Morin. — Présentation par M. Lemierre ; 5-4-1946)

M. Morin relate l'histoire d'une malade qui, après un furoncle de la face, présente une septicémie à staphylocoques avec localisations vertébrales, hépatiques et pulmonaires. On fait 1.680.000 unités de pénicilline en 11 jours. Rétrocession de tous les signes. Quatre jours après la cessation du traitement, douleur thoracique et pneumothorax spontané gauche de la grande cavité, sans fièvre ni épanchement liquidien. Guérison. L'auteur souligne la rareté de ces perforations qui sont graves et en général mal supportées (fréquence d'un épanchement purulent à staphylocoques).

Septicémie à Bacillus perfringens consécutive à des phénomènes de choc d'origine probablement alimentaire.

(M. J. A. Lièvre ; 5-4-1946)

Après ingestion d'une conserve de poisson, une jeune fille présente des phénomènes de choc, vomissements, lipothymies, érythème prurigineux généralisé, et, secondairement, un état infectieux grave avec anémie, arthrite, douleur calcanéenne, congestion pulmonaire. Salicylate de soude, sulfamide, pénicilline à dose modérée ont été inefficaces. La présomption de septicémie anaérobie consécutive à une toxi-infection ou à un choc d'origine alimentaire est confirmée par la présence du perfringens dans l'hémoculture anaérobie. L'instillation intra-veineuse de pénicilline-sulfamide provoque une défervescence temporaire. Après injection intra-veineuse, puis sous-cutanée, de sérum anti-perfringens, survient une guérison progressive. Discussion de la cause de la septicémie, de ses symptômes (il existe une quinzaine de cas de septicémie à perfringens sans ictère), du traitement à employer dans ces cas (pénicilline, sulfamide, sérum, chocs).

J. Ch.

SOCIETE DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 18-1-1946

Cancer du rein et Hématurie.

M. Le Gac, montrant qu'il n'y a aucun rapport entre l'abondance de l'hématurie et le développement des tumeurs rénales, apporte à l'appui deux observations de néphrectomie.

Dans la première, l'hématurie était importante : il s'agissait d'un épithélioma à cellules claires ; le petit néoplasme avait été décelé par pyélographie rétrograde.

Dans la deuxième, l'hématurie était légère, presque négligeable, mais la tumeur rénale était volumineuse, avait l'aspect radiographique d'un kyste hydatique et siègeait au rein droit supérieur d'un malade qui avait un rein double bilatéral méconnu (épithélioma papillaire). Néphrectomie. Guérison.

Séance du 1-2-1946

Deux cas de maladie de Madelung, dont l'une compliquée tardivement de rupture spontanée des tendons extenseurs des trois derniers doigts.

MM. Masmonteil et Leuret présentent un cas de maladie de Madelung du poignet droit, accompagnée de la rupture spontanée tardive, à l'âge de 65 et 66 ans, des tendons extenseurs des trois derniers doigts.

La résection de la tête cubitale hypertrophiée et la suture des tendons ont donné un résultat parfait au bout de 15 jours.

Boiterie. Insuffisance du moyen fessier et marche analgique.

M. L. Lamy et R. Weiss font une étude comparative, à l'aide de quelques observations, de la boiterie par insuffisance du moyen fessier (luxation congénitale de la hanche, paralysie du muscle, etc.) et de la marche antalgique, caractérisée par l'horizontalité du bassin, la cassure du tronc, le déport de l'épaule et l'écartement du bras, qui précèdent et suivent l'appui unilatéral.

LA PRESSE

La Pénicilline et son emploi en obstétrique. — M. Mayer estime qu'il n'y a pas d'intérêt à utiliser la pénicilline à titre préventif, ni à l'employer de façon systématique dès que la température d'une accouchée s'élève. On peut cependant trouver une application légitime de la pénicilline au cours de l'accouchement, soit chez des femmes qui font des accidents infectieux (grippe, pneumonie), soit chez celles qui présentent un tableau d'infection amniotique. C'est surtout l'infection puerpérale du post-partum ou du post-abortum sous toutes ses formes, qui constitue l'indication primordiale de la pénicilline. D'abord et avant tout la septicémie, qui réclame un traitement d'attaque intense (2 à 300.000 unités par jour) en le combinant avec des doses de sulfamides, pouvant aller jusqu'à 10 grammes, à condition que le foie et les reins le permettent. Ce traitement doit être conduit sous le contrôle des hémocultures. Mêmes indications pour les thrombophlébites suppurées ainsi que pour les péritonites généralisées et pelviennes. L'utilisation de la pénicilline chez les nouveau-nés, dans les affections de toutes natures (gastro-entérites, etc.) donne des résultats particulièrement encourageants. La pénicilline s'administre ordinairement par la voie générale ; mais il est utile d'y associer, chaque fois que c'est possible, un traitement local. (« La Puériculture », mars 1946.)

La Bronchoscopie dans la pratique pneumologique. — D'après l'étude de **R. Even et J. Lecœur**, la bronchoscopie a des indications relativement rares chez les tuberculeux pulmonaires ; elle ne doit en fait viser qu'à dépister et à traiter les lésions tuberculeuses du poumon ; elle constitue au contraire une méthode diagnostique d'investigation de premier ordre en présence des hémoptysies non tuberculeuses et sans cause, des syndromes fonctionnels isolés d'irritation bronchique, des syndromes de condensation pulmonaire rétractile, ou d'hépatisation prolongée, ou d'emphysème obstructif, en présence de tout abcès pulmonaire ou quand on présume l'existence d'une adénopathie médiastinale. Elle permet la guérison de presque toutes les tumeurs trachéales et bronchiques, hormis, bien entendu, les tumeurs cancéreuses, ainsi que la guérison des lésions en surface de la trachée et des bronches. Le rôle thérapeutique de la bronchoscopie aspiratrice dans la dilatation des bronches est purement symptomatique. Enfin elle doit être proscrite comme méthode thérapeutique au cours des abcès pulmonaires, comme étant nuisible, le traitement chirurgical étant seul capable actuellement d'assurer la guérison du malade. A noter, qu'à part le cas d'extirpation du corps étranger des bronches, elle doit être pratiquée uniquement par des pneumologues spécialisés, les oto-rhino-laryngologistes, à quelques exceptions près, ne pouvant pas posséder une pratique suffisante de la pneumologie. (« La Semaine des Hôpitaux », 7 mai 1946.)

G. F.

VERIANE BURIAT

LIQUIDE
2 à 5 cuillerées à café

COMPRIMÉS
2 à 5 comprimés

Scillitrine

SPASMES
DE LA
MUSCULATURE LISSE

•

HYPERTENSION

LABORATOIRE PERRIER
12, rue H nner, PARIS-9e

OXYURYL

VIOLET DE GENTIANE

Laboratoires A. MARIANI 10, rue de Chatillon - NEUILLY - PARIS



CÉRÉRIF

FARINES COMPOSÉES MALTÉES SUCRÉES

Le traitement thermique que subissent les céréales de ces farines leur assure un goût agréable et une grande digestibilité.

Ets RIFF. Laboratoire et Usine a Valenciennes (Nord)

PARTIE PROFESSIONNELLE

PROPOS DU JOUR

LA « MALADIE DU SIÈCLE » A NOTRE ÉPOQUE

ALFRED DE MUSSET au début de *La Confession d'un enfant du Siècle*, fait un tableau peu flatteur de la jeunesse de son temps.

« Ayant été atteint, jeune encore, d'une *maladie* « *morale abominable*, écrit-il, je raconte ce qui « m'est arrivé pendant trois ans. »

Nous nous trouvons dans une situation analogue à celle que connut ALFRED DE MUSSET au lendemain de la guerre du Premier Empire et notre jeunesse souffre de la maladie morale à laquelle le poète fait allusion. Les causes en sont assez semblables.

« Pendant les guerres de l'Empire, dit ALFRED « DE MUSSET, tandis que les maris et les frères « etaient en Allemagne, les mères inquiètes avaient « mis au monde une génération ardente, pâle, ner- « veuse. Conçus entre deux batailles, élevés dans « les collèges au roulement des tambours, les « meilleurs enfants se regardaient entre eux d'un « œil sombre, en essayant leurs muscles chétifs. »

De temps à autre une voix disait aux gens du peuple :

« Reste au repos du moins ; si on ne te nuit « pas, ne cherche pas à nuire. »

« Hélas ! ils se contentaient de cela. Mais la « jeunesse ne s'en contentait pas. Il est certain « qu'il y a dans l'homme deux puissances occultes « qui combattent jusqu'à la mort : l'une, clair- « voyante et froide, s'attache à la réalité, la cal- « cule, la pèse, et juge le passé ; l'autre a soif « de l'avenir et s'élance vers l'inconnu. Quand la « passion emporte l'homme, la raison le suit en « pleurant et en l'avertissant du danger...

« Un sentiment de malaise inexprimable com- « mença donc à fermenter dans tous les jeunes « cœurs. Condamnés au repos par les souverains « du monde, livrés aux cuistres de toutes espèces, à « l'oisiveté et à l'ennui, les jeunes gens voyaient « se retirer d'eux les vagues écumantes contre les- « quelles ils avaient préparé leurs bras. »

Cet état psychique qu'ALFRED DE MUSSET appelle le mal du siècle, est imprégné de pessimisme. « Les mœurs des étudiants et des artistes, ces « mœurs si libres, si belles, si pleines de jeunesse, « se ressentirent du changement universel. Les « hommes en se séparant des femmes, avaient chu- « choté un mot qui blesse à mort : le mépris. » La grisette fait place à la courtisane. Les étudiants et les artistes se jetèrent dans le vin et dans la débauche. « L'amour était traité comme la gloire « et la religion ; c'était une illusion ancienne. »

GŒTHE à cette époque écrivit *Werther* et *Faust*. Le désenchantement, la désespérance gagnèrent les âmes. La seule jouissance intellectuelle est la vanité.

« Ainsi les jeunes gens trouvaient un emploi de « la force active dans l'affectation du désespoir. Se « railler de la gloire, de la religion, de l'amour, « de tout au monde, est une grande consolation « de ceux qui ne savent que faire ; ils se moquent « par là d'eux-mêmes et se donnent raison tout en « faisant la leçon. Et puis, il est doux de se croire « malheureux, lorsqu'on n'est que vide et en- « nuyé. La débauche, en outre, première conclu- « sion des principes de mort, est une terrible « meule de pressoir lorsqu'il s'agit de s'énerver. »

« Toute la *maladie du siècle* présent vient de « deux causes : le peuple qui a passé par 93 et « par 1814 porte au cœur deux blessures. Tout « ce qui était n'est plus ; tout ce qui sera n'est « pas encore. Ne cherchez pas ailleurs le secret de « nos maux. »

VOILA comment ALFRED DE MUSSET comprenait la psychologie de la *maladie du siècle* qui frappait la jeunesse, surtout intellectuelle, de son époque. Voyons si notre époque qui a de surprenantes analogies avec la sienne n'a pas sur l'état mental des jeunes gens la même conséquence.

Nous ne pourrons évoquer 93 et 1814 comme causes. Mais nous pouvons compter les deux guerres, l'occupation et la libération comme facteurs analogues. Les bombardements, la disette viennent s'ajouter à leur désarroi général. La captivité, la déportation sont cause de la dislocation des familles. Les mères, ayant souci du ravitaillement et de gagner le pain quotidien de toute la maisonnée, ne peuvent faire face à leurs obligations, d'où sous-alimentation et manque de surveillance de l'éducation des adolescents.

Chez les jeunes intellectuels, le mal n'est pas moins grand. Les pères, étant aux armées ou en captivité, le jeune homme est livré à lui-même. Le marché noir fait ici ses ravages. Comment un jeune homme qui peut se procurer des sommes importantes par le troc de quelques cigarettes, comparant ce gain illicite à la modicité des appointements d'une profession qui exige l'assiduité et un effort, hésiterait-il ? D'où la paresse, la débauche et l'alcoolisme.

Les jeunes gens qui échappent à la contagion de ce mal ou que l'énergie des parents maintient dans le droit chemin, sont victimes des angoisses de l'avenir très sombre dans toutes les professions, même dans celles qui, momentanément florissantes, sont vouées par la crise monétaire et par la crise économique au sort commun de la pauvreté générale.

La « maladie du siècle », à notre époque, sera plus grave qu'au début du XIXe siècle. On ne pourra y échapper que par le travail dans toutes les professions.

J. NOIR.

LA COOPÉRATION EN MÉDECINE : LE CABINET DE GROUPE

Les conditions matérielles de l'existence, particulièrement rudes actuellement, — plus encore que des études théoriques dont la bonne volonté est évidente, mais aussi le dogmatisme sinon l'esprit de système, et même la naïveté, — rendent de plus en plus fréquentes les tentatives de groupement des activités médicales. Cela intéresse aussi bien des disciplines spécialisées — centres de diagnostic — que des activités de même ordre : cabinets de groupe réunissant des médecins omnipraticiens.

Ces groupements se heurtent à de multiples difficultés :

Difficultés financières : frais considérables qu'entraîne toute construction, répartition des frais de gestion, incidences fiscales, etc. ;

Difficultés juridiques : établissement d'un contrat entre un médecin et ses confrères, et le propriétaire du local, de l'instrumentation (que ce propriétaire soit une collectivité, un des médecins, ou le groupe) ;

Difficultés humaines : rapports avec la clientèle et rapports des médecins entre eux.

Toutes ces difficultés sont d'autant plus considérables que nous devons bien prendre l'homme dans son état actuel et non pas tel qu'il sera ni tel que nous voudrions qu'il fût, mais elles ne sont pas insurmontables pour des hommes de bonne volonté.

Les chirurgiens ont depuis longtemps entrepris de s'associer : la charge écrasante d'une installation chirurgicale pousse le jeune chirurgien à s'associer avec un aîné qui a déjà en main l'installation rêvée ; l'ancien, à la tête d'une clientèle assise, éprouve le besoin impérieux d'une détente intellectuelle et nerveuse : le jeune associé lui permettra de la trouver. Cette formule implique bien souvent, pendant quelques années, une forme de subordination du jeune à l'égard de l'ancien, Il importe qu'il n'y ait pas d'exploitation. Il est rare, par contre, que l'association ne profite pas de l'expérience de l'ancien ni de la nouveauté des techniques apportées par le jeune.

Une bonne partie du réseau chirurgical qui couvre la France d'une façon très serrée, et semble-t-il, assez satisfaisante pour la santé publique, est ainsi constituée par des équipes chirurgicales d'associés. Les écueils viennent peut-être de la nature capitalo-libérale de telles associations ; celle-ci impose au départ la recherche d'affinités qui sont un garant d'harmonie aussi certain que la rencontre de hasard de deux fonctionnaires.

Les radiologistes seront de plus en plus appelés à fonctionner en groupe en raison de la rareté du matériel, de son prix extrêmement élevé, de la nécessité surtout d'un amortissement rapide qui permet de ne pas laisser vieillir, périmer, un matériel en constant perfectionnement, offrant ainsi au malade et au praticien une plus grande et indispensable sécurité.

Certains ont même pu se demander si ce n'est pas dans ce secteur de l'activité médicale qu'une étatisation interviendrait en premier lieu, dans la mesure où l'Etat ou ses succédanés ne seront pas seuls en mesure de supporter de tels frais.

Un plan existe en matière obstétricale, qui tend à doter le territoire d'un réseau de centres, véritables cabinets de groupe. L'association des gynécologues et obstétriciens de langue française en discutera en octobre prochain.

Les diverses spécialités ont leur place dans des centres de diagnostic : nous avons quelques exemples sous les yeux de telles réalisations privées ou publiques.

En médecine générale, l'association a été jusqu'ici assez peu utilisée, mais plus souvent la formule bâtarde et combien discutée de l'assistant. Il faut reconnaître que, assez souvent, une telle formule est utilisée à des fins semi-commerciales.

Les lenteurs de la reconstruction, les difficultés de logement dans nos villes et nos bourgs, les difficultés de service, et aussi l'impérieuse nécessité d'une meilleure et plus efficace organisation du travail du médecin, vont certainement hâter l'éclosion de cabinets de groupe déjà prônés par Nedelec (1) et A. Vincent (2).

Nous ne discuterons pas ici une certaine idéologie à laquelle ces auteurs ont cru devoir lier leurs conceptions. Nous ne pensons pas qu'il soit impossible, dans l'état actuel des choses, que quelques médecins omnipraticiens puissent se grouper en un organisme professionnel, leur permettant de séparer locaux privés et locaux professionnels, et ceci sans que leur indépendance réciproque soit en rien affectée.

Dans un même local, immeuble, appartement, selon les circonstances, ils pourraient fort bien avoir chacun leur propre cabinet de consultation. Ils auraient la commune disposition, en outre, de locaux tels que salle d'attente, salle de radioscopie, salle de pansement ou petite chirurgie, stérilisation, et éventuellement, un petit laboratoire. Un personnel commun assurerait le service d'infirmerie (soins, entretien, garde), de secrétariat (rendez-vous, appels, tenue des fiches et de la comptabilité, relevés, demandes d'attributions, déclarations, recouvrements, etc.).

Le médecin se verrait ainsi déchargé de tout un côté matériel de son activité, souvent délaissé parce que fastidieux et ne justifiant pas, dans un cabinet isolé, infirmière et secrétaire, mais côté de moins en moins négligeable avec le développement de la médecine sociale.

Un roulement la nuit et pendant les vacances apporterait au médecin la détente nécessaire, la possibilité de se cultiver et de s'évader ! Combien de praticiens ont le temps de lire, n'ayant jamais cette bienheureuse impression d'avoir fini leur journée. Le malade, par contre, serait assuré de toujours trouver secours près d'un praticien en liaison avec le médecin habituel.

(1) Voir not. « Les Cabinets de groupe » (in *l'Architecture française*, oct.-nov. 1945).

(2) *Le Jardinier des hommes*. Édition du Seuil. 1945

Nous ne voyons pas qu'il soit nécessaire de déclencher dans les faits ou dans les mots, une révolution pour que puisse fonctionner une telle organisation dont tout le monde profiterait, médecins et malades. Il suffit de grouper de braves gens bien décidés à bien faire leur métier et à respecter la règle du jeu, la loyauté et la probité élémentaires sans lesquelles la vie est impossible dans quelque régime que ce soit, autoritaire ou démocratique, communautaire ou libéral.

Chaque médecin reçoit ses propres malades, se fait honorer directement comme à l'ordinaire, fait ses visites en ville comme par le passé ; peut-être pourrait-on envisager une mise en commun des moyens de transport en tenant compte des heures de consultation, ce qui se traduirait par une diminution des frais ou la possibilité de se décharger sur un chauffeur des soucis de la conduite et de l'entretien.

Le malade vu d'urgence la nuit ou pendant les vacances retrouve bien entendu son médecin habituel en période normale. La versatilité de la clientèle, son amour du changement, le respect nécessaire du libre choix poseraient évidemment des problèmes déontologiques chaque fois qu'un médecin du groupe serait consulté par le client d'un de ses associés ! Une franche confraternité et le roulement égaliseraient les chances. Il faut bien par ailleurs reconnaître qu'un médecin mû par le vain désir de se faire valoir au détriment de ses confrères serait un tout aussi détestable collègue en médecine étatique, civile, militaire ou sociale.

Il serait souhaitable qu'Ordre et syndicats se missent d'accord sur un contrat type s'inspirant de celui que proposait M. Douriez, ici même, le 28 décembre 1941.

Dûment guidés et conseillés par leurs cadres, pourquoi des médecins ne pourraient-ils posséder et gérer de telles organisations tout aussi bien que les formations étatiques ou communautaires (où est la différence ?) Celles-ci auraient vite fait de considérer le médecin comme leur chose, leur ouvrier sanitaire, privé de la propriété de ses instruments de travail donc prolétarisé, ce qui, loin d'être souhaitable, est la fin à éviter.

Les grands principes de la Charte que nous sommes encore un certain nombre à vouloir défendre ne seraient en rien affectés par ce mode d'exercice. Le libre choix nous l'avons vu, poserait, dans certains cas des problèmes, l'entente directe, elle, n'est en rien influencée pas plus que le secret professionnel — auquel est astreint le personnel — ou la liberté de prescription. Nous pensons que tout ce qui peut accroître la qualité de la médecine et son efficacité ne peut qu'augmenter son propre prestige et celui des principes sur lesquels est basée notre pratique, alors que les affirmations bruyantes, sans apport constructif, semblent vite destinées à défendre des situations acquises et enlèvent toute valeur aux principes qu'on prétend défendre.

Nous ne voyons aucun inconvénient à ce que l'Etat, par des dégrèvements et des priorités de fournitures plus que par des subventions, facilite dans les régions déshéritées ou dévastées la création de ces instruments sanitaires remarquables que seraient ces organisations, véritables coopératives médicales.

R. JODIN.

LETTRES DES LECTEURS

ASSEZ DE PAPIERS !

Que l'on lise et relise l'arrêté du 12 avril 1946 et l'article documenté de M. DOURIEZ, on en sort plein d'incertitude sur le présent et l'avenir médicaux.

Les pensées du médecin doivent-elles être donc désormais centrées sur le point de savoir si tel accidenté a été soigné avant ou après telle date, s'il convient de diminuer des honoraires de 20 %, d'appliquer le coefficient 0,7 ou 0,4, de considérer s'il y a cumulation ou non cumulation, où en sont les honoraires agricoles, ce qu'il advient des A. S.

Suis-je une notoriété ? Ai-je rendu un service signalé ? Mon client est-il un économiquement faible ? Ses feuilles sont-elles en ordre ? Cette feuille de soins courants a été remise à la place d'une feuille de soins spéciaux — même aspect, même couleur. Au bout d'un mois voici qu'il m'est enjoint de la refaire.

Et les honoraires à l'hôpital ; K = 20, K = 25, K = 40

L'article 64. Les A. M. G.

Les mémoires en triple exemplaire. Trimestriels ? Semestriels ?

La suralimentation (double exemplaire). Les certificats de charbon, de transport (diagnostic exigé). D'urgence et aussi indûment, des certificats pour les gendarmes, le procureur, une assurance, une administration.

Combien de temps encore aurai-je le droit de songer à mes malades, aux soins que je leur ai donnés, à ceux que je compte leur donner ?

N'en serai-je pas bientôt au sort de ces confrères militaires, courbés sur des états et non sur des malades.

Chirurgien, j'ai tout de même des moments personnels.

Mais que dire de nos malheureux confrères médecins absorbés par les soucis de l'immédiat, de l'urgence, des dérangements incessants, des difficultés de transport, dont les minutes sont comptées et qui ont à réfléchir sur ces problèmes paperassiers.

Il serait temps qu'on finisse par y penser.

L'art du médecin n'est pas un jeu de fonctionnaires.

Comment faire comprendre aux différents Pouvoirs que ces obligations d'administration et de paperasse écartent le médecin de son rôle et de ses malades ?

Par la grève des papiers et coefficients ?

Combien elle serait justifiée.

Dr WOLMANT.
(*Compiègne.*)

COEFFICIENT 4 = COEFFICIENT 3
COEFFICIENT 2 = COEFFICIENT 0

Tout est pesé, mesuré, tarifé. L'indice et le coefficient s'imposent à tous. Et l'on a dit aux médecins : « Le coefficient 4, étant appliqué « aux fonctionnaires et salariés, nous consentons « à ce que vous portiez également vos hono- « raires, au coefficient 4. » Et médecins de remercier, tout en s'étonnant de trouver tant de difficulté à boucler leur budget.

Leur étonnement disparaitrait s'ils faisaient le raisonnement suivant :

Un fonctionnaire qui gagnait 66.000 fr. en 1939, et dont le traitement est multiplié par le coefficient 4, gagne 66.000 × 4 = = 264.000 fr.

Un médecin qui touchait en 1939, 100.000 fr. d'honoraires, et à qui le fisc reconnaissait des frais généraux s'élevant à 33 % de ses recettes, gagnait en 1939, 66.000 fr., comme le fonctionnaire. Ses honoraires ayant été portés au coefficient 4, il fera 400.000 fr. de recettes brutes. Mais ses frais généraux ont augmenté beaucoup plus que ses recettes. D'après la statistique officielle, l'indice des prix de gros (il ne s'agit pas de marché noir) est actuellement de 622 contre 100 en 1939. Si nous appliquons cet indice aux frais professionnels, qui ne sont pratiquement pas compressibles, nous constatons qu'ils ont passé à 200.000 fr. environ. Le bénéfice net ressort alors à 200.000 fr. (au lieu de 264.000 pour le fonctionnaire), soit à 3 fois celui d'avant-guerre.

Donc, à l'heure actuelle, en appliquant aux honoraires le coefficient 4, le bénéfice net du médecin, seul comparable aux traitements et salaires, est au coefficient 3.

Le même raisonnement montre qu'avec des honoraires au coefficient 2, le coefficient du bénéfice net, tombe à 0. Le médecin travaille pour ne rien gagner.

Dr Deschamps,
Secrétaire du Syndicat de la Haute-Savoie

Libres Opinions

VERS DES RÉFORMES NÉCESSAIRES

Dans une précédente lettre que le Concours a bien voulu publier sous le titre *Plan réaliste*, je posais quelques-uns des problèmes matériels de la médecine libérale devant le collectivisme montant.

Je me propose aujourd'hui de développer ces deux idées : la médecine libérale n'est pas moralement parfaite ; matériellement elle est dans l'impossibilité d'assurer aux malades des soins en rapport avec le progrès technique, à cause des conditions économiques que nous subissons.

♣

C'est une erreur de voir dans l'entente directe une tradition de haute et respectable antiquité : les premiers collèges médicaux historiques faisaient de la médecine gratuite, et les médecins prêtres étaient entretenus par le temple médical où ils exerçaient : le temple était d'autant plus riche que la réputation du collège sacerdotal était mieux établie : il touchait les dons honorables, en principe non tarifés, des malades guéris, et les subventions des cités dont les administrés bénéficiaient des soins des prêtres médecins : première ébauche de médecine en équipes subventionnées.

La retraite du médecin et les études étaient assurées par ce système ingénieux, car le temple comptait aussi bien des prêtres étudiants que des vétérans ne pouvant exercer activement : c'était de la médecine communautaire spiritualisée par l'ambiance religieuse dont elle s'entourait : les prêtres, en principe, recherchaient la guérison des malades pour l'honneur de leur Dieu, dont guérir était la fonction sociale.

Ce n'est que plus tard que vit le jour la médecine individualiste qui, dans les premiers temps se contentait encore des dons honorables : on peut dire que la médecine tarifée n'existait qu'à peine en 1900 : le XIXe siècle a été celui de la liberté médicale et de la véritable entente directe où les prix des médecins s'adaptaient aux ressources de chaque client : le système actuel de nomenclature et de coefficient hérisserait mon grand-père qui exerçait il y a trois quarts de siècle : tout ne va pas pour le mieux dans la caricature actuelle de médecine libérale où le paiement aux pièces est facteur « d'activité médicale », cette sorte d'activité consistant entre autres choses à multiplier les actes médicaux et les examens de laboratoires sur des malades dont beaucoup tendent vers la guérison spontanée : mon grand-père, qui voyait se dessiner ce mouvement, et qui croyait par dessus tout à la clinique, appelait cette médecine « la médecine pissez là, crachez là, chiez là ». Le pire est que les médecins les plus honnêtes, à cause du prix de la vie, des impôts et des frais écrasants sont obligés de faire preuve d' « activité médicale » ; d'ailleurs pour la plupart des clients la surveillance abstentionniste est une preuve d'impuissance et d'incompétence, alors que les tuiles d'un interventionisme outrancier sont facilement pardonnées. On peut être certain cependant que la morale professionnelle ne bénéficie pas de cet activisme obligatoire. Je crois inutile d'insister pour prouver que le système médical actuel, dit libéral,

en fait socialisation batarde, n'est pas moralement idéal.

⁂

Les lacunes matérielles du système sont au moins aussi considérables : actuellement la France se trouve avec un équipement médico-chirurgical démodé comme appareillage, et insuffisant comme capacité d'hospitalisation. Les laboratoires de recherches et d'examens sont misérables et les chercheurs défavorisés par rapport aux praticiens ; aucun système capitaliste ne peut fournir l'équipement indispensable, parce que les dépenses engagées ne seraient pas rentables, étant donnés les prix du bâtiment et des installations : le prix du lit d'hospitalisation en chambre seule ou à deux atteint au minimum 500.000 francs, bloc opératoire en plus : avec tous les frais supplémentaires, cela met les prix dans une clinique neuve à un tel taux que l'entreprise n'est pas libéralement viable, étant donnés les moyens matériels de la plupart des malades : en économie strictement libérale, l'équipement de la médecine libre est donc destiné à stagner à un niveau qui ne correspond pas à celui atteint par la technique moderne : les malades français payants moyens ne jouissent pas en général des mêmes garanties scientifiques matérielles que les clients des services hospitaliers ; malheureusement les conditions impersonnelles où ces derniers reçoivent les soins les plus modernes (les plus modernes en France, s'entend) ne représentent pas non plus une médecine optima. En résumé le malade de dispensaire est un administré ; celui d'hôpital est un cobaye ; quant à celui de clientèle privée, c'est pour certains, trop nombreux, si faible que soit leur nombre absolu, une vache à lait.

Quant à la médecine française, la première incontestée en 1900, elle est passée à un rang que je ne pourrais préciser, mais certainement derrière la médecine américaine, malgré la valeur absolue généralement élevée du praticien français.

Ce serait une erreur de croire que cette valeur morale et scientifique se maintiendra indéfiniment avec le régime actuel et le régime prochain de la Sécurité sociale : une réforme des études et de l'exercice médical s'impose.

Dr V. MÉNAGER,
Machecoul (Loire-Inférieure).

ORDRE ET SYNDICAT

Il nous revient que le taux de la cotisation à l'Ordre serait fixé à 1.200 fr. pour l'Oise, 150 francs iraient au Conseil régional, 300 francs au Conseil départemental. Le reste serait centralisé au Conseil national.

Passons sur les 150 francs du Conseil régional, véritable tribunal professionnel, seul tribunal en quelque sorte. Il faut même remarquer que cela n'est pas cher avec cette réserve que pour avoir le droit de comparaître en correctionnelle, un simple citoyen ne paie pas d'autre cotisation que ses impôts.

Le médecin aussi paie ses impôts, assez d'impôts pour que l'Etat prélève sur son propre tiroir-caisse 250 francs par médecin, la réunion de ces prélèvements servant à faire fonctionner les Conseils régionaux de l'Ordre. Cela n'est-il pas soutenable ?

Pour le Conseil national, quelques frais juridictionnels, déplacements de juges, écritures, pour les rares affaires qui viendront en appel. Et puis, dit-on, on consacrera une grosse somme à la solidarité professionnelle : 500 francs par médecin. Mais, il n'est pas question de la retraite qui serait autre chose. Le Conseil national, avec une grande part de la cotisation, ferait donc concurrence aux multiples sociétés de prévoyance professionnelle.

Quant aux 300 francs du Conseil départemental — j'en demande pardon à nos confrères du Conseil de l'Ordre — on se demande bien comment ils seront employés ? Secrétariat ? Pour étudier et transmettre dix dossiers d'inscription au Tableau par mois et encore en comptant les entrants et les sortants ? Pour transmettre au Conseil régional les rares plaintes que le Conseil de Famille syndical aurait laissé filtrer ? Il apparaît que 60.000 francs par an est une somme bien rondelette pour ce menu travail.

⁂

Au Conseil d'administration de la Confédération, où la question avait été soulevée, n'a-t-on pas soutenu qu'une cotisation globale de 500 francs pour l'Ordre était bien suffisante ? C'est aussi notre avis.

Actuellement, le médecin praticien moyen paiera, en plus de lourds impôts, les 1.200 fr. de cotisation « Ordre » et la cotisation syndicale. Nous savons, on ne manquera pas de nous le répondre, que la cotisation au Syndicat, comme l'adhésion, n'est pas obligatoire. Cela est vrai. C'est pourtant le Syndicat qui assure la défense des intérêts matériels et aussi moraux pour une large part des médecins. C'est lui qui traitera pour un long temps encore des questions importantes : essence, pneus, voitures, alcool, gaz butane, etc.

Enfin, la législation actuelle, toujours en vigueur, ne l'oublions pas, a placé en face des Caisses de Sécurité sociale les Syndicats de médecins et, à cet égard, on sait la lourde tâche qu'ils ont à accomplir.

Aussi, 1.200 francs de cotisation « Ordre », c'est beaucoup trop cher. Il appartient à nos conseillers élus de le dire nettement. Le Conseil national n'a pas à supplanter les sociétés de prévoyance. Qu'il organise la retraite et nous applaudirons !

Le Conseil départemental n'a pas à étendre ses attributions aux dépens du Syndicat ; qu'il tienne le Tableau de l'Ordre et transmette les plaintes. Si nos conseillers ne sont pas de cet avis, qu'ils réclament un organisme unique groupant les attributions de l'Ordre et du Syndicat.

Dr P. DELIE *(Beauvais).*

Micelliode

IODE COLLOIDAL MICELLAIRE ÉLECTRO-POSITIF

Toutes les Indications de l'IODE,
SANS IODISME POSSIBLE

GOUTTES

Laboratoires de l'HÉPATROL _ 4 Rue Platon. PARIS (XVe)

CONTRE
LA DYSPNÉE SPASMODIQUE
un adrénalinique nouveau
ÉPROUVÉ DANS L'ASTHME BRONCHIQUE

ALEUDRINE

SULFATE DE DIOXYPHÉNYLÉTHANOLISOPROPYLAMINE

NÉBULISATIONS AÉROSOLS
ALEUDRINE SOLUTION

ADMINISTRATION PERLINGUALE
ALEUDRINE TABLETTES

LABORATOIRES M. R. BALLU
104, RUE DE MIROMESNIL - PARIS 8e

---

ovules secs
STÉRIGYNE

Désodorisent. Calment le prurit.

Ne coulent pas. Ne tachent pas.

Leucorrhée, hygiène intime

LABORATOIRES SERVIER - ORLÉANS

VITAMINE E

SOLUTION HUILEUSE NATURELLE
TITRÉE A 10 milligrammes par ampoule

EGERMOL

LABORATOIRE LAROCHE-NAVARRON
6, Passage Ramey - PARIS (18e) -:- Tél. MONtmartre 93-49 et 98-73

PAGES SANS MÉDECINE

LIVRES

LE ZÉRO ET L'INFINI. Arthur KOESTLER. Ed. Calmann-Lévy, Paris.

Un des fondateurs du gouvernement des Soviets, ancien compagnon de Lénine, est jeté en prison et attend qu'il soit statué sur son sort. L'issue de l'aventure ne comporte pas plusieurs versions : de nombreux exemples précédents sont amplement démonstratifs.

En attendant de disparaître définitivement de la scène, Roubachof se livre à une rétrospection de sa carrière de militant. Lui-même, en telle ou telle mission confidentielle, a disposé sans scrupules de la vie d'obscurs auxiliaires. Son tour est venu : rien de plus légitime. Il distingue à partir de quel moment il n'a plus accepté passivement la doctrine et a pris des initiatives qui l'ont rendu suspect au « N° 1 ».

Un de ses meilleurs compagnons est chargé de l'interroger et accomplit sa mission avec un dilettantisme où l'âme slave de bonne souche se révèle tout entière. Rien d'étonnant à ce que ce juge disparaisse lui-même mystérieusement pour être remplacé par un officier de la nouvelle armée, paysan mal dégrossi, asservi à sa consigne. Roubachof se laisse dédaigneusement charger par ce fanatique illettré et accepte de signer de son nom l'aveu de crimes qu'il n'a pas commis. A quoi bon jeter le trouble dans des consciences primitives et risquer d'ébranler la foi qu'elles ont mise dans leur idéal ?

Ce livre oppressant retrace des scènes communes à toutes les geôles politiques ; il atteste aussi que toutes les polices politiques recourent aux mêmes procédés. Les régimes imbus d'une mystique se doivent de fouler aux pieds l'individu et de ne plus accepter qu'une seule expression à la vérité, une expression unifiée, qui peut changer de sens du jour au lendemain, mais qui n'admet en aucun cas la discussion. L'homme cède au principe et l'esprit au commandement.

***

PAROLES DE MÉDECIN. Georges DUHAMEL, de l'Académie Française. Edit. du Rocher, 2, rue des Vieilles-Casernes, Monaco.

Lorsqu'un mur menace ruine les techniciens y insèrent un « témoin » et s'en rapportent à lui pour savoir si le mur « bouge ».

C'est exactement le rôle que joue Duhamel dans notre société contemporaine. Il donne l'alarme chaque fois qu'il la sent s'affaisser un peu plus sur elle-même. Depuis *Civilisation et Scènes de la vie future*, ses avertissements ne nous ont pas manqué. Certainement il fut entendu car son autorité est grande. Qui oserait dire qu'il fut écouté ?

Le présent ouvrage s'adresse spécifiquement aux médecins. Ils y reliront certains textes connus, tel celui de la conférence retentissante qu'il fit, en 1934, au Collège de France, dans la chaire de Charles Nicolle. Ils y trouveront aussi les méditations d'un esprit par-dessus tout soucieux que l'homme ne perde pas un pouce de sa taille, d'un médecin qui juge le médecin du dehors, en philosophe et non en technicien.

Aucune des préoccupations qui assaillent aujourd'hui les médecins n'est étrangère à Duhamel et il dit aussi bien son mot sur la menace d'étatisation qui pèse sur eux que sur la formation médicale, l'amour du métier, la médecine coloniale.

Et puis, voici des souvenirs personnels du temps où Duhamel exerçait épisodiquement la médecine, des notes familières sur Nicolle, des « vues » sur la pénicilline et l'alcool.

Le « témoin » parle ici aux médecins : A eux de vérifier si leur demeure professionnelle est encore habitable.

***

MONSIEUR OUINE, Georges BERNANOS. Edit. Plon, Paris.

Livre singulier qui laisse le lecteur interdit et quelque peu dépité.

On y retrouve certes la manière si personnelle de Bernanos, les personnages qu'il affectionne, pris parmi les hobereaux, le petit clergé et les paysans des campagnes flamandes, l'atmosphère ventilée et néanmoins inquiète où il les fait se mouvoir. Mais il s'y est joint cette fois de la brume et l'on a peine à suivre l'action. Des épisodes se déroulent dont le point d'articulation n'est pas très apparent, si bien que l'on se demande avec perplexité où l'auteur veut en venir. Le personnage central (puisqu'il a donné son nom au roman), un vieux professeur rongé de tuberculose, moraliste oint d'une onctuosité tout ecclésiastique, apparaît, disparaît, tour à tour pitoyable et équivoque, exerçant sur ceux qui l'approchent autant de répulsion que d'attirance. Des comparses, un maire paranoïaque, une châtelaine embrasée et qui n'est pas seulement folle de son corps, un vieux bûcheron intransigeant, prennent un relief qui les amène au premier plan puis se dissolvent dans le brouillard. Monsieur Ouine finit par mourir sans qu'on ait pu se décider sur son compte.

Un livre singulier ! Bernanos nous avait accoutumés à des touches plus appuyées.

***

MADEMOISELLE CORNÉLIE. J.-H. LOUWYCK. Edit. Plon.

Une vieille fille enragée de continence et de dévotion tyrannise, pour leur salut éternel, son demi-frère et sa demi-sœur dont elle est la tutrice. Les deux victimes, êtres sans consistance et irrémédiablement voués à la servitude, entrevoient le caractère pitoyable de leur existence et regimbent. Ils ne sont pas de ceux qui peuvent espérer vaincre.

L'intérêt du livre n'est pas dans les personnages (même le monstre femelle est si poussé qu'il paraît hors nature) mais dans l'ambiance. La société dévote d'une petite ville de province apparaît ici dans sa grisaille traditionnelle, ses chuchotements de derrière les rideaux, ses soupçons, sa maléfique curiosité.

La petite ville dont il s'agit est Albi pour laquelle l'auteur éprouve à coup sûr une dilection très particulière. Il en décrit la cathédrale, les rues et ruelles, la rivière et les ponts avec une telle flamme qu'il est impossible au lecteur de ne pas se sentir conquis à cette torpide et âpre poésie du Midi, à ces demeures et ces enclos attardés dans un siècle qui n'est plus fait pour eux.

G. L.

CHRONIQUE ÉCONOMIQUE ET FINANCIÈRE

A la demande de nombreux lecteurs, nous commençons aujourd'hui une Chronique financière que nous comptons publier régulièrement et nous espérons que nos lecteurs y trouveront ce qu'ils cherchaient depuis longtemps.

LA BOURSE D'AUJOURD'HUI N'EST PLUS CELLE D'ANTAN

19 Juillet

L'épargnant qui, tel *La Belle au bois dormant*, ou *L'Homme à l'oreille cassée* se réveillerait aujourd'hui d'un sommeil de six années, aurait bien du mal à reconnaître en la Bourse 1946 ce qu'elle était en 1939. Sans parler des différences purement techniques, telles que la suppression du marché à terme, la disparition des arbitrages avec l'étranger, l'obligation de présenter une carte pour pénétrer à l'intérieur du « grand temple », la « Révolution boursière », comme on l'a appelée à juste titre, porte sur deux ordres de faits : les progrès des cours, l'évolution de la notion de revenu.

Les cours ont plus varié en six ans que pendant les vingt années qui ont précédé la guerre. Le tableau suivant montre l'évolution des indices boursiers (base 100 en 1938).

	18 août 1939	18 août 1944	28 juin 1946
Indice général	112	656	540
Banques	113	522	280
Assurances	130	461	207
Houillères du Nord	110	720	323
Forges et aciéries	104		528
Constructions mécaniques	127	909	964
Automobiles	125	865	1.167
Constructions navales	135	862	778
Matériaux de construction	102	2.156	1.747
Produits chimiques	107	612	619
Textiles	130	1.506	2.667
Chemins de fer	107	307	207
Navigation	160	1.655	1.328
Gaz	117	450	204
Electricité	117	560	246
Alimentation	94	917	1.360
Grands magasins	116	747	942
Sociétés coloniales	111	887	891

L'indice général est passé de 112 à 540, soit presque de 1 à 5. Pourquoi ? Essentiellement parce que l'inflation, qui a multiplié par 6 la circulation monétaire, a permis à un volume plus important de capitaux de se porter vers la Bourse.

Mais les indices sont très différents d'un groupe à l'autre.

Le porteur de 10 actions françaises « Africaine Occidentale », par exemple, a vu son capital passer de 7.130 fr. à 74.430 fr., alors que celui qui avait acquis 10 « Electricité de Paris » en 1939 pour 8.500 fr. se retrouve avec 6.950 francs.

Et c'est là une des différences fondamentales entre l'avant et l'après-guerre. Les épargnants se sont portés en masse sur les valeurs textiles ou coloniales, négligeant les « Electricité », les « Houillères », les « Assurances », non pas tant parce que les unes marchaient mieux que les autres, mais surtout parce que celles-ci étaient menacées de nationalisation, alors que celles-là paraissaient hors d'atteinte, faisaient partie du « secteur libre ». Ce qui a commandé l'évolution des cours, ce ne sont donc pas essentiellement les renseignements favorables ou non sur telle ou telle affaire, mais les conditions générales de l'économie d'abord, de la politique, ensuite et surtout.

L'autre différence fondamentale réside dans l'évolution de la notion de revenu.

Revenu des actions et des obligations (en %)

	1939	1942	1945	1946 (avril)
Obligations	4,97	3,43	3,37	3,69
Actions	4,26	1,22	0,95	0,60

Les cours des actions ont augmenté dans une telle proportion que leur revenu, en pourcentage, est devenu négligeable. L'obligation rapporte davantage ? Oui, certes, mais qu'est-ce qu'un revenu de 3,50 %, alors que l'indice des obligations n'est passé que de 100 à 146,3, contre 540 pour les actions ? La notion de plus-value sur le capital a éclipsé celle du revenu.

L'OPTIMISME ACTUEL DE LA BOURSE

Comme le montre le tableau suivant, les cours au 30 juin 1946 sont en moyenne supérieurs à ceux du 1er janvier :

1946	Janv.	Fév.	Mars	Avril	Mai	Juin
Indice général ...	433	461	452	448	532	540
Valeurs étrangères	362	354	337	339	341	337

Et pourtant, en ce début d'été, les conditions générales, économiques et politiques, ne sont pas toutes favorables. La revendication de la C.G.T. portant sur une augmentation de 25 % des salaires, peut faire naître des difficultés sociales ; la reprise économique, tant attendue, commence à s'affirmer, certes, mais avec quelle lenteur et quelles irrégularités ; le problème du charbon qui conditionne dans une large mesure cette reprise n'est pas encore résolu ; la conférence des Quatre, enfin, n'a pas dissipé les nuages qui planent encore sur les relations internationales.

Mais ces facteurs, qui pourtant ne portent guère à l'optimisme, ont été en partie éclipsés par la bonne impression faite par le referendum d'abord, puis par l'accession au Ministère des Finances de M. R. Schuman.

« Je ne crois pas qu'il y ait place maintenant pour une extension des nationalisations, a-t-il affirmé, et l'on a raison de parler de la pause. »

Quant aux valeurs étrangères, il a été décidé que le paiement des titres réquisitionnés serait effectué sur la base et de la valeur des titres sur la place étrangère d'émission, par virement au compte en banque de l'intéressé.

Sans doute, toutes les valeurs étrangères cotées à Paris ne seront pas réquisitionnées en même temps. Mais les cours à Paris, étant encore séparés de ceux de Londres par des écarts, variant de 10 à 30 %, il reste des possibilités d'arbitrage dont on peut profiter.

Il faut enfin faire une place à part à un dernier élément, et non des plus négligeables, qui favorise la hausse et qui n'a pas encore épuisé ses effets : il s'agit des augmentations de capital, réévaluation de bilans, et distribution d'actions gratuites qui en sont souvent le corollaire.

Une augmentation de capital est très souvent intéressante pour les actionnaires ; une réévaluation de bilan est presque toujours pour lui, à plus ou moins long terme, une source de profit.

***

Si donc sa physionomie a changé, la Bourse, déjouant le diagnostic hâtif de certains, est encore bien vivante. Il y a encore, pour l'épargnant, des possibilités de gains. Mais un portefeuille ne se gère pas tout seul, et encore faut-il, pour en tirer quelques profits, le surveiller de près. Qu'est-ce qu'une courbe des cours, sinon une feuille de température, dont il faut savoir tirer les conséquences ?

M. PEZEU.

ECHOS & COMMENTAIRES

LS BEAUTÉS DE LA CAISSE UNIQUE.

L'APPLICATION du Plan de Sécurité sociale aux professions libérales a commencé déjà dans un secteur particulier, mais non le moins important, celui des allocations familiales.

Jusqu'à maintenant fonctionnait une Caisse des professions médicales, gérée par des médecins élus par leurs pairs qui, si elle n'avait point suscité d'enthousiasme à son début, en raison des imperfections du régime légal qui lui servait de cadre, n'en avait pas moins rempli son rôle dans un esprit particulièrement confraternel. Outre que ses frais de gestion étaient restés fort peu onéreux (5 % environ), elle avait pu créer certains services d'allocations complémentaires aux veuves et aux orphelins qui, par suite de la dissolution de la Caisse et de sa fusion dans les Caisses générales, vont disparaître purement et simplement. De tels services fondés sur les libéralités des médecins (abandons de prestations, dons, etc.), perdront, en effet, leur base de financement du jour même où la Caisse, privée du caractère confraternel, deviendra un vaste et impersonnel bureau de poste peu susceptible de susciter l'altruisme et l'oubli de leurs droits chez ses assujettis.

On se demande en vain quelles peuvent être, en dehors d'un esprit doctrinaire étatique et démagogiquement égalitaire, les raisons d'une mesure aussi défavorable pour ceux que cette institution sociale a justement pour but d'aider. La solidarité nationale a, certes, ses exigences au delà de la solidarité professionnelle. Mais il est d'autres moyens, pour les satisfaire, que de centraliser tous les fonds dans une Caisse unique. La surcompensation nationale existait déjà en principe dans la loi antérieure, ainsi que les subventions de l'Etat, expression même de cette interdépendance entre tous les citoyens d'un même pays.

Les « cadres » ont récemment attiré, à juste titre, l'attention de l'opinion publique sur une injustice analogue commise à leur égard par le même régime égalitaire. Les problèmes sociaux des « cadres » et des médecins se posent en termes assez voisins pour que le Corps médical puisse, selon nous, joindre sa protestation à celle des premiers et obtienne une réforme qui fasse sa place aux diversités vivantes de la communauté nationale.

LES « MÉDECINS PARLEMENTAIRES » A LA CONFÉDÉRATION.

AU moment où le Corps médical, avec une importante partie de l'opinion, réclame une réforme de la Sécurité sociale, dont le but ne doit pas être de réduire tous les Français au rang de prolétaires conscients et organisés, il n'est pas sans intérêt de noter qu'une importante fraction des membres du groupe des médecins parlementaires s'est rendue récemment à l'invitation de la Confédération des syndicats médicaux, et a visité avec soin son organisation administrative et matérielle.

STAPHYLASE
ACNÉ, ANTHRAX
FURONCULOSE
MYCOLYSINE
MALADIES INFECTIEUSES
GERMOSE
TOUX SPASMODIQUES
COQUELUCHE
VEINOSINE
AFFECTIONS VEINEUSES
LABORATOIRES LEBEAULT
BESINS & Cie
5, Rue Bourg-l'Abbé, PARIS - Tur. : 69-50

CARBONEX
MAGNÉSIE SOUFRÉE


ESTOMAC ★ FOIE ★ INTESTIN
NOUVELLE SYNERGIE PHARMACO-DYNAMIQUE
LABORATOIRES BIOS
10, Rue Vineuse PARIS 16e

Cette visite, qui démontra aux intéressés la force et la puissance du mouvement médical syndicaliste, ne put qu'accroître, n'en doutons pas, aux yeux de nos parlementaires, son caractère représentatif de la profession tout entière. Elle fut certainement l'occasion de féconds échanges de vues sur les graves problèmes sociaux de l'heure et d'une prise de conscience, par nos constituants, de la psychologie collective d'un Corps sans la collaboration confiante duquel rien ne se fera dans le domaine de l'assurance-maladie. D'autres problèmes, et notamment le problème fiscal, auraient été abordés. Des contacts de ce genre devraient être développés ; ils peuvent éviter bien des heurts, dont l'origine est toujours une méconnaissance réciproque de la légitimité de positions que l'adversaire attribue trop volontiers à des intérêts de classe ou de métier.

A PROPOS D'UNE PRÉTENDUE « FUSION »,

Nous avons lu, non sans surprise, dans un récent numéro des ÉCHOS DE LA MÉDECINE un articulet qui laissait entendre que les organisations professionnelles des médecins de la Seine étaient en train d'étudier les modalités d'une « fusion », matérialisée par la cohabitation dans un hôtel commun du quartier de l'Etoile, récemment acheté par le Conseil départemental sur les fonds du timbre-certificat. Cette information, rapprochée curieusement des résultats d'un referendum entrepris auprès des architectes et condamnant la formule syndicale au bénéfice d'un Ordre corporatif, incitait à lire entre les lignes que syndicat et Ordre se fondraient en un seul et même organisme dans le département de la Seine !

La chose était assez grave pour mériter vérification. Renseignements pris à bonne source, la chambre syndicale, qui vient de dépasser brillamment son 3.000e adhérent, ne paraît nullement décidée au suicide, fût-ce au bénéfice d'un organisme pour lequel elle professe des sentiments fraternels. L'éventualité d'une cohabitation serait, en effet, étudiée avec sympathie en vue de centraliser, en un même point, les divers intérêts des médecins du ressort. Mais elle se ferait dans l'indépendance de fait et de droit la plus entière. N'est-ce point, au reste, le respect réciproque de cette indépendance respective, rendue nécessaire par des différences d'objet de statuts et de méthodes, qui peut, seul, donner un fondement solide à une confraternité reposant, aujourd'hui encore, plus sur les hommes que sur les institutions ?

LES NOUVELLES FEUILLES DE SÉCURITÉ SOCIALE.

Un nouveau modèle de feuille-maladie a été mis en service à l'occasion de l'entrée en vigueur du nouveau régime de l'assurance-maladie et du Plan de Sécurité sociale. Cette feuille comporte, notamment, une colonne qui suscite l'étonnement et l'hésitation du praticien et qui serait destinée à recevoir l'indication des honoraires effectivement demandés par le médecin à l'assuré.

Le but d'une telle indication est évident, si l'on veut bien

PHOSCAMINE
PHOSPHORE CALCIUM
ACIDES AMINÉS
GRANULÉ
RECALCIFIANT HÉMATOGÈNE
ACTIVATEUR DE L'ASSIMILATION
LIPOVITA
VITAMINES LIPOSOLUBLES A et D
Granulé à base
de CAROTENE
et d'ERGOSTEROL irradié
LABORATOIRE MAUCHANT
J. EURY, Dr en Pharmacie, Ex-Interne des Hôpitaux de Paris
GENNEVILLIERS (Seine)

AUCUNE ACCOUTUMANCE
LACTOBYL

CONSTIPATION
1 à 6 comprimés par jour aux repas. Commencer le traitement par 2 comprimés, augmenter ou diminuer suivant résultat.
LABORATOIRES LOBICA
25, rue Jasmin, PARIS-16e

se rappeler que la nouvelle loi organise un contrôle très strict des dépassements de tarifs d'honoraires, lesquels sont établis, d'une manière autoritaire, par la Commission nationale tripartite.

Etant donnée la position prise par le Corps médical refusant de s'incliner devant cette fixation autoritaire, et surtout d'accepter que le contrôle des abus en matière d'honoraires puisse être exercé par les Caisses, les organisations syndicales recommandent de ne rien indiquer dans ces colonnes. Porter même l'indication E. D. (entente directe) serait reconnaître que celle-ci n'est qu'exceptionnelle, alors qu'elle doit être la règle.

S'il y a abus, la première victime est l'assuré qui, n'étant pas un mineur sous la tutelle protectrice de la Caisse, est capable de saisir lui-même, comme un client de droit commun, ou la Caisse, ou l'Ordre des médecins, ou les deux, et de déclencher ainsi le mécanisme régulier de contrôle des honoraires par l'organe de la juridiction professionnelle, c'est-à-dire le Conseil régional.

LES DIFFICULTÉS ACTUELLES DE LA MÉDECINE FRONTALIÈRE.

La Chambre Syndicale des Médecins du Nord s'est récemment penchée sur le problème de la médecine frontalière dans ce département. Le Dr Edmond Plouviet a rédigé, sur ce sujet, un très intéressant rapport.

La convention franco-belge qui date du 25 octobre 1910 devrait être, selon lui, rajeunie et complétée pour être en harmonie avec les nouvelles règles légales et déontologiques sur l'exercice de la médecine en France. Il serait extrêmement désirable que fût inscrite dans la convention l'obligation pour les médecins belges autorisés à exercer en France de s'inscrire sur un tableau annexe de l'Ordre des Médecins français, la réciproque étant, bien entendu, exigée des médecins français autorisés à exercer en Belgique. En outre, des contacts fréquents devraient être prévus entre Confédération des Syndicats médicaux français et Fédération médicale belge, d'une part, Conseil de l'Ordre des Médecins français et Conseil de l'Ordre des Médecins belges en voie de constitution, d'autre part. Ces contacts permettraient l'échange d'informations, la surveillance et la répression efficace des actes répréhensibles pouvant être commis par les médecins frontaliers français ou belges. Ainsi aurait-on chance de remédier de façon simple et rapide, à un certain nombre d'abus qui, paraît-il, sont, à l'heure actuelle, commis assez fréquemment par certains médecins belges : pratique systématique d'honoraires inférieurs aux tarifs courants, multiplication d'attestations d'actes médicaux sur les feuilles d'Assurances sociales avec sèulement perception d'un honoraire pour acte unique, monopole de certaines fonctions administratives françaises confiées à des médecins belges, etc.

Nous souhaitons ardemment que satisfaction soit donnée à nos confrères du Nord, et nous rappelons à ce sujet que la convention franco-belge de 1910 n'est pas la seule dont le rajeunissement paraisse souhaitable : les conventions franco-luxembourgeoise et franco-suisse, qui sont de beaucoup ses aînées, gagneraient, elles aussi, à être sérieusement revues.

PHYTOJAVA
Affections hépatiques et hépato-arthritiques
Comprimés : 1 à 3 ou Gouttes : 20 à 60 avant chaque repas
LABORATOIRES LONGUET, 34, RUE SEDAINE - PARIS

ENTEROSPASME
DYSARIODE
Bismuth ★ Quinoléine ★ Curcuma
LABORATOIRES DU VIOPHAN 8 COMPRIMÉS PAR JOUR 91, RUE DE MONCEAU, PARIS-8e

CORRESPONDANCE

ACCIDENTS DU TRAVAIL

3738. — **Accidents du travail agricoles.**

Je vous serais reconnaissant de bien vouloir me faire savoir quelle est la position des accidents de travail agricoles vis-à-vis des nouveaux tarifs. Certains prétendent que les actes médicaux en dehors des visites et consultations sont au même tarif que les accidents de travail non agricoles, tandis que d'autres affirment que rien n'est augmenté.

Dr G.

Réponse

Les accidents agricoles, *au point de vue tarif médical, dépendent toujours du tarif* provisoire *basé sur l'art.* 2 *de l'arrêté du* 25 *septembre* 1945. *Prix de la visite ou consultation* : 40 *francs* (*spécialiste* 55 *fr.*) ; *indemnités de déplacement* : *celles de l'arrêté du* 5 *mai* 1939 *majorés de* 200 %. *Tous autres actes* : *tarif A. T. de* 1939 *majorés de* 100 %; *ceci évidemment jusqu'à nouvel ordre.*

Dr F. Decourt.

★

ASSURANCES SOCIALES

1662. — **Bénéficiaires de l'assrance maladie.**

1° Une femme en instance de divorce vit maritalement avec un concubin As. Soc. ; l'enfant est reconnu par celui-ci, à la naissance, et porte le nom du père naturel (il paraît que cela se fait) ; la mère, après le divorce, l'adoptera. Est-ce que les prestations d'Ass. Sociales du père *naturel* jouent pour l'accouchement de la concubine ?

2° Cet enfant est malade ; étant reconnu par le père naturel, quelle est la Caisse d'Assurances Sociales qui devra régler les prestations maladie ? Celle du père naturel ? Celle du mari légal ?

Dr B.

Réponse

Aux termes des articles 22 *et* 23 *de l'ordonnance du* 19 *octobre* 1945 *sur les Assurances Sociales, l'assurance-maladie comporte la couverture des frais médicaux et pharmaceutiques nécessaires pour l'assuré et les membres de sa famille. Par membre de la famille, on entend :*

1° *Le conjoint ;*

2° *Les enfants de moins de* 16 *ans non salariés, à la charge de l'assuré ou de son conjoint, qu'ils soient naturels, reconnus ou non, adoptifs, pupilles de la nation dont l'assuré est tuteur ou enfants recueillis.*

En ce qui concerne l'assurance maternité, seules peuvent en bénéficier l'assurée, la femme de l'assuré ou un des enfants à charge aux termes de l'article 23. *Dans le cas que vous me soumettez, il n'existe aucun lien de famille légalement reconnu entre l'assuré et sa concubine. Celle-ci ne peut donc bénéficier de l'assurance maternité du chef de son concubin.*

Pour l'enfant, s'il est malade, la solution est différente ; dès lors qu'il est reconnu par le père naturel, c'est la Caisse à laquelle est affilié le père naturel qui doit régler les prestations maladie.

★

VERMALA
OXYDROSE
VERT MALACHITE
LABORATOIRES F. BOUCHARD
83, rue Dutot, PARIS (15e)

LIT MÉCANIQUE DUPONT
Cent ans de spécialisation dans le confort du malade
POUR SOULEVER ET SOIGNER LES MALADES
NOUVEAU MODÈLE PERFECTIONNÉ
RECOMMANDÉ PAR LE CORPS MÉDICAL
10, Rue Hautefeuille PARIS (VIe Arr.)
Téléphone : Danton 05-61 et 62
Succ. à Lyon, 6, Place Bellecour
VENTE ET LOCATION

Sulfamidothérapie
SO3 NH2
1162. F.
Néo-Coccyl
Comprimés
Crayons Chir.
Crayons Gyné.
Bougies
Mèches
Ovules
NH2
Laboratoires du Dr PILLET - 222, Bd Péreire, PARIS
ETOile 40-15 — Service de garde MOLitor 58-85

QUESTIONS DIVERSES

742. — Un médecin a le droit d'accoucher sa femme.

Je serais heureux d'avoir des précisions sur le point suivant : ayant établi moi-même pour ma femme un certificat de grossesse destiné à la Mairie, le fonctionnaire municipal m'avise qu'il n'est pas valable.

Certes, il ne discute pas sur le fond même du certificat et serait même disposé à délivrer les tickets auxquels ma femme a droit du fait de sa grossesse, mais « régulièrement » dit-il, « un médecin n'a pas le droit d'établir des certificats pour sa femme ou ses enfants, ceux-ci doivent être rédigés par un confrère ? ». Il me cite le cas de nombreux médecins qui se sont toujours conformés à cette règle.

En passant, j'appris aussi, toujours de sa bouche, qu'un médecin ne pouvait soigner ses proches ou accoucher sa propre femme : il lui fallait l'aide ou le « contrôle ? » d'un confrère ! Je ne savais pas, avec mes deux fils, que j'ai tenu à mettre au monde moi-même, avoir manqué si gravement à cette règle inviolable !

Possédant un Code de Déontologie (extrait d'un feu *Bulletin de l'Ordre* d'avril 1941) je n'ai absolument rien trouvé concernant ces interdictions.

Mon opinion personnelle étant que rien ne peut s'opposer à ce qu'un médecin rédige lui-même les certificats pour sa famille, soigne ses proches et accouche sa femme, je serais heureux d'avoir votre opinion susceptible d'intéresser, je crois, d'autres confrères dans mon cas, sur cette conception particulière des rapports « médicaux-familiaux » — si je puis dire !

Dr M.

Réponse

Les indications qui vous ont été données à la mairie sur les prétendus règlements qui empêcheraient un médecin de soigner sa femme ou de l'accoucher ne sont qu'un tissu d'erreurs.

En effet, de par son diplôme un médecin a le droit de soigner toutes les maladies et de procéder à tous les accouchements sans aucune limitation ni réserve, à moins qu'un texte formel ne le lui interdise dans un cas particulier. Or, il n'existe aucun texte légal interdisant à un médecin de soigner sa femme ou de l'accoucher.

Bien mieux, la question s'était posée de savoir pour le contentieux des soins aux pensionnés de guerre si un médecin pouvait se soigner lui-même et se prescrire les médicaments nécessités par sa blessure. A cette occasion le Conseil d'Etat a répondu par l'affirmative dans un arrêt du 11 avril 1935 dans les termes suivants :

« Considérant qu'aux termes de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919, les bénéficiaires de la présente auront droit au libre choix du médecin et du pharmacien ; qu'aucune disposition législative n'apporte de dérogation à cette règle générale pour le cas où les bénéficiaires de la loi du 31 mars 1919 posséderaient l'aptitude légale requise pour l'exercice de la médecine et ne fait obstacle à ce qu'ils établissent à eux-mêmes une ordonnance pharmaceutique au titre de l'article 64 de la loi précitée »

Par conséquent, s'il est légal qu'un médecin se soigne lui-même, à plus forte raison est-il légal qu'il soigne sa femme ou ses enfants.

9049. — Exercice de la profession d'infirmière.

J'ai lu dans quelques numéros du *Concours Médica-* qu'une nouvelle réglementation réserve aux infi-

Eczéma
CUROZEMA
9 Dragées par jour
OPOSÉROTHÉRAPIE VALTRY
LABORATOIRE BIOLOGIQUE VALTRY
46, Rue St-Didier-Paris-16e
FORMULE INFANTILE :
Pédiozema
GRANULÉ

INTESTARSOL
Granulé
TOXI INFECTION INTESTINALE
PARASITOSES
Laboratoire H. CALAS
162, Rue de l'HAY
GENTILLY (Seine)

mières munies du diplôme d'Etat certains soins médicaux. Je me permets donc de vous demander les renseignements suivants :

Je connais une infirmière qui travaille en relation avec de nombreux médecins qui lui confient le soin de piqûres, ventouses scarifiées, etc. Cette femme exerce sa profession depuis une vingtaine d'années et travaille d'ailleurs fort bien. Mais elle n'a subi aucun examen et n'a aucun diplôme. A-t-elle le droit de continuer ? Ou bien existe-t-il pour elle un moyen d'échapper à l'obligation d'examens qui sont, pour une femme de soixante ans, bien inutiles à côté de la longue expérience qu'elle a acquise.

Je vous serais très reconnaissant de vouloir bien me faire savoir à quoi m'en tenir. Je souhaite que dans des cas semblables, des dérogations à la loi commune nouvelle aient été prévues. Dr B.

Réponse

Une loi du 8 avril 1946 publiée au J. O. du 9 avril a modifié le statut des professions d'assistante ou d'auxiliaire du service social et d'infirmière ou d'infirmier.

Aux termes de l'article 3 de cette loi, nul ne peut en principe exercer la profession d'infirmière ou d'infirmier s'il n'est muni soit de l'un des brevets délivrés en application du décret du 27 juin 1922, soit du diplôme unique délivré depuis le décret du 18 février 1938.

Par dérogation à ce principe, l'exercice de la profession d'infirmière ou d'infirmier est permis soit en qualité d'auxiliaire polyvalent soit pour un ou plusieurs établissements ou pour un mode d'activité déterminé :

1° *Aux personnes pourvues des certificats, titres ou attestations dont les conditions de validité seront fixées par arrêté du ministre de la Santé publique.*

2° *Aux élèves préparant le diplôme d'Etat pendant la durée de leur scolarité, mais seulement dans les établissements ou services agréés pour l'accomplissement des stages.*

D'autre part, l'article 13 de la loi prévoit que les personnes qui exerçaient la profession d'infirmière ou d'infirmier sans remplir les conditions fixées devront cesser leur activité dans les deux ans qui suivront la promulgation de la loi. Toutefois, les infirmières ou infirmiers qui exerçaient depuis trois années lors de la promulgation de la loi peuvent être autorisées, pour continuer d'exercer définitivement leur activité, à subir un examen de récapitulation dont les modalités seront fixées par arrêté du ministre de la Santé publique ou encore par les organisations syndicales intéressées.

Ces personnes doivent, si elles ne l'ont déjà fait, déposer leur demande à la Préfecture de leur résidence dans les trois mois à dater de la publication de la loi. Mention des autorisations doit être portée sur un registre spécial déposé à la Préfecture.

Par conséquent, la personne à laquelle vous vous intéressez et qui n'est pas titulaire du diplôme d'infirmière devra dans les deux ans cesser d'exercer sa profession à moins qu'elle ne subisse l'examen prévu par l'article 13. En tout cas, elle a dû dans le délai de trois mois c'est-à-dire avant le 9 juillet dernier, présenter une demande à la Préfecture pour être autorisée à subir l'examen pour que sa situation soit définitivement régularisée pour l'avenir.

FRANCALCIUM
ACETYLGLYCOCOLLATE DE CALCIUM



AMPOULES INJECTABLES I-V ET I-M
COMPRIMÉS
SOLUTION BUVABLE

LABORATOIRES DU MYORAL
3, RUE S'-ROCH, PARIS

VINGT PEPTONES DIFFÉRENTES
Hyposulfites de Magnésium et de Sodium
Sels halogénés de Magnésium

ANACLASINE
RANSON

Comprimés — Granulé

Désensibilisation
Etats Hépatiques
Action Cholagogue

ANACLASINE INFANTILE
Granulé soluble

LABORATOIRES DÉ L'OPOCALCIUM
96, Rue Orfila PARIS (20e)

CONNAITRE
CAHIERS DE L'HUMANISME MEDICAL

CAHIER N° 4

MASSES, ELITES ET MEDECINE

SOMMAIRE

Editorial (Connaître) — Le problème des masses (Chevallier). — L'éducation des masses (Archambault). — Les moyens modernes peuvent-ils servir à l'éducation des masses (Ponte). — L'éducation sanitaire (Viborel). — Le problème des Elites (Ravier). — Sélections professionnelles des étudiants en médecine (Cornil). — Le sens de l'humain et de la liberté dans la médecine française (Delore). — *Les courants de pensée :* Claude Bernard en seconde lecture (J.Fiolle). — *Chronique scientifique.* Entre deux infinis (Mallet). Le psychisme des animaux inférieurs (Fisher). — *Art et Médecine :* Les médecins amateurs de peinture. *Théâtre* (Levallois). *Cinéma* (Joinville). *Bibliographie.*

Prix de souscription : 130 fr.

Au « Concours Médical », 87, rue de Bellefond, Paris (9e). Ch. Post. Paris 167-95.

RAPPEL DES CAHIERS DEJA PARUS : N° 1. *La Médecine et l'Homme* (épuisé). N° 2. *Familles, Peuples et Médecine* (150 fr.). N° 3. *Education et Médecine* (150 fr.).

SOUSCRIPTION A 4 CAHIERS : 500 fr.

DEMANDES ET OFFRES

N° 394. — Cherche de Septembre à Juin, pour neveu 7 ans, orphelin de père, sain, mais asthmatique, pension de famille, prix raison., rég. élevée abritée, proxim. école. Dr Baron, Les Sables d'Olonne (Vendée).

N° 395. — Méd. dispos. capitaux cherche aff. médic. ou para, sér., éprouvée. Ecr. journ. qui transm.

N° 396. — Achète 3e P.M.C. tomes III et V.

N° 397. — A vendre : Poste Dulertre « Radiola », scopie-graphie. Table basculante. Visible : 13, route de Houdan, à Mantes (S.-et-O.).

Nw 398. — Méd. rech. appareill. radiolog. assez puissant pour ttes radiographies; avec facilit. de paiem. et voiture en bon état, même sans pneu.

N° 399. — Doct. âgé, méd. génér. cherche poste, même peu import., seul médec. compren. maison avec jard. Sud de Paris ou rég. Ouest de préfér., 50 km. de plus.

N° 400. — Méd. accouch. dem. remplaçant fin Juillet, durée un mois envir. Dr Torrégrosa, 37, rue des Gatines, à Paris. Ménil. 85-05.

N° 401. — Méd. 33 ans d'exerc. recherche poste médic. génér. dans rayon 20 à 100 km. Sud ou Ouest de Paris ou près grde ville. Ecr. journ. qui transm.

N° 402. — On demande : Cardiodynamomètre de Pruche, Viscerimètre de Hene. Ecr. journ. qui transm.

N° 403. — A vendre, électro-aimant de Volkmann à grde puiss.

N° 404. — Méd. recomm. aide-infirmière, jeune, active, dévouée tr. au cour.

N° 405. — Offre belle client. avec fixes, 7 pièces, dans Préf. imp. Sud-Est. Cherche Poste méd. génér. ou E.R. Paris beau quart., 8 pièces minim. Ecr. journ. qui transm.

N° 406. — A vendre au plus offr. : deux appar. R.U.V. avec lampe à merc. Un appar. de diatherm., cour. 110-130. Ecr. journ. qui transm.

N° 407. — Kayak bipl. 7' épais, exc. état, sacs, voile, dérives, pagaies, portage. Boudin, Ile Bréhat (C.-du-N.). Tél. 26 ou Paris Lit. 08-04.

Gérant : J. MIGNON
Février 1879
Lang, Blanchong et Cie, 30, rue du Poteau - Paris (18e) — 31.1049
Dépôt légal : N° 8
3e trimestre 46

DERMATOSES - HYPERTENSION
pilules glut. par jour - 2 à 3 I. V. par semaine

HYPOSULFÈNE

Laboratoires TORAUDE
22, Rue de la Sorbonne, PARIS
2, Rue du Pensionnat, LYON

PASSIFLORINE
Le médicament des cœurs instables

La PASSIFLORINE
par sa composition atoxique
PASSIFLORE, AUBÉPINE, SAULE
est un calmant
du Système végétatif
et un
Régulateur toni-cardiaque

La PASSIFLORINE
est le grand remède phytothérapique
de l'Eréthisme cardiaque
avec
Palpitations et Tachycardie

Laboratoire G. RÉAUBOURG, Dr en Phie
115, Rue de Paris - BOULOGNE-sur-SEINE

granulés
CAS AIGUS

Choléfluine
Leconte

CHOLAGOGUE - ANTIANAPHYLACTIQUE
(HYPOSULFITE DE SOUDE)

LABORATOIRES LECONTE, 29, rue Duret, PARIS-16e

comprimés
CAS CHRONIQUES



CRINEX *stimule*
EXTRAIT OVARIEN TOTAL STANDARDISÉ

OREX *équilibre*
EXTRAIT ORCHITIQUE TOTAL STANDARDISÉ

FRÉNOVEX *freine*
EXTRAITS MAMMAIRE ET LUTÉINIQUE

la fonction ovarienne

LABORATOIRES CRINEX-UVÉ
1, AVENUE DU DOCTEUR LANNELONGUE, PARIS (XIVe)



CHLORO-CALCION

ASEPTARGOL

OXYQUINOLÉINE ARGENT - OXYQUINOLÉINE BISMUTH - SULFOSALICYLATE D'OXYQUINOLÉINE

TRAITEMENT
PRÉVENTIF ET CURATIF
des Toxi-infections gastro-intestinales

POSOLOGIE
4 A 8 GLOBOÏDES PAR JOUR

LABORATOIRES S.I.T.S.A. — SITSA — 15, r. des Champs ASNIÈRES

68e ANNÉE — Nº 31 — 3 AOUT 1946

LE

CONCOURS MÉDICAL

37, RUE DE BELLEFOND - PARIS (9e) - TRU 33-66

379-381

SOMMAIRE

PARTIE SCIENTIFIQUE.

La levure de bière dans le traitement des anémies graves (Dr Jean Olmer) 823

Le mot aliéné, sa définition (Dr R. Benon) 824

Racisme, eugénisme et génétique (Dr Pierre Labignette) 825

Actualités américaines : Traitement de l'agranulocytose par la pénicilline (P. L.) 826

Réflexions sur un cas de diphtérie du nouveau-né (Dr Jacques Clerc) 827

Les Livres, 827. — Les Sociétés Savantes, 828. — La Presse, 829.

PARTIE PROFESSIONNELLE.

Propos du Jour : Le cinquantenaire de la « Goutte de Lait » (Dr G. Lavalée) 831

Organisation Professionnelle : Réflexions sur les cotisations professionnelles (Jean Mignon) 833

Libres Opinions : Où allons-nous ? (D. X.) 835

Bibliographie 837

DEMI-COLONNES.

Dernières Nouvelles, 816. — A Travers l'Officiel, 819. — Echos et Commentaires, 839. — Correspondance, 843.

Laborat. Jacques LOGEAIS, Issy-les-Moulineaux, PARIS

DIGITALINE NATIVELLE

ENTÉROSPASMYL
Simple et Mucilagineux
Existe à nouveau sous ses 2 formes

PEPTALMINE
MAGNÉSIÉE
Dragées - Granulés
Antianaphylactique
Cholagogue
SCIENTIA — 21, rue Chaptal — Paris-IXe

Toux *Coqueluche*
ÆTHONE
Laboratoire de l'ÆTHONE 35, rue Boissonnade, PARIS (XIVe)

Infangyl Carlier
TOUX INFANTILES

OUABAÏNE ARNAUD

DERNIÈRES NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris.

Clinique de la tuberculose (Hôpital Laennec. Professeur Etienne Bernard). — *Un cours* en vue de l'examen d'aptitude aux fonctions de médecin des services anti-tuberculeux publics et privés sera fait du 14 Octobre au 23 Novembre 1946. Les leçons auront lieu l'après-midi de 16 à 18 h. à la salle des Conférences de la Clinique, et les stages le matin, dans les services de phtisiologie. Ce cours sera suivi, du 25 Novembre au 7 Décembre 1946, d'un cours et de travaux pratiques de laboratoire (nombre des inscriptions limité).

Droits : 1.000 fr. pour chaque cours, ou 1.500 fr. pour l'ensemble des deux cours. Inscriptions au Secrétariat de la Faculté. Un certain nombre de bourses seront accordées par le Comité National de Défense contre la Tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, Paris. Adresser les demandes avant le 30 Septembre.

Faculté de médecine de Paris.

Cours de révision des notions médico-chirurgicales nouvelles et pratiques. — Ce cours est destiné aux médecins omni-praticiens qui sentent la nécessité de rajeunir tous les 10 ou 15 ans leurs connaissances de diagnostic, de pronostic et de traitement. Organisé par le Prof. Liap, avec le concours de professeurs, agrégés, médecins, chirurgiens et spécialistes des hôpitaux, assistants, chefs de clinique, le cours aura lieu du 21 au 31 Octobre dans les services hospitaliers des conférenciers (Tenon, Bichat, Salpêtrière, Trousseau, Saint-Antoine, Cochin, etc.), pour assurer aux démonstrations un caractère clinique et pratique. La 1re semaine sera consacrée à la médecine et aux spécialités médicales, puis 4 jours embrasseront la chirurgie et les spécialités chirurgicales ; chaque jour 3 conférences de 9 h. à midi, 3 conférences de 15 h. à 18 h.

Droits d'inscription : 600 fr. pour la médecine ; 400 fr. pour la chirurgie ; 800 fr. pour la totalité du Cours.

Adresser un chèque à la Clinique Médicale de l'Hôpital Tenon, 4, rue de la Chine, Paris (20e), dont le Secrétariat se chargera des formalités de l'inscription à la Faculté et pourra, sur demande, donner tous renseignements concernant le séjour à Paris. Un certificat sera délivré aux médecins ayant suivi le Cours.

Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins.

Le Conseil départemental de l'Ordre des Médecins de la Seine, déplore la suppression de la Caisse d'allocations familiales des professions Médicales, dissoute par décret Ministériel, et son remplacement par les Caisses départementales de Sécurité Sociale dans la gestion desquelles les professions libérales ne sont pratiquement pas représentées.

— Signale qu'un nombre important d'orphelins vont se trouver privés de ce fait d'allocations complémentaires réparties par cette Caisse (6.000 francs par an) ;

— Demande au Conseil National de l'Ordre des Médecins de tout mettre en œuvre auprès des pouvoirs Publics, pour élaborer une organisation de la sécurité sociale dans le Corps Médical, sur le plan national et professionnel.

(*Communiqué*).

SÉANCE DU 4 JUILLET 1946

Les honoraires des Médecins d'administration ou de collectivités.

Le Conseil départemental de l'Ordre estime que les honoraires des médecins de l'O.P.H.S. et de l'Etat-Civil, des électro-radiologistes, des médecins experts, des vaccinateurs et d'une manière générale de tous les médecins recevant leurs honoraires d'une Administration ou d'une collectivité doivent toujours avoir pour base le paiement à l'acte. Un minimum d'actes par vacation doit être garanti et l'honoraire par acte doit être en principe au moins égal au tarif de responsabilité des Caisses.

La nouvelle installation de l'Ordre - Propositions Après étude complète des plans de l'Hôtel acquis rue





Euler et de la valeur locative des différentes pièces, le Conseil a décidé de faire immédiatement des propositions précises de sous-location au Conseil Régional et à la Chambre Syndicale, considérant qu'il est du plus grand intérêt pour tous les confrères que ces organismes soient logés dans des locaux voisins, voire identiques.

Rôle du contrôle technique. — Le Conseil estime après avis de la Commission de Juridiction que les plaintes examinées par le Contrôle Technique doivent toutes lui être transmises. Il est seul qualifié pour statuer et transmettre éventuellement les dossiers soit à la Commission d'Administration, soit au Conseil Régional.

La réforme de l'ordonnance du 19 octobre. — Le Conseil sur la proposition de la Commission des Assurances et Sécurité sociales a accepté la proposition suivante de modification de l'article 13 de l'Ordonnance : Tout praticien ou auxiliaire médical qui demande à un assuré social des honoraires notablement ou systématiquement supérieurs aux honoraires minima fixés par le Syndicat médical départemental, peut à la requête d'un assuré être invité à justifier des motifs de ce dépassement, tels que la situation de fortune de l'assuré, la notoriété du praticien ou autres circonstances particulières. Ces justifications sont soumises aux Juridictions professionnelles selon la procédure prévue aux articles 100 et suivants sans préjudice, de la part de l'assuré, du recours à la juridiction de droit commun. Une adjonction au 1er paragraphe de l'art. 101 de l'Ordonnance a été également demandée par le Conseil dans ces termes : Les Conseils régionaux visés à l'article 100 peuvent être saisis, soit par les services ou organismes de sécurité sociale, soit par les syndicats de praticiens, *soit par les Conseils départementaux de l'Ordre en ce qui concerne les médecins, les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes.* (l'adjonction comporte les mots soulignés).

Soins aux accidentés dans des locaux administratifs. — Le Ministre de l'Armement à chargé deux médecins-conseils de donner des soins aux accidentés du travail et a sollicité l'assentiment du Conseil de l'Ordre. Le Conseil fait une réserve sur le fond de la question. En effet, les soins aux accidentés dans les locaux de leur employeur, quel qu'il soit, sont en principe interdits, puisque contraires au libre choix. Le Conseil départemental a décidé de renvoyer la question au Conseil National pour décision en émettant pour sa part un avis défavorable.

(*Communiqué*).

Chambre Syndicale des Médecins de la Seine.

— Considérant que la Caisse d'allocations familiales des Professions médicales, créée en application de la loi du 29 Juillet 1939, dite Code de la Famille, a convenablement rempli son rôle jusqu'à présent ;

— Considérant que plus de deux millions d'allocations complémentaires aux orphelins de la profession ont été bénévolement versés par cette caisse au cours des derniers 18 mois ;

— Considérant que cette Caisse, qui vient d'être dissoute par décret ministériel, doit être, par application de l'ordonnance du 4 octobre 1945, remplacée par un organisme qui n'est pas de nature à comprendre les besoins particuliers de la famille médicale, ni à prendre en charge le fonds d'aide aux orphelins de la profession ;

Considérant que par surcroît l'administration des fonds versés par les médecins serait désormais assurée par une majorité de salariés ,avec une représentation très insuffisante des professions artisanales et libérales, en particulier du Corps Médical ;

— Considérant qu'en accord avec l'Ordre National et la Confédération des Syndicats Médicaux, l'Association Générale des Médecins de France est toute désignée par son long passé et par sa vocation pour assurer aux moindres frais et avec le maxi-

Le Concours Médical
Hebdomadaire fondé en 1879 par A. Cézilly.
Directeur honoraire : Docteur J. Noir.
Directeur : Dr G. Lavalée.
Rédacteur en Chef : Dr G. Fischer.
Rédaction, Administration et Publicité, 57, Rue de Bellefond, Paris (9e).
Téléphone : TRU 33-66. R. C. Seine 76.579.
Chèques postaux, Paris 167-95.
Abonnements : 1 an, 250 francs. - Etudiants, 125 fr. Le N° 10 fr. Changem. d'adresse 5 fr.

VULCASE
COMPRIMÉS LAXATIFS cholagogues soufrés
CONSTIPATION DERMATOSES
LABORATOIRES BRISSON
Dr DEDET & Cie, Pharmaciens
Anc. Internes des Hôpit. de Paris
157, rue Championnet, PARIS (18e)

FAUTEUILS ROULANTS DUPONT
Cent ans de spécialisation dans le confort du malade
VENTE & LOCATION
10, Rue Hautefeuille - PARIS (6e)
Téléphone : DANTON 05-61 - 05-62
Succ. à LYON, 6, Place Bellecour

La bactériothérapie lactique rénovée
FERMENT LACTIQUE INTESTINAL VIVANT
VIVACIDOL
(VIVANT - à ACIDOPHILUS)
Ampoules buvables 1 à 4 par jour
LABORATOIRES F. BOUCHARD
83, RUE DUTOT, PARIS-15e

mum d'efficacité les réalisations de la sécurité sociale pour le Corps Médical ;

La Chambre Syndicale alerte tous les Médecins de la Seine pour qu'ils se préoccupent sans délai de tous les moyens utiles pour faire assurer la sécurité sociale dans le cadre professionnel et national ;

Demande à l'Association Générale des Médecins de France, au Conseil National de l'Ordre des Médecins et à la Confédération des Syndicats Médicaux Français, de tout mettre en œuvre d'urgence pour obtenir des pouvoirs publics :

1°) l'abrogation du décret de dissolution de la Caisse d'allocations familiales des professions médicales ;

2°) l'organisation de la sécurité sociale sur le plan national et professionnel avec le concours de tous les organismes précités.

(*Communiqué*).

CONFÉRENCE DE PRESSE EN DATE DU 12-6-46.

Le Docteur Roueche, Président de la Chambre Syndicale, explique comment la fusion de tous les Syndicats de la Région Parisienne constitue la Chambre Syndicale des Médecins de la Seine. Il insiste sur l'accord complète établie entre « l'Ordre » et le « Syndicat », chacun ayant cependant un rôle particulier. Il passe ensuite à la lecture de la circulaire adressée à tous les Médecins de la Seine.

Produits contingentés, 1°) *Voitures*. — Nous avons enregistré 1.600 demandes de voitures. La Confédération nous avertit que le contingent de 170 voitures va être incessamment réparti. C'est une attribution totale *pour toute la France* : Nous protestons par lettre, d'accord avec la Confédération, contre l'insuffisance du Contin ent réservé pour la Seine, nous réservant, si nous n'obtenons pas satisfaction, de prendre des mesures appropriées pour attirer l'attention des Pouvoirs Publics, sur les besoins vitaux du Corps Médical. D'autre part, les priorités suivantes nous ont été imposées par le Ministre de la Santé.

Classement. — 1°) Sinistrés totaux. 2°) Déportés. 3°) Médecins ruraux ou de banlieue. Nous ajoutons à cette catégorie de prioritaires *les prisonniers*.

2°) *Essence* :

L'attribution d'essence pour Juillet sera augmentée dans les proportions suivantes : 140 litres pour Paris, 160 litres pour la Banlieue.

3°) Vélos-moteurs et bicyclettes à moteurs. Les Confrères peuvent obtenir des vélos-moteurs et des bicyclettes à moteur Solex.

Questions fiscales. — Actuellement un certain nombre de médecins se plaignent de l'augmentation de leur forfait d'où difficultés fréquentes entre les Médecins et les contrôleurs.

Le « Livre Journal » doit être tenu. En cas de difficultés, demander le Préconciliateur ou l'avis du délégué au forfait.

On fait remarquer la question des frais professionnels élevés. Des démarches sont faites par la Confédération et l'Ordre National pour établir, si possible, une discrimination.

Questions d'assurances sociales, — Le Conseil Confédéral se réunissant les 21, 22 et 23 Juin courant, la Chambre Syndicale à fait étudier les modifications à apporter à la loi de Sécurité Sociale, qu'on pourrait proposer aux Pouvoirs Publics et au Parlement. En temps utile, le Conseil d'administration a protesté contre les conclusions de la Commission Confédérale des 10, à laquelle elle soumettra ses désiderata. Elle n'a pas admis sa taxation, pas plus que celle de la Commission d'homologation du 16 Mai dernier.

A propos de la nouvelle nomenclature. — Les biologistes font remarquer les anomalies de la nouvelle nomenclature des actes de biologie.

Le Laboratoire assujetti à des actes d'auxiliaires médicaux, est à la remorque du pharmacien. La Chambre Syndicale des Médecins de la Seine appuiera les revendications des biologistes.

(*Communiqué*).

Naissances.

Nous apprenons la naissance de Muriel-Rose Auslander, fille du docteur Auslander, de Saint-Etienne (Loire) ; de Brigitte Huot, fille du docteur Pierre Huot, de Neufchâteau (Vosges) ; de Béatrice Cauchois, deuxième enfant du docteur Ph. Cauchois, de Font-Romeu (Pyrénées-Orientales), petite-fille du docteur André Cauchois, de Rouen, et arrière petite-fille du docteur Coutan, de Rouen ; de Régine André, deuxième enfant du docteur Roger André, de Paris ; de Corine Pérol, troisième enfant du docteur Etienne Pérol, de Paris.

RECTOCALCIUM
CALCITHÉRAPIE INTENSIVE PAR VOIE RECTALE
SUPPOSITOIRES ADULTES
1 gr. de gluconate de chaux
SUPPOSITOIRES ENFANTS
0gr.50 de gluconate de chaux
Toutes les indications du Calcium
Tolérance et assimilation parfaites
Aucun des inconvénients
de la Voie parentérale
LABORATOIRE ROGER BELLON
LOUIS FERRAND
(GAMBÉOL, ACTIPHOS, HÉMOPTYLORS - 3°, GLOBIRON)
78bis, Avenue Marceau - PARIS (8e)

SPASMOSÉDINE
sédatif et antispasmodique
cardio-vasculaire
LABORATOIRES DEGLAUDE
15, Bd Pasteur - PARIS-XVe

ANTISEPTIQUE, SULFAMIDO-CHLORÉ
NON-IRRITANT, PUISSANT, STABLE
CLONAZONE
10 comprimés dans un litre d'eau donnent une liqueur de Dakin
LABORATOIRES DAUFRESNE 42, rue Thiers-LE HAVRE

A TRAVERS L'OFFICIEL

ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES.

Arrêté du Ministre du Travail nommant des médecins inspecteurs du travail spécialistes en matière de pneumoconioses.

(*J. O.*, 6 *juillet* 1946.)

Frais funéraires.

Un arrêté ministériel du 11 juin 1946, fixe à 3.000 fr. le maximum des frais funéraires susceptibles d'être mis à la charge des employeurs en matière d'accidents du travail, en vertu de l'article 4 de la loi du 9 avril 1898.

(J. O., 26 juin 1946).

SECURITE SOCIALE

Circulaire du 13 juillet 1946 relative aux tarifs des chirurgiens dentistes et des sages-femmes pour soins aux assurés sociaux.

Le Ministre du Travail et de la Sécurité Sociale à MM. les Directeurs régionaux de la Sécurité Sociale.

J'ai l'honneur de vous faire connaître que la Commission Nationale des tarifs prévue à l'article 10 de l'ordonnance du 19 octobre 1945 vient, dans sa séance du 4 juillet 1946, à la suite des mises en demeure qui avaient été adressées aux syndicats de sages-femmes et aux syndicats de chirurgiens dentistes, de fixer, par voie d'autorité, les tarifs applicables pour les soins aux assurés sociaux. Elle a également décidé d'approuver les tarifs inclus dans un certain nombre de conventions intéressant les syndicats de sages-femmes.

Ces tarifs figurent aux tableaux I et II ci-annexés.

Par ailleurs, la Commission Nationale a, au cours de ses séances des 6 juin et 4 juillet 1946, décidé d'approuver les tarifs inclus dans les conventions intervenues entre l'Union régionale des caisses maladie-maternité de Toulouse et les syndicats médicaux d'un certain nombre de départements.

Ces tarifs figurent au tableau III ci-annexé.

D'autre part, la Commission Nationale a décidé, en outre, au cours de sa réunion du 4 juillet 1946, l'assimilation à la commune de Lyon, en ce qui concerne l'application des tarifs des médecins, des sages-femmes et des chirurgiens dentistes, des communes limitrophes suivantes :

Villeurbanne, Bron, Saint-Fons, Vénissieux, la Mulatière, Oullins, Sainte-Foy-les-Lyon, Tassin-la-Demi-Lune, Ecully, Saint-Rambert, Calutre et Cuire.

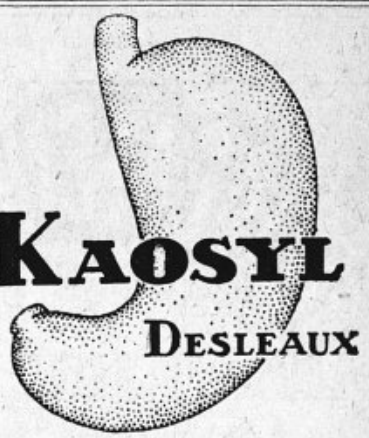
Enfin, je vous signale que la Commission Nationale ayant reconnu les inconvénients pratiques qui résultaient de la fixation de la date d'effet de ses décisions à partir de la notification qui en a été faite, a décidé que dorénavant ses décisions prendraient effet quinze jours après la date à laquelle elles sont intervenues.

De ce fait, les décisions prises au cours de la séance du 4 juillet 1946, tant en ce qui concerne l'approbation de tarifs inclus dans des conventions que la fixation de tarifs par voie d'autorité, prennent effet à compter du 20 juillet 1946.

Il vous appartient, dès réception de la présente circulaire, de prendre toutes dispositions utiles pour que les décisions de la Commission reçoivent le maximum de publicité tant auprès des organismes de sécurité sociale que des assurés eux-mêmes. Cette publicité s'effectuera notamment au moyen de communiqués répétés dans la presse locale et d'affichage permanent dans les locaux des caisses primaires et des caisses régionales de sécurité sociale et de la direction régionale.

A. Croizat.

MIGRAINES — GRIPPES
DOULEURS CATAMÉNIALES
ALGIES
ALGOCRATINE
Un cachet dès la première sensation de douleur
LANCOSME, 77, Avenue Victor-Emmanuel III — PARIS


KAOSYL
DESLEAUX
PANSEMENT GASTRO-INTESTINAL
LANCOSME 71 Av Victor Emmanuel III Paris

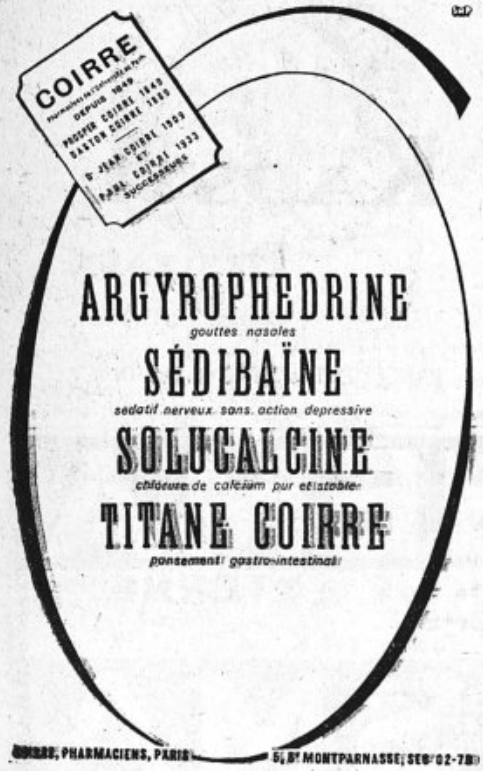
GASTRHÉMA
CONTRE LES ANÉMIES
ASTHÉNIE - ANOREXIE - HYPOPEPSIE
17, Avenue de Villiers — PARIS (17e)
EXTRAIT DE MUQUEUSE D'ANTRE PYLORIQUE
1 à 3 amp. buvables, par jour
FRÉNASMA
TROIS A QUATRE COMPRIMÉS PAR JOUR. UN A DEUX DÈS LE DÉBUT DE LA CRISE.
LABORATOIRES DU GASTRHÉMA
17, AVENUE DE VILLIERS
PARIS (17e)
ASTHME - EMPHYSÈME - BRONCHITES CHRONIQUES - MÉDICATION PRÉVENTIVE, ABORTIVE ET CURATIVE DES CRISES

TABLEAU I

Tarifs des sages-femmes

Départements	Forfait d'accouchement simple	Forfait d'accouchement gémellaire	Valeur de la lettre-clé SF	Valeur de l'indemnité kilométrique	Date d'effet
	francs	francs			
A. — *Tarifs inscrits dans des conventions et approuvés par la Commission Nationale des tarifs*					
Haute-Garonne { Toulouse	2.000. »	2.500. »	40	10	16 mai 1946
Haute-Garonne { Département	1.500. »	2.000. »	40	10	16 mai 1946
Tarn-et-Garonne	1.500. »	2.000. »	40	10	20 juin 1946
Charente-Maritime	1.800. »	2.400. »	35	7	16 mai 1946
Loir-et-Cher	1.500. »	1.800. »	30	8	16 mai 1946
Côtes-du-Nord	1.200. »	1.500. »	35	10	20 juillet 1946
Morbihan	1.500. »	2.000. »	20	8	20 juillet 1946
Corse	2.000. »	2.500. »	40	8	20 juillet 1946
Saône-et-Loire	1.800. »	2.400. »	30	10 plaine 12 montagne	
B. — *Tarifs fixés d'office*					
a) Départements de la Seine, commune de Lyon et certaines communes limitrophes	3.500. »	4.500. »	45	—	20 juillet 1946
b) Autres départements (1)	1.800. »	2.400. »	35	8 plaine 10 montagne 12 haute montagne 25 cas exception.	20 juillet 1946

(1) Ne sont pas compris au nombre de ces départements, d'une part, les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle, d'autre part, les départements de la Meurthe-et-Moselle, des Bouches-du-Rhône, de l'Hérault, du Puy-de-Dôme, pour lesquels la décision est en suspens.



La meilleure manière de prescrire le PHOSPHORE sous une forme entièrement assimilable

FOSFOXYL CARRON

" Phosphore colloïdal "

TOUTES DEFICIENCES ADULTES et ENFANTS

SIROP anisé

PILULES dragéifiée — LIQUEUR menthée (non sucrée)

Laboratoire B. CARRON, — Clamart (Seine)

PRODUIT DE LA BIOTHÉRAPIE

Vaccination par voie buccale contre la typhoïde et les para A et B

BILIVACCIN

ANTITYPHIQUE

H. VILLETTE & Cie, Pharmac. 5, r. Paul-Barruel, PARIS-XVe

TABLEAU II

Tarifs des chirurgiens dentistes fixés d'office

Départements	D	Indemnités kilométriques	Date d'effet
a) Département de la Seine, commune de Marseille, commune de Lyon et certaines communes limitrophes	60	—	20 juillet 1946
b) Autres départements (1)	50	8 plaine 10 montagne 12 haute montagne 25 cas exceptionnels	

(1) Ne sont pas compris au nombre de ces départements, les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle.

TABLEAU III

Tarifs médicaux fixés par des conventions et approuvés par la Commission Nationale dans ses séances des 6 juin et 4 juillet 1946

Départements	C	V	VN	VD	PC	K	IK	Accouchement simple	Accouchement gémel.	Date d'effet
Gers	80	100	175	250	65	75	10 plaine 12 montagne	2.200	2.600	20 juin 1946
Ariège	80	100	175	250	65	75	10 plaine 12 montagne	2.200	2.600	20 juin 1946
Hautes-Pyrénées	80	100	175	250	65	75	10 plaine 12 montagne	2.200	2.600	20 juin 1946
Haute-Garonne :										
Toulouse	100	120	175	250	80	75	—	2.500	3.000	20 juillet 1946
Département	80	100	175	250	65	75	10 plaine 12 montagne	2.200	2.600	20 juillet 1946

(*J. O.*, 19 juillet 1946).

INSTRUMENTS de Précision pour la Médecine et la Chirurgie

Établissements ***SPENGLER***

— 16, *Rue de l'Odéon, PARIS-6e* —

Tous les Appareils pour la Mesure de la Tension Artérielle

HEMOGLOBINE DESCHIENS

FER VITALISÉ

VITAMINES du SANG

Opothérapie Hématique

Syndrômes Anémiques - Déchéances Organiques

DESCHIENS, Docteur en Pharmacie, 9, Rue Paul-Baudry, PARIS (8e)

RADIO SALIL

CRAYON FONDANT " SURACTIVÉ "

TRAITEMENT SALICYLIQUE EXTERNE

EFFET SUR ET RAPIDE

ANTINEVRALGIQUE
ANALGESIQUE
REVULSIF

Laboratoires UROMIL - PARIS

Micelliode

IODE COLLOIDAL MICELLAIRE ÉLECTRO-POSITIF

Toutes les Indications de l'IODE, SANS IODISME POSSIBLE

GOUTTES

Laboratoires de l'HÉPATROL _ 4 Rue Platon. PARIS (XVe)

PARASITOSES
SPIRILLOSES

Stovarsol

ACIDE OXYACÉTYLAMINOPHÉNYLARSINIQUE

AMIBIASE CHRONIQUE
ENTÉROCOLITE POST-DYSENTÉRIQUE
LAMBLIASE

SYPHILIS PIAN
FIÈVRES RÉCURRENTES
ULCÈRE PHAGÉDÉNIQUE

MÉDICATION EUTROPHIQUE REGLOBULISANTE

Comprimés dosés à 0g01 - 0g05 - 0g25

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
SPECIA MARQUES POULENC FRÈRES ET USINES DU RHÔNE
21, RUE JEAN GOUJON - PARIS (8e)

ORGANOTHÉRAPIE
ET
CHIMIOTHÉRAPIE

DRAGÉES DE

PLEXALGINE
LALEUF

RÉGULATEUR CIRCULATOIRE ET VAGO-SYMPATHIQUE
SÉDATIF DES PLEXUS DOULOUREUX

LABORATOIRES LALEUF
Georges DUGUÉ, Docteur en Pharmacie
51, Rue NICOLO, PARIS-16e
Téléphone : TROcadéro 62-24

ARHEMAPECTINE
GALLIER

Prévient et arrête les HEMORRAGIES de toute nature

Laboratoire R. GALLIER, 1 *bis*, Place du Président-Mithouard, PARIS (7e)

PARTIE SCIENTIFIQUE

LA LEVURE DE BIÈRE DANS LE TRAITEMENT DES ANÉMIES GRAVES

par Jean OLMER
Médecin des hôpitaux de Marseille.

Il est inutile de souligner la révolution qu'à la suite de Whipple Minnot et Murphy, l'hépatothérapie a apportée dans le traitement des anémies graves. Désormais la maladie de Biermer, jusque-là incurable, voyait par elle son pronostic transformé. Ces résultats brillants devaient inciter les médecins à tenter l'hépatothérapie non seulement dans la maladie de Biermer, mais aussi dans des anémies graves non biermériennes. Il en résulta, à côté de succès, des échecs et cela permet de mieux fixer les indications de l'hépatothérapie. On fut ainsi amené à rechercher à côté du foie de veau, d'autres substances actives dans le traitement des anémies graves. Castle montra les bons effets de la muqueuse gastrique, mais cette action semble tout à fait comparable à celle du foie, et son indication et ses résultats sont semblables.

Par contre en 1931, dans de très importantes recherches, Lucy Wills signalait l'existence d'une anémie lévuro-curable. Il s'agissait, dans sa description initiale d'une anémie particulière survenant aux Indes chez des femmes enceintes mal nourries ; du point de vue hématologique, cette anémie était hyperchrome et macrocytaire mais avec une bilirubinémie et une réticulocytose sensiblement normales, sans mégaloblastose sanguine, ni médullaire ; elle différait encore de la maladie de Biermer par l'absence de glossite, d'achylie gastrique rebelle à l'histamine, de fièvre et de syndrome neurologique.

Enfin Lucy Wills montra que cette anémie n'était pas influencée par le foie de veau, mais qu'elle réagissait remarquablement à l'administration de levure de bière fraîche ou d'un extrait purifié de levure appelé marmite. Bien plus Lucy Wills put reproduire expérimentalement cette anémie en soumettant des singes à un régime carencé en vitamine B, ce trouble sanguin ainsi réalisé étant corrigé par la levure de bière ou son extrait purifié.

L'intérêt de l'anémie décrite par Lucy Wills ne se limite pas aux faits initialement signalés par cet auteur. L'anémie lévuro-curable n'est pas seulement une anémie grave tropicale de la femme enceinte, elle s'observe aussi chez la femme en dehors de la grossesse et également chez l'homme, sa répartition géographique est infiniment plus étendue puisque des observations en ont été rapportées par exemple en France, (Chevallier) en Afrique du Nord (Benhamou) en Hollande (Snapper) etc... Ses caractères mêmes ont été élargis puisque certains auteurs (Napier) proposent d'y faire entrer des cas avec bilirubinémie élevée et avec réticulocytose sanguine augmentée.

Ainsi il est possible d'isoler deux variétés d'anémie grave : la maladie de Biermer, mégaloblastique, hépato-curable et l'anémie macrocytaire de Lucy Wills lévuro-curable. L'étude de l'action des extraits a permis de mettre en évidence des notions très importantes et de mieux pénétrer le mécanisme de l'hématopoïèse. Celle-ci, à côté du rôle du fer anciennement connu, fait intervenir des facteurs complexes : on les retrouve en totalité dans le foie de veau cru ou la levure de bière. Par contre la préparation des extraits ne permet pas de les conserver tous : on peut ainsi opposer deux extraits qu'on a pu obtenir à l'état de pureté : **le facteur antibiermérien** de Dakin d'une part, **le facteur antimacrocytaire** de Lucy Wills de l'autre. Le facteur antibiermérien de Dakin est une substance complexe de la famille des albumoses, qui possède comme propriétés particulières d'être précipitable par le sulfate d'ammonium à saturation et par l'acide de Reineke, d'être adsorbable par la terre à foulon. Le facteur de Dakin est actif exclusivement dans la maladie de Biermer, ou plutôt n'est épuisé électivement que dans cette anémie, mais il est indispensable à toute hématopoïèse normale.

Le produit isolé par Lucy Wills appartient au groupe des vitamines B, mais n'est identifié à aucune des vitamines connues jusqu'à présent. Il n'est précipité ni par le sulfate d'ammonium à saturation, ni par l'acide de Reineke, et il n'est pas adsorbé par la terre à foulon. Il est actif exclusivement dans l'anémie macrocytaire de Lucy Wills, ou plutôt n'est épuisé exclusivement que dans cette anémie, mais il est indispensable à toute hématopoïèse normale. Ainsi il existe deux grandes variétés d'anémies bien isolées cliniquement et hématologiquement et à chacune desquelles correspond une thérapeutique élective : l'anémie de Biermer hépato-curable, l'anémie macrocytaire de Lucy Wills lévuro-curable.

Mais, à côté de ces deux variétés bien tranchées, l'expérience prouve qu'il existe toute une série de cas intermédiaires où, pour être efficace, la thérapeutique doit comporter l'association des deux facteurs. C'est ainsi qu'avec notre regretté ami André Dreyfuss, nous avons publié une observation d'anémie grave de la grossesse où le fait se vérifiait d'une façon quasi-expérimentale : on voyait sous l'influence du foie de veau l'anémie se réparer partiellement jusqu'à un certain niveau qui ne pouvait plus être dépassé, quelles que soient les doses de foie utilisées. Si on administrait alors la levure, la réparation globulaire marquait un nouveau progrès, mais nécessitait ensuite un nouvel apport de foie. Ces faits sont bien connus, mais nous voudrions attirer l'attention sur des constatations qu'il nous a été récemment donné

de faire. Nous venons de recueillir deux observations (1) absolument superposables d'anémie grave hyperchrome, avec mégalocytose, mégaloblastose médullaire importante, s'accompagnant de glossite de Hunter, d'achylie d'emblée dans un cas, dans l'autre d'une achylie plus tardive résistant à l'injection d'histamine : Il paraissait s'agir en somme de maladie de Biermer typique. Et cependant nous avons eu la surprise de constater qu'aucun de ces deux cas ne réagissait à l'hépatothérapie. Or les anémies de Biermer hépato-résistantes paraissent tout à fait exceptionnelles lorsque le traitement est correctement appliqué, si bien que leur existence même a pu être contestée.

Nous trouvions-nous donc en présence de cette variété particulière d'anémie décrite par Wilkinson et Israël sous le nom d'anémie achrestique ? On sait qu'il s'agit-là d'une anémie grave hyperchrome, mégalocytique et mégaloblastique, mais qui diffère de la maladie de Biermer, à la fois par l'échec de l'hépatothérapie et par l'existence d'une chlorhydrie gastrique normale ; cependant même après injection d'histamine on ne rencontrait pas, dans nos deux cas, d'acide chlorhydrique libre dans l'estomac. Nos observations sont donc difficiles à classer. Mais le fait fondamental qui les caractérise, c'est qu'il a suffi de donner à ces malades de la levure de bière pour voir une reglobulisation rapide se produire : l'un de nos deux malades, pour lequel un pronostic fatal paraissait inéluctable à brève échéance, nous fournit une démonstration particulièrement spectaculaire de l'action de ce produit. Il n'est pas encore possible d'apporter de ces faits une explication entièrement satisfaisante. Ils démontrent du moins l'intérêt qui s'attache à l'étude des formes anormales d'anémie. Ils apportent la preuve qu'employée isolément, ou en association, la levure de bière a une place de choix dans le traitement des anémies graves.

(1) Voir pour le détail de ces observations : Jean Olmer et H. Sarles : Anémies graves hépato-résistantes et lévuro-curables (Presse Médicale 1946 sous presse).

LE MOT ALIÉNÉ, SA DÉFINITION

par R. BENON

Ex-Médecin du Quartier des Maladies mentales de l'Hospice Général de Nantes

« L'aliéné est un homme en qui l'humanité est morte. » M. Delay nous propose cette définition aussi élégante que concise. Tenter de définir l'aliénation mentale, c'est montrer l'intérêt aigu qu'on porte à cette variété de malades, et cela est grandement digne de remarque lorsqu'il s'agit d'une catégorie d'individus aussi délaissée. Un certain nombre d'auteurs s'y sont essayés, tous un peu vainement, tant la chose en pratique est complexe. La définition de M. Delay est à rapprocher d'autres définitions de l'aliéné que le mot lui-même indique déjà : alios, alius, alienus, alienatus (troublé, changé). Voyons ce qu'elle contient ou non d'exactitude ; voyons les conséquences qui en résultent.

Eléments d'exactitude

Que l'aliéné soit un homme en qui l'humanité est morte, que l'aliéné soit un homme en qui l'esprit et les sentiments humains sont morts, cela est exact, mais dans quelle proportion, notamment à l'établissement des aliénés ? On peut dire dans trente pour cent des cas (30 %), et encore cela n'est pas certain. Dans la démence profonde, dans l'idiotie, dans l'imbécillité, dans les délires à évolution chronique, surtout dans les délires atypiques très incohérents, oui, sans doute : chez le patient l'humanité est morte ou n'a jamais existé. Non pas dans la manie, sauf dans la manie chronique atypique, non pas chez les persécutés caractéristiques, ni chez les mélancoliques, ni chez les hypocondriaques, ni chez les asthéniques, etc... Lorsqu'on pénètre dans une section d'aliénés affectés de gâtisme permanent ou transitoire, et aussi dans une section d'aliénés affectés d'agitation quotidienne, on a bien l'idée que l'humanité est inexistante chez tous ces aliénés. Le malade, le plus souvent, transformé dans son être psychique, — nullement dans son être physique, car l'aliéné jouit apparemment d'une bonne santé organique, — le malade complètement changé mentalement, vit seul, se met à l'écart, n'a plus grand'chose, en effet, d'humain, au point qu'une profonde pitié envahit d'abord et immédiatement l'observateur. Cet homme n'est pas ou n'est plus un homme. Cet homme, qui se survit, n'est plus celui que chacun a connu. Cet aliéné-ci est bien un « autre » homme pour la famille, un « autre » homme pour la société. C'est plus qu'un étranger, car l'étranger s'adapte au nouveau milieu humain qui le reçoit. Le confus vrai et quelques autres psychopathes à troubles épisodiques sont-ils des aliénés ? Non, puisque l'humanité, bientôt, va renaître chez eux.

Eléments d'inexactitude

La définition de l'aliéné donnée par M. Delay est une définition idéale. On ne doit pas dire qu'elle est une définition de laboratoire ou de cabinet puisqu'elle est partiellement exacte, puisque véritablement certains aliénés font naître cette idée, ce sentiment de non-humanité. En quoi donc n'est-elle pas exacte ? Y aurait-il donc soixante-dix pour cent (70 %) de séquestrations arbitraires dans les asiles d'aliénés ? — La définition de M. Delay doit s'appliquer uniquement aux états chroniques, aux états incurables de maladie mentale : démence, idiotie, asthénie — stupidité, délire, manie. Pour la démence, l'idiotie, la stupidité, cela se conçoit. En est-il de même dans de très nombreux cas de délire et de manie ? Peut-on dire que, le plus souvent, chez l'homme en délire, l'humanité soit morte ? C'est une humanité un peu spéciale qui se manifeste ; d'ordinaire, elle ressemble si nettement à l'humanité courante que l'internement n'a lieu qu'après de nombreuses années de ma-

ladie ; le délire, le thème du délire, les hallucinations même sont peu de chose ; ce sont les réactions émotionnelles (énervement, anxiété, chagrin, joie et colère) qui déterminent l'internement, qui créent l'état vrai d'aliénation mentale : un délirant, intellectuellement, est « hors » de l'humanité, et pourtant cela ne suffit pas pour qu'il soit déclaré aliéné. Il en est du maniaque comme du délirant. Et le maniaque n'a-t-il pas plus encore de sentiments humains que le délirant ? Pour s'en convaincre, il faut bien l'écouter au cours de son accès, et surtout après guérison de son accès.

Conséquences

Il y a quelque chose de sévère, de dur dans la définition de l'auteur. (La science ne fait pas de sentiment.) L'aliéné, dit M. Delay, est l'homme en qui l'humanité est morte ; par conséquent c'est l'homme qui n'a plus rien d'humain que le corps. Cette définition, prise à la lettre par le vulgaire qui compte socialement, ne va-t-elle pas aggraver la misère des aliénés, le dédain des Pouvoirs publics à leur endroit ? En vérité, l'aliéné des établissements actuels d'aliénés est si peu ou si rarement un homme en qui l'humanité est morte, que le travail fourni par cet aliéné est justement apprécié de la part des directeurs et médecins d'asile, que le placement des aliénés en colonie familiale et les sorties d'essai avec service social rationnel, sont parfaitement possibles et apparaissent comme des nécessités administratives urgentes.

***

Il n'est pas aisé de trouver une définition lapidaire de l'aliéné. Il y a bien d'autres individus que l'aliéné, n'est-il pas vrai ? en qui l'humanité est morte. Pour nous, l'aliéné est un malade mental ou nerveux qui présente une ou plusieurs particularités : inconscience de son état, conscience relative ou conscience douloureuse de son état, incapacité totale ou partielle de se diriger, réactions émotionnelles dangereuses pour les siens ou pour la société, d'où la nécessité de traiter le patient par l'isolement et d'exercer sur lui une surveillance active et continue. Cette définition est bien longue ; elle est, en outre, complètement dépourvue d'élégance. L'état d'aliénation mentale constitue non pas un fait unique, mais un ensemble de faits touchant une catégorie propre de malades, variés, difficiles à classer, qui doivent être placés dans un établissement spécial. Nous avons dit, à plusieurs reprises, que l'aliénation mentale était le plus souvent fonction de la situation familiale : cela est toujours vrai, mais à un moment, pratiquement, l'hospitalisation s'impose (avril 1943).

RACISME, EUGÉNISME ET GÉNÉTIQUE

par Pierre LABIGNETTE

Lauréat de l'Académie de Médecine, Chef du Laboratoire de la Maternité de l'Hôpital Boucicaut

Racisme, génétique et eugénisme sont trois mots qui, désignant pourtant chacun des choses fort différentes, n'en sont pas moins considérés assez souvent comme synonymes par ceux qui n'ont pas suivi de près le mouvement des idées médico-sociales dans ce domaine. Point n'est besoin de s'étendre longuement sur la définition et le fond même du racisme. Un passé, encore très récent, a permis à tous de savoir ce qu'il était et les conséquences invraisemblables qui en découlent lorsqu'il est mis en pratique. Par contre, il existe une certaine méconnaissance au sujet de la génétique et de l'eugénisme, prises volontiers l'une pour l'autre et, ce qui est beaucoup plus regrettable encore, confondues avec le racisme.

S'il fallait donner une définition d'ensemble de l'Eugénisme, on pourrait faire table sur cette phrase de Guyénot, dans son livre « L'Hérédité » et qui dit que l'Eugénisme est « une science nouvelle qui se propose, entre autres choses, d'éliminer, par un contrôle judicieux des unions, certaines des maladies héréditaires qui sont un fléau pour l'humanité. » L'Eugénisme semble avoir eu, en France, une diffusion plus grande avant que soient connues les premières études de génétique médicale qui sont demeurées longtemps le propre d'un petit nombre d'initiés. A considérer les tendances de l'eugénisme, on peut les diviser en un eugénisme négatif dont le but est l'étude des moyens à mettre en œuvre pour éviter la reproduction chez des individus tarés et un eugénisme positif qui recherche surtout l'accroissement des individus sains et bien portants, en étudiant le mouvement global de la population, la fécondité comparée des diverses classes, les causes de dénatalité, les facteurs économiques, moraux et sociaux qui en sont la cause. On voit, par cette simple division, les résultats pratiques qui risquent de découler de l'eugénisme selon qu'on se réclame de l'une ou l'autre manière de voir la question. Quoi qu'il en soit, on comprend fort bien qu'une nation soit intéressée à voir se multiplier sur son sol des sujets robustes, exempts de tares et de maladies héréditaires. Le capital-travail et le capital-santé se trouvent en effet solidaires, le premier dépendant évidemment du second dans une large mesure, surtout dans les pays à faible natalité où les travailleurs d'âge moyen constituent une richesse véritablement irremplaçable. Si donc, aucune mesure contraire à la liberté et au respect intégral de l'individu n'est prise, un certain eugénisme positif est une bonne chose en soi. Déconseiller le mariage à des individus notoirement tarés est un bien. Par contre, il deviendrait rapidement abusif, pour ne pas dire plus, de prendre des mesures attentatoires à l'intégrité des individus sous prétexte de les empêcher de donner éventuellement naissance à des débiles mentaux ou physiques. Il faut, en effet, se rappeler que, dans ce domaine, nos connaissances, si poussées soient-elles, demeurent encore relatives, et chacun peut citer des exemples d'enfants anormaux nés de parents sains et des produits de conception supérieurs à la qualité de géniteurs apparemment déficients. Dans l'Eugénisme négatif, c'est la tendance du moment et le respect de la morale traditionnelle qui font que les mesures envisa-

gées risquent d'être raisonnables ou de devenir simplement odieuses. Aussi, l'eugénisme positif fait-il plus rapidement l'unanimité car, dans ce genre d'études, il est question habituellement d'envisager les moyens à prendre pour améliorer l'individu en vue de la naissance d'enfants nombreux et robustes. On comprend alors fort bien qu'il y eût, au cours des années entre les deux guerres, un travail assez important accompli sans difficulté par l'eugénisme positif. A cet égard, rappelons l'existence déjà ancienne, d'une Société française d'Eugénique, née au lendemain de la première guerre mondiale et les assises, tenues à Paris, dès 1913, du Premier Congrès International d'Eugénique. En 1922, se tint à Bruxelles un important Congrès au cours duquel fut constitué un comité spécial chargé d'établir les principes directeurs de l'Eugénique. Parmi ces principes directeurs, l'un des plus importants et des meilleurs fut la proposition de l'établissement d'un certificat prénuptial obligatoire, mais sans veto et sans aucune sanction contre les fiancés et mariés. Cette proposition, appuyée notamment par M. Georges Schreiber, qui occupait à ce moment-là les fonctions de secrétaire général de la Société française d'Eugénique et de secrétaire général du Parti Social de la Santé Publique, fit même l'objet d'une proposition de loi au Sénat émanant de M. Justin Godart, l'un des premiers ministres de la Santé Publique et, à l'époque, une des têtes du Parti social de la Santé Publique. On sait la suite. Ce certificat prénuptial sans sanction est article de loi aujourd'hui. Il fait partie des réalisations heureuses du mouvement eugénique d'avant-guerre, au même titre que la lutte contre le taudis, l'alcoolisme, la syphilis. Malheureusement, certains dirigeants de ce mouvement eurent le tort de proposer, de bonne foi, quelques mesures qui éloignèrent des cercles eugéniques bon nombre de personnalités et de bonnes volontés. Or, il apparaît bien que pour obtenir l'audience du plus grand nombre dans les élites comme dans les masses, l'eugénique doit être tout d'abord respectueux des traditions et des coutumes. Quoi qu'il en soit, la France avait une place marquée dans les assemblées internationales d'eugénique et, là encore, il y a eu des pionniers parfois audacieux à qui en revient le mérite.

La génétique, elle, englobe tous les problèmes que soulève l'étude du patrimoine héréditaire, et ce n'est guère que depuis 1900, que l'on en a saisi l'importance. Elle est née de l'observation de faits d'hybridation mis en lumière par Ch. Naudin et G. Mendel. En quarante ans, cette science a fait beaucoup plus de progrès à l'étranger que chez nous. Des Instituts nouveaux, des périodiques spécialisés tels que « Journal of Genetics », « Journal of Heredity », « Genetica », « Heriditas », « Bibliographia genetica », etc... ont répandu les bases de ces nouvelles études. En France, M. Raymond Turpin et ses élèves, M. Lamy, se sont efforcés de délimiter l'objet de la Génétique médicale au cours d'un enseignement développé d'année en année, depuis 1929, à l'Association d'Enseignement médical des Hôpitaux, puis à la Faculté de Médecine. Selon M. Turpin, la Génétique médicale se ramènerait à cinq points principaux : l'hérédité des caractères normaux et pathologiques, les rapports entre le patrimoine et le développement, les transformations possibles de ce patrimoine, l'avenir des variations normales et pathologiques aux prises avec la sélection naturelle, enfin, les problèmes sociaux soulevés par la Génétique humaine. Ce dernier chapitre est pratiquement le plus intéressant, car il donnera des possibilités plus concrètes à l'Eugénisme. Les travaux de Sageret, Ch. Maudin, G. Mendel, de MM. de Vries, Cuénot, Muller marquent les différentes étapes de l'avancement des connaissances en Génétique. Elles ont conduit notamment à savoir ce qu'est la structure chimique du chromosone, la notion du gène et son importance. Notons surtout que l'étude de la gemellarité occupe forcément une grande place en Génétique. Grâce à d'innombrables recherches faites sur les plantes et les animaux, le premier but des généticiens a été de pouvoir vérifier l'universalité des lois mendeliennes bien connues. Puis, dans une seconde période, ils ont essayé de déterminer exactement le mode de transmission des facteurs héréditaires. Depuis, ces études se sont encore approfondies et la tendance actuelle consiste à essayer de découvrir davantage de choses encore sur les gènes, en quoi consistent notamment leurs mutations et leur constitution chimique. Il a été ouvert ainsi toute une série de chapitres qui ne manqueront pas d'être le point de départ de travaux plus poussés dans les années à venir.

Comme on le voit, ces nouveaux genres d'études si intéressantes permettent déjà de poser les grandes lignes, qui seront les guides pour ceux qui, dans la suite, approfondiraient ce domaine encore peu exploré. Dès maintenant, il est facile d'imaginer la place qui sera occupée dans les sciences médicales par l'accroissement de nos connaissances en Eugénisme et en Génétique. Il est vraisemblable d'admettre que pendant encore longtemps, bien des choses concernant l'hérédité nous resteront inconnues et apparemment inaccessibles ; mais, il est également raisonnable de penser que, dans quelques années, nos connaissances auront mis un peu de clarté dans les questions d'hérédité et que, pratiquement, certains conseils pourront être donnés utilement par les médecins consultés au sujet de l'opportunité ou de l'abandon de certains projets de mariage.

ACTUALITÉS AMÉRICAINES

TRAITEMENT DE L'AGRANULOCYTOSE PAR LA PÉNICILLINE

L'agranulocytose est un état pathologique grave. Sa mortalité sans traitement ou avec traitement inadapté est d'environ 70 à 75 % et elle atteint encore, avec les thérapeutiques habituelles dirigées contre les altérations sanguines (transfusions, administration de moelle osseuse, d'extrait hépatique, etc .), plus de 35 %.

Le but principal que l'on cherchait antérieurement à atteindre dans le traitement de l'agranulocytose était de stimuler la leucopoïèse. En 1942, Dameshek et Wolfson (" Americ. Journ. of med. sc. ", juin 1942), proposèrent d'adopter une tactique différente : agir sur l'infection et la toxémie, qui sont les points redoutables en pareil cas, et laisser à la moelle osseuse le soin de se réparer d'elle-même ou du moins n'intervenir qu'à titre secondaire pour aider cette réparation. Ils eurent recours aux sulfamides et sept cas suivis de succès ont pu être pré-

sentés. Puis, en raison de la toxicité des sulfamides, produits susceptibles de provoquer eux-mêmes l'agranulocytose, on s'adressa à la pénicilline, dont on connaît le faible degré de toxicité.

MM. Edward W. Boland, Nathan E. Headley et Philip S. Hench viennent de publier dans les " Proceedings of the Staff meetings of the Mayo clinic ", numéro du 15 mai 1946, une étude sur les résultats de la pénicillinothérapie dans l'agranulocytose. Chez un malade atteint d'agranulocytose consécutive à des injections de sels d'or faites comme traitement d'arthrites rhumatismales rebelles, la situation du patient, qui était grave : forte hyperthermie, céphalée intense, congestion conjonctivale, ulcère gingival, angine extensive, lésions cutanées (folliculites) étendues, grosse réduction des leucocytes dont 1 % seulement de neutrophiles, granulocytopénie accentuée, fut rapidement modifiée par la pénicilline. Une amélioration des symptômes et un relèvement de la défense leucocytaire s'ensuivirent rapidement. Le quatrième jour, le sujet entrait en convalescence. Les auteurs présentent ensuite un tableau de 14 autres cas d'agranulocytose, relevés dans la littérature médicale américaine, traités avec succès par la pénicilline. Ils concluent que ce médicament constitue le remède le plus actif que nous possédions actuellement pour la prévention et la guérison des complications si souvent mortelles de cet état pathologique.

Dans la discussion qui a suivi cette communication au " Staff Meeting " de la Clinique Mayo, M. Wallace E. Herrell a confirmé l'action très heureuse de la pénicilline en pareils cas. A un autre point de vue, il a souligné que dans 18 des 26 observations d'agranulocytose où la pénicilline a été employée, l'affection résultait d'un traitement par le thiouracil ou par les sulfamides. Sur 9 cas d'agranulocytose grave ayant suivi l'emploi du thiouracil (Tyson, Vogel, et Rosenthal ; n° de janvier 1946 du journal américain " Blood "), quatre fois la terminaison a été fatale, la pénicillinothérapie étant intervenue trop tardivement. Ceci pour rappeler à la fois la valeur de la pénicilline et la prudence qu'il convient d'observer dans l'emploi du thiouracil.

P. L.

RÉFLEXIONS SUR UN CAS DE DIPHTÉRIE DU NOUVEAU-NÉ

G... Daniel, né le 17 janvier 1946. Poids à la naissance : 4 kg.

Au cours d'une épidémie familiale qui a touché tous les non-vaccinés, c'est-à-dire le père, 42 ans, et un jeune garçon de 12 ans, ce nouveau-né fut atteint de diphtérie.

La maladie débuta le 9 février. L'enfant était naturellement isolé avec sa mère, qui le nourrissait et le surveillait avec une extrême attention. Elle s'aperçut, à la première tétée du matin que l'enfant avait " l'œil droit gonflé ". Température 37°6. A mon examen, je constate une conjonctivite assez importante, avec œdème des paupières, larmoiement, sans aucune fausse membrane visible sur les paupières ou sur la surface du globe oculaire. L'examen des fosses nasales est négatif. Mais je trouve une fausse membrane sur chaque amygdale. L'enfant, qui est un gros mangeur, a vomi deux fois après la première tétée.

Il reçoit dans la matinée 10.000 unités de sérum antidiphtérique. Le soir, température 38°4. Bon aspect, teint normalement coloré. Pas de vomissement.

Le 10, température 37°5 le matin et 37°8 le soir. L'état de la gorge est stationnaire. Les paupières étaient collées au réveil ; elles restent œdèmatiées ; au-dessous de l'angle interne de l'œil droit, la peau est assez rouge, luisante, abondamment mouillée de sécrétion lacrymale mêlée de pus. Pas d'autre vomissements que les petites régurgitations habituelles. Injection de 5.000 unités de sérum A.D.

Le 11, au matin, température 37°8. Une fausse membrane s'est installée dans le pli orbito-palpébral inférieur droit. Les fausses membranes de la gorge sont en nette diminution. Le soir, température 37°7. Les fausses membranes sur les amygdales ont à peu près disparu. Il en reste à peine une petite traînée blanchâtre de chaque côté.

Les jours suivants, la fausse membrane du sillon orbito-palpébral disparaît et la petite ulcération se cicatrise en quelques jours.

L'enfant, revu le 17 avril, ne porte aucune trace, aucune cicatrice au niveau de la paupière. Il pèse 6 kg. 050.

L'intérêt de cette observation réside dans la précocité de l'affection, qui est survenue au cours du premier mois de la vie, dans les localisations assez rares de la diphtérie, dans l'absence de coryza (1), dans la guérison totale obtenue sans aucune cicatrice cornéenne ou cutanée. Les doses de sérum ont été bien supportées et n'ont provoqué aucune réaction, locale, ni générale.

Il faut ajouter que les autres enfants, qui avaient été vaccinés correctement, sont restés indemnes, sans avoir reçu une injection supplémentaire de sérum ou de vaccin... ce qui était peut-être un peu imprudent.

Docteur Jacques CLERC
(Saint-Pierre-d'Albigny).

(1) Voir : Diphtérie nasale du nouveau-né, C. M. 6-XII-1931.

LES LIVRES

Editions Domat-Montchrestien
160, rue Saint-Jacques, Paris

Droit médical et Droit social (préface du doyen Leclercq).
G. LEPOINTE, professeur à la Faculté de Droit de Lille.

Sous ce titre, le professeur Lepointe publie, aux éditions Domat-Montchrestien, quelques-unes des leçons qu'il a faites à l'Institut de médecine légale de Lille, dont on connaît la belle et féconde activité médico-sociale. Documenté aux sources les plus récentes, il étudie successivement la Responsabilité médicale et le Secret professionnel, la Législation du travail et de l'Hygiène, l'Assistance, la Protection de l'enfance, les Assurances sociales et la Sécurité sociale, en un mot l'ensemble de notre législation sociale. Médecins, avocats, magistrats liront particulièrement avec intérêt et profit les pages consacrées à la Responsabilité médicale et au Secret professionnel, écrites d'un style alerte et limpide et qui constituent la mise au point par un maître juriste, de ces délicats problèmes de la pratique médicale, tels qu'ils se posent à l'heure actuelle.

Docteur BRISARD.

LES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

Traitement de la syphilis expérimentale et humaine par une association liposoluble de bismuth et d'ester méthylique de pénicilline.

(MM. C. Levaditi et A. Vaisman ; 7-5-1946)

Les auteurs ont appliqué au traitement de la syphilis expérimentale et humaine, une association liposoluble de bismuth et de pénicilline, sous forme d'ester méthylique de pénicilline. Chaque cmc. contient 0,01 de bismuth et 30.000 U.O. de pénicilline. Les effets chez le lapin syphilisé ont été des plus satisfaisants, ce qui a décidé de l'application de ce traitement chez l'homme. Une injection intra-fessière de 2 cmc. est effectuée quotidiennement pendant une première série de 15 jours ; 8 jours de repos, puis nouvelle série également de 15 jours. De cette manière, le malade reçoit en tout 1.800.000 U.O. de pénicilline et 60 centigr. de bismuth. Dans cette note préliminaire, les auteurs rapportent neuf observations de syphilis primaire et secondaire (dont un cas de bismutho-arséno et mercuro-résistance), la plupart à sérologie positive. Il en résulte que ce traitement réalise la disparition des tréponèmes en 2 à 3 jours, la cicatrisation des accidents en 6 à 12 jours, et une tendance manifeste vers la négativation sérologique à la fin de la deuxième série. L'association liposoluble de pénicilline et de bismuth apparaît ainsi comme un excellent traitement d'attaque, n'offrant pas les inconvénients, parfois graves, qui succèdent à d'autres cures d'attaque (arsénones, arsénobenzènes), la pénicillino-thérapie exclusive exceptée. Mais, par rapport à celle-ci, l'association liposoluble présente l'avantage d'adjoindre à la pénicilline l'effet thérapeutique profond, stérilisant et durable du bismuth. Le médicament est bien supporté et se conserve longtemps à + 4°. Il n'est pas question, pour l'instant, d'utiliser la médication sur grande échelle, étant donné la limitation des importations de pénicilline américaine.

ACADEMIE DE CHIRURGIE

Luxations du métatarse.

(M.Nordman, MM. Delannoy et Decoulx, de Lille ; M. Zagdoun. Rapports de M. Küss. — MM. P. Huet et P. Lecœur, 6-3-1946).

M. Küss présente trois rapports concernant des observations de M. Nordman (luxation du métatarse), de MM. Delannoy et Decoulx (luxation spatulaire dorsale externe du métatarse), et de M. Zagdoun (disjonction atypique traumatique du pied). MM. Huet et Lecœur communiquent, de leur côté, 4 cas de luxation tarso-métatarsienne.

Les articulations tarso-métatarsiennes, qui forment la voûte du pied, sont fixées par des ligaments solides. L'articulation de Lisfranc est serrée, résistante aux déplacements en raison de ses moyens d'union capsulaire et ligamenteuse, et de son architecture en voûte transversale.

Dans ces conditions, les luxations du métatarse ne sont possibles qu'après de gros traumatismes du pied, mettant en opposition violente l'avant-pied métatarsien et l'arrière-pied tarse : le malade de M. Nordman avait reçu sur le pied en extension l'extrémité d'une banquette pesant 300 kilos ; le cas de MM. Delannoy et Decoulx concernait un sujet tombé d'un premier étage sur le pied en équinisme ; le malade de M. Zagdoun avait eu le pied écrasé par la roue d'un camion. Il s'agit, en fait, de lésions assez peu fréquentes, intéressantes néanmoins quant à leur diagnostic et à leur traitement.

La clinique peut déjà orienter le diagnostic, qu'une bonne radiographie fixera. Du point de vue thérapeutique, quoique la réadaptation fonctionnelle ait été observée après échec des essais de réduction par manœuvres orthopédiques, il convient de faire autant que possible la réduction. Recourir, si nécesaire, à l'intervention opératoire à ciel ouvert et à l'ostéo-synthèse.

— M. Paul Mathieu estime qu'il y a lieu de réduire aussi complètement qu'il est possible les luxations du métatarse, et de ne pas trop compter sur la réadaptation fonctionnelle après réduction imparfaite. Il faut, par ailleurs, reconnaître que cette réduction n'est pas toujours réalisable par moyens orthopédiques simples. Il conseille dans ces cas d'intervenir chirurgicalement.

Névralgie du glosso-pharyngien traitée par neurotomie endocranienne.

(M. P. Wertheimer, de Lyon. — Rapport de M. Petit-Dutaillis ; 13-3-1946).

M. Wertheimer a adressé deux observations de névralgie du glosso-pharyngien traitées par neurotomie endo-cranienne, observations en faveur de cette dernière intervention. On sait que la section extra-cranienne du nerf a été également pratiquée en pareil cas.

La pénicilline dans les traumatismes cranio-encéphaliques du temps de paix.

(MM. P. Goinard et P. Descuns. — Rapport de Petit-Dutaillis ; 13-3-1946).

L'expérience de MM. Goinard et Descuns concernant l'emploi de la pénicilline dans les traumatismes cranio-encéphaliques du temps de paix porte sur 20 cas, où la sulfamidothérapie préventive avait été utilisée déjà sans résultat.

Les méningites consécutives aux fractures de la voûte sont mieux influencées que celles succédant aux fractures de la base du crâne, où l'infection est entretenue par la communication entre les espaces méningés et les cavités naturelles.

Les auteurs se montrent partisans d'une pénicillinothérapie à la fois générale et locale. Ils concluent par l'espoir de voir disparaître dans l'avenir, grâce à la pénicillinothérapie préventive, toutes les complications infectieuses des traumatismes craniens.

P. L.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX DE PARIS

Un cas d'anémie grave rebelle à tout traitement guéri par la méthionine.

(MM. N. Fiessinger, M. Aussanaire, A. Lafontaine, et A. Gajdos ; 12-4-46)

Observation d'une malade ayant présenté une

anémie importante avec mégaloblastose, n'ayant pas réagi à l'extrait hépatique. Après des traitements divers, les auteurs recourent à la méthionine (1 à 2 grammes par jour « per os ») et observent une amélioration de l'état général, une réparation progressive et rapide de l'anémie (le taux des hématies passe de 800.000 à 3 millions). Rechute de l'anémie après cessation du traitement et de nouveau amélioration rapide après reprise de celui-ci.

Les auteurs pensent qu'il faut faire intervenir deux mécanismes : action indirecte par amélioration des fonctions hépatiques et action stimulante directe sur les centres hématopoïétiques.

Un cas de lymphose aiguë.

(MM. Fiessinger et Aussanaire ; 12-4-1946)

Enfant de 10 ans présentant quelques taches purpuriques, une pâleur intense, quelques adénopathies mobiles indolores, une splénomégalie importante, 1.380.000 hématies, 12.000 leucocytes avec 47,5 % de lymphocytes. La mœlle sternale présente 83 % de lymphoblastes. Après une légère amélioration, évolution fatale en quelques semaines. Les auteurs soulignent les difficultés diagnostiques sur le plan clinique (absence de signes locaux et cutanés) et, sur le plan hématologique, quelques particularités ayant fait penser à une leucémie aiguë lymphoblastique.

Forme rénale de maladie d'Osler guérie par la pénicilline. Résultat après quatre mois.

(M. Lecœur. — Présentation par M. Even ; 12-4-1946)

Observation d'un malade qui se présentait sous le masque néphrétique. L'existence d'une cardiopathie et de fièvre firent porter le diagnostic de maladie d'Osler que confirma l'hémoculture. Traitement par la pénicilline à fortes doses ; guérison se maintenant depuis 4 mois.

— M. Lenègre a eu quatre échecs malgré des doses de 1.600.000 unités de pénicilline par jour. A l'autopsie, pas de modification des bourgeons valvulaires. Il se demande s'il n'existe pas plusieurs qualités de pénicilline.

— M. Lereboullet cite un cas de néphrite subaiguë fébrile ayant cédé à la pénicilline. Comme les douleurs persistaient, on fit une décapsulation. La biopsie montra l'absence de processus infectieux avec évolution vers la sclérose.

— M. Azerad se demande si l'association sulfamides-pénicilline n'est pas supérieure à la pénicilline seule.

— M. Derot a traité 6 cas de néphrite aiguë par la pénicilline. Il ne semble pas que l'albuminurie ait été influencée, mais la pénicilline est un anti-infectieux non toxique pour le rein.

Pleurésie purulente pneumococcique stérilisée par la pénicilline. Mort subite au cours d'une ponction. Œdème hémorragique du poumon opposé.

(Présentation par M. Even ; 12-4-1946)

J. CH.

LA PRESSE

Les injections intraveineuses de digitaline cristalisée et de théophylline dans l'insuffisance cardiaque. — Dans l'ensemble, l'association digitaline-théophylline a paru à **C. Lian et G. Rouseau** plus diurétique que l'association ouabaine-théophylline, en tous cas certainement plus diurétique que l'ouabaïne seule. Dans les grandes insuffisances cardiaques, ces auteurs prescrivent une injection intraveineuse quotidienne d'une ampoule de 1/5e de milligramme de digitaline cristallisée et d'une ampoule de 0 gr. 25 de théophylline, pendant sept jours, le contenu des deux ampoules étant mélangé dans la même seringue ; huit à dix heures après chaque injection intraveineuse, les malades reçoivent en outre une injection intra-musculaire ou un suppositoire de théophylline ; ces séries de sept jours sont séparées par cinq, puis six, puis sept jours sans digitaline et consacrés à la théobromine.

Dans ces conditions, on assiste à une fonte rapide des gros œdèmes, avec une forte diurèse et grande perte de poids. Le déclenchement de la diurèse est variable suivant les malades, soit immédiat, soit après 24, 48 heures, 3 ou 4 jours après la première injection. Les injections intraveineuses de théophylline sont presque toujours bien supportées, à condition d'être faites lentement et de ne pas dépasser la dose de 0 gr. 25 par injection. Cependant quelques malades ressentent un léger éblouissement vers la fin de l'injection, qui exceptionnellement peut arrêter les injections intraveineuses. Ce traitement est recommandé en particulier dans les œdèmes importants, qui réclament une thérapeutique rapide, dans l'insuffisance cardiaque avec ou sans dyspnée de Chèynes-stokes, ce type de dyspnée constituant une indication impérieuse à l'emploi de ces associations.

L'aphorisme écartant la digitaline de l'insuffisance ventriculaire gauche et de l'insuffisance cardiaque sans arythurie semble inexact. C'est par centaines de cas que, dans ces conditions, la digitaline donne des résultats excellents, parfois meilleurs que l'ouabaïne. (« Paris-Médical », 11 mai 1946.)

L'hématome intra-cérébral traumatique. — **J. Le Beau, G. Guiot et A. Pukura** démontrent pour quelles raisons on doit penser à l'hématome intra-cérébral lorsqu'un blessé présente des signes de localisation progressifs et francs (aphasie, hémianopsie, hémiplégie) survenus après un intervalle libre de vingt-quatre ou trente-six heures et lorsqu'il n'existe pas de fracture osseuse.

La lésion est chirurgicale et le pronostic est meilleur dans la mesure où l'hématome est mieux collecté, le foyer de contusion cérébrale associé plus réduit. Le problème thérapeutique est discuté : ponction cérébrale simple ou incision cérébrale. (« Journal de Médecine et Chirurgie pratiques », février 1946.)

G. F.

DRAGÉES "YSE" Névrosthéniques

Phosphure de zinc 2 milligr.
Nux vomica
Kola guarana

Asthénie - Surmenage Intellectuel
Dépressions Physique et Cérébrale
forme B pour Diabétique

Médication iodo-arsénicale-phosphorée - Strychnique

HEMAGÉNINE GIRAUD

Lymphatisme - Rachitisme - ASTHME - Tous états infectieux et ganglionnaires

ZONE OCCUPÉE — **LABORATOIRES YSE** — ZONE NON OCCUPÉE
65, Rue Louis Blanc. Paris (X^e^) — — — Saint-Benoît du Sault (Indre)

Eubine



MIEUX QUE LA MORPHINE
SANS SES INCONVÉNIENTS

ANALGÉSIQUE. ANTISPASMODIQUE
SÉDATIVE. HYPNOTIQUE
CHL DE DIHYDROOXYCODÉINONE
TABLEAU 'B'
AMPOULES. CACHETS. SUPPOSITOIRES

LABORATOIRE J. KŒHLY
R. LÉPICE. DOCT. EN PHARMACIE
18, RUE DE MÉNILMONTANT, PARIS(XXe)
TÉLÉPHONE : MÉNILMONTANT 63-95

Coryza — Rhinites
Sinusites
Obstruction nasale, etc,

BALSAMORHINOL

LABORATOIRE FIDÈS
14, rue de la Comète
P A R I S (7 e)

Inflammations de la Gorge, des Bronches des Fosses nasales

INHALANTYL

Comprimés

DIASTOGÈNE F

AMAIGRISSEMENTS, ASTHÉNIES, CONVALESCENCES



2 à 3 cachets ou 4 à 6 comprimés par jour à prendre au milieu des repas



LABORATOIRES DEHAUSSY, 50, rue Nationale, LILLE
Pour la France sud : 21, Av. Saint-Sulpice - LAVAUR (Tarn)

PARTIE PROFESSIONNELLE

PROPOS DU JOUR

LE CINQUANTENAIRE DE LA « GOUTTE DE LAIT »

C'ÉTAIT un soir de juin 1894, dans une salle de l'Hôtel-de-Ville. De nombreux Fécampois, parmi lesquels dominait l'élément féminin, s'étaient réunis pour entendre une causerie du Docteur Dufour. A la porte d'entrée : une quêteuse. Le Dr Dufour entouré de deux bons amis, les Drs Gibert et Fédelin, venus lui apporter leur bienveillant concours, prit la parole pour demander à son auditoire de l'aider dans la lutte qu'il voulait entreprendre contre la mortalité infantile, effrayante à cette époque (25 %) en donnant aux nourrissons un bon lait surveillé et stérilisé.

— « Trente francs par an, mesdames, s'écria-t-il, pour alimenter un nourrisson. Me refuseriez-vous votre obole pour racheter la vie des petits Fécampois ? »

La quête, avec quelques dons, rapporta 160 fr. Un Comité de dames fut immédiatement constitué. L'œuvre de la « Goutte de lait » était crée au capital de 160 fr. ! »

Ainsi s'exprime le Dr Maupas, président actuel de l'œuvre, dans l'allocution qu'il prononça le 26 mai dernier, à l'occasion du cinquantenaire de celle-ci. Un cinquantenaire retardé de deux ans ! C'est que, il y a deux ans à pareille date, la Normandie avait en tête des soucis de tout autre nature. Maintenant il est séant de réparer cette omission et de célébrer les mérites de celui qui fut l'animateur de la Goutte de Lait. Le jour de la fête des mères une plaque commémorative fut inaugurée à Fécamp en présence d'un délégué du Ministre de la Santé Publique et des festivités signalèrent aux Fécampois actuels le nom d'un homme auquel bon nombre d'entre eux doivent la vie.

Mais les médecins ont le droit de se rappeler que cet homme de bien fut un des leurs et d'exalter sa mémoire pour le lustre de bienfaisance éclairée et désintéressée qu'il jette sur la profession.

LE Dr Léon Dufour naquit à St-Lô en 1856. Très tôt il perdit son père et c'est à sa mère, une veuve de 18 ans, qu'incomba le soin d'éduquer l'enfant. Boursier de la Faculté de Médecine de Nancy il y fit de fortes études et devint interne des hôpitaux. Pendant 47 ans, de 1881 à 1928 le Dr Dufour exerça la médecine à Fécamp, environné de l'affection et de la confiance de ses concitoyens.

C'est là le schéma exemplaire et infiniment respectable de la vie professionnelle que mènent en France des milliers de bons et braves praticiens. Et beaucoup, au soir de leur vie, s'estiment comblés d'avoir pu parcourir une carrière qui leur donne une si précieuse certitude du devoir accompli.

La véritable vocation du Dr Dufour lui assignait cependant une tâche supplémentaire qui devait faire de lui un réel précurseur, un pionnier de la lutte contre la mortalité infantile.

Dès son installation à Fécamp il fut frappé de constater que 25 à 30 nourrissons sur 100 mouraient dès les premiers mois et que ce massacre des innocents frappait particulièrement les familles ouvrières. Il résolut de se consacrer à la défense contre un tel fléau et en 1894 créa à Fécamp la première « Goutte de Lait » avec l'humble mise de fonds que l'on sait et qui aurait pu décourager un homme moins opiniâtre.

L'œuvre ouvrit officiellement ses portes le 9 juillet avec 4 nourrissons. Elle en comptait 29 au 31 décembre suivant et leur fournissait 10 biberons de lait stérilisé au prix aujourd'hui incroyable de 0 fr. 10.

Les résultats ne tardèrent pas à s'avérer remarquables. Sur un graphique que j'ai sous les yeux on voit la mortalité de 0 à 1 an baisser régulièrement parmi les enfants élevés à la « Goutte de Lait » et se décrocher nettement des chiffres de l'état-civil municipal. En 1900 la mortalité en ville est de 20,3; à la « Goutte de lait » de 12. En 1905 les chiffres sont 16 et 10 et pour 1946 ils atteignent le niveau spectaculaire de 11 et 3,3, soit, pour la Goutte de lait un gain de plus de 2/3 d'enfants vivants.

Sitôt que le succès se fut affirmé il eut dans tout le pays un légitime retentissement et le Dr Dufour fut sollicité de toutes parts de venir exposer le fonctionnement de son œuvre. Le Havre, Le Mans, Bourg furent parmi les premières villes à imiter l'exemple de Fécamp. Elles furent suivies de beaucoup d'autres en sorte que, assailli de demandes de conseils, le Dr Dufour fit éditer une brochure intitulée « Comment on crée une goutte de lait ». Mais sa renommée avait passé les frontières et l'on venait aussi de l'étranger pour visiter la maison initiatrice de Fécamp.

Des congrès se tinrent à Paris, à Rouen, à l'étranger, et le dernier à Fécamp même, en 1912, fut l'occasion d'un hommage solennel au Dr Dufour.

Celui-ci mourut comme il avait vécu : simple et pauvre, et il s'assura ainsi un dernier titre à l'admiration et au respect de ses contemporains.

L'ŒUVRE n'est pas morte avec son fondateur. Elle poursuit, à Fécamp comme ailleurs, sa carrière bienfaisante et il est suggestif de voir résumer en chiffres l'action que peut exercer un homme simple, mais opiniâtre et convaincu, comme le Dr Dufour.

En cinquante ans la Goutte de lait Fécampoise a élevé 8.740 enfants et leur a distribué 11 millions 500.000 biberons stérilisés. Sur chacun desquels était collée la formule suivante : « Faute de mieux !» Leçon topique et d'une imbattable concision sur la supériorité de l'allaitement maternel. Le budget de 1934 était de 62.000 fr. ; celui de 1945 de 630.000 fr. Quel fut le profit de sommes

aussi modiques ? Un graphique éloquent en donne la mesure ; alors que, depuis 10 ans, le pourcentage de la mortalité infantile de 0 à 1 an est pour la France entière de 10,3, il est de 8 pour la ville de Fécamp et de 3,2 pour la Goutte de Lait. Un calcul simple permet d'évaluer le nombre de vies d'enfants sauvées.

Bien entendu la guerre a jeté un trouble considérable dans le fonctionnement de l'œuvre. Elle a vivoté pendant 4 ans et a été pratiquement réduite à l'impuissance en 1945. La disette de gaz et d'électricité a rendu impossible la stérilisation des biberons et elle dut se contenter de distribuer un lait qui souvent n'était même pas de qualité irréprochable. Il s'ensuivit une conséquence inévitable : une recrudescence de la mortalité infantile à Fécamp : 57 enfants de moins d'un an contre une moyenne annuelle de 26, c'est-à-dire 14 % au lieu de 8 %. Depuis septembre dernier la stérilisation du lait a pu être assurée de nouveau dans les conditions ordinaires (température de 102° pendant 40 minutes). Les consultations de nourrissons et les pesées ont aussi été reprises régulièrement et il y a lieu d'espérer pour Fécamp que la lente amélioration de son état démographique se poursuivra au même ryhme qu'avant la guerre.

On ne se rend pas assez compte de la portée qu'une initiative aussi modeste que celle du Dr Dufour peut acquérir sur la population d'une ville et, par la contagion de l'exemple, d'un pays tout entier. Le problème du bon lait pour les enfants en bas âge est aujourd'hui à peu près fixé dans toutes ses données et si, en 1946, des insuffisances et des imperfections subsistent, elles sont le fait des circonstances adverses nées de la guerre. Il serait inadmissible que dans un monde comme le nôtre des difficultés purement matérielles ne fussent pas promptement résolues et que l'enfance subît plus longtemps le contre-coup de nos furies guerrières.

J'aime à croire que dans un bref délai les maternités et les familles disposeront de nouveau pour les nouveaux-nés non seulement du bon lait, dont l'expérience du Dr Dufour a montré l'importance essentielle, mais aussi de tous les produits de régime qui, avant la guerre, constituaient l'arsenal indispensable en matière de diététique infantile. Les plus beaux discours sur la nécessité de relever la démographie française ne valent pas un modeste effort comme celui qui, à Fécamp, voici cinquante-deux ans, donna le branle à une action raisonnée, convaincue, et sanctionnée par les résultats. Aujourd'hui, en maints lieux de notre pays, un médecin peut se trouver dans le cas de prendre une initiative salvatrice. Qu'il s'agisse de luttes contre le taudis, contre la tuberculose ou contre l'alcool, de défendre la santé du corps ou de l'esprit, le premier démarrage pourra être difficile, les concours peu empressés à se déclarer, les fonds peu abondants. Un homme de peu de foi se laisserait refuter et se dirait, après quelques tentatives : « Après tout j'ai essayé, j'ai fait ce que j'ai pu, et ce n'est pas ma faute si je n'ai pas été suivi. »

Mais un apôtre s'accrochera, haussera sa volonté à mesure que surgiront les difficultés, et ne perdra pas de vue, malgré les traverses successives, le but qu'il s'est assigné.

Que quelques dizaines de médecins français prennent la ferme résolution de pourvoir, selon leurs moyens et dans leur sphère, à une déficience dont ils sont témoins et la grande mécanique nationale, qui grince aujourd'hui de tous ses engrenages, peut s'en trouver si bien allégée que, de proche en proche, elle reprenne sous nos yeux son rythme normal.

La grande leçon de la Goutte de lait de Fécamp ce n'est pas, à mon sens, dans son magnifique épanouissement actuel qu'il faut le chercher, alors qu'elle compte des filiales dans le monde entier.

La grande leçon de la Goutte de lait de Fécamp, et le plus beau titre de gloire du Dr Dufour, c'est d'avoir débuté, il y a cinquante-deux ans, avec une caisse de 160 fr.

Il semble particulièrement sympathique, en cette disgracieuse année d'après-guerre où la paix est plus incertaine que jamais, que la France propose pour sa part à l'actualité la célébration d'une œuvre au nom si poétiquement nimbé d'innocence enfantine. Les rivalités politiques, les hargnes internationales, les révolutions, les conflits sociaux nous assaillent en flots pressés, et le monde, brutalement secoué, n'a presque plus le loisir de s'intéresser aux expériences de Bikini. Menacé d'être réduit en poussière ou de sombrer dans le chaos il paraît estimer que les deux éventualités s'équilibrent et qu'il n'y a pas de raisons pour préférer l'une ou l'autre.

Mais c'est là le point de vue désenchanté de gens qui ne font plus assez fond sur la vie parce qu'ils ont vécu trop de jours déprimants. Il subsiste, et il apparaît à chaque seconde, auprès d'eux, des êtres pleins de souhaits et qui se tendent de toute leur âme vers l'avenir. Nous n'avons pas le droit, parce que nous sommes repus de déceptions, d'accepter la fin du monde, et nous devons faire comme s'il avait encore devant lui des milliers de siècles. Les bombes de Bikini ne sont qu'une expression de l'actualité; la goutte de lait en est un autre, et la plus courageuse, parce qu'elle va au devant de nouveaux efforts et qu'elle réinvestit en de nouveaux placements le peu de capital qui lui reste.

G. Lavalée.

REFLEXIONS SUR LES COTISATIONS PROFESSIONNELLES

L'ORDRE vient de fixer le montant des cotisations que, selon la loi lui donnant naissance, ses Conseils départementaux sont en droit de percevoir et que, rappelons-le, les médecins sont tenus de verser « sous peine de sanctions par le Conseil régional » Le montant de ces cotisations oscille suivant les départements de 1.000 à 1.500 francs. La cotisation syndicale atteindra sans doute en 1947 des chiffres analogues dans les divers départements. En sorte que le médecin praticien se pose une nouvelle fois le problème de savoir s'il doit payer tout d'abord, et s'il est utile qu'il paye en second lieu. En outre pour la première fois dans l'histoire de la profession médicale, surgit la dualité de cotisations, image de la dualité d'organismes. Une troisième partie prenante se présente aussi et réclame une trop modeste obole : les Sociétés locales de l'A.G Les difficultés de ces trois quêtes séparées font toucher du doigt les inconvénients d'une organisation professionnelle laissant trop de place aux doubles emplois, et aux dispersions inutiles.

PUISQUE la cotisation de l'Ordre est tout à la fois la plus importante et la moins évitable, elle mérite qu'on l'analyse de plus près. Ne renouvelant pas une erreur dont les organismes transitoires de l'ordonnance du 11 décembre s'étaient rendus coupables, l'Ordre actuel a tenu à faire connaître à ses « assujettis » les divers objets pour lesquels ils sont appelés à cotiser.

Sur les 1.500 francs perçus par un Conseil départemental :

— 250 francs sont destinés à la Caisse de solidarité créée obligatoirement en exécution de l'ordonnance du 2 novembre 1945 en vue de faciliter le reclassement des prisonniers, sinistrés et victimes de la guerre.

— 250 francs sont destinés à couvrir les frais d'administration du Conseil National de l'Ordre (ce qui assure à ce dernier un budget d'environ 6 millions et demi).

— 250 francs sont versés à une Caisse nationale d'entr'aide, dont le champ d'action ne connaît point évidemment les limitations imposées par la loi à la première Caisse de solidarité.

— 150 francs sont destinés au fonctionnement du Conseil régional de l'Ordre. Cette cotisation, certes la moins contestable de toutes, puisque le rôle de l'Ordre est essentiellement juridictionnel, ne représente que 10 % de la cotisation totale.

— 50 francs serviront à couvrir les frais administratifs des Commissions de coordination interdépartementales dans tous les cas où il en existe.

— Les 550 francs restant sont destinés au Conseil départemental, qui consacrera environ 250 francs à une Caisse d'entr'aide départementale (pouvant être alimentée en outre par un timbre-certificat facultatif), et le solde à la couverture de ses frais administratifs. Il faut reconnaître que dans les départements à faible densité médicale les ressources ainsi réunies seront, malgré l'élévation de la cotisation totale, tout juste suffisantes pour assurer la vie matérielle du Conseil et qu'un jumelage des services administratifs avec ceux du Syndicat apparaîtra comme indispensable en vue de ne pas imposer au Corps médical des charges corporatives démesurées. On peut même se demander si le prélèvement du Conseil National tient bien la balance égale entre les intérêts nationaux et les intérêts locaux. Certes nous comprenons fort bien l'idée selon laquelle l'échelon national seul jouit d'une puissance suffisante pour mener à bien, avec chance de succès, les lourdes tâches qui incombent à l'Ordre dans la rude société où nous sommes condamnés à vivre. Mais, de deux choses l'une : ou les Conseils départementaux ont un rôle important à jouer dans la vie professionnelle — et dans ce cas il faut les doter des moyens de jouer ce rôle ; ou au contraire ils constituent un rouage de luxe dans une organisation que l'on s'est complu à alourdir et à compliquer, et ne devraient trouver place que dans les grandes villes ou les régions à forte densité médicale (1) ; — dans ce cas on aggrave bien inutilement les charges déjà lourdes du praticien.

SI, nous éliminons la cotisation obligatoire à la Caisse de solidarité de l'ordonnance du 2 novembre, sur une cotisation totale de 1.200 francs, l'entr'aide apparaît pour un total de 500 francs dont moitié pour la Caisse nationale, moitié pour la Caisse locale. La part de l'entr'aide est donc relativement forte (environ 42 %) et appelle par là même un rapprochement avec la cotisation (facultative) réclamée aux mêmes médecins par les Sociétés locales de l'A. G. Ne va-t-on pas assister à une désaffection progressive à l'égard de cette vieille institution ? Le problème vaut d'être considéré, et nous savons de reste que le Conseil National s'en préoccupe.

Il est incontestable (et les articles 19 et 43 de l'ordonnance du 24 septembre le rappellent expressément) que le Conseil National et les Conseils départementaux ont le droit de créer, d'organiser ou de subventionner des œuvres d'entr'aide ou de retraite pour leurs participants. Mais ils ne sont en aucune manière autorisés à se transformer eux-mêmes en œuvre de retraite ou d'entr'aide, à confondre dans leur cotisation obligatoire les subventions aux Caisses d'entr'aides et les fonds destinés à assurer leur fonctionnement financier dans les limites de leur spécialité.

Créer une œuvre suppose tout d'abord créer une personne morale, juridiquement différente de la personne qui constitue le Conseil créateur. Subventionner une œuvre suppose une aide financière donnée à une personne morale déjà créée, déjà distincte du Conseil qui subventionne.

(1) Dans tous les autres cas, il semble qu'un organisme interdépartemental chargé de la tenue du tableau et des besognes administratives, adjoint au Conseil régional (organe juridictionnel proprement dit) eut été largement suffisant.

Toute autre méthode fondée sur la confusion des personnes, donc sur celle des patrimoines, est tout d'abord contraire à l'esprit et à la lettre des textes, et surtout financièrement et psychologiquement critiquable. Non certes que des doutes puissent s'élever sur la conscience des gardiens de l'honneur du Corps médical. Mais rien ne garantit juridiquement que les cotisations d'entr'aide serviront exclusivement à l'entr'aide, et que les besoins des finances administratives de l'Ordre ne conduiront pas à y faire appel pour combler un budget ailleurs défaillant. D'autre part aucune publicité n'est donnée aux modalités de distribution annuelle des prestations d'entr'aide — aucune règle statutaire n'organise le calcul et le versement de ces prestations.

Notre hypothèse n'est point entièrement gratuite. Certains Conseils départementaux avaient accumulé, grâce au timbre-certificat, des sommes considérables qui devaient, être destinées à l'entr'aide confraternelle. Les prestations d'entr'aide n'ont absorbé en fait qu'une très faible partie de ce magot, géré en dehors de tout contrôle financier. Et l'on apprit qu'en dernière analyse les nouveaux responsables ont préféré le consacrer à l'achat d'un immeuble destiné aux services administratifs de l'Ordre. Nombreux sont les praticiens, peu ou prou au courant de ces opérations, qui préfèrent aujourd'hui, nous dit-on, attendre un peu plus de clarté dans la gestion des fonds du timbre avant d'en apposer à nouveau sur leurs certificats.

Nous considérons donc comme nécessaire, que les cotisations recueillies pour l'entr'aide soient versées dans une Caisse spéciale dont l'autonomie serait garantie par une personnalité juridique distincte de celle de l'Ordre.

Mais quel statut donner à cette Caisse ? Il nous faut rappeler une disposition contenue dans l'article 2 de la récente ordonnance du 19 octobre 1945 portant statut de la Mutualité, « Les associations ou groupements de toute nature qui font appel à des cotisations des membres participants pour atteindre principalement un ou plusieurs des buts visés au § 1er de l'article 1er *doivent se placer sous le régime des Sociétés mutualistes* ». Et ces buts sont ainsi définis « dans l'intérêt des participants ou de leur famille une action de prévoyance, de solidarité ou d'entr'aide », ce qui est exactement la définition des œuvres que la loi sur l'Ordre donne aux Conseils le pouvoir de subventionner ou de créer.

On nous objectera que la création de 89 sociétés mutualistes et d'une Union nationale représente une complication nouvelle. Mais ces 89 sociétés et cette Union existent, et possèdent de plus, ce qui ne gâte rien, un patrimoine mobilier et immobilier non négligeable. Ce sont, les sociétés locales de l'A. G. et l'Association générale elle-même, devenue depuis peu Union Mutualiste.

La solution du problème de l'entr'aide se trouve donc être du même coup la solution du problème de la concurrence avec l'A. G. Bien loin de menacer l'existence de cette œuvre, l'Ordre a tout intérêt à participer étroitement à sa gestion, et à lui verser les cotisations d'entr'aide, qui seront distribuées ensuite selon les règles statutaires et sous le contrôle effectif des participants. Certes bien des modalités pratiques resteraient à préciser. Mais aucune d'elles, le principe admis, ne peut constituer un sérieux obstacle.

Disons maintenant quelques mots de la cotisation syndicale. Celle-ci comporte également un lourd « chargement » au départ, destiné a la vie administrative et financière de la Confédération et fixé à 500 francs. Le chiffre est double de celui retenu pour le Conseil National, mais le produit total ne sera pas augmenté dans cette proportion, puisque le syndicat reste facultatif et ne peut espérer grouper 100 % de ses adhérents « possibles ». D'autre part les tâches de la Centrale syndicale sont naturellement plus abondantes, plus écrasantes encore que celles de l'Ordre et exigent une permanence, une vigilance dans l'action quotidienne que l'objet de l'Ordre requiert d'une manière moins urgente. Enfin, ici surtout, il faut convenir que l'échelon national seul permet une défense efficace de la profession. Nous dirions même, rappelant les contacts qui s'ébauchent déjà entre les médecins français et le Corps médical des pays européens ou extra-européens, que l'échelon national est déjà dépassé. En sorte qu'une cotisation supra-nationale sera peut-être contenue un jour dans la cotisation syndicale !

Il n'en reste pas moins que seule la vie des syndicats locaux peut animer de l'intérieur l'organisation syndicale et assurer un contact étroit et quotidien avec le praticien. C'est pourquoi il importe de réserver une place notable dans le budget du médecin aux cotisations locales. Il serait utile que les responsables nationaux des organismes professionnels ne perdent point de vue le moment critique, à partir duquel ils risqueraient de tuer cette vie locale dont la spontanéité est particulièrement précieuse.

Il est un dernier point qui appelle quelques observations : les syndicats, on le sait, ont la charge de répartir les produits contingentés. Cette répartition constitue un véritable service public dont l'Administration s'est en quelque sorte déchargée sur eux, sans leur attribuer pour ce faire la moindre subvention. Appartient-il aux seuls syndiqués de couvrir les frais de cette répartition dont tous profitent, ou au contraire le syndicat n'est-il point légitimement fondé à faire payer par les non-syndiqués une cotisation spéciale s'ils veulent prendre part aux répartitions ?

Dans de nombreux départements, le syndicat, ne pouvant subvenir par ses seules ressources au fonctionnement du service, exige en effet une cotisation réduite (1/2 cotisation, par exemple) que certains non-syndiqués refusent de payer.

Précisons donc le point de vue juridique. Il est certain que le syndicat commettrait une illégalité en exigeant une cotisation de non-syndiqués. Le principe de la liberté syndicale, le droit par suite de ne pas être syndiqué, fait partie des règles constitutionnelles de notre régime. Il est non moins certain qu'un service public, même assuré par un organisme privé, est gratuit ou ne peut être assorti d'une taxe que si cette taxe est

prévue par un texte législatif formel, ce qui n'est pas le cas. Est-ce à dire cependant que le non-syndiqué ne doive rien payer ? Distinguons.

Si le non-syndiqué se présente lui-même au bureau du syndicat pour y toucher les bons lui revenant, ces bons doivent lui être délivrés gratuitement. Un appel à son sens de la solidarité confraternelle peut lui être fait à cette occasion. Mais il ne peut s'agir là que de persuasion.

Si, par contre, le non-syndiqué veut jouir, en outre du service public, des services particuliers que le syndicat rend à ses membres et qui consistent dans l'envoi à domicile de bons, circulaires, avis, etc., il n'est plus fondé à invoquer la règle de la gratuité. Il doit, verser au syndicat une « indemnité en remboursement de frais » dont le chiffre doit être justifié et contrôlé en cas de difficultés, soit par l'autorité publique qui a délégué ses pouvoirs au syndicat, soit par le Conseil de l'Ordre, arbitre des différends confraternels.

On peut se demander enfin si le rendement des appels financiers faits aux médecins par les différents organismes professionnels ne serait pas accru, pour le plus grand profit de tous, par la mise sur pied d'un service de recouvrement commun. Certes, il ne s'agit point là de confondre en une même Caisse des cotisations qui, avons-nous dit, doivent rester distinctes et indépendantes les unes des autres, comme l'objet même qui en motive l'appel. Mais il y aurait tout avantage à grouper les cotisations au départ, quitte à les séparer à l'arrivée. Cela pose certes la question de l'organisme recouvreur qui ne devrait être aucun des trois intéressés, afin de sauvegarder leur indépendance respective, mais un quatrième organe créé pour la circonstance, sous leur égide commune. Bien des problèmes seraient ainsi soulevés. Aucun d'entre eux ne serait insurmontable si des trois côtés régnait la volonté d'aboutir. Cet accord dans les besognes matérielles ne serait-il point tout à la fois un heureux présage et le moyen le meilleur de faire croître cette symbiose que chacun s'accorde à déclarer nécessaire ?

Jean Mignon.

Libres Opinions

OU ALLONS-NOUS ?

Les journaux médicaux abondent en articles consacrés à l'avenir de notre profession. Je n'ai pas la prétention de trancher le débat sur notre orientation professionnelle, mais il m'a semblé qu'on argumentait trop sur des principes, qu'on jugeait trop en fonction du passé à la fois brillant et honorable de la médecine française et qu'on ne tenait pas assez compte de la situation de fait qui découle de l'évolution scientifique et de l'évolution sociale.

Les progrès scientifiques et techniques ont modifié les conditions d'exercice de notre profession

Le temps est bien loin où un esprit comme Rabelais ou Descartes pouvait prétendre à la connaissance de toute la science humaine ; cela n'est même plus possible pour la science médicale, ni même pour certaines spécialisations larges auxquelles nous sommes habitués. Le progrès scientifique entraîne la nécessité d'une spécialisation de plus en plus étroite.

Par ailleurs, les progrès de la technique évoluent à un rythme accéléré : la médecine moderne utilise de plus en plus des moyens d'investigation et de traitement spécialisés et complexes qui nécessitent un appareillage coûteux et un long apprentissage.

Tout cela constitue un *état de fait* incontestable qui pose au praticien un dilemme catégorique :

— Ou bien il se résigne à la médiocrité en tout et se prive des moyens techniques modernes s'il ne veut pas se spécialiser ;

— Ou bien il se spécialise de plus en plus s'il veut prétendre à une véritable compétence et pouvoir utiliser au maximum les moyens techniques que la science moderne a créés.

Il ne sert à rien de déplorer une telle conjoncture ; il ne sert à rien de regretter la belle figure du médecin d'antan qui pouvait être au fait de toutes les connaissances médicales de son temps et exercer son activité dans tous les domaines de l'art sans pour cela sacrifier à la qualité.

D'autre part, *envisagée du point de vue du public*, cette nécessité de spécialisation a entraîné certaines conséquences déjà sensibles sur la situation du médecin dans la société.

Le médecin de famille n'est plus aujourd'hui l'homme en qui la clientèle a une entière confiance en toutes matières. Le public prend l'habitude de recourir de plus en plus au spécialiste, alors même que son médecin ne le propose pas. Par la force des choses, le médecin perd donc de son ascendant : on tend à ne faire appel à lui que pour des cas mineurs, à le considérer en quelque sorte comme un élément inférieur de la science médicale auquel on pense toujours substituer le spécialiste dès qu'il s'agit d'une chose sérieuse.

Le public en cela exagère sans doute beaucoup, mais il ne saurait être tenu pour responsable, pas plus que le médecin : la tâche du médecin de famille, telle qu'elle était conçue autrefois est maintenant au-dessus de ses forces : son dévouement et sa conscience professionnelle peuvent être sans bornes, ses compétences ne peuvent plus l'être. Obligé de faire lui-même appel à tout instant à des spécialistes, il ne peut plus être aux yeux du public le praticien omniva-

lent en qui on place toute sa confiance. Or, c'est de cette omniscience et de cette confiance totale que le médecin de famille tirait son ascendant moral et son prestige.

Par ailleurs, la spécialisation entraîne de plus en plus la nécessité d'une collaboration étroite et constante de plusieurs praticiens, d'où *la formule de la médecine d'équipe qui se substitue à celle du praticien omnivalent.*

Une première conclusion s'impose donc :

Le médecin de famille travaillant seul dans son cabinet privé ne peut plus suffire à sa tâche, l'autorité morale du Corps médical ne peut plus reposer sur son prestige dans le public : *Il ne peut donc plus être l'élément de base de notre profession.*

Il en résulte que la formule d'avenir semble être la *polyclinique*, parce qu'elle groupe des praticiens spécialisés travaillant en équipes avec un minimum de perte de temps et un maximum de moyens matériels et parce que c'est la formule qui donne au public moderne le maximum de confiance. Le rôle du médecin de quartier ne peut donc que se dégrader davantage, se réduire à la surveillance des individus et aux petits soins à domicile.

Il semble donc totalement oiseux de discuter de notre orientation professionnelle en fonction de la liberté et de l'indépendance du médecin de famille.

L'évolution politique et sociale dicte à notre orientation professionnelle certains objectifs précis

Elle constitue pour l'orientation de notre profession un état de fait qui ne saurait être négligé ; elle nous impose deux principes directeurs :

1° *Le principe de l'égalité des soins pour tous :* c'est un principe humain dont la justesse n'est pas contestable. Sa réalisation pratique qui était impossible il y a peu de temps encore commence à sortir du domaine de l'utopie ; il peut être fait beaucoup en tous cas pour se rapprocher de cette solution idéale et l'évolution générale du monde y pousse irrésistiblement.

2° *Le principe de la gratuité des soins pour tous* est aussi un principe humain inattaquable que l'évolution sociale tend irrésistiblement à réaliser.

Il paraît incontestable que l'évolution politique et sociale fixe ce double objectif à notre orientation professionnelle. Or, il me semble du devoir et de l'intérêt bien compris du Corps médical de tout mettre en œuvre pour y atteindre.

Les conditions économiques de l'exercice de la médecine dans l'avenir nous laissent à choisir entre la fonctionnarisation ou la prolétarisation

L'exemple de la Russie et des Etats-Unis qui nous ont devancés dans le domaine de l'évolution sociale nous permet de prévoir où nous allons : dans les deux pays, on voit l'extension considérable de la formule des polycliniques aux dépens des cabinets médicaux libres. Mais l'organisation et l'équipement des polycliniques exigent des frais importants.

A qui doivent incomber ces frais ?

Comment doit s'opérer leur recouvrement ?

La réponse à ces deux questions oscille autour de l'*étatisme* et de l'organisation *en sociétés financières.*

Dans le premier cas, c'est l'État qui prend à sa charge les frais d'organisation des polycliniques (ou bien la collectivité sous une forme quelconque). C'est le système russe dans lequel le recouvrement est assuré par des cotisations syndicales, par des versements individuels (assurances sociales) par des entreprises étatisées et par de grosses subventions d'Etat. Cela résout du coup la gratuité et l'égalité des soins pour tous, puisque toute la médecine se trouve centralisée dans les polycliniques et les hôpitaux d'État ; cela résout également l'égalité de situation matérielle des médecins (à titres et valeur technique égaux) qu'ils exercent dans les villes ou dans les campagnes, qu'ils soient médecins praticiens, hygiénistes ou chercheurs de laboratoires. Mais du point de vue du médecin, *c'est la fonctionnarisation* avec ses avantages et ses inconvénients.

Le sort matériel des médecins dans ce système se trouve donc lié à l'échelle des traitements et des retraites qui lui sont alloués ; son prestige moral, à la qualité de l'enseignement qui lui est donné et aux méthodes employées pour établir l'évaluation de sa valeur technique.

Si donc le Corps médical devait évoluer dans ce sens, notre orientation professionnelle devrait veiller à perfectionner l'enseignement médical et à une organisation solide de nos groupements professionnels qui auraient la charge de défendre nos intérêts.

Dans le mode capitaliste, la formule est beaucoup plus complexe, mais elle se résout toujours à faire prendre en charge les frais d'organisation des centres polycliniques qui n'appartiennent pas à l'Etat *par des sociétés financières.* Il y a donc un capital privé investi par des actionnaires (médecins ou non médecins, ce qui est de plus en plus fréquent).

Donc, la polyclinique ainsi conçue, doit être une *entreprise commerciale rentable.*

Le recouvrement des frais doit comprendre par conséquent, en sus des frais généraux d'entretien et des frais médicaux, l'intérêt du capital et les bénéfices de la société.

Ce recouvrement peut être tiré de la rétribution directe des soins par le malade : la polyclinique s'adresse alors uniquement à la clientèle riche qui peut seule en assurer le fonctionnement.

Ou bien elle s'adresse à une clientèle, petite payante ou indigente, alors il faut une subvention d'État ou d'une caisse d'assurances. Un vaste système d'assurances peut seul alors mettre les polycliniques à la portée de tous, c'est la méthode qui tend à se généraliser en Amérique.

Le médecin peut percevoir ses honoraires comme dans un cabinet libre, mais celà n'est

possible que dans les polycliniques s'adressant directement à la clientèle payante ! Pour les autres, le médecin ne peut être que *salarié* (en disant « honoré » on ne change rien à l'affaire !) C'est la société ou les compagnies d'assurances qui le payent, par mensualités ou pour chaque acte professionnel, cela importe peu.

Il est en effet un aspect de cette organisation qui semble échapper à beaucoup de nos confrères et qui est pourtant gros de conséquences, c'est que le médecin se trouve nécessairement *prolétarisé*.

Quoi qu'on fasse, des sommes versées pour le traitement d'un malade, il y a une partie qui va à la société pour l'intérêt du capital et le bénéfice des actionnaires. Qu'on le veuille ou non, il y a une partie du rendement de chaque médecin qui va au capital et d'autre part, le médecin perd de plus en plus la liberté de percevoir ses honoraires ! Or, ce fait a une importance considérable. Le médecin pouvant de moins en moins exercer sans recourir à des sociétés financières se verra de plus en plus exploité par ces sociétés, il tendra à devenir effectivement un salarié donnant de plus en plus de son travail pour le bénéfice de tiers ; et cette servitude sera d'autant plus grande si l'on fait intervenir des compagnies d'assurances sur le travail du médecin.

Certes, cette servitude parait moindre *a priori* que celle du fonctionnaire, mais qu'on y prenne garde : elle s'accommode pour le moment de la plus large indépendance, mais c'est un engrenage ou nous mettons le doigt et qui tôt ou tard nous absorbera.

Conclusion

Voilà donc les deux voies ouvertes à notre orientation professionnelle. Que deviennent dans tout celà notre *liberté* et notre *indépendance* ?

Elles sont incontestablement très réduites, mais sont-elles si grandes à l'heure actuelle qu'on veut bien le dire et devons-nous perdre tant que cela ? En quoi le jeune médecin a-t-il la liberté de s'installer où il veut ? Il s'installe où il peut gagner sa vie et c'est fonction de bien des facteurs qui lui sont étrangers et ce sera de plus en plus fonction des sociétés financières qui voudront bien l'employer : je n'y vois pas beaucoup plus de liberté que dans le cas du fonctionnaire qui pourra s'installer là où il y aura un poste vacant ! et qui par sa valeur et son travail pourra obtenir des mutations à titre d'avancement dans des postes plus intéressants.

Qui a aujourd'hui la liberté de s'adonner à la recherche scientifique, à l'enseignement ou à l'hygiène sociale ? Talonné par les exigences matérielles le médecin doit le plus souvent y renoncer pour gagner sa vie, largement sans doute, mais au prix d'un travail de forçat de plus en plus dégradant et de plus en plus éloigné de la noble *profession libérale* de nos pères.

Ne nous gargarisons donc pas trop de mots ! il me semble totalement inutile de vouloir retrouver une situation passée que les conditions de vie modernes rendent de plus en plus impossible ; il me semble oiseux de faire appel à une liberté et à une indépendance que nous avons déjà perdues et que nous ne pouvons pas retrouver. La réalité est peut-être dure, mais elle existe. Nous serons fonctionnarisés ou nous serons prolétarisés, toutes les combinaisons que nous pourrons imaginer rentreront dans ce dilemme.

Il nous faut donc déterminer quelle servitude est moins grande et quelle est la formule qui permettra à nos groupements professionnels d'assurer notre défense de la façon la plus efficace.

Du point de vue social, il s'agit de savoir quelle est la formule qui permettra de réaliser au mieux le double but qu'on nous demande d'atteindre : l'égalité et la gratuité des soins pour tous, car c'est là la condition de notre prestige moral et partant de la place qui nous sera dévolue dans la société future. Et de toutes façons, nous devrons solliciter une réforme de notre enseignement en vue d'une formation technique plus poussée et plus spécialisée. Notre enseignement professionnel, comme notre organisation dans la société, répond à des conditions qui ne sont plus actuelles.

D. X.

BIBLIOGRAPHIE

Editions de « Prévention et Sécurité
23, rue de la Pépinière, Paris

Ce centre de documentation, dont tous ceux qui s'intéressent à la médecine du travail ont déjà appris à consulter les services, vient de publier deux brochures d'un haut intérêt.

La première « *L'Orientation biologique de la main-d'œuvre* », rédigée en liaison avec la Fondation Française pour l'étude des problèmes humains, précise les données biotypologiques, psychologiques et techniques qui permettent de discerner : 1° les aptitudes de travail d'un individu donné, 2° les aptitudes requises par un travail donné. Un grand nombre de modèles de fiches facilite encore la besogne du médecin chargé de recruter ou d'examiner la main-d'œuvre. Cette brochure est donc pour le médecin d'usine cn indispensable guide auquel il se référera en mainte occasion.

La seconde « *Hygiène dans les industries textiles* » s'inspire des nécessités propres à ces industries (nommément l'humidité de l'air) pour développer le plan des conditions de travail à obtenir : éclairement, limitation du bruit, lutte contre les agents nuisibles (poussières, buées, etc.). Elle étudie en outre la réalisation de l'hygiène dans les locaux, de l'hygiène du personnel, la pathologie particulière à l'industrie textile et l'orientation biologique de la main-d'œuvre. En somme elle constitue pour le textile une monographie dont il faut souhaiter que le type soit promptement réalisé pour toutes les industries.

URISANINE

antiseptique urinaire
diurétique et balsamique

- 1 à 3 cuill. à café par jour -

Laboratoires LONGUET - 34, rue Sedaine - Paris

CACODYLINE

JAMMES

A : 10 cgs.
B : 20 cgs. D : 50 cgs.
C : 30 cgs. E : 1 gr.

ET

MAGNÉSIO-CACODYLINE

IODINJECTOL

3 FORMES { SIMPLE / SALICYLÉ / GOUTTES

Une injection intramusculaire ou intraveineuse par jour. 60 à 100 gouttes par jour.

Laboratoires JAMMES
86, Rue Michel-Ange, 86
PARIS (16e)

HYPERCHLORHYDRIE
TOUTES DOULEURS GASTRIQUES

GASTROSEDYL

GOUTTES

Le grand remède de toutes les GASTRALGIES

COMPOSITION INCHANGÉE

Teinture Dausse de belladone.....	46
Teinture Dausse de jusquiame.....	20
Liqueur ammoniacale anisée.....	20
Bromure de Sodium..	13
Phosphate de codéine:	1

Antispasmodique certain

Régulateur de l'acide gastrique

Sédatif à effet immédiat

POSOLOGIE

10 à 30 gouttes dans un peu d'eau sucrée après les repas et au moment des douleurs

LABORATOIRES J. LANDRIER
— Coulange-sur-Yonne (YONNE) —

FOIE ET REIN DÉFICIENTS

CHOPHYTOL

AMPOULES INJECTABLES

DRAGEES, GOUTTES "per Os"

Laboratoires **ROSA** 11, Rue Roger-Bacon, PARIS (17e)

ECHOS & COMMENTAIRES

VERS L'ENTENTE HARMONIEUSE DES DIVERS ORGANISMES PROFESSIONNELS.

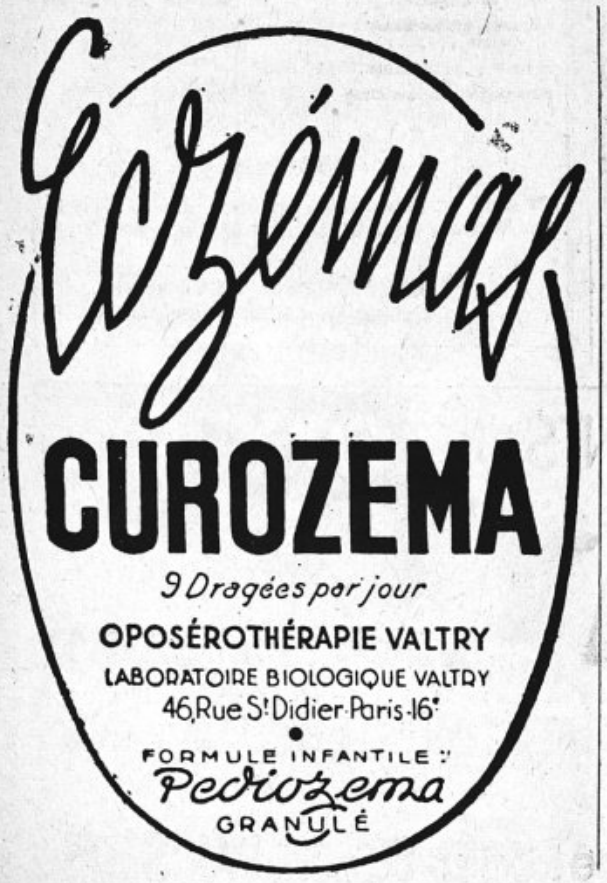
DANS la circulaire d'information du Comité inter-syndical des Médecins de la région parisienne, est reproduit le texte d'un protocole d'accord signé par le Conseil National de l'Ordre et la Confédération des Syndicats médicaux. Nous le publierons dans un prochain numéro.

Les deux organismes s'y engagent à maintenir entre eux, tous les contacts que nécessite l'intérêt général de la profession. Le partage de leurs attributions légales respectives y est rappelé. La Confédération s'engage à porter à la connaissance de l'Ordre, bénévolement, avant signature, pour avis, les contrats collectifs ou les conventions collectives souscrites par les syndicats dans le cadre national ou départemental. L'Ordre, de son côté, s'engage à communiquer à la Confédération tout contrat individuel relatif à l'exercice de la médecine présentant un caractère d'intérêt général, dont, en vertu de l'article 67 de l'ordonnance du 24 septembre 1945, il aura eu connaissance. Des commissions mixtes seront créées pour étudier en commun les questions qui, tout en ne ressortissant pas directement aux attributions de l'Ordre, ni à l'application des lois sociales ou aux intérêts matériels — domaine par excellence du syndicat — intéressent néanmoins les deux organismes : par exemple, la réforme de l'enseignement, la qualification des spécialistes, etc. La distribution des produits contingentés et du matériel professionnel et familial est confiée aux syndicats médicaux.

Plus que le texte lui-même de ce protocole, qui contient quelques obscurités et quelques lacunes, c'est l'esprit qui a présidé à cette signature qu'il convient de louer. Peu à peu, les frictions qui s'étaient produites lors de la reconstitution des syndicats, s'atténuent. Dans la plupart des départements, la bonne entente régnant entre Ordre et Syndicats, les organes nationaux ont été fort bien inspirés en y faisant écho à leur échelon.

Un nouveau symptôme de cet esprit d'entente se manifeste aussi dans la Seine au sujet de la répression de l'exercice illégal, domaine dans lequel nous avons, ici même, souhaité l'intervention d'un « gentleman's agreement ». L'accord est en voie de se réaliser, grâce aux efforts d'une Commission mixte Conseil départemental de l'Ordre - Chambre syndicale des Médecins de la Seine. L'Office de répression de l'exercice illégal, qui fonctionne depuis quarante-trois ans, à la satisfaction de tous les médecins, serait placé à l'avenir, sous la direction d'un Comité mixte composé de délégués du Conseil départemental de la Seine et de la Chambre syndicale, ainsi que du Directeur de l'Office. Ce Comité aurait mandat permanent pour décider de l'opportunité d'une poursuite ou d'un abandon de procédure. L'Office serait financé moitié par l'Ordre, moitié par la Chambre syndicale. Il déciderait dans chaque cas particulier, suivant la nature de l'affaire, au nom duquel des deux organismes, les poursuites devraient être intentées et les dommages-intérêts réclamés à l'illégal.

Sous réserve de quelques améliorations de points de détail, nous souhaitons bonne chance aux projets, dont nous





venons de résumer l'essentiel, et qui doivent être soumis, pour approbation, dans un proche avenir, tant à l'Ordre qu'à la Chambre syndicale des Médecins de la Seine.

Les tarifs d'honoraires médicaux en matière d'assurances sociales.

Une circulaire du ministre du Travail en date du 13 juillet 1946, publiée au *Journal Officiel* du 19 juillet et reproduite d'autre part (*cfr.* p. 819), a fixé les tarifs des sages-femmes et des chirurgiens-dentistes pour soins aux assurés sociaux. Pour l'information de nos lecteurs, nous avons tenu à insérer ces tarifs dont l'examen permet quelques méditations fructueuses.

Tout d'abord, huit syndicats de sages-femmes ont passé convention, alors que chez les chirurgiens-dentistes, aucune convention n'a été souscrite et que les tarifs ont été fixés d'office pour tout le territoire français. L'enthousiasme pour la soumission volontaire à la loi de sécurité sociale n'a pas été beaucoup plus grand dans les profession para-médicales que chez les médecins.

Par ailleurs, si une différence nette au profit des médecins a été marquée entre les tarifs alloués aux chirurgiens-dentistes et ceux alloués aux médecins (dans la Seine : K = 75 pour les médecins, D = 60 pour les dentistes ; dans les autres départements : K = 60 pour les médecins, D = 50 pour les dentistes), par contre, il y a identité absolue entre les honoraires alloués par la Commission nationale tripartite aux sages-femmes et ceux alloués aux médecins pour les accouchements simples ou gémellaires. Cette égalité est paraît-il, le fruit des efforts de l'éminent délégué médecin au sein de la Commission des Tarifs pour les sages-femmes. Ce que cette égalité avait de choquant, nous l'avons déjà signalé : n'insistons pas, de peur d'être taxé d'esprit anti-démocratique, hostile au nivellement par la base, si en faveur de nos jours.

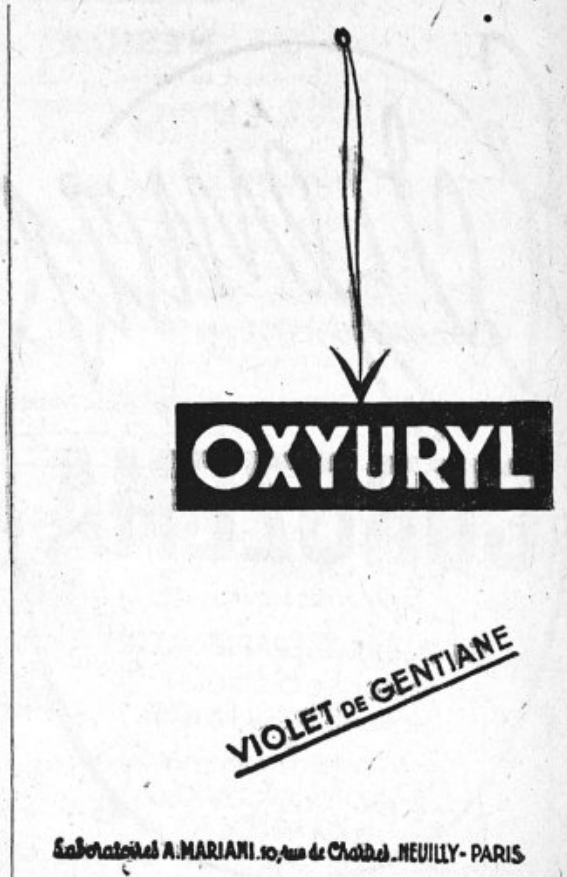
Le plus intéressant de cette circulaire, c'est qu'elle publie — enfin — les tarifs médicaux fixés conventionnellement dans les départements du Gers, de l'Ariège, des Hautes-Pyrénées et de la Haute-Garonne, et qui ont été approuvés tout récemment seulement par la Commission nationale tripartite. Manquent encore à l'appel, le Tarn et les trois départements alsaciens et mosellan, qui semblent décidément donner du fil à retordre à l'autocratique autant que tripartite Commission.

La profession médicale en rumeur aux U.S.A.

Le bill WagnerMurray-Dingell, sur la sécurité sociale, soulève des tempêtes et nos confrères américains semblent décidés à se défendre *unguibus et rostro*.

C'est le rédacteur en chef de *l'American Medical Association Journal*, Dr Morris Fishbein, qui jusqu'ici menait le branle. Il y déployait une telle ardeur que ses adversaires lui reprochèrent d'imprimer à *l'American Medical Association* tout entière une allure réactionnaire, et de ne faire à la socialisation de la médecine qu'une opposition « hyperthyroï-





dienne ». A deux reprises, en 1944 et 1945, la délégation de Californie essaya en vain de le faire mettre en minorité. Cette année, elle s'apprêtait à livrer un troisième assaut, quand il fut décidé qu'une Commission spéciale serait nommée pour faire pièces au projet gouvernemental et prôner une organisation de prévoyance privée. Le texte du gouvernement fut dénoncé comme une « conception de politiciens... ennemis de la liberté... importateurs de philosophie étrangère ».

D'un bout du monde à l'autre, les mêmes soucis, les mêmes luttes, les mêmes mots ! « Rien que la terre », soupirait jadis un auteur aujourd'hui répudié.

UNE LÉGISLATION SUR LA PROPRIÉTÉ PROFESSIONNELLE EST-ELLE SOUHAITABLE ?

Nous avons reçu la fort intéressante lettre que voici :

Je lis, dans le Concours Médical *du 13 juillet 1946, votre écho sur les loyers professionnels. D'accord avec vous sur votre conclusion de ne pas faire assimiler le loyer d'un médecin à un loyer commercial, je vous soumets cependant mon opinion sur ce sujet.*

Est-il admissible qu'un propriétaire puisse, en chassant son locataire, le priver des moyens d'exercer sa profession, donc d'élever sa famille ? Personnellement, je cherche depuis trois ans, un autre logement, celui où je suis étant loin de constituer un idéal, mes recherches sont vaines. Une indemnité en cas de congé forcé ? Elle ne saurait être juste et suffisante que si elle apportait au praticien une somme équivalente à autant de mois de travail de l'année précédente que de mois où, du fait de l'expulsion, il aurait été dans l'impossibilité de travailler. Quel propriétaire accepterait une telle charge ? Lequel pourrait la soutenir ? Là n'est pas la solution. A mon avis, c'est à une loi qu'il appartiendrait de garantir par prorogation prononcée par le juge de paix, par exemple, le maintien en jouissance, sous réserves du paiement du loyer et de la bonne conduite du locataire évidemment, dans la mesure où celui-ci pourrait apporter la preuve de l'impossibilité pour lui de se loger ailleurs. En contre-épreuve, il appartiendrait au bailleur de signaler l'existence d'un local offrant les mêmes garanties, tant comme habitation que comme usage professionnel.

Je ne doute pas que, la question du logement étant on ne peut plus épineuse actuellement, votre écho ne vous amène une correspondance volumineuse, mais ne pourrait-on charger les parlementaires médecins d'examiner ce problème en se réunissant, en dehors de toute tendance politique, en Commission des Médecins du Parlement ? L'utilité d'une telle commission ne se bornerait d'ailleurs pas là, car actuellement, il y a malheureusement nombre d'autres problèmes graves dans la défense des intérêts des médecins.

La suggestion de notre confrère mérite, croyons-nous, attention. Puisque les médecins parlementaires viennent de manifester tout récemment l'intérêt qu'ils portent aux questions syndicales et professionnelles médicales, la Confédération serait peut-être bien inspirée en remettant sur le chantier, l'étude de l'épineuse question des locaux professionnels. Elle pourrait à cette occasion, se mettre en liaison avec ceux de nos confrères députés qui paraîtraient susceptibles de pouvoir faire aboutir, si elle est déclarée souhaitable, une solution légale harmonieuse.

CHLORO-MAGNESION
Asthénie - Modificateur du Terrain
DRAGEVAL
Insomnies - Anxiété
FER-OVARINE VITALIS
Insuffisances ovariennes
TENSORYL
Hypertension artérielle
FER-ANDRINE VITALIS
Infantilisme - Carence sexuelle
DESCOURAUX et Fils, 52, Boulevard du Temple, PARIS

AMPHO-VACCINS RONCHÈSE
à ingérer
injectables
pansements
21, Bd de Riquier, à NICE (A.-M.)
— 62, Rue Charlot, PARIS (3e) —

QUEL EST LE ROLE DU SUCRE DANS LA CONCENTRATION DU LAIT ?

Il est notoire que le Lait concentré sucré présente une digestibilité supérieure à celle d'un lait additionné de sucre.

C'est au cours de la concentration que la présence du sucre est nécessaire, car elle agit sur :

La viscosité,
La floculabilité,
La tension superficielle.

(Prof. Dr M. Polonovski).

Le Lait concentré sucré est **un tout** et **non un mélange.**

Dosage : Pour fournir à l'enfant 100 calories, donner 30 gr. de Lait concentré sucré, dilués dans 150 gr. d'eau bouillie ou de décoction farineuse.

La grande pitié des médecins en moyens de transport.

Bien heureux les étrangers — nous écrit un de nos lecteurs — ils peuvent s'offrir en France des vacances, non seulement gratuites, mais lucratives. Le moyen ? Acheter comme on le leur propose, une voiture neuve, se promener pendant huit jours, puis la revendre facilement au marché noir trois fois son prix d'achat.

Nous ne pensons pas qu'un tel trafic se fasse sur une grande échelle : les rigoureuses contraintes du contrôle des changes gênent l'importation privée de devises en quantité suffisante pour permettre facilement l'achat en France d'une automobile. Mais qu'à l'aide de combinaisons plus ou moins avouables, tel ou tel débrouillard puisse spéculer à la barbe du Corps médical réduit à la portion plus que congrue, c'est déjà proprement intolérable.

La pénurie de médicaments spécialisés.

L'extrême difficulté que rencontrent nos malades pour obtenir du pharmacien les spécialités par nous prescrites, continue à soulever dans tout le Corps médical un étonnement et une inquiétude compréhensibles.

Le Concours Médical a déjà publié, il y a quelques semaines, une correspondance échangée entre la Confédération des Syndicats Médicaux Français et l'Union Fédérale des Pharmaciens de France, de laquelle il résultait que la production pharmaceutique française était progressivement vouée à l'extinction par une politique des prix insensée, dont l'origine se situerait au Ministère de la Production Industrielle.

L'application de conceptions nuageusement doctrinaires est tentante, mais elle est insupportable lorsque, comme dans le cas précis, elle aboutit à priver la population française de produits essentiels à la sauvegarde de sa santé. L'émotion semble même avoir gagné nos parlementaires, puisqu'à la date du 11 juillet dernier, M. Vincent Badie a signalé à M. le Ministre de la Santé Publique, le scandale dénoncé voici déjà plusieurs mois, et lui a demandé : 1° *S'il est exact que la moyenne de revalorisation des spécialités pharmaceutiques comparativement à 1940 est au coefficient* 2,30 *alors que l'indice des prix de détail atteint le coefficient* 5,27 ;

2° *Si, en présence de ce déséquilibre anormal entre le prix de ces médicaments et les charges de toutes natures, il est exact que des laboratoires se trouvent dans l'impossibilité de fabriquer ;* 3° *s'il est exact que M. Billoux, alors ministre de l'Economie nationale, avait donné son approbation à une valorisation normale et nécessaire de ces produits ;* 4° *dans l'affirmative, les raisons qui ont empêché l'application de cette décision ;* 5° *quelles mesures il compte prendre pour mettre fin à un tel état de chose qui, en fin de compte, est très préjudiciable à la Santé publique.*

Nous serons extrêmement heureux de lire la réponse du ministre de la Santé publique et de la publier lorsqu'elle aura paru à l'*Officiel*. Le dommage, à notre avis, est que la question ait été posée au ministre de la Santé publique qui ne manquera pas, comme pour les voitures automobiles par exemple, de s'abriter derrière son collègue de la Production industrielle... à moins que, le nouveau ministre de la Santé publique étant lui-même pharmacien, le caractère intolérable de la situation ne lui soit déjà apparu et qu'il n'ait trouvé les moyens pertinents d'y porter remède.

BERUFFE
CINQUESINE HOUDÉ
HYPERTENSION
Association synergique vaso-dilatatrice et sympathicolytique D'YOHIMBINE, ET D'HYDROCINCHONIDINE
ACTION RAPIDE : sur les syndromes subjectifs
ACTION LENTE ET DURABLE sur la pression artérielle
Laboratoires HOUDÉ, 9, rue Dieu, PARIS

INTESTARSOL
Granulé
TOXI INFECTION INTESTINALE
PARASITOSES
Laboratoire H. CALAS
162, Rue de l'HAY
GENTILLY (Seine)

CORRESPONDANCE

AUTOMOBILISME.

691. — **Pour empêcher les accidents de soupapes.**

En six mois, je viens de griller deux fois mes soupapes. Or celà ne m'arrivait jamais auparavant. De divers côtés, on me dit que ces sortes d'accidents sont très fréquents et que cela tient à l'essence actuelle. Si cela est exact, comment y remédier?

Dr H.

Réponse

Il est malheureusement exact que l'utilisation de l'essence actuelle a provoqué des accidents de soupapes.

Il n'y a malheureusement pas de méthode générale pour empêcher le retour de ces phénomènes. Voici cependant un procédé qui aurait, dans certains cas, donné de bons résultats : il faudrait aléser légèrement (5/10 de millimètre environ) *l'extrémité supérieure du guide des soupapes sur une longueur de* 10 à 12 *millimètres.*

L'essence actuelle contient une assez forte proportion de plomb tétra éthyl qui provoque un dépôt sur les queues de soupapes et arrive à les coincer dans leurs guides, d'où grillage immédiat. Le procédé que je vous indique est de nature à améliorer la situation, sans garantie toutefois.

Henri Petit.

692. — **Comment redresser une direction ?**

Ma voiture, une Mathis TY 5 C a eu besoin de quelques réparations : remplacement des garnitures de freins, et il a été ajouté deux petites lames aux ressorts-avant qui s'avachissaient.

Depuis cette réparation, la direction est devenue plus fatigante : je dois continuellement maintenir le volant pour empêcher la voiture d'aller à droite : si je l'abandonne, elle ne reste plus dans la ligne droite mais a toujours tendance à aller vers le fossé, à droite de la route.

Je dois vous expliquer que cette petite voiture n'a pas d'essieu avant. Il y a deux ressorts transversaux qui à chaque extrémité maintiennent l'un par le haut, l'autre par le bas, l'axe de pivotement de la fusée.

C'est un peu comme pour la 402 Peugeot, à cela près que l'essieu en deux parties est remplacé par un second ressort. C'est le ressort supérieur qui, s'avachissant, a été renforcé de deux petites lames.

Je voudrais savoir quelle peut être la cause de la tendance de la voiture a toujours aller vers la droite et comment y remédier.

Dr M.

Réponse

Il est probable que, au cours de la transformation de la suspension avant de votre voiture, certains éléments essentiels du train avant ont été modifiés inconsciemment. Il faut donc vérifier :

1° *Que les roues avant sont bien parallèles ou que leur pincement à l'avant ne dépasse pas* 5 *millimètres.*

2° *Que l'angle de chasse est le même des deux côtés. Je vous rappelle que l'angle de chasse est l'angle que forment les axes de pivotement des roues avec le plan vertical passant par la voiture. On peut le vérifier avec un fil à plomb en visant la voiture de profil.*

3° *Que le carrossage des roues est resté le même. Le carrossage des roues est l'angle que forment les axes de pivotement des roues avec un plan vertical parallèle*

Oui, les sulfamides font des prodiges...
Oui, la penicilline fait des miracles...

... cependant le vieux

NÉOL

a conservé ses modestes mais classiques propriétés

en **gargarismes** dans les angines
en **lavages** dans les affections et les ulcérations bucco-pharyngées

LABORATOIRES BOTTU
115, Rue Notre-Dame-des-Champs, PARIS VIe

TRAITEMENT DES ANÉMIES ET DES DÉFICIENCES NEURO-ORGANIQUES

SOJAMINOL, complexe d'acides aminés : histidine, tryptophane, extrait du SOJA, riche en vitamines naturelles du groupe B associé aux gluconates de Fer et de Cuivre et à un neurotonique atoxique de synthèse : l'Ambotolyl.

MODE D'EMPLOI :
Adultes : 2 comprimés à chacun des trois repas.
Enfants : 2 comprimés à chacun des deux principaux repas.

SOJAMINOL
COMPRIMÉS
LABORATOIRE du NEUROTENSYL
72, Bd Davout - PARIS (20e)

à l'axe de la voiture. A vérifier avec un fil à plomb en se plaçant devant la voiture.

Ce doit être probablement la chasse qui est inégale des deux côtés et qui fait tirer votre voiture vers la droite.

Henri PETIT.

★

QUESTIONS DIVERSES

727. — Les cabinets multiples.

Je viens vous demander votre avis sur le cas suivant :

Nous sommes trois médecins établis de 1907 à 1919. A 8 kilomètres de X... s'est établi en 1938 un jeune confrère (marié avec une sage-femme) et qui fait la propharmacie — tout ceci est normal...

Depuis la guerre, il vient lorsqu'il est appelé par quelques clients et applique un tarif légèrement inférieur à celui que nous appliquons dans la localité. De plus il est actuellement en train de faire installer deux pièces à X... où il a l'intention paraît-il de venir deux ou trois fois par semaine pour y donner des consultations.

Nous désirerions être fixés sur nos droits et savoir comment agir pour empêcher ce que nous croyons être interdit par le code de déontologie.

1° Peut-on venir donner des consultations à jour fixe dans une localité ou exercent plusieurs praticiens établis ? (Ce n'est pas un spécialiste)

2° Peut-il se déclarer résidant à Y... tout en gardant le domicile de sa femme (sage-femme) établi à 8 km. dans son ex-résidence ?

3° Doit-on soumettre le cas au Syndicat ?

4° Au cas où il n'y aurait pas possibilité d'empêcher les empiètements de ce confrère, nous sommes décidés d'installer un local dans le village où il réside et d'aller chacun à tour de rôle deux fois par semaine pour le combattre.

Nous nous en rapportons à vous et serons heureux de suivre vos directives, relativement aux quatre questions que je vous ai exposées.

Dr H.

Réponse

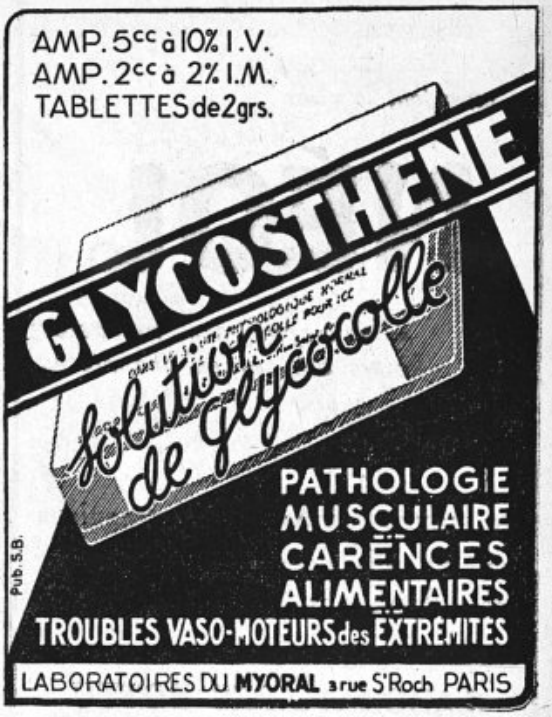
Le Code de Déontologie élaboré par l'Ordre des Médecins institué par le Gouvernement de Vichy, interdisait par son article 27 à un médecin installé dans une commune d'établir une consultation dans une autre commune.

A plusieurs reprises, l'ancien Conseil de l'Ordre a voulu faire application de cette règle. Mais chaque fois que les intéressés se sont pourvus contre ces décisions, devant le Conseil d'Etat, cette haute juridiction leur a donné raison en déclarant qu'il n'appartenait pas à l'Ordre des médecins de régler la répartition géographique des cabinets médicaux.

Depuis la suppression de l'Ordre de Vichy qui a entraîné nécessairement la disparition de son Code de Déontologie, la question n'a pas évolué ; elle pourra sans doute être reprise dans le Code de Déontologie que doit élaborer le nouvel Ordre et qui, cette fois, sera délibéré en Conseil d'Etat et aura une force obligatoire certaine envers tous les médecins.

Actuellement donc, un médecin peut légalement installer un ou plusieurs cabinets de consultation sans enfreindre aucune règle écrite et sans s'exposer à aucune sanction. C'est seulement dans le cas où il appartiendrait à un syndicat et que ce syndicat par son règlement intérieur aurait prohibé les cabinets multiples que des sanctions pourraient être prises contre ce médecin dans le cadre syndical. Mais pour échapper à ces sanctions, il suffit





à l'intéressé de ne pas donner son adhésion au syndicat ou d'en démissionner.

1106. — **Majoration d'honoraires pour consultation à heure fixe.**

D'après la nouvelle loi sur les A.S. le médecin n'a le droit de dépasser le plafond qu'en considération de l'importance du service rendu, de « la notoriété du praticien et autres circonstances particulières ». Je crois que cette question n'a pas fini de faire couler des flots d'encre.

Je me demande en particulier si le fait, pour un assuré social, de demander un rendez-vous qui lui permette de passer en dehors des heures normales de consultation, constitue une de ces circonstances particulières.

A mon avis, le tarif imposé ne s'applique qu'à la consultation ouverte aux heures normales avec station obligatoire à la salle d'attente.

Qu'en pensez-vous ? Cette question n'a pas encore été soulevée à ma connaissance.

Dr S.

Réponse

Je pense comme vous : le fait pour un malade de demander une consultation à heure fixe, constitue une circonstance particulière ; *le malade doit honorer cette circonstance « particulière » sans que la Caisse des Assurances sociales pas plus que le médecin, n'aient à en supporter les conséquences. Le médecin est donc libre de majorer ses honoraires de façon raisonnable, en portant sur la feuille le symbole « C. » qui n'entraînera qu'un remboursement basé sur le tarif de responsabilité.*

DEMANDES ET OFFRES

N° 408. — Doct. éch. app. 2 ptes pièces, entr. C. de t., ch. de b. cave, balcon, 5e ét. ensoleillée ascens. place St-Georges 9e, contre appart. 4-5 pces, s. de b., centre ou bon quartier.

N° 409. — Méd. expérim., gr. habit. remplacem. remplacerait confr. à la campagne mois d'Août et Septembre. Ecr. journ. qui transm.

N° 410. — Import. poste de médec. génér. à céd. à Bitche (Moselle) avec faculté d'opérer à l'hôpital qui met. salle d'opér. mod. maternité, rayons X, physioth. à la dispos. des médec. S'adr. Dr Ohlmann à Lourdes (H.-P.).

N° 411. — Bon poste client. rurale riche, à céder à 150 km. Sud de Paris. Maison tout confort.

N° 412 — 1° A vendre poste disthermax puiss. 350 watts, long. d'ondes 15/19 m., avec 2 paires d'électr. et access. 2° Recherche poste de pro-pharm. Ecr. jour. qui transm.

N° 413. — Dispensaire privé, belle ville Sud-Ouest recherche médec. attaché exclusiv. à l'œuvre pour services consultat. générales et radiologie, logement assuré. Honoraires très intéress. Ecr. au journ. pour prem. prise de contact en indiqu. curiculum vitae, titres, spécialités, prétentions, etc.

N° 414. — A céd. app. basse fréquence diadynamic, amorti et galvanique de l'Electritechmie médicale, app. U.V. « Lasem » portatif. Infra-rouge « Calorex » les 3 sur 110 v. Ecr. journ. qui transm.

N° 415. — Dans gde ville Côte d'Azur, à céd. cab. stomat. Ecr. journ. qui transm.

N° 416. — A échang. très bon poste campagne 180 km. de Paris (Bourgogne), contre un poste Paris ou banlieue.

N° 417. — A vend. Testut, traité d'anatomie humaine édit. 1912. 4 vol. cartonnés état neuf. Offres avec prix à Dr Giraud à Panissières (Loire).

N° 418. — Clinique privée chirurgie et acc., rég. Sud-Ouest cherche infirmière diplômée et sage-femme. Envoy. référ. Ecr. journ. qui transm.

Gérant : J. MIGNON
Février 1879
Lang, Blanchong et Cie, 30, rue du Poteau - Paris (18e) — 31.1040
Dépôt légal : N° 8
3e trimestre 46



CHLORO-CALCION

CABINET BREITEL ET GORET
Fondé en 1903
1, rue Dante, Paris (5e). ODE. 36-46

6 km. Paris. Petit pavillon. **Conv. à** jeune méd. désirant créer. Téléph. Prix avantageux.
10 km. Paris. Clinique **chirurgicale obstétrique.** En société. 14 lits. Install. moderne. Gros rapport. Rachat tout ou parts. **Urgent.**
Manche. Petit poste. Méd. gle. Mais. Prix intér.
Côtes-du-Nord. Bourg 4.000 hab. **Méd. gle. Mais.**
Cher. Méd. gle. Maison conft. Bail. Prix int.
Vendée. Bon poste méd. gle avec achat mais.
Deux-Sèvres. Client. rur. anc. mais. Prix int.
Maine-et-Loire. Bon poste rur. Mais. **Urgent.**
Cers. Gros poste méd. gle. Mais. Prix avant. Urg.
Côte-d'Or. Gde ville. Appart. prof. méd. gle.
Basses-Pyrénées. Gros cab. O.R.L. Villa Jard.

Savoie. Préventorium. Maison de plein air. Clientèle import. Install. ultra-moderne.
Dordogne. Situation offerte à médecin dans dispensaire (méd. gle et radiologie). Bon traitement. Poss. exerc. personn. URGENT.

TUBERCULOSE

VITADONE
INJECTABLE

Vitamines A et D physiologiquement titrées

BOITES DE 6 AMPOULES DE 2 cc.

chaque ampoule contient :
20.000 unités int. de Vitamine A
20.000 unités int. de Vitamine D

2 injections intra musculaires par semaine

Littérature aux Etablissements BYLA
26, avenue de l'Observatoire, à PARIS (14e)

VALS SOURCE LA REINE

Dans les cas de

DIARRHÉE INFANTILE

quelles qu'en soient la cause et la forme **aucun traitement**



n'a donné des résultats comparables à l'emploi de la diète hydrique par

VALS-REINE

Additionnée au lait elle constitue le meilleur **PRÉVENTIF** de cette diarrhée.

■

Sté VALS-REINE

à Vals-les-Bains (Ardèche)

COMBEY-LAX

Le délicieux laxatif pour les enfants

SIROP PUR SUCRE ET POMMES DE REINETTE
= PAR CUILLERÉES A CAFÉ =

LABORATOIRES ROLAND MARIE

191, RUE DU Fg St-ANTOINE, PARIS

CALCIUM CORBIÈRE

GLUCONATE DE CALCIUM PUR A 10 %

EN AMPOULES

DE 2cc. 5cc. 10cc

•

POUR INJECTIONS
ENDO-VEINEUSES OU
INTRA-MUSCULAIRES
INDOLORES

LABORATOIRES CORBIÈRE
27, Rue Desrenaudes, PARIS TÉLÉPH. CARNOT 78-11

On désinfecte

avec le

FUMIGATOR GONIN



60, Rue Saussure

PARIS (17e)

68e ANNÉE — Nº 32 — 10 AOUT 1946

LE

CONCOURS MÉDICAL

37, RUE DE BELLEFOND - PARIS (9e) - TRU 33-66

379-381

SOMMAIRE

PARTIE SCIENTIFIQUE.

Tous les fibromes utérins ne doivent pas être systématiquement opérés ou soumis aux radiations (Prof. J. Vanverts) 855

Intolérance alimentaire due à un ulcus de la petite courbure. Etude journalière de la tolérance alimentaire recouvrée sous le couvert de l'infiltration splanchnique gauche (Dr P. Decoufle) 856

Ce que pratiquement il faut savoir de l'électro-encéphalogramme clinique, d'après le Prof. A. Baudouin, H. Fichgold et leur collaborateurs (G. Fischer) 857

Les Livres, 859. — Les Sociétés Savantes, 860. — La Presse, 861.

PARTIE PROFESSIONNELLE.

Propos du Jour : Le « consentement éclairé » tempéré par l'humanisme dans les interventions chirurgicales (Dr J. Noir) 863

Droit Professionnel : Le contrôle médical scolaire (G. Casac) 864

Réflexions sur la carte de médecin (Dr Faveret) 866

La question des remplacements (Dr H. Chardon) 866

Variétés. De la faim de loisir (A. Denier).... 867

La vie de nos œuvres confraternelles. Mutualité Familiale et professionnelle du Corps Médical Français 868

DEMI-COLONNES.

Dernières Nouvelles, 848. — A Travers l'Officiel, 851. — Echos et Commentaires, 871. — Correspondance, 875.

NATIBAÏNE
NATIVELLE

Une nouvelle forme
NAIODINE SURACTIVEE
B forte
Vitamine B_1 = 25 mgrs. pour 10 CC
Laborat. Jacques LOGEAIS, Issy-les-Moulineaux, PARIS

PYRÉTHANE
Antinévralgique Puissant
18, Rue Ernest-Rousselle - PARIS-13e

Association Iode et Cttrate de Soude
(Pilules)
IODOCITRANE
Artériosclérose, Hypertension
Scléroses, Ménopause
Labor. SCIENTIA
Dr PERRAUDIN
21, rue Chaptal, PARIS

COLIBACILLOSE-BLENNORRAGIE-STREPTOCOCCIES
LYSOTHIAZOL
(640 M)
Comprimés 0 g., 56 de LYSOTHIAZOL.
Éts MOUNEYRAT
VILLENEUVE-LA-GARENNE (Seine)

Infangyl
Carlier
TOUX INFANTILES

DERNIÈRES NOUVELLES

Faculté de Médecine de Paris. Agrégation.

Le Docteur Jacques Decourt, Médecin des Hôpitaux, vient d'être reçu au Concours d'agrégation de Médecine, pour la Faculté de Paris. M. Decourt, est le fils de notre distingué collaborateur et vieil ami le Docteur F. Decourt. Nous applaudissons de tout cœur à ce succès, et adressons au nouveau Professeur, ainsi qu'à toute sa famille, nos bien sincères et très cordiales félicitations.

Nous sommes heureux d'apprendre la nomination au Concours d'Agrégation de Bactériologie pour la Faculté de Médecine de Paris de notre excellent collaborateur le Docteur Robert Fasquelle. Nous lui adressons toutes nos félicitations, ainsi qu'à sa famille, et notamment à son frère, notre ami le Dr Jacques Fasquelle, Directeur de l'Institut de Vaccine.

Hôpital-Hospice de Remiremont.

1 place d'interne est vacante à l'Hôpital de Remiremont : service de chirurgie. Indemnité 2.000 fr. par mois, plus nourriture, logement et blanchissage.

Les demandes d'inscription doivent être adressées au Directeur de l'Hôpital de Remiremont, en y joignant les pièces suivantes :

1°) 1 extrait acte de naissance (nationalité française exigée) ; 2°) Situation militaire ; 3°) Certificat de bonne vie et mœurs ; 4°) 1 engagement de se conformer au règlement hospitalier, ainsi qu'aux décisions ultérieures qui pourraient être prises par la Commission administrative ; 5°) Un certificat du Doyen de la Faculté de Médecine ou du Directeur de l'Ecole de médecine attestant que le candidat est pourvu de 16 inscriptions de doctorat en médecine Etat, nouveau régime ; 6°) 1 exposé des titres.

Inspection médicale scolaire de la ville de Marseille.

Trois Concours seront ouverts :

1°) *Le 17-9-46 pour deux places de médecins inspecteurs des Ecoles. Conditions :* Etre Docteur en Médecine, français, avoir moins de 40 ans à la date du concours (date reculée d'un an par enfant à charge et pour service militaire). Date limite d'inscription : 20 *août* 1946.

2°) *Le 17-9-46, pour une place d'infirmière en chef de l'Inspection médicale des écoles. Conditions :* Diplôme d'Etat d'Infirmière, française, âgée de 30 ans au moins et de 40 ans au plus. Justifier d'un minimum de 3 ans dans un Service Public d'Inspection des Ecoles. Date limite d'inscription : 20 *août* 1946.

3°) *Le 7 octobre* 1946 *pour une place de Médecin-chef de Laboratoire Municipal de Chimie Biologie. Conditions :* Les mêmes que pour les Médecins Inspecteurs des Ecoles. Les candidats doivent, en outre, justifier de leurs connaissances en matière de chimie biologique et d'hygiène alimentaire. Date limite d'inscription : 7 *septembre* 1946.

Pour tous renseignements complémentaires, s'adresser à la Mairie (Service des Examens et Concours).

Congrès de l'Association des Gynécologues et Obstétriciens de Langue Française.

*Le XII*e *Congrès de l'Association des Gynécologues et Obstétriciens* de langue française se tiendra à Paris les : *Jeudi* 3, *Vendredi* 4 *et Samedi* 5 *Octobre* 1946, sous la Présidence du Professeur V. Le Lorier.

Ordre du jour : 1°) Les hémorragies ovariennes libres ou enkystées. Rapporteurs : A. — En dehors de la grossesse, MM. Mocquot et Musset de Paris. B. — Grossesse ovarienne, M. Keller de Strasbourg ; 2°) Du rôle de l'obstétricien dans l'accouchement « dit normal ». Rapporteurs : A. — M. Gosselin, de Liège. B. — Analgésie et anesthésie. MM. Snoeck et Roemens de Bruxelles. 3°) Etiologie des avortements spontanés en dehors de la syphilis. Rapporteur : M. Rochat, de Lausanne. 4°) De l'organisation régionale de l'obstétrique. Rapporteurs : MM. Lantuéjoul, Merger et Chomé de Paris.





Une séance sera réservée aux communications n'ayant pas trait à ces rapports.

Pour tous renseignements, s'adresser au Docteur Lacomme, 81, rue des Saints-Pères, Paris (6e), Secrétaire-Général du Congrès.

Internat de l'Hôpital Saint-Joseph.

Un concours sera ouvert à l'Hôpital Saint-Joseph, 7, rue Pierre-Larousse, à Paris (14e), le *lundi* 14 *octobre* 1946, pour la nomination de huit Internes titulaires, et, s'il y a lieu, d'Internes Provisoires.

Ne sont admis à concourir que les Etudiants en Médecine ayant au moins seize inscriptions et présentant un des titres suivants : Externe des Hôpitaux de Paris, Interne d'une ville de Faculté (Faculté d'Etat ou Faculté Catholique), Interne d'une Ecole de plein exercice.

Les inscriptions sont reçues à l'Hôpital du 15 septembre au 5 octobre inclus. Pour tous renseignements, s'adresser par écrit à l'Administrateur de l'Hôpital.

Hygiène Scolaire et Universitaire.

10 postes de Médecins Examinateurs Scolaires à temps plein, dont un poste avec résidence dans la région de Mantes-Gassicourt et un poste avec résidence dans la région d'Etampes, seront vacants à partir du 1er octobre 1946 dans le département de Seine-et-Oise.

Ces médecins recevront un traitement annuel de 180.000 fr. (indemnités non comprises). Les candidatures seront reçues jusqu'au 25 août 1946.

Pour tous renseignements s'adresser à M. le Dr Guillain, Médecin Inspecteur Régional de l'Hygiène Scolaire et Universitaire, 5, rue Auguste-Vacquerie 16e.

Les conditions d'utilisation de la pénicilline.

Le Ministère de la Santé Publique communique :

Une augmentation considérable des importations auxquelles s'ajoutera prochainement l'apport de la production française a permis d'apporter des assouplissements notables aux conditions d'utilisation de la Pénicilline. Il semble utile de résumer les dispositions nouvelles qui paraissent être encore ignorées d'un certain nombre de médecins et de directeurs de maisons de santé :

1°) Tout malade hospitalisé dans un établissement public ou dans une clinique peut être traité par la Pénicilline. Chaque maison de santé comportant pour son usage intérieur une pharmacie légalement exploitée (1) et disposant de moyens de conserver le produit dans les conditions de températures requises (frigidaires ou glacières), peut être autorisée à s'approvisionner directement en Pénicilline chez un fournisseur de son choix. Les autres établissements ont la possibilité, de désigner un pharmacien remplissant les conditions voulues pour détenir le produit qu'il leur délivrera au fur et à mesure de leur besoin. Tout pharmacien fournisseur de clinique, ou d'hôpitaux peut recevoir un stock de Pénicilline pour l'usage exclusif de ces établissements s'il dispose des moyens de conservation satisfaisants.

Les modalités selon lesquelles la Pénicilline peut être délivrée aux Maisons de Santé et utilisée par elles sont fixées par la circulaire n° 117 du Ministère de la Santé Publique qui a été diffusée auprès de l'Ordre National des Médecins, des Pharmaciens dépositaires et des maisons de santé utilisatrices. Des sanctions sont prévues contre les directeurs de ces établissements, des pharmaciens ou des médecins qui n'auraient pas respecté les dispositions qu'elle renferme.

Les demandes tendant à obtenir la fourniture de Pénicilline à des hôpitaux ou à des cliniques doivent être adressées au service central de la Pharmacie, 45, rue Cardinet (2).

2°) Tout en posant en principe que les traite-

Le Concours Médical
Hebdomadaire fondé en 1879 par A. Cézilly.
Directeur honoraire : Docteur J. Noir.
Directeur : Dr G. Lavallée.
Rédacteur en Chef : Dr G. Fischer.
Rédaction, Administration et Publicité, 64, rue de Bellefond, Paris (9e).
Téléphone : TRU 33-66. R. C. Seine 76.579. Chèques postaux, Paris 167-95.
Abonnements : 1 an, 250 francs. - Etudiants, 125 fr. Le N° 10 fr. Changem. d'adresse 5 fr

ANEMIES
Ampoules buvables
Une ampoule avant chaque repas
HEPAMINE MAUCHANT
Acides aminés Hématogènes
Comprimés
Quatre comprimés avant chaque repas
LABORATOIRE MAUCHANT
GENNEVILLIERS (Seine)

GRIMAULT
DELBIASE
Stimulant biologique général
Dermatoses - Prophylaxie du Cancer
LABORATOIRES GRIMAULT
51, RUE FRANÇOIS-Ier - PARIS

Révulsif Fouchère
DEUX FORMES :
EMULSION : Adultes
POMMADE : Bébés, Enfants et Adultes à épiderme sensible
LABORATOIRES FOUCHÈRE
RIVE-DE-GIER (Loire)

ments par la Pénicilline ne peuvent être pratiqués que dans des établissements hospitaliers, la circulaire précitée prévoit que des dérogations peuvent être accordées à titre exceptionnel au profit des malades rigoureusement intransportables. Pour ceux-ci, les Pharmaciens des Hôpitaux Publics agréés comme centres de traitement peuvent délivrer de la Pénicilline sur le vu d'un certificat d'un directeur responsable du centre, accompagné d'une autorisation du Directeur Départemental de la Santé. Le certificat du Médecin attestera que le malade est intransportable et que l'emploi de la Pénicilline est indispensable.

(1) C'est-à-dire gérée par un pharmacien inscrit à la section D de l'ordre des pharmaciens, titulaire d'une autorisation préfectorale de gérance effectuant un travail effectif.

(2) A Paris la Pénicilline est délivrée par la pharmacie centrale des hôpitaux.

Naissances.

Nous apprenons la naissance de Jean-Michel Boyer, fils du docteur Boyer ,de Nantiat (Haute-Vienne) ; d'Alain Mailliez, fils du docteur Mailliez, de Chantilly (Oise) ; d'Anne-Marie Suttel, deuxième enfant du docteur René Suttel, de Paris ; de Bernard Doublet, troisième enfant du docteur Doublet, de Beautiran (Gironde) ; de Philippe et Patrick Berthelot, arrière-petits-enfants du docteur Thésée, de Morgat ; de Christian Chaix, fils du docteur Jean-Marie Chaix, de Rosans (Hautes-Alpes) ; de Sabine Faudot-Bel, troisième enfant du docteur Guy Faudot-Bel, de Paris ; de François-Pascal Bouvaist, quatrième enfant du docteur Jacques Bouvaist et Mme, née Françoise Faure (Les Mureaux, Seine-et-Oise) ; de Michelle (7 juin) et de Yannick Collet (25 juin), quatrième et cinquième petits-enfants du docteur Collet, d'Uzel ; de Michel Cossart, troisième enfant du docteur Cossart, d'Aire-sur-la-Lys (Pas-de-Calais) ; de Marie-Christine Desprairies, sixième enfant du docteur Paul Desprairies, de Joinville-le-Pont (Seine) ; de Chantal Roy, fille du docteur G. Roy, de Jarnac (Charente) ; de Gérard Dauby ,fils du docteur Dauby, d'Ercheu (Somme) ; de Jane Govaerts, deuxième enfant des docteurs Georges et Jeanne Govaerts, et petite fille du docteur Régis, de Paris ; d'Yves Sassier, second fils du docteur Guy Sassier, de Brecey (Manche) ; de Dominique Richer, fille du docteur M. Richer, de Clerey (Aube) ; de Daniel Girod, quatrième fils du docteur R. Girod, de Creil (Oise) ; de Philippe Langeard, cinquième enfant du docteur Langeard, de Bazas (Gironde) ; de Marc Héber-Suffrin, troisième fils du docteur Héber-Suffrin, de Villeneuve-le-Roi (S.-et-Oise.) ; de Marie-Christine Grégoire, septième enfant du docteur R. Grégoire, de La Ferté-sous-Jouarre (S.-et-Marne) ; de Jean-Benoit de Véricourt, sixième enfant du docteur E. de Véricourt, 10, av. de Villars, Paris.

Mariages.

Le Docteur et Madame Duval, d'Orléans, sont heureux de faire part du mariage de leur fille Chantal avec le Sous-Lieutenant Guy Vincens, Elève à l'Ecole de Santé Militaire, fils du Colonel et Madame Vincens.

Le Dr Chamlian, de Campeaux (Calvados), annonce le mariage de sa fille Madeleine avec Monsieur Jean Lebrun, fils du Dr Lebrun, de Tessy-sur-Vire (Manche).

Nécrologie.

Nous avons le regret d'annoncer la mort du docteur Fréret, de Paris, décédé accidentellement en montagne à l'âge de 34 ans.

On annonce la mort à l'âge de 93 ans, du docteur Charles Bobrie, de La Rochelle, membre fondateur et ancien président du Syndicat des médecins de la région rocheloise, ancien membre du Conseil d'administration de la Confédération des Syndicats médicaux. Il était un ami de notre maison et nous exprimons à sa famille nos condoléances émues.

Le docteur J. Roger, de Brest, a la douleur de faire part de la mort, à l'âge de 16 ans et demi, de sa fille Christiane.

Le docteur J. Carton, de Flixécourt (Somme), fait part du décès de sa petite-fille Françoise Flandre, à l'âge de 10 mois.

On annonce le décès de Mademoiselle Marie-Thérèse Plait, à l'âge de 23 ans, fille du Docteur A. Plait, d'Any-le-Franc, Président du Conseil de l'ordre des Médecins de l'Yonne.

SOLUTION STAGO
FOIE
REINS
VESSIE
DÉCONGESTIF – DIURÉTIQUE
CALMANT - ANTITOXIQUE ACTIF
Macération de plantes dans un soluté alcalin glycériné exempt de toute toxicité, à diluer dans une bouteille d'eau
POSOLOGIE
Cas chroniques : progressivement 2 à 6 verres à madère par jour.
Cas aigus : un verre à madère toutes les 5 à 10 minutes jusqu'à sédation de la douleur.
8, avenue d'Argenteuil, ASNIÈRES (Seine)

LIT MÉCANIQUE DUPONT
Cent ans de spécialisation dans le confort du malade
POUR SOULEVER ET SOIGNER LES MALADES
NOUVEAU MODÈLE PERFECTIONNÉ
RECOMMANDÉ PAR LE CORPS MÉDICAL
10, Rue Hautefeuille PARIS (VIe Arr.)
Téléphone : Danton 05-61 et 62
Succ. à Lyon, 6, Place Bellecour
VENTE ET LOCATION

RHUMATISMES
MAGSALYL
Association Soufre Salicylate
Solution de goût agréable
Comprimés glutinés
Laboratoires du MAGSALYL
8, rue Jeanne Hachette, IVRY (Seine)
TÉL. : ITA 16-91

A TRAVERS L'OFFICIEL

ALLOCATION AUX VIEUX.

Décret n° 46-1662 du 19 juillet 1946 pour l'application aux conjointes ou veuves de salariés ayant élevé cinq enfants jusqu'à l'âge de seize ans des dispositions de la loi n° 46-1146 du 22 mai 1946 portant généralisation de la sécurité sociale.

Article premier. — Les dispositions des articles 15 et 17 de la loi du 22 mai 1946 visant l'allocation aux vieux sont applicables, à compter du 1er juillet 1946, aux conjointes ou veuves de salariés âgées de soixante-cinq ans au moins, ayant élevé cinq enfants jusqu'à l'âge de seize ans.

Art. 2. — Peuvent prétendre au bénéfice de l'allocation :

a) Les femmes dont le mari est salarié à la date de la demande ou celles dont le mari a eu pour dernière activité professionnelle une activité salariée ;

b) Les veuves non remariées dont le mari a eu pour dernière activité professionnelle une activité salariée.

Art. 3. — Ouvrent droit au bénéfice des présentes dispositions les enfants légitimes ou naturels reconnus de la femme.

Art. 4. — L'entrée en jouissance de l'allocation est fixée au premier jour du mois suivant le dépôt de la demande, sans qu'elle puisse être antérieure au premier jour du mois suivant celui du soixante-cinquième anniversaire. Toutefois, si la demande est déposée avant le 1er janvier 1947, l'entrée en jouissance est fixée soit au 1er juillet 1946 pour les bénéficiaires ayant atteint l'âge de soixante-cinq ans avant cette date, soit au premier jour du mois suivant leur soixante-cinquième anniversaire pour ceux qui ont atteint soixante-cinq ans entre le 1er juillet et le 31 décembre 1946.

Art. 5. — Un arrêté du ministre du Travail et de la Sécurité Sociale déterminera les modalités d'application du présent décret.

ASSURANCES SOCIALES.

Arrêté du 19 juillet 1946 fixant les périodes de la vie auxquelles doivent être pratiqués les examens de santé prévus à l'article 31 de l'Ordonnance du 19 octobre 1945, ainsi que la nature de ces examens et les modalités selon lesquelles ils sont effectués.

Article premier. — Les examens de santé gratuits auxquels les caisses de sécurité sociale doivent soumettre périodiquement l'assuré et les membres de sa famille ont lieu :

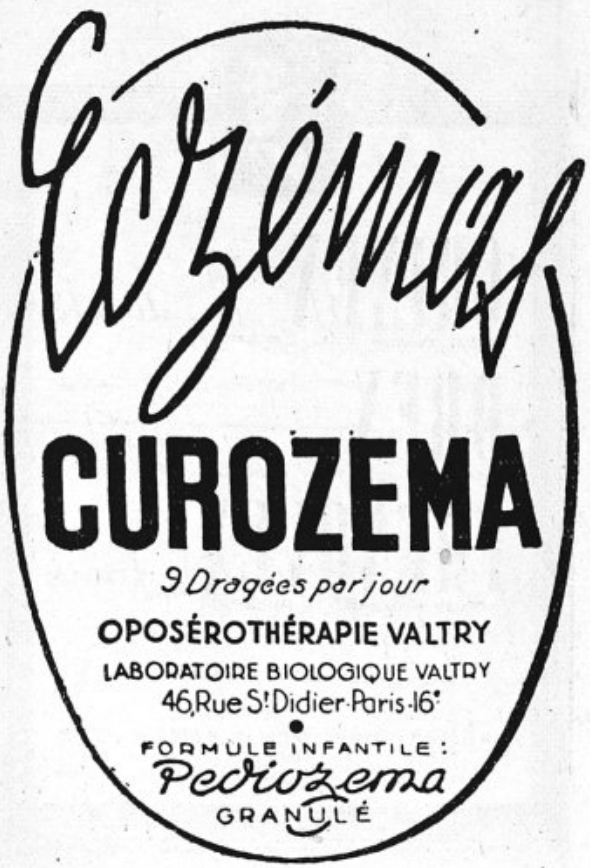
Soit sur demande de l'intéressé ou de son représentant au cours de la période fixée à l'article 2 pour chacun de ces examens ;

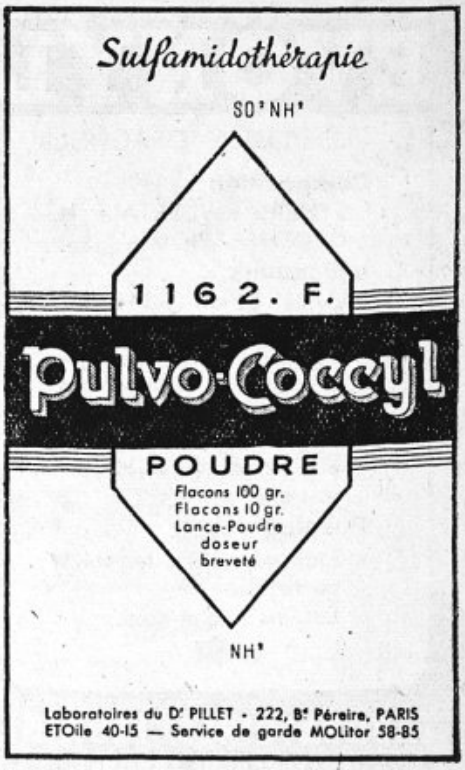
Soit, sur invitation de la caisse, au cours des six derniers mois de la période pendant laquelle cet examen de santé doit être pratiqué.

En cas de carence de la caisse, l'intéressé ou son représentant peut, en outre, demander à ce que cet examen soit pratiqué au cours du trimestre qui suit la période fixée à l'article 2.

Art. 2. — Les examens de santé ont lieu aux périodes de la vie désignées ci-après :

1° Entre six et dix-huit mois ;
2° Entre trois et quatre ans ;
3° Entre six et dix ans ;
4° Entre douze et quatorze ans pour les garçons ; entre onze et treize ans pour les filles ;
5° Entre dix-neuf et vingt et un ans ;
6° Entre vingt-cinq et trente ans ;





7° Entre trente-cinq et quarante ans ;
8° Entre quarante-cinq et cinquante ans ;
9° Entre cinquante-cinq et soixante ans.

A titre transitoire, et jusqu'à ce que l'équipement sanitaire permette, dans chaque région, l'exécution de l'ensemble des examens prévus ci-dessus seuls sont obligatoires, aux lieu et place des sixième, septième, huitième et neuvième examens, deux examens pratiqués :

L'un, entre vingt-cinq et trente-cinq ans ;

L'autre, entre quarante-cinq et cinquante-cinq ans.

Art. 3. — Les deux premiers examens sont essentiellement orientés vers l'appréciation du développement statural et pondéral de l'enfant, le dépistage précoce des malformations, notamment des lésions osseuses et articulaires.

Ils comportent obligatoirement une épreuve tuberculinique, et si cette réaction est positive, une exploration radiographique des poumons.

Art. 4. — Les examens postérieurs comportent un examen médical général avec exploration soigneuse des principaux appareils : pulmonaire, cardio-vasculaire, digestif, génito-urinaire, ostéo-articulaire, endocrinien, sensoriel, nerveux et des fonctions psychiques.

Les troisième et quatrième examens comportent une réaction tuberculinique et, si cette réaction est positive, un examen radioscopique ou radiophotographique des poumons.

Le cinquième examen comporte une réaction tuberculinique, si celle-ci n'a pas été positive antérieurement et, dans tous les cas, un examen radioscopique ou radiophotographique du thorax.

Les examens ultérieurs comportent une exploration radioscopique ou radiophotographique du thorax.

La recherche sérologique de la syphilis sera pratiquée à partir du cinquième examen inclus.

Art. 5. — Les résultats de chacun de ces examens doivent être consignés sur une fiche d'un modèle approuvé par le ministre de la Santé Publique, ainsi que par le ministre du Travail et de la Sécurité Sociale.

Cette fiche doit comporter trois feuillets. L'un d'entre eux est remis à l'intéressé ou à son représentant, s'il s'agit d'un enfant de moins de quinze ans, pour être placé dans un carnet de santé. Les deux autres sont adressés par l'intéressé ou son représentant au médecin-conseil chargé du contrôle médical dans la circonscription de la caisse primaire à laquelle appartient l'assuré.

L'un de ces feuillets ne doit comporter aucune indication permettant l'identification directe du sujet qu'il concerne. Il est transmis par le médecin-conseil à l'Institut national d'hygiène qui l'utilise à des fins statistiques.

Si l'examen a été pratiqué dans un centre d'examens géré ou agréé par les caisses de sécurité sociale, ces deux derniers feuillets doivent être adressés directement par le médecin-chef du centre au médecin-conseil intéressé.

Art. 6. — Le médecin qui effectue l'examen de santé peut, sous réserve d'un accord préalable avec la caisse de sécurité sociale intéressée, provoquer les examens complémentaires, examen par spécialistes ou examens de laboratoire, qu'il estime indispensables.

Les examens ainsi pratiqués sont gratuits s'ils sont effectués dans un centre géré ou agréé par les caisses de sécurité sociale ; dans les autres cas, ils donnent lieu à un remboursement suivant le tarif de responsabilité de la caisse.

Art. 7. — Les examens médicaux qui sont ou qui seront pratiqués en application de :

L'ordonnance du 2 novembre 1945 sur la protection maternelle et infantile ;

L'ordonnance du 18 octobre 1945 sur la protection des enfants d'âge scolaire, des élèves et du personnel des établissements d'enseignement et d'éducation de tous ordres ;

La loi provisoirement applicable du 28 juillet

EVONYL
COMPRIMÉS DRAGÉIFIÉS
Composition
SYNERGIE VÉGÉTALE et OPOTHÉRAPIQUE
Indications
(Double action FOIE ET INTESTIN) Affections hépato-biliaires, Cholécystite, Ictère, Congestions hépatiques, Lithiases, Angiocholite, Constipation aiguë et chronique, Hypertension.
Posologie
2 dragées, tous les soirs, au repas.
Enfants : demi-dose.
LABORATOIRES FLUXINE
VILLEFRANCHE (RHÔNE)


CRINEX stimule
EXTRAIT OVARIEN TOTAL STANDARDISÉ
OREX équilibre
EXTRAIT ORCHITIQUE TOTAL STANDARDISÉ
FRÉNOVEX freine
EXTRAITS MAMMAIRE ET LUTÉINIQUE
la fonction ovarienne
LABORATOIRES CRINEX-UVÉ
1, AVENUE DU DOCTEUR LANNELONGUE, PARIS (XIVe)

1942 sur l'organisation des services médicaux et sociaux du travail,
peuvent remplacer les examens de santé prévus à l'article 2, sous réserve qu'ils donnent lieu à l'établissement d'une fiche médicale, et qu'une copie de cette fiche soit transmise par le médecin examinateur au médecin-conseil chargé du contrôle médical dans la circonscription de la caisse primaire à laquelle appartient l'assuré.

Il en sera également ainsi sous la même réserve de tout examen médical qui viendrait à être rendu obligatoire par la législation en vigueur.

Art. 8. — En dehors des cas visés à l'article 7, l'assuré et ses ayants droit peuvent faire pratiquer l'examen de santé, soit gratuitement dans un centre d'examens géré ou agréé par les caisses de sécurité sociale, soit à titre onéreux par un médecin de leur choix.

Toutefois, dans ce dernier cas, l'assuré et ses ayants droit sont tenus d'adresser au service médical de la caisse locale de sécurité sociale à laquelle ils appartiennent, les deux feuillets visés au deuxième alinéa de l'article 5. Ils perçoivent à cette occasion une indemnité forfaitaire dont le montant, variable suivant la nature de l'examen pratiqué, est fixé par arrêté du ministre du Travail et de la Sécurité Sociale.

Cette indemnité se cumule, le cas échéant, avec le remboursement des examens prévus à l'article 6.

Art. 9. — Le présent arrêté entrera en application le 1er janvier 1947. (*J. O.*, 25 juillet 1946.)

Arrêté du Ministre du Travail du 27 juin 1946 sur l'organisation de l'enseignement de perfectionnement des médecins-conseils stagiaires de la sécurité sociale.

Article premier. — Chaque caisse régionale de sécurité sociale est tenue d'organiser un enseignement de perfectionnement technique pour ses médecins-conseils stagiaires.

Art. 2. — Le médecin-conseil régional est chargé, sous l'autorité du conseil d'administration de la caisse régionale, de l'organisation de l'enseignement de perfectionnement.

Cet enseignement comporte : des stages accomplis dans les centres de contrôle, sous la responsabilité des médecins-conseils titulaires ; des conférences portant sur le programme n° 1 annexé au présent arrêté et auxquelles les médecins-conseils stagiaires doivent obligatoirement assister.

Art. 3. — Pour l'organisation des conférences prévues à l'article 2 ci-dessus, le conseil d'administration de la caisse régionale, sur proposition du médecin-conseil régional, fait appel au concours de toute personne qualifiée par sa compétence en la matière et notamment au personnel de la direction régionale de la sécurité sociale, des caisses de sécurité sociale et des directions départementales de la santé ainsi qu'aux professeurs ou chargés de cours des facultés ou écoles de médecine et de droit.

Les frais occasionnés, le cas échéant, par la rémunération de ces concours, seront imputés sur le compte « Action sanitaire et sociale ».

Le conseil d'administration de la caisse régionale peut s'entendre avec les conseils d'administration des caisses régionales voisines pour l'organisation en commun du cycle des conférences.

Art. 4. — La formation technique des médecins-conseils stagiaires est complétée par un enseignement national donné à Paris au cours d'un stage que doivent effectuer les médecins-conseils avant leur titularisation.

Cet enseignement national est organisé par la section du contrôle médical du comité technique d'action sanitaire et sociale qui peut s'adjoindre à cet effet un représentant du corps enseignant des facultés de médecine.

Il porte sur les matières comprises au programme n° 2 annexé au présent arrêté. Il est donné chaque année au cours de deux sessions.

(*J. O.*, 7 juillet 1946.)



TOPIQUE INTESTINAL
COLITES, ENTEROCOLITES, INTOXICATIONS, INFECTIONS
LANCOSME - 71, Av. Victor Emmanuel III, Paris (8e)

SILYMAR
Spécifique de l'Hypotension et des troubles liés aux états parasympathicotoniques
2 à 3 pilules
avant chacun des deux repas
LANCOSME, pharmacien, 71, Avenue Victor-Emmanuel-III Paris-8e

PUISSANT TRAITEMENT PHYTO-OPOTHÉRAPIQUE
EXORPHYL
GOUTTES
CONCENTRATION MAXIMA
AFFECTIONS VEINEUSES — PHÉNOMÈNES CONGESTIFS
LABORATOIRE E. M. DAUMAS, 1, rue Méhul - PANTIN (Seine)

ANIODOL
LE PLUS PUISSANT ANTISEPTIQUE — NON TOXIQUE
ANIODOL EXTERNE
Désodorisant Universel
Chirurgie - Obstétrique
Hygiène privée
Gynécologie
ANIODOL INTERNE
Gastro-Entérite
Fièvre typhoïde
Diarrhées vertes des nourrissons
Furonculose
Laboratoires de l'ANIODOL, 3 à 9, Rue des Alouettes — NANTERRE (Seine)
R. C. Seine 340.534

PARTIE SCIENTIFIQUE

TOUS LES FIBROMES UTÉRINS NE DOIVENT PAS ÊTRE SYSTÉMATIQUEMENT OPÉRÉS OU SOUMIS AUX RADIATIONS

par le professeur J. VANVERTS

« Dans ma longue carrière, je n'ai vu de fibrome menacer la vie de la femme et nécessiter une opération que très rarement... Maintenant c'est l'intervention immédiate du chirurgien... et aussi la transformation en vieille femme. »

J'ai extrait ces quelques lignes d'un article publié dans le **Concours médical** du 8 juin 1946 par le Dr Blanchard, sous le titre « Souvenirs et réflexions d'un médecin de campagne ».

Il y a dans cet article bien d'autres passages qui mériteraient d'être cités et médités. Celui que j'ai reproduit plus haut a attiré plus particulièrement mon attention parce qu'il concernait une question que j'ai étudiée et sur laquelle j'ai publié dans « La Gynécologie » (juillet 1938, p. 386) un travail intitulé « Tous les fibromes utérins ne doivent pas être systématiquement opérés ». J'y relatais une série d'observations à l'appui de ma conclusion. Cette opinion ne m'était ,du reste, pas personnelle et je citais d'autres chirurgiens partageant la même opinion.

Depuis 1938 j'ai continué à observer des femmes, dont la plupart supportaient leur fibrome sans inconvénients ou avec de légers ennuis et auxquelles j'ai conseillé, contrairement à d'autres chirurgiens, de s'abstenir de toute intervention. Je répète donc que, quand un fibrome ne détermine pas d'accidents sérieux et n'influe pas sur la santé générale, il faut se garder d'intervenir soit par l'opération, soit par la radiothérapie. Ces modes de traitement doivent être réservés aux cas où soit des hémorragies abondantes anémient la malade, soit des douleurs, soit des troubles de compression, etc... apparaissent. Je ne puis admettre le raisonnement de ceux qui déclarent qu'il est indiqué d'opérer tous les fibromes pour prévenir des accidents, qui dans la plupart des cas ne se produisent pas. Toute opération doit être considérée comme présentant des aléas. L'hystérectomie présente, en outre, le grave inconvénient de provoquer une ménopause précoce et, suivant l'expression du Dr Blanchard, de faire des vieilles femmes.

Mon confrère s'étonnera peut-être que l'article d'un modeste médecin de campagne ait attiré l'attention d'un chirurgien. J'augmenterai sans doute son étonnement en l'assurant que les maîtres ont beaucoup à apprendre des médecins urbains et ruraux, dont l'expérience a pour eux une grande valeur.

J'ai souvent regretté que les médecins praticiens s'abstiennent de publier les observations qu'ils font et en particulier de relater les faits intéressants de leur pratique. Je n'ignore pas que le temps leur manque à cet effet. Mais je leur fais remarquer qu'il ne s'agit pas de rédiger des travaux importants nécessitant des recherches toujours longues ; il suffit de publier des faits sans les accompagner de commentaires.

J'ai tenu à m'appuyer sur l'expérience d'un médecin de campagne pour appeler, une fois de plus, l'attention sur la nécessité de la prudence dans la pose des indications opératoires, surtout quand il s'agit d'interventions, dont l'exécution ne s'impose pas et dont les conséquences peuvent être désastreuses.

Je me bornerai, en terminant, à rappeler l'histoire d'une femme qui présentait des règles abondantes, dues à un fibrome de faible volume, et qui était venue me consulter pour me demander mon avis au sujet d'une opération qui lui avait été conseillée. Comme elle supportait sans inconvénients sérieux les pertes mensuelles de sang, je lui conseillai l'abstention. Tout se passa bien jusqu'au moment ou une hémorragie très abondante se produisit et me fit penser que l'hystérectomie s'imposait. Heureusement l'examen permit de constater qu'un polype avait traversé le col et faisait saillie dans le vagin. L'ablation de cette lésion fit cesser les hémorragies et, quelques mois après, l'intéressée m'écrivait pour me témoigner sa reconnaissance de lui avoir évité une opération mutilante, dont elle connaissait les inconvénients.

INTOLÉRANCE ALIMENTAIRE DUE A UN ULCUS DE LA PETITE COURBURE. ÉTUDE JOURNALIÈRE DE LA TOLÉRANCE ALIMENTAIRE RECOUVRÉE SOUS LE COUVERT DE L'INFILTRATION SPLANCHNIQUE GAUCHE

par P. DECOUFLE
Médecin-adjoint de l'Hôpital de Mantes

Les observations sur le traitement des ulcus gastriques par l'infiltration splanchnique gauche parlent d'amélioration, de guérison clinique ou d'insuccès, mais il ne semble pas que l'étude du déblocage de l'intolérance alimentaire (à la faveur de la thérapeutique) ait été faite.

Nous allons rapporter un cas d'ulcus de la petite courbure qui, d'insuccès en insuccès thérapeutiques, s'est mis de lui-même à un régime de plus en plus restreint pour aboutir à la nourriture lactée intégrale. L'infiltration splanchnique gauche en liaison avec l'absorption de menus de valeur nutritive croissante a permis de recouvrer une tolérance gastrique normale en un délai très court.

José R... sujet espagnol, coiffeur, consulte en mars 1943 pour un ensemble de signes fonctionnels gastro-vésiculaires ; l'interrogatoire et la présence d'un signe de Murphy font pressentir une cholécystite chronique. Après désinfection de la vésicule et prescription d'un régime correctement suivi, le malade n'enregistrant qu'une faible amélioration consulte le docteur Chêne :

« Octobre 1943. — Pesanteurs post-prandiales, pas de signes de la série hépatique. Rien à l'examen. A la scopie : aspect de niche à l'angle de la petite courbure. Février 1944 : sensation de plaie au creux épigastrique ; douleurs à l'hypochondre droit (docteur Chêne). 3 avril 1944 : le malade voit le docteur Lambling qui, sans rejeter la possibilité d'un ulcère, pense à une dyspepsie hypersthénique eu égard à l'imprécision de l'image radiographique et à l'échec du traitement d'épreuve à l'histidine.

Le 5 décembre 1944, José R... vient à nouveau à notre consultation. Il s'agit d'un malade pâle, fatigué, physiquement et moralement, amaigri de 6 kilos, déficient. Jusqu'au 30 novembre il a suivi un régime à base de tisanes, viandes grillées, pâtes, purées qui n'a pas été supporté. De lui-même depuis le 1er décembre, il s'est mis au lait caillé, au petit déjeuner, déjeuner, goûter et dîner avec un résultat sensiblement meilleur ; cependant, le malade comprend qu'une telle alimentation ne peut être que transitoire, insuffisante d'une part pour suffire aux fatigues de sa profession, inadéquate d'autre part, par l'inappétence qu'elle entraîne et dont il commence de ressentir les prémices. Cliniquement : examen négatif ; radiologiquement le malade présente une encoche typique du pied de la petite courbure avec estomac court, hypertonique.

Avant que de conseiller la gastrectomie chez un sujet qui a connu la cascade des échecs thérapeutiques, on tente une série d'infiltrations du splanchnique gauche, en même temps qu'on essaie de remonter l'état général par la tolérance d'une alimentation moins monocorde. A cet effet, après l'infiltration du jour, il est remis au malade un menu crescendo à utiliser le lendemain.

Nous allons rapporter au jour le jour :

a) L'acte thérapeutique,

b) Les réactions de l'ingestion alimentaire de la veille,

c) Le menu du lendemain établi, compte tenu des nécessités vésiculaires (persuadés que nous avons été de l'intrication cholécysto-gastrique que présentait initialement le sujet) et de la nationalité du patient qui marque ses besoins au coin coloré de la cuisine espagnole (1).

7-12-44 :

a) Infiltration splanchnique gauche,

b) Menu du lendemain :

Petit déjeuner: biscottes beurre ramollies dans du café léger, yaourt.

Déjeuner : un blanc de poulet au court-bouillon aromatisé, pommes à l'anglaise, poires bouillies, boisson (eau du robinet).

Goûter : yaourt.

Dîner : potage poireaux et pommes de terre, macédoine de légumes à l'anglaise (chaque aliment est soigneusement mastiqué, intervalle de 10 minutes entre chaque plat).

8-12-44 :

a) Infiltration splanchnique gauche,

b) Régime de la veille parfaitement toléré,

c) Menu du lendemain.

Déjeuner : un blanc de poulet au court-bouillon, riz sauce tomate, pommes bonne femme.

Dîner : potage poireaux et pommes de terre, purée soubise, yaourt.

9-12-44 :

a) Infiltration splanchnique gauche,

b) Régime de la veille parfaitement toléré.

c) Menu du lendemain.

Déjeuner : 100 gr. de beefsteack cru finement haché, jeté dans un bol de bouillon bouillant, salade à l'anglaise avec sel et poivre et hachis de porc maigre grillé, pommes cuites.

Dîner : potage poireaux et pommes de terre, deux pommes robe des champs, deux poires au vin rouge.

10-12-44

a) Infiltration splanchnique gauche,

b) Régime de la veille parfaitement toléré.

c) Menu du lendemain.

Déjeuner : salades de betteraves (avec oignons, sel, poivre, huile et vinaigre), beefsteack saignant aux pommes à l'anglaise, salade (huile, vinaigre, moutarde).

Dîner : potage, blanc de poulet, petit pois à l'ail, deux pommes cuites.

11-12-44 :

a) Infiltration splanchnique gauche,

b) Régime de la veille parfaitement toléré.

c) Menu du lendemain.

Déjeuner : salade de betteraves, filet de lièvre, salsifis à l'anglaise, yaourt, pommes crues.

Dîner : potage, beefsteack aux hachis d'oignons crus « torrades » (pain grillé à l'huile et au sel), deux poires cuites au vin rouge.

12-12-44 :

a) Infiltration splanchnique gauche,

b) Régime de la veille parfaitement toléré.

c) Menu du lendemain.

Déjeuner : salade de pommes de terre (huile,

(1) Les repas non répétés sont identiques aux précédents.

vinaigre, moutarde, sel, poivre, échalottes), « Mixed grill », torrades, 1/8e de Pont-Lévêque, deux verres de vin rouge.

Dîner : potage, « Paella » (riz, lard, ail cru, tous les épices), deux pommes bonne femme, noix, un verre de vin rouge.

13-12-44 :

a) Infiltration splanchnique gauche,

b) Après absorption du menu du 12, lourdeurs à type d'indigestion. Le malade a l'impression que ces menus sont trop abondants. Ils ont été à vrai dire poussés pour rendre plus démonstrative la tolérance.

c) Le menu du lendemain quoique très consistant est un peu allégé. Entre temps et spontanément le malade s'était auto-prescrit la bière et le « Pastis ».

En résumé : un sujet porteur d'un ulcus gastrique en période de crise ne supporte que difficilement le régime lacté intégral ; sous le couvert de l'anesthésie du splanchnique gauche, il a bénéficié très rapidement de menus normaux. D'une façon plus précise, le yaourt a été remplacé par des végétaux relevés d'épices auxquels sont venus s'ajouter les trois éléments dont l'intolérance est considérée par certains auteurs comme quasi-pathognomonique de l'ulcul ; viande rouge, sel, vin rouge ; le passage du « menu pour malade » au menu varié « pour bien portant » s'est fait en sept jours. La disparition des douleurs et la tolérance alimentaire se manifestait encore un mois après le jour du libellé de la présente observation.

Ce raccourci diététique offre une perspective nouvelle sur l'intérêt de l'anesthésie splanchnique gauche dans l'ulcus gastrique. Elle montre, que non seulement, l'infiltration joue un rôle sur l'élément algique, mais qu'aussi elle permettrait la rééducation alimentaire à un rythme accéléré. Elle pose le problème de l'infiltration splanchnique considérée non comme un moyen de guérison, mais comme stade préliminaire de l'intervention, comme moyen de mettre le malade en l'état, par un apport alimentaire massif bien toléré.

CE QUE PRATIQUEMENT IL FAUT SAVOIR DE L'ÉLECTRO-ENCÉPHALOGRAMME CLINIQUE

d'après le Pr A. BAUDOIN, H. FICHGOLD et leurs collaborateurs (1)

NOTRE précédente étude sur la " Neurochirurgie " (2) avait un but d'ordre général ; elle devait justifier la création de spécialistes neuro-chirurgiens par suite de l'intérêt toujours croissant qu'avait suscité, en France comme à l'étranger, la pathologie des lésions du système nerveux et surtout les succès obtenus par la thérapeutique chirurgicale. Elle s'adressait surtout aux chirurgiens. Limité par l'espace, nous avions dû nous borner à un exposé restreint des travaux et des résultats obtenus. Cependant, nous nous réservions d'envisager ultérieurement certains points à l'usage des praticiens. C'est ainsi, qu'ayant simplement fait mention de l'électro-encéphalogramme, nous voulons, aujourd'hui, aborder son intérêt réellement pratique, au développement duquel a contribué, pour une large part, le Pr A. Baudoin parce qu'il s'est consacré depuis une dizaine d'années à cette importante question avec un labeur couronné de succès.

Diagnostic, pronostic, conduite du traitement, tels sont les objectifs de l'électro-encéphalographie en pratique médicale.

***

On sait que, dans le cortex cérébral, se déroulent incessamment des processus chimiques, origines d'une certaine électricité cérébrale. Ce sont ces potentiels électriques qu'il s'agit de recueillir et d'inscrire sur un électro-encéphalogramme, cependant que le problème de la bio-électricité cérébrale, fort complexe, reste encore plein d'inconnu, malgré tout l'effort qu'il a déjà coûté. Entrevu dès la fin du XIXe siècle par le physiologiste anglais Caton chez l'animal et, plus tard, chez l'homme, il n'a pu, pendant longtemps, être approfondi faute d'instruments convenables, tant au point de vue quantitatif que qualitatif. Depuis lors, la méthode n'a cessé de se diffuser dans tous les pays du monde. En 1942 s'est même créée, en Angleterre, sous les auspices du Pr Adrian, une Société d'Electro-encéphalographie pour " étudier et régler la pratique de l'électro-encéphalographie et pour maintenir le niveau des assistants techniques, qui se consacrent à l'enregistrement électro-encéphalographique ".

L'électro-encéphalographie recueille, pour les étudier, les potentiels électriques du cerveau, détectés à travers le crâne. Soient deux points quelconques A et B de la surface du cuir chevelu ; on y place deux électrodes ; celles-ci sont reliées à l'entrée d'un amplificateur, dont la sortie est connectée avec un oscillographe électromagnétique. On constate alors qu'il existe entre A et B une différence de potentiel, et que celle-ci oscille sans cesse. Si donc l'oscillographe est enregistreur, il s'inscrit une courbe appelée électro-encéphalogramme (E.E.G.).

Le sujet étant calme et les yeux fermés, afin de le soustraire le plus possible aux excitations sensorielles, on observe normalement des **ondes, dénommées** α, dont le caractère essentiel est la **régularité de leur fréquence** ; celle-ci peut varier suivant les individus de 8 à 12 par seconde ; mais, chez le même individu, elle est d'une remarquable fixité, quelle que soit la zone du crâne interrogée.

L'amplitude des ondes α oscille, au contraire, sur le même tracé entre 50 et 100 microvolts.

Quand le sujet ouvre les yeux l'onde α disparaît et fait place à une **onde** β. (C'est la réaction d'arrêt de Berger.) Les ondes β ont une **fréquence instable et irrégulière,** qui oscille sur le même tracé de 15 à 30 par seconde ; leur **amplitude,** également irrégulière, est beaucoup plus faible que celle des ondes α, et varie autour de 15 à 20 microvolts. Ces ondes étant fort petites et leur fréquence ne dépassant une trentaine par seconde, deux problèmes difficiles de technologie électrique sont à résoudre : celui d'une amplification considérable à basse fréquence

(1) **La Semaine des Hôpitaux de Paris,** 14 juillet 1946.
(2) **Le Concours Médical,** 22 juin 1946.

celui de la protection contre des parasites, qui sont souvent incomparablement plus intenses que celui des phénomènes à mesurer.

Ces potentiels enregistrés au niveau de la peau du crâne, faisons la trépanation au niveau des points A et B, et plaçons des électrodes appropriées sur la surface même du cerveau, en des points A' et B' symétriques des premiers ; nous enregistrerons une courbe appelée **électro-corticogramme**, et nous constaterons que les deux courbes sont le décalque l'une de l'autre, sauf que l'amplitude de l'électro-encéphalogramme est dix fois plus faible que celle de l'électro-corticogramme. Cela prouve que la première n'est que la diffusion de la seconde à travers les structures complexes qui séparent la surface du cerveau de celle du cuir chevelu.

A noter que l'électro-encéphalographie clinique bénéficie grandement d'enregistrements multiples. Le mieux est d'enregistrer, de chaque côté, trois régions : occipitale, rolandique et frontale, de préférence par la méthode bipolaire, deux électrodes étant placées l'une près de l'autre sur chaque région, et chacune étant connectée avec l'une des deux entrées des amplificateurs.

Pratiquement, il suffit en principe de fixer, par l'expérience, les caractères de l'E.E.G. normal et des divers E.E.G. pathologiques, et de confronter, avec ces standards, le tracé recueilli sur un sujet donné.

Ces données s'appliquent uniquement à l'adulte ou au grand enfant. Chez le nouveau-né, il n'y a pas d'ondes ; à quelques mois, elles commencent à apparaître, mais elles sont **rares** et **très lentes**. A mesure que l'enfant grandit, le rythme s'enrichit et s'accélère, mais ce ne sera que vers la douzième année, aux approches de la puberté, que le tracé aura pris les caractères de celui de l'adulte. Donc, chez l'enfant jeune, et à l'état parfaitement normal, on peut observer un rythme lent (de 1 à 3 par seconde), qui serait anormal chez un adulte. Remarques analogues en ce qui concerne le sommeil naturel, et même anesthésique : les ondes sont lentes.

Il existe aussi une " régulation chimique " de l'E.E.G. Si l'on diminue le glucose du sang par une injection d'insuline, on constate que le rythme α disparaît et qu'il fait place à un rythme lent. Il en est de même si l'on réduit la quantité d'oxygène qui parvient au cerveau (soit en faisant respirer des mélanges appauvris en oxygène, soit en comprimant les carotides), ou si l'on diminue le CO^3H^2 libre du sang par une épreuve d'hyperpnée. Ces faits confirment bien le rôle de la vie chimique du cortex dans le déterminisme des ondes cérébrales.

Comment se présentent les **électro-encéphalogrammes pathologiques ?** Trois types d'altération.

Dans une forme légère, quelques anomalies apparaissent dans les rythmes α et β : une bouffée β de fréquence inférieure à 8 par seconde et d'amplitude supérieure de 50 % aux ondes α voisines ; une bouffée de fréquence supérieure à 14 par seconde et d'amplitude dépassant de 50 % le rythme α ; l'asymétrie du rythme dans les deux hémisphères ; l'absence de la réaction d'arrêt par ouverture des yeux ou par un intense effort d'attention.

Dans une forme moyenne, le tracé, beaucoup plus perturbé, apparaît anormal au premier coup d'œil. Il y a encore des ondes α du type régulier, mais elles sont souvent remplacées par un rythme beaucoup plus labile dans sa fréquence et son amplitude : ondes très lentes, bouffées de haut voltage.

Dans une forme grave, enfin, toute forme de tracé normal a disparu : c'est une succession d'ondes très lentes, de morphologie polymorphe, d'amplitude variable.

***

ÉPILEPSIE

Le **diagnostic** peut être établi, d'une manière presque certaine, par la présence, dans un tracé E.E.G., de complexes spécifiques : complexe lent (3 par seconde) formé d'une pointe aiguë et d'une arrondie en coupole, pointes isolées ou en bouffées. Les anomalies paroxystiques lentes non spécifiques, découvertes sur des sujets indemnes de toute affection neuro-psychiatrique, lorsqu'ils allèguent des crises, permettent le diagnostic de comitialité, avec une grande probabilité.

Parmi les épileptiques avérés, 20 % ont un tracé normal ; le fait se rencontre surtout chez les sujets âgés ou dans les épilepsies secondaires, ou encore lorsque l'épilepsie essentielle est enregistrée longtemps après un paroxysme clinique. L'épilepsie doit être mise en doute chez un sujet jeune, non traité, présentant des crises à type de grand mal essentiel, si l'on enregistre chez lui, dans les heures qui suivent la crise, un E.E.G. normal. Ce n'est qu'à partir de 20 ans que le tracé E.E.G. présente ses caractères adultes ; avant cet âge, la plus grande circonspection doit être observée dans l'interprétation des tracés chez de jeunes malades suspects d'épilepsie.

Pronostic.

Les anomalies du tracé E.E.G. sont exagérées au cours des heures ou des jours qui succèdent à un paroxysme clinique. Une épilepsie cliniquement bénigne, à crises peu fréquentes, sans troubles psychiques, donne une forme légère, ou au plus moyenne, de tracé.

Le pronostic éloigné est bon lorsqu'une thérapeutique appropriée, à doses modérées, fait céder les crises, et qu'il y a une amélioration électrique.

Le pronostic sera réservé, lorsque les crises disparaissent, sans modification importante de l'électro-encéphalogramme ; il convient de continuer le traitement ; le cas est analogue à celui des syphilitiques, dont les lésions cliniques ont disparu par la médication, alors que les réactions humorales restaient positives

Enfin, le pronostic est mauvais quand une médication énergique, prolongée et variée, n'influence ni le versant clinique, ni le versant électrique de la maladie.

***

TUMEURS INTRACRANIENNES

Il s'agit, tout d'abord, d'un problème de **localisation**. Si les ondes lentes n'existent que sur une zone limitée du crâne, on peut affirmer que là il existe un processus anormal. Le chirurgien, en opérant à ce niveau, tombera sur la tumeur ou dans son voisinage immédiat ; on pourra également trouver ainsi un abcès ou un tubercule. Un foyer de ramollissement localisé peut donner le même signe électrique, mais alors l'histoire clinique permettra, le plus souvent, de faire le diagnostic et d'éviter l'opération. Un E.E.G. positif généralisé (ondes lentes répandues sur toute la surface du crâne), manque de toute valeur localisatrice : il s'agit soit de volumineuses tumeurs cérébrales des hémisphères ; soit, aussitôt après une crise d'épilepsie, d'un sujet porteur d'une tumeur cérébrale, ou encore de tumeurs de la base, plus ou moins voisines du 3e ventricule. Un E.E.G. normal peut exister dans les tumeurs de tout petit volume, dans les tumeurs très profondes, ou dans les tumeurs bénignes (méningiomes) à évolution lente.

En ce qui concerne les tumeurs situées dans les zones cliniquement silencieuses (temporale droite, frontales), les renseignements recueillis sont de la plus haute importance.

Pour le moment, l'E.E.G. ne pourra remplacer la ventriculographie que pour un nombre très limité de malades fournissant des signes cliniques et une localisation électrique très concordants.

Il acquiert une certaine valeur **pronostique** et permet de suivre l'évolution post-opératoire. Dans les tumeurs de la fosse postérieure, il est très important : un tracé totalement altéré, avec disparition complète du rythme β

indique une fragilité extrême du cerveau et assombrit considérablement le pronostic opératoire.

***

TRAUMATISMES CRANIO-CÉRÉBRAUX

Dans les traumatismes de la tête, les anomalies électriques ont un caractère régressif : en trois mois, la plupart des traumatisés récupèrent et conservent, par la suite, un tracé normal ; à moins que ne survienne l'épilepsie et, en ce cas, le taux de normalité du trajet n'est que de 25 % ; les anomalies électriques peuvent précéder les crises et servir ainsi au dépistage de la maladie.

En ce qui concerne le **pronostic**, aussi longtemps que des signes cliniques, neurologiques ou psychiques sont accompagnés d'un foyer plus ou moins étendu d'**activité électrique anormale**, on est en droit de supposer que le processus de remaniement histologique déclenché par les lésions et les réactions post-traumatiques n'est pas encore achevé. Cet état peut durer plus de trois mois pour les traumatismes ouverts, infectés, à lésions profondes. Tant qu'il persiste et que les lésions anatomiques n'ont pas atteint la stabilité, il subsiste une possibilité d'évolution clinique vers l'aggravation ou vers la guérison.

D'autre part, il faut examiner par ventriculographie, ou encéphalographie gazeuses, de préférence les sujets présentant un **tracé normal** et des **signes cliniques importants.**

A noter que dans les séquelles neuro-psychiatriques, on pourra apprécier le degré évolutif ou la stabilisation des lésions ; les modifications anatomiques progressent au cours des années, à cause du processus de sclérose, tandis que les altérations électriques régressent dans les mêmes conditions. Enfin, le syndrome subjectif, lorsqu'il persiste seul, entraîne à son actif deux fois et demie plus d'altérations nettes qu'en l'absence de toute séquelle simple.

***

En **médecine légale**, quatre éventualités peuvent se produire à propos des traumatismes de la tête :

1° Un traumatisme et des troubles subjectifs sont allégués ; on met en doute l'un et l'autre. Ici, la radiographie joue un rôle prépondérant, car la constatation du trait de fracture signifie le traumatisme. Un tracé anormal renforce la probabilité de sincérité du malade ; mais un tracé normal ne pourra jamais être utilisé contre lui ;

2° Le traumatisme crânien est reconnu ; mais les troubles subjectifs allégués sont mis en doute ; les tracés à forme simple ne prouvent rien ; mais une forme moyenne représente un bon argument en faveur du malade : une forme grave permet de supposer qu'il est menacé d'épilepsie. Lorsque l'E.E.G. reste muet, l'encéphalographie gazeuse peut fournir une preuve morphologique ;

3° Le traumatisme crânien est retenu ou non ; mais le comportement du malade est anormal, ce qui soulève le problème de sa responsabilité. Un tracé très altéré peut faire supposer l'épilepsie ou l'existence de graves lésions cérébrales évolutives. Dans ce cas, l'E.E.G. tranche la question de l'épilepsie, mais non celle de la responsabilité de l'épileptique. Un tracé normal, ou à la limite du normal, témoigne aussi bien de l'activité d'un cerveau indemne que de celle d'un cerveau à morphologie très altérée : le problème peut alors être éclairci par la ventriculographie ou l'encéphalographie gazeuses ;

4° Le malade a fait une demande d'invalidité pour des séquelles neurologiques ou psychiques indiscutables. Il n'y a pas d'épilepsie. Tant que le tracé reste fortement perturbé, d'une manière diffuse ou en foyer, il y a lieu de surseoir à toute consolidation ; un taux d'invalidité ne peut pas encore être établi car une aggravation ou une régression clinique reste toujours possible.

G. FISCHER.

LES LIVRES

Dépôt Casterman, 66, rue Bonaparte, Paris (6e)

Dr Henri. Bon. **Les seize fusillés de Besançon** (26 septembre 1943).

C'est le récit émouvant et sincère d'un drame héroïque, dont les acteurs étaient seize Francs-Comtois aux âmes vaillantes, vrais Français de France, que les Allemands ont fusillés lâchement. Ils étaient tous des jeunes, apôtres de la Libération et du relèvement de leur Pays, pour lequel ils n'ont pas hésité à lutter jusqu'au sacrifice suprême.

Nous vivrons avec eux leur jeunesse, l'éveil de leurs sentiments patriotiques, leur action courageuse et sans défaillances vers le but recherché, leur martyre supporté avec calme et résolution ; nous connaîtrons l'expression de leurs dernières pensées, qui toujours seront un encouragement pour leurs familles, leurs amis à qui ils transmettront le flambeau ; nous saurons leur espoir et leur confiance en la Justice éternelle.

L'auteur évoque aussi la lutte de tous les patriotes de Franche-Comté, et rappelle la mémoire de cent vingt de ces héros, qui, glorieux émules des précédents, tomberont sous les balles allemandes. Ce sont là de belles figures à faire connaître, et les médecins pourront parfois les donner utilement en modèles à ceux qui auraient tendance à s'abandonner dans le trouble de l'heure actuelle. G. F.

J.-B. BAILLIERE et Fils, Editeurs.

Gérard Duhamel. — Régimes alimentaires usuels de l'adulte. Un vol. 170 pages, 1946.

Sous une forme simple et pratique, en indiquant les raisons cliniques ou pathogéniques qui les règlent, l'auteur décrit les différents régimes alimentaires de l'adulte : régime normal, régimes dans les états pathologiques (maladies gastro-intestinales, du foie, du cœur, maigreur, obésité, diabète, arthritisme, etc.). Pour ces derniers, les aliments autorisés et les aliments interdits sont présentés sur deux colonnes juxtaposées et des exemples de menus-types sont donnés.

Editions médicales Flammarion

Georges Canetti. — **L'allergie tuberculeuse chez l'homme.**

Etude de l'allergie au cours des principales localisations de la tuberculose de l'homme, ainsi qu'au cours de l'infection tuberculeuse latente. Le mécanisme de l'allergie tuberculeuse. Le retentissement de l'allergie sur l'évolution des lésions tuberculeuses. Allergie et immunité antituberculeuse. Un vol. (Collection de l'Institut Pasteur), 338 p., 51 tableaux et 20 graphiques. Prix : 225 fr.

Georges Canetti. — **Le bacille de Koch dans la lésion tuberculeuse du poumon.**

Evolution du bacille de Koch dans les lésions tuberculeuses du poumon de l'homme. Histogénèse de ces lésions en fonction de l'évolution du bacille. Considérations expérimentales et thérapeutiques complémentaires. Un vol. (Collection de l'Institut Pasteur), 168 p., 44 fig. Prix : 175 fr.

LES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

Les composés organo-métalliques de cuivre dans le rhumatisme chronique.

(M. Jacques Forestier ; 7-5-1946)

M. Jacques Forestier a employé dans le traitement des rhumatismes chroniques les composés organo-métalliques de cuivre, en particulier le cupro-allyl-thio-urée. Il conclut que ces composés, administrés en injections intra-veineuses, doivent entrer dans l'arsenal thérapeutique des affections articulaires chroniques. Ils doivent supplanter complètement le salicylate de soude intra-veineux dans les formes polyarticulaires, fluxionnaires, douloureuses, inflammatoires ou infectieuses. Ils évitent la sclérose veineuse et ont une action thérapeutique incontestablement plus réelle. Ces composés sont un médicament adjuvant chez les sujets qui supportent mal les sels d'or ou ont perdu leur sensibilité à cette médication. La bonne tolérance de ces produits en supprime pour ainsi dire les contre-indications. Mais leur usage doit être prolongé, méthodique, tant que les manifestations articulaires persistent et que les réactions sanguines (sédimentation globulaire, floculation à la résorcine) ne sont pas revenues à la normale.

Présence du virus spécifique dans la moelle osseuse sternale des syphiliques.

(M. A. Vaisman ; 7-5-1946)

M. Vaisman a montré récemment que la mœlle osseuse tibiale des lapins syphilisés, contient le virus syphilitique inoculable à d'autres lapins neufs. En est-il de même de la moelle osseuse sternale chez l'homme ? Des prélèvements de moelle osseuse par ponctions sternales ont été effectués chez quatre malades atteints de syphilis primaire et secondaire non traités. L'inoculation de ces moelles à des lapins, par voie sous-scrotale, a provoqué l'apparition de chancres tréponémiques typiques. Par contre, chez deux autres spécifiques, dont la maladie datait de 21 et de 29 ans et traités, la virulence de la moelle osseuse sternale s'est révélée nulle. C'est là un moyen de contrôle de l'efficacité des médicaments anti-syphilitiques.

Proposition Blécor.

(M. Lapicque. — Rapport au nom de la Commission du Rationnement ; 14-5-1946)

On a proposé, pour augmenter le rendement de la farine en pain, d'y ajouter une farine spéciale, dite « Blécor », obtenue en autoclavant du blé à 120° pendant quelques minutes. Le Ministère de la Santé Publique ayant consulté l'Académie sur ce procédé de panification, M. Lapicque a présenté un rapport concluant qu'il n'y avait pas lieu de donner suite à cette proposition, les augmentations de poids du pain ainsi obtenues ne pouvant correspondre qu'à un accroissement de la proportion d'eau et n'apportant au ravitaillement physiologique aucune aide.

P. L.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX DE PARIS

Nouvelles mesures sur l'impédance cutanée dans les dermatoses.

(M. L. Gougerot ; 3-5-1946)

M. Gougerot, par des mesures faites en courant alternatif de basse fréquence (200 à 7.000 périodes-seconde) montre que chez les lupiques guéris, la peau saine, bien que parfaitement normale d'aspect, a une impédance plus élevée que celle des sujets normaux. Il confirme ses recherches antérieures sur l'eczéma. Dans le psoriasis, il semble que le terrain se manifeste par une impédance élevée de la peau saine : les lésions étendues, surtout lorsqu'elles sont accidentellement suintantes, peuvent alors abaisser cette impédance.

Purpura fulminans méningococcique associé à méningite C.S. à méningo. Sulfamidothérapie intensive et sérothérapie. Guérison.

(MM. R. Poinso, J. Guérin et P. Martin. — Présentation par M. J. Huber ; 3-5-1946).

Les auteurs rapportent l'observation d'un enfant de 12 ans qui présenta un purpura et des signes méningés à début brutal par céphalée, vomissements et courbature lombaire. T. à 41°. 12 h. après, apparition de pétéchies généralisées de la dimension d'un grain de mil. Coma profond. Caillot irrétractile. L.C.R. clair, puis trouble, ce qui semble confirmer la précession de septicémie sur méningite. Sulfamidothérapie intra-musculaire et intra-rachidienne. 80 cm3 de sérum antiméningococcique. Vitamine K. Après généralisation avec apparition de papulo-nouures, le purpura disparaît en 4 jours.

Les A. attirent l'attention sur l'importance de ce germe dans le déclanchement des purpuras infectieux et l'intérêt de la sulfamido-thérapie intensive associée à la sérothérapie.

Sur les pancréatites chroniques avec ictère. Néoplasme pancréatique simulant une pancréatite avec ictère. Anastomose bilio-digestive et survie prolongée.

(MM. L. Langeron, V. Nolf et P. Michaux, de Lille. — Présentation par M. Huber ; 3-5-1946).

Les auteurs montrent que le test « survie » ne peut permettre de distinguer le cancer de la tête du pancréas et la pancréatite chronique avec ictère. Ils rapportent une observation où l'on fit une anastomose bilio-digestive pour pancréatite chronique. Après un certain temps, tableau de sténose sous-vatérienne. Décès. A l'autopsie envahissement du duodénum par une masse néoplasique. L'existence d'une splénomégalie dans cette observation est en principe la traduction d'un facteur inflammatoire abdominal, une rate normale identifiant plutôt un néoplasme Mais peut-être faut-il l'attribuer à un facteur inflammatoire surajouté. Il n'est pas interdit de penser que l'on puisse trouver simultanément une splénomégalie de pancréatite et un néo de la tête. Alors se pose la question de leurs rapports et du rôle influençant de la pancréatite sur le cancer.

Ils insistent sur la difficulté du diagnostic en-

tre pancréatite chronique avec ictère et cancer de la tete du pancréas, même à la biopsie.

Accidents tardifs de la méningite aiguë à pyogènes.

(M. Feld ; 3-5-1946)

M. Feld rapporte 2 observations d'accidents tardifs de la méningite aiguë cérébro-spinale, apparus 1 an et 4 ans après la guérison clinique. Dans les 2 cas sont survenues des hydrocéphalies inflammatoires mais sans germes. Décès après intervention décompressive. A l'autopsie, symphyse des méninges comblant l'aqueduc de Sylvius et symphysant les lepto-méninges de la base. L'A. propose de faire des encéphalographies préventives.

J. CH.

SOCIETE DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 1-2-1946

Lymphangiome kystique du mésentère. Infection secondaire simulant une appendicite. Résection intestinale. Guérison.

MM. Laurent et Busser ont opéré, d'urgence, un enfant de 4 ans, dont l'affection à début brusque se traduisait par des douleurs et de la fièvre, simulant une appendicite. Ils ont trouvé une tumeur kystique enserrant les deux faces du grêle. Résection intestinale. Anastomose bout à bout. Guérison.

Les auteurs soulignent la difficulté du diagnostic dans les cas d'infection secondaire des lésions kystiques du mésentère.

Histoire d'un nœvo-carcinome du pouce consécutif à un traumatisme.

M. Burty présente l'observation d'une malade qui, un an après un traumatisme du pouce ayant suppuré, a vu apparaître de petites tumeurs dermo-épidermiques disséminées au poignet et à l'avant-bras.

Mauvais état général, douleurs très violentes, volumineuse adénopathie axillaire.

Une biopsie fait poser le diagnostic de nœvo-carcinome du type le plus malin. Or, la guérison est survenue rapidement après application du mélange de Morestin.

L'auteur souligne la nécessité de répéter les examens histologiques, surtout lorsqu'ils pourraient entraîner une mutilation.

LA PRESSE

Traitement des fractures du col du fémur : immobilisation par le clou de Petersen. — Le Professeur C. Lepoutre et ses collaborateurs envisagent plus particulièrement cette méthode de traitement dans leur travail très documenté. Cette question mérite la plus grande attention des praticiens, car la mort par accidents pulmonaires complique fréquemment l'évolution, d'abord favorable, de cette lésion ; puis, souvent lorsque le malade survit, c'est la pseudarthrose qui vient constituer une infirmité définitive.

L'auteur a traité environ 100 cas de fractures du col fémoral, et il nous expose les résultats de sa pratique personnelle. Il reconnaît d'une part les fractures intéressant le trochanter, d'autre part les fractures du col proprement dites, fractures cervicales et fractures sous-capitales.

Les premières (cervico-trochantériennes) ne doivent pas être opérées. Le tissu spongieux du trochanter, rendu moins résistant par les traits de fracture, fournirait un mauvais point d'appui au maintien de la réduction par le clou, et ces fractures guérissent en général par le seul traitement orthopédique : position de Withmann (extension, abduction à 50 degrés, rotation interne forcée) maintenue par un grand plâtre prenant le tronc et tout le membre blessé. Au bout de 8 jours, enlèvement d'une gouttière postérieure au niveau de la jambe et du cou-de-pied ; chaque jour, mobilisation de l'articulation du genou et de celle du cou-de-pied ; puis, remise de la jambe en place et maintien par une bande bien adaptée. Le blessé est maintenu dans le plâtre pendant deux mois au moins ; puis séjour au lit durant 8 jours encore, en remuant toutes les articulations. Lever progressif par la suite. On compte six mois avant de parler de guérison. Excellents résultats par ce traitement facile et bien supporté.

Les fractures cervicales ne se consolident pas ; elles exposent aux complications pulmonaires, dans les huit à quinze jours qui suivent le traumatisme ; celles-ci ne sont pas dues au séjour dans la position allongée, mais à des embolies partant du foyer de fracture. Si ces accidents sont évités, on peut compter cent pour cent de pseudarthroses. Le plus souvent, il s'agit de sujets âgés, et même très âgés, que l'on peut opérer très facilement à l'anesthésie locale à la novocaïne, après anesthésie de base. L'auteur décrit la manière de réduire la fracture ; celle-ci est vérifiée à la radio ; on pousse ensuite une broche ; celle-ci, reconnue bien en place à la radio (face et profil) on la remplace par le clou perforé. Dès les premiers jours, qui suivent l'opération, le blessé peut se mobiliser dans son lit : mouvements de flexion de la hanche opérée et du genou correspondant ; puis mouvements d'adduction et d'abduction. Après une quinzaine de jours, lever, et séjour dans un fauteuil une partie de la journée. Ne pas autoriser le blessé à s'appuyer sur la hanche opérée et à marcher, car le clou n'a pas une résistance suffisante pour supporter le poids du corps ; car aussi la tête fémorale insuffisamment nourrie, par altération de ses vaisseaux, peut se décalcifier, d'où des déplacements secondaires. On permettra une marche modérée au bout du troisième mois, en évitant longtemps de porter l'appui du corps sur la hanche blessée. On conseille, à moins de gêne, d'attendre un an avant d'enlever le clou.

Les résultats sont en général très satisfaisants : 20 % de pseudarthroses ; arthrite déformante de la hanche, en cas de réduction imparfaite. Enfin, troubles légers, tels que légère limitation des mouvements, fatigabilité plus rapide. (« J. des Sc. Médicales de Lille », 31 mars 1946.)

G. F.

Thiodérazine MIDY

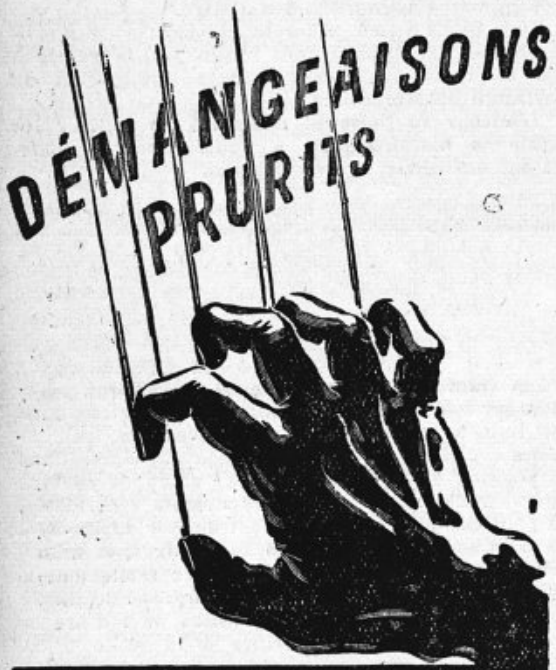
SOUFRE ORGANIQUE - IODE ORGANIQUE - PIPÉRAZINE

Traitement général du RHUMATISME CHRONIQUE

Arthrites & Périarthrites — Algies rhumatismales
Sciatiques — Lumbagos — Rhumatisme déformant

LABORATOIRES MIDY, 67, Av. de Wagram, Paris, -
Fournisseurs des Hôpitaux.

DÉMANGEAISONS
PRURITS



LACTACYD

PÂTE STABILISÉE A *pH* : 5,2

GYNOPLIX

COMPRIMÉS VAGINAUX

★

Toutes leucorrhées

Vaginites à trichomonas

THERAPLIX

98, RUE DE SÈVRES, PARIS-VII•

BAUME THOMAS

Douleurs de la première dentition

Véritable Huile de Haarlem G. de Koning Tilly
Cachets Pachaut - Valériane Pachaut - Phosphogène Pachaut - Terbinthiol

Laboratoires THOMAS, 2, rue Ste-Cécile, 31, Fg Poissonnière, PARIS-9

PARTIE PROFESSIONNELLE

PROPOS DU JOUR

LE « CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ » TEMPÉRÉ PAR L'HUMANISME DANS LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES

POUR parer à toute revendication injustifiée et toutes responsabilités, le chirurgien doit exiger du patient un consentement formel. Mais il faut que ce consentement, pour éviter toute contestation, soit « éclairé ». M. le Dr M.-H. THÉLIN, professeur de médecine légale à l'Université de Lausanne, a publié dans *Médecine et Hygiène* (15 février 1946), un intéressant article intitulé : *A propos de l'intervention chirurgicale et du « consentement éclairé »* du patient. Sauf la chirurgie infantile, les interventions d'urgence et quelques cas exceptionnels, le consentement du patient (ou des parents) est ordinaire au cours d'une opération. Mais il faut que ce consentement soit *éclairé*, que le malade ou ses représentants soient mis au courant loyalement et d'une façon non équivoque, des suites probables de l'opération et des dangers que court l'opéré. Sans cela le consentement n'aurait aucune valeur.

TOUS les chirurgiens n'envisagent pas le « consentement éclairé » de la même manière. Certains ne tiennent qu'un compte relatif de la volonté du malade. Le Pr. Jean-Louis FAURE, dont la haute moralité ne saurait être mise en doute, dans une étude sur *L'âme du chirurgien*, publiée dans la *Revue* en avril 1903 et rééditée en 1921 avec une préface de Paul BOURGET, a écrit : « Le chirurgien n'a pas le droit de s'abstenir (en présence d'une hernie étranglée). Je pense même qu'il a le droit d'opérer toujours, même contre la volonté du malade. Je le pense et je l'ai fait. Dans ces circonstances la volonté du chirurgien doit primer celle d'un malade ignorant et qui ne peut apprécier la gravité de son refus. Il suffit d'agir au grand jour et devant témoins. Deux fois à l'hôpital, j'ai fait endormir contre leur gré des malades maintenus de force par leurs voisins valides. Je les ai opérés et sauvés malgré eux. Ils ont été plus tard à me remercier de ma violence et, si le cas se représente, au même refus obstiné, j'opposerai une semblable contrainte. »

Tout le monde n'a pas l'autorité, ni le prestige de la haute conscience, de l'habileté chirurgicale, de la grande expérience de M. J.-L. FAURE, pour se permettre pareille violence. Le consentement « éclairé » ne doit pas être une règle générale et on doit le plier à des considérations diverses ; c'est une question d'espèces. Avant d'exiger le consentement « éclairé » on doit considérer l'état social du patient, sa situation familiale, l'énergie dont il doit faire preuve, le genre de maladie, les risques que lui fait courir l'opération. Le « consentement éclairé » est plus en faveur du chirurgien, qu'il met à l'abri en cas d'échec des revendications possibles, que du malade (1).

Dans quelques cas, il est absolument inhumain d'éclairer le malade sur son état, mais le chirurgien doit prévenir la famille avec prudence.

« Il ne s'agit plus, comme l'a écrit le Pr E. FORGUE, l'éminent chirurgien de Montpellier, d'enlever d'autorité une autorisation d'opérer, mais de gagner une adhésion, logiquement débattue, librement consentie, sincerement instruite des motifs d'opération, avertie des risques de l'abstention. »

C'est là du consentement sagement « éclairé ».

IL est des cas où il n'est pas possible d'éclairer ce consentement. Il faut le tempérer, l'*humaniser*, quand les éclaircissements seraient de nature à nuire au malade en accroissant ses angoisses que le premier devoir humaniste du chirurgien, conscient de la noblesse de son rôle, est de calmer. M. René LERICHE, professeur au Collège de France, a consacré sa première leçon de 1945 (3 janvier) à *L'humanisme en chirurgie*. Il ne limite pas l'humanisme à ce culte de l'antiquité qui fleurit en France depuis la Renaissance. M. R. LERICHE définit l'humanisme d'après le vers célèbre de TÉRENCE : *Je suis homme et rien de ce qui est humain ne m'est étranger*. C'est l'humanisme *« seul qui peut maintenir la chirurgie dans sa droite ligne, car il est la seule éthique qui puisse fixer pour chaque chirurgien la limite des droits et l'étendue des devoirs »*. M. R. LERICHE regrette que *cette science de l'homme total* ne soit pas inscrite dans le programme et ne soit pas enseignée comme l'anatomie, la physiologie, la pathologie, *bien qu'elle soit de la physiologie pure.*

REVENONS au « consentement éclairé ». Le patient peut ne pas être à même de comprendre toutes les raisons qui poussent le chirurgien à opérer. Dans ce cas, celui-ci peut se faire assister par le médecin de la famille et à son défaut, par un autre chirurgien qualifié. En cas d'échec, on ne pourra pas accuser l'opérateur de ne pas s'être entouré de toutes les garanties suffisantes.

J. NOIR.

---

(1) Nous croyons devoir appuyer ici la thèse soutenue par le Docteur Noir d'une référence jurisprudentielle récente (février 1946).

Un chirurgien, au cours de l'extirpation d'une tumeur bénigne de la parotide, ayant sectionné le facial et provoqué une paralysie définitive, s'est vu condamner par le tribunal sur des attendus dont nous extrayons celui-ci :

« Attendu d'autre part que la jurisprudence fait au chirurgien en toute hypothèse une obligation rigoureuse et absolue d'aviser son client des risques de l'opération qu'il se propose d'entreprendre, et d'obtenir de celui-ci, préalablement à toute intervention, un assentiment donné en connaissance de cause ; que cette obligation est particulièrement impérieuse dans les cas des opérations qui ne sont pas imposées par des nécessités thérapeutiques ; qu'il appartient au chirurgien de faire la preuve qu'il s'est conformé à cette obligation... »

N. D. L. R.

LE CONTROLE MÉDICAL SCOLAIRE

Le contrôle médical des écoles a depuis longtemps préoccupé le législateur. En 1793 déjà, Sieyes, Daunou et Lakanal, avaient proposé à la Convention un décret prévoyant qu'un officier de santé devait visiter toutes les écoles nationales, examiner les enfants et indiquer « les règles les plus propres à fortifier leur santé ». Depuis, un certain nombre de textes avaient envisagé ce problème ; mais aucune organisation d'ensemble n'avait été instituée, et les collectivités locales ou départementales avaient créé des réglementations disparates, plus ou moins précises, et plus ou moins bien appliquées.

Mais l'Etat, dont l'attention est attirée de plus en plus par l'importance de la santé et du bon développement physique de chacun et qui prend conscience de l'importance nationale du capital humain (le mot est à la mode), devait être amené à réglementer plus strictement ce contrôle médical, dont dépend l'avenir du pays.

Déjà une loi de 1943 avait posé en principe l'obligation de l'examen médical scolaire, mais n'avait pas profondément modifié l'organisation existante, et c'est une ordonnance du 18 octobre 1945 qui vient d'établir les règles nouvelles du contrôle médical scolaire, règles uniformes pour toute la France, devant se substituer aux réglementations diverses existantes. Désormais, les visites médicales non seulement des élèves, mais aussi des maîtres, sont obligatoires et leur refus peut entraîner des sanctions pénales, (amendes et même prison). Cette nouvelle organisation entre actuellement progressivement en application et il est probable qu'après la période transitoire que nous traversons, l'ordonnance du 18 octobre sera appliquée dans tout le Pays, dès la prochaine rentrée scolaire,c'est-à-dire le 1er octobre 1946.

Ainsi le contrôle médical de tous les Français sera réalisé dès leur naissance et pendant tout le cours de leur vie, d'abord par l'ordonnance du 2 novembre 1945 sur la protection maternelle et infantile, par le contrôle médical scolaire, et enfin par l'extension à l'ensemble de la population, du régime de sécurité sociale, qui comprend l'obligation de visites médicales régulières. Dans l'ensemble de cette réglementation, le champ d'action du contrôle médical scolaire est très vaste, puisqu'il doit s'appliquer à 6.000.000 de personnes (180.000 maîtres, 500.000 pré-scolaires, 4.500.000 élèves de l'enseignement primaire ; 770.000 élèves des écoles secondaires ou techniques, 100.000 étudiants ou élèves de l'enseignement supérieur).

L'ordonnance du 18 octobre 1945 confie le soin du contrôle médical scolaire au Ministère de l'Education nationale par la création à l'intérieur de ce Ministère d'une direction de l'hygiène scolaire et universitaire, dont le programme devra être établi en accord avec le Ministère de la Santé publique, notamment pour éviter le double emploi des visites et examens. Auprès de cette direction est créé un Comité consultatif national, composé de représentants du Ministère de l'Education nationale, du Ministère de la Santé publique et de représentants de divers organismes ou corps professionnels, s'intéressant à la santé de la population nationale. L'organisation territoriale du service est divisée suivant les circonscriptions de chaque académie, et un médecin inspecteur régional figure désormais auprès du Recteur d'académie, ayant sous son contrôle l'ensemble des départements du ressort de l'académie; de plus dans chaque département est créé un service administratif, dont dépend, en principe, au moins un médecin à temps plein qui est chargé de coordonner et de contrôler les médecins praticiens locaux désignés par arrêté préfectoral pour effectuer les examens médicaux, et dont la nomination est faite pour une année. Ces médecins sont rémunérés à l'acte ou à la vacation. Dans certains centres importants, des médecins examinateurs à temps plein conventionnés, peuvent être désignés par le préfet après agrément du Recteur. En principe un pour 8.000 enfants. Enfin, ces départements peuvent être divisés en secteurs plus ou moins étendus, suivant le nombre de la population scolaire. Le contrôle médical ainsi organisé est chargé du contrôle de tous les établissements d'enseignement et d'éducation — qu'ils soient publics ou privés, de toutes les branches de l'enseignement divisées en trois catégories, possédant chacune une organisation particulière, enseignement primaire, enseignement secondaire et technique, enseignement supérieur et Universités.

Les médecins chargés du contrôle seront aidés par des adjointes d'hygiène sociale ayant subi en principe un stage dans une école normale d'institutrices et ayant la formation des assistantes sociales. Le recrutement des médecins chargés des examens pose le problème de la formation et de la préparation de ces praticiens au rôle qui leur sera confié. Depuis 1937, trois facultés ont déjà institué un certificat d'inspection médicale scolaire. Cet enseignement doit être étendu et l'on s'orientera peut-être vers la création d'un diplôme d'hygiène scolaire et universitaire qui complètera la formation du médecin dans ce domaine.

Les tâches du contrôle médical scolaire sont multiples et englobent, non seulement l'hygiène générale à l'école et le contrôle de la santé des maîtres, mais aussi le dépistage de la tuberculose, et l'envoi dans des établissements de soins et de cure.

Le contrôle de l'hygiène de l'école portera d'abord sur les locaux scolaires, dont on sait trop malheureusement qu'ils sont souvent en France vétustes et peu salubres, à côté toutefois de groupes scolaires parfaitement aménagés, mais trop rares. L'article 5 de l'ordonnance prévoit la création d'un casier sanitaire des locaux et dépendances de tous les établissements d'enseignement. La destruction des rats et des parasites, doit être notamment entreprise vigoureusement, en attendant que les ressources du pays permettent la construction de bâtiments parfaitement adaptés à leur usage. L'hygiène corporelle des enfants doit faire l'objet d'une

surveillance attentive, pour éviter le retour d'épidémies de gale et d'impétigo, comme il s'en est produit notamment en 1944. Le médecin doit veiller également à la destruction des parasites (une enquête a montré à Paris 15% des enfants porteurs de poux), à la lutte contre les mouches et les moustiques, au nettoyage, à l'entretien et à l'aération des locaux, à l'aménagement des horaires pour éviter le surmenage. La recherche des troubles nerveux, des troubles du caractère, le contrôle de l'acuité auditive et visuelle des enfants doivent également avoir lieu au cours de la visite médicale. L'hygiène dentaire et alimentaire doit être surveillée surtout en période de sous-alimentation, le contrôle médical doit porter sur les cantines scolaires (menus et locaux). Enfin signalons le contrôle des activités physiques et dans certains cas la prescription de mouvements de gymnastique corrective. Le contrôle médical doit être effectué avec le concours des instituteurs qui sont chargés de l'établissement d'une fiche médico-pédagogique sur laquelle seront portés certains renseignements tels que : taille, poids, etc., et surtout qui servira à l'instituteur pour communiquer au médecin examinateur ses observations sur le comportement de l'enfant et les anomalies qu'il aura pu déceler. L'examen médical pourra ainsi être orienté sur certains points particuliers. Enfin le médecin remplira le fascicule scolaire du carnet de santé, modèle unique pour toute la France, et qui suivra l'enfant. Le médecin devra aussi se tenir en liaison avec la famille, lui faire part de ses observations et vérifier que ces observations ne restent pas lettre morte.

Pour les examens médicaux, il est envisagé la création de locaux spéciaux, ou centres médico-sociaux scolaires dont l'aménagement sera spécialement réalisé en vue de l'examen médical. Ces centres évidemment ne pourront être créés que dans les localités importantes (plus de 5.000 habitants) et permettront des visites médicales plus complètes, plus sérieuses et par conséquent plus efficaces.

L'ORDONNANCE du 18 octobre apporte deux innovations importantes : d'une part la visite d'incorporation scolaire, et d'autre part l'obligation d'un examen médical périodique pour le personnel des établissements d'enseignement.

La visite d'incorporation scolaire est obligatoire au cours de la sixième année, cette visite permettra de n'admettre à l'école que les enfants dans des conditions physiques normales, et d'orienter les malades vers les établissements de prévention et de cure. L'examen médical de toutes les personnes se trouvant en contact habituel avec les élèves dans les établissements d'enseignement et d'éducation devra avoir lieu au moins tous les deux ans et permettra de dépister les maladies contagieuses. Les maîtres malades ou guéris et encore incapables de reprendre normalement leurs fonctions, pourront être employés dans des sanatoriums comme moniteurs, éducateurs ou bibliothécaires, personnel dont ces établissements ont besoin, et dont les postes actuellement sont difficilement pourvus.

Le dépistage de la tuberculose est une des tâches actuelles les plus importantes du contrôle médical Dans l'enseignement supérieur, l'examen médical obligatoire annuel (décret 11 avril 1946) comprend une cuti-réaction et un examen radioscopique ou radiographique. Aucun étudiant ne peut se présenter aux examens de fin d'année, s'il ne justifie avoir passé cet examen médical. Les étudiants malades peuvent être reçus dans des établissements spécialisés, (sanatorium de Saint-Hilaire du Touvet, de Grenoble, etc.,) qui comprennent 600 lits, mais sont encore insuffisants ; en 1945, un nouvel établissement de 75 lits a été créé en Forêt-Noire avec le concours de la Croix-Rouge française. Pour les élèves des établissements secondaires, un préventorium existe à Neufmoutiers-en-Brie, et à La Roche-Beaulieu en Dordogne pour les primaires. Tous les élèves devraient subir une cuti-réaction ou passer un examen radioscopique au moins lorsque la cuti-réaction se révèlerait positive. Les difficultés matérielles de cet examen pourraient être résolues par l'emploi d'un équipement radiologique motorisé qui permettrait les radioscopies et les radiographiet dans les villages les plus retirés. Des essais concluants dans ce sens ont déjà été faits avec le concours de la Croix-Rouge française.

LA tâche qui se présente donc aux médecins chargés du contrôle médical scolaire est extrêmement vaste. Pour la mener à bien, les médecins praticiens locaux, souvent peu préparés à ce rôle, et absorbés par leur écrasant travail quotidien, devront se conformer aux directives, qui jusqu'à présent avaient fait défaut et qui désormais leur seront transmises par les services créés par l'ordonnance du 18 octobre. Ce contrôle présente un intérêt national, et c'est en se basant sur cet intérêt national, que devront être prises les décisions réglementant ce service. Mais le travail ne pourra être efficace que si des contacts étroits sont maintenus, d'une part entre le médecin, l'instituteur et les familles, d'autre part entre les services de l'hygiène scolaire et ceux de la santé publique. Il faut éviter la dispersion des efforts qui nuirait au succès de la réforme entreprise. Par ailleurs, la période de pénurie que nous traversons, et les difficultés budgétaires de l'Etat, ne permettront pas probablement de consacrer à cette réforme les crédits qui seraient nécessaires, mais les principes sont déjà posés, un programme est déjà établi et les différents services locaux seront bientôt en place. Le contrôle médical scolaire va bientôt fonctionner sur ces nouvelles bases et doit dans les années qui viennent, prouver son efficacité, en protégeant la santé des écoliers, et pour cette tâche la collaboration du Corps médical ne fera certes pas défaut.

G. CAZAC.

Textes et documents

Texte de base : ordonnance du 18 octobre 1945.

Enseignement supérieur : décret du 11 avril 1946.

Enseignement secondaire : décret-loi, du 5 février 1940.

Enseignement secondaire et technique : arrêté du 20 novembre 1945.

Programme de travail par le Dr Douady, directeur de l'hygiène scolaire, (*Bulletin Officiel de l'Education nationale* du 11 février 1946).

RÉFLEXIONS SUR LA CARTE DE MÉDECIN

Le conseil de l'Ordre nous gratifie, en échange du paiement de notre cotisation, d'une « carte d'identité professionnelle ». Il semble que, par cette innovation, l'organisme d'Etat qui nous régit laisse surtout voir son désir de nous décider à verser dans ses caisses le prix d'une quinzaine de consultations (chiffre paradoxalement plus élevé qu'à une époque où l'Ordre prétendait remplir des attributions plus étendues, et n'amortissait pas ses « frais de justice » aux dépens des condamnés), et de se procurer notre photographie en trois exemplaires, dont deux orneront ses fiches et dossiers. En revanche, la carte professionnelle me paraît à la fois dénuée de toute utilité pour son titulaire, et de nature à faciliter des fraudes ainsi qu'à introduire des procédés vexatoires pour le Corps médical.

Légalement, la possession d'une telle carte n'est exigible dans aucune circonstance déterminée. Pratiquement, à quoi peut-elle servir ? Comme pièce d'identité, elle fait double emploi avec la carte d'identité délivrée à tout Français. Comme témoignage de la possession du diplôme de docteur en médecine, elle ne saurait valoir ni le « parchemin » symbolique, ni cette preuve qui est la meilleure de toutes : la science du médecin. Piètre docteur, celui qui aurait besoin d'avoir toujours en poche un cartonnet pour inspirer confiance ! Mais, dira-t-on, la carte professionnelle attestera essentiellement que l'intéressé exerce de façon légale l'art de guérir ? C'est surtout en me plaçant à ce point de vue que je vois naître des objections. L'inscription et le maintien au tableau de l'Ordre n'étant pas un privilège, mais un droit pour tout docteur en médecine français et honorable qui désire en jouir, quels sont ceux d'entre nous qui accepteront de subir une présomption contraire ? Notre profession étant basée sur la confiance et la dignité, nous ne saurions nous laisser imposer (car il n'y a qu'un pas à franchir du facultatif à l'obligatoire) une humiliante carte de contrôle à présenter à toute réquisition... Quant aux médecins radiés du tableau, et à plus forte raison ceux qui ne sont que « suspendus temporaires », comment les contraindre à restituer une carte dont la possession deviendra une tentation d'exercice illicite ?

Voilà quelques-unes des raisons pour lesquelles, bien que justiciable de la férule ordinale, je n'enverrai pas mon portrait en trois exemplaires aux personnalités qui exercent leur autorité dans les conditions définies par l'ordonnance du 24 septembre 1945.

Dr FAVERET.
(Oiselay).

LA QUESTION DES REMPLACEMENTS

Il devient, c'est un fait, de plus en plus difficile de se faire remplacer, et aussi de plus en plus onéreux.

Cette situation préoccupe les praticiens. Dans les grandes villes, le médecin s'adresse en général à une agence spécialisée, ou ferme son cabinet, ou encore s'entend avec un confrère qui le supplée. Dans les campagnes la question est plus difficile, surtout lorsqu'il n'y a qu'un médecin dans la localité. Le remplaçant est indispensable. Le malheureux confrère en mal de départ hésite à introduire un inconnu dans sa maison et aussi à confier sa voiture au premier venu. J'ai souvenance d'un cambriolage en règle, avec effraction, commis par un remplaçant, et aussi, le cas est plus fréquent, de menues indélicatesses : disparition d'instruments, notes personnelles impayées, etc. Dans ces conditions, il devient hasardeux de s'adresser à une agence ou à une association d'étudiants, et l'indication du remplaçant éventuel devient affaire de relations.

Quelles seront ses prétentions ? Autrefois, un tarif tacite à peu près uniforme pour toute la France s'était établi. Actuellement, un usage nouveau s'est instauré. Le remplaçant exige en plus des frais de voyage, de l'hébergement, de l'usage de la voiture ce qui est normal, la moitié du chiffre d'honoraires inscrits par lui. A mon avis, ces prétentions sont nettement abusives. En effet, il y a réciprocité du service rendu. Les charges comme les gains devraient se partager équitablement. Le remplaçant permet au praticien de partir tranquille, mais le futur confrère s'initie aux difficultés de la clientèle et fait son apprentissage, non seulement aux frais, mais quelquefois au détriment moral du remplacé

Est-il possible d'établir un *modus vivendi* acceptable ? Je le crois et l'on peut envisager plusieurs solutions :

A) *Partage des honoraires.* — Le fisc admet un abattement de 40 % pour frais professionnels sur le chiffre d'affaires d'un médecin. Il reste donc 60 % à partager, soit 30 % pour le médecin et 30 % pour le remplaçant ;

B) *Fixe avec pourcentage.* — Le médecin pourrait assurer un minimum de 200 francs, auquel s'ajouterait un pourcentage de 10 % ;

C) *Rémunération par acte médical.* — Dans ce cas, on pourrait fixer le chiffre de 33 francs par acte médical quel qu'il soit.

Le calcul montre que quelle que soit la solution adoptée on arrive sensiblement au même chiffre, et ce chiffre semble équitable.

En conclusion, je crois que les syndicats devraient mettre d'urgence cette question à l'étude, d'accord avec les associations d'étudiants.

Sur le plan moral, les médecins se doivent de recevoir et de traiter leurs remplaçants comme de futurs confrères. Les remplaçants ont l'obligation de se comporter en hommes discrets et bien élevés, sans jamais oublier que leur réputation à tous points de vue les suivra dans toute leur vie professionnelle, et qu'une conduite douteuse peut créer contre eux un préjugé défavorable, même au point de vue matrimonial. Cette dernière réflexion fera peut-être sourire, mais il en est ainsi.

Dr H. CHARDON. *(Celles-sur-Belle).*

VARIÉTÉS

DE LA FAIM DE LOISIR

Nous étions quelques amis réunis : trois médecins, un professeur de sciences, et un de lettres. Les uns de la ville, les autres de la campagne. La conversation était familière et chacun émettait librement ses idées intimes, éprouvant le besoin de cueillir une approbation dans sa ligne de conduite ou simplement de se sentir en sympathie avec les autres, la vie cahotante et épuisante de l'heure exigeant parfois ce bain d'amitié pour y voir clair et continuer la route l'âme rassérénée.

— Pour ma part, dit l'un, je n'ai plus une minute à moi, attelé parfois à de basses besognes. Ainsi j'ai passé mon dimanche après-midi, seul moment de détente de la semaine, à trier mes pommes de terre. Mais oui. Comme il ne faut pas attendre cette année de semences sélectionnées, j'ai choisi dans le maigre tas qui me reste les sujets dont les germes sont trapus, les ai mis en clayettes et portés au jour afin que ces germes verdissent et me donnent une récolte satisfaisante. J'ai éliminé les germes étiolés, filiformes ; en somme, j'ai fait de la génétique. Le soir je rentre éreinté, le cerveau vide, incapable de me soumettre à une gymnastique cérébrale.

— Vous êtes encore heureux, dit l'autre, de pouvoir faire un choix ; pour moi ma provision est épuisée et je me demande ce que je vais pouvoir faire avec les maigres cinq kilogs de semences octroyés pour deux personnes cette année.

Le professeur de sciences, homme de laboratoire, nous raconte que depuis un an, attelé à toutes les tâches quotidiennes, il n'avait eu la possibilité d'entreprendre aucune recherche. « Le bombardement m'avait pulvérisé mon appartement, dit-il. Il m'a fallu courir après le platrier pour refaire les galandages, après le vitrier qui ne m'a placé des verres qu'après un an de démarches. De plus, il faut que je m'occupe du ravitaillement de ma famille, ma femme étant fatiguée. Bref, des besognes absorbantes et obsédantes. Cette polyvalence exigée aujourd'hui ne permet plus le travail favorable, la liberté d'esprit qui rend une recherche féconde.

— Pour moi, dit le troisième, ma femme s'éreinte ; plus de domestiques ; il faut que je l'aide pour les besoins du ménage. Tenez, l'autre jour rentrant de voir des malades à 9 heures du soir, mon garagiste a refusé de vérifier ma voiture qui marchait mal, me disant qu'après 7 heures du soir tout était fermé. Il m'a fallu m'appuyer le démontage du carburateur. J'y ai sali mon vêtement qui n'est plus présentable ; cependant un médecin ne peut se montrer à un malade sous un costume taché et je n'ai qu'un autre vêtement. Ces questions matérielles m'exaspèrent et me font perdre un temps qui serait profitable pour ma culture personnelle.

Le professeur de lettres intervint. « Je cultivais mon jardin jusque là avec plaisir, ayant un journalier pour le bêchage. Je ne trouve plus personne. Que faudra-t-il faire ? Je suis trop las après mes cours pour fournir cet effort et cependant sans les produits de mon jardin, ne connaissant personne à la campagne, comment vais-je nourrir ma famille ? C'est une obligation par ces temps de misère que de le cultiver. Ce qui était pour moi un plaisir devient une corvée irritante et va me priver du travail personnel que cependant je me dois pour l'enrichissement de mes élèves. »

— Mes chers amis, répliqua le dernier, médecin, je suis pleinement de votre avis, mais il faut constater les faits et continuer sa tâche. J'ai fait mienne cette pensée d'Epictète que je vous livre : « Faire tout ce qui dépend de nous et pour le reste demeurer ferme et tranquille ».

Pour ne pas rester sur ces pensées déprimantes, couleur du temps, laissez-moi vous extraire de mon petit carnet, ces quelques fleurs cueillies au cours de lectures. Elles célèbrent la joie du loisir, licere, faire ce que l'on veut : « Le vrai repos est une activité pleine, plus essentielle à l'homme que le travail. L'élément de peine est essentiel au travail. Il provient de ce que le travail est imposé, de ce qu'il implique une fatigue qui augmente avec la durée de l'effort, de ce qu'il comporte une part d'automatisme. Cette peine peut s'atténuer si le travail est exécuté librement, à plus forte raison s'il est exécuté par vocation et par amour ».

N'est-ce pas qu'Emmanuel Mounier a bien su traduire le sentiment exaltant que nous avons quand nous accomplissons notre devoir professionnel que nous avons choisi, mais qui exige une détente salutaire pour rendre mieux ensuite ?

Je continue par ce passage d'un académicien qui sut manier le verbe avec éclat mais dont le jugement erroné le conduisit par la suite dans une « blind street ». C'est tiré de la « Nécessité du loisir ».

« Heureux ceux dont l'activité commence dans le labeur le plus tenace pour finir dans le loisir le plus délicat. Sans le travail, un homme ne peut se connaître, mais sans loisir il ne peut s'accomplir. Le loisir, c'est la permission d'être soi-même. Il exerce sur l'homme cultivé la même excitation que le silence pour le musicien. Il l'invite à se faire entendre sa propre harmonie. Il nous ouvre la porte d'un travail nouveau, aérien et sans poids et qui est au labeur vulgaire ce que la danse est à la marche ». Et je termine par ce dernier passage :

« Rien de plus grave que cette disparition du loisir. Le loisir en effet, c'est le vase qu'on peut emplir des vins les plus rares ; ce sont les heures libres, dédiées aux arts libéraux, les moments où un homme rejoint l'élite de l'humanité et rentre dans une société idéale où sont les sages et les poètes. Ce sont les instants consacrés aux dieux. »

A. DÉNIER.
(La Tour du Pin).

LA VIE DE NOS ŒUVRES CONFRATERNELLES

MUTUALITÉ FAMILIALE ET PROFESSIONNELLE DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS

Rapport du Secrétaire général sur l'Exercice 1945

L'année écoulée a été marquée par deux faits :

1° Un afflux d'adhésions aux combinaisons maladie-accidents nouvellement créées et principalement à M. A. 300. Il est à remarquer que depuis quelques années, en conséquence du renchérissement croissant de la vie, ce sont les combinaisons les plus chères qui recueillent la faveur de nos confrères. Nous l'avions déjà noté lorsque, au cours de la guerre, furent créées les combinaisons M. A. 120 et M. A. 150. Celles-ci se sont en peu de temps révélées insuffisantes et la combinaison M. A. 300 a été ouverte. Elle n'est plus déjà à l'échelle du coût de la vie, et il nous faut envisager de nouveau une combinaison supérieure.

Cet afflux d'adhésions a été alimenté par de nouveaux inscrits mais aussi, et pour une large part, par des anciens désirant passer d'une combinaison inférieure à M. A. 300.

2° Le second fait important fut l'interdiction faite aux sociétés mutuelles de constituer, désormais, des retraites, par l'ordonnance du 18 octobre 1945. Le recrutement de nouveaux adhérents est déjà suspendu. Un texte encore à paraître nous imposera de transférer le portefeuille retraites soit à la Caisse des Dépôts et Consignations, soit à une Caisse autonome. Un profond bouleversement s'ensuivra pour notre société ; le Conseil se préoccupe d'en étudier les conséquences.

Au cours de cette année, le Conseil d'administration de la Mutualité Familiale a décidé d'entrer en pourparlers avec l'Association Générale des Médecins de France dans le but de créer, en collaboration avec celle-ci, un organisme de sécurité auquel pourraient adhérer d'autres sociétés analogues à la nôtre. La concentration ainsi formée permettrait peut-être à la profession médicale de posséder la gestion de sa propre sécurité et de ne pas être résorbée dans l'immensité anonyme du plan de sécurité sociale. Au pis aller, elle pourrait compléter celui-ci. La couverture du risque de longue maladie est à l'étude dès maintenant. Une adhésion de principe a été donnée par le Conseil aux propositions qui lui avaient été présentées.

Nos adhérents seront tenus au courant de l'évolution de cette question.

Quoi qu'il en soit, il faut dès maintenant considérer la Mutualité Familiale, non plus comme un organisme offrant une gamme d'assurances contre les risques personnels et familiaux, mais comme centrée seulement sur le risque maladie-accident. A cet égard, et jusqu'à présent, l'étatisation progressive de l'économie sociale ne lui fait pas obstacle. Pour compenser cette restriction dans ses formes d'activité, il convient de développer au maximum celle qui lui reste.

Nous faisons appel à nos adhérents pour faire une propagande intensive autour d'eux en faveur de nos combinaisons M. A. La propagande orale est celle qui possède le plus de force de persuasion et peut nous recruter dans le moindre temps le plus grand nombre d'adhérents.

Il y a là une forme de lutte contre l'Etat tentaculaire qui ne doit laisser aucun de nous indifférent et qui marquera la volonté du Corps médical de ne pas se laisser absorber à la façon d'un corps inerte.

Le secrétaire général : G. LAVALÉE.

Rapport du Trésorier sur l'Exercice 1945

1° Répartition des revenus

Revenus mobiliers		497.859,26
Revenus immobiliers :		
33, rue Erlanger	61.248,85	
4, rue Papillon	69.384,55	
		130.633,40
		628.492,66

soit environ 3,39 % de l'actif placé.

Ces revenus ont été distribués comme suit :	
1re Section Maladie-Accidents.....	152.645,00
2e Section Retraites	360.513,00
3e Section Pensions	22.399,00
Retraites nouvelles	45.799,66
Réserve Générale (compte de Gestion pour solde)	47.106,66
	628.492,66

2° Comptes d'Assurance.

1° Maladie-Accidents.

Cette section avait à son actif au 31 décembre 1944		3.191.314,44
Cotisations encaissées ...	697.412,40	
Part de revenu	152.645,00	
		850.057,40
		4.041.371,84
Indemnités versées :		
4e trimestre 1944	115.203	
Année 1945	387.967	
		503.170,00
Solde créditeur au 31 décembre 1945.		3.538.201,84

2° Retraites.

Actif au 31 décembre 1944		8.133.506,67
Cotisations encaissées....	211.794,10	
Part de revenu	360.543,00	
		572.337,10
		8.705.843,77
Retraites versées 1944...	325.958,50	
Part de revenu	379.790,00	
		696.748,50
Solde créditeur au 31 décembre 1945...		8.009.095,27

3° Pensions.

Actif au 31 décembre 1944.....		492.154,86
Cotisations encaissées.....	37.587,00	
Part de revenu	22.399,00	
		59.986,00
		552.140,86
Pensions versées :		
4e trimestre 1944	7.099,00	
Année 1945	26.842,00	
		33.941,00
Solde au 31 décembre 1945		518.199,86

4° Retraites nouvelles.

Crédit au 31 décembre 1944.....	703.238,50
Cotisations encaissées.....	314.515,50
Part de revenu	45.799,00
Solde au 31 décembre 1945	1.063.553,00

3° Compte de gestion.

a) *Recettes* :		b) *Dépenses* :		
		Personnel	148.862,00	
		Actuaire et Commissaires.	8.900,00	
Cotisations de gestion	121.622,90	Frais de Banque	4.146,59	
Intérêts Réserve générale	47.106,66	Frais généraux	26.927,10	
		Propagande	17.149,50	
		Loyer et Assurances	12.991,50	
	168.729,56			218.976,69
		Différence par la Réserve générale		50.247,13

4° Caisse d'Entraide.

Crédit antérieur	401.428,12
à déduire ses interventions	32.039,00
Reste disponible	369.389,12

5° Bilan au 31 décembre 1945.

Actif.		*Passif.*	
Immeuble 33, rue Erlanger (16e) achat	1.296.308,18	Section Malad'es-Accidents	3.538.201,84
Immeuble 4, rue Pap.llon (9e) —	2.100.185,85	Section Retraites	8.009.095,27
Portefeu.lle (1)	15.145.546,00	Section Pensions	518.199,86
Gérances	19.132,85	Retraites nouvelles	1.063.553,00
Société Générale, Paris. A. I.	835.973,50		9.590.847,00
Chèques postaux	76.566,90	Réserve de garantie	2.769.186,00
Société Française de Reports et Dépôts	9.471,42	Réserve générale	1.872.702,31
Débiteurs divers	14.495,00	Bénéfice sur réalisation de valeurs	587.578,00
		Amortissement Erlanger	110.693,00
		Amortissement Papillon	74.934,00
		Indemnités en attente	38.453,45
		Cotisations d'avance	795.254,00
		» Sou Médical »	14.689,85
		Retraites 1945	345.752,00
		Indemnités Maladie-Accidents 1945	81.686,00
		Pensions 1945	6.800,00
		Compte d'Entraide	369.389,12
		Créd.teurs divers	1.512,00
	20.197.679,70		20.197.679,70

(1) Calculé à la valeur d'achat. Le cours de la Bourse au 31 décembre donnant une valeur supérieure.

Observations. — Le compte de gestion est, cette année, nettement déficitaire. Ce déficit tient, tout d'abord, à la diminution du taux d'intérêt qui nous a conduit à prélever sur nos revenus libres une somme importante pour affecter à nos réserves d'assurances le revenu de 4,5 % prévu par nos tarifs. Cela tient, en second lieu, à une augmentation très importante des traitements du personnel et des charges sociales.

Il est à craindre que des augmentations se produisent également au cours de l'année 1946. Des mesures doivent être prises pour, d'une part, réduire les frais et, d'autre part, augmenter les ressources de gestion par un effort de recrutement (entente avec l'Association générale) et par un accroissement du taux de la cotisation selon des modalités qui seront soumises à la prochaine Assemblée générale extraordinaire.

Les trésoriers :
Dr G. FISCHER. J. MIGNON.

Assemblée générale du 26 Juin 1946

Le Secrétaire Général informe l'Assemblée que le Dr Noir, président, donne sa démission pour raison de santé.

Un scrutin pour l'élection d'un président est immédiatement institué et le Dr O'Followell est élu à l'unanimité.

En prenant possession de ses nouvelles fonctions, le Dr O'Followell adresse un hommage au Dr Noir, dont il rappelle la longue et féconde présidence, puis il ouvre la séance.

Le Secrétaire Général commente en quelques mots son rapport qui est adopté à l'unanimité.

Lecture est ensuite donnée du rapport du trésorier qui est de même adopté à l'unanimité.

Les rapports des commissaires aux comptes (Drs Laufer et Rigal, et M. Collomb, actuaire) concluent à l'approbation des comptes.

Quitus est donné par l'assemblée au trésorier de sa gestion.

La fixation de la cotisation de gestion pour 1947 donne lieu à un long échange de vues.

Du fait de l'accroissement des frais généraux et de l'amputation d'une partie des ressources de la Société par suite de la suppression à venir des combinaisons-retraite, une augmentation de cette cotisation est à envisager. La fixation du taux exact requiert une étude approfondie pour tenir compte de la différence énorme qui existe entre certaines très anciennes cotisations et les récentes.

Connaissance est donnée à l'Assemblée générale de l'inventaire quinquennal des engagements de la Société établi par l'actuaire M. Collomb.

Ce rapport, tout en faisant ressortir la bonne situation financière actuelle de la Société, étudie le coût du transfert de l'avoir des Combinaisons-retraites à une Caisse autonome ou à la C. N. R. V., ainsi que la loi y contraint.

Le coût des diverses modalités du transfert et des prélèvements sur les revenus libres y est précisément chiffré.

Des propositions concrètes seront faites à l'Assemblée générale extraordinaire qui sera convoquée avant la fin de l'année.

Des résolutions sont prises concernant le transfert du portefeuille-retraites dès qu'il sera imposé.

La majorité est d'avis de s'en tenir aux obligations strictement légales.

La décision définitive appartiendra à l'Assemblée générale extraordinaire prévue ci-dessus.

L'Assemblée générale est close à 17 heures.

Le secrétaire général : G. LAVALÉE.

Micelliode

IODE COLLOIDAL MICELLAIRE ÉLECTRO-POSITIF

Toutes les Indications de l'IODE, SANS IODISME POSSIBLE

GOUTTES

Laboratoires de l'HÉPATROL 24, Rue Platon, PARIS (XVe)

Scillitrine

SPASMES
DE LA
MUSCULATURE LISSE

•

HYPERTENSION

LABORATOIRE PERRIER
12, rue Henner, PARIS-9e

PRODUITS SPÉCIALISÉS DES ÉTABLISSEMENTS KUHLMANN
MARQUE R. A. L.

H. DELOMÉNIE
Docteur en Pharmacie
15, Rue de La Baume, PARIS (VIIIe)

BINIDIA
Antiseptique génito-urinaire local

BINOXOL
Antiseptique gastro-intestinal

CHLORALOSANE
Hypnotique

DITHIORAL
Antirhumatismal

SUNALCOL
Antiseptique cutané

SUNOXIDON
Fébrifuge - Anti-infectieux

SUNOXOL
Antiseptique pour usage externe

HYPERCHLORHYDRIE
— HYPERACIDITÉ —
DYSPEPSIES ACIDES

SEL DE HUNT

Granulé AGRÉABLE au goût, se prend délayé dans l'eau par cuillerées à café

PAR LE PARFAIT DOSAGE DE SON SEL ALCALIN **NEUTRALISANT** ET DE SES SELS NEUTRES **ABSORBANTS** ET **SATURANTS**, IL **SOULAGE** D'ABORD, PUIS **RÉGULARISE** ET **NORMALISE** LA SÉCRÉTION HYPERACIDE

LABORATOIRES ALPH. BRUNOT, 16, rue de Boulainvilliers, PARIS-16e

ECHOS & COMMENTAIRES

Les examens de santé.

Tout assuré social (par conséquent tout le monde avant longtemps) devra subir, entre sa naissance et l'âge de 60 ans, neuf examens de santé (provisoirement ils sont réduits à sept). Ainsi dispose le texte que nous publions d'autre part (*Cfr.* : A travers l'*Officiel* page 851).

Nous ne protestons pas contre ces examens espacés en moyenne de dix en dix ans : ils ont leur utilité incontestable si nous voulons améliorer notre démographie.

Mais dès maintenant deux prescriptions nous frappent :

1° Les fiches consignant les résultats de ces examens sont établies en trois exemplaires ; l'un de ceux-ci est détenu par l'intéressé, l'autre, anonyme, adressé aux bureaux de statistiques. Et le troisième ira au médecin-conseil de la Caisse qui va devenir l'unique dépositaire des dossiers de santé de tout son secteur. Ce personnage acquiert de jour en jour une stature plus inquiétante.

2° Presque tous les examens seront obligatoirement accompagnés d'une exploration radiologique et des appareils sensoriels. Impossible donc au praticien courant de faire autrement qu'adresser son client à un radiographe et à divers spécialistes pour compléter la fiche. D'où perte de temps multipliée pour le client qui, par ailleurs, se sentira attiré par les examens gratuits faits dans les centres gérés ou agréés par les Caisses de sécurité sociale, pourvus eux, de matériel radiologique et de spécialités et où l'intégralité des épreuves sera subie en une seule séance.

La médecine libre est donc menacée directement, si elle ne s'organise pas promptement en équipes pourvues de toutes les techniques.

Nous reviendrons sur ces divers points.

Vers la paix sociale !

Un de nos lecteurs nous transmet le poulet suivant qu'il vient de trouver dans sa boîte aux lettres :

Docteur

La Commission d'homologation des tarifs médicaux relative au régime des assurances sociales, a fixé les tarifs applicables dans le département de X..., et auxquels vous devez vous conformer.

Dès maintenant, nous vous donnons l'assurance qu'en cas de dépassement desdits tarifs, tous les assurés sociaux, et en particulier les signataires de la présente lettre n'hésiteront pas à signaler les noms des « Délinquants » (sic) à leur caisse.

L'importance de la question ne doit pas vous échapper, et nous comptons tous sur votre conscience professionnelle pour considérer avant tout *les intérêts des assurés, et mettre un terme à certaines pratiques d'autant plus inadmissibles qu'elles touchent plus particulièrement les classes laborieuses.*

Recevez, Docteur,...

On appréciera la verdeur du style et la bonhomie sans détours de l'avertissement. De tels textes se font apprécier à première lecture !

Celui-ci porte le timbre de la J.O.C. de la C.F.T.C. et du

INNOVATIONS innothéra THÉRAPEUTIQUES

MUCINUM

LAXATIF DOUX

1 à 2 comprimés par jour

INNOTHÉRA, 54, AVENUE PAUL-DOUMER, ARCUEIL (SEINE)

ANÉMIES - ANOREXIE - AMAIGRISSEMENT
SURMENAGE INTELLECTUEL ET PHYSIQUE
CARENCES MARTIALE ET CALCIQUE
CONVALESCENCE

FERVALÈNE

Comprimés dragéifiés

Calcium et Fer assimilables + Kola

MODE D'EMPLOI

Adultes : 2 comp. avant chaque repas 2 à 3 fois par jour
Enfants : 1 comp. avant chaque repas 2 à 3 fois par jour

INSUFFISANCE RÉNALE - NÉPHRYTES - AZOTÉMIE
ALBUMINURIES - HYPERTENSION - ŒDÈMES
MANIFESTATIONS ANAPHYLACTIQUES
ÉPANCHEMENTS SÉREUX
MALADIES INFECTIEUSES - DÉMINÉRALISATION

NÉPHRALBINE

Cachets et comprimés

MODE D'EMPLOI | **Adultes :** 3 à 6 par jour
Enfants : 1 à 3 par jour

La NÉPHRALBINE est, dans la plupart des cas, supérieure à la théobromine

LABORATOIRE ROBERT FAURE, 2, rue Carnot, MELUN (S.-et-M.)

Mouvement populaire des familles de la région. Les « classes laborieuses » y sont ouvertement opposées à la « classe », considérée selon toutes apparences comme oisive et parasite, des médecins.

Nous voguons, on le voit, à pleines voiles vers l'apaisement et la coopération confiante entre tous les Français. Aussi le relèvement du pays est-il déjà en vue.



Histoire de fous.

En décembre dernier, le Centre spécial de réforme de T. eut recours aux offices d'un psychiâtre pour examiner un de ses ressortissants. En mai, avec le délai d'usage, il adressa à ce psychiâtre un « *Relevé décompté des Vacations et Expertises* » portant la rétribution allouée.

L'expertise y ressort au prix de 25 francs et, sous la mention : « *Intransportable* », la rémunération horaire au prix de 30 francs. Au total : 55 francs, décompte strictement conforme au tarif en vigueur, celui de 1926 !

Jusqu'ici, rien que de banal. Le Centre spécial de réforme de T., direz-vous, depuis vingt ans, n'a pas encore eu le temps d'ajuster ses tarifs. Erreur ! il les a ajustés. Par un alinéa spécial, il déduit en effet la somme de 3 francs au titre de « *Prélèvements institués par le décret du 25 juin* 1936 ».

Le psychiâtre intrigué voulut connaître de plus près le décret du 25 juin 1936 : il constata qu'il s'agissait d'un texte aménageant les décrets-lois Laval de 1935 qui, en raison de la baisse du coût de la vie, édictaient des réductions dans les dépenses publiques.

Sur quoi, désarmé et admiratif, il sourit et, pour la beauté du trait, fit cadeau à l'Etat des 52 francs restants.

L'Administration militaire se montre généralement insensible à l'humour. Et pourtant, lorsqu'elle s'abandonne à son inspiration naturelle, quel humoriste pourrait la battre ?



Cacophonie tarifaire.

Dans sa dernière réunion la Commission Nationale d'homologation des Tarifs a proposé un chiffre-clef de D = 60 à Paris, 50 en province, pour les dentistes.

Les médecins stomatologistes s'étaient vu octroyer précédemment K = 75 et 60 comme tous les médecins.

Les dentistes ayant protesté contre cette différence de traitement, la géniale Commission aurait, paraît-il, décidé pour l'avenir la possibilité d'étudier la réduction du K à 60 et 50 pour les médecins stomatologistes, ou même de faire un K dentaire.

Bien entendu, les stomatologistes protestent contre l'illégalité de cette fragmentation du diplôme de Docteur en médecine, les soins de la bouche devant avoir le même coefficient que les soins du nez ou de l'estomac.

Par ailleurs, la consultation du stomatologiste, spécialiste, doit comme toute consultation de spécialiste être gratifiée du coefficient C = 1,5. Les dentistes en demanderont-ils autant ? Et si par impossible l'autocratique Commission les suivait sur ce terrain, les médecins de médecine générale pourraient-ils admettre que la consultation des chirurgiens

ovules secs
STÉRIGYNE
Désodorisent. Calment le prurit.
Ne coulent pas. Ne tachent pas.
Leucorrhée, hygiène intime
LABORATOIRES SERVIER - ORLÉANS

Schéma d'ordonnance

HYPERTENSION DE LA MÉNOPAUSE

La suppression des fonctions ovariennes rompt l'équilibre neuro-végétatif en déréglant l'appareil régulateur de la pression sanguine, fait apparaître avec une élévation de la tension artérielle, un riche cortège de troubles nerveux et circulatoires.

1° Il faut rechercher la vie calme, exempte d'agitations, de préoccupations irritantes, les excès de fatigue. Du régime exclure les excitants café, thé, alcool.

2° Assagir les réactions vaso-motrices, abaisser la tension, atténuer les troubles fonctionnels par un sédatif polyvalent qui s'adresse à la fois au système végétatif, à l'hypersensibilité du système nerveux et aux spasmes vasculaires en donnant :

Trois semaines par mois, au début de chacun des trois repas, deux comprimés de *TENSÉDINE* *.

3° La dernière semaine traiter la cause endocrinienne par l'extrait ovarien, la folliculine ou la lutéine, suivant la forme symptomatique.

* La TENSÉDINE est une spécialité des Laboratoires MONAL, Docteurs en Pharmacie 13, Avenue de Ségur, PARIS

dentistes dépasse de 50 % la leur propre, au nom de l'égalité de traitement qui a déjà donné de bien curieux résultats chez les sages-femmes...

A vouloir trop réglementer, on tombe dans l'absurde et l'anarchie.

Une réponse.

D'un de nos lecteurs, malheureusement anonyme :

Je lis dans votre journal du 20 juillet 1946 un entrefilet d'un praticien de province se plaignant de ne pas recevoir de réponse écrite à propos des malades qu'il a envoyés en consultation dans les hôpitaux de Paris. Notre confrère se plaint à juste titre, mais il est possible, sans être un des « grands » de la médecine, de lui donner la raison de cet état de choses. Elle est simple, d'ailleurs, et il suffit de vivre un peu dans le milieu hospitalier pour se rendre compte qu'avec une clientèle immensément étendue, les médecins y disposent à peu près des mêmes moyens de travail dont ils disposaient il y a une centaine d'années.

La secrétaire médicale y est en particulier absolument inconnue, hors des quelques services où le patron peut la payer de ses deniers propres. De nombreuses tentatives ont été faites pour faire comprendre, cette nécessité à une administration indiscutablement routinière, ou terrifiée par les « Comités d'hôpitaux ». Rien n'y a fait.

Par ailleurs, il est quasi impossible à un chef de service ou à ses assistants de donner une lettre explicative à tous les « sortants ». Un pareil résultat ne pourrait être obtenu que par une réforme profonde des conditions hospitalières actuelles.

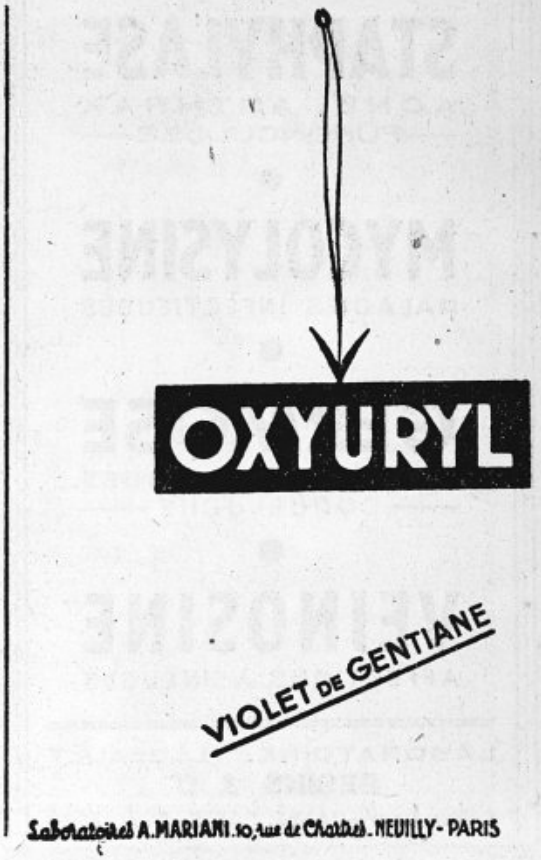
Le Chien et la Puce.

Fable dédiée aux réformateurs de la profession médicale

Une puce se moquait
d'un joyeux petit roquet
gambadant dans l'herbe tendre :
« Ami, je ne puis comprendre
que tu ne sois pas honteux
de sauter comme un boiteux !
D'un si gros animal la disgrâce est risible,
alors que moi, qui suis à peu près invisible,
Je peux, soit dit sans orgueil
franchir en moins d'un clin d'œil
Une longueur égale à deux cent fois la mienne ! »
« Prouvez-le, dit le chien ! » « Oh ! qu'à cela ne tienne !
Eh !, regarde-moi, lourdaud ! »
Là-dessus, elle s'élance,
et tombe avec élégance
à quatre pieds de distance,
au beau milieu d'un seau d'eau.
« En effet, c'est admirable ! »
reprit le chien pitoyable
quand, d'un geste, il la sauva ;
« Mais l'important, ma petite,
n'est pas d'aller loin, ni vite,
c'est de savoir où l'on va ! »

Dr Carley-Rauzy.





Elections et sélection abusive.

Les Conseils d'administration des nouvelles Caisses de Sécurité sociale comprennent, entre autres, des représentants des assurés élus, selon des modalités qui ont motivé l'intervention du Conseil d'Etat, mais les personnalités ainsi désignées par le vote sont directement investies dans leurs fonctions.

Des représentants du Corps médical figurent dans ces Conseils. Les Syndicats médicaux doivent désigner deux candidats pour chaque poste, et le Conseil d'administration de la Caisse désigne le titulaire : en dernier ressort le dernier mot reste donc à la Caisse et non pas à nos syndicats. Ceci présente un grave inconvénient dans certains départements où il importe au Corps Médical que ce soit une personnalité déterminée, particulièrement compétente, qui soit désignée : elle ne le sera pas, si tel est le bon plaisir de la Caisse de Sécurité sociale, car un choix, donc en pratique une récusation, est possible.

Les Syndicats doivent pouvoir désigner en toute souveraineté leur représentant.

Encore une modification de la loi à réclamer.

Toujours les dispensaires.

Très désireux, pour l'instant, d'être agréables au Corps médical, les dirigeants des Caisses d'A.S. prendraient volontiers l'engagement de ne subventionner ni de créer aucun nouveau dispensaire de soins. Bravo !

Mais, poussés dans leurs retranchements, les mêmes hommes, qui sont parfois de puissants chefs syndicalistes très fiers de leurs 400.000 ou 1.000.000 d'adhérents, déclinent toute responsabilité dans la création d'organismes de soins relevant des Comités sociaux.

Les « bons pères » ont des imitateurs imprévus.

Les médecins sont des travailleurs.

Au cours des conversations qu'ont de-ci de-là des médecins avec des militants ouvriers, il est une expression qui revient à chaque instant ; d'une part, il y a les « travailleurs », d'autre part les médecins, ceux-ci étant volontiers accusés de ne pas tenir compte des « légitimes intérêts de ceux-là ». Cette opposition est choquante et fausse ; les médecins savent fort bien respecter les légitimes intérêts des travailleurs, d'autant plus qu'ils sont eux-mêmes des travailleurs, faisant vivre tout juste leur famille d'un métier combien pénible, peu protégé et de plus en plus prolétarisé. Nous devons toujours réfuter ce pseudo-antagonisme créé de toutes pièces par des dirigeants de Caisse qui ont fort peu goûté avant guerre une union très réussie des assurés et des médecins contre certains abus de Caisses d'A.S.

Même maintenant, on entend chez les assurés plus de plaintes contre les Caisses auxquelles ils adhèrent obligatoirement, que contre les médecins qu'ils choisissent librement.

STAPHYLASE
ACNÉ, ANTHRAX
FURONCULOSE
MYCOLYSINE
MALADIES INFECTIEUSES
GERMOSE
TOUX SPASMODIQUES
COQUELUCHE
VEINOSINE
AFFECTIONS VEINEUSES
LABORATOIRES LEBEAULT
BESINS & Cie
5, Rue Bourg-l'Abbé, PARIS - Tur. : 69-50



Oxyurose
Infestations intestinales
Boulogne-s-Seine - Mol 12-13
Laboratoires Pharma-France
43, rue de l'Ancienne Mairie



Sous-Alimentation
Croissance, Grossesse
Laboratoires
Pharma-France
43, rue de l'Ancienne Mairie
Boulogne-s-Seine - Mol 12-13

CORRESPONDANCE

QUESTIONS DIVERSES

986. — Soins à des prisonniers de guerre victimes d'accidents au cours de leur travail.

Pouvez-vous me dire de quelle façon établir mes notes d'honoraires pour soins donnés à un Kommando allemand situé à 6 km. de mon domicile. Ce Kommando est à la charge de la commune. Chaque fois j'examine plusieurs malades. Dois-je appliquer le tarif des A.S., et compter une consultation pour chaque homme examiné, ou bien appliquer le tarif syndical ?

Dr M.

Réponse

La question qui fait l'objet de votre lettre n'a été résolue par aucune disposition positive des lois et règlements en vigueur. Il faut donc, pour s'efforcer de lui trouver une solution, se référer uniquement aux principes généraux du droit.

Un point est cependant acquis : c'est qu'aux termes des conventions de Genève, il appartient à l'Etat qui détient les prisonniers de guerre, d'assurer à ceux-ci le logement, la nourriture et les soins médicaux en cas de maladies. Par conséquent, c'est à l'Etat français représenté par l'autorité militaire, qu'il incombe de faire donner aux prisonniers de guerre allemands en sa puissance, les soins dont ils ont besoin.

L'Etat peut valablement mettre un certain nombre de prisonniers de guerre à la disposition de collectivité publiques ou privées et d'employeurs industriels ou agricoles ; ses obligations n'en ont pas été supprimées pour cela et il reste toujours tenu d'assurer le traitement des prisonniers en cas de blessures ou de maladies.

En fait, si les renseignements qui nous ont été donnés sont exacts, lorsque l'Etat confie des prisonniers de guerre à des employeurs, il passe avec ces employeurs un contrat aux termes duquel ceux-ci assument en ses lieu et place l'obligation des soins envers les prisonniers. Ils doivent même contracter à cet effet des polices spéciales auprès des Compagnies qui les assurent contre les accidents du travail.

Lorsqu'une police de ce genre existe, le médecin qui soigne un prisonnier peut évidemment accepter le règlement que lui propose la Compagnie d'assurances sur les bases du tarif fixé dans la police passée entre celle-ci et l'employeur et s'en contenter. Mais il n'a jamais l'obligation d'accepter ni ce tarif, ni ces modalités de règlement.

En effet, aussi bien la convention passée entre l'Etat et l'employeur que la police d'assurance passée entre l'employeur et la Compagnie, restent pour lui « res inter alios acta » et ne lui sont pas opposables. Comme dans les cas de ce genre, le médecin est mis en œuvre par l'employeur qui le prie de soigner le prisonnier blessé ou malade, il se crée entre le médecin et l'employeur, un contrat de droit commun en vertu duquel l'employeur s'oblige à régler les honoraires du médecin suivant le tarif syndical.

C'est donc suivant le tarif syndical que vous pouvez en l'espèce demander le règlement de vos honoraires à la commune au service de laquelle se trouvent les prisonniers.

1681. — Déclaration des maladies vénériennes.

Je vous serais obligé de me dire quelle conduite faut-il tenir dans le cas suivant :

Chez une jeune fille, j'ai découvert une syphilis héréditaire, semble-t-il, confirmée par la sérologie

PHAGOSTHYL
NEUROTONIQUE - RECONSTITUANT
HÉMO-PHAGOSTHYL
RÉGÉNÉRATEUR DES GLOBULES SANGUINS
PHAGOSTHYL MANGANÉ
RÉCALCIFIANT - RÉMINÉRALISATEUR
AMPOULES DE 5 CC.
(SÉRIE INFANTILE : ampoules de 2 cc.)
Une inject. intramusculaire ou sous-cutanée tous les deux jours
Lab. : ANDRÉ PARIS, 4, Rue de la Motte-Picquet, PARIS-15e

LES ÉTABLISSEMENTS JACQUEMAIRE à Villefranche (Rhône) RAPPELLENT LEURS PRODUITS diététiques
★ LA BLÉDINE
Aliment de préparation au sevrage. Farine complète et équilibrée.
★ LA DIASE CÉRÉALE
Bouillie maltosée fluide. Assimilation totale.
★ LE MALTOGIL
Extrait de malt sec rigoureusement pur. Puissant reconstituant.

LES LABORATOIRES DU GALACTOGIL à Villefranche (Rhône) RAPPELLENT LEURS PRODUITS pharmaceutiques
★ LE GALACTOGIL
Puissant galactogène. A base d'extrait de galéga.
★ LE PEPTOGIL
Spécifique des anaphylaxies protéiques (peptones gastriques et pancréatiques)
P. L. Dupuy

(réactions sub +). Elle travaille comme bonne, dans une maison, où pour tout enfant, il existe une adolescente de 17 ans.

Ma malade se traite avec conscience d'autant plus qu'elle attend un bébé.

Quelles dispositions ai-je à prendre sur le plan légal ? Est-elle contagieuse pour ses patrons et d'autre part, l'article 378 ne m'impose-t-il pas de ne rien entreprendre, puisque cette femme se soigne bien ?

Dr A

Réponse

Aux termes de la loi du 31 décembre 1942 relative à la prophylaxie et à la lutte contre les maladies vénériennes, toute personne atteinte d'accidents vénériens contagieux doit obligatoirement se faire examiner et traiter par un médecin jusqu'à disparition de la contagiosité.

La même obligation pèse sur toute femme enceinte susceptible de transmettre héréditairement la syphilis, soit directement, soit du fait d'une syphilis reconnue du procréateur.

En vertu de l'article 4 de la loi, vous avez l'obligation d'avertir votre malade du genre de maladie dont elle est atteinte, des dangers de contamination qui résultent de cette maladie et des devoirs que lui impose la loi du 31 décembre 1942.

D'autre part, vous devez faire la déclaration de la maladie à l'autorité sanitaire.

Mais il s'agit d'une déclaration simple ne comportant, pas mention du nom de la malade, puisque celle-ci poursuit régulièrement le traitement et ne s'adonne pas à la prostitution.

D'autre part, la loi du 31 décembre 1942 ne porte aucune atteinte au secret professionnel. Il vous est absolument impossible de révéler au patron la maladie dont sa bonne est atteinte. Vous ne pouvez qu'engager celle-ci à suivre le traitement régulièrement et à prendre les précautions indispensables.

C'est seulement dans le cas où elle n'exécuterait pas vos prescriptions que vous seriez cette fois obligé de faire à l'autorité sanitaire une déclaration nominale qui mettrait en œuvre la machine administrative de contrôle et de traitement.

2460. — Distinction entre la pharmacie et l'industrie chimique.

1° Quels sont les produits pharmaceutiques que peut vendre un droguiste ?

(Je me souviens vaguement d'une note parue dans le *Concours Médical* sur ce sujet, mais il peut y avoir des changements, depuis !).

2° Faut-il, pour être droguiste, posséder des diplômes universitaires ou autres ?

Réponse Dr G.

La loi du 11 septembre 1941, par son article premier réserve aux seuls pharmaciens, la préparation des médicaments destinés à l'usage de la médecine humaine c'est-à-dire de toutes les drogues, substances ou compositions présentées comme possédant des propriétés curatives ou préventives à l'égard de maladies humaines, et conditionnées en vue de la vente au poids médicinal.

D'autre part, l'article 39 de la même loi du 11 septembre 1941 dispose que tout établissement qui prépare ou vend en gros, soit des drogues simples ou des produits chimiques destinés à la pharmacie, et conditionnés en vue de la vente au poids médicinal, soit des compositions ou préparations pharmaceutiques, doit appartenir à un pharmacien. Tout ce qui ne rentre pas dans la définition de l'article premier et dans l'article 39 relève de l'industrie chimique, et aucun titre ni diplôme n'est alors nécessaire.

LA CAISSE D'ESCOMPTE MÉDICO-PHARMACEUTIQUE (C.E.M.P.)
13, Rue Auber, PARIS (IXe)

Règle *immédiatement* toutes les notes d'honoraires d'*Accidents* du *Travail*.

Taux d'Escompte 10 % (dix pour cent) du montant des notes.

Demander Imprimés et documention à la C.E.M.P.
13, Rue Auber, PARIS (IXe) — Tél. : OPÉra 56-13

ENTEROSPASME
DYSARIODE
Bismuth ★ Quinoléine ★ Cureuma
LABORATOIRES DU VIOPHAN 8 COMPRIMÉS PAR JOUR 91, RUE DE MONCEAU, PARIS-8e

DEMANDES ET OFFRES

N° 419. — Vends au plus offr., appar. pneumo Lerquins, entièr. neuf, compl. avec valise et trocar, cause pas empl. dans localité. Ecr. journ. qui transm.

N° 420. — A céd. pour rais. fam. très belle client. sage-f. dans ville 4.000 hab., env. de Paris.

N° 421. — Etudiante en médec. de 5e ann., effectuant prospect. médic., rech. Laborat. pour Lyon.

N° 422. — Petit poste camp. rég. Centre bien placé pour s'étendre rapid. Logem. modeste. Convient. à un début, avec frais insignif. Ecr. journ. qui transm.

N° 423. — Méd. Arcachon prend enfants non contagieux. Ecr. journ. qui transm.

N° 424. — Poste méd. à vendre 22 km. gr. ville du Sud-Ouest. Ecr. journ. qui transm.

N° 425. — Désirerions achet. Laboratoire Spécialités pharmac. ay. locaux assez spacieux ou spécialités ayant obtenu visa. Ecr. journ. qui transm.

N° 426. — Achèterai tablier et gants de radiolog.

N° 427. — Poste intéress. doté dern. conf. Belle install. au point de vue appareillage de tous ordres. Situé à la campagne dans grande banlieue de Vienne (Isère). Conviendrait à médecin sérieux et disposant de quelques capitaux.

N° 428. — Céderai Août-Septembre poste pro-pharm. Aisne. Ecr. journ. qui transm.

N° 429. — Cherche remplaçant, de préfér. int. des Hôp., ou étudiant fin de scolarité, période mi-Août-mi-Septemb. Pays agréable plateau central. Ecr. journ. qui transm.

N° 430. — Acheter. app. scopie ou scopie-graphie récent.

N° 431. — Urg. Laborat. bactériol. et chimie biolog. 23. av. de Genève, à Annecy, dem. méd. ou pharmac. diplômé sérologie, comme direct. laborat.

N° 432. — A v. : Pratique méd. chir. 9 vol. Encyclopédie m. c. 7 vol. 2 Pédiatrie, 1 Foie, 2 Digestif, 2 Poumons, 1 vélomot. 3 vit. en bon état Dr Maugery, 158, rue Nationale, à Villefranche-sur-Saône (Rhône).

N° 433. — Cherche acheter client. ville Bretagne, Normandie ou Anjou, dispose compt.

N° 434. — A céd. d'urg., rais. fam., poste médec.-proph. dans Centre. Rég. agréable, chasse et pêche. Eventuellem. belle maison, tout conf. moderne avec jard. Prix à débattre. Ecr. journ. qui transm.

N° 435. — A céd. cabin. consult. Oph. et O.R.L. tout installé, ville banl. 20 km. de Paris. Ecr. journ. qui transm.

N° 436. — Cherche client. méd. génér. à reprendre à Aix-les-Bains ou Annecy.

N° 437. — Cherche poste médic. entre Vannes et Nantes. Ech. poss. avec pet. ville Vendée. Urg. Ecr. journ. qui transm.

N° 438. — Doct. 45 ans, marié, cherche situation dans clin. privée médec. résid. rég. Marseille, Côte d'Azur, de préf.

N° 439. — Cherche, rég. Sud-Est. Cabin. chirurg. à repr. après période collabor. ou essai. Ecr. journ. qui transm.

N° 440. — Infirmière chirurg. demandée pour clin. chirurg. du Nord.

... double empl., cède appareil R. X. neuf Théraplix Pélissé, Poupinel neuf. Potter et divers access. radio. Ecr. journ. qui transm.

N° 442. — Jeune chirurg. 4 ans de prat., cherche place chirurg. ou chirurg. assist. dans établis. privé ou public. Ecr. journ. qui transm.

N° 443. — Cherche toise et spiroscope ou spiromètre. Offres avec prix. Dr Borg, à Grasse.

N° 444. — Sana femmes, altitude, demande 2 infirmières soignantes ayant connaiss. sanatoriales, si poss. diplôm.

N° 445. — Ex-infirmier dipl. Marine Nationale, désire empl. dans clin. ou établiss. sanitaire. Ecr. Roger Igigabel, 11, rue Général-Quinivet, à Pontivy (Morbihan).

N° 446. — On dem. au méd. franç. de serv. à l'hôpital du camp de concentrat. de Meppen-Versen en Mars 1945 de bien vouloir donner tous les renseign. qu'il peut avoir sur Jeno Varjas, interné N° 65.306. Ecr. à son fils G. Varjas, 190 Sloane street, Londres S.W.I.

N° 447. — A céder, bon poste pro-pharmac., région Deux-Sèvres. Ecr. journ. qui transm.

N° 448. — A céder appareil ondes courtes, état neuf, et access. radiolog., grille lysholm.

Gérant : J. MIGNON
Février 1879
Lang, Blanchong et Cie, 30, rue du Poteau - Paris (18e) — 31.1040
Dépôt légal : N° 8
3e trimestre 46

On désinfecte
avec le
FUMIGATOR
GONIN



60, Rue Saussure
PARIS (17e)

CALMOPELVINE
Dragées
ANTISEPTIQUE
URINAIRE
LABORATOIRES FERGANT
81, Rue Réaumur, PARIS - Tél. : Central 37-91

CALCIUM-SANDOZ
permet la calcithérapie
à dose efficace par voie
gastrique ou parentérale
LABORATOIRES SANDOZ
15, Rue Galvani et 20, Rue Vernier, PARIS-17e

VALS SOURCE LA REINE

Dans les cas de

DIARRHÉE INFANTILE

quelles qu'en soient la cause et la forme **aucun traitement** n'a donné des résultats comparables à l'emploi de la diète hydrique par

VALS-REINE



Additionnée au lait elle constitue le meilleur **PRÉVENTIF** de cette diarrhée.

Sté VALS-REINE
à Vals-les-Bains (Ardèche)

TROUBLES DU MÉTABOLISME PHOSPHO-CALCIQUE

RACHITISME
GROSSESSE
LACTATION
SPASMOPHILIE
CARIES DENTAIRES
FRACTURES

ERGORONE

SOLUTION GLYCÉRO-ALCOOLIQUE RENFERMANT 0,03 POUR 100 DE VITAMINE D CRISTALLISÉE

400 unités internationales par goutte

MÉDICATION D'UNE POSOLOGIE PRÉCISE
contrôlée physiquement et biologiquement

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
MARQUES POULENC FRÈRES ET USINES DU RHÔNE
SPECIA
21, RUE JEAN GOUJON - PARIS (8ème)

Toutes les indications du Calcium et de la Vitamine D

ULTRACALCIUM

PHOSPHORE CALCIUM VITAMINE D

RECALCIFIANT COMPLET ET ÉQUILIBRÉ

EN COMPRIMÉS OU DRAGÉES A CROQUER

LABORATOIRES DEROL, 66 TER RUE ST. DIDIER. PARIS 16e

CHLORURE D'ACÉTYLCHOLINE
EN SOLUTION ANHYDRE ET STABLE

ACÉCOLINE

"L'Acécoline dilate les artérioles et lève les spasmes vasculaires"

RAMOLLISSEMENT CÉRÉBRAL
Hypertension artérielle
SPASMES RÉTINIENS
Artérites, Gangrènes
CLAUDICATION INTERMITTENTE
Syndrome de Raynaud
ANGINE DE POITRINE
Coliques de plomb
SUEURS DES TUBERCULEUX

BOITES DE 3 OU 8 AMPOULES



A 2,5,10 OU 20 Cg

LABORATOIRES LEMATTE ET BOINOT
52, RUE LA BRUYÈRE, PARIS

68e ANNÉE N° 33 17 AOUT 1946

LE

CONCOURS MÉDICAL

37, RUE DE BELLEFOND - PARIS (9e) - TRU 33-66

379-381

SOMMAIRE

PARTIE SCIENTIFIQUE.

Mode de début et imputation des lésions orificielles du cœur (Prof. A. Dumas) 887

Chronique de la Médecine du Travail : L'intoxication professionnelle par le bromure de méthyle doit être indemnisable (Dr Roth-Bach) 890

Le diagnostic différentiel des perforations de l'ulcère gastrique et de l'appendice (Dr H. Reynaud) 891

Les Sociétés Savantes, 893. — La Presse, 893

PARTIE PROFESSIONNELLE.

Propos du Jour : Conférence de presse au Conseil National de l'Ordre (Dr G. Lavalée) 895

Organisation Professionnelle : Assurances sociales. La difficile mise en doute du nouveau contrôle (P. Douriez) 897

La Commission permanente de la Nomenclature (Dr F. Decourt) 899

L'entente directe entre le corps médical et les Caisses (Prof. Vanverts) 900

Chronique de l'Automobile : Le prix de revient kilométrique d'une voiture. A propos de l'article de M. Petit, du 29 juin 1946 (Dr Jacques Lemoine) 901

DEMI-COLONNES.

Dernières Nouvelles, 880. — A Travers l'Officiel, 883. — Echos et Commentaires, 903 — Correspondance, 907.

NATIBAÏNE
NATIVELLE

Toux Coqueluche
ÆTHONE
Laboratoire de l'ÆTHONE 35, rue Boissonnade, PARIS (XIVe)

Traitement Spécifique de l'Acné
SACNEL
Laboratoires DUMESNIL, 10, Rue du Plâtre, Paris 4e

Silicyl
Médication de BASE et de RÉGIME des ÉTATS ARTÉRIOSCLÉREUX et des carences siliceuses
18, Rue Ernest-Rousselle - PARIS-13e

VÉRITABLE HUILE DE
HAARLEM
G. de KONING TILLY
GOUTTES — CAPSULES
Laboratoires THOMAS, 2, rue Ste-Cécile, PARIS 9e

Infangyl
Carlier
TOUX INFANTILES

DERNIÈRES NOUVELLES

Hôpitaux de Paris.

Concours d'oto-rhino-laryngologiste. — Un concours pour la nomination à une place d'oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux de Paris, sera ouvert le 18 Octobre 1946. Les inscriptions sont reçues, 3, avenue Victoria, du 22 Août au 10 Septembre 1946.

Concours de stomatologiste. — Un concours pour une place de stomatologiste des hôpitaux, s'ouvrira le 30 octobre 1946. Inscriptions du 13 septembre au 3 octobre, 3, avenue Victoria.

Concours de l'internat. — Le concours de 1946, de l'internat des hôpitaux de Paris, commencera le 9 octobre 1946. Les inscriptions sont reçues à l'Administration Centrale, 3, avenue Victoria, du 29 Août au 11 Septembre 1946.

Société française d'Hygiène scolaire.

L'Assemblée générale aura lieu le mercredi 25 septembre 1946, 15, rue de la Bûcherie, Paris (5e), à 18 heures, sous la présidence du Docteur E. Lesné.

Assurances Sociales.

Note de la Confédération des Syndicats médicaux

En réponse à des informations inexactes, nous donnons ci-dessous le texte de la « Note Verbale » lue et commentée à la Commission Nationale Tripartite siégeant au Ministère du Travail, le 4 juillet, et traduisant la position adoptée par le Conseil d'Administration confédéral les 22 et 23 Juin. D'autre part, nous précisons que la Circulaire n° 13 — devenue caduque dans les détails, mais dont la décision mentionnée ci-dessus reprend les directives essentielles —, n'a pas été communiquée au Gouvernement. Le sens en avait été indiqué à la Commission Nationale Tripartite qui avait, par la voix de son Président, déclaré à ce moment n'avoir pas à s'y référer.

NOTE VERBALE

(lue le 4 juillet à la Commission Nationale Tripartite)

« La Commission Nationale Tripartite a, à notre sens, commis une erreur en fixant par voie d'autorité des honoraires ou tarifs qui sont, dans nombre de cas, nettement inférieurs aux honoraires pratiqués depuis plusieurs mois, ou dont l'augmentation incessante du coût de la vie justifie largement des relèvements, à l'heure actuelle.

Les Syndicats Médicaux ont donc décidé de fixer eux-mêmes, de façon strictement raisonnable, les honoraires applicables à tous les assurés sociaux dont les ressources globales, le train de vie, compte tenu des charges, ne permettent pas l'assimilation aux catégories aisées de la population.

L'homologation des barèmes d'honoraires et tarifs, ou leur fixation éventuelle, seront réalisés par le Conseil de la Confédération des Syndicats médicaux français.

Ce sont ces honoraires qui, sauf dérogations légales, ou conventions en cours, seront appliqués.

Il nous reste à souhaiter, pour permettre aux assurés de bénéficier entièrement des dispositions légales qui leur seront favorables, en attendant les modifications que nous réclamons à l'Ordonnance du 19 octobre sur les Assurances Sociales, que la Commission Nationale dans un esprit de large compréhension adopte les règles, dont, en toute équité, compte s'inspirer, en l'espèce, le Conseil de la Confédération des Syndicats Médicaux Français. »

Voitures et pneus.

Voitures. — Nous continuons à réclamer avec insistance voitures et pneus en plus grand nombre, et protestons contre l'attribution presque exclusive de Simca V.

Les Secrétaires Syndicaux Départementaux reçoivent, par information du 23 juillet, quelques précisions supplémentaires.

Nous aurons au cours du trimestre actuel environ 200 Jeeps — usagées mais en bon état — Les intéressés qui nous ont fait la demande seront immédiatement, et individuellement, prévenus, lorsque nous aurons l'indication du prix approximatif, et du lieu de stockage.

Nous avons aujourd'hui même l'assurance officielle que le droit de *priorité absolue* sera réservé aux





médecins pour l'achat des *voitures vendues par les Domaines*. Nous donnerons les détails d'application de cette indication dès que nous les connaîtrons.

Pneus. — Un contingent *supplémentaire* d'environ 1.500 enveloppes et chambres, va nous être attribué. Les Secrétaires départementaux des Syndicats sont prévenus par communiqué daté du 23 juillet, du nombre qui sera mis à leur disposition compte tenu du chiffre des médecins et des nécessités locales.

(*Communiqué Confédéral.*)

Chambre Syndicale des Médecins de la Seine.

A l'époque des vacances, la Chambre Syndicale des Médecins de la Seine, demande aux confrères de Paris et de Banlieue, de bien vouloir indiquer à leur clientèle, les noms et adresses des médecins de leur voisinage, auxquels les malades pourraient avoir recours en leur absence.

Les médecins ne prenant pas leurs vacances au mois d'août, pourront donner leurs noms et adresses à la Chambre Syndicale, 60 bd de La-Tour-Maubourg, qui pourra les transmettre aux confrères devant s'absenter.

(*Communiqué*)

Conseil National de l'Ordre des Médecins.

Protocole d'accord entre le Conseil National de l'Ordre et la Confédération des Syndicats médicaux.

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins et la Confédération des Syndicats médicaux français viennent de signer un protocole d'accord dont voici le texte intégral :

Les soussignés M. le Pr Portes, Président du Conseil National de l'Ordre et M. le Pr Marquis, Président de la Confédération des Syndicats Médicaux français, ont l'honneur de porter à votre connaissance les termes de l'accord intervenu entre le Conseil National de l'Ordre et la Confédération des Syndicats Médicaux Français, sous l'égide de M. le ministre de la Santé et de la Population en vue du règlement de diverses questions communes.

Le Conseil National et la Confédération ont en conséquence décidé des mesures suivantes :

1° Les deux organismes s'engagent à maintenir entre eux tous les contacts que nécessite l'intérêt général de la profession ;

2° L'Ordre, suivant ses attributions légales, veille au maintien des principes de moralité, de probité et de dévouement indispensables à l'exercice de la médecine et à l'observation, par tous ses membres, des devoirs professionnels, ainsi que des règles édictées par le Code de déontologie prévu à l'article 66 de l'Ordonnance du 24 septembre 1945.

Il assure la défense de l'honneur et de l'indépendance de la profession médicale. Il peut organiser toutes œuvres d'entr'aide et de retraite pour ses participants.

Défenseur de l'indépendance de la profession dans son ensemble comme de l'indépendance de chaque médecin, l'Ordre a pouvoir de se faire communiquer tout contrat individuel relatif à l'exercice de la profession (Art. 67 de l'ordonnance du 24 septembre 1945). Les contrats collectifs, ou conventions collectives, sont du ressort exclusif de la Confédération des Syndicats Médicaux Français.

La Confédération des Syndicats Médicaux Français s'engage à porter à la connaissance de l'Ordre, bénévolement, avant signature, pour avis, ces contrats ou conventions établis nationalement ou départementalement.

L'Ordre s'engage à la réciprocité de cette mesure.

Aucune publicité ne sera donnée à ces documents avant leur diffusion par l'organisme signataire.

3° L'Ordre et la Confédération étudieront en commun, par le moyen de Commissions mixtes, les questions qui ne ressortissent pas directement à l'article 19 de l'ordonnance du 24 septembre 1945 et qui sont le privilège légal de l'Ordre, ni à l'application des lois médico-sociales ou aux questions purement matérielles qui ressortissent aux Syndicats.

Le Concours Médical
Hebdomadaire fondé en 1879 par A. Cézilly.
Directeur honoraire : Docteur J. Noir.
Directeur : Dr G. Lavalée.
Rédacteur en Chef : Dr G. Fischer.
Rédaction, Administration et Publicité, 51, Rue de Bellefond, Paris (9e).
Téléphone : TRU 33-66. R. C. Seine 76.579.
Chèques postaux, Paris 167-95.
Abonnements : 1 an, 250 francs. - Etudiants, 125 fr. Le N° 10 fr. Changem. d'adresse 5 fr

VALS SOURCE LA REINE
Dans les cas de
DIARRHÉE INFANTILE
quelles qu'en soient la cause et la forme **aucun traitement**
n'a donné des résultats comparables à l'emploi de la diète hydrique par
VALS-REINE


Additionnée au lait elle constitue le meilleur PRÉVENTIF de cette diarrhée.
Sté VALS-REINE
à Vals-les-Bains (Ardèche)

COMBEY-LAX
Le délicieux laxatif pour les enfants
SIROP PUR SUCRE ET POMMES DE REINETTE
= PAR CUILLERÉES A CAFÉ =
LABORATOIRES ROLAND MARIE
191, RUE DU Fg St-ANTOINE, PARIS

Ces questions seront par exemple : Réforme de l'Enseignement, qualification du Spécialiste, etc...

4° La distribution des produits contingentés et du matériel professionnel ou familial, est confié aux Syndicats médicaux.

Ces différents produits devant être attribués en toute équité à tous les médecins, qu'ils soient ou non affiliés à un syndicat départemental, les réclamations pouvant se produire sur ce point seraient examinées et réglées en accord avec les bureaux du Conseil National et de la Confédération.

Le Président de la Confédération des Syndicats Médicaux Français
Pr MARQUIS
Le Président du Conseil National de l'Ordre des Médecins
Pr PORTES

Hygiène Scolaire et Universitaire.

Postes vacants. — Des postes de médecins examinateurs scolaires à temps plein sont à pourvoir dans les départements de Vaucluse, Bouches-du-Rhône, Var, Basses-Alpes, Corse.

Pour tous renseignements s'adresser à M. le Docteur Debbasch, médecin inspecteur de l'Hygiène scolaire et universitaire, 66, rue Saint-Sébastien à Marseille.

Inspection Régionale de l'Hygiène Scolaire et Universitaire

Des postes de médecin délégué départemental de l'hygiène scolaire et universitaire sont à pourvoir dans les six départements de l'Académie de Caen.

— Seine-Inférieure, Calvados, Orne, Eure, Sarthe et Manche, avec résidence aux chefs-lieux de ces départements.

— Traitement : 180.000 plus indemnités.

Pour tous renseignements, s'adresser au Médecin Inspecteur Régional de l'Hygiène Scolaire et Universitaire, 168, rue Caponière à Caen (Calvados).

Commission d'examen des thèses, etc...

Un arrêté du Ministre de l'Education Nationale en date du 19 juillet 1946 institue à la direction de l'Hygiène Scolaire et Universitaire une Commission chargée d'examiner les thèses, travaux scientifiques, ou médico-sociaux se rapportant à l'Hygiène Scolaire et Universitaire et susceptibles de recevoir des récompenses sous forme de prix ou contribution à des frais d'impression. Le professeur d'Hygiène de la Faculté de Médecine de Paris fait partie de cette Commission.

Sanatorium de Pignelin.

Un poste d'Interne est vacant au Sanatorium de Pignelin, par Nevers (Nièvre). Pour tous renseignements, s'adresser au Médecin-Directeur.

Naissances.

On annonce la naissance de Michel de Alberti, troisième enfant du Dr Jules de Alberti, et petit-fils du Dr Charles de Alberti (Nice) ; d'Alain Michel, troisième fils du Dr R. Michel Le Lavandou (Var) ; de Michel Moreau, second fils du Dr Moreau de Gouaix (S.-et-M.) ; de Bernard Faurie, fils du Dr P. Faurie, et onzième petit-fils du Dr E. Richard de Montoire-sur-le-Loir (Loir et Cher) ; Jean-François Lachelin, troisième enfant du Dr R. Lachelin, La Neuville-Roy (Oise) ; de Frédéric Durand, fils du Dr H. Durand, de Clichy ; de Dominique Boudet, troisième enfant du Dr P. Boudet de la Ferté-Bernard (Sarthe) ; de Patrick Seigneur, sixième enfant du Dr P. Seigneur, de Beaulieu-Mandeure (Doubs) ; de Bruno Vermeille, sixième enfant du Dr Vermeille (de Redon, Ille-et-Vilaine) ; de Martine Sobel, deuxième fille du Dr Ph. Sobel (Alès, Gard) ; de Francis Lapierre, fils et petit-fils des Drs J. et G. Lapierre, Dieue (Meuse).

Mariages.

Le docteur M. Pellet, de Grenoble, fait part de son mariage avec Mlle Renée Barue.

Nécrologie.

Nous avons le profond regret d'annoncer à nos lecteurs la mort à l'âge de 67 ans, après une longue maladie, de notre distingué chroniqueur de l'automobile, M. Henri PETIT, ancien élève de l'Ecole Polytechnique, ancien Président de la Société des Ingénieurs de l'Automobile, Chevalier de la Légion d'honneur.

A sa fille et à toute sa famille le *Concours Médical* offre l'expression de sa douloureuse sympathie.

On annonce le décès du Dr Bernard à Ryes, survenu le 9 juillet 1946.

INSULINOTHÉRAPIE
plus de démarches
plus de bons !
LA PRESCRIPTION
DE
L'ENDOPANCRINE
est libre
DEPUIS AVRIL 1946
LABORATOIRE DE L'ENDOPANCRINE
48, RUE DE LA PROCESSION. PARIS (15e)

GASTRHÉMA
Anémies — Anorexie
Hémogénie — Hypopepsie
GASTRHÉMA
Asthénie — 1 à 3 ampoules buvables par jour
Méthode de Castle — 17, Av. de Villiers, Paris-17e
GASTRHÉMA

FAUTEUILS ROULANTS
DUPONT
Cent ans de spécialisation dans le confort du malade
VENTE & LOCATION
10, Rue Hautefeuille - PARIS (6e)
Téléphone : DANTON 05-61 - 05-62
Succ. à LYON, 6, Place Bellecour

A TRAVERS L'OFFICIEL

ALLOCATION AUX VIEUX.

Arrêté du 22 juillet 1946 fixant le taux de la contribution spéciale pour le financement de l'allocation aux vieux travailleurs salariés non assurés sociaux, instituée par l'ordonnance du 20 décembre 1944 en ce qui concerne les employeurs de domestiques et gens de maison.

Article premier. — Le taux de la contribution spéciale pour le financement de l'allocation aux vieux travaillleurs salariés non assurés sociaux est fixé au tiers de la double contribution ouvrière et patronale versée au titre des assurances sociales pour les employeurs de domestiques et gens de maison.

Art. 2. — Les dispositions du présent arrêté auront effet à dater du 1er juillet 1946.

(*J. O.*, 25 *Juillet* 1946.)

ASSURANCES SOCIALES.

Arrêté du 22 juillet 1946 fixant les frais de déplacement des assurés sociaux en cas de maladie, longue maladie et invalidité.

Article premier. — Ont droit au remboursement de leurs frais de transport dans les conditions définies aux articles ci-dessous et, le cas échéant, aux indemnités prévues auxdits articles :

1° L'assuré ou ses ayants droit qui doivent quitter la commune où ils résident soit pour se soumettre à l'exercice du contrôle médical effectué en application des législations des assurances sociales agricoles ou non agricoles, soit pour se soumettre à un traitement prescrit dans les conditions prévues au chapitre III de l'ordonnance du 19 octobre 1945 susvisé ;

2° L'assuré ou le pensionné d'invalidité qui doit quitter la commune où il réside, soit pour répondre à la convocation du médecin désigné par la caisse régionale de sécurité sociale ou la caisse centrale de secours mutuels agricoles, soit pour répondre à la convocation de l'expert médical désigné par la commission technique régionale d'invalidité ou la commission nationale d'invalidité prévue à l'article 52 de l'ordonnance susvisée du 19 octobre 1945, soit pour se rendre à la séance de la commission technique régionale d'invalidité.

Art. 2. — Les frais de transport sont remboursés d'après le prix effectif de transport aller et retour, par la voie la plus économique, de la gare ou du point de départ autre situé dans la commune de la résidence de l'assuré, à la gare ou au point d'arrivée le plus convenable situé dans la commune où l'intéressé a été convoqué.

Art. 3. — A ces frais de transport s'ajoute, s'il y a lieu, une indemnité de repas ou d'hôtel calculée suivant un tarif déterminé par le conseil d'administration de la caisse régionale de sécurité sociale assisté d'un représentant de chacune des caisses mutuelles d'assurances sociales agricoles intéressées. Cette indemnité ne peut être supérieure au taux fixé par l'article 8 du décret du 4 octobre 1945 relatif aux indemnités pour frais de déplacement attribuées aux fonctionnaires de l'Etat, pour les fonctionnaires ou agents visés dans le groupe IV.

Art. 4. — L'assuré ou ses ayants droit, qui seront reconnus médicalement comme étant dans l'impossibilité de se déplacer autrement qu'en voiture, bénéficieront, sur présentation d'une pièce justificative, du remboursement de leurs dépenses réelles et nécessaires.



Art. 5. — Lorsqu'il s'agit d'un pensionné d'invalidité remplissant les conditions prévues à l'alinéa 3 de l'article 55 de l'ordonnance du 19 octobre 1945, la tierce personne qui l'aura effectivement accompagné a droit au remboursement de ses frais de transport et à l'indemnité de repas et d'hôtel dans les conditions fixées aux articles 2 et 3 ci-dessus.

Art. 6. — La demande de remboursement des frais de transport prévus à l'article 2 ci-dessus sera obligatoirement accompagnée d'une déclaration de l'intéressé certifiant qu'il ne bénéficie pas d'avantages personnels, à quelque titre que ce soit, ou qu'il ne bénéficie pas d'avantages autres que ceux dont il est fait état dans la demande.

Art. 7. — Aux frais de transport et indemnités prévus aux articles 2, 3 et 4, s'ajoute, s'il est établi que le déplacement a entraîné une interruption de travail, une indemnité compensatrice de la perte de salaire que l'intéressé sera en mesure de justifier, dans la limite d'un maximum de 300 fr. par jour, ainsi que les allocations familiales et, le cas échéant, l'allocation de salaire unique.

Art. 8. — § 1er. — Le présent arrêté entrera en vigueur le 1er juillet 1946 et s'appliquera aux frais de transport, de déplacement et d'hôtel effectués postérieurement à cette date.

§ 2. — Sont abrogées toutes dispositions contraires au présent arrêté, notamment celles de l'arrêté du 4 janvier 1946. (*J. O.*, 27 *juillet* 1946.)

Décret du 3 juillet 1946 concernant l'entrée en vigueur de certaines dispositions des ordonnances des 4 octobre 1945 et 19 octobre 1945.

Article premier. — Les dispositions de l'article 56 de l'ordonnance du 4 octobre 1945 portant organisation de la sécurité sociale et des articles 106 à 109 inclus de l'ordonnance du 19 octobre 1945 fixant le régime des assurances sociales applicable aux assurés des professions non agricoles, entreront en vigueur à la date qui sera fixée par un décret ultérieur.

Jusqu'à cette date, les commissions d'arrondissement des assurances sociales continueront à fonctionner dans les conditions prévues par l'article 153 du décret du 29 décembre 1945 portant règlement d'administration publique pour l'application de l'ordonnance du 19 octobre 1945.

Art. 2. — Les dispositions de l'article 44 de l'ordonnance du 4 octobre 1945 entreront en vigueur à la date qui sera fixée par un décret ultérieur.

Jusqu'à cette date, les caisses d'allocations familiales pourront nommer des contrôleurs chargés de collaborer à la surveillance de l'application de la législation sur les allocations familiales dans les conditions prévues par l'article 47 du décret-loi du 29 juillet 1939 relatif à la famille et à la natalité française. (*J. O.*, 5 juillet 1946.)

Arrêté du Ministre du Travail du 29 juin 1946 fixant le régime des primes d'allaitement et bons de lait.

Article premier. — L'assurée, la conjointe de l'assuré et les ayants droit de l'assurée visés à l'article 23 (§ 2) de l'ordonnance du 19 octobre 1945 qui allaitent leur enfant ont droit à des allocations mensuelles fixées par le règlement intérieur de la caisse.

L'ensemble des allocations payées à une même bénéficiaire ne doit pas excéder 6.000 fr. pour la période complète d'allaitement.

L'allocation prévue pour chacun des quatre premiers mois ne peut être inférieure à 1.200 francs.

Art. 2. — Les bons de lait prévus à l'article 48 de l'ordonnance du 19 octobre 1945 sont alloués dans les conditions définies ci-après.

Art. 3. — Si l'enfant est alimenté au lait frais de qualité ordinaire, la valeur totale des bons de lait ne peut dépasser 30 % de la prime. Le montant du bon mensuel de lait pour chacun des quatre premiers mois ne peut être inférieur à 360 fr.

Si l'enfant est alimenté, à l'exclusion de tout autre lait, avec un lait remplissant les conditions

THÉRAPEUTIQUE ACIDE DE LA PEAU
DERMACIDE
pH 3,6
Liquide — Pain
VITA-DERMACIDE
Pâte acide grasse
soluble à l'eau
LABORATOIRES PORCHER, 35, R. Blancs-Manteaux, PARIS-4e

VITADIASE
PRODUIT NATUREL
INOSITO de Ca - Mg PHOSPHATE
COMPLEXE VITAMINES B

Équilibre la santé
CACHETS - DRAGÉES - GRANULÉS
LABORATOIRES GEORGES TIXIER - 10 RUE HANELIN - PARIS-16e

hygiéniques fixées par le ministre de la Santé Publique, délivré par l'un des centres ou des fournisseurs agréés dans chaque département par le directeur départemental de la Santé, le total des bons de lait pourra atteindre 60 % du montant de la prime. Le montant du bon mensuel de lait ne pourra dans ce cas, être inférieur à 720 fr. pour chacun des quatre premiers mois.

Art. 4. — En cas d'allaitement mixte, le bénéficiaire pourra recevoir :

1° Des allocations mensuelles, dont le montant total est égal à 40 % de la prime d'allaitement et qui, pour chacun des quatre premiers mois ne peuvent être inférieurs à 480 fr. ;

2° Des bons de lait dont la valeur ne pourra excéder, soit 30 % de la prime d'allaitement, lorsqu'il est fait usage d'un lait de qualité ordinaire ; soit 60 % de ladite prime, lorsqu'il est fait usage d'un lait hygiénique.

Pour chacun des quatre premiers mois, le montant des bons ne peut être inférieur à 360 fr. dans le premier cas et 720 fr. dans le second cas.

Art. 5. — Les caisses de sécurité sociale peuvent passer des accords avec les fournisseurs et centres de distribution agréés dans les conditions prévues à l'article 3, en vue de faire assurer par ceux-ci aux intéressées, contre remise de bons de lait spéciaux, la fourniture de lait hygiénique, dont le prix leur est directement et périodiquement acquitté par les caisses de sécurité sociale.

Art. 6. — Les dispositions du présent arrêté entrent en vigueur à compter du 1er juillet 1946. Toutefois, le montant des bons de lait ne pourra être porté à 60 % de la prime d'allaitement, dans les conditions prévues aux articles 3 et 4, qu'à partir de la date à laquelle les centres de distribution du lait hygiénique auront été désignés et agréés. Cette date sera fixée conjointement dans chaque département par le directeur régional de la Sécurité Sociale et par le directeur départemental de la Santé intéressé.

Art. 7. — A compter du 1er juillet, les dispositions de l'arrêté du 28 décembre 1945 cessent de porter effet.

Les bénéficiaires des primes d'allaitement et bons de lait dont le droit est ouvert antérieurement à cette date, percevront pour la période d'allaitement postérieure, des allocations mensuelles d'un montant fixé compte tenu des dispositions du présent arrêté. (*J. O.*, 6 *juillet* 1946.)

HYGIENE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

Arrêté du 19 juillet 1946 instituant une Commission chargée d'examiner les thèses, travaux scientifiques ou médico-sociaux se rapportant à l'hygiène scolaire et universitaire.

Article premier. — Il est institué à la direction de l'hygiène scolaire et universitaire une commission chargée d'examiner les thèses, travaux scientifiques ou médico-sociaux se rapportant à l'hygiène scolaire et universitaire et susceptibles de recevoir des récompenses sous forme de prix ou contribution à des frais d'impression.

Art. 2. — La commission des thèses et travaux instituée à l'article 1er du présent arrêté est composée comme suit :

Le directeur de l'hygiène scolaire et universitaire, président ;

Le professeur d'hygiène de la Faculté de Médecine de l'Université de Paris ;

Un médecin inspecteur général de l'hygiène scolaire et universitaire désigné pour une période de trois ans ;

Le contrôleur des dépenses engagées ou son représentant ;

Un médecin désigné pour une période de trois ans.

Un sous-chef de bureau de la direction de l'hygiène scolaire et universitaire assurera le secrétariat administratif de la commission.

(*J. O.*, 24 *juillet* 1946.)

PASSIFLORINE
Le médicament des cœurs instables
La PASSIFLORINE
par sa composition atoxique
PASSIFLORE, AUBÉPINE, SAULE
est un calmant
du Système végétatif
et un
Régulateur toni-cardiaque
La PASSIFLORINE
est le grand remède phytothérapique
de l'Eréthisme cardiaque
avec
Palpitations et Tachycardie
Laboratoire G. RÉAUBOURG, Dr en Phie
115, Rue de Paris - BOULOGNE-sur-SEINE

LE DÉFICIT EN CALCIUM ALIMENTAIRE
peut être comblé par
L'OPOTHÉRAPIE OSSEUSE
qui représente une méthode sûre de
RÉMINÉRALISATION

HOLOS
POUDRE D'OS OPOTHÉRAPIQUE VITAMINÉE
DESCHIENS, Docteur en Pharmacie, 9, Rue Paul Baudry - PARIS (8e)

La bactériothérapie lactique rénovée
FERMENT LACTIQUE INTESTINAL VIVANT
VIVACIDOL
(VIV ant - ACIDO philus)
Ampoules buvables 1 à 4 par jour
LABORATOIRES E. BOUCHARD
83, RUE DUTOT, PARIS-15e



CORYDRANE CRISTALLISE EN UNE MOLÉCULE LES VERTUS APAISANTES DE L'ASPIRINE ET LA FORCE TONIQUE DU NORÉPHÉDRANE.

AINSI LES TROUBLES S'EFFACENT AU MOMENT MÊME OU L'HOMME RETROUVE L'ÉNERGIE DE LES DOMINER.

L'INTELLIGENCE ET LA LIBERTÉ DE RESPIRER REVIENNENT A L'ENRHUMÉ, ET LE GRIPPÉ SENT FUIR SA FIÈVRE.

QUI SOUFFRE DANS SES NERFS OU DANS SES OS ACCUEILLE LE CORYDRANE AVEC GRATITUDE. GRACE A LUI LE MIGRAINEUX SE RÉJOUIT D'UNE LUCIDE DÉTENTE.

SOULAGER ET SOUTENIR, LOI IMMUABLE D'ÆSCULAPE QUI S'OPPOSE AU PRINCIPE D'EPICTÈTE

Ἀνέχου καὶ ἀπέχου

HIPPOCRATE APPLIQUAIT CETTE RÈGLE D'OR A SES ASTHÉNIQUES, GALIEN A SES RHUMATISANTS.

ET TOI-MÊME, UN JOUR, CLINICIEN AVERTI, SI QUELQUE MALAISE T'ASSAILLE, PRENDS PLUTOT UN COMPRIMÉ DE

CORYDRANE

LABORATOIRES DELAGRANGE
39, Bd. de LATOUR-MAUBOURG, PARIS - 7e

PARTIE SCIENTIFIQUE

MODE DE DÉBUT ET IMPUTATION DES LÉSIONS ORIFICIELLES DU CŒUR

par M. A. DUMAS Professeur agrégé, Médecin des Hôpitaux de Lyon.

QU'IL s'agisse d'établir une expertise, de légitimer un traitement, ou de satisfaire une curiosité scientifique, rien n'est difficile comme d'assigner une date de début et d'imputer à telle atteinte rhumatismale ou à telle autre manifestation pathologique extra-articulaire les lésions orificielles du cœur définitivement constituées que la clinique courante soumet chaque jour à notre examen.

Nous ne parlerons pas des malformations congénitales, ni des lésionst raumatiques qui constituent autant de chapitres très spéciaux, méritent une étude particulière et ne font pas partie de notre propos.

Nous nous en tiendrons aux cas les plus banaux de lésions orificielles rhumatismales ou aussi syphilitiques que tout médecin est appelé chaque jour à diagnostiquer.

La syphilis n'a qu'un domaine bien étroit ; l'orifice aortique, pour y produire l'insuffisance. Le rhumatisme, lui, règne sur tous les orifices sans exception, pour y provoquer l'insuffisance, mais aussi le rétrécissement.

Une conclusion sommaire peut être tirée de cette première attestation ; toute lésion cardiaque orificielle doit être imputée au rhumatisme s'il ne s'agit pas d'insuffisance aortique solitaire, et s'il s'agit d'insuffisance aortique solitaire, la nature syphilitique doit être admise chez un sujet ayant dépassé la quarantaine, qui n'a jamais eu de rhumatisme, et qui est suspect de syphilis.

Dans ses grandes lignes cette affirmation est défendable. Elle est utile, simplifie le problème, mais est loin, comme nous le verrons, de le résoudre absolument et de satisfaire à tous les cas.

Nous nous plaçons, comme l'indique le titre de notre article, en face d'une ou de plusieurs lésions orificielles et nous nous demandons quand, comment et pourquoi cette lésion s'est constituée.

Plusieurs cas peuvent se présenter :

1er cas. Il s'agit d'un sujet n'ayant pas dépassé la trentaine, qui a présenté dans ses antécédents une ou plusieurs atteintes franches de rhumatisme articulaire aigu.

2e cas. Il s'agit d'un sujet du même âge, dans les antécédents duquel on ne relève pas d'atteinte rhumatismale franche.

3e cas. Il s'agit d'un sujet de 50 ans, porteur d'un souffle diastolique solitaire de base.

Nous étudierons successivement chacun de ces cas.

I. Il existe des atteintes antérieures de rhumatisme articulaire aigu franc.

En cas d'atteintes rhumatismales antérieures, la nature de la lésion (qu'il s'agisse d'insuffisance mitrale, de rétrécissement mitral, d'insuffisance aortique, de rétrécissement aortique, purs ou associés) peut être affirmée : il s'agit d'une endocardite rhumatismale parvenue à sa phase de lésion constituée. Mais à quand remonte-t-elle ? Quelle est parmi les diverses atteintes rhumatismales, celle qui doit en être considérée comme responsable ? En matière d'expertise cette précision est souvent nécessaire. Elle est des plus difficiles à établir. C'est que dans l'immense majorité des cas nous nous trouvons en présence du fait accompli. Il peut arriver que nous constations un souffle là où quelques années auparavant l'auscultation était restée muette. Il est exceptionnel que nous assistions à la phase d'installation de ces lésions et que nous puissions les suivre dans leur accentuation progressive jusqu'au stade de lésion définitivement constituée.

C'est qu'il y a un décalage certain entre la phase inflammatoire fébrile de l'endocardite rhumatismale et la phase lésionnelle due aux rétractions ou aux adhérences valvulaires, laquelle ne commence qu'au moment où se constituent les cicatrices.

De ce décalage entre la maladie elle-même et la constitution des cicatrices, seule responsable des symptômes d'auscultation, il résulte maintes méprises.

Le fait est fréquent d'attribuer, au cours d'une atteinte de rhumatisme articulaire aigu, à des lésions d'endocardite, des souffles qui ne sont dus en réalité qu'à l'anémie ou à l'éréthisme cardiaque et qui disparaîtront une fois la convalescence terminée.

Le fait est fréquent aussi d'imputer à une atteinte actuelle de rhumatisme articulaire aigu, des lésions orificielles parfaitement identifiables par l'auscultation qui sont dues en réalité à une atteinte antérieure parfois ancienne de plusieurs années mais qui avaient passé totalement inaperçues du malade aussi bien que du médecin qui n'avait pas l'attention attirée sur elles. Le diagnostic est est en retard d'une crise.

Le fait est plus fréquent encore de considérer le malade comme indemne à la période de convalescence, alors que les symptômes lésionnels n'ont pas encore fait leur apparition et n'acquerront leur plein développement que 6 ou 8 mois plus tard, alors que le malade se croira tout à fait guéri.

On voit ainsi que les symptômes, et plus généralement les conditions d'examen du cœur, sont loin d'être les mêmes au cours de la phase inflammatoire du rhumatisme et au cours de la phase cicatricielle.

Ces considérations nous poussent à rappeler quels sont les symptômes cardiaques généralement observés à l'examen d'un sujet jeune au cours d'une première atteinte de rhumatisme articulaire aigu.

S'il s'agit d'une crise aiguë franche avec température élevée, et c'est bien le cas que nous envisageons présentement réservant pour plus tard les cas atypiques et larvés, le cœur sera toujours rapide, d'autant plus rapide que le sujet sera plus jeune et la température plus élevée. Il est très habituel de constater dans ces conditions, un bruit de va et vient qui fera parfois porter à une oreille trop scrupuleuse le diagnostic soit d'insuffisance mitrale, soit d'insuffisance aortique, soit de lésions associées. Le diagnostic de péricardite pourra aussi être porté. Mais il importe, sans pour cela négliger la thérapeutique, de ne pas hâter le diagnostic. Le rhumatisme articulaire aigu est une maladie très anémiante, génératrice de souffles anorganiques qui sont susceptibles de disparaître complètement une fois la convalescence terminée, à l'heure précisément où commenceront à apparaître d'autres souffles plus discrets, mais destinés à se préciser et qui, eux, malgré leurs caractères plus sournois, sont bel et bien dus aux lésions organiques de cicatrisation d'apparition tardive.

Pour nous en tenir à la phase aiguë, nous avons à nous demander si l'intensité et la durée de la maladie peuvent jouer un rôle dans l'apparition ultérieure des lésions orificielles définitives et permettre ainsi de les prévoir.

Pour ce qui est de l'intensité de la crise, si elle est un élément sérieux de complication endocarditique comme le voulait Bouillaud, devant entraîner ultérieurement des lésions orificielles, elle est loin de constituer un gage de certitude. Nous avons pu recueillir des observations d'atteintes rhumatismales polyarticulaires suraiguës, ayant maintenu le patient immobilisé plusieurs mois au lit toutes les articulations étant interessées simultanément ou successivement, sans que le cœur ait jamais témoigné de sa participation et sans que plus tard aucune séquelle de lésions orificielles ait jamais pu être constatée.

D'autres fois le cœur manifeste sa participation par de la tachycardie, par l'apparition de souffles anorganiques ou fonctionnels. Mais la convaiescence terminée tout rentre dans l'ordre et là non plus aucune séquelle ne subsiste.

Faut-il admettre, dans de telles conditions, qu'il y ait bien eu réellement endocardite, mais que du fait du traitement salicylé intensif, elle ait guéri, ou que s'étant agi d'une endocardite pariétale, les valvules aient été épargnées. C'est une question que je me suis souvent posée mais que je ne saurais résoudre. Peut-être peut-on se demander si ce n'est pas précisément parce qu'il s'est épuisé sur les articulations que le virus rhumatisma a épargné le cœur. Quoi qu'il en soit, il est indéniable que des atteintes rhumatismales suraiguës susceptibles d'intéresser plus ou moins toutes les articulations, d'immobiliser le malade au lit pendant des mois, sont capables de guérir complètement sans avoir touché le cœur autrement que par des manifestations de type fonctionnel ou dont le substratum organique restera toujours discutable.

Inversement, on sait que le rhumatisme cardiaque peut évoluer indépendamment et en l'absence de toutes manifestations articulaires. C'est ce dont nous nous occupons au chapitre suivant.

Nous avons envisagé jusqu'ici la crise rhumatismale articulaire aiguë franche, il nous reste maintenant à nous occuper des rhumatismes larvés ou à manifestations anormales.

II. Cas dans lesquels il n'existe pas dans les antécédents d'atteintes franches de rhumatisme articulaire aigu.

S'il s'agit de rhumatisme à forme anormale ou larvée, l'imputation d'une lésion orificielle du cœur à cette première atteinte peut être, dans certains cas, facile, pour un médecin averti.

Une atteinte antérieure de chorée lèvera tous les doutes. C'est à la chorée de l'enfance que doit être imputée telle lésion mitrale ou aortique observée chez la femme adulte qui n'aura pas présenté de crises franches de rhumatisme articulaire aigu.

Une scarlatine compliquée dans la convalescence de douleurs articulaires plus ou moins avérées permettra, en l'absence de rhumatisme articulaire aigu, de rapporter à cette scarlatine ou plus exactement au rhumatisme scarlatin la lésion constatée.

Des angines compliquées de troubles articulaires permettront la même imputation. De même des états grippaux fébriles qui n'auront pas fait leur preuve, pourront passer rétrospectivement pour des atteintes primitives et solitaires de rhumatisme cardiaque restées inaperçues.

Dans la plupart de ces cas le diagnostic n'est fait que de seconde main, parfois longtemps après l'accident ou l'incident responsables, qui à leur heure, n'auront pas attiré l'attention sur le cœur, ni commandé la médication salicylée.

Restent maintenant les cas et ils ne sont pas exceptionnels, où la lésion orificielle du cœur paraît s'être établie spontanément, soit que le malade s'observe mal, soit qu'en fait la lésion se soit produite indépendamment de toute manifestation pathologique décelable.

Nous ne pouvons mieux illustrer ce chapitre qu'en nous référant aux nombreuses surexpertises que nous avons eu récemment à pratiquer chez des prisonniers rapatriés ou libérés. Il s'agit surtout ici de cas litigieux où les lésions orificielles ne s'affirment pas mais qui n'en sont de ce fait que plus intéressants à suivre dans leur évolution.

Beaucoup de rapatriés ont présenté pendant leur captivité des douleurs articulaires imputables au climat froid et humide, à la mauvaise alimentation au travail excessif auquel ils étaient soumis. Un petit nombre seulement a souffert d'atteintes rhumatismales aiguës franches. Or chez la plupart, les symptômes éprouvés consistaient en tachycardie permanente ou paroxystique, en arythmie le plus souvent extra-systolique mais parfois avec prolongement de l'intervalle PR. témoignant d'une atteinte de myocardie rhumatismale.

Les symptômes d'endocardite orificielle nous ont paru par contre beaucoup plus rares. Non pas qu'on n'ait frequemment à noter un souffle systolique de pointe, auquel à été dû le rapatriement, mais dont les caractères en rendent à l'examen l'organicité très douteuse. Souffles cardio-pulmo-

naires dus à l'érethisme et à la tachycardie. Souffles anémiques dus à l'état de dénutrition. Parfois enfin, souffles fonctionnels à mettre sur le compte de l'hypotonie myocardique.

Mais là encore, il ne faut pas se hâter de conclure. Beaucoup de rapatriés conservent des douleurs articulaires, une température instable, une sédimentation sanguine anormalement élevée et la question qui se pose est celle de l'avenir de tels sujets. Sont-ils voués à voir s'installer tardivement des lésions orificielles qui ne sont encore qu'ébauchées ? Conserveront-ils seulement des troubles rythmiques ? Les souffles d'interprétation discutable constatés lors de leur rapatriement sont-ils voués à se préciser ou à disparaître ? Ce sont là autant de questions que l'avenir seul est capable de résoudre.

Il n'en reste pas moins et c'est sur ce fait que nous tenons surtout à insister, que le rhumatisme larvé doit être considéré autant et plus que le rhumatisme aigu franc, comme générateur de lésions d'endocardites orificielles et qu'un sujet atteint de rhumatisme subaigu peut à tout instant voir des lésions orificielles se constituer.

C'est là une conclusion qui doit conduire à ne pas se hâter de formuler un pronostic et à poursuivre très longtemps, à doses plus ou moins fractionnées, le traitement salicylé.

III. Cas d'un souffle diastolique solitaire de base.

Rien n'est parfois difficile comme d'imputer, une insuffisance aortique à une endocardite rhumatismale ou à une aortite syphilitique.

Nous disons parfois, car dans la généralité des cas, la question ne se pose même pas.

Qu'un sujet de 25 à 30 ans, qui a présenté une ou plusieurs atteintes de rhumatisme franches ou larvées, soit porteur d'un souffle diastolique de base, bien que ce souffle reste strictement solitaire, c'est l'endocardite rhumatismale qui doit être tenue pour responsable.

Qu'un sujet approchant de la cinquantaine, souffrant depuis quelque temps de douleurs précordiales d'effort ou spontanées, soit porteur d'un souffle diastolique analogue au précédent, que le cœur soit déjà hypertrophié, la tension maxima anormalement élevée, même en l'absence de données sérologiques, les présomptions doivent être très fortes en faveur de l'aortite.

Mais entre ces cas extrêmes de diagnostic facile, il est des cas intermédiaires, pour le diagnostic étiologique desquels (endocardite ou aortite) tous les procédés de recherche doivent être mis en œuvre et qui parfois demeurent insolubles.

Soit un sujet de 45 ans dont les réactions sérologiques seront négatives pour le Bordet-Wassermann, faiblement positives pour le Hecht, Kahn ou Meinicke. Le passé ne comporte pas d'accidents primaires, mais on notera des réflexes rotuliens faibles, des achilléens abolis. Par ailleurs le sujet aura présenté autrefois des douleurs articulaires qui auront fait prescrire du salicylate de soude. En somme les présomptions, si on se reporte au passé pathologique, sont aussi bien en faveur du rhumatisme que de la syphilis. Sur quoi baser le diagnostic étiologique ? Faut-il faire abstraction des atteintes rhumatismales antérieures et ne retenir que la syphilis ? Faut-il au contraire n'admettre que le seul rhumatisme ?

Les éléments du diagnostic à retenir sont en réalité les suivants :

Si le sujet a souffert de douleurs thoraciques à type angoreux, si le cœur présente des troubles rythmiques et que l'électrocardiogramme montre une inversion de l'onde T, si la tension artérielle est exagérément élevée pour la maxima sans que la minima soit exagérément basse, si la radioscopie dénote une aorte élargie, les présomptions seront en faveur de la syphilis et le traitement devra être institué qui pourra d'ailleurs servir de pierre de touche.

Si au contraire le malade ne se plaint pas de manifestations thoraciques douloureuses, si l'hypertrophie cardiaque reste longtemps modérée, si la tension artérielle présente un écart très marqué entre la maxima peu élevée et la minima très basse 15/3 par exemple, s'il existe en même temps qu'un souffle diastolique un léger souffle systolique, si la radioscopie ne montre pas d'élargissement de l'aorte, les présomptions seront en faveur du rhumatisme à l'égal presque d'une certitude. Et pourtant que de cas étiquetés de la sorte que l'autopsie a démentis.

Nous voudrions que l'on retienne de ce court aperçu : d'une part le caractère sournois du développement des lésions orificielles du cœur au cours de la maladie rhumatismale, et d'autre part la difficulté du diagnostic et d'imputation de ces lésions à leur début. Nous retiendrons également l'éventuelle difficulté de diagnostic entre une insuffisance aortique rhumatismale solitaire et une insuffisance aortique due à l'aortite syphilitique.

CHRONIQUE DE LA MÉDECINE DU TRAVAIL

L'INTOXICATION PROFESSIONNELLE PAR LE BROMURE DE MÉTHYLE DOIT ÊTRE INDEMNISABLE

par Mme le Dr ROTH-BACH
Médecin-Conseil du Service de Pathologie du Travail de la Caisse d'Assurances Sociales de la Fédération Mutualiste de la Seine

Les intoxications par le bromure de méthyle étaient, jusqu'à ces dernières années, peu répandues ; il s'agissait surtout d'intoxication accidentelle au cours d'une désinfection par exemple.

Or, en qualité de médecin-conseil du Service de Pathologie du Travail de la Caisse d'Assurances Sociales de la Fédération Mutualiste de la Seine, service créé en 1938 par le Dr A. Gros, nous avons eu à examiner plusieurs assurées présentant cette intoxication contractée au cours de leur travail, notamment durant ces derniers mois, un groupes d'ouvrières travaillant dans une même usine de la région parisienne.

Ces malades, que nous n'avons cependant examinées que plusieurs mois après leur atteinte par le toxique, ont présenté les signes classiques d'intoxication par le bromure de méthyle ; l'origine professionnelle de la maladie n'est pas douteuse et le nombre de personnes atteintes, 7 sur 9 ouvrières, est assez impressionnant pour essayer d'attirer l'attention sur cette question, car deux décès en ont résulté et trois des autres malades ont été réduites à un état d'infirmité, qui nécessite la présence constante d'un tiers pour les seconder à tous les instants.

L'intoxication remonte à l'automne de 1943. Le travail consistait, pour l'ouvrière, pendant une demi-heure à trois quarts d'heure, deux fois par jour (ce qui prouve que la maison avait une notion de la toxicité du produit) à remplir des ampoules placées sur un tourniquet automatique avec du bromure de méthyle et à sceller immédiatement l'ampoule à la flamme ; le temps d'exposition directe aux vapeurs de bromure de méthyle était donc relativement faible et se faisait à tour de rôle ; mais, le reste du temps, les ouvrières continuaient à travailler dans le même atelier, soit à l'étiquetage ou à la mise en boîtes des ampoules dans une atmosphère où, vraisemblablement, existaient des vapeurs de bromure de méthyle.

La première de nos malades, âgée de 50 ans, a été touchée le 22 septembre 1943. Elle a présenté subitement en rentrant le soir chez elle une crise d'épilepsie bravais-jacksonnienne dont on n'avait pas alors précisé l'étiologie.

La seconde, âgée de 54 ans, a eu après trois semaines de travail, le 21 octobre 1943, une histoire analogue avec crises convulsives qui sont allées peu à peu en s'espaçant mais dans ces deux cas, au bout de dix-huit mois ; il persiste des séquelles importantes d'atteinte neuro-musculaire, localisées aux membres supérieurs, ce qui fait de ces deux malades deux infirmes.

Enfin, notre troisième malade, les deux premiers cas n'ayant pas attiré l'attention de l'employeur et du personnel, a, elle, été très peu touchée : quelques troubles visuels passagers. Mais au cours d'une atteinte presque générale de l'atelier, le 8 décembre 1943, intoxication massive à la suite de laquelle il y a eu deux décès. Les autres maladss n'étant pas affiliées à notre Caisse d'Assurances sociales, nous n'avons pu les voir.

L'étude de ces cas confirme l'observation des autres cas étudiés dans le service depuis 1938. Elle confirme les travaux et publications étrangères et françaises concernant cette intoxication, notamment l'intéressante communication de MM. Duvoir, Fabre et Layani au 8e Congrès International de Médecine du Travail de septembre 1938 à Francfort-sur-le-Main.

Le bromure de méthyle est peut-être appelé à jouer, dans l'avenir, un rôle important. Il ne faut pas méconnaître les dangers de sa manipulation qui, en se développant peut entraîner une augmentation du nombre des travailleurs intoxiqués.

Indépendamment des mesures de prévention générales et spécifiques déjà bien étudiées par certains, et qui ne font pas l'objet de cet article, nous voulons ici attirer l'attention des médecins-traitants et des Pouvoirs publics sur un point particulier au sujet duquel le Dr Gros a, à plusieurs reprises depuis 1938, écrit des articles et des rapports adressés aux Pouvoirs publics, notamment à la Direction Générale des Assurances Sociales au Ministère du Travail.

En effet, la législation française actuelle classe les intoxications professionnelles en deux catégories :

« A déclaration obligatoire et indemnisables. »

« A déclaration obligatoire et non indemnisables. »

Lorsqu'il s'agit d'intoxications professionnelles entrant dans la deuxième catégorie, les travailleurs doivent se faire indemniser comme pour une maladie non professionnelle par les Assurances Sociales, et non par les chefs d'entreprises et les Assurances privées ce qui, jusqu'alors, lésait les travailleurs, les médecins-traitants et les Assurances Sociales, législation dont bénéficiait les Assurances privées.

Après avoir payé, à titre d'avance, l'assuré social présentant cette intoxication professionnelle, à déclaration obligatoire mais non indemnisable à ce titre, le service de Pathologie du Travail de la Caisse d'Assurances Sociales devait, en liaison avec son service de Contentieux, pour faire indemniser les travailleurs, faire intenter une action en justice contre les chefs d'entreprises pour « faute professionnelle », afin que les Assurances Sociales ne remboursent pas un risque qui n'aurait pas dû leur incomber et que les travailleurs et les médecins-traitants soient indemnisés, comme ils l'auraient dû si l'intoxication avait été reconnue indemnisable comme professionnelle.

Malgré l'évolution actuelle de la notion de garantie en France et l'élaboration d'un plan de garantie sociale, nous pensons donc que l'intoxication par le bromure de méthyle reconnue à « déclaration obligatoire » mais non encore indemnisable à ce titre devrait, sur demande de M. le Directeur des Assurances Sociales et de la Sécurité Sociale du Ministère du Travail, transmise à la Direction du Travail au Ministère du Travail, faire l'objet d'une étude, dans le cadre de la Commission d'Hygiène Industrielle, pour aboutir à l'élaboration d'un texte législatif reconnaissant le caractère indemnisable de l'intoxication professionnelle par le bromure de méthyle en précisant (lois des 9 avril 1898, 25 octobre 1919 et 1er janvier 1931) les maladies engendrées par le bromure de méthyle et les travaux industriels susceptibles de provoquer cette intoxication. Des articles et des rapports mis au point par le Dr Gros, à la suite d'observations dans le service de Pathologie du Travail de la F.M.S., de visites d'usines et d'examens cliniques et de laboratoires en usines, n'ont-ils pas abouti par le même mécanisme à faire réunir, sur demande de la Direction des Assurances Sociales adressée à la Direction du Travail, la Commission d'Hygiène Industrielle en 1943, réunions qui ont abouti, en collaboration avec les services médicaux de l'industrie des textiles artificiels, à l'élaboration du décret du 13 juillet 1945 reconnaissant comme

indemnisable le sulfocarbonisme professionnel. (Intoxication professionnelle reconnue jusqu'alors à déclaration obligatoire, mais non indemnisable.)

Cette même action et ce même mécanisme ont, d'ailleurs, participé à déclencher la difficile élaboration, non achevée quant à l'application, du texte législatif concernant la silicose, à la suite des travaux de la Commission d'Hygiène Industrielle réunie en 1943. (M. le Professeur Duvoir rapportant un excellent rapport mis au point, en grande partie, par le regretté Dr Hausser qui avait fréquemment écrit dans ce journal.)

Le perfectionnement de cette législation présente un triple intérêt. En effet :

1° Il participe à compléter le plan de Sécurité Sociale actuellement en cours d'élaboration et d'application

2° Il entraîne automatiquement la mise en application des mesures de prévention, non seulement prévention mécanique, mais prévention médico-sociale pour les ouvriers travaillant dans certaines Industries.

3° Il participe, enfin, à créer l'esprit de prévention à protéger, de plus en plus, le travail et les travailleurs Il participe aussi au plan de défense de notre population en tenant compte du double aspect individuel et collectif de l'Homme au Travail.

LE DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DES PERFORATIONS DE L'ULCÈRE GASTRIQUE ET DE L'APPENDICE

En présence d'un syndrome de péritonite aiguë par perforation il est parfois difficile de déterminer avec certitude le siège de la lésion, appendice ou région pyloro duodénale.

Le malade peut n'accuser aucun antécédent gastrique ou appendiculaire, la péritonite aiguë étant la première manifestation de la maladie. La douleur du début peut ne pas être localisée nettement par le malade ou être localisée à tort ; dans la fosse iliaque droite pour un ulcère perforé, sous hépato gastrique dans une appendicite.

L'erreur la plus fréquente consiste à prendre un ulcère perforé pour une appendicite, l'ulcère pylorique et duodénal donnant fréquemment une douleur et un contracture basse et à droite. Chez un sujet sans antécédents gastriques présentant un point douloureux, exquis en pleine fosse iliaque droite et une contracture maxima à droite, le diagnostic d'appendicite perforée semble évident et cependant il s'agit quelquefois dans ce cas d'une perforation d'ulcère gastrique ou duodénal.

Il est certain que l'erreur est vite reconnue et réparée devant un appendice sain et un liquide dont l'origine est le plus souvent évidente et que ses seuls inconvénients sont une cicatrice supplémentaire et une intervention plus longue. Il n'est pas cependant sans intérêt de l'éviter et notre but est de montrer que cela est possible.

Un interrogatoire minutieux permet parfois de préciser des faits estimés négligeables par le malade, mais qui permettent d'orienter le diagnostic. L'aspect clinique du malade, l'allure clinique de la maladie fournissent également des présomptions importantes. Certains auteurs (Mondor, diagnostic urgents ; Courrades et Ferran, Sté anatomo clinique de Bordeaux) ont insisté sur l'existence de température avec accélération du pouls dans l'appendicite aiguë et l'absence de ces symptômes dans l'ulcère perforé.

Sans être un signe d'une valeur absolue l'élément thermique leur paraît un moyen sérieux de résoudre le problème souvent délicat des syndromes péritonéaux aigus.

Dans les cas douteux qui nous occupent, tous les signes nettement réunis peuvent décider du diagnostic, cependant, variables en netteté et en intensité ils sont souvent d'interprétation délicate et ne permettent pas toujours de résoudre le problème.

En un mot, dans les cas difficiles on décide le plus souvent sur des impressions, et non sur des faits.

C'est pourquoi nous voulons décrire un signe découvert à l'occasion d'une hésitation prolongée jusque sur la table d'opération, jusqu'au début de l'anesthésie et qui nous a permis depuis d'éviter des hésitations et des erreurs.

Examinant encore une fois le ventre d'un malade sans passé gastrique qui présentait un syndrome de perforation avec douleur spontanée et provoquée de la fosse iliaque droite, mais dont le faciès faisait plutôt penser à un ulcéreux, pendant que l'on donnait l'anesthésie générale au schleich, que la contracture se relâchait peu à peu puis cédait complètement et avant cependant que l'anesthésie soit totale, il nous apparut que la palpation profonde et accentuée de la fosse iliaque droite laissait le malade indifférent par contre celle de la région pylorique provoquait une réapparition de la contracture avec mouvements de défense et gémissements, montrant avec évidence où était la lésion. Il s'agissait en effet d'un ulcère perforé prépylorique.

Cette manœuvre, la palpation prolongée et patiente pendant que s'établit l'anesthésie permet de mettre à profit la période de sommeil préanesthésique où commence le relâchement musculaire, mais où les impressions douloureuses provoquent encore des réflexes de défense ; à ce moment la contracture ayant disparu, la palpation reste sans effet sur les régions saines, mais provoque les réflexes de défense habituels lorsqu'elle s'exerce sur les régions lésées où elle réveille la douleur.

Elle nous a toujours permis une localisation exacte chaque fois que nous hésitions entre le diagnostic d'ulcère ou d'appendicite perforé. Elle n'a qu'un défaut c'est qu'elle n'est applicable que si l'on utilise l'anesthésie générale par innalation sans injection analgésique préalable.

Elle permet également de différencier une rupture de pyosalpinx d'une perforation appendiculaire.

Dr H. REYNAUD.
(Cognac, Charente).

LES SOCIÉTES SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

L'action de la méthionine sur l'érythropoïèse
(M. A. Gajdos. — Présentation par M. Polonowski ; 14-5-1946).

M. Gajdos a étudié, chez le rat d'abord et ensuite chez l'homme, le rôle hématopoïétique de la méthionine, amino-acide soufré indispensable à l'alimentation. A la dose de 1 gr. 5 à 2 gr., l'ingestion de méthionine fait remonter à une valeur satisfaisante, chez l'homme, le taux des hématies au cours d'anémies graves de diverses origines, même avec achlorhydrie gastrique, de même qu'elle rétablit, chez le rat intoxiqué par le tétrachlorure de carbone, une régénération normale des globules rouges.

Sur l'obligation de la vaccination antidiphtérique-antitétanique chez les tout jeunes enfants.
(M. Besson. — Présentation par M. Ramon ; 21-5-1946).

M. Besson demande que la vaccination antidiphtérique-antitétanique par l'anatoxine Ramon soit obligatoire pour tous les enfants, non plus « au cours de la deuxième ou de la troisième année », mais « aussi tôt que possible au cours de la deuxième année de la vie ».

Ce qui serait de nature à préserver efficacement de nombreux petits enfants contre ces redoutables maladies.

Cette proposition, appuyée par M. Lesné, est transmise par l'Académie à la Commission des maladies infectieuses.

Rapport sur l'addition de colorants synthétiques à la margarine.
(M. Martel ; 21-5-1946)

M. Martel conclut ainsi son rapport : 1° Il n'y a aucune raison valable pour que, même à titre temporaire et provisoire, il soit fait usage de colorants synthétiques quels qu'ils soient pour colorer les margarines ; 2° On ne peut admettre la formule simpliste laissant croire à l'innocuité parfaite des colorants synthétiques en pareil cas ; 3° L'action cancérigène de certains colorants constatée sur les animaux de laboratoire commande d'être très circonspect au sujet de leur emploi dans l'alimentation humaine ; 4° L'addition d'essences, parfums, aromes et produits similaires n'est pas à tolérer dans la fabrication des margarines. Le diacétyle, même pur, est donc à rejeter ; 5° La réglementation actuelle visant la fabrication et la vente des margarines n'est à modifier sous aucun prétexte.

P. L.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX DE PARIS

Anurie par néphrite aiguë consécutive à une intoxication par boissons apéritives. Guérison par décapsulation du rein.
(MM. Azerad et Lacaux ; 10-5-1946)

MM. Azerad et Lacaux rapportent le cas d'un malade de 28 ans, pris 48 h. après l'absorption de « pastis », de courbature, céphalée, épistaxis et vives douleurs abdominales, T. 39°, bradicardie légère et conjonctives jaunâtres. L'oligurie aboutit rapidement à l'anurie. Albuminurie, avec petites cellules rondes, hématies, nombreux polynucléaires et quelques grandes cellules épithéliales ; urée à 2,6. Le bloquage rénal ne cède pas au traitement médical. Décapsulation du rein droit avec hernie du rein. La diurèse reprend le lendemain. Guérison en 4 semaines après une phase d'aggravation: fléchissement de l'état général, stomatite, syndrome hémorragique, œdème chorio-rétinien et hémorragique, urée à 5 gr.

Il paraît logique d'attribuer l'étiologie de cette néphrite à la boisson alcoolisée. Il en existe peu d'exemples dans la littérature, quoique dans les protocoles d'autopsies on note des lésions rénales.

Accident de la vaccination par le B.C.G. en scarifications.
(Mme Roudinesco ; 10-5-1946)

Mme Roudinesco rapporte l'observation d'une fillette de 12 ans qui 3 jours après une vaccination par le B.C.G. fut prise de fièvre à 40°, pouls à 140 ; hémoculture et cuti-réaction négatives. Apparition d'arthralgies, avec gonflement du genou. Pas de signes cardiaques. Intolérance au salicylate. Atténuation progressive. Le 40e jour, virage de la cuti-réaction au niveau des anciennes scarifications. Guérison.

— M. Rist pense qu'il est difficile d'admettre la relation de cause a effet.

— M. Benda ne connaît pas expérimentalement ni cliniquement de bacilloses faisant apparaître des accidents fébriles 3 jours après.

Action très favorable de la vitamine D2 à doses élevées et prolongées sur une tuberculose évolutive et non cavitaire.
(MM. Gounelle et Bachet ; 10-5-1946)

Les A. rapportent l'histoire d'une tuberculose grave bilatérale, micronodulaire et broncho-pneumonique, évoluant de juin à août 1945. En mai 1946, le malade est apyrétique depuis 6 mois avec sédimentation et formule sanguine normales ; B.K. exceptionnellement retrouvé par homogénéisation. Les lésions sont stoppées dans leur évolutivité. Le malade a reçu du 15 août au 15 septembre, date à laquelle sont survenus des accidents d'intolérance, 750 milligr. de D2 « per os » avec 2 grammes quotidiens de carbonate et de phosphate de calcium. En novembre, un traitement intramusculaire de consolidation ajoute 480 milligr. de D2. Aucun incident thérapeutique n'a été observé.

— MM. Even et Benda, remarquent qu'il faut être prudent dans l'affirmation d'une guérison.

Traitement du diabète insipide par implantation de lobe-post d'hypophyse.
M. Azerad ; 17-5-1946).

L'auteur rapporte l'histoire d'une malade atteinte de diabète insipide post-émotionnel (exemple de syndrome psycho-somatique) avec 30 à 35 litres de diurèse par jour. L'injection de lobe-post d'hypophyse animale fraîchement prélevée, et réduite en très fins morceaux passant dans une grosse aiguille à I. M. amena un résultat spectaculaire (diurèse réduite à 1-2 litres pendant 8 jours). Ceci pose le problème

de la neurocrinie, bien que le résultat puisse être attribué à la simple injection de réserve hormonale importante.

J. Ch.

SOCIETE MEDICALE ET ANATOMO-CLINIQUE DE LILLE

Séance du 13-11-1945.

Volumineuse tumeur de l'intestin grêle de nature tuberculeuse.

MM. L. Courty, A. Bernard et M. Gaudefroy. —

Les A. présentent une observation de tumeur de l'intestin grêle, siégeant sur la dernière anse iliaque, de la grosseur du poing. Radiologiquement et cliniquement, le diagnostic de rétrécissement s'impose, mais il est impossible d'en préciser la nature : néoplasie ou tuberculose. Seule l'histologie permit d'affirmer qu'il s'agissait d'une tuberculose hypertrophique du grêle.

Hématome extra-dural de symptomatologie fruste.

MM. G. Desorgher et M. Gaudefroy. — A la suite d'un traumatisme peu important (collision avec un autre enfant en récréation), un garçonnet de 11 ans présente des vomissements, de la céphalée et des bourdonnements d'oreille qui font penser à une fracture du crâne. Une radiographie montre une fissure de l'écaille temporale droite. Les jours suivants, l'enfant se plaint de voir trouble à droite et présente un léger ptosis avec mydriase. Devant ces signes, on pose le diagnostic d'hématome extra-dural, confirmé par la trépanation. Guérison rapide et parfaite.

Les A. insistent sur la bénignité du traumatisme et le peu de signes objectifs donnés par cet hématome, bien circonscrit, mais relativement important. C'est le ralentissement du pouls et surtout l'œdème progressif du fond d'œil qui permirent de poser le diagnostic, affirmé par le trépan explorateur.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX DE LYON

Paralysie sciatique après injection intra-fessière de soludagenan.

(MM. Kolher et Léon Gonnet. — Présentation par M. Savy ; 15-1-1946).

MM. Kohler et Gonnet rapportent un cas de paralysie sciatique grave ayant succédé à une injection intra-musculaire de soludagenan. Le malade (dont les antécédents comportaient, 14 ans auparavant, une sciatique rebelle), accusa après la piqûre une sensation douloureuse et la paralysie apparut le 4e jour. Les auteurs ont trouvé dans la littérature médicale d'autres cas analogues, concernant surtout des enfants. Ils inclineraient à penser que l'emploi du soludagenan par cette voie serait à proscrire avec presque autant de rigueur qu'on la proscrit par voie intra-rachidienne.

— M. Brun ne croit pas qu'il faille chez l'adulte proscrire le soludagenan intra-musculaire comme semble le faire le présentateur. Il a observé dans son service un cas comparable à celui rapporté par MM. Kohler et Gonnet. L'injection avait été faite trop basse. L'infiltration novocaïnique a fait merveille.

LA PRESSE

L'action de l'aminothiazol sur la glande thyroïde. — Actuellement, on emploie volontiers avec des résultats intéressants, l'aminothiazol dans le traitement des hyperthyréoses. Cependant certaines précautions sont indispensables, ainsi qu'il ressort d'un exposé du Dr **Jeantet**, résultat de l'observation d'un certain nombre de goitres chez les ouvriers travaillant à l'extraction de l'aminothiazol. Celui-ci se révèle comme un corps doué de propriétés goitrigènes et hypothyréosantes. La thiourée, qui possède avec le précédent une parenté chimique, est moins actif, car les ouvriers, qui le manient, ne présentent pas d'hypertrophie du corps thyroïde. L'action antithyroïdienne de ces deux corps s'oppose à la synthèse hormonale, soit en empêchant la fixation de l'iode sur la thyrosine, soit en empêchant la synthèse de la thyroxine à partir des deux noyaux de la di-iodo-thyrosine. Il s'agit donc d'une hypothyroïdie par absence de formation de thyroxine. Cependant, fait important à noter, l'hypothyroïdie ainsi créée entraîne une réaction de l'hypophyse, laquelle répond par la sécrétion d'hormone thyréo-stimuline, qui aboutit à la formation du goitre. L'action goitrigène de la thiourée est, en effet, nulle chez le rat hypophysectomisé, alors que l'action hypothyréosante persiste. (« Arch. des Mal. professionnelles et de Médecine du Travail », N° 1, 1946.)

Les malformations vasculaire angiomateuses de la moelle. — **G. Guiot, R. et F. Houdard** précisent que les manifestations pathologiques produites par ces anomalies vasculaires de la moelle s'observent le plus fréquemment entre 25 et 50 ans. Le début est rarement brutal par l'apparition subite d'une paraplégie flasque, complète avec abolition des réflexes, anesthésie totale. Plus souvent, il s'agit seulement de douleurs (des membres inférieurs, en ceinture, sciatiques bilatérales) plus persistantes en position horizontale, de phénomènes parétiques et paresthésiques, et de troubles sphinctériens associés à des degrés divers. A ce stade initial, le diagnostic est impossible à préciser, et il y a généralement régression plus ou moins complète après une durée variable de quelques jours, ou même de quelques heures. Mais un nouvel épisode analogue au premier se reproduira au bout de quelques semaines, quelques mois ou même plusieurs années. Chaque fois une aggravation subsistera, et finalement persistera une association de paralysie flasque et de paralysie spasmodique avec exagération des réflexes signe de Babinski, réflexes de défense. Le diagnostic peut se poser avec toutes les affections de la moelle, puisque l'angionne réalise au sens propre une compression ou une myélite. Finalement, le malade deviendra grabataire ; la durée totale de l'évolution varie de quelques semaines à vingt ans et davantage. Le traitement est décevant, qu'il s'agisse d'intervention chirurgicale ou de radiothérapie. (« La Semaine des Hôpitaux de Paris », 14 mai 1946.)

ARSENIODE BURIAT

ENFANTS
2 gouttes par jour
et par année d'âge

ADULTES
20 à 50 gouttes
par jour

TRINITRINE

ET ASSOCIATIONS
(DRAGÉES A NOYAU MOU)

TRINITRINE SIMPLE

TRINITRINE CAFÉINÉE DUBOIS

TRINITRINE PAPAVÉRINE LALEUF

TRINITRAL LALEUF

TRINIBAÏNE LALEUF

ANGINE DE POITRINE
CRISES VASCULAIRES SPASMODIQUES

LABORATOIRES LALEUF
Georges DUGUÉ, Docteur en Pharmacie
51, R. NICOLO, PARIS-16e
Téléphone : TROcadéro 62-24

DIGESTION
du pain et des féculents. Fermentations et gaz gastro-intestinaux · Colites droites - Dyspepsie salivaire ou pancréatique - Maladies par carence

AMYLODIASTASE

DIASTASES & VITAMINES
de l'Orge et des céréales germées

2 Formes
Comprimés — Sirop

LABORATOIRES THÉPÉNIER
10, rue Clapeyron - Paris (8e)

PHYTOMENSYL

médication toni-veineuse à base de vigne rouge

POSOLOGIE MOYENNE : 30 gouttes 2 fois par jour.
DOSES FORTES : 50 gouttes 6 fois par jour, durant 6 jours.

LABORATOIRES BLAQUE 59 RUE BOISSIÈRE PARIS (16e) KLE 88-70

PARTIE PROFESSIONNELLE

PROPOS DU JOUR

CONFÉRENCE DE PRESSE AU CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE

La dernière session du Conseil National s'étant tenue en juillet, le président Portes a, selon l'heureuse tradition actuellement établie, réuni une conférence de presse le 1er août pour porter le résultat de ses travaux à la connaissance du Corps Médical.

On se rappelle qu'en mai dernier le premier souci du nouveau Conseil National avait été de reprendre l'étude et de provoquer la parution à l' « OFFICIEL » du Code de déontologie dans les délais les plus courts. A cet effet il n'avait apporté que de légères retouches au texte adopté en 1944 et approuvé alors par le Conseil d'Etat. Cette dernière version fut aussitôt soumise au Ministère de la Santé qui, après examen, la transmit au Conseil d'Etat. Le président Portes et le Dr Oberlin comparurent devant celui-ci pour y défendre le projet auquel l'un et l'autre avaient largement et depuis longtemps collaboré. Ils se présentèrent d'abord devant la Section chargée de l'étude, puis devant l'assemblée plénière et parvinrent à obtenir l'approbation renouvelée du Conseil d'Etat malgré certaines objections. Le Code a fait ensuite retour au Ministère de la Santé. Il est pour le moment en instance auprès des divers ministères où il doit être revêtu de signatures et sera enfin publié au « JOURNAL OFFICIEL ». Il aura alors force de loi. Le président Portes espère pouvoir convoquer en octobre ou novembre les présidents des Conseils régionaux afin d'étudier, ainsi qu'il l'a déjà dit, les modes d'application et particulièrement d'obtenir une unité de doctrine dans tout le territoire.

Le Conseil National a ensuite élaboré un protocole d'entente entre Ordre et Syndicats visant à éliminer toute concurrence et toute acrimonie et à obtenir une harmonie complète dans la direction du corps professionnel (*cf.* page 881).

LES diverses sections ont, chacune dans sa sphère, étudié les problèmes à l'ordre du jour.

La première section s'est préoccupée des modifications à apporter aux lois qui régissent l'Ordre et les Syndicats. Dès maintenant en effet s'aperçoivent des imperfections qui seraient capables de causer des heurts et de troubler la bonne entente que tous sont résolus à instaurer et à maintenir. Cette étude est actuellement sans sanctions pratiques car l'on ne pourra obtenir les modifications souhaitables aux textes légaux que lorsque sera installé un Parlement définitif. Il n'est cependant pas superflu de préparer dès maintenant un projet afin qu'il soit prêt à être soumis au Parlement aussitôt que celui-ci sera en mesure de le recevoir.

La première section a en outre mis au point la procédure d'inscription au tableau. On sait que l'ancien Ordre comportait deux tableaux : l'un pour les médecins pratiquant normalement la médecine de clientèle, l'autre réservé aux médecins pourvus d'un poste administratif et aux médecins n'exerçant plus qui se faisaient inscrire au titre de médecins honoraires. A ce second tableau était attachée une cotisation réduite. La loi instaurant le nouvel Ordre n'a prévu qu'un tableau. Y sont incrits, selon la doctrine du Ministère de la Santé, tous ceux qui exploitent une clientèle. Tous les autres médecins, par exemple les médecins de sanatoriums, n'ont pas à y figurer. Il serait souhaitable, à plus d'un point de vue, de rétablir le deuxième tableau, et la proposition en sera faite.

On sait que, pour l'inscription au tableau, un extrait du casier judiciaire est demandé. On sait aussi (le « CONCOURS MÉDICAL » a longuement, en son temps, exposé la question) que l'extrait n° 3, normalement fourni ne donne qu'une idée imparfaite du passé de l'intéressé. Seul le bulletin n° 2, réservé aux tribunaux et à certaines administrations comme la S.N.C.F., porte l'intégralité des condamnations encourues. Cette distinction avait été soulevée par le « CONCOURS MÉDICAL » lorsqu'éclata l'affaire Petiot, et le Conseil National d'alors, admettant la légitimité de ce point de vue, était intervenu auprès du Ministre de la Justice pour obtenir que le bulletin n° 2 fût communiqué aux Conseils de l'Ordre. Il avait obtenu satisaction Mais, toutes les décisions de ce moment-là étant actuellement entachées de nullité, des démarches nouvelles devront être entreprises. Il est en effet essentiel que l'inscription au tableau ait la valeur d'un véritable test moral.

A cet égard la 1re section a pensé aussi à demander la communication, au moment de l'inscription, du dossier disciplinaire de l'étudiant. En réalité ce dossier n'existe pratiquement pas. Les conseils de discipline d'Universités n'ont à connaître que des cas graves et ne se réunissent que très rarement. A l'étranger, cependant, et en Amérique en particulier, chaque étudiant a son dossier disciplinaire et ce depuis le début de ses études. Il n'est même admis dans une école de médecine que si son dossier transmis par l'établissement d'études secondaires est satisfaisant. Un filtrage rigoureux est ainsi pratiqué dès l'entrée à la Faculté. Le Conseil National a l'intention d'en établir un de même valeur à l'entrée dans la carrière et de conférer à l'inscription au tableau la solennité d'une véritable investiture.

A la deuxième section revenait l'étude de la politique financière de l'Ordre.

Lorsque, à l'époque de la Libération, les Comités de la résistance prirent en mains la succession

des conseils départementaux les formalités en usage en pareilles circonstances ne furent généralement pas respectées. Il en résulta un flottement et des situations confuses que l'on ne peut plus, actuellement, que constater. Mais il importe que l'Ordre nouveau reparte sur des bases parfaitement saines et que chacun des conseils établisse son bilan au moment où il est entré en fonctions.

La question de la retraite a eu gravement à souffrir, on le sait, des bouleversements politiques. Tout de suite après la Libération, les Drs Coutela et Plichet s'entremirent énergiquement pour éviter aux médecins de perdre le bénéfice des dispositions acquises sous l'ancien régime. Ils se heurtèrent à une opposition obstinée du Ministère des Finances, qui refusa la création par les médecins d'une Caisse autonome. Le Conseil actuel est résolu à reprendre la question sur les mêmes bases. Il n'ignore pas les difficultés de l'entreprise ni que, aujourd'hui, même les caisses autonomes déjà existantes sont menacées, présage funeste pour qui demande d'en créer une nouvelle. Le Conseil National néanmoins, de concert avec la Confédération, présentera de nouveau aux pouvoirs publics le projet de 1944 et fera l'impossible pour aboutir.

Enfin la 2e Section a voté définitivement le chiffre des cotisations. En octobre prochain elle fixera les taux pour 1947.

La troisième Section a dégrossi le problème de la qualification des spécialistes et a trouvé une formule transitoire qui paraît satisfaisante. Celle-ci sera soumise aux syndicats pour étude et revue ensuite. Il est prévu dix grandes spécialités ; elles seules pourront valablement réclamer, en médecine sociale, les tarifs de spécialistes. A côté d'elles sont reconnues certaines « compétences » particulières n'excluant pas l'exercice de la médecine générale.

Les situations acquises seront soumises à un Conseil local mixte (Ordre et syndicats) qui appréciera la notoriété de fait et prendra ses décisions. En cas de contestation il pourra en être référé à l'échelon national.

La médecine frontalière, selon le plan de travail adopté en mai dernier et sur la suggestion du Prof. Legrand de Lille, fit aussi l'objet d'un débat. Il y a lieu d'obtenir la dénonciation des conventions existantes qui ne donnent plus satisfaction et, après études menées de concert avec les syndicats, d'en obtenir de nouvelles. On sait qu'il s'agit là de questions épineuses où intervient la politique étrangère et où des intérêts très divers sont en jeu. Il n'est pas douteux que l'on se heurtera à de grandes difficultés et à de nombreuses résistances.

Enfin est venue à l'ordre du jour la médecine de mines. On connaît la doctrine du Conseil National à ce propos : elle est exactement celle qu'avait adoptée la Confédération avant la guerre. La médecine de mines doit s'intégrer dans l'organisation des Assurances Sociales et le système spécial déterminé par les compagnies minières doit se résorber peu à peu dans le plan de sécurité. Personne ne se fait d'illusions : c'est une impossibilité absolue pour le moment d'obtenir cette assimilation. Les médecins ne rencontrent guère, tant du côté des pouvoirs publics que du côté des populations minières, que des résistances. Néanmoins le Conseil a obtenu du représentant du Ministère du Travail d'être tenu au courant de l'évolution de la question afin de pouvoir intervenir au moment qu'il jugera opportun.

Un assistant posa au président une question au sujet de la licence de remplacement. On se rappelle que l'ancien Ordre avait instauré une licence que tout remplaçant non docteur en médecine devait présenter au remplacé pour attester qu'il remplissait les conditions légales. Cette institution n'a pas été abolie, mais beaucoup de Conseils départementaux l'ont perdue de vue. Elle présente cependant un grand intérêt, particulièrement en période de vacances. Un médecin désireux de partir en vacances et qui, de façon ou d'autre, a trouvé un remplaçant inconnu de lui ne partira tranquille que s'il est assuré que ce remplaçant est légalement apte à assurer cette responsabilité. Les contrats d'assurance contre la responsabilité professionnelle sont généralement réversibles du remplacé sur le remplaçant moyennant un simple avertissement adressé à la Compagnie. Mais la garantie de celle-ci tomberait si, à la suite d'une faute professionnelle entraînant une instance en justice, il se révélait que l'auteur n'avait pas qualité pour remplacer un médecin. La licence a l'avantage de donner tous apaisements au médecin qui confie sa clientèle à un remplaçant. Il est donc souhaitable que les Conseils départementaux se soucient de maintenir la prérogative qui leur a été concédée et délivrent les licences de remplacement.

La question sera portée devant la prochaine session du Conseil National.

Il est à noter que, au cours de son exposé, le président Portes a insisté, à chaque occasion qui se présentait, sur la nécessité de maintenir un étroit contact et une communauté de vues parfaite entre Ordre et Syndicats. Il a exprimé la ferme conviction que l'évolution, déjà aujourd'hui constatable, vers une coopération confiante ne ferait que s'accentuer et que, avant peu, le corps médical jouirait d'une organisation satisfaisante à tous égards.

G. LAVALÉE.

ASSURANCES SOCIALES

LA DIFFICILE MISE EN ROUTE DU NOUVEAU CONTROLE

NOMBREUX sont les correspondants qui nous font part de leurs difficultés avec les médecins-conseils des A.S. au sujet de l'application des dispositions légales sur la longue maladie. Certes, à l'amorce de toute réforme, on doit, pendant la période de rodage, admettre des imperfections. Mais, dans le cas précis, le nombre et la gravité des incidents, certaines indications statistiques et les simples données du bon sens, permettent de vérifier que les règles en question doivent être refondues. Ne nous a-t-on pas signalé que le nombre des dossiers de candidats aux prestations de la longue maladie en instance dans le ressort de chacune des unions régionales serait de l'ordre de 20.000 ? Il y en aurait 25.000 pour le seul département de la Seine. Comment peut-on envisager de liquider un tel arriéré, en observant strictement les directives légales, et à l'aide du seul personnel des médecins-conseils actuellement en fonction ? Exécution plus ou moins fidèle de la procédure légale, recrutement plus ou moins rapide, plus ou moins sérieux, des médecins-conseils : telles nous paraissent être les deux pierres d'achoppement de l'organisation de la longue maladie.

L'ARTICLE 33 de l'ordonnance du 19 octobre 1945 est formel : « *Tout assuré... doit sur sa demande ou sur l'invitation de la Caisse, avant l'expiration du troisième mois de maladie, faire l'objet d'un examen spécial auquel il est procédé* conjointement *par son médecin traitant et par un médecin-conseil des A.S.*, en vue de déterminer le traitement spécial dont l'intéressé doit faire l'objet. » Donc, avant accord sur le traitement spécial, *un examen conjoint* est nécessaire. Cette exigence se justifie par la grave responsabilité mise sur les épaules du médecin-conseil. Comment mieux informer celui-ci sur le malade que par une véritable consultation avec le médecin traitant ? C'était ce que reconnaissait explicitement une circulaire ministérielle du 4 janvier 1946 : « *Chaque assuré doit faire l'objet d'une décision particulière, prise, après examen médical* fait en commun, *par le médecin traitant et le médecin-conseil. Pour que l'application de ces différentes mesures puisse se faire correctement... il est indispensable que le contrôle médical soit bien organisé et puisse jouer efficacement* le rôle de première importance *qui devient le sien...* » « *Le médecin traitant et le médecin-conseil doivent procéder* en commun *à l'examen de tout malade susceptible de recevoir les prestations de la longue maladie* », répétait la circulaire ministérielle du 15 février 1946, bien connue de nos lecteurs. Enfin, cette nécessité de la consultation était encore rappelée dans une autre circulaire ministérielle du 26 février 1946 : « *Pour faciliter l'accord entre médecin traitant et médecin-conseil, tout en respectant strictement le secret médical,* la loi *prévoit que le colloque des deux médecins aura lieu à l'occasion d'une* consultation *au cours de laquelle ils examinent le malade* en commun. »

Or, nous l'avons rappelé en son temps, malgré ces prescriptions formelles et réitérées, l'Union des Caisses de la Région parisienne a cru pouvoir de son propre chef déclarer que « les rencontres entre les deux médecins pour chaque cas semblent irréalisables, comme entraînant une telle perte de temps que le nombre des médecins-conseils devrait être considérablement augmenté ». Et l'Union des Caisses de prescrire à ses médecins-conseils « dans les cas courants » de régler la chose avec le médecin traitant par envoi d'une lettre dont elle donnait un schéma que nous avons reproduit (1). Nous nous sommes étonnés de cette initiative de l'Union des Caisses, et nous avons attiré son attention sur l'aggravation de responsabilité qu'une telle méthode entraînerait pour ses médecins-conseils en cas de refus des prestations de la longue maladie, ou en cas de soumission d'un malade par le médecin-conseil à un traitement écarté par le médecin traitant.

En province, où les difficultés du contrôle sont plus grandes encore que dans la région parisienne, voici un spécimen de la procédure employée. Le médecin-conseil envoie au médecin traitant la lettre suivante :

Mon cher Confrère, En exécution de l'ordonnance sur la longue maladie, je viens d'examiner votre malade , M. X..., demeurant à Y..., afin de déterminer, en accord avec vous, si ce malade est ou non justiciable de la longue maladie. (Ces prestations, etc).

Votre malade présente un néoplasme. Il est justiciable de la longue maladie.

Afin d'éviter un échange de correspondance fastidieux, convenons que l'absence de réponse de votre part dans les huit jours qui suivent la date d'envoi de cette lettre, équivaut à votre accord. Veuillez agréer...

Ainsi, « en exécution » de l'ordonnance qui prescrit un examen conjoint, le médecin-conseil a examiné seul le malade. Qu'a-t-il fait de là loi et de la courtoisie confraternelle ? Et le fameux accord sur le traitement spécial dont le bénéficiaire de l'A.L.M. doit faire l'objet, comment est-il donné ? En est-il soufflé mot dans la lettre ?

Les difficultés rencontrées dans la pratique montrent que l'ordonnance du 19 octobre 1945 fut mal rédigée, et qu'elle est inapplicable. La solution loyale et logique n'est pas l'accommodement du texte au gré de chaque Caisse, mais bien sa réforme. Puisqu'en fait, les Caisses sont contraintes, si elles veulent l'exécuter, de faire confiance au Corps médical et de lui laisser la grosse part de responsabilité morale et technique, que la loi vienne donc entériner cette situation, et laisser au médecin traitant, le soin, comme autrefois, de prescrire le traitement qui lui paraît le meilleur en conscience, et de faire appel, s'il le juge nécessaire, au consultant de son choix ; en un mot, qu'on le laisse souverain, et qu'on n'en fasse pas quelque technicien inférieur assujetti

(1) *Concours Médical*, 1er juin 1946, p. 555.

à des contrôles et directives qu'en fait l'Administration s'avère incapable d'assurer correctement.

Mais, nous objectera-t-on, cette incapacité de l'Administration est purement provisoire. Elle se préoccupe d'y remédier en mettant ses organisations de contrôle en harmonie avec les nouvelles dispositions de la loi, c'est-à-dire en augmentant son contingent de contrôleurs et en n'employant plus que des médecins-conseils à temps plein. Les arrêtés des 15 janvier et 12 mars 1946 formulent, en effet, de nouvelles exigences sur les qualités requises des médecins-conseils et candidats médecins-conseils de la Sécurité sociale. Aux termes de ces arrêtés, applicables à dater du 1er janvier 1946, les médecins-conseils de la Sécurité sociale doivent être choisis sur une liste d'aptitude dressée par la Section du Contrôle médical du Comité technique d'Action sanitaire et sociale, et nommés par les Conseils d'administration des Caisses régionales. Pour être inscrits sur la liste d'aptitude en question, les candidats doivent remplir un grand nombre de conditions, au nombre desquelles figure, en cinquième lieu, l'engagement à prendre de renoncer, en cas de nomination, à toute clientèle privée et à toute activité jugée incompatible avec le contrôle. Cette exigence se conçoit fort bien : à l'avenir le médecin-conseil aura suffisamment à faire pour pouvoir être occupé à temps plein par les Caisses. En outre, sous l'angle des rapports confraternels, il est préférable que le médecin-conseil ne fasse pas de clientèle privée. S'il pouvait continuer à s'y consacrer en effet, sa position de médecin consultant ne manquerait pas de faire rejaillir sur son activité de praticien ordinaire, un éclat, qui ne serait en fait justifié par aucun titre universitaire ou hospitalier et dont pourraient prendre ombrage les confrères praticiens.

Donc, les textes sont formels : depuis le 1er janvier 1946, plus de médecins-conseils à temps partiel. Mais, il y a loin de la coupe aux lèvres. Dans le Nord et dans bien d'autres coins, on signale que certains confrères continuent à exercer à la fois la médecine générale, la radiologie et le contrôle des A.S. L'harmonie des relations confraternelles se ressent de la prolongation d'un tel état de chose, les médecins praticiens se préoccupant de faire appliquer les textes.

Le ministre, dès le 4 janvier 1946, se souciait de la mise en place du nouveau contrôle. Contrairement à l'Union des Caisses qui, nous l'avons vu, paraît considérer indésirable le recrutement de nouveaux médecins-conseils, le ministre, dans sa circulaire, écrivait : « *Il est évident que trop souvent le corps des médecins-conseils risque d'être insuffisant en nombre et parfois en qualité. Vous devrez donc prévoir la création d'un certain nombre de postes de médecin-conseil et une répartition rationnelle de ces postes.* » Las ! ce recrutement ne paraît pas devoir se faire aisément, ni surtout à la cadence que les nouveaux besoins requièrent. Aussi le ministre se voit-il contraint de faire, en cette matière comme en matière de procédure de contrôle, une entorse à la loi. Il s'en est expliqué sans ambages dans une circulaire du 18 mars 1946 : « *En principe, le recrutement des médecins-conseils ne devrait porter que sur des médecins susceptibles d'être inscrits sur la liste d'aptitude. Cependant, en raison des circonstances, les Conseils d'administration des Unions régionales pourront être amenés à faire appel* temporairement *à des médecins ne remplissant pas les conditions réglementaires : médecins ayant dépassé 55 ans ou ne consacrant aux fonctions de médecin-conseil qu'une partie de leur activité. La Section du Contrôle médical qui a examiné cette question, au cours de sa séance du 23 janvier, a décidé que les Unions régionales devraient être laissées provisoirement libres d'utiliser les services de tels médecins. Mais elle a estimé qu'elle n'avait pas à connaître de leur situation, qui doit être réglée par des accords passés directement entre eux et les Conseils d'administration des Unions régionales, les dispositions du statut des médecins-conseils ne leur étant pas applicables. L'engagement de ces médecins doit avoir un caractère provisoire, pouvoir être dénoncé à tout moment après un préavis très court. Il importe, en effet, que les Unions régionales se réservent de pourvoir aux vacances, dès que les circonstances le permettront, par des médecins-conseils à temps complet remplissant les conditions rappelées ci-dessus.* »

En présence de la lettre formelle de la loi, les accommodements transitoires du ministre ne valent pas grand-chose, et un médecin praticien en butte à la rivalité d'un confrère mi-praticien, mi-contrôleur, serait à notre avis armé pour faire cesser un tel cumul. L'exhortation ministérielle à recruter, somme toute, à guichet ouvert, même les médecins ne remplissant pas les conditions requises pour figurer sur la liste d'aptitude, nous semble, en outre, inquiétante pour la qualité du nouveau corps de contrôle. A responsabilités accrues, mérites plus grands : ce paraît être de l'élémentaire bon sens. Or, au contraire, poussé par les exigences immédiates, « on » paraît vouloir embaucher le tout venant. Le risque est grand, décidément, de voir le sort du bénéficiaire de la longue maladie apprécié bien légèrement par un « consultant » d'occasion, puisque de consultant il n'aura que l'étiquette, et qu'au surplus la plupart du temps il se dispensera de la « consultation ».

La conclusion de tout ceci ? Pour appliquer correctement les dispositions actuelles sur la longue maladie, il faudrait presque autant de médecins-conseils que de médecins traitants (sans compter les sur-experts). Certes, ce pourrait être une solution élégante au problème, mythique d'ailleurs, de la pléthore médicale. Mais, que coûtera cette lourde organisation, obérée encore par les généreux remboursements de frais alloués par un arrêté ministériel du 22 juillet dernier — que nous publierons — aux assurés qui doivent quitter leur commune pour se soumettre à l'exercice du contrôle (frais de transport, de repas et d'hôtel, indemnité compensatrice de perte de salaire, etc.). Comme elle va être économique, cette nouvelle médecine administrative !

Par quel personnel, surtout, sera-t-elle dispensée si, pour lui donner un semblant de départ, on est obligé de recruter le tout venant sur le marché de la main-d'œuvre médicale ? La question est d'autant plus

angoissante que, par touches successives, le rôle du médecin-conseil prend plus d'importance et de relief. Le dernier arrêté sur les examens de santé gratuits fait du médecin-conseil le suprême informé et le grand régulateur de la santé de tous les A.S. de son ressort, puisqu'il sera seul à détenir l'intégralité des fiches médicales contenant les résultats des examens de santé. Dans peu de temps, il sera un véritable dictateur départemental à la santé. A-t-on mesuré combien il serait dangereux que ce poste fût tenu par une personnalité n'ayant pas toute la compétence nécessaire ?

Puisqu'il en est temps encore, et avant que des catastrophes ne se soient produites, que le législateur veuille bien reconnaître que son ordonnance du 19 octobre est un ours mal léché ; qu'il remette le texte sur le chantier et nous en donne une moûture un peu moins monstrueuse. Il rencontrera alors, de la part du Corps médical, une moins grande résistance ; celui-ci, en effet, contrairement à ce que veut bien dire une propagande intéressée, n'est pas hostile à la Sécurité sociale en elle-même, mais seulement à une forme de Sécurité sociale qui sent le bâclé, l'instabilité, l'insécurité pour tout dire.

P. DOURIEZ.

LA COMMISSION PERMANENTE DE LA NOMENCLATURE

par le Dr Fernand DECOURT.

Ainsi que je le faisais remarquer, en août 1943, dans mon « Avant-projet », la future Nomenclature, quand elle serait terminée, acceptée et publiée, devrait être considérée — dans l'avenir — comme une *création continue*. Je voulais dire par là qu'il serait nécessaire de « la remettre vingt fois sur le métier », de la limer et relimer sans cesse, d'abord pour en éliminer « les bavures », par un rodage soigneux, puis, d'année en année, de la « mettre à jour » continuellement, suivant les progrès de la science médicale et les modalités successives de traitements.

C'est dans cet esprit même que l'arrêté du 6 novembre 1945 institua la *Commission permanente de la Nomenclature*.

C'est une Commission *tripartite*, en ce sens qu'elle est composée pratiquement de douze médecins ainsi répartis : *a*) Quatre représentants de l'Administration : deux du Ministère du Travail et deux de celui de la Santé ; *b*) Quatre représentants des Caisses (dont deux médecins-conseils) ; *c*) Quatre représentants de la Confédération dont : un chirurgien, le Dr Ménégaux ; un spécialiste, le Dr Coniez, radiologiste et deux omnipraticiens, les Drs Mouthon et Fernand Decourt.

Nommée par l'arrêté du 6 février 1946, cette Commission (permanente, mais à éclipses) n'a tenu, jusqu'à ces derniers jours, qu'une seule séance, le 19 mars 1946. Et encore celle-ci fut-elle spéciale, n'ayant pour objet que de fixer les visites et consultations en matière d'Accidents du Travail, ainsi que les coefficients des divers certificats en cette matière — ce qui n'avait pas été réglé dans la Nouvelle Nomenclature. La deuxième séance vient d'avoir lieu le 11 juillet, près de quatre mois après la première... mais ce fut, en réalité, la première, la précédente n'ayant pas eu de rapport, en pratique, avec les Assurances sociales. Qu'il me soit permis d'insister sur ce point particulier, à cause des multiples lettres que je reçois de confrères s'étonnant que la Commission n'ait pas encore rectifié tel ou tel point signalé par eux, n'ait point fait telles modifications « s'imposant au plus tôt, etc. ». Aussi, je répète pour les dates : Nomination de la Commission, le 6 février 1946 ; première réunion *réelle* le 11 juillet, et la suivante, malgré les demandes du Corps médical, étant prévue pour... après les vacances, donc au début d'octobre. On le voit, ce n'est pas la faute de la Confédération, ni celle de ses représentants, si les travaux de révision sont conduits avec une sage lenteur, comme un excellent ragoût mijoté à feu doux...

⁂

Donc, le 11 juillet 1946, au Ministère du Travail, eut lieu ce qui était pratiquement la première séance de la Commission permanente. Les membres de celle-ci avaient reçu auparavant, avec la lettre de convocation, un *plan de méthode de travail* proposé par l'Administration. Ce plan rappelait, tout d'abord, que les attributions de la Commission sont de deux sortes : 1° Fixer l'interprétation à donner aux articles de la Nomenclature (*décisions* à prendre) ; 2° Apporter éventuellement des modifications à celle-ci (*propositions* à formuler). De plus, toute question soumise à la Commission devait être transmise à l'avance, au secrétariat de celle-ci. Toute autre question, posée en séance, serait obligatoirement renvoyée à la séance suivante. Enfin, si toute demande d'*interprétation* pouvait être faite par des praticiens ou des assurés sociaux directement, les demandes de *modification* ne pouvaient émaner que de l'Administration ou des Caisses ou des syndicats de praticiens et de leur confédération. Toutes ces directives, parfaitement explicables, furent, dès le début de la séance, acceptées à l'unanimité.

On en vint ensuite à l'examen des diverses questions inscrites à l'avance à l'Ordre du jour et que chaque membre de la Commission avait reçu avec sa convocation. Il y en avait une bonne quinzaine. Mais il ne serait guère correct, de ma part, de donner ici le texte des décisions prises ou celui des propositions faites aux « autorités », avant que « les deux Grands » (pour employer l'expression à la mode et, en réalité : le ministre du Travail et celui de la Santé) aient pris un arrêté à ce sujet. Nous

pourrons en reparler plus tard, d'ici peu nous a-t-on assuré, dès que le *Journal Officiel* aura publié le texte dudit arrêté.

Mais ce qu'il nous est loisible, par contre, de dire ici, c'est que, dès le début de l'examen des questions à l'Ordre du jour, suivant mission reçue du secrétariat de la Confédération, j'avais personnellement réuni sur le bureau tout un stock de questions (exactement 33) à examiner évidemment dans la réunion suivante, suivant la méthode de travail rappelée plus haut. Ces questions déposées au nom de la Confédération, provenaient, en réalité, de trois sources différentes, à savoir : des lettres reçues par le secrétariat de la Confédération qui me les avait confiées pour classement, des lettres reçues par la direction du CONCOURS qui me les avait remises également et enfin des lettres reçues par moi, directement. Mais ce n'est pas tout ; le Dr Coliez, radiologue, lui aussi, remit un stock de questions, et quelques-unes encore furent présentées par les confrères Ménégaux (chirurgien) et Mouthon (omnipraticien). Si bien que, pour la prochaine séance, il faut bien compter sur une cinquantaine de questions, je pense... Mais nous verrons cela plus tard, « à chaque jour suffit sa peine... » ; en tous cas, nous ne manquerons pas, à l'occasion, si cela semble nécessaire, de lire les lettres même des confrères, s'il y a « du tirage » et si celles-ci nous semblent, en quelque sorte, justificatives de la demande formulée...

Il ne faut pas oublier, néanmoins, confrères impatients, aux lettres parfois « impératives »... (oui, oui ! Et je pourrais même, pour certaines, mettre ici des adjectifs plus « péjoratifs », hélas !), il ne faut pas oublier, dis-je, que, dans cette Commission, sur douze membres, nous ne sommes que quatre, représentant le Corps médical devant l'Administration et les Caisses. Il est juste et loyal, toutefois, de remarquer, dès cette première séance, que les douze confrères ainsi réunis, bien que pas « du même côté de la barricade », officiellement, furent *tous* animés du plus pur esprit de conciliation, dans la compréhension la plus évidente des besoins du Corps médical comme des assurés sociaux ou des Caisses et du désir le plus net de faire pour le mieux dans l'intérêt de chacun.

⁂

Nous pouvons donc être, dès maintenant, persuadés que cette Commission permanente pourra faire de l'excellent travail, en espérant toutefois que, maintenant que celui-ci est « amorcé », les réunions seront moins rares — et de beaucoup — une fois les « vacances » passées... Patience, donc, confrères, « tout vient à point... » Faites crédit à *tous* les membres de cette Commission : ils me sont apparus comme prêts à donner satisfaction à toute demande, raisonnable et justifiée...

L'ENTENTE DIRECTE ENTRE LE CORPS MÉDICAL ET LES CAISSES

Nous avons reçu de M. le Professeur Vanverts, de Lille, l'intéressante lettre suivante que nous croyons devoir publier. Certes la thèse qui y est soutenue heurtera les sentiments de la « majorité » actuelle. Mais les déceptions que nous valent les Commissions d'homologation, même animées des meilleures intentions, conduiront peut-être beaucoup à reconsidérer le problème des accords Syndicats-Caisses d'un œil moins hostile. N. D. L. R.

J'ai été vivement intéressé par l'article que vous avez publié dans le « Concours Médical » du 20 avril.

Sa lecture démontrera à ceux qui se donnent la peine de réfléchir qu'il est prudent avant d'agir, de prévoir les conséquences de ce qu'on décide.

En étudiant le problème qui se posait et auquel je pensais depuis plusieurs mois, je me suis demandé si la question avait été logiquement envisagée. C'est le principe de l'entente directe sur lequel la discussion s'est déroulée.

Que signifie l'expression « entente directe » ?

Il ne s'agit que d'entente en ce qui concerne les honoraires, la question du libre choix étant laissée de côté et n'étant, du reste, pas supprimée par l'Ordonnance du 19 octobre 1945. L'entente doit exister entre celui qui reçoit — le médecin — et celui qui paie. Aucun tiers ne doit s'interposer entre les deux. On a, du reste, pris l'habitude de distinguer dans l'exercice de la médecine deux sortes de clientèle : la clientèle à entente directe et la clientèle à tiers payant. Pour celle-ci c'est un tiers qui est chargé du paiement des honoraires médicaux et le malade n'a rien à voir dans cette question qui lui est étrangère. Ainsi en est-il pour l'Assistance médicale gratuite, les soins aux pensionnés de guerre, les soins aux accidentés du travail et aux ouvriers atteints de maladies professionnelles.

En matière d'assurances sociales ce serait, dit-on, différent. C'est, en effet, l'assuré qui paie le médecin — ce qui est exact... en apparence du moins — ; mais l'est-ce en réalité ? L'assuré paie le médecin ; mais il est ensuite remboursé par la Caisse et ce remboursement doit être de 80 % et même total pour les interventions chirurgicales dont le K est égal ou supérieur à 50. Cette participation de 20 % n'a guère existé jusqu'ici ; mais elle doit exister dans l'avenir du fait de l'identité du tarif de responsabilité de la Caisse et du tarif médical.

C'est donc la Caisse qui est surtout intéressée par le tarif médical puisque son tarif de responsabilité doit être le même que celui-ci. L'assuré a évidemment une participation plus ou moins élevée en ce qui concerne la somme qu'il a à payer, suivant le tarif médical. Mais on ne lui demande pas son avis et c'est la Caisse qui supporte les 80 % du montant des honoraires payés au médecin.

Il est donc logique de conclure que ce n'est pas entre l'assuré et la Caisse que doit exister l'entente en ce qui concerne les honoraires ; mais c'est entre le Médecin et la Caisse.

Je conclus donc que l'entente directe doit exister entre le Corps Médical et les Caisses, c'est-à-dire que le tarif médical, qui doit correspondre au tarif de responsabilité des Caisses, doit être discuté entre le Contrôle médical et les Caisses.

Prof. VANVERTS.

CHRONIQUE DE L'AUTOMOBILE

LE PRIX DE REVIENT KILOMÉTRIQUE D'UNE VOITURE

A propos de l'article de M. Petit du 29 juin 1946.

Je lis avec beaucoup d'intérêt votre article, dans *Le Concours Médical* du 29 juin 1946, sur le prix de revient kilométrique d'un moteur.

Ayant pratiqué cinq ans en pleine campagne, je trouve que votre « prix de revient » est inférieur à la réalité : voici pourquoi (cas d'une voiture moyenne) :

1° Frais kilométriques aux 100 km.

Essence : L'un dans l'autre, la consommation du *médecin* n'est guère inférieure à 10 litres à cause des demi-tours, démarrages, passage dans des routes difficiles ou accidentées, j'ai atteint, dans certains cas, 13 litres et plus, soit 1.16

Huile : D'accord 0.20

Pneus : D'accord, sauf l'*obligation* d'acheter des pneus au marché noir, car, aucun médecin n'a jamais touché cinq pneus pour 20.000 km., ni même pour 50.000 km. ; donc, je double volontiers ce chiffre en tenant compte de l'usure exagérée sur des routes en mauvais état, crevaisons, etc..... 0.80

Chambres à air : D'accord, sous les mêmes réserves que ci-dessus 0.05

Lavage et graissage : D'accord..... 0.25

Réparations : J'ai dépensé l'an dernier 20.000 fr. pour 20.000 km. ; cette année, j'en suis déjà à quelque 10.000 ou 12.000 fr., et je conduis « doucement ».

Un médecin n'est pas un mécanicien, et n'a pas le *temps matériel* de s'occuper des menues réparations : il confie toutes les « bricoles » à son garagiste ou à son chauffeur (frais supplémentaires à prévoir) *minimum*..... 1.00

Total..... 3.46

2° Frais fixes.

Amortissement : Il existe très peu de médecins utilisant une vieille voiture de 30.000 fr.

La plupart ont dû acheter depuis deux, trois, 4 ans, une nouvelle voiture : il faut donc compter le prix de revient *actuel* avec les prix *actuels :* or, on ne saurait trouver de voiture à moins de 120.000 *fr.*, neuve ou d'occasion. 6.00

Assurance : D'accord 0.50

Garage : D'accord 0.42

Total..... 10.38

A cela, il faut ajouter, les dépenses supplémentaires : les *accus*, changés à prix d'or ; les *réparations* fréquentes de *crevaisons* (à un moment, cela a représenté, pour moi, 2 fr. du kilomètre en supplément).

Il faut ajouter *aussi* les dépenses inamortissables : le médecin qui, successivement, a posé l'*acétylène*, le *gazo*, le *gaz de Saint-Gaudens*, et qui y a renoncé au bout d'un an ou deux : à 1 fr. par kilomètre d'amortissement supplémentaire.

Ainsi, pour nous résumer :

Je suis d'accord avec vous sur ce qu'un conducteur soigneux, disposant de temps *gratuit* peut, dans les meilleures conditions, circuler à 4 fr. 96 le kilomètre ; c'est le cas du garagiste qui bricole gratuitement et sans frais sur sa propre voiture.

Le *temps* du médecin est trop précieux et vaut trop cher pour que cela vaille la peine de « bricoler » sur une voiture, ce n'est pas son rôle ; on voit mal un médecin réparant lui-même ses crevaisons pour économiser 50 fr. de garagiste, et y passant une heure.

J'estime donc que le prix de revient du *kilomètre auto du médecin est de* 10 *à* 15 *fr.* du kilomètre ; c'est ce que cela lui coûte.

3° Temps engagé.

Il reste un dernier facteur, dont vous n'avez pas tenu compte.

Lorsqu'un médecin fait une visite à 10 km., il prend :

1° Ses honoraires ;

2° Le remboursement de ses *frais mécaniques* de déplacement, soit actuellement 10 fr., sur lequel il ne gagne que peu ou prou ;

3° Enfin, il *perd* le temps de son déplacement, soit environ, sur la base de une heure pour 40 km. (comprenez les démarrages, sorties de ville, mauvais chemins) 1' ½ par kilomètre : dans le cas présent (10' + 10 km.), il perd 30' pendant lesquelles il aurait pu voir d'autres malades. L'heure du médecin valant environ 200 fr. officiellement et 300 fr. à 400 fr. réellement (4 visites à l'heure), il perd, en faisant une visite : 10' + 10 km. qu'il fait payer 300 fr., 100 à 200 fr. de manque à gagner.

J'estime donc que le *prix* du kilomètre serait à majorer de 5 *fr.* pour la perte de temps et le « travail » accompli, en tant que « chauffeur spécialisé ».

A *moins de* 15 *fr. du kilomètre*, si le médecin « fait du chiffre d'affaires » il gagne moins qu'un simple garagiste : il perd son temps, use son matériel, et son gain reste illusoire.

Dr Jacques LEMOINE.
(Bayonne).



IODO-GLUTHIONAL

RHUMATISMES

LABORATOIRES CADUCIA CLAMART

CORYZA RHINITES

IDRIANOL

m-MÉTHYLAMINOÉTHANOLPHÉNOL LÉVOGYRE

EMULSION NASALE

Action intense et prolongée
Sans congestion secondaire
Emploi propre et agréable

LABORATOIRES M.R.BALLU
104, RUE DE MIROMESNIL - PARIS 8e

AFFECTIONS PULMONAIRES

BALSAQUINTINE

Campho-gaïacolate de Pilocarpine et d'Atropine
en milieu Terpinobromoformique

1 à 2 cc par jour

LABORATOIRES LESCENE
58, Rue de Vouillé - PARIS-15e
et LIVAROT (Calvados)

Désinfectant intestinal
sans contre indication
Pilules de

CHLORAMINE FREYSSINGE

1er Jour : 12 pilules en 3 fois 2me Jour : 9 pilules en 3 fois 3me Jour : 6 pilules en 3 fois	Les jours suivants : 3 pilules en 3 fois

SNP

LABORATOIRE FREYSSINGE - 6, RUE ABEL - PARIS

ECHOS & COMMENTAIRES

Tempête dans un urinal.

Depuis plus de trente ans fonctionnait le Syndicat national des Urologistes français. Cet organisme était le seul officiellement reconnu par le Groupement des Syndicats nationaux des médecins spécialisés et par la Confédération des Syndicats médicaux.

Or, au mois de mai dernier, voici que naissait au grand jour un jeune rival dénommé Syndicat des Médecins et Chirurgiens urologues de France, qui prétendit lui aussi se faire habiliter par le Groupement et par la Confédération.

Après hésitations, discussions, etc., on s'orienta vers une entente, et même une fusion entre les deux syndicats. C'était de beaucoup la solution la plus sage et la plus utile au corps médical, dont l'intérêt essentiel est l'unité syndicale.

Pour mettre au point les modalités pratiques de la fusion, il fut décidé de recourir à l'arbitrage. Et quel arbitre choisit-on ? Non pas, comme on aurait pu le penser, telle ou telle personnalité du Bureau Confédéral (redouta-t-on que la Confédération fût à priori favorable à l'ancienne recrue ?), mais bien au Président du Conseil National de l'Ordre lui-même, qui rendit une sentence acceptée des deux parties. La dénomination de Syndicat national des Urologistes français fut conservée comme étant la plus ancienne, et le bureau du syndicat fusionné fut harmonieusement panaché de personnalités de l'ancien et du nouveau syndicat. Tout paraît ainsi rentré dans l'ordre.

Cette image du Président du Conseil national de l'Ordre se penchant paternellement sur les deux frères ennemis, et ramenant entre eux la concorde et l'unité, attributs essentiels, non seulement de l'Ordre, mais aussi d'un syndicalisme bien compris n'est-elle pas évocatrice de l'harmonie qui chaque jour davantage paraît s'établir entre l'Ordre et les Syndicats ?

Les difficultés actuelles de la médecine frontalière.

Un de nos excellents confrères des Ardennes nous adresse la lettre suivante :

Dans le Concours Médical *du 27 juillet* 1946, *vous souhaitez le rajeunissement des* conventions frontalières.

Je vous signale que le Syndicat des Ardennes a demandé la suppression pure et simple de la Convention franco-belge.

L'utilité de cette Convention, incontestable en 1910, *n'existe plus ; les médecins français ou belges ont actuellement les moyens de transport leur permettant de répondre aux appels de leurs clients. Ceux-ci n'ont aucun intérêt avouable à appeler un médecin étranger. Les seuls avantages que leur procurent ces confrères sont volés aux dépens des Caisses A.S. et Compagnies d'assurances (actes médicaux, payés par ces organismes, toujours supérieurs à ceux réellement effectués).*

La Confédération ne pourrait-elle demander, et obtenir, la suppression de la Convention franco-belge, en accord d'ailleurs avec les Syndicats des pharmaciens ?

Nous transmettons bien volontiers ce vœu à sa destinataire

ACTIPHOS
AMPOULES BUVABLES DE 3 CC.
L'ALIMENT ÉQUILIBRÉ DE LA CELLULE NERVEUSE
Acide phosphorique en Synergie suractivée par les Phosphates métalliques et les Catalyseurs minéraux
LABORATOIRE ROGER BELLON
LOUIS FERRAND
Ancien Lauréat des Hôpitaux de Paris
PHARMACIEN-GÉRANT
(GAMBÉFOL, RECTOCALCIUM, NÉMOPTYSOL "3", GLOBIRON)
78bis, Avenue Marceau - PARIS (8e)

Vitamine B2
(Lactoflavine)
BÉFLAVINE
"ROCHE"
Ophtalmologie. Peau et muqueuses
Gastro-entérologie
Troubles de croissance du nourrisson
PAR VOIE BUCCALE : DRAGÉES DOSÉES A 5 MILLIG. 2 A 4 PAR JOUR
PAR VOIE INTRAMUSCULAIRE : AMPOULES DE 2 cms DOSÉES A 10 MILLIG. UNE PAR JOUR
Produits "ROCHE" 10 rue Crillon, PARIS 4e

Les saboteurs de la médecine d'usine.

Deux cas récents d'incompréhension grave du rôle véritable du médecin d'usine viennent de nous être signalés.

La fille du concierge d'une importante usine d'appareils sanitaires sise dans le 9e arrondissement, souffre d'une typhoïde. Les parents s'adressent à leur médecin habituel. Après la troisième visite, la mère, embarrassée, explique à son médecin « que le patron a appris la maladie de la petite, et qu'il a déclaré que celle-ci devait être soignée par le médecin de l'usine ». On prie donc poliment le médecin traitant de ne plus revenir. Le patron est-il au courant des termes de la loi du 28 juillet 1942 ? Et le médecin d'usine ? Pour ce dernier, un recours devant le Conseil de l'Ordre lui rafraîchirait sans doute la mémoire.

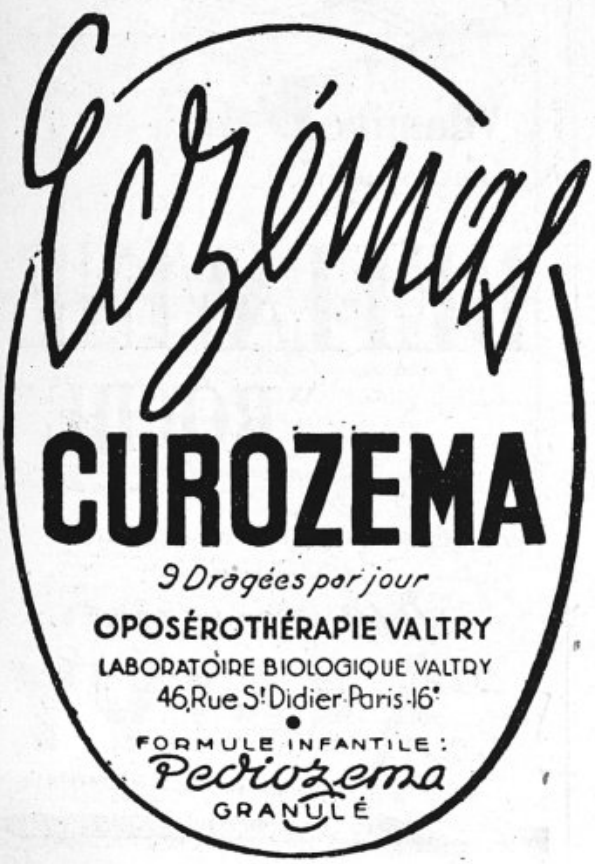
Autre cas. Une employée d'une entreprise de presse, à la ménopause, souffre d'hyperfolliculinie. Après tâtonnement, son médecin lui prescrit du Stérandryl. Le traitement d'ailleurs réussit parfaitement. Interrogée incidemment sur son état de santé par le médecin de son entreprise, et ayant eu l'imprudence d'expliquer à celui-ci ses malaises et le traitement ordonné, l'employée se voit répondre par le médecin d'usine : « Votre médecin traitant n'y connaît rien ! Ce n'est pas du Stérandryl qu'il faut prendre, c'est du Benzogynoestryl. » Là encore irruption abusive dans le domaine de la médecine de soins, atteinte grave à la déontologie. Que l'on vienne s'étonner après, des réticences du médecin praticien à l'encontre de la médecine d'usine, même à la mode de 1942. Que sera-ce pour celle que l'on nous prépare...

Pourquoi ne pas frapper a la bonne porte ?

Nous avons déjà signalé en juin dernier l'effort fait par M. Violette, député, auprès du ministre de la Production industrielle, pour obtenir en faveur du corps médical une augmentation du contingent de voitures automobiles. L'honorable député s'était fait fort courtoisement renvoyer au ministre de l'Economie nationale.

En dépit de cette rebutante expérience, M. Lespes, autre député, a, le 5 juillet dernier, cru devoir signaler à M. le ministre de la Production industrielle : « *que les médecins de Seine-et-Marne ne pourront bientôt plus donner de soins aux malades ruraux du fait que leurs voitures sont à peu près hors de service ; et demande quelles mesures il compte prendre pour faire attribuer à ces médecins ruraux des licences d'achat de voitures neuves en nombre suffisant.* »

Comme son prédécesseur, il s'est fait renvoyer vers d'autres portes : *Des nécessités économiques et financières impératives ayant contraint le Gouvernement à réserver à l'exportation les neuf dixièmes de la production automobile, le ministère de l'Economie nationale répartit les faibles contingents laissés à la disposition de l'économie française entre les différents ministères qui les distribuent à leurs propres ressortissants. C'est ainsi que le Ministère de la Santé publique, attributaire d'un contingent spécialement prévu pour les besoins du corps médical, est*





seul qualifié pour instruire les demandes de voitures présentées par les médecins et pour faire valoir, auprès du Ministère de l'Economie nationale, les droits incontestablement prioritaires du corps médical. Le Ministère de la Production industrielle ne dispose, pour sa part, que d'un très faible contingent trimestriel de voitures exclusivement réservées à ses ressortissants industriels et commerçants. »

Lequel de nos députés voudra bien accrocher sérieusement le *ministre de l'Economie nationale* et lui demander pourquoi, étant admis que la quasi totalité de la production automobile doit, pour des raisons supérieures, être affectée à l'exportation, il ne serait pas possible de porter de 10 à 15 % par exemple, le contingent réservé au marché intérieur français, et d'affecter ces 5 % supplémentaires, par priorité, à la satisfaction des besoins des médecins. Il faudrait peut-être bien que, mis au pied du mur, le ministre de l'Economie nationale s'expliquât.

La pénurie de médicaments spécialisés.

Le *Journal Officiel* du 31 juillet (édition des débats de l'Assemblée Constituante) a publié la réponse du ministre de la Santé publique à la question écrite que lui avait posée M. Vincent Badie, et que nous avons reproduite dans notre numéro du 3 août dernier pour l'information de nos lecteurs.

Voici, intégrale, la réponse du ministre :

« *La raréfaction de certaines spécialités pharmaceutiques retient depuis longtemps l'attention du ministre de la Santé publique qui a toujours attaché une importance particulière à ce que les malades puissent se procurer les médicaments qui leur sont nécessaires. Les difficultés soulevées par le problème des prix ne lui ont pas échappé. 1° Il est exact que les prix des spécialités pharmaceutiques sont maintenues environ au coefficient de 2,30 par rapport à ceux de 1939. Ce pourcentage de hausse est inférieur à l'indice moyen des prix de détail. Cependant, les salaires et les charges sociales ont augmenté dans une proportion plus élevée. Il en est de même pour les matières premières qui, pour certaines d'entre elles, sont payées au cours du dollar ou achetées en francs coloniaux. Les prix de vente ne correspondent plus aux prix de revient et ce déséquilibre a des conséquences particulièrement regrettables pour la santé publique ; 2° l'insuffisance des prix amène des laboratoires à cesser la fabrication de celles de leurs spécialités dont l'exploitation n'est plus rentable. D'autre part, beaucoup d'industries ont dû fermer leurs laboratoires de recherches ; 3° à de très nombreuses reprises, depuis la libération, le Ministère de la Santé publique a attiré l'attention du Ministère de l'Economie nationale sur les conséquences de l'insuffisance des prix des spécialités pharmaceutiques ; au point de vue sanitaire : la disparition possible des médicaments indispensables ; au point de vue économique : le ralentissement de la production entraînant une diminution du volume des exportations des produits pharmaceutiques. Les premières interventions datent d'octobre 1944 ; elles ont été fréquentes : 23 octobre, 7 décembre 1944 ; 10-24 février, 10 et 24 mars, 7 avril, 25 juin, 9 juillet, 26 juillet, 1er août, 25 octobre 1945 ; 14 janvier, 4 et 27 février, 9, 19, 21 mars, 4 et 16 avril 1946, sans compter les nombreuses lettres qui ont été adressées au Ministère de l'Economie nationale pour hâter la procédure d'homologation de prix*





de certains produits dont la vente se trouvait arrêtée. Le cabinet de M. Billoux, alors ministre de l'Economie nationale, s'est effectivement déclaré partisan d'une revalorisation du prix des spécialités pharmaceutiques ; 4° il n'appartient pas au Ministère de la Santé publique d'indiquer les raisons qui ont empêché l'application d'un réajustement des prix des produits pharmaceutiques. Ces questions relèvent du Ministère de l'Economie nationale qui pourrait être utilement consulté à ce sujet ; 5° il revient à cette administration d'étudier les moyens de mettre fin à un état de choses si préjudiciable à la santé publique. Il semble que le ministre de l'Economie nationale soit disposé à remédier à cette situation et le ministre de la Santé publique ne manquera pas, lorsqu'il sera consulté, de se montrer favorable à toutes dispositions qui tendraient à faciliter le ravitaillement du pays en spécialités pharmaceutiques dans la mesure où la hausse de ces produits ne constituera pas à son tour un obstacle à ce ravitaillement. »

Il convient donc, là encore, d'attendre les réactions du ministre de l'Economie nationale. On peut penser que ces réactions seront favorables et assez rapides d'après ce que M. le Ministre de la Santé publique a bien voulu préciser à M. Jean Médecin, autre député, qui lui avait posé une question en substance identique à celle de M. Vincent Badie : « *Le département de la Santé publique est intervenu à de très nombreuses reprises auprès du ministre de l'Economie nationale pour appeler son attention sur les conséquences possibles de cette politique dans le domaine du ravitaillement sanitaire du pays, ainsi que sur les possibilités d'accélérer les homologations de prix réclamées par les fabricants. Tout récemment, cette question a de nouveau fait l'objet de rapports entre nos deux départements et les services du Ministère de l'Economie nationale étudient actuellement les conditions d'une hausse des médicaments. Cependant, d'ores et déjà, au cas où un médicament indispensable serait susceptible de manquer en raison du déséquilibre entre son prix de revient et le prix de vente, le ministre de l'Economie nationale s'est engagé à examiner ces demandes par priorité dans les délais les plus brefs.* »

Nous espérons donc que le scandale de l'organisation scientifique de la pénurie de médicaments va cesser. La presse quotidienne s'en est émue. Notre confrère Bonnet-Roy, dans LE MONDE du 31 juillet dernier, a consacré un article documenté à la question. Puissions-nous, dans les semaines qui vont venir, nous réjouir de voir l'aboutissement de tant d'efforts.

Qu'est-ce que la » MUTUALITE FAMILIALE » ?

— Une filiale du *Concours Médical*.

— Une Société de Secours Mutuels libre régie par la loi du 1er avril 1898.

— Une Société cinquantenaire dont les réserves atteignent vingt millions.

— Une Société gérée par des médecins pour le service de médecins.

Elle vous versera en cas *de maladie* et *d'accident* des indemnités journalières de 120 à 300 francs par jour.

Ecrivez-lui : 37, RUE DE BELLEFOND, PARIS (9e).

HÉMO CYTO SÉRUM CORBIÈRE

Thérapeutique Ferro-Cacodylique

ANÉMIES
LYMPHATISME
CHLOROSE
CONVALESCENCES
TROUBLES DE LA CROISSANCE

LABORATOIRE CORBIÈRE
27, Rue Desrenaudes, PARIS TÉLÉPH. CARNOT 78-11

On désinfecte avec le

FUMIGATOR GONIN



60, Rue Saussure
PARIS (17e)

CORRESPONDANCE

APPLICATION DES TARIFS D'HONORAIRES

ACCIDENTS DU TRAVAIL -

3724. — Les tarifs A.T. et la nouvelle nomenclature.

Je vous serais très obligé de vouloir bien me donner, directement, si cela peut se faire, et le plus rapidement possible (car je dois établir un bulletin pour les médecins du département), les renseignements ci-après concernant les tarifs s'appliquant aux accidents de travail.

1° Date de l'ordonnance ou décision ayant fixé les nouveaux tarifs A.T.
2° Prix de la consultation.
3° Prix de la visite de jour.
4° Prix de la visite de nuit.
5° Prix de la visite du dimanche.
6° Prix du kilomètre parcouru, région de montagne.
7° Etablissement du prix des interventions.

Je dois vous signaler que n'ayant pas voulu passer de convention avec les Caisses d'Assurances sociales, nous sommes au tarif B, ensemble des départements, qui a été fixé d'office. Consultation : 80 fr. Visite : 100 fr., etc.

D C.

Réponse.

1° *Les nouveaux tarifs A.T. sont basés sur la nouvelle nomenclature depuis le 16 mai 1946. Quant aux prix de la consultation ou de la visite, ils ont été fixés à part suivant l'arrêté du 12 avril 1946 (J.O. du 3 mai) comme étant bien ceux de la nouvelle nomenclature mais avec une réduction de 20 %. Pour tous les départements n'ayant pas passé convention, les chiffres suivants ont été fixés par la Commission nationale tripartite à la date du 6 mai, comme suit :*

Autres localités (que certaines grandes villes). Consultation : 80 fr. ; visite : 100 fr. (Pour les accidents de travail, ces deux chiffres sont à réduire de 20 %). P.C. : 60 fr. ; K. : 60 fr. ; V.D. : 150 fr. ; V.N. : 200 fr. Indemnité kilométrique : 10 fr. en plaine, 12 et 15 fr. pour les régions du tarif ancien des A.T. de montagne dont ne fait pas partie votre département, et 30 fr. pour parcours à pied en cas de non-viabilité.

2° *Ayant la valeur monétaire de P.C., de K, etc., il est facile, en prenant la nomenclature, de fixer le prix exact de chaque intervention.*

Dr F. D.

★

HOSPITALISATION PUBLIQUE

780. — Médecin d'hôpital et clientèle libre.

Le Conseil d'Administration de l'hôpital nomme un médecin appointé pour faire le service médical de l'hôpital. Cette mesure est prise par suite de la carence des médecins de la localité d'assurer le service.

J'ai donné, en tant que Président du Syndicat médical, instruction à notre délégué à la Commission Administrative de demander :

1° L'ouverture d'un concours ;
2° Engagement que le médecin désigné qui sera fonctionnaire, ne fasse pas de clientèle.

Or, celui-ci veut ouvrir un laboratoire.

Veuillez me dire le plus tôt possible si nous pouvons maintenir nos exigences et quels textes légaux et officiels nous pouvons invoquer ?

Dr D.

HYPERCHLORHYDRIE
TOUTES DOULEURS GASTRIQUES

GASTROSEDYL

GOUTTES

Le grand remède de toutes les
GASTRALGIES

COMPOSITION INCHANGÉE

Teinture Dausse de belladone..... 46
Teinture Dausse de jusquiame..... 20
Liqueur ammoniacale anisée..... 20
Bromure de Sodium.. 13
Phosphate de codéine: 1

Antispasmodique certain

Régulateur de l'acide gastrique

Sédatif à effet immédiat

POSOLOGIE

10 à 30 gouttes dans un peu d'eau sucrée après les repas et au moment des douleurs

LABORATOIRES J. LANDRIER
— Coulange-sur-Yonne (YONNE) —



OXYURYL

VIOLET DE GENTIANE

Laboratoires A. MARIANI. 10, rue de Chartres. NEUILLY - PARIS

Réponse

Voici comment, légalement, est prévue la procédure de nomination aux fonctions de médecin, chirurgien, spécialiste, etc. des hôpitaux et des services hospitaliers de moindre importance (3e *classe*) *tels que définis par le décret du* 17 *avril* 1943.

A priori nous pensons, en effet que l'hôpital de X, doit être classé dans cette catégorie.

L'article 219 *du décret du* 17 *avril* 1943 *précise que les nominations à ces fonctions « sont faites par le préfet sur la proposition du directeur régional à la Santé, établie à la suite d'un concours sur titre ouvert pour chaque poste vacant. Dans le cas où un poste ne pourrait être pourvu par la voie régulière, la préfet a la faculté de désigner, après avis du directeur régional, un médecin, chirurgien, etc., qui exerce les fonctions à titre temporaire et pour une durée maximum d'un an. A l'expiration de ce délai le poste est de nouveau mis au concours ».*

De ce texte il résulte que c'est à tort que le Conseil d'Administration de l'hôpital a pris sur lui de nommer un médecin de l'hôpital, après carence constatée des médecins de la localité. En réalité, cette nomination ne pouvait être faite qu'à titre temporaire et pour une durée maxima d'un an, au bout de laquelle le poste devait être de nouveau mis au concours.

Par conséquent, en tant que Président du Syndicat médical, vous seriez à notre avis fondé à faire ressortir auprès de la Commission administrative intéressée l'irrégularité de la nomination du médecin en question ; à insister pour que cette nomination soit faite par le préfet et à titre temporaire seulement ; enfin, au bout d'un an, à requérir de nouveau l'ouverture d'un concours.

Voilà le point de vue exclusivement légal. Toutefois, il ne faut pas se dissimuler que vraisemblablement dans un an l'indifférence du Corps médical local sera la même vis-à-vis de l'hôpital que maintenant, et que probablement il faudra que le préfet se résolve à une nomination à titre définitif.

Pouvez-vous, par contre, exiger que le médecin ainsi nommé ne fasse pas de clientèle ? Aucun texte de loi ne vous permet de manifester cette exigence. Au contraire, la règle de la liberté d'installation pour les médecins sur tout le territoire français suppose que le médecin à qui serait confié ce poste de médecin d'hôpital n'étant fort probablement ni suffisamment occupé ni suffisamment appointé, devrait avoir droit à exercer en clientèle privée dans la localité.

Si les médecins locaux redoutent l'installation de ce nouveau confrère avantagé (?) par sa nomination aux fonctions hospitalières, pourquoi n'acceptent-ils pas eux-mêmes de se partager ces fonctions ?

Enfin, si le médecin fonctionnaire nommé à l'hôpital dans ces conditions exceptionnelles désire en fait n'exercer comme activité privée que celle de médecin de laboratoire, il nous semble encore plus impossible de l'empêcher de mettre ses projets à exécution, attendu que la concurrence par lui faite aux médecins de la localité sera vraisemblablement nulle, puisque, à moins que nous ne nous trompions lourdement, X ne doit pas comprendre de Laboratoire d'analyses.

★

QUESTIONS DIVERSES

1491. — Déontologie.

Un médecin ayant repris un cabinet fermé pendant six ans peut-il faire savoir par circulaire à la clientèle (il existe un fichier) qu'il a succédé à l'ancien proprié-

Micelliode
IODE COLLOIDAL MICELLAIRE ÉLECTRO-POSITIF
Toutes les Indications de l'IODE, SANS IODISME POSSIBLE
GOUTTES
Laboratoires de l'HÉPATROL _ 4 Rue Platon . PARIS (XVe)

VITAMINE E
SOLUTION HUILEUSE NATURELLE
TITRÉE A 10 milligrammes par ampoule
EGERMOL
LABORATOIRE LAROCHE-NAVARRON
6, Passage Ramey - PARIS (18e) -:- Tél. MONtmartre 93-49 et 98-73

taire qui abandonne définitivement l'exercice de la profession ?

Dr G.

Réponse

Il n'existe à l'heure actuelle aucune réglementation écrite de la déontologie. Le Conseil de l'Ordre institué par le Gouvernement de Vichy avait bien élaboré un code qui n'avait d'ailleurs que la valeur d'un règlement intérieur, mais ce code n'a plus aucune valeur du fait de l'annulation des institutions créées par Vichy.

Le nouveau Conseil de l'Ordre qu'a institué l'ordonnance du 24 septembre 1945 devra établir un nouveau code de déontologie qui sera soumis au Conseil d'Etat et ensuite promulgué sous la forme d'un règlement d'administration publique. Ce nouveau code aura force obligatoire à l'égard de tous les médecins.

Pour le moment donc, la question que vous nous posez ne peut être résolue à l'aide d'un texte précis.

Toutefois, s'il est généralement admis qu'un médecin doit s'abstenir de toute publicité, on considère comme normal que le médecin qui s'installe après avoir repris le poste d'un confrère fasse prévenir les anciens clients de celui-ci. Une circulaire ou une carte de faire-part les avertissent simplement qu'il a pris la suite de son confrère.

En l'espèce, bien que le cabinet de votre confrère ait été fermé pendant six ans, si vous venez de le reprendre en vertu d'un contrat avec ce confrère lui-même ou avec ses représentants légaux, rien ne s'oppose à ce que vous usiez du même procédé et fassiez connaître aux anciens clients de votre confrère la réouverture du cabinet et votre installation personnelle.

DEMANDES ET OFFRES

N° 449. — Désire céder, à Paris, bon cabin. méd. génér., avec appart. 5 p., cause dép. à la campagne. Ecr. journ. qui transm.

N° 450. — Achèter. client. Paris avec appart. conft. ou rég. paris., préfér. médec. génér., gynéc., accouch. Pourr. offrir en éch. cabin. médic. avec appart. conft, plein rendem., client. stable, Tunis.

N° 451. — A vendre table gynécol. avec jamb. Parf. état. Mme Charpentier, 5, rue Pasteur, à Rambouillet (Seine-et-Oise).

N° 452. — A vendre Peugeot 4 CV, carross. simili, moteur révisé il y a un mois.

N° 453. — Polyclin. 20 lits, imm. lux., gr. ville Est. Accouch., cherche associat. avec 800.000 francs. Offre conv. à chirurg., spécialiste, sage-femme ou para-médical. Urg. Ecr. journ. qui transm.

N° 454. — A céd. poste propharm., comm. imp. (3.400 h.), rég. Ouest, chasse et pêche. Ecr. journ. qui transm.

N° 455. — Cherche rég. Ouest poste méd. génér. à créer ou à rep. Ecr. journ. qui transm.

N° 456. — Clin. chirurg. génér., accouch., demande médec. accouch. Ecr. journal qui transm.

N° 457. — A céd. bon poste rural, région Nord, agric. et industr. Ecr. journ. qui transm.

N° 458. — Médec. 38 ans, 10 a. prat., conn. bien accouch. et méd. infant., au cour. de la pro-pharm., libre août à début novemb., fait remplacem. prov. et camp.

N° 459. — A vendre : Scialytique gr. mod., instrum. urolog., O.R.L. et divers.

N° 460. — A vendre au plus offr. bon. étuve Poupinel march. à l'électr., une boîte à instrum. 35 × 18 × 7, en cuivre de fabricat. anc.

N° 461. — Femme médec. fer. aides chirurg. dans clin., surveill. de malad., assurer. éventuell. direct. clin. Paris, banl. ou gr. ville. Ecr. journ. qui transm.

Gérant : J. MIGNON Lang, Blanchong et Cie, 30, rue du Poteau - Paris (18e) — 31.1040
Février 1979 Dépôt légal : N° 8 3e trimestre 46

Anémies · Asthénies
Amaigrissement
ARSENOCRINE
AMPOULES BUVABLES AGRÉABLES A PRENDRE
TOUTES DÉFICIENCES
LABORATOIRES DE SPÉCIALITÉS S.A.
LASSA
LASSA - 31, R. Chardon-Lagache, Paris 16e

THÉRAPEUTIQUE RHINO-PHARYNGÉE A DOSE FAIBLE
KIDARGOL
LABORATOIRE R. GALLIER, 1 bis, Place du Président-Mithouard, PARIS-VI.

Boldolaxine

LABORATOIRE EMILE CHARPENTIER
7, RUE DU BOIS DE BOULOGNE PARIS.XIVe

ÉTABLISSEMENTS SOUDAN
48, rue d'Alésia - PARIS-XIVe

NITRITE D'AMYLE BOISSY
EUONYMINE PAUL THIBAULT
(Pilules)
GRAINS MIRATON
(Laxatif)
VIN GIRARD
Iodotannique phosphaté
SIROP GIRARD
Iodotannique phosphaté
BIOPHORINE GIRARD
(Granulé)
IODOMAISINE Globules
IODOMAISINE Pommade
LACTAGOL

Toutes ces spécialités sont enregistrées au Laboratoire National de Contrôle des Médicaments et peuvent être prescrites aux Assurés sociaux.

EUPHORYL
Désensibilisant
EUPHORYL INFANTILE
Troubles hépato-digestifs de l'enfance
HIRUDINASE
Troubles de la circulation veineuse
SALICYLATE "ANA" SURACTIVE
Médication classique formule moderne
SCLÉRANA
Injections sclérosantes
SPASMORYL
Médication de base du terrain spasmogène

LABORATOIRES "ANA"
Dr VENDEL ET Cie
16, 18, Avenue Daumesnil PARIS (12e)



CHLORO-CALCION

68e ANNÉE — N° 34 — 24 AOUT 1946

LE

CONCOURS MÉDICAL

37, RUE DE BELLEFOND - PARIS (9e) - TRU 33-66

379-381

SOMMAIRE

PARTIE SCIENTIFIQUE.

Les plaies de la face souillées de goudron (Dr F. Caby) 919

Le problème du mode d'action thérapeutique des eaux thermales (Dr Jos. Julien) 920

A propos du traitement des brûlures par les bains salés (Dr Maurice Chauvenet) 921

La part du médecin traitant dans la préparation des cures thermales et climatiques (Dr Jean Godonneche) 922

Note sur la pathologie et le traitement du zona (Dr Leriche) 923

Le tableau clinique provoqué par l'exposition à l'explosion de la bombe atomique 923

Les Sociétés Savantes, 924. — La Presse, 925.

PARTIE PROFESSIONNELLE.

Propos du jour : Conférence de presse de M. le Ministre de la Santé (Dr G. Lavalée) 927

Organisation professionnelle : Assurances sociales. Une nouvelle menace contre la médecine libre (P. Douriez) 929

La vie de nos œuvres : Société Médicale Mutuelle d'assurance et de défense professionnelles « Le Sou Médical » 930

DEMI-COLONNES.

Dernières Nouvelles, 912. — A travers l'Officiel, 916. — Echos et Commentaires, 935. — Correspondance, 939.

NATIROSE

Dragées de Trinitrine

Laboratoire NATIVELLE

Dysendocrinies masculines et féminines.

OPO-IODAMELIS

"M" et "F"

Laboratoires Jacques LOGEAIS

2 à 6 comprimés par jour. Issy-les-Moulineaux - Paris

Equilibre Phospho-calcique

TRICALCINE

Granulés IRRADIÉE Cachets

RECALCIFICATION de l'ORGANISME

Lab. SCIENTIA - Dr PERRAUDIN

21, rue Chaptal, PARIS

VÉRITABLE HUILE DE

HAARLEM

G. de KONING TILLY

GOUTTES — CAPSULES

Laboratoires THOMAS, 2, rue Ste-Cécile, PARIS 9e)

Infangyl

Carlier

TOUX INFANTILES

Toux Coqueluche

ÆTHONE

Laboratoire de l'ÆTHONE 35, rue Boissonnade, PARIS (XIVe)

DERNIÈRES NOUVELLES

Faculté de Médecine de Paris.

M. Lavier, ancien Professeur à la Faculté de Médecine de Lille, est nommé à compter du 1er janvier 1946, dans la chaire de pathologie exotique (chaire créée).

Travaux pratiques d'Histologie.

Une série supplémentaire de Travaux pratiques d'Histologie aura lieu du jeudi 3 octobre 1946 au mercredi 16 octobre inclus. Les séances auront lieu chaque jour de 15 h. 45 à 17 h. 45 au Laboratoire des Travaux pratiques.

Programme : Etude pratique de l'Histologie générale et de l'Histologie des organes.

Le droit d'inscription est de : 500 francs.

Les inscriptions sont reçues au Secrétariat de la Faculté (Guichet n° 4) les lundis, mercredis et vendredis jusqu'à l'ouverture des travaux.

Travaux pratiques supplémentaires de Chimie.

Une série supplémentaire de travaux pratiques de Chimie aura lieu, à dater du lundi 7 octobre 1946, à 14 heures.

A cette série pourront s'inscrire :

1° Les étudiants dont les travaux pratiques n'ont pas été validés pour une raison quelconque.

2° Dans la limite des places disponibles, les étudiants qui voudraient compléter leurs connaissances pratiques en chimie biologique et pathologique avant la session d'examens de fin d'année.

Droit d'inscription : 200 francs. S'inscrire au secrétariat (guichet 4) les lundis, mercredis et vendredis de 14 à 16 heures.

Prix Sicard.

La Faculté fait connaître que le Prix Sicard sera attribué en octobre 1946. Ce prix est destiné à récompenser un ou deux candidats qui auront fourni le travail suivant :

« Diffuser les recherches médicales, soit par travail de laboratoire (cours, publications, etc...) soit par des voyages d'études, séjour (dans un laboratoire ou service déterminé en France ou à l'étranger). »

Le 23e Congrès de médecine légale

se tiendra à Paris les 18 et 19 Octobre 1946 sous la présidence du Professeur Duvoir. Des rapports de médecine légale, de traumatologie et de police scientifique seront présentés.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le Professeur Piedelièvre, 5, rue Cassini, Paris (14e), Secrétaire général, ou à M. le Docteur Derobert, 1, rue Clovis, Paris (5e), Secrétaire général-adjoint.

Le XIe Congrès français de Gynécologie aura lieu à Alger du 7 au 10 avril 1947 (Fêtes de Pâques).

Président : M. le professeur A. Laffont, doyen de la Faculté de médecine d'Alger ; secrétaire général : M. le docteur Maurice Fabre, secrétaire général de la Société Française de Gynécologie.

Question à l'ordre du jour : Les annexites (tuberculose exclue). Rapporteur général : M. le professeur agrégé Massé (de Bordeaux).

De belles manifestations touristiques dans le Sud algérien et le Sahara septentrional sont prévues à l'occasion de ce Congrès. Pour tous renseignements et inscriptions, s'adresser à M. le docteur Ezes, commissaire général, 5, rue Charras, Alger.

Le Congrès de l'Urgence au Portugal.

Du 15 au 30 juillet 1946 ont eu lieu des Journées internationales consacrées à l'étude des problèmes de la médecine et de la chirurgie d'urgence. Représentants de la France : MM. G. Blechmann, J. A. Huet, Marc Iselin et Tzanck.

Ces journées, au cours desquelles les plus récentes acquisitions de la médecine d'urgence, de la réanimation et de la transfusion sanguine furent mises au point, avaient été organisées par le Dr Almerindo Lessa assisté des Dr Belo Morais et de Freitas.

M. et Mme du Gault de la Légation de France, ont réservé le meilleur accueil à nos délégués. Le Comité France-Portugal a été fondé ; une Exposition du Livre Français scientifique a été organisée pour le mois d'octobre.

La Fédération française d'Education physique organise pour le dimanche 15 septembre 1946, au Col-





lège d'Athlètes de la S.N.C.F. à Ermont (Seine-et-Oise) une *Journée médicale d'Information*, avec conférences médicales et démonstrations pratiques. Pour tous renseignements et adhésions, s'adresser avant le 25 août 1946 au siège de la Fédération, 2, rue de Valois, Paris-1er.

XXe Journées Dentaires de Paris.

Les XXe Journées Dentaires de Paris (Anciennes Journées Franco-Belges), auront lieu du 21 au 24 novembre 1946. Ecole Odontotechnique de Paris, 5, rue Garancière.

40e Congrès de l'Association Française d'Urologie.

Le Congrès aura lieu à Paris, à la Faculté de Médecine, du 7 au 11 octobre 1946.

Séance d'ouverture le 7 octobre, à 16 heures. Rapport sur « Les résultats de la néphrostomie », présenté par le Professeur Auvigne (de Nantes) et le Dr Viollet (de Limoges).

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat général, Dr Louis Michon, 40, rue Barbet-de-Jouy, Paris (7e).

Société française d'Hygiène scolaire.

Tous les médecins qui s'occupent d'hygiène scolaire ou universitaire, fonctionnaires ou praticiens isolés ou appartenant déjà à une Société scolaire locale, sont invités à adhérer à la Société française d'Hygiène scolaire. La première Assemblée générale aura lieu à Paris, le 25 septembre 1946.

Adresser les adhésions au Secrétaire-Général adjoint Dr Pierre Delthil, 46, rue de Naples, Paris (8e), pour recevoir l'ordre du jour et un bulletin de vote (élection du bureau définitif).

Le Bureau provisoire : Docteur E. Lesné, président ; Docteurs Turpin et Douady, vice-présidents ; Docteur Laufer, secrétaire général.

Société Française de Prophylaxie Sanitaire et Morale.

Le Concours des « Enquêtes épidémiologiques » ouvert entre les Assistantes Sociales des dispensaires et services antivénériens vient de se terminer par l'attribution des prix suivants :

Premier prix (50.000 fr.) Equipe de Paris : Mlle Cavalier, Mlle Forest, Mlle Jager, Mlle Rolland.

Deuxième prix (20.000 fr.) Mme Gilles Monin, Toulouse.

Troisième prix (10.000 fr.) Mme Potel, Versailles.

Quatrième prix (10.000 fr.) Mlle Viale, Toulon.

Cinquième prix (10.000 fr.) Mlle Martinet, Châlon-sur-Saône.

En outre, le jury a demandé à M. le Ministre de la Santé Publique que des lettres de félicitations soient adressées à :

Mlle Richard (Rennes), Mlle Escare (Grenoble), Mlle Bertrand (Tarbes), Mlle Kable (Besançon).

Le Jury tient à faire observer que, pour l'attribution de ces récompenses, il n'a pas été tenu compte seulement des enquêtes exceptionnelles mais aussi et surtout du travail régulier, des efforts continus, du zèle et du dévouement constants manifestés par les Assistantes dans leur service.

Syndicat de Neufchâtel-en-Bray.

Les médecins du Syndicat de Neufchâtel-en-Bray, réunis le 7 juillet 1946, constatent avec émotion et inquiétude que les décisions antérieurement prises relatives aux grèves administratives ont été appliquées de façon très diverses et non simultanées par suite d'absence de directive formelle.

En présence de l'incohérence actuelle, ils émettent à l'unanimité le vœu que désormais des ordres précis soient donnés à tous les échelons du syndicalisme médical et que lorsque ces ordres sont donnés ils soient appliqués avec discipline par tous les organismes et toutes les individualités. (Communiqué).

Inspection de la Santé de la Savoie.

Un poste de médecin est actuellement vacant à Lanslebourg (Savoie). Différents avantages pécuniaires et en nature, sont accordés au titulaire du

Le Concours Médical
Hebdomadaire fondé en 1879 par A. Cézilly.
Directeur honoraire : Docteur J. Noir.
Directeur : Dr G. Lavalée.
Rédacteur en Chef : Dr G. Fischer.
Rédaction, Administration et Publicité, 31, Rue de Bellefond, Paris (9e).
Téléphone : TRU 33-66. R. C. Seine 76.579.
Chèques postaux, Paris 167-95.
Abonnements : 1 an, 250 francs. - Etudiants, 125 fr. Le N° 10 fr. Changem. d'adresse 5 fr

Coryza — Rhinites
Sinusites
Obstruction nasale, etc,
BALSAMORHINOL
LABORATOIRE FIDÈS
14, rue de la Comète
PARIS (7e)
Inflammations
de la Gorge, des Bronches
des Fosses nasales
INHALANTYL
Comprimés



Laboratoires A. MARIANI, 10, rue de Châtillon, NEUILLY-PARIS

poste. Se renseigner à l'Inspection départementale de la Santé (préfecture de la Savoie). (*Communiqué.*)

Un trust américain humanitaire : le « trust des yeux ».

Notre confrère suisse *Médecine et Hygiène*, signale la création récente, aux Etats-Unis, d'un nouveau trust, qui est d'ordre humanitaire : le « trust des yeux ». Il a pour but de collecter des yeux humains, après décès, pour permettre le traitement de taies opaques par greffe cornéenne. Les adhérents de cette Société philanthropique font le don généreux de leurs yeux après leur mort. Prélevés par les soins d'un service spécial motorisé de la Croix-Rouge américaine (les yeux doivent être employés dans les heures qui suivent l'énucléation), les greffons sont transportés par avion au siège du Trust, à New-York, où ils sont examinés, préparés et utilisés dans les plus courts délais.

L'Œuvre est dirigée par Mme Breckendridge, femme d'un avocat de New-York. Créée à la demande des oculistes américains, elle a le haut patronage de Mmes Franklin D. Roosevelt, Th. Roosevelt Sr, Coolidge, Harrison et Th. J. Preston, veuves de cinq présidents des Etats-Unis.

Confédération Nationale des Syndicats Dentaires.

La Confédération Nationale des Syndicats Dentaires, comprenant les Syndicats du Haut-Rhin, Bas-Rhin et Moselle, réunie en Assemblée Générale le 28 avril 1946, approuve les principes de la Sécurité Sociale définis par le premier alinéa de l'article 1 de l'Ordonnance du 4 octobre 1945, mais considérant :

que l'application de l'Ordonnance du 19 octobre 1945 est préjudiciable à la santé du pays ;

que ses textes portent atteinte à la liberté individuelle du malade et du praticien et à la liberté professionnelle inhérente à l'exercice de la chirurgie dentaire ;

estime inacceptable son application dans les textes actuels, demande aux Ministres intéressés de prendre en considération les propositions des représentants de la Confédération Nationale des Syndicats Dentaires.

Une Commission composée de MM. Rand, Pichenez, Coupeau, Moreau, Maurice Vincent a été chargée de préparer un rapport sur les propositions à présenter aux Ministres intéressés. Ce rapport sera au préalable étudié par les Membres du Conseil d'Administration lors de sa réunion des 25 et 26 mai prochains.

Le vote à l'unanimité de l'Ordre du jour ci-dessus implique l'obligation pour tous les Syndicats de ne signer aucune Convention sans avis de la Confédération. (*Communiqué.*)

Conseil de l'Ordre des Médecins de l'Aude.

Le Conseil de l'Ordre de l'Aude est composé comme suit : Président, Dr Jean Girou (Carcassonne) ; Vice-Présidents, Dr Cayla (Carcassonne) et Dr Janot (Narbonne) ; Secrétaire, Dr Cayzergues (Bram) ; Trésorier, Dr Bénazet (Pennautier) ; Membres, Drs Bertrou (Carcassonne), Lauze (Carcassonne), Roques (Narbonne), Seres (Cennes-Monestiès), Deumie (Salles-sur-l'Hers), Mendegris (Belvèze).

IVe Congrès des médecins électro-radiologistes de langue française.

Ce Congrès se tiendra à Paris, sous la présidence du Dr Delherm, à la même date que le Congrès de chirurgie, du 9 au 12 octobre 1946.

Trois rapports seront présentés : 1° Etude critique des rhumatismes, chroniques vertébraux, par M. Lachapelle ; 2° La radiothérapie de contact, par MM. Cottenot, Lamarque et Gros ; 3° Possibilités et limites de l'électro-encéphalographie, par le professeur Baudouin et M. Fischgold.

Adresser la correspondance à M. le docteur Cherigie, 9, rue Daru, Paris (8e).

Ordre des Médecins (Région de Laon).

Le Conseil Régional de l'Ordre des Médecins (Région de Laon) est ainsi composé : Président, Dr Filachet (Amiens) ; Vice-Président, Dr Bocquentin (Charleville) ; Secrétaire, Dr François (Bohain) ; Trésorier, Dr Chenier (Beauvais).

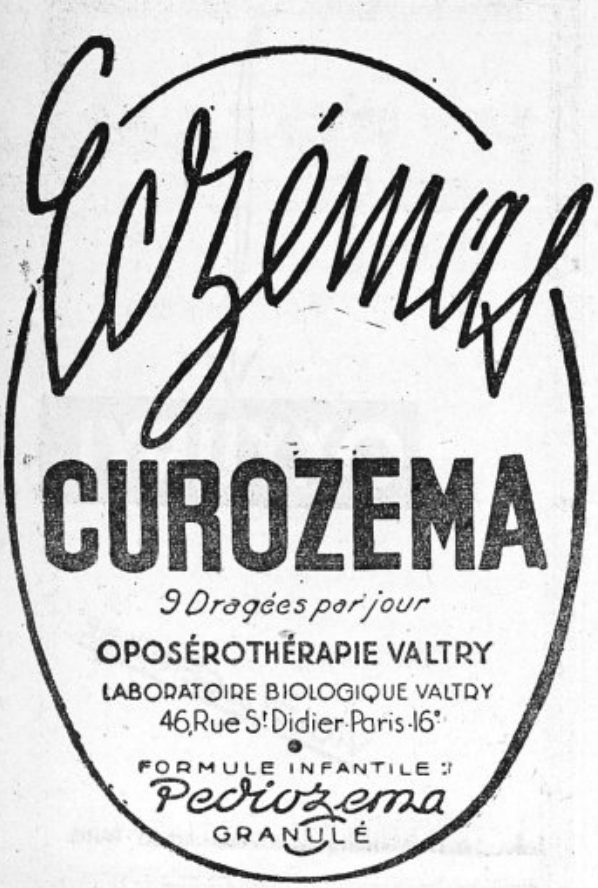
Membres : Drs Bodson (Hirson), Fernet (Albert), Graillon (Méru) ; Petel (Charleville).

Médecin contrôleur des Caisses A.S. : Dr Vanverts (de Lille).

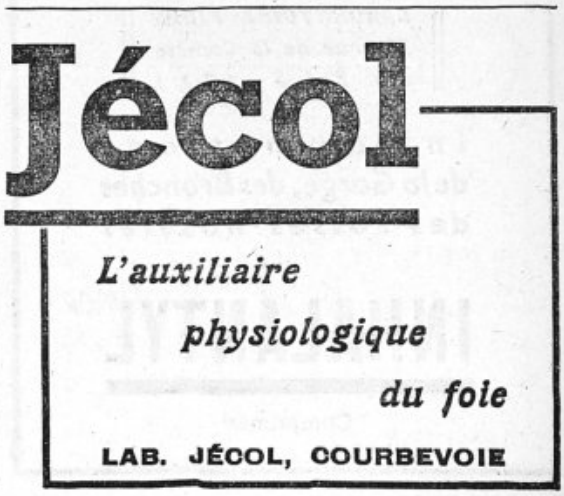
Comité Intersyndical des Médecins de la Région Parisienne.

Compte-rendu succint de la séance du 21 juillet 1946.

Le Comité de Coordination des Conseils Départementaux de l'Ordre des Médecins de la Région Pari-







sienne sous la présidence du Docteur Tissier Guy, puis le Comité Intersyndical des Médecins de la Région Parisienne sous la présidence du docteur Vaslin, ont tenu successivement leur réunion le dimanche 21 juillet 1946 à leur siège social, 28, rue Serpente à Paris.

Les questions d'assurances sociales ont fait l'objet principal des débats, tant au Comité de Coordination qu'au Comité Intersyndical. Après avoir fait un exposé de la situation actuelle dans leur département respectif, les assistants ont constaté que jusqu'à maintenant, malgré certaines réactions ministérielles un peu vives, aucune difficulté sérieuse ne s'était produite et que le fonctionnement des assurances sociales du point de vue médical était resté sensiblement le même que par le passé. Jusqu'à présent, dans les cinq départements de la région parisienne, les caisses de sécurité sociale ne paraissent pas avoir déposé de plaintes contre les médecins pour des dépassements d'honoraires.

Examinant ensuite le projet de modifications à l'ordonnance du 19 octobre 1945, établi le 23 juin 1946 par le Conseil d'administration de la Confédération des Syndicats Médicaux, le Comité de Coordination et le Comité Intersyndical, chacun pour ce qui le concerne, en ont approuvé la plus grande partie et ont retenu quelques articles sur lesquels ils ont décidé d'attirer l'attention des syndicats départementaux de la région.

Les assistants ont pris d'autre part connaissance du texte d'un modus vivendi transitoire établi par la Commission spéciale dite « des dix » et par le Conseil d'Administration de la Confédération pour le laps de temps peut-être encore long qui s'écoulera avant que le Parlement ait voté les modifications à l'ordonnance réclamées par le Corps médical.

Ont été enfin examinées un grand nombre de questions parmi lesquelles : celle de l'application éventuelle au corps médical de la dangereuse loi du 22 mai 1946 portant généralisation de la Sécurité Sociale, celle de la répartition au compte-goutte des voitures neuves, et celle de l'application de la loi du 21 décembre 1941 dans les hôpitaux publics de la Région parisienne. (*Communiqué*)

Conseil Départemental de la Seine de l'Ordre des Médecins.

Le Conseil, estimant qu'une plus grande rapidité d'information est nécessaire et souhaitable, décide qu'à l'avenir le communiqué à la Presse sera adopté sous la responsabilité du Président et du Secrétaire Général pour qu'il puisse être adressé plus tôt aux journaux.

(*Communiqué.*)

Dispensaire Municipaux.

Le Conseil a chargé la Commission des contrats d'examiner dans quelles conditions des médecins exercent leur art dans des dispensaires municipaux créés à Argenteuil et au Kremlin-Bicêtre et dans lesquels des soins sont donnés à tous les citoyens, quelle que soit leur situation sociale, à des tarifs notablement inférieurs aux honoraires syndicaux minima.

(*Communiqué.*)

Avis de vacance

Du poste de Médecin de l'Hôpital-Hospice de VILLEDIEU (Manche). Délai d'inscription : un mois. Indemnité annuelle, 6.000 francs. Les candidatures seront reçues par Mme la Directrice-Econome de l'Hôpital-Hospice de Villedieu (Manche).

Naissances.

Nous apprenons la naissance de Jean-Marc Emmanuelli, quatrième enfant du Dr F. Emmanuelli (La Varenne-Saint-Hilaire) ; d'Alain Massé, deuxième enfant du Dr F. Massé (Ceyzériat, Ain) ; de Pierre Dennequin, deuxième enfant du Dr Dennequin (Saint-Quentin) ; de Jean-Claude Grateau, troisième enfant du Dr J. Grateau (Cour-Cheverny, Loir-et-Cher) ; de Annie Kowalski, huitième enfant du Dr Kowalski (La Chapelle-Basse, Loire-Inférieure) ; de Fabienne Lau, deuxième enfant du Dr A. Lau (Olargues, Hérault).

Nécrologie.

Nous avons le regret d'annoncer la mort du docteur Louis Martin, ancien directeur de l'Institut Pasteur, membre de l'Institut, ancien Président de l'Académie de médecine, créateur avec Roux de la sérothérapie anti-diphtérique, décédé à l'âge de 82 ans ; du professeur Jules Froment, professeur de clinique médicale à la Faculté de Médecine de Lyon ; du Dr G. Laberne, de Neuville-lès-la-Charité (Hte-Saône).

BISMUTH TULASNE
NÉO-PANSEMENT TULASNE
LACTO PANSEMENT TULASNE
BISMU-CÔNES
FUCHELMINE
IODULANE
LABORATOIRES BOUILLET
7, SQUARE THIERS - PARIS 16e
TÉL. PASSY 14-17

HYPOTAN
HYPERTENSION
SPASMES VASCULAIRES

CURE COMPLÉMENTAIRE
DE L'ACÉCOLINE
LABORATOIRES LEMATTE ET BOINOT
52, RUE LA BRUYÈRE, PARIS

A TRAVERS L'OFFICIEL

ACCIDENTS DU TRAVAIL AGRICOLES.

Arrêté du 27 juillet 1946 appliquant les tarifs de responsabilité des Caisses mutuelles d'assurances sociales agricoles aux honoraires médicaux en matières d'accidents du travail agricole.

Article premier. — Les tarifs de responsabilité des caisses mutuelles d'assurances sociales agricoles, fixés en application de l'article 3, § 1er, de la loi du 1er février 1943 portant modification du régime agricole des assurances sociales, sont applicables dès leur entrée en vigueur au paiement des honoraires et frais accessoires dus aux praticiens et aux auxiliaires médicaux pour les soins de toute nature donnés aux victimes d'accidents du travail.

Le ticket modérateur de 20 % prévu auxdits tarifs n'est pas applicable en ce qui concerne la consultation ou la visite dans les cas suivants :

a) Consultation donnée dans un établissement hospitalier public ou privé ou dans un dispensaire ;

b) Maladies professionnelles.

Pour l'application des tarifs visés au premier alinéa ci-dessus, les actes ci-après énumérés sont affectés dans la nomenclature des actes professionnels des coefficients suivants :

Consultation ou visite du médecin traitant lors du contrôle de la victime : C × 1,5 ou V × 1,5.

Le ticket modérateur de 20 % susvisé ne s'applique pas à ces consultations ou visites.

Certificat médical initial constatant de façon précise le siège, la nature de la blessure et le pronostic probable :

a) En cas de blessure légère : P. C. × 0,4 ;

b) Descriptif en cas de blessure grave ou lorsqu'une blessure présumée légère devient grave : P. C. × 0,7.

Certificat final descriptif et détaillé constatant l'état du blessé après consolidation d'une blessure grave : P. C. × 1.

Les honoraires ainsi établis pour les certificats se cumulent avec le prix de la visite ou de la consultation ; ils comprennent les frais de copie, de rapport et de correspondance.

(*J. O.*, 31 juillet 1946.)

CIRCULATION AUTOMOBILE.

Décret du 2 août 1946.

Article premier. — Le récépissé de la déclaration prévue par l'instruction du ministère de l'Intérieur n° 1120 du 5 mars 1946 organisant un dénombrement des véhicules et cycles à moteur mécaniques en état de marche, tient lieu provisoirement de l'autorisation spéciale de circuler prescrite par l'article 1er de l'acte dit loi du 27 août 1940.

Art. 2. — Tout propriétaire d'une voiture automobile déclarée au dénombrement, visé à l'article 1er, en état de marche et n'ayant pas bénéficié à ce jour d'une autorisation permanente de circuler pourra prétendre à une allocation mensuelle de carburant fixée à 20 litres. Pour les motocyclettes l'allocation sera de 10 litres.

Art. 3. — Toute fausse déclaration ou toute falsification du récépissé pourra donner lieu à la mise en fourrière du véhicule pour une durée de six mois, sans préjudice de la confiscation qui peut être prononcée par les tribunaux.

(*J. O.*, 3 août 1946.)

PROVACS
(TRAITEMENT DES INFECTIONS FUSO-SPIRILLAIRES (SPIROCHETES ET BACTERIES ANAEROBIES DE LA FLORE BUCCO-DENTAIRE)
Vaccinothérapie des infections aiguës
Désensibilisation immunisante des infections chroniques
ANGINES, ANGINE DE VINCENT, STOMATITES, PHLEGMONS DES MAXILLAIRES, et ACCIDENTS DE LA DENT DE SAGESSE
POSOLOGIE cas aigus : doses fortes de 1 à 3 cc. par jour
cas chroniques : doses faibles espacées et croissantes
en injections sous-cutanées. Pas de contre indications.
LABORATOIRES DAUFRESNE 42, rue Thiers-LE HAVRE

LIT MÉCANIQUE DUPONT
Cent ans de spécialisation dans le confort du malade
POUR SOULEVER ET SOIGNER LES MALADES
NOUVEAU MODÈLE PERFECTIONNÉ
RECOMMANDÉ PAR LE CORPS MÉDICAL
10, Rue Hautefeuille
PARIS (VIe Arr.)
Téléphone : Danton 05-61 et 62
Succ. à Lyon, 6, Place Bellecour
VENTE ET LOCATION

Vaccin contre la VARIOLE
Service Vaccinal du « Concours Médical »
assuré par
L'INSTITUT DE VACCINE
8, Rue Ballu
PARIS (IXe)
Téléph : TRInité 46-15

DOMESTIQUES ET GENS DE MAISON.

Arrêté ministériel du 25 juin 1946 modifiant l'article 7 de l'arrêté du 31 janvier 1946 sur les salaires dans les services domestiques.

Article premier. — Les dispositions de l'article 7 de l'arrêté du 31 janvier 1946 fixant les salaires dans les services domestiques sont modifiées comme suit :

« Art. 7. — Les avantages en nature, lorsqu'ils sont fournis par l'employeur, peuvent être déduits des salaires fixés par le présent arrêté ; la nourriture est évaluée, sur la base journalière, à une somme égale à deux fois le salaire horaire de la femme de ménage classée au coefficient 100 ; le logement est évalué à 4 fr. par jour, pour une personne seule, et à 6 fr. par jour pour un ménage, les chiffres d'évaluation du logement subissent les abattements de zones prévus par la réglementation en vigueur.

« L'application des dispositions ci-dessus ne devra, en aucun cas, entraîner une diminution des salaires en espèces perçus à la date d'application du présent arrêté. »

Art. 2. — L'annexe à l'arrêté susvisé du 31 janvier 1946 est remplacée par l'annexe au présent arrêté.

ANNEXE

I. — **Personnel payé à l'heure.**

Coefficient 100 : 20 fr. : Femme de ménage travaux courants.

Coefficient 115 : 23 fr. : Femme de ménage exécutant de gros travaux tels que : lessivage, lavage, frottage, cirage.

II. — **Personnel payé au mois.**

Coefficient 100 : 3.470 : Bonne à tout faire débutante (moins d'un an de pratique). Groom. Gardien d'immeubles particuliers.

Coefficient 110 : 3.815 : Homme toute main et de peine. Aide-cuisinier.

Coefficient 115 : 3.990 : Bonne à tout faire (ayant plus d'un an de pratique et susceptible d'exécuter l'ensemble des travaux courants d'intérieur). Bonne d'enfants (un ou deux enfants) ; à partir du troisième enfant : 5 points de majoration par enfant.

Coefficient 123 : 4.270 : Femme de chambre chargée de l'entretien du linge et service courant. Valet de pied. Valet de chambre service courant.

Cofficient 130 : 4.510 : Cocher particulier, palefrenier occupé chez un propriétaire, un rentier, à titre domestique.

Coefficient 135 : 4.685 : Femme de chambre lingère, couturière ou coiffeuse.

Coefficient 138 : 4.765 : Chauffeur particulier.

Coefficient 150 : 5.200 : Chauffeur conducteur mécanicien d'automobile, assurant l'entretien courant de la voiture et les menues réparations. Cuisinier ou cuisinière travaillant seuls. Dame ou demoiselle de compagnie. Gouvernante. Maître d'hôtel (homme ou femme).

Coefficient 165 : 5.725 : Cuisinière pâtissière ou cuisinier pâtissier.

Coefficient 180 : 6.245 : Nourrice dans une famille. Gouvernante d'enfants diplômée (nurse) ou possédant des références la qualifiant pour cet emploi.

Coefficient 190 : 6.595 : Chef cuisinier ou cuisinière. Femme de charge. Lectrice. Maître d'hôtel chef du personnel.

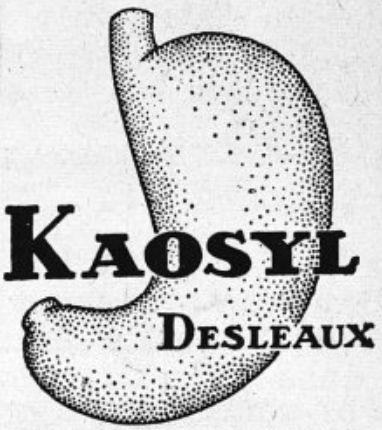
(*J. O.*, 7 juillet 1946.)

TRAITEMENTS ET SALAIRES.

Un Arrêté du ministre du Travail du 29 juillet 1946 porte relèvement des salaires dans les entreprises industrielles et commerciales, les professions libérales, les offices publics et ministériels, les syndicats, sociétés civiles et associations de quelque nature que ce soit. (« J. O. », 30 juillet 1946.) Une circulaire d'application a été publiée au « Journal Officiel » du 2 août 1946.

MIGRAINES — GRIPPES
DOULEURS CATAMÉNIALES
ALGIES

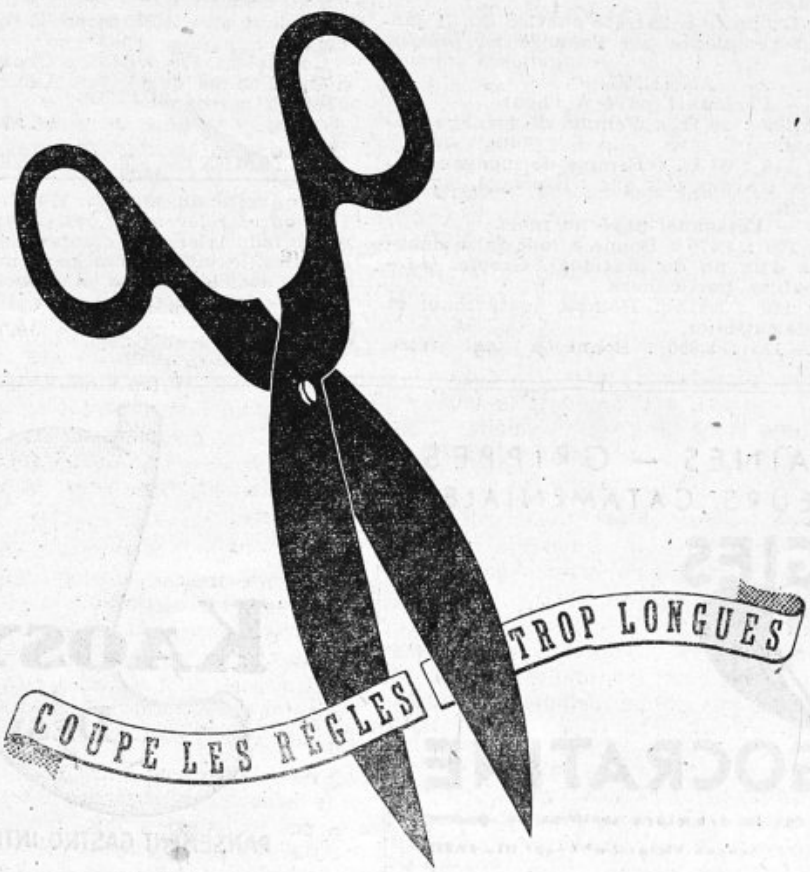
ALGOCRATINE
Un cachet dès la première sensation de douleur
LANCOSME, 77, Avenue Victor-Emmanuel III — PARIS


KAOSYL
DESLEAUX
PANSEMENT GASTRO-INTESTINAL
LANCOSME, 71, Av. Victor Emmanuel III, Paris (8e)

ROMARANTYL
2 à 3 cuillerées à café aux repas
dans un peu d'eau
Cholérétique
Antispasmodique Diurétique
Laboratoires TROUETTE-PERRET, 61, Avenue Philippe-Auguste, PARIS (XIe)

FRÉNOVEX

EXTRAIT TOTAL DE GLANDE MAMMAIRE ET CORPS JAUNE FRAIS



TARIT LES HÉMORRAGIES UTÉRINES

LABORATOIRES CRINEX-UVÉ 24 1, av. du Dr. Lannelongue, PARIS (XIVe)

PARTIE SCIENTIFIQUE

LES PLAIES DE LA FACE SOUILLÉES DE GOUDRON

Docteur F. CABY
Ancien chef de clinique chirurgicale à la Faculté de Paris

IL est fréquent de rencontrer des blessés qui, à la suite d'une chute de bicyclette sur une route goudronnée, présentent de multiples éraflures superficielles de la face, sans gravité par elles-mêmes. Mais ces éraflures sont souillées de goudron et laissent derrière elles une trace indélébile. Et c'est là une notion dont l'importance est trop souvent méconnue : le blessé est en effet tatoué définitivement. Une fois ce tatouage constitué, il est difficile ou même impossible de le faire disparaître sans cicatrice alors qu'un traitement immédiat bien conduit aurait évité cette disgrâce.

Je garde le souvenir d'un de mes amis qui est resté ainsi véritablement défiguré par de multiples stries plus ou moins noires qui couvraient une joue, de la pommette au menton. Mais il est des cas où les lésions sont encore pires. Il y a quelques années, une fort jolie jeune femme vint me trouver à la suite d'un accident datant de plusieurs semaines. Son aspect était devenu véritablement navrant. Le dos du nez était raboté et noir comme de l'encre. La lèvre supérieure divisée sur toute sa hauteur depuis la sous-cloison, sur une épaisseur d'un demi-centimètre, béait, noire aussi. Le menton présentait une perte de substance profonde emportant toute l'épaisseur de la peau, du diamètre d'une pièce de deux francs. De multiples éraflures noires environnaient le tout. Ceci était le résultat d'une chute de bicyclette sur une route goudronnée, soignée par des pansements et la pose de quelques agrafes.

Pour obtenir un résultat esthétique satisfaisant, il me fallut faire plusieurs opérations plastiques complétées par de fines électrocoagulations et des applications de neige carbonique. Finalement avec un peu de crème et de poudre cela ne se voit guère. Mais les soins ont duré plusieurs mois. Aussi je crois qu'il n'est pas inutile d'insister sur le traitement de ces plaies souillées de goudron, quelqu'en soit d'ailleurs le siège.

Les plaies véritables, celles qui lèsent toute l'épaisseur de la peau,doivent être excisées comme il est de règle pour toute plaie. Je dis bien excisée, c'est-à-dire que sous anesthésie locale chaque lèvre en doit être enlevée sur une largeur de un à deux millimètres. Il ne doit rien rester de la plaie primitive Hémostase de ce qui saigne en jet par un catgut 000, puis suture. Pour la face il faut n'employer que des aiguilles de couturière. Il n'est pas indispensable de posséder des aiguilles chirurgicales serties. N'importe quelle aiguille de couturière peut faire l'affaire, enfilée d'un fil de lin ou de coton blanc et tenue au bout d'une pince hémostatique de Péan. Il ne faut jamais employer d'agrafes pour la face. A part dans la région périorbitaire, la peau de la face est généralement trop épaisse pour que les agrafes puissent tenir et laisser un résultat heureux. Il faut à la face pratiquer des sutures très fines par de petits points multiples très rapprochés ne prenant qu'un millimètre de peau de chaque côté. Ces fils enlevés par moitié dès le 2e jour, l'autre moitié le 4e, ne laisseront aucune trace. Aucun n'a de solidité, mais l'ensemble constitue un réseau solide. Aucun ne subit de traction, donc aucun ne coupe. Ce n'est pas le trou d'une aiguille de couturière qui laisse une trace, mais le fil qui sous traction a marqué son empreinte en échelle de perroquet, ou le fil laissé trop longtemps qui a fini par couper. A la face la cicatrisation est d'une rapidité extrême, aussi peut-on enlever les fils très vite Une difficulté survient si la plaie est un peu large. Les premiers points prenant trop peu de tissus déchirent. Cette difficulté est facilement tournée si on prend la précaution de bâtir son ouvrage par un ou quelques points d'affrontement s'appuyant largement sur 1/2 cm. de peau de part et d'autre. Une fois la fine suture exécutée ce bâti devenu inutile, et dangereux pour l'esthétique est immédiatement supprimé et ne laisse aucune trace. Il est superflu de rappeler que les points d'angles seront faits pour commencer, transformant ainsi le véritable puzzle que constitue une plaie irrégulière en une plaie simple en ligne brisée. Il est inutile aussi d'insister sur la nécessité d'affronter exactement pour commencer le bord libre de la paupière ou de l'aile du nez divisé, le raccordement muco-cutané de la lèvre. Ces points ont avantage à être un peu plus larges que les autres.

Rappelons enfin qu'une perte de substance peut-être immédiatement traitée par une greffe. J'ai ainsi fait récemment une greffe libre de peau prélevée derrière l'oreille pour remplacer la peau d'un bout de nez enlevée par un chien. Le résultat esthétique était excellent un mois après. Mais c'est là l'affaire du chirurgien. Il suffit au praticien d'en connaître la possibilité.

Ayant ainsi rappelé un peu longuement les règles de la petite chirurgie de la face,où chaque détail a son importance, j'en viens au point plus particulier des éraflures souillées de goudron. Il s'agit soit d'érosions en surface, soit de griffures linéaires qui, les unes et les autres, n'enlèvent que des couches épidermiques. Ces lésions ne laisseront aucune trace si on les traite de la manière suivante.

Avec une fine curette de dermatologiste ou, pour les fines griffures, d'ophtalmologiste, on gratte méthodiquement les plaies avec persévérance jusqu'à ce que la moindre parcelle noire ait disparu. Pour cela il faut gratter souvent dans plusieurs sens différents, de haut en bas, puis de bas en haut, ailleurs transversalement. Mais il faut être

exigeant et ne s'arrêter qu'une fois le plus minime grain noir enlevé. Chose curieuse, cette petite opération n'est guère pénible. J'en ai fait récemment l'expérience sur une malade particulièrement pusillanime à qui la simple vue d'une seringue à anesthésie locale donnait une véritable crise de nerfs. La crainte d'être défigurée donne de la patience aux femmes. S'il le fallait une injection de morphine préalable, sous-cutanée ou même intra-veineuse, serait en tous cas largement suffisante pour calmer les plus indociles.

Pas de pansements à la face, surtout sur ces éraflures qui suinteront, feront adhérer la compresse dont l'ablation enlèverait une croûte. La cicatrice serait plus visible.

Un poudrage avec un léger nuage de sulfamide suffira et sera renouvelé jusqu'à ce que le suintement cesse. Ne pas toucher aux croûtes qui tomberont d'elles-mêmes, aidées s'il le faut par application de crème grasse. La cicatrice sera rapidement invisible.

Voici un sujet bien minime pour d'aussi longs développements. Mais le médecin qui agira suivant ces préceptes s'attirera la reconnaissance d'une cliente toujours soucieuse de l'intégrité de son visage, même si la nature ne l'a pas avantagée.

LE PROBLÈME DU MODE D'ACTION THÉRAPEUTIQUE DES EAUX THERMALES

par le Docteur Jos. JULIEN

L'article du Docteur H. Gaehlinger (Concours Médical 18-5-1946), pose une fois de plus le problème de l'action thérapeutique des eaux minérales. Les idées claires et les explications satisfaisantes qui peuvent concourir à la solution de ce problème n'abondent pas ; depuis longtemps d'innombrables auteurs, frappés par l'indéniable action des eaux thermales ont émis des hypothèses qui toutes s'arrêtent devant un inconnu qui pourrait être qualifié de miraculeux. La belle étude publiée par Uzan très peu ayant la guerre, montre la complexité de la question et Monsieur Gaehlinger conclut son article récent par des points d'interrogation. La question des vitamines indique une ligne que n'ont suivie, semble-t-il, autun des deux auteurs que nous venons de citer. C'est en 1939, que j'ai moi-même montré la présence de vitamines hydrosolubles dans certaines eaux thermales. Cette découverte qui pouvait laisser sceptiques bien des chercheurs, m'a entraîné à faire de nombreuses observations qui peuvent donner semble-t-il la solution d'un problème très général de l'action thérapeutique de certaines eaux thermales.

L'origine des vitamines hydrosolubles, dont on peut révéler l'existence dans certaines eaux thermales dites sulfureuses et dans des eaux ferrugineuses, est sans aucun doute dans les très nombreuses espèces vivantes, dont le milieu naturel de développement est précisément l'eau sulfureuse, ou ferrugineuse. L'ensemble de ces espèces connues sous le nom assez impropre de barégines (1) ont été étudiées tant au point de vue botanique qu'au point de ue biologique, cela depuis fort longtemps. Dans certaines stations ces algues, sulfuraires végétaux inférieurs et bactéries, sont empiriquement utilisés en thérapeutique sous forme de boues thermales. Dès le départ de nos études personnelles nous avons considéré l'eau thermale sulfureuse comme un milieu vivant et comme un système physico-chimique relativement stable (Sud Médical 1944). Afin d'étudier d'une façon précise ce système nous avons proposé et en partie réalisé (Académie de Médecine, 1940), l'installation d'un laboratoire spécialisé d'hydrobiologie thermale. Ce laboratoire se propose l'étude des organismes qui vivent normalement dans les milieux bien caractérisés de certaines eaux thermales médicinales, les eaux sulfureuses et les eaux ferrugineuses en particulier. Nous nommes arrivés, malgré les difficultés actuelles à acquérir des notions précieuses et originales sur l'ensemencement la culture et la récolte de ces espèces, dans leur milieu naturel et sur divers milieux artificiels. Disposant ainsi d'un abondant matériel d'expériences nous nous sommes proposés d'étudier par les méthodes classiques les propriétés biologiques, pharmaco-dynamiques et thérapeutiques d'un véritable plancton thermal. Arrivés à ce point de nos recherches il nous semble que, pour les eaux dont l'emploi thérapeutique est à peu près exclusivement externe, (sulfureuses, type Aix-les-Bains), leur mode d'action relève de la nature bien particulière des matières vivantes employées immédiatement après leur récolte ou présentées sous forme d'extraits stabilisés par l'un des nombreux procédés utilisés en biologie thérapeutique. Ce mode d'action s'exerce, nous semble-t-il, par trois mécanismes qui concourent au même but curatif : l'absorbtion par imbibition, ou osmose, à travers le revêtement cutané, l'électrophorèse (2) et les réactions biologiques qui interviennent entre l'antigène constitué par des matières vivantes du plancton et les tissus vivants, sains et pathologiques avec lesquels ces matières sont mises en contact. Le mode d'action biologique est sans doute complété par l'intervention de vitamines, ferments, diastases et ions libres absorbés sur les molécules organiques, et le pouvoir antibiotique de certains végétaux inférieurs. Ces différentes études seront exposées avec de très longs développements. Mais nous sommes en mesure de donner déjà l'explication de deux importants phénomènes qui ont frappé les observateurs :

1°) La perte d'activité des eaux thermales sulfureuses aussitôt que celle-ci sont sorties du griffon.

2°) Nous donnons une explication valable des crises thermales qui se produisent chez la plupart des sujets au début des cures. Ces crises sont de véritables chocs anaphylatiques plus ou moins intenses ; leur répétition et leur atténuation constituent de véritables cures par vaccination.

Il nous semble que cette conception peut avoir de très importantes conséquences. Elle doit permettre en tous cas de conduire l'expérimentation et les cures thermales non plus empiriquement, mais en suivant les règles de la Médecine expérimentale.

(1) J'ai proposé le nom de Planctines, pour ce véritable « plancton » thermal.

(2) Nous nous sommes inspirés pour l'étude de ce mécanisme de l'action des eaux minérales, des remarquables travaux du Professeur Pech, de Montpellier.

A PROPOS DU TRAITEMENT DES BRULURES PAR LES BAINS SALÉS

Nous avons appris que nos confrères américains emploient les bains de sérum physiologique pour traiter les brûlures et qu'ils se déclarent très satisfaits des résultats obtenus.

Mais ce genre de traitement nécessite des installations réalisables seulement en milieu hospitalier.

J'emploie, depuis des années, un procédé thérapeutique qui s'apparente à celui employé outre-Atlantique. Son extrême simplicité fait qu'il permet d'en user en dehors du milieu hospitalier sans nécessiter l'usage d'aucun matériel difficile à mettre en œuvre. En un mot, qu'il constitue le véritable traitement du praticien en ce qui concerne les brûlures, et particulièrement du médecin qui exerce en milieu rural.

Ce traitement consiste en l'emploi du sérum physiologique en pansements humides.

Technique

Dans un récipient approprié à l'étendue de la brûlure à traiter, on fait bouillir une solution de sérum physiologique préparé extemporanément (sel de cuisine + eau). Avec le liquide, bout le matériel de pansement : des compresses si la brûlure est de faible étendue, de simples serviettes de toilette si la surface à traiter est d'importance. L'ébullition dure une demi-heure ou plus. A l'avance, on a pris soin de marquer un trait sur les parois du récipient pour indiquer le niveau du liquide et l'on rajoute de l'eau bouillie à la fin de la stérilisation jusqu'au niveau du trait précédemment inscrit sur les parois pour rétablir l'isotonie du liquide. Après essorage des linges, on recouvre la surface brûlée de la compresse, le membre entier ou la partie du corps de la serviette imbibée de sérum si la brûlure est très étendue. Puis, on recouvre de toile imperméable, taffetas gommé ou taffetas chiffon qui a l'avantage d'être plus souple. On assujettit le tout par des bandes ou par tout autre moyen de contention.

Les pansements sont appliqués sans aucun nettoyage préalable et sans aucun moyen anti-infectieux autre qu'une injection de sérum antitétanique. Il faut agir ainsi, car rien n'est plus préjudiciable que la traumatisation même la plus minime. Les déchets de linge brûlés adhérents, ou tous autres corps étrangers disparaissent avec les premiers pansements. Ceux-ci sont renouvelés deux fois par jour, matin et soir.

S'il n'y a pas infection, la guérison totale dans les brûlures du second degré est obtenue en quinze jours au maximum, onze jours dans un cas particulièrement heureux. S'il y a suppuration, la durée de la guérison n'excède pas trente jours.

Dans les brûlures du troisième degré, la cicatrisation dépend de la profondeur des surfaces lésées, mais se fait de façon extrêmement rapide.

Cas particuliers. — Lorsqu'il s'agit de brûlures du cuir chevelu ou de la face, j'ai obtenu d'excellents résultats du procédé en appliquant un masque humide, mais, depuis plus d'un an, j'ai reconnu que le farniente obtient des résultats égaux, l'air et la lumière suffisent (à moins d'une peau infectée d'impétigo ou de furonculose et qui doit être traitée suivant la thérapeutique habituelle : colorants, poudres sulfamidées, vaccin, sulfamide per os, etc.).

Inconvénients de la méthode

1° **Macération.** — Elle ne se produit jamais sur la surface brûlée, mais à côté et surtout aux mains et aux pieds. Dans ce cas, il suffit de recouvrir de pansement humide et d'isolant la seule surface traumatisée. Par ailleurs, il suffira, toutes les fois que la chose est possible, de laisser le membre à l'air quelques heures avant d'appliquer le nouveau pansement humide pour que tout rentre dans l'ordre.

2° **Pyodermite.** — Il suffit, dans ce cas aussi, de limiter les pansements à la seule surface traumatisée. Les pustules ouvertes et badigeonnées d'une solution d'un colorant d'aniline ou poudrées de poudre sulfamidée disparaissant très rapidement.

Avantages de la méthode

Ils sont nombreux et des plus appréciables :

1° Economie la plus grande ;

2° Simplicité extrême de procédé qui le met à la portée de gens ignorant tout de la médecine ;

3° Disparition totale des manipulations effroyablement douloureuses des pansements habituels des brûlés ;

4° Absence presque totale de souffrance pendant la durée même des applications ;

5° Absence des grands accidents toxiques des brûlés ; je n'ai jamais observé aucun de ceux-ci, même dans des traumatismes étendus (mon expérimentation n'a porté, il est vrai jusqu'ici, que sur des brûlures ne dépassant pas le 1/5 de la surface cutanée) ;

6° Possibilité de l'employer à toutes les formes de brûlures par les agents chimiques ou physiques y compris les brûlures par courant de haute tension, et ceci quelle que soit la phase de la brûlure à laquelle il est donné de commencer le traitement ;

7° Absence totale de cicatrice ; fait d'importance et sur lequel je crois devoir insister. J'ai, dans ma clientèle, deux enfants, brûlés de la face, du cou et d'un bras ; traités par des médecins américains à l'aide de vaseline boriquée ; le traitement de chacun d'eux a nécessité l'emploi d'environ 100 kilos de ce corps gras. Après six mois de ce traitement, la cicatrisation a été obtenue, mais ce sont des monstres, défigurés qu'ils sont par d'horribles cicatrices chéloïdiennes.

Une autre jeune fille, présentant une brûlure de l'épaule et du bras, traitée par les procédés habituels à l'hôpital voisin, y est demeurée pendant plus d'un an, hurlant de douleur à chaque pansement. Elle est à peine guérie à présent, trois ans après le début de son accident et reste infirme de son bras atrophié et couvert de lésions cicatricielles.

L'immense majorité des malades que j'ai traité ne porte aucune trace de lésions ; chez quelques-uns seulement a persisté un certain temps une hyperpigmentation de la peau, qui a totalement disparu ensuite. Un seul de ces malades présente une chéloïde de dimension d'une pièce de 2 francs.

Cette cicatrice, de l'aveu même des parents qui ont rempli les fonctions d'infirmiers, est due à ce qu'une faible portion de la surface brûlée était demeurée plusieurs jours sans être recouverte par les pansements au sérum physiologique et se trouvait en contact avec un vêtement de laine.

NOTA. — Depuis quelque temps, j'ai pris l'habitude de badigeonner la peau avoisinant la surface détruite avec une solution de colorants d'aniline :

Cristal violet : 0 gr. 25 ; violet de méthyle : 0 gr. 25

eau distillée : Q.S. 90 gr. ; ou de faire le premier pansement avec un enveloppement imbibé d'une solution faible du même mélange (3 cuillerées à soupe par litre de la solution ci-dessus mentionnée).

Je l'ai fait surtout pour satisfaire aux données théoriques de l'antisepsie et n'ai pas trouvé, d'ailleurs, que l'emploi de ces substances améliorait les succès obtenus.

Cependant, dans les cas où une partie de la brûlure suppure, il est bon de pratiquer un badigeonnage léger avec la solution indiquée plus haut et de recouvrir d'une poudre sulfamidée avant de pratiquer l'enveloppement humide.

Conclusion

Le traitement des brûlures par les pansements humides au sérum physiologique :

1° Constituant un traitement simple, rapide, efficace ;

2° Ayant une action anti-infectieuse certaine ;

3° Ayant un pouvoir absorbant de toxines qui égale celui du tannage ;

4° Réduisant au minimum les douleurs supportées par le blessé ;

5° Donnant au point de vue esthétique les résultats les plus surprenants et les plus parfaits que l'on puisse espérer,

Constitue donc, à mon avis, un traitement véritablement digne d'intérêt et qui mérite l'attention du Corps médical.

Docteur Maurice CHAUVENET
(Plombières-les-Dijon).

LA PART DU MÉDECIN TRAITANT DANS LA PRÉPARATION DES CURES THERMALES ET CLIMATIQUES

par le Docteur Jean GODONNÈCHE

Tant vaut une cure thermale et climatique que valent ses modalités d'exécution dont il ne faut négliger aucun détail. Nous envisagerons l'organisation générale de la cure, cette dernière devant être en grande partie prévue avant le départ pour la station, intéressant par suite le médecin traitant, le praticien de médecine générale consulté par le malade. L'utilité, la nécessité de la saison étant posées sur les indications de ce praticien et non d'après les fantaisies personnelles ou familiales, plusieurs questions sont à résoudre.

Époque de la cure. — A quelle époque effectuer un traitement thermal ? Peu importe **en principe**, car la température, le débit, la minéralisation des eaux minérales sont remarquables par leur constance. A La Bourboule, les dosages d'arsenic ont montré la plus grande fixité aux divers moments de l'année (analyses de Riche en 1879 et de Clogne, Mlle Courtois, Cazala en 1930).

Il n'en est pas moins vrai que les mois d'été se prêtent plus que les autres aux applications hydrothérapiques. Il est naturel, d'ailleurs, que la durée d'ouverture des stations soit fixée d'après les considérations d'ordre thérapeutique qui doivent faire éloigner les malades aux moments où les intempéries sévissent avec le plus de rigueur. La saison étant ouverte en temps opportun, on ne saurait toutefois trop engager les baigneurs **à préférer les périodes de moindre affluence**, juin et septembre par exemple, afin d'éviter l'encombrement.

Ce n'est pas tout, il y a lieu de tenir grand compte **de l'état du malade.** Les contagieux, coquelucheux notamment dans les stations d'enfants, seront impitoyablement éliminés durant les délais nécessaires. Les convalescents d'affections aiguës ; pneumonies, pleurésies, crises hépatiques, etc..., sursoieront de quelques semaines avant de suivre un traitement approprié à leur cas et... à leur résistance.

Durée du séjour dans la station. — Tous les hydrologues ne cessent de répéter que les vingt-et-un jours fatidiques de cure thermale ne constituent qu'une moyenne et qu'il faut avant tout considérer l'âge, les forces, les réactions observées chez le malade. En tout cas, quelle que soit la précipitation, le traitement ne doit jamais être commencé immédiatement après un voyage fatigant, dès la descente du train de nuit.

S'il s'agit de sujet fragiles et s'il est possible, le médecin traitant **fera prévoir une longue absence hors du domicile habituel.** Quand le temps n'est pas mesuré, en effet, on peut attendre à la station thermale huit à dix jours, par exemple, pour que se produise l'acclimatement et le changement d'habitudes avant de commencer **le traitement.** Ce dernier est parfois susceptible d'interruptions momentanées pour incidents pathologiques **le** plus souvent légers (tantôt il s'agit de maladies intercurrentes, tantôt de crises thermales véritables). Enfin un repos de **post-cure** peut-être prescrit à la station ou ailleurs : les modifications humorales, (sanguines, urinaires) traduisent alors l'effort de l'organisme qui, débarrasé de ses déchets, se reconstitue. Une stimulation des forces est nécessaire que la moyenne montagne toni-sédative ou la mer peuvent procurer. Pour les respiratoires, par exemple, (asthmatiques, bronchitiques), il est des stations marines, suffisamment abritées, qui complètent heureusement les effets de la cure thermale : La Baule, Arcachon au fond de son golfe, etc...

Quant aux saisons climatiques, elles ont **des** effets lents en général. Ce sont les phénomènes de saturation qui doivent faire ordonner une interruption, phénomènes consistant en amoindrissement de l'état général, céphalées, manque d'appétit ou de sommeil, nervosité, légère élévation thermique. S'il faut dans certains cas **un** long séjour à la montagne, dix-huit mois, dit Armand-Delille, dans l'adénopathie trachéo-bronchique, dans **d'autres** cas, il n'y a pas d'intérêt à demeurer longtemps **sous** des climats extrêmes. Un mois suffit, d'après Ribadeau-Dumas, à la mer et à la très haute montagne **pour** la plupart des enfants, sinon l'on risque à l'altitude élevée de produire une stimulation excessive.

Répétition des cures. — De même que la coutume des vingt-et-un jours, celle des trois années de cure thermale classiques n'a rien d'absolu. Il faut récidiver, répéter les saisons **autant qu'il est nécessaire.** Une seule année ne suffit guère dans la plupart des cas. Voici ce qui se produit parfois après cette première année : une grande amélioration étant survenue, tout allant bien (nous serions tentés de dire trop bien), on se néglige, ce dont on s'aperçoit ensuite à ses dépens. Un état chronique, en effet, se modifie par des efforts suffisamment soutenus, une thérapeutique longtemps poursuivie.

A la longue, pourtant, au bout de trois ou quatre années, l'organisme étant temporairement accoutumé aux eaux, il peut être utile d'interrompre durant une ou quelques années, quitte à reprendre après ce délai la médication crénothérapique qui jadis a montré son efficacité.

Cures successives dans plusieurs stations. — Sont-elles à envisager ? En principe **non** ,parce qu'elles risqueraient fort de troubler sans profit l'organisme qui ne pourrait en faire les frais. S'il y a nécessité pourtant, **on** peut

faire alterner ici ou là des procédés internes (boisson) et externes (bains, douches). Mais il faut pour cela parfaite entente des deux médecins consultants.

Objets à emporter.—Le départ est décidé. Qu'emporter dans les bagages au point de vue médical? Ne parlons point des accessoires qui se trouvent sur place dans la station : verre d'eau, pipette, bonnet, sandales, costume de bains, etc... N'oublions pas des **vêtements chauds.** N'oublions pas quelques objets ou remèdes utiles (ventouses, médications d'urgence). N'oublions pas, nous dirons presque surtout, un thermomètre ; avec les enfants, il en faut toujours!

Direction médicale. — Que dire, enfin, de la nécessité d'une liaison étroite entre le médecin traitant habituel et le médecin consultant de la station? Toutes indications utiles seront données par le premier **pour que le second puisse en connaissance de cause poser l'indication, doser, contrôler, surveiller l'usage de pratiques thermales ou physiothérapiques actives.** Nul ne devrait être admis à l'établissement thermal, dans certains services tout au moins, sans ordonnance médicale de l'année. Il ne s'agit pas de grands malades, objecterait-on en certains cas. Après un maître, nous pourrions dire : « Il faut examiner plus complètement encore que les autres les malades légers. A ceux qui vous demandent une petite consultation il faut répondre qu'il n'y a pas de petite consultation. »

NOTE SUR LA PATHOGÉNIE ET LE TRAITEMENT DU ZONA

D'après nos recherches personnelles, le zona, dont l'étiologie et la pathogénie restent toujours très discutées, rentre dans le cadre des manifestations anaphylactiques, au même titre que certains prurits, le lichen plan, l'œdème de Quincke, l'eczéma, l'urticaire et diverses éruptions vésiculeuses. La rapidité habituelle de son apparition et les résultats que procure la médication anti-choc plaident nettement dans ce sens.

Depuis longtemps, nous traitons le zona, quel que soit son siège, par des injections d'une solution de thiosulfate de sodium associé au chlorure de calcium et au bromure de sodium, que nous administrons tous les jours par la voie veineuse à la dose de 10 cc. Dans tous les cas que nous avons ainsi traités (y compris le zona ophtalmique), la guérison totale a été obtenue en l'espace de huit à dix jours. En général, les douleurs rétrocèdent dès la troisième injection, et les vésicules se flétrissent rapidement. Nous n'avons jamais vu survenir d'algies post-zonateuses après l'application de cette médication qui, par contre, reste sans effet sur les lésions nerveuses secondaires.

L'hyposulfite de magnésium, employé dans les mêmes conditions, donne également des guérisons rapides.

Dans les résultats qui ont été obtenus par Camescasse à l'aide de la vaccinothérapie antistaphylococcique, il faut envisager que le vaccin agit surtout par les modifications qu'il détermine dans le plasma et les humeurs, suivant un processus analogue à celui qui a été observé au cours des affections générales graves ou de longue durée, telles que l'érysipèle, la pneumonie, la récurrente, etc. Il se produit au cours de ces maladies des perturbations physico-chimiques importantes, qui se caractérisent, entre autres, par l'abaissement du pH et une acidose marquée. C'est à cette acidose que l'on doit attribuer la guérison de certains cancers au cours de l'érysipèle où l'abaissement du pH est très accentué. On sait que l'acidose exerce une action inhibitrice sur le déclanchement de la division cellulaire maligne, alors que l'alcalose favorise le phénomène, et l'on admet que l'abaissement prolongé du plasma à l'acidose est capable, dans certaines conditions, de détruire les mitoses dans une tumeur en évolution.

L'action favorable de la vaccinothérapie antistaphylococcique est loin d'être constante ; dans certains zonas étendus où nous l'avions employée, cette médication n'a manifesté aucun effet, et cela tend à prouver que les modifications humorales qui en résultent sont insuffisantes, dans les cas de ce genre, pour influencer le zona. Il en va tout autrement avec la médication anti-choc qui nous a toujours donné de bons et rapides résultats dans tous les cas, même étendus, où nous l'avons appliquée.

Dr Leriche (Joigny, Yonne)

LE TABLEAU CLINIQUE PROVOQUÉ PAR L'EXPOSITION A L'EXPLOSION DE LA BOMBE ATOMIQUE

Nous croyons intéressant de rapporter une analyse de J. Lereboullet (« Paris-Médical », 3 août 1946).

P. D. Keller (« The Journ of the americ. med. Assoc. », 8 juin 1946) a étudié 21 malades soumis à ces radiations. Il considère que ces symptômes peuvent être observés dans un rayon de 2 kilomètres à partir du centre de l'explosion. Sur les 21 malades observés, un seul était dehors au moment de l'explosion ; tous les autres étaient à l'intérieur d'un bâtiment, car, en pratique, ce sont les seuls qui aient survécu.

Les troubles observés apparurent du premier au cinquième jour après le bombardement sous forme d'anorexie, de nausées, de vomissements. Dans 12 cas, une poussée fébrile avait été notée ; elle débutait du cinquième au vingt-cinquième jours et était d'intensité variable.

Dans 13 cas, l'auteur a observé une chute des cheveux d'intensité variable pouvant aller jusqu'à la perte totale ; elle débutait du septième au vingt et unième jour.

On note également des manifestations hémorragiques, une fatigabilité anormale, parfois de la diarrhée.

A l'examen, les lésions les plus caractéristiques étaient une destruction des éléments sanguins, en particulier des granulocytes et des thrombocytes et des troubles de la fonction hépatique. La première série de lésions avait pour conséquence une leucopénie avec granulocytopénie ainsi qu'une thrombocytopénie avec augmentation de temps de saignement et tendance aux hémorragies, anémie ,fièvre et pâleur. La lésion hépatique se manifestait par de l'albuminurie, de la tyrosinurie, de l'hypoprotéinémie, une réaction de Van den Bergh indirecte positive, de la fièvre et de l'ictère. Une augmentation de la vitesse de sédimentation globulaire témoignait de l'importance de la destruction tissulaire.

L'auteur souligne la similitude de ce tableau clinique avec celui que donne une irradiation excessive du corps aux rayons X.

LES SOCIÉTES SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

L'intégration de l'Œuvre Grancher dans l'organisation nationale de la lutte contre la tuberculose.

(M. P. F. Armand-Delille ; 4-6-1946)

M. Armand-Delille expose à l'Académie l'importance des Ordonnances des 31 octobre et 2 novembre 1945 sur l'organisation de la lutte antituberculeuse et de la Protection maternelle et infantile, qui ont intégré l'Œuvre Grancher dans l'organisation nationale de la lutte contre la tuberculose, en assimilant au placement en sanatorium et en préventorium, le placement familial surveillé, lorsqu'il a pour but de soustraire l'enfant à la contamination tuberculeuse.

Ainsi que l'a confirmé le Dr Cavaillon, Secrétaire général du Ministère de la Population, les dépenses nécessitées par ce placement familial seront obligatoirement à la charge des départements ou des Assurances Sociales.

L'Œuvre Grancher, qui compte maintenant des Filiales dans chaque département, peut répondre à toutes les demandes et permettre ainsi de protéger tous les enfants exposés à la redoutable contagion.

P. L.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX DE PARIS

Incidents et accidents imputables à l'emploi de l'aminothiazol dans le traitement des hyperthyréoses.

(M. Marcel Perrault ; 17-5-1946).

M. Marcel Perrault, rappelle que l'anti-thyroïdien français (aminothiazol), demeure d'un usage facile et d'une tolérance largement supérieure aux anti-thyroïdiens étrangers. Cependant, son utilisation exige un choix strict des indications, une posologie prudente, un emploi médicalement surveillé, l'usage judicieux concomitant de thérapeutiques hypophyso-frénatrices (thyroxine. hormones sexuelles).

Les incidents de cette chimiothérapie sont peu nombreux (5 à 7 %) et banaux, comparables à ceux de la sulfamidothérapie : réaction digestive passagère, fièvre du 9e jour. érythèmes divers. Il n'a pas été observé de cyanose, céphalée, albuminurie, d'agranulocytose. Un emploi excessif non surveillé pourrait, théoriquement au moins, déterminer des réactions fâcheuses par suppression brutale ou trop complète de la sécrétion thyroxinique et réaction hypophysaire secondaire. Une posologie correcte et l'usage concomitant d'hormones hypophysofreinatrices met à l'abri de telles réactions.

L'Association à l'iodothérapie, d'ailleurs illogique, est à déconseiller formellement Dans certains cas, où la méthode a été employée comme préparation opératoire, les modifications anatomiques de la glande auraient été une cause de complication technique pour le chirurgien ou auraient constitué une aggravation histologique. De tels faits sont encore à l'étude. Ils incitent essentiellement à préciser. les indications de la méthode, mais ne diminuent en rien la valeur de la « thyroïdectomie chimique ».

— M. De Gennes : l'aminothiazol donne d'excellents résultats dans les hyperthyréoses légères et moyennes, une amélioration des symptômes dans les cas graves, mais n'évite souvent pas l'intervention, qui se fait dans de bonnes conditions. Il a observé 2 cas de fièvre prolongée après aminothiazol. Dans 2 cas ou l'iode avait été administré, soit sucessivement, soit simultanément, il a observé de très fortes poussées d'hyperthyroïdie.

— M. Azerad, a constaté des accidents se prolongeant longtemps après cessation du traitement, dont un ictère vraisemblablement hémolytique, des fébricules prolongées. L'association avec l'iode donne un coup de fouet à la maladie.

— M. Faquet a observé des troubles digestifs dans 1/3 des cas. deux fois une augmentation du goitre obligeant à une intervention chirurgicale, des cas où le M. B. ne change pas, et un cas de rhumastisme persistant.

— M. Perrault, remarque que l'aminothiazol disparaît rapidement de l'organisme et que toute chimothérapie peut donner du rhumatisme.

SOCIETE DE MEDECINE DE PARIS

Séance du 22-2-1946

A propos des parendocrinoses.

MM. J. A. Huet et Herschberg nomment « parendocrinoses » des affections compliquant certaines dysfonctions endocriniennes, qui, une fois constituées évoluent pour leur propre compte, en tant qu'entité clinique indépendante. Prenant pour exemple les parendocrinoses œstrogènes, les auteurs montrent l'évolution en deux phases de ces complications : la première, réversible par l'hormonothérapie et cliniquement muette ; la seconde, fonctionnelle, où la thérapeutique endocrinienne échoue généralement et où il faut recourir à l'exérèse chirurgicale des adénomes glandulaires, formés au niveau de la thyroïde, des glandes mammaires et de l'utérus. Il faut auparavant toujours essayer la radiothérapie hypophysaire qui donne de très heureux résultats.

Il faut s'efforcer de déceler les parendocrinoses au stade réversible pour éviter le développement définitif de ces adénomes.

Le test d'Aron.

M. Ginsbourg. — Il est utile de doser l'hormone hypophysaire thyréotrope dans tous les syndromes endocriniens qui relèvent d'une atteinte antrhyphysaire : les maigreurs, que l'on pourra plus facilement distinguer de l'amaigrissement de l'anorexie mentale ; les obésités, le syndrome de Cushing.

Ce test permet également de déceler l'origine hypophysaire de certains myxœdèmes et de certaines maladies de Basedow.

Les Sulfamido-résistants n'existent pas en urologie quand les foyers d'infection ont été détruits.

M. G. Luys attire l'attention sur ce fait que lui a démontré son expérience : que les sulfamides ne sont vraiment actifs que lorsque le gonocoque est libre dans l'urètre et qu'il n'a pu encore se loger dans un repaire glandulaire où il s'enkyste et se fortifie en créant autour de lui du tissu fibreux qui le rend alors inexpugnable. C'est seulement lorsqu'on a décelé et guéri ces foyers d'infection que les sulfamides reprennent alors leur puissante et bienfaisante action.

Ces foyers d'infection, qui sont au nombre de

quatre, sont toujours les mêmes : vésicules séminales, prostate, glandes de Littre et de Cowper.

Hors d'atteinte du torrent circulatoire et des substances actives qu'il véhicule, ces foyers résistent à l'action des sulfamides tant qu'ils ne sont pas traités et guéris. Mais, ce résultat étant obtenu, on peut affirmer qu'il n'existe pas de sulfamido-résistants en urologie.

SOCIETE DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 15-2-1946

Un cas d'hémorragie dans la gaine du grand droit.

M. Bovier rapporte l'observation d'un malade de cinquante ans, qui, au cours d'une grippe, à l'occasion d'une quinte de toux, a présenté un syndrome douloureux adbominal simulant une occlusion intestinale.

L'intervention montra l'existence d'un volumineux hématome dans la gaîne du grand droit.

Guérison sans incident. L'auteur rappelle quatre cas analogues dont deux survenus au cours de la fièvre typhoïde. Il insiste sur la sensation, au palper, de tumeur superficielle. Il pense qu'il est inutile d'inciser la gaîne du muscle et qu'il est rare d'être obligé de pratiquer l'hémostase. Il a observé un cas qui a évolué vers la suppuration.

Epithélioma sténosant de la première anse jéjunale, opération, guérison.

M. Le Gac. — Un malade a des vomissements bilieux abondants et des signes de sténose sous-vatérienne. L'examen radiologique indique un obstacle au niveau de la première anse jéjunale avec niveau liquide.

L'intervention montre qu'il s'agit d'un cancer sténosant voisin de l'angle duodénal-jéjunal. On rencontre des difficultés opératoires dues à la nécessité de mobiliser l'angle duodénal-jéjunal pour pouvoir faire la résection et extérioriser la lésion.

Arthrites chroniques de la hanche chez les syphilitiques.

M. Rœderer. — La question des arthrites syphilitiques est assez mal élucidée. En marge des coxarthries qui évoluent, sans doute souvent sur un terrain syphilitique, des arthrites bilatérales des syphilis congénitales, de certaines gommes épiphysaires et des arthropathies tabétiques, combien de fois la syphilis peut-elle être mise en cause et quel est exactement son comportement.

L'auteur montre trois cas cliniques d'arthrites de la hanche : l'une répond, très probablement, à une arthropathie ; l'autre, à une forme d'arthrite demeurée très douloureuse pendant 10 ans sans tabès avéré ; la troisième répond à une arthrite, chez une syphilitique bien traitée et blanchie depuis des années, qui avait tous les caractères cliniques d'une coxalgie (douleur, empâtement, contracture) ainsi que les caractères radiologiques (destruction du pôle de la tête, pincement, érosion du cotyle).

LA PRESSE

Les tendances actuelles dans la thérapeutique des ulcères gastriques et duodénaux. — F. Moutier et A. Cornet font tout d'abord remarquer que la conduite à tenir chez les ulcéreux ne peut être univoque. Tantôt elle est dictée par le degré d'ancienneté de la lésion, tantôt par l'intensité et la répétition des poussées, tantôt encore par la menace de complications intercurrentes, d'ailleurs souvent imprévisibles. Le propre des ulcères gastriques et duodénaux étant d'évoluer par poussées douloureuses séparées de périodes de rémission totale, il est donc indiqué de tenter un traitement médical si l'affection en est à ses débuts cliniques ou si le malade n'a jamais été soigné correctement, surtout s'il s'agit d'un ulcère gastrique. Dans ce traitement médical, on voit figurer des substances aussi différentes que les autolysats de certains bacilles et les hormones sexuelles. Pourtant les résultats heureux de ces multiples médications ne doivent pas faire oublier les rémissions spontanées, qui suivent les poussées aiguës ulcéreuses au moins dans les premières années de l'évolution, et l'on devra toujours attendre de l'épreuve du temps la confirmation de la guérison.

D'une manière générale, le repos au lit pendant 3 ou 4 semaines, le régime lacté et farineux jouent un rôle important pour obtenir la cicatrisation. Les poudres inertes et les alcalins, pris à jeun, ou à l'heure de la poussée douloureuse, apportent un soulagement incontestable aux malades (bismuth, kaolin, hydrate d'alumine, titane, sels de baryum, bicarbonate de soude et de magnésie, carbonate de chaux, donnés à doses convenables). Les antispasmodiques jouent un rôle important dans la cicatrisation de l'ulcère : sulfate d'atropine à dose élevée, 1/2 ou 1 milligramme en injection quotidiennes sous-cutanées ou intraveineuses ; association de l'atropine au bromure de sodium, dont on prescrira un gramme en ampoules de 10 cc. d'eau distillée, à raison de 12 ou 15 injections intraveineuses quotidiennes ; salicylate de soude à la dose d'un gramme par voie intraveineuse, en série de 12 à 15 injections quotidiennes venant compléter utilement la précédente série de bromure-atropine. R. A. Gutmann attribue une grande valeur au traitement de choc par les protéines : peptone de caséine ; ou autolysat de bacillus prodigiosus et staphylocoques associé à l'hyposulfite de soude, suivant sa méthode. On recommande aussi l'histidine en injections sous-cutanées quotidiennes de 0 gr. 20 pendant 2 à 3 semaines comme traitement de consolidation. Signalons aussi l'histamine, le traitement hormonal, les infiltrations splanchniques.

En résumé, la mise en œuvre d'un traitement médical actif comporte un pourcentage élevé de succès. Les échecs sont plus souvent observés dans l'ulcère duodénal que dans l'ulcère gastrique. Il faut alors intervenir et la gastrectomie procure d'excellents résultats. (« La Semaine des Hôpitaux de Paris », 14 juin 1946.)

DÉPRESSIONS NERVEUSES



GRANULES
TITRÉS
à 1 milligramme

2 à 10 par jour

ASTHÉNIES - CONVALESCENCES
ARYTHMIE EXTRA-SYSTOLIQUE
DIPHTÉRIES GRAVES ET MALIGNES

STRYCHNINE HOUDÉ

VENTE EN GROS
Laboratoires HOUDÉ, 9, rue Dieu, PARIS

PARTIE PROFESSIONNELLE

PROPOS DU JOUR

CONFÉRENCE DE PRESSE DE M. LE MINISTRE DE LA SANTÉ

Le 7 août dernier, M. le Ministre de la Santé Publique a convoqué la presse pour lui faire un exposé sur la Santé Publique et la Renaissance Nationale, et pour préciser le plan de travail qu'il entend mettre en œuvre « pendant les quelques semaines qui s'ouvrent devant lui », pour reprendre sa propre expression.

Il rappelle d'abord que le Ministère de la Santé Publique et de la Population a été scindé en deux lors de la constitution du présent gouvernement. A la Santé ressortissent actuellement les Directions de l'Hygiène publique, de l'Hygiène sociale et de l'Entraide sociale, avec ses services rattachés (Service économique et Service temporaire de liquidation sanitaire des événements de guerre), enfin le Service Central de la Pharmacie et l'Institut National d'Hygiène. Quatre bureaux s'occupent de l'enfance : ils seront ultérieurement réunis sous une même Direction, celle de l'Enfance.

Le programme d'action trouve des bornes naturelles dans la durée limitée impartie au gouvernement actuel et dans de graves difficultés matérielles, plus précisément financières. Il s'agit donc pour le moment de résoudre, à mesure qu'ils se présentent, les problèmes que leur urgence ne permet pas de différer, mais en même temps de planifier l'action entreprise de façon à ce qu'elle s'insère dans le cadre de perspectives plus larges, et prépare des institutions durables.

La première tâche est d'organiser la prévention, et le Ministre évoque à ce sujet l'arrêté qu'il a pris en accord avec le Ministre du Travail et prévoyant neuf consultations médicales gratuites auxquelles les Caisses de Sécurité Sociale doivent soumettre l'assuré et sa famille périodiquement, de la naissance à l'âge de 60 ans.

Il exprime l'intention de faire entrer le Carnet de santé individuel dans la voie des réalisations, d'accorder son aide la plus complète à l'expérience que tente le Dr Monod, directeur de l'O.P.H.S. (1), d'encourager l'ouverture de dispensaires et de leur donner un statut légal.

Cette multiplication des dispensaires apparaît plus urgente encore à M. le Ministre de la Santé dans la lutte contre les maladies sociales.

La santé mentale de la nation ne le préoccupe pas moins, et il dénonce la loi de 1838 comme ayant eu pour but de protéger la société contre l'aliéné, bien plus que de guérir l'aliéné. « Il faut moderniser l'équipement souvent périmé de nos hôpitaux psychiatriques, transformer leur esprit et leurs méthodes, s'acheminer vers la suppression de l'internement... ».

Il s'agit encore de moderniser les hôpitaux, réédifier et rééquiper ceux qui ont été détruits ou pillés. « Des centres hospitaliers régionaux permettront à l'élite de nos praticiens de mettre leur science à la disposition de tous dans des conditions bien supérieures à celles que peuvent garantir les plus riches cliniques. » Dans ces centres les malades bénéficieront des meilleures garanties de soins, les médecins et les chirurgiens disposeront de tous les moyens que permet la technique moderne, le personnel participera à la gestion.

A ce propos se pose la question d'assurer à ce personnel, des conditions de vie décentes, de « revaloriser la fonction hospitalière ». Un texte de loi est préparé pour ouvrir des écoles d'infirmières et d'assistantes sociales, et permettre l'accès de ces professions, particulièrement celle d'assistante sociale, à des couches plus larges de la population. Ainsi ces professions seront-elles démocratisées et, en même temps, mieux qualifiées.

Incessamment une aviation sanitaire sera en mesure de transporter les malades ou blessés sur un centre hospitalier important, d'amener d'urgence sur les lieux d'une catastrophe le personnel et le matériel nécessaires, de parachuter des secours à des blessés en montagne.

L'ORGANISATION de la santé publique doit s'adapter au plan de Sécurité sociale. Un arrêté qui paraîtra sous peu porte création d'un « *Comité de coordination de l'équipement sanitaire* », comprenant des représentants des Ministères de la Santé, du Travail et de la Reconstruction, de la Fédération Nationale des Maires de France, de l'Union des Municipalités Ouvrières, du Conseil National de l'Ordre des Médecins, de la Fédération des Organismes de Sécurité Sociale. Son rôle sera d'étudier l'ensemble des questions concernant l'armement sanitaire du pays et de définir la doctrine à suivre.

Le plan de Sécurité sociale est, de l'avis du Ministre, *satisfaisant dans son ensemble*, et « mérite que nos praticiens lui apportent leur collaboration ». Il se déclare prêt à étudier avec les organisations syndicales de médecins, les observations ou les reproches que celles-ci pourront avoir à formuler.

Il se félicite des relations confiantes qu'il entretient avec le Conseil de l'Ordre des Médecins et avec les Syndicats médicaux français et examinera avec ces organismes les questions qui les préoccupent : code de déontologie, qualification des spécialistes, retraite des médecins.

En ce qui concerne la pharmacie, les instructions réglementant la publicité seront appliquées strictement. Elle recueillera le visa ministériel uniquement dans la mesure où elle sera loyale et contrôlable.

Le Ministre aborde ensuite la question de la hausse envisagée sur les produits pharmaceutiques. Il pense que cette hausse est justifiée ; elle était déjà nécessaire bien avant que soient formulées les revendications des travailleurs tendant à l'augmentation de leurs salaires. Les fabricants demandent

(1) Cf. « Concours Médical », 20 février et 20 avril 1946.

une liberté totale. Le Ministre, lui, estime que cette concession est impossible et que la hausse doit être modérée, réglementée en fonction, d'une part, de ses répercussions sur le pouvoir d'achat des consommateurs, d'autre part de l'augmentation générale du volume des affaires qui contribue à baisser le prix de revient. En somme une hausse *normale* est à envisager, conformément au principe admis par la Conférence économique (1).

M. le Ministre de la Santé Publique est un homme jeune, aux façons dénuées de pompe, et sa conférence de presse se déroule dans l'atmosphère la plus familière. Selon la tradition, au terme de son exposé il invite ses auditeurs à demander les éclaircissements ou à poser les questions propres à préciser le sujet. L'occasion est trop bonne d'obtenir des renseignements de première source pour ne pas être saisie au bond.

Le Ministre confirme que le projet de Code de déontologie, après examen du Conseil d'Etat, a fait retour dans ses services qui le scrutent à leur tour. Il aura ensuite à le faire signer par les ministres intéressés, et estime que la publication à l'OFFICIEL pourra intervenir dans un mois ou six semaines. Pauvre Code de déontologie ! il aura connu bien des vicissitudes depuis sa première mise en chantier, il y a maintenant cinq ans. Verra-t-il jamais le jour après avoir traîné sur tant de bureaux, et avoir été oublié dans tant de tiroirs ? Il est à présumer que le Conseil National de l'Ordre aura encore à s'enquérir de lui s'il veut que les Conseils régionaux soient pourvus d'un indispensable instrument de travail pour la rentrée.

Si la précédente question n'intéresse que les médecins, la suivante concerne au premier chef les malades, c'est-à-dire la nation entière ; et l'on souhaiterait que les représentants de la presse quotidienne présents à cette conférence en eussent saisi toute l'importance.

Il s'agit des produits pharmaceutiques actuellement raréfiés ou introuvables. Le Ministre a dit son point de vue de façon assez explicite sur la marge de hausse qu'il entend réclamer en faveur de ces produits devant le Ministère de l'Economie Nationale. Il a parlé en économiste, et pas assez en ministre de la Santé. Et c'est pourquoi la question a semblé devoir être reprise devant un public de profanes.

Le marché des produits pharmaceutiques, à l'instar du marché des denrées alimentaires, ne peut pas être réglementé selon des principes strictement économiques. Pas plus qu'on ne peut laisser une population manquer de pain ou de pommes de terre, il n'est permis de la laisser manquer des remèdes indispensables. La santé nationale a des exigences devant lesquelles les considérations doctrinaires doivent céder. Il est de notoriété publique aujourd'hui que de nombreuses ordonnances ne parviennent pas à être exécutées chez le pharmacien détaillant faute de matières premières ; chaque jour pour ainsi dire, l'on entend demander à la radio un sérum, un produit injectable pour un malade en danger de mort. Le Ministère de la Santé est directement en cause, lorsqu'un décès se produit faute de remèdes appropriés et il lui appartient, en tant que gestionnaire de la santé du pays, de parler haut à l'Economie nationale. L'échappatoire n'est pas recevable d'invoquer une décision contraire de celle-ci, car avant de soigner le franc, il importe de soigner les Français. L'ordre d'urgence ne semble pas discutable, et l'on prétend que, sur un point d'une importance aussi capitale, la Santé devrait être en mesure de faire céder l'Economie Nationale : un débat en Conseil des ministres ne serait pas plus futile que bien d'autres et permettrait au cabinet tout entier d'arbitrer le conflit.

En ce qui concerne plus particulièrement les spécialités, M. le Ministre de la Santé ne leur paraît pas très favorable. Il avance que leur situation n'est pas aussi mauvaise qu'on le dit et que le volume des ventes pharmaceutiques a triplé sur l'avant-guerre. Ce sont là des faits qui concernent seulement les fabricants et ne sont pas à discuter ici.

Par contre il est curieux d'entendre un ministre glisser dans un exposé technique des réflexions d'ordre purement politique ou électoral.

C'est ainsi qu'il met en cause, sans la nommer, une importante maison qui a cessé une fabrication parce que déficitaire. Or, dit-il, renseignements pris à l'Economie Nationale, jamais cette maison n'a introduit pour ce produit une demande de hausse. Il s'agirait donc, d'après le Ministre, d'une manœuvre destinée à semer le mécontentement et à mettre en cause une certaine politique.

C'est ainsi qu'il prend soin de mettre en garde le public contre une autre manœuvre possible : que le rehaussement des prix des produits pharmaceutiques soit présenté comme une conséquence du rehaussement des salaires.

Il faut avouer que cette intrusion de préoccupations partisanes dans un sujet qui comporte seulement des préoccupations nationales est assez désagréable.

Enfin, à propos d'une autre question d'ordre budgétaire, le ministre révèle un fait généralement ignoré et qui provoquera une surprise attristée : la Fondation Pierre Curie connaît de graves soucis financiers, graves à ce point que la fermeture a pu en être envisagée. Pour le moment, dit-il, son existence est assurée jusqu'à la fin de l'année ; mais il sera indispensable de prendre à ce moment de sérieuses mesures si l'on veut parer à cette éventualité. Au reste, la recherche en général doit être encouragée.

Quelque chose de notre prestige ne pourra être reconquis que si les savants se sentent soutenus et subventionnés. L'on peut ajouter que le bien-être national n'est pas moins menacé et que, en matière de recherches biologiques comme en bien d'autres, notre pays doit se ressaisir rapidement s'il ne veut pas succomber.

En définitive, de nombreuses et lourdes responsabilités pèsent sur nos dirigeants. Le sort de nombreuses générations, tant aujourd'hui vivantes qu'à venir, est entre leurs mains. On souhaite qu'ils ne perdent pas de vue cette mission essentielle qui leur incombe et qu'ils sachent subordonner certaines préoccupations secondaires au salut de tous.

G. LAVALÉE.

(1) L'arrêté de hausse vient de paraître au *J. O.* du 17 août.

ASSURANCES SOCIALES

UNE NOUVELLE MENACE CONTRE LA MEDECINE LIBRE

L'ARTICLE 31 de l'ordonnance du 19 octobre 1945 sur les A.S. dispose que « *la Caisse doit soumettre l'assuré et les membres de sa famille, à certaines périodes de la vie, à un examen de santé gratuit* ». L'article 63 du Règlement d'administration publique du 29 décembre 1945 a précisé qu'un arrêté ministériel fixerait la nature de cet examen de santé et les périodes auxquelles il devrait être pratiqué.

Cet arrêté, l'OFFICIEL l'a publié à la date du 25 juillet 1946, et nous l'avons reproduit et brièvement commenté dans notre numéro du 10 août. Il requiert quelque attention ; qu'on en juge plutôt.

L'ensemble des examens de santé est de 9 pour chaque individu (à titre transitoire, on veut bien les réduire à 7). Quelques-uns se confondent avec des examens déjà prescrits par d'autres textes : soit par l'ordonnance du 2 novembre 1945 sur la protection maternelle et infantile, qui a prévu les examens prénuptiaux, pré et post-nataux, les consultations de nourrissons, etc. ; soit par l'ordonnance du 18 octobre 1945 sur la protection des enfants d'âge scolaire, qui a prescrit la visite d'incorporation scolaire au cours de la sixième année et l'examen médical tous les deux ans de toutes les personnes en contact habituel avec les élèves dans les établissements d'enseignement et d'éducation ; soit par la loi du 28 juillet 1942 sur la médecine d'entreprise, qui a organisé les examens d'embauche et les examens médicaux complets réguliers du personnel de l'entreprise. (Certaines formalités devront être remplies à l'occasion de ces divers examens pour les mettre en harmonie avec la nouvelle législation sur les A.S.)

En gros, toutefois, l'on peut admettre que l'ensemble de la population française doit, à l'avenir, passer gratuitement sept fois, au moins, devant un médecin. Si l'on fait abstraction de la fraction de la population représentant les nourrissons et les enfants en bas âge (4 millions environ), et de celle soumise au contrôle médical scolaire (6 millions environ), il faut tabler sur un chiffre moyen de 30 millions de personnes touchées par l'arrêté du 19 juillet 1946 (toute la population française devant, sous peu, être assujettie, rappelons-le, à la Sécurité Sociale). A partir du 1er janvier 1947, à la cadence d'un examen en moyenne tous les dix ans, c'est donc 3 millions d'examens annuels qui devront être effectués. On voit que la question vaut d'être étudiée.

CERTAINS esprits chagrins crieront peut-être à la « morticolie » à l'annonce de ces nouvelles obligations sanitaires, mais aucun médecin, pensons-nous, ne s'élèvera contre le principe des examens de santé. Ils ont une utilité incontestable pour le relèvement démographique français. Spontanément, bon nombre d'individus ressentent eux-mêmes la nécessité de faire faire, à certains âges de leur vie, un bilan de santé. Si ces examens sont correctement pratiqués, ils seront bienfaisants, car l'arrêté prévoit non pas des examens superficiels et rapides, mais, pour la plupart d'entre eux, une exploration soigneuse des appareils sensoriel, pulmonaire, cardio-vasculaire, digestif, génito-urinaire, ostéo-articulaire, endocrinien, nerveux, etc., le tout complété d'un examen radiologique. Toutes ces épreuves seraient d'autant plus sérieuses et plus probantes, à notre avis, qu'elles seraient effectuées dans la plus large mesure possible sous la direction d'un même médecin appelé à suivre l'intéressé depuis son plus jeune âge, sous la direction du médecin de famille, pour tout dire.

Or, — et c'est là qu'une fois de plus certains doctrinaires ont laissé percer le bout de l'oreille — alors que l'ordonnance du 19 octobre 1945 a déclaré que ces examens doivent être gratuits, l'article 8 de l'arrêté contient cette perle : « *En dehors des cas visés à l'article 7* (examens prescrits en vertu d'une autre législation), *l'assuré et ses ayants droit peuvent faire pratiquer l'examen de santé, soit gratuitement dans un centre d'examens géré ou agréé par les Caisses de Sécurité Sociale, soit à titre onéreux par un médecin de leur choix... Ils perçoivent à cette occasion une indemnité forfaitaire dont le montant, variable suivant la nature de l'examen pratiqué, est fixé par arrêté du ministre du Travail* ». Donc, lorsque l'assuré aura préféré s'adresser à son médecin, le montant du remboursement de l'avance faite par lui au titre des honoraires médicaux, sera fixé *forfaitairement* par arrêté ministériel. Selon le bon plaisir du ministre du Travail, ou plus exactement de ses services, ce remboursement pourra n'être que de 80 %, 50 %, 25 % du prix de l'examen. Pour bénéficier de la gratuité légale de l'examen, l'assuré est donc impérativement aiguillé sur le Centre géré ou agréé par les Caisses... Excellente arme de guerre contre le corps médical libre, que celle forgée par l'arrêté du 19 juillet 1946.

Mais, nous dira-t-on, le moyen pour le législateur d'assurer autrement qu'à l'aide des Centres de Caisses la gratuité de l'examen, puisque par hypothèse le médecin traitant n'acceptera pas de le pratiquer pour rien ? Le moyen ? mais tout simplement celui déjà utilisé par la législation des A.S. pour assurer la gratuité des examens prénuptiaux, pré et post-nataux : la dispense expresse, par l'arrêté même qui les impose, de tout ticket modérateur pour les examens prescrits. La difficulté n'a pas échappé au ministre, puisque, pour les examens complémentaires qui peuvent être nécessaires (examens par spécialiste ou examens de laboratoire), l'article 6 de l'arrêté du 19 juillet prévoit, soit qu'ils seront gratuits s'ils sont eux aussi effectués dans les fameux Centres, soit qu'ils donneront lieu à un remboursement suivant le tarif de responsabilité de la Caisse. Phrase ambiguë, hélas ! mais phrase qui ne laisse au maximum à la charge de l'assuré que le montant du ticket modérateur. Pourquoi ne pas avoir au moins posé le même principe pour l'examen général, au lieu d'avoir

prévu ce fort suspect remboursement « forfaitaire » ? Pourquoi, surtout, ne pas avoir, dans les deux hypothèses, expressément dispensé l'assuré du ticket modérateur comme en matière d'examens prénuptiaux, pré et post-nataux, ou comme en matière de traitement de coefficient égal ou supérieur à K. 50 ? Là encore se fait jour la volonté de draîner la masse des assurés sociaux vers des usines à examens où ils seront anonymes, perdus, suivis par un personnel changeant, où l'examen de santé se présentera sous sa forme la plus régimentaire, la plus rebutante : bon moyen, n'est-il pas vrai, d'assurer le succès de la réforme !

En tous cas, que les médecins syndicalistes ne perdent pas de vue cette nouvelle et grave menace contre la médecine libre. A l'heure où les dirigeants des Caisses font de visibles efforts pour amener les médecins à mettre sur pied, sous le nom d'accord provisoire, de *modus vivendi* ou autre, des conventions plus ou moins officielles dans le cadre de l'ordonnance du 19 octobre 1945, que plus que jamais les syndicats médicaux exigent des Caisses, avant toute signature, non seulement des apaisements, mais l'engagement formel de ne créer et ne subventionner des dispensaires ou des Centres d'examens et de diagnostic qu'avec l'accord exprès du Syndicat médical départemental. sur le principe comme sur les modalités d'application. Là se trouve la contre-partie essentielle des sacrifices que les médecins pourraient être amenés à consentir sur l'entente directe

Ces engagements obtenus des Caisses, les médecins n'auraient pas, pour cela, partie gagnée. Il leur resterait à prendre conscience que la meilleure façon de parer aux attaques que l'arrêté du 19 juillet laisse présager, serait d'organiser eux-mêmes, rapidement et sur une large échelle, des centres de diagnostic et des cabinets de groupe, dont l'une des activités essentielles serait d'assurer les examens de santé en question. 3 millions d'examens en moyenne par an donnent pour 25.000 médecins français, 120 examens environ par médecin : 120 examens *généraux* destinés à être exécutés par les *omnipaticiens*. Doivent être assurés, en outre, les examens complémentaires et de spécialité, fort libéralement prévus par l'arrêté et qui sont du ressort des spécialistes. Si les médecins n'organisaient pas eux-mêmes des centres où leurs clients pourraient subir en une seule séance, au prix d'un seul déplacement, l'intégralité des épreuves prescrites par la loi, ils perdraient ces examens d'autant plus sûrement que leur clientèle serait attirée par la gratuité vers les Centres des A.S. Y ayant pénétré une fois cette clientèle serait tentée peut-être d'y retourner par la suite. Le risque est sérieux, on le voit, et il déborde le cadre des seuls examens de santé. Ces Centres de diagnostic une fois créés et gérés par le Corps médical, il resterait à les faire agréer par les Caisses, pour les examens de santé comme pour l'ensemble des opérations de diagnostic et de soins pouvant intéresser les assurés sociaux. Le principe de cet agrément et ses modalités pratiques devraient figurer expressément dans les conventions Syndicats-Caisses que l'on s'efforce aujourd'hui encore d'extorquer au corps médical. Les médecins praticiens pourraient en outre prendre la précaution de conserver, par devers eux, une fiche pour chaque malade examiné en vertu de l'arrêté du 19 octobre 1946. Sur cette fiche, seraient portés les résultats des diverses épreuves. Elle permettrait au médecin praticien de suivre sa clientèle aux diverses étapes de sa vie aussi bien que le médecin-conseil des A.S., lequel, aux termes de l'arrêté, doit être le seul à posséder la documentation fournie par les examens de santé sur tous les assurés de son ressort.

Si ces différentes mesures étaient adoptées, le Corps médical libre aurait, contre la nouvelle botte qui vient de lui être poussée, effectué la meilleure parade. Il aurait, une fois encore, fait la preuve de son sens des réalités et de son souci d'arracher la malheureuse population française à la médecine de troupeau que, par les biais les plus divers et avec une étonnante persévérance, « on » voudrait lui imposer.

P. Doumer

LA VIE DE NOS ŒUVRES CONFRATERNELLES

SOCIETE MEDICALE MUTUELLE D'ASSURANCE ET DE DEFENSE PROFESSIONNELLES

« LE SOU MÉDICAL »

(Société d'assurance à forme mutuelle régie par le décret-loi du 14 juin 1938.)

Rapport du Secrétaire Général sur l'Exercice 1945

L'année 1945, n'a pas démenti les résultats encourageants que permettait d'espérer l'activité du « Sou Médical ».

Chaque jour de cette année nous a apporté l'adhésion de deux nouveaux confrères ce qui, compte tenu des décès, des cessations d'exercice, des radiations ou dénonciations de contrat que nous avons dû opérer, a porté le total de nos adhérents à 8.459 : nous avons donc l'honneur et la charge délicate d'assurer contre le risque professionnel, de défendre en multiples circonstances, le tiers environ du Corps Médical Français.

* *
*

Je dois dire que cette charge n'est pas démesurément redoutable en ce qui concerne la pratique courante de notre profession, encore que la courbe de l'esprit revendicatif contre nos adhérents,

soit très fortement ascendante et que la complexité des règlements et ordonnances soit telle, — et leurs interférences inattendues, en particulier du législateur, — que les cas les plus étranges nous soient soumis.

Dans la branche professionnelle, nous pourrions multiplier les exemples d'affaires opposant interdits à prisonniers, spoliés à déportés ou démolisés, en matière de loyers ou de cession d'installations professionnelles.

La méconnaissance par les commissions hospitalières de la protéiforme réglementation des hôpitaux, la rupture des contrats entre les médecins et les organismes de soins privés, l'exercice de la propharmacie, nous ont valu un certain nombre d'affaires.

♣

La Chirurgie nous a valu quelques cas intéressants de responsabilité ; nous passerons sur le classique instrument égaré au cours d'une opération laborieuse, pour citer par exemple telle intervention aux suites graves pratiquée sous le contrôle deux fois répété d'une réaction biologique indiscutable... quand les techniciens le sont.

1945 a vu se régler quelques affaires de radiodermites dont les dossiers avaient été ouverts depuis de longues années : la dépréciation de la monnaie pendant ce laps de temps a rendu particulièrement lourd pour l'assureur le règlement en francs, dont le pouvoir d'achat était infiniment moins grand qu'au moment de la souscription du contrat.

Si en 1945, des dossiers d'accidents dus à la radiothérapie n'ont été ouverts que pour quatre affaires, il n'en ressort pas moins que cela fait 10 % des affaires de responsabilité de l'année (42), alors que 4 % seulement des adhérents du « Sou » font de la radiothérapie. Nos statistiques montrent par ailleurs, qu'un sinistre ordinaire coûte 24.000 francs, — alors qu'un sinistre radiothérapique revient à ce jour, en moyenne à 146.000 francs. La cotisation des radiothérapeutes n'atteint pas le double de la cotisation ordinaire. La prolongation d'une telle situation nous amènerait à faire payer par l'ensemble des praticiens, le risque lourd de la radiothérapie : en toute équité nous ne le pouvons pas. Nos services sont en train d'étudier les formules qui nous permettront d'assurer, dans les meilleures conditions, les praticiens utilisant les rayons X, conditions qui ne menacent pas moins d'être très onéreuses.

La défense du Médecin présumé responsable d'une faute en matière de radiothérapie, un rigoureux équilibre financier, n'ont pas été nos seules préoccupations en la matière. Nous tenons à ce que notre expérience de la question préserve le Médecin de la revendication, et aussi le malade de la faute technique. C'est pour cela que le « Sou Médical » a tenu à réunir des représentants hautement qualifiés des radiologistes, des constructeurs, des assurances, pour mettre au point les conditions minima indispensables à une saine protection du malade. Nous pensons éviter ainsi à des malades de cruelles lésions, à des confrères des ennuis qui peuvent, sous prétexte de blessures par imprudence, les conduire devant la juridiction répressive. N'est-ce pas d'ailleurs tout à l'honneur d'une profession que de savoir établir pour elle-même les règles qui lui permettront de remplir plus pleinement sa mission ?

♣

Nos services juridiques et de contentieux ont été amenés à donner leurs avis éclairés et appréciés dans de multiples affaires, qui sont restées sur le plan de la discussion amiable : loyers, arbitrages et même questions fiscales, ces dernières ayant tendance depuis quelque temps à prendre la vedette.

Il est juste, pensons-nous, de considérer que le « Sou Médical » a bien rempli sa tâche aussi bien sur le plan assurances strictes, qu'en ce qui concerne ce côté si original de son activité, la défense du Médecin pour tout ce qui, de près ou de loin touche sa vie professionnelle.

Dr R. Jodin,
Secrétaire Général.

Rapport du Trésorier sur l'Exercice 1945

Le « Sou Médical », en 1945, a enregistré une augmentation du nombre de ses adhérents : 8.459 contre 8.185 en 1944 ; et ainsi s'est renouée la tradition qui veut que chaque exercice, depuis la fondation de notre Société, compte un nombre d'adhérent plus important que l'année précédente, tradition qui n'a été interrompue que pendant les années de guerre : 1914-1919 et 1939-1945. Nous avons même dépassé cette année le nombre maximum qui jusqu'à présent était de 8.340 adhérents en 1939.

Si nos ressources dans l'ensemble ont augmenté d'une manière importante, les charges du « Sou Médical » subissent une progression encore plus importante. L'ensemble des réserves constituées, tant pour les sinistres à intervenir que pour les sinistres à régler passe de 3.541.000 à 6.095.550 fr. ; il est vrai que la part de nos réassureurs dans ces réserves augmente également de 1.996.200 à 4 millions 214.830 fr. De même les frais généraux qui comprennent les frais nécessités par les nombreux renseignements ou consultations fournis à nos adhérents en dehors même de toute instance judiciaire, s'élèvent à 843.000 fr. contre 559.000 en 1944.

Enfin la prime versée aux réassureurs pour 1945 est de 1.090.000 fr. contre 403.000 en 1944.

Les immeubles figurent pour 297.000 fr. et 505.345 fr. Rappelons qu'il s'agit d'immeubles en copropriété avec la Mutualité Familiale du Corps Médical Français et dont le « Sou Médical » actuellement ne possède respectivement que 1/4 et 1/5. Ces immeubles ne figurant qu'à leur valeur d'achat diminuée des amortissements réglementaires ont actuellement une valeur vénale bien supérieure.

Malgré les nombreux éléments favorables de l'exercice 1945, le compte de profits et pertes se solde par un déficit de 23.114 fr., déficit entraîné d'une part par l'augmentation importante de nos frais généraux, d'autre part par la réévaluation au 31 Décembre des sinistres restant à régler et à intervenir

Nous vous proposons d'approuver la délibération du Conseil d'Administration qui a décidé d'imputer ce déficit sur la réserve générale qui se trouve ainsi réduite à 19.419 fr.

Mais si nous voulons que la réserve générale qui se trouve ainsi diminuée puisse être reconstituée, il y aurait lieu d'envisager à nouveau une aug-

mentation de la cotisation pour 1947, — augmentation qui permettrait en reconstituant cette réserve de procéder à un amortissement plus rapide de l'emprunt contracté pour la constitution du fonds d'établissement.

Le nouveau montant de la cotisation devrait également être fixé de telle sorte que les augmentations éventuelles qui pourraient survenir au cours de l'exercice 1947 puissent être facilement absorbées.

Dr G. LAVALÉE,
Trésorier.

COMPTE DE PROFITS ET PERTES

DEBIT

Pertes sur opérations d'assurances

Sinistres payés (Responsabilité)	420.569	»
Sinistres payés (Assist. Judiciaire)..	268.329	»
Arrérages payés	1.500	»
Cotisation de réassurance payée....	1.090.822	»
Au 31-12-45 :		
Réserve pour sinistres à régler (Responsabilité)	3.750.700	»
Réserve pour sinistres à régler (Assistance Judiciaire)	1.044.850	»
Réserve pour sinistres à intervenir (Responsabilité)	1.000.000	»
Réserve pour sinistres à intervenir (Assistance Judiciaire)	300.000	»
Au 31-12-44 :		
Réserve pour sinistres à régler à la charge des cessionnaires	1.576.200	»
Réserve pour sinistres à intervenir à la charge des cessionnaires	420.000	»
Frais généraux (Administration et Contentieux)	843.021	06

Gestion générale

Annuités de l'emprunt	99.585	30
Pertes sur réalisations de valeurs mobilières	6.599	10
Impôts et taxes (versés)	63.760	»
Impôts et taxes (dus)	86.515	»
Amortissement Erlanger	6.183	»
Amortissement Papillon	5.251	»
Amortissement Matériel	1.228	»
Amortissement pour frais d'Etablissement	2.168	70
	10.987 281	16

CREDIT

Bénéfices sur opérations d'assurances

Cotisations émises	2.504.585	»
Part des réassureurs	341.684	»
Recours et sauvetages sur sinistres payés (Assistance Judiciaire)	9.529	»
Au 31-12-44 :		
Réserve pour sinistres à régler (Responsabilité)	1.896.000	»
Réserve pour sinistres à régler (Assistance Judiciaire)	895.900	»
Réserve pour sinistres à intervenir (Responsabilité)	500.000	»
Réserve pour sinistres à intervenir (Assistance Judiciaire)	250.000	»
Au 31-12-45 :		
Réserve sinistres à régler à la charge des cessionnaires	3.314.830	»
Réserve pour sinistre à intervenir à la charge des cessionnaires	900.000	»

Gestion générale

Revenus des valeurs mobilières	159.019	22
Revenus Erlanger	20.416	25
Revenus Papillon	21.913	40
Bénéfices sur valeurs mobilières....	15	»
Impôts et taxes	150.275	»
Réserve générale	23.114	29
(Déficit de l'exercice)		
	10.987.281	16

BILAN AU 31 DECEMBRE 1945

Actif

Valeurs représentant des engagements pris envers les assurés....	4.107.575	45
Autres valeurs	988.382	25
Immeuble Papillon	505.345	»
Immeuble Erlanger	397.832	21
Valeurs remises par les cessionnaires	2.014.830	»
Caisse	16.115	10
Société Générale	2.163.186	60
Chèques Postaux	365.734	90
Réserves sinistres à régler à la charge des cessionnaires	3.314.830	»
Réserves sinistres à intervenir à la charge des cessionnaires	900.000	»
Débiteurs divers	40.517	70
Intérêts échus non recouvrés	16.317	95
Matériel	9.024	»
Frais d'établissement	17.039	10
Caisse des Dépôts et Consignations..	21.000	»
	14.877.730	26

Passif

Fonds d'établissement	2.943.521	30
Emprunt pour fonds d'Etablissement	1.056.478	70
Réserve générale	19.419	06
Réserve de garantie	2.495	20
Réserve pour sinistres à régler (Responsabilité)	3.750.700	»
Réserve pour sinistres à intervenir (Responsabilité)	1.000.000	»
Réserve pour sinistres à régler (Assistance Judiciaire)	1.044.850	»
Réserve pour sinistres à intervenir (Assistance Judiciaire)	300.000	»
Dette pour valeurs remises par les cessionnaires	2.014.830	»
Dette fiscale	86.515	»
Dette envers les cessionnaires.....	281.057	»
Créditeurs divers	111.489	»
Cotisations d'avance	2.115.480	»
Impôts d'avance	129.895	»
Cal. Rente Robert Boursier	21.000	»
	14.877.730	26

Rapport du Commissaire aux comptes

(Extraits)

. . . . . .

Le pourcentage des frais généraux, par rapport aux cotisations encaissées (réassurances non déduites) qui avait été de 42,09 % en 1944, n'est que de 33,65 % en 1945, présentant ainsi une diminution relative par suite de l'accroissement des encaissements. Ces pourcentages restent inférieurs au taux de 50 %, limite fixée par l'article 46 des statuts comme total des frais de gestion.

Si l'on ajoute aux frais d'administration et de contentieux les dépenses nécessitées par l'amortissement des frais d'établissement, du matériel et des immeubles ainsi que par le paiement de l'annuité de l'emprunt, au total 114.416 fr., les frais généraux s'élèvent alors à 957.437 fr. en 1945 contre 673.477 fr. en 1944.

Il est vrai de dire que toutes ces dernières dépenses ne représentent pas des frais généraux proprement dits mais seulement des charges dont certaines se retrouvent dans un accroissement de l'actif de la Société. Ces frais, ainsi corrigés, correspondent alors respectivement à 38,23 % des cotisations en 1945 et 42,09 % en 1944.

Nous constatons ici une diminution relative des frais généraux malgré l'augmentation importante des dépenses d'un exercice à l'autre. Nous devons craindre pour l'exercice 1946 une nouvelle hausse de ce chapitre important du compte de profits et pertes.

. . . . . .

Dans le compte de profits et pertes figure, par différence entre le crédit et le débit, la variation des réserves pour sinistres à régler et sinistres à intervenir. Les sinistres sont, en effet, parfois connus après la clôture d'un exercice et leur règlement a souvent lieu plusieurs années après la déclaration à la Société. Vos services de contentieux et de règlement, guidés par l'expérience, évaluent très soigneusement le montant probable des sinistres à régler. Par ailleurs, à chaque exercice, les sinistres antérieurs non réglés font l'objet d'un nouvel examen et d'une nouvelle évaluation en vue de la réserve à constituer. Cette évaluation est nécessaire par suite notamment de la hausse des prix et des frais judiciaires.

. . . . . .

Le résultat de l'exercice montre que les cotisations statutaires doivent être augmentées dès que possible d'autant plus que les frais généraux et le montant des sinistres suivront la hausse générale des prix. Afin d'épargner des augmentations annuelles successives de cotisations et pour éviter aux adhérents des rappels de dépenses, toujours désagréables et même coûteux à encaisser, je crois personnellement qu'il serait prudent d'adopter une nouvelle cotisation, établie peut-être largement au début mais qui permettrait à la Société d'avoir des ressources plus adaptées à l'importance des risques couverts et des frais entraînés par leur gestion. Si, par extraordinaire, les nouvelles cotisations se montraient trop fortes, il serait toujours temps d'en répartir les excédents aux membres de la Société.

. . . . . .

En conclusion de l'exposé ci-dessus, je vous propose d'approuver les comptes sans modifications, tels qu'ils vous sont présentés.

Jean BRIEUSSEL,
Commissaire aux Comptes
Agréé par la Cour d'Appel de Paris.

Assemblée Générale du 17 Juin 1946

RESOLUTIONS

Approbation des comptes

L'Assemblée générale à l'unanimité approuve les comptes de l'exercice 1945 tels qu'ils lui sont présentés, et notamment approuve la décision du Conseil d'administration en date du 5 mai 1946, imputant le déficit de l'exercice, soit : 23.114 francs sur la réserve générale. A la même unanimité, l'Assemblée générale donne quitus au Trésorier pour sa gestion.

Cotisations 1947

Conformément aux Statuts de la Société et notamment à l'article 37, l'Assemblée générale doit fixer le montant annuel des cotisations normales, et s'il y a lieu, le montant de la garantie de l'exercice suivant. Mais le Président indique que les éléments permettant de fixer ces cotisations, ne sont pas encore actuellement connus, et notamment le taux de la cotisation de réassurance, qui sera vraisemblablement modifié, et pour lequel interviendra également la Caisse Centrale de réassurance, récemment créée, mais dont les attributions, qui doivent être fixées par voie d'arrêté, ne sont pas encore définitivement reconnues.

L'Assemblée à l'unanimité décide de ne prendre aucune décision sur cette question ; une seconde Assemblée générale devra être convoquée au début du mois de novembre à la diligence du Conseil d'administration.

Garantie des risques résultant de la radiothérapie

Le Président indique à l'Assemblée que le Conseil d'administration s'est ému de la gravité et de la fréquence des risques de responsabilité causés par la radiothérapie. Les Services administratifs de la Société font actuellement une étude, permettant de déterminer les conditions dans lesquelles la garantie de ces risques pourrait être poursuivie sans entraîner des charges trop lourdes pour la Société.

L'Assemblée à l'unanimité demande au Conseil d'administration de poursuivre l'étude entreprise, et de préciser à la prochaine Assemblée générale les conditions dans lesquelles ce risque pourra continuer à être pris en charge par la Société.

STRYCHNAL LONGUET

ANÉMIE
ASTHÉNIE,
NEURASTHÉNIE
AFFECTIONS
MÉDULLAIRES
ET NÉVRITIQUES
CONVALESCENCES
granules: 2 à 4 p. jour
ampoules: 1 à 2
LABORATOIRES
LONGUET
34, RUE SEDAINE - PARIS

FRANCALCIUM

ACETYLGLYCOCOLLATE DE CALCIUM



AMPOULES INJECTABLES I-V ET I-M
COMPRIMÉS
SOLUTION BUVABLE

LABORATOIRES DU MYORAL
3, RUE S'-ROCH, PARIS

On désinfecte

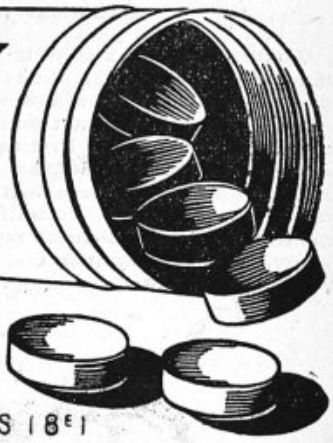
avec le

FUMIGATOR GONIN



60, Rue Saussure
PARIS (17e)

SEPTICARBONE



Antiseptique intestinal

LABORATOIRES DU Dr DEBAT - 60, RUE DE MONCEAU - PARIS 18e

ECHOS & COMMENTAIRES

LES MÉDECINS PEUVENT-ILS REFUSER DE SOIGNER LES PENSIONNÉS DE GUERRE AU TARIF DE L'ARTICLE 64 ?

C'EST la question qu'en substance posait, le 11 juillet dernier, M. Jacques Bardoux, député, au Ministre des Anciens Combattants et Victimes de la Guerre : « *Les médecins ont-ils le droit,* demandait-il *de refuser les soins gratuits aux anciens combattants de la Guerre* 1914-1918 ? »

A cette question clairement posée, le Ministre répondit en prenant la tangente : « *En raison de l'insuffisance des honoraires alloués, des médecins auraient, dans certains départements, en accord avec la Confédération générale des Syndicats médicaux français, décidé de refuser d'utiliser les carnets de soins destinés à permettre aux pensionnés d'exercer leur droit à la gratuité des soins médicaux. En accord avec le Ministère des Finances, il a été pris un arrêté, en date du 3 juin* 1946, *relevant le taux des honoraires des médecins appelés à donner leurs soins aux pensionnés bénéficiaires de l'art.* 64 *de la loi du* 31 *mars* 1919 ».

Ayant fourni quelques précisions de fait, le Ministre a préféré ne point s'aventurer sur le terrain du droit. On comprend d'ailleurs sa réserve : il lui a sans doute été désagréable de révéler à l'honorable député qu'en droit il est établi que médecin et malade peuvent convenir de déroger à la règle de gratuité posée par l'art. 64 de la loi du 31 mars 1919. Dès le 29 mars 1931, le Ministre des Pensions alors en fonction répondait, en effet, à M. Guichard, député : « *Le Ministre des Pensions ne dispose d'aucun moyen pour obliger les médecins à accepter les bons détachés du carnet médical. Il appartient aux mutilés de s'adresser aux praticiens qui consentent à les soigner au titre de l'article* 64 *de la loi du* 31 *mars* 1919 ».

En outre, un jugement du Tribunal Civil de la Seine, du 31 mai 1935, a décidé, en matière de soins aux pensionnés de guerre, que « *rien ne s'oppose à ce que, après entente entre un médecin et le malade ou sa famille, il soit stipulé que les honoraires du praticien seront supportés, non par l'Etat, mais par le malade ou ses proches. La preuve d'un tel accord incombe toutefois au médecin* ». La cause est entendue en droit.

En fait, le Ministre parait estimer qu'en raison de l'augmentation du tarif art. 64 accordée par l'arrêté du 3 juin dernier, vont cesser les refus par les médecins des carnets de soins aux pensionnés de guerre. C'est, croyons-nous, faire preuve d'un optimisme excessif et d'une méconnaissance totale des véritables données du problème. Dans sa circulaire du 5 juillet dernier, reproduite dans *Le Médecin de France* (août-septembre 1946, page 488), le Secrétaire Général de la Confédération écrit textuellement : « *Le refus des carnets de soins doit continuer, absolument et partout tant que nous n'avons pas obtenu l'intégration dans le système de la Sécurité sociale, des soins donnés en application de l'art.* 64. *Le relèvement*

PYUROL
Antiseptique le plus actif et le moins toxique
sur l'appareil Urinaire,
l'appareil Digestif,
sur le Foie et sur la Diurèse

ORTHOPHORINE
Acide phosphorique granulé (Formule de Joulie)
TROUBLES DE LA NUTRITION
TONIQUE DU SYSTÈME NERVEUX

ORTHO-GASTRINE
TROUBLES D'ORIGINE GASTRIQUE
OU INTESTINALE

Laboratoires A. LE BLOND
15, rue Jean-Jaurès, PUTEAUX (Seine)

INTESTARSOL
Granulé
TOXI INFECTION INTESTINALE
PARASITOSES

Laboratoire H. CALAS
162, Rue de l'HAY
GENTILLY (Seine)

accordé par l'arrêté paru au « Journal Officiel » du 15 juin ne règle absolument pas la situation. Ce n'est pas une question d'argent uniquement qui nous a fait agir, mais une question de système. Nous nous trouvons, depuis vingt-six ans, dans la position du mendiant perpétuel, et nous sommes obligés de quémander pendant des mois, pour obtenir quelques chiches relèvements. Le système de la Sécurité Sociale, même avec un abattement, ferait cesser tous ces marchandages, et c'est cela que désirent les Syndicats médicaux. L'heure est parfaitement propice à ce genre de revendications, au moment où la Sécurité Sociale est étendue à toute la population, ou presque ; si le système est bon, il n'y a que des avantages à ce qu'il soit appliqué aux bénéficiaires des soins gratuits ; si le système est mauvais, qu'on le change ! Vous devez, en conséquence, maintenir de façon formelle et continue, le refus de signature des carnets de soins. Et le Conseil, dans sa session de juin, a voté à l'unanimité un ordre du jour aboutissant à cette conclusion » La consigne est donc formelle. Si, par hasard, telle âme sensible venait à se demander s'il est humain et opportun de refuser dans la situation actuelle de soigner les pensionnés de guerre à des tarifs indignes d'un médecin, qu'elle veuille bien, pour apaiser ses scrupules, s'inspirer de l'exemple de l'Etat qui, tout crûment, lui, a dû reconnaître par l'organe du Ministre des Anciens Combattants et Victimes de la Guerre répondant à M. Jacques Bardoux que « *l'Etat, pour différentes raisons, ne peut cette année, comme les années dernières, prendre en charge l'hospitalisation gratuite des pensionnés de guerre justiciables d'une cure thermale, et qu'en conséquence les pensionnés n'auront droit, cette année, qu'au remboursement des frais de voyage et de traitement proprement dit, à l'exclusion de toutes autres dépenses* ». Une fois de plus, par conséquent, l'Etat est pris en flagrant délit de générosité... sur le dos des autres. Incapable d'hospitaliser les anciens combattants, l'Etat est cependant pleinement d'accord pour les faire soigner.. quasi gratuitement par les médecins qui, comme chacun le sait, sont tout indiqués pour cela.

LES DÉLICATS RAPPORTS ENTRE MÉDECIN TRAITANT ET MÉDECIN CONSEIL DES A. S.

POUR illustrer les commentaires quelque peu réservés que nous nous sommes permis sur la cordialité et l'efficacité des relations entre médecin traitant et médecin conseil des A. S., un de nos fidèles lecteurs nous communique l'échange de correspondance ci-dessous :

Extrait d'une lettre adressée par la Caisse de Prévoyance de la S.N.C.F. à M. X., employé du réseau Sud-Ouest :

« Suite à votre demande de prise en charge concernant votre fille. L'examen du dossier de votre enfant par notre contrôle médical n'a pas révélé d'éléments de nature à justifier une cure thermale.

Nous ne pouvons, dans ces conditions, réserver une suite favorable à votre demande.

Nous serions cependant disposés à la reconsi-

LES ÉTABLISSEMENTS JACQUEMAIRE à Villefranche (Rhône) RAPPELLENT LEURS PRODUITS diététiques

★ LA BLÉDINE
Aliment de préparation au sevrage. Farine complète et équilibrée.

★ LA DIASE CÉRÉALE
Bouillie maltosée fluide. Assimilation totale.

★ LE MALTOGIL
Extrait de malt sec rigoureusement pur. Puissant reconstituant.

LES LABORATOIRES DU GALACTOGIL à Villefranche (Rhône) RAPPELLENT LEURS PRODUITS pharmaceutiques

★ LE GALACTOGIL
Puissant galactogène. A base d'extrait de galéga.

★ LE PEPTOGIL
Spécitique des anaphylaxies protéiques (peptones gastriques et pancréatiques)

P. L. Dubuy

AÉROCID Aérophagie Aérocolie
CACHETS ET COMPRIMÉS

AQUINTOL Coqueluche Toux spasmodique
EN GOUTTES

HEP'ACTI anciennement HEPASÉRUM Méthode de Whipple et de Castle Tréphones embryonnaires amino-acides
AMPOULES DE 10 cc.

OPOCÉRÈS Simple et vitaminé Fortifiant biologique général
AMPOULES BUVABLES COMPRIMÉS FRIABLES

LABORATOIRES DE L'AÉROCID
20, rue de Pétrograd, PARIS (9e)

dérer, sans toutefois prendre l'engagement de vous donner satisfaction, si vous adressiez à M. le Médecin-Conseil de la Caisse un certificat médical détaillé établi par le médecin traitant indiquant la nature de la maladie et les raisons pour lesquelles une cure thermale est jugée nécessaire. »

Extrait de la lettre adressée au médecin-conseil de la Caisse par le Dr Y., médecin consultant à La Bourboule :

« *Le médecin traitant d'une fillette X., âgée de 11 ans... a jugé nécessaire de lui prescrire une cure arsénicale à La Bourboule pour des signes non douteux de bronchite chronique ectasiante (foyers de dilatation bilatéraux), avec tous les signes accessoires de cette affection du côté des ongles, des oreilles, du nez, etc.*

Sur une demande de prise en charge, votre Caisse a fait la réponse ci-dessus :

Pourrais-je savoir sur quels éléments s'est appuyé ledit Contrôle médical pour prendre une pareille décision et, en particulier, si ce Contrôle a prescrit ou exécuté un lipiodo-diagnostic pour vérifier la présence ou non de ces dilatations que le médecin traitant et moi-même affirmons exister aux deux lobes inférieurs des poumons de cette malade. A défaut de ce seul élément irréfutable de diagnostic, nous nous inscrivons en réfutation d'une pareille opinion, contraire à tout ce qui est admis sans conteste par le corps médical, par la science médicale et par l'expérience des médecins les plus avertis.

Avant de pousser plus loin mes démarches, je viens donc vous prier de me dire ce que doit faire cette famille pour obtenir, comme nous pensons qu'elle doit y compter, la prise en charge de cette intervention parfaitement justifiée. »

Le médecin consultant a donc pris le taureau par les cornes et fourni au médecin-conseil les données cliniques qui indiquaient la cure. Il a eu parfaitement raison en l'espèce de ne pas se réfugier derrière le secret professionnel, dont nous avons déjà expliqué pourquoi il ne jouait plus actuellement entre médecin traitant et médecin-conseil.

Mais que penser de ce « contrôle » qui, de Paris prend une décision sur le vu du dossier de la malade qui réside dans la Vienne ? Quel sérieux peut avoir la décision ? Pourquoi ne pas avouer tout net que le contrôle s'en remet pratiquement au médecin traitant du soin de déclencher tel ou tel traitement, puisque sans s'embarrasser de la contradiction, le contrôle admet que, selon que le médecin traitant voudra ou non lui fournir certaines indications, il se réserve de prendre une décision exactement contraire à la première. Incident significatif... Curieuse préfiguration de ce qui va se passer journellement pour la longue maladie.

POUR LA SUPPRESSION DE LA DICHOTOMIE.

Le docteur Bergouignan, Secrétaire général du Syndicat National des Chirurgiens Français et du Syndicat des Chirurgiens de Province, a entrepris une lutte sévère contre la dichotomie. Dans le



TUBERCULOSE
VITADONE
INJECTABLE
Vitamines A et D physiologiquement titrées
BOITES DE 6 AMPOULES DE 2 cc.
chaque ampoule contient:
20.000 unités int. de Vitamine A
20.000 unités int. de Vitamine D
2 injections intra musculaires par semaine
Littérature aux Etablissements BYLA
26, avenue de l'Observatoire, à PARIS (14e)

Migraines, Rhumatismes
Toutes Algies
CURATINE BRUNET
1 à 4 cachets par jour
LABORATOIRE BRUNET
23, rue des Écouffes - PARIS-4e

Bulletin de chacun des deux Syndicats qu'il anime, il signale que dans l'Eure tous les médecins ont été invités à s'engager par écrit « à ne pas provoquer, ni recevoir de dichotomie sous quelque forme que ce soit ». « Dans les cinq départements normands, dit-il, la dichotomie a disparu ; dans beaucoup d'autres régions les chirurgiens ont fait un mouvement analogue ». Reste malheureusement la question des grandes villes et en particulier de Paris. Dans le but de parvenir à un résultat, le Dr Bergouignan demande à tous ceux qui le suivent dans cette campagne de bien vouloir remplir et lui retourner un bulletin contenant l'engagement sur l'honneur de ne pas pratiquer la dichotomie sous quelque forme que ce soit. Les noms des chirurgiens ayant signé cet engagement seront publiés dans les Bulletins des Syndicats de Chirurgiens, au fur et à mesure de leur arrivée, et lorsque la liste générale des membres des Syndicats sera publiée, d'ici quelque temps, un astérisque sera placé en face du nom de tous ceux qui auront signé l'engagement.

Nous souhaitons de tout cœur au Dr Bergouignan de réussir dans ses courageux efforts.

CORRESPONDANCE ENTRE PRATICIEN ET CONSULTANT D'HOPITAL.

Le regret, exprimé il y a quelques semaines, par un lecteur, de ne pas recevoir du consultant d'hôpital à qui il a adressé un malade, le résultat de l'examen éveille de nombreux échos. Signe que le malaise signalé est ressenti par de nombreux confrères.

Un correspondant, admettant la réalité en fait, en avait accusé l'absence dans presque tous les services d'un ou d'une secrétaire préposé à la correspondance du service.

A quoi un autre lecteur réplique en ces termes :

Il est incontestable que dans ces grands services, dans ces consultations hospitalières l'affluence des malades est grande, mais le chef de service n'est pas seul. Il dispense un enseignement précieux à tous. En retour un externe requis à tour de rôle pourrait fort bien remplir la fonction, certes fastidieuse, mais à mon avis indispensable de secrétaire médical. J'ai été autrefois externe dans un grand service de cardiologie de Paris : il y avait toujours un externe-scribe. En sorte que j'estime que sans réforme profonde on pourrait satisfaire la légitime curiosité du praticien et, ce qui me paraît essentiel, servir utilement le malade. Et puis ces malades qui ont besoin de cette petite lettre explicative ne constituent qu'une fraction de la totalité de la clientèle des services.

RECTOCALCIUM
CALCIOTHÉRAPIE INTENSIVE PAR VOIE RECTALE
SUPPOSITOIRES ADULTES
1 gr. de gluconate de chaux
SUPPOSITOIRES ENFANTS
0 gr. 50 de gluconate de chaux
Toutes les indications du Calcium
Tolérance et assimilation parfaites
Aucun des inconvénients
de la Voie parentérale
LABORATOIRE ROGER BELLON
LOUIS FERRAND
Ex-Interne, Lauréat des Hôpitaux de Paris
PHARMACIEN-GÉRANT
(GAMBÉOL, ACTIPHOS, HÉMOPYLORE "3", GLOBIRON)
78bis, Avenue Marceau - PARIS (8e)

Vient de paraître :
GABRIEL LEPOINTE
Professeur à la Faculté de Droit de Lille
et à l'Institut Médico-Légal
DROIT MEDICAL
ET
DROIT SOCIAL
Un Volume . . . . . 115 Frs.
« Pages écrites d'un style alerte et limpide et qui constituent la mise au point par un maître juriste, de délicats problèmes de la pratique médicale, tels qu'ils se posent à l'heure actuelle. »
Paris-Médical.
« Un volume qui se recommande par une documentation et une clarté d'exposition remarquables. »
Le Monde.
LES ÉDITIONS DOMAT-MONTCHRESTIEN
160, Rue Saint-Jacques — PARIS-5e

HOSPITALISATION PUBLIQUE

Comment fonctionne le service chirurgical d'une petite ville.

J'ai pris connaissance avec un très vif intérêt de votre article : « Acte global et... Dichotomie » paru p. 581 du *Concours Médical* nº 23, du 8 juin 1946.

Je crois, en effet, qu'on ignore dans les hautes sphères la situation des petits hôpitaux de province, mais qu'une solution très raisonnable et parfaitement saine peut être donnée à la question des honoraires.

Je m'explique.

Le service de l'hôpital de l'Hôtel-Dieu de X... qui comporte une soixantaine de lits, est assuré du point de vue chirurgical de la façon suivante :

1º Par un médecin de X... portant le titre de médecin-chef du service de Chirurgie et domicilié à X...

2º Par deux chirurgiens, résidant l'un et l'autre à (28 km.) et portant le titre de chirurgien en chef et de chirurgien-adjoint.

Le rôle du médecin-chef est le suivant : examen des malades à l'entrée, diagnostic, indication opératoire après mise en observation s'il y a lieu. S'il s'agit de petite chirurgie : fractures, luxations, petites amputations, incisions, débridement, curetages, sutures, transfusions, etc..., il opère seul. S'il s'agit d'actes plus importants, il fait appel à l'un ou l'autre des chirurgiens, leur présente le malade, aide effectivement et *obligatoirement* à l'intervention et assure ensuite seul, à moins d'événements extraordinaires, la surveillance et les soins post-opératoires, se réservant l'entière responsabilité de tout ce qui se passe en dehors de la salle d'opérations. Il est d'ailleurs le seul rémunéré du point de vue de l'administration pour les malades de l'A.M.G., de l'article 64, des A.T. agricoles par un fixe annuel d'ailleurs *ridicule de* 500 *francs*.

Le rôle des chirurgiens proprement dit, pour tout ce qui concerne la grande chirurgie, se réduit à une consultation préopératoire (vérification du diagnostic, le plus souvent, sur la table d'opération) et à l'acte opératoire et exclusivement à celui-ci. Le malade rentré en salle retombe sous la coupe du médecin-chef du service de chirurgie qui, ne l'ayant pas abandonné même lors de l'intervention le suivra de son entrée à sa sortie.

Ce système qui a fait ses preuves, et qui demande de la part du médecin-chef de chirurgie qui assume en dehors de l'acte opératoire la totalité des soins, une culture médico-chirurgicale solide et une certaine expérience, de la part des chirurgiens réduits en réalité au rôle de collaborateurs techniques et particulièrement qualifiés, une certaine souplesse, et de la part de tous, un esprit de confiance et de solidarité étroites n'ayant qu'un but : la guérison du malade sans mesquines questions de supériorité ou d'amour-propre, en un mot, l'esprit d'équipe ce système a donné depuis vingt ans et continue à donner dans mon service des résultats absolument excellents, si l'on en juge par les statistiques annuelles et les résultats constamment obtenus même avec des chirurgiens différents.

Comment se fait la répartition des honoraires ? Les mémoires des diverses interventions sont établis trimestriellement par le médecin-chef du Service de Chirurgie, et remis à l'administration. Sitôt les mandats touchés et versés au compte de la Caisse chirurgicale de l'établissement, dont il est d'ailleurs le gérant, celui-ci établit le compte de chacun des chirurgiens et le sien propre. Pout toutes les interventions importantes

SOLUTION
HEPATOUM
SOLUTION DANS LES EAUX DU BASSIN DE VICHY, PRISES DIRECTEMENT AUX SOURCES, D'EXTRAITS DE PLANTES HÉPATIQUES
SPÉCIFIQUE DES AFFECTIONS DU FOIE, DES REINS, DE LA VÉSICULE BILIAIRE
ACTION RAPIDE DANS LES CRISES DOULOUREUSES HÉPATIQUES, NÉPHRÉTIQUES MENSTRUELLES
LABORATOIRE HEPATOUM • Saint-Yorre (Allier)

Micelliode
IODE COLLOIDAL MICELLAIRE ÉLECTRO-POSITIF
Toutes les Indications de l'IODE, SANS IODISME POSSIBLE
GOUTTES
Laboratoires de l'HÉPATROL 4 Rue Platon. PARIS (XVe)

ayant nécessité le concours d'un chirurgien le montant en est ainsi réparti :

Trois quarts au chirurgien.

Un quart au médecin-chef du service de chirurgie.

Pour le prix des journées au delà du 21e jour, au seul médecin-chef de service.

Celui-ci qui touche évidemment la totalité du montant des actes opératoires effectués par lui seul et toujours inférieur à K 40, ne réclame pas, afin d'éviter un cumul, de P.C. 5 pour assistance à l'opération, même quand il s'agit de ses propres malades.

Par contre, si un confrère, étranger au service, veut assister à l'intervention d'un de ses malades, il ne le peut que comme spectateur, deuxième aide ou anesthésiste : il lui est alors accordé un P.C. 5, ajouté au mémoire de l'acte global, et réglé en conséquence dès le paiement à l'administration.

En résumé, il s'agit d'une équipe chirurgicale comprenant un médecin et un chirurgien dont les rôles sont parfaitement déterminés et rémunérés dans des proportions parfaitement définies et officielles sur l'acte global. Si un confrère s'adjoint, il est rémunéré par un P.C. 5 réglementaire ; mais l'acte opératoire terminé, n'a plus qu'un regard indirect sur son malade et par l'intermédiaire ou du chirurgien ou du médecin-chef de chirurgie,

Je dois à la vérité de dire que les malades adressés à l'hôpital sont des malades de petites ressources et que les autres sont opérés dans une clinique absolument indépendante de l'hôpital, mais dois reconnaître que l'entente règne parfaitement à ce sujet dans le Corps médical et régional et que les incidents sont absolument exceptionnels et se sont toujours réglés dans les meilleures conditions.

Que pensez-vous de mon système hospitalier qui résout le difficile problème des indications opératoires posées et des soins donnés par un médecin différent du chirurgien qui se contente de l'acte opératoire seul, et laisse, c'est d'ailleurs une façon de parler, à son confrère la charge entière de tout ce qui se passe avant et après l'intervention ? Voilà vingt ans qu'il fonctionne à la satisfaction de tous, médecins, chirurgiens et malades, et qu'il résout d'une façon élégante le problème des honoraires sans qu'on puisse parler de dichotomie.

Dr S.

Réponse.

Votre lettre m'a fort intéressé et je crois qu'il est utile de la publier dans le Concours. *J'y ajouterais le commentaire suivant :*

Le modus vivendi *que nous présente notre confrère est le type même d'interventions chirurgicales dans un hôpital n'ayant pas de chirurgien spécialisé dans le bourg même — ce qui se rencontre dans un assez grand nombre de localités peu importantes, ce sont là des soins donnés* en équipe *ce qui pourrait même être généralisé par l'adjonction d'autres spécialistes : O.R.L. Oculistes, stomatologistes, radiologistes, psychiatres même, etc... De cette façon, même dans un petit hôpital de bourg provincial, les malades pourraient trouver des soins éclairés et spécialisés sans qu'il leur soit besoin de se rendre loin de chez eux, et pourraient ainsi rester près de leur famille, ce qui permettrait des visites de celles-ci, la grande consolation de l'hospitalisé. Quant à la modalité de paiement des honoraires, elle est assez épineuse en l'espèce et pourrait être modalité à retenir, à côté de celle que je proposais pour des cas différents à savoir quand l'hospitalisé est ramené à son domicile après intervention chirurgicale et y reçoit les soins consécutifs par le médecin traitant. En conclusion, il y aurait là une question à étudier par la Commission*



CÉRÉRIF

FARINES COMPOSÉES MALTÉES SUCRÉES

Le traitement thermique que subissent les céréales de ces farines leur assure un goût agréable et une grande digestibilité.

Ets RIFF. Laboratoire et Usine à Valenciennes (Nord)

FOIE ET REIN DÉFICIENTS

CHOPHYTOL

AMPOULES INJECTABLES

DRAGEES, GOUTTES "per Os"

Laboratoires ROSA 11, Rue Roger-Bacon, PARIS (17e)

permanente de révision, afin de remédier aux difficultés de règlement, que soulève le tarif global en cas de médecins « multiples », pour une même affection chirurgicale.

Dr P. DECOURT.

★

QUESTIONS DIVERSES

4098. — Certificat prénuptial.

Je me permets de vous poser la question suivante : L'examen prénuptial avec radio et examen sérologique est-il obligatoire, pour les fiancés de plus de 50 ans ?

Dr M.

Réponse.

Le certificat prénuptial institué par l'ordonnance du 2 novembre 1945 est obligatoire pour la publication des bans. Seul le Procureur de la République de l'arrondissement où doit être célébré le mariage peut, dans des cas exceptionnels, dispenser les futurs époux ou l'un d'eux seulement de la remise de ce certificat. (Art. 169 du Code civil.)

Toutefois, ce certificat n'est exigé d'aucun des futurs époux en cas de péril imminent de mort. (Art. 75 du Code civil).

Il n'est prévu aucune dérogation pour les fiancés ayant plus de 50 ans, et ce n'est qu'en demandant une dérogation exceptionnelle au Procureur de la République que ceux-ci pourraient faire publier leurs bans sans remettre de certificat pré nuptial.

DEMANDES ET OFFRES

N° 462. — Jeune médec. spécial. dermato-vénéreo cherche client. à reprend. ou poste à créer dans tte rég. Sauf Est et Paris. Ecr. journ. qui transm.

N° 463. — Sage-femme, 38 a., dipl. puéric. cherche direct. poupon., jardin. d'enf., préventor. ou tout poste intér. l'enf. Ecr. journ. qui transm.

N° 464. — Fam. paramédic. cherche nurse diplômée, de préfér. suissesse catholique, en bonne santé, pour s'occup. de quatre enf., 6 a., 2 a. 1/2, 1 a. et un né en novemb. Bonne nourrit., bien rétrib., sér. référ. exig. Balthazard, 2, rue Charles-Festout à Grenoble (Isère).

N° 465. — Appar. Kuss portatif en malette (pour pneumo), comme neuf, à vendre.

N° 466. — Cabin. médec. gén., accouch. à céder à partir du 1er août. Ville de sports d'hiver et de climatisme. Conviendr. à jeune médec. sportif ou médec. dont la fam. aurait besoin d'une cure d'altit. Ecrire journ. qui transm.

N° 467. — A vendre trousse gynécolog.

N° 468. — Pharmacie import. gros centre habit. tout confort, aff. unique. Prix 2 millions plus stock. Mathias, notaire à Jiersac (Charente).

N° 469. — Doct. désire repr. client. médic. génér., gros rapp., située banl. agréable. Paris. Ecr. journ. qui transm.

N° 470. — Echanger. forceps Tarnier contre un thermocautère. Dr Kandel à Briollay (M.-et-L.).

N° 471. — A vendre microscope Zeiss, 3 object. dont 1 à immers., une platine mobile 3 oculaires, le tout absolum. neuf dans un coffr. de cuir, S'adr. Dr Lavergne, à Belabre (Indre).

N° 472. — Doct. agréé cherche poste peu import., mais avec maison 4 à 5 p. sans étage, entouré d'un gr. jard., 50 ares au plus. Rég. Sud-Ouest de Paris de préf.

N° 473. — A vendre vélomoteur New Map., mod. 1940, moteur neuf, Pneus 25 % usagés. Dispose de deux pneus de rechange complètem. neufs. Dr A. Hugol à Dourgne (Tarn).

N° 474. — Poste médic. à céder rais. de fam. 80 km. de Paris, client. et contrat avec usine, fixe, logem. grat., chauff. grat. assuré par l'us., seul médec.

Gérant : J. MIGNON
Février 1879
Lang, Blanchong et Cie, 30, rue du Poteau - Paris (18e) — 31.1040
Dépôt légal : N° 8
3e trimestre 46

TRAITEMENT rationnel
de toutes les formes
de l'OBÉSITÉ
et des troubles annexes
DELLOVA
à base d'extraits opothérapiques
renforcés par un laxatif
2 FORMES
Cachets..... 1 à 2 par jour
Comprimés ... 2 à 4 par jour
Lab. C. LAFOSSE, 48, Av. de la République, PARIS

LE CONSEIL MEDICAL
Cabinet BREITEL ET GORET
Fondé en 1903
1, rue Dante, Paris (5e) - ODE : 36-46
Paris (15e) : Méd. Gle. Bon rapp. Petit app. tt. conf.
Paris (19e) : Client. ouvr. avec app., à échanger contre app. 5 pièces Paris. Suite décès.
Paris (8e) : Cède bon cab. app. c. gros cab. banlieue.
Banlieue immédiate. Gros cab. avec bel app. Paris, à échanger contre cab. phtisiologie, app.
Banlieue ouvrière : Local profess. méd. gle, à céd.
Près Paris : Poste chirurgien obstétrique dans clinique acchts. Salle opér. installée. Bon rapp. A céder en société. Totalité ou parts.
Nord : Méd. Gle sur côte. Client. chirurg. immeuble.
Seine-Inférieure : Poste camp. Maison. Urgent.
Loire : Pays riche. Méd. Gle. Jard. Garage.
Haute-Garonne : Méd. Gle et proph. avec maison.
Paris Concorde : Studio gymnastique médicale, intéresserait médecin avec prof. E. P. Bon rapport.
Haute-Savoie : Préventorium. Très gros rapport.
Placements réservés à Médecins : Parts de Sociétés : Cliniques, Maisons Santé, Préventoria.

GÉNÉSÉRINE Polonovski et Nitzberg
SÉDATIF DE L'HYPER-EXCITABILITÉ SYMPATIQUE
L'Hypo-acidité, la dyspepsie atonique
le syndrome solaire
des estomacs paresseux
La tachydardie, les palpitations
des cœurs nerveux
20 à 30 gouttes ou 2 à 3 granulés à chacun des trois repas ou une ampoule de 2 millig. en injection sous-cutanée quotidienne
Laboratoires AMIDO - A. BEAUGONIN. Pharmacien
4, Place des Voges, PARIS

granulés
CAS AIGUS

Choléfluine
Leconte

CHOLAGOGUE - ANTIANAPHYLACTIQUE
(HYPOSULFITE DE SOUDE)

comprimés
CAS CHRONIQUES

LABORATOIRES LECONTE, 29, rue Duret, PARIS-16e

COMBEY-LAX

Le délicieux laxatif pour les enfants

SIROP PUR SUCRE ET POMMES DE REINETTE
= PAR CUILLERÉES A CAFÉ =

LABORATOIRES ROLAND MARIE
191, RUE DU Fg St-ANTOINE, PARIS

VALS SOURCE LA REINE

Dans les cas de

DIARRHÉE INFANTILE

quelles qu'en soient la cause et la forme aucun traitement



n'a donné des résultats comparables à l'emploi de la diète hydrique par

VALS-REINE

Additionnée au lait elle constitue le meilleur **PRÉVENTIF** de cette diarrhée.

Sté VALS-REINE
à Vals-les-Bains (Ardèche)

---

cérésine

Cachets, Comprimés, Granulés

SIMPLE ET SURVITAMINÉE

LABORATOIRES DEHAUSSY
50, rue Nationale - LILLE

POUR LA FRANCE SUD
21, Av. Saint-Sulpice, LAVAUR (Tarn)

68e ANNÉE — N° 35 — 31 AOUT 1946

LE

CONCOURS MÉDICAL

37, RUE DE BELLEFOND - PARIS (9e) - TRU 33-66

379-381

SOMMAIRE

PARTIE SCIENTIFIQUE.

Sulfamides et Folliculites du vestibule nasal (Prof. J. TERRACOL) 951

La vitaminothérapie dans le traitement des Tuberculoses osseuses, articulaires et ganglionnaires (Dr YVIN) 952

« Hymne » au toucher rectal (Dr P. FERRAND) 953

Nouvelles d'Angleterre. Une poudre D. D. T. activée 955

Sur le traitement des névralgies du trijumeau (Dr R. COSSART) 955

A propos du traitement du zona (Dr Germain BLECHMANN) 955

LES SOCIÉTÉS SAVANTES, 956. — LA PRESSE, 959.

PARTIE PROFESSIONNELLE.

PROPOS DU JOUR : Vers la définition de la médecine sociale (J. NOIR) 960

ACTUALITÉ PROFESSIONNELLE : La Sécurité sociale devant la Constituante 961

Obstétrique et sécurité sociale (Dr J.-M. AUCLAIR) 963

Réponse à quelques libres opinions (Dr RICHARD) 955

Réflexions d'un vieux médecin (Dr F. C.),

DEMI-COLONNES.

DERNIÈRES NOUVELLES, 944. — A TRAVERS L'OFFICIEL, 947. — ECHOS ET COMMENTAIRES, 967. — CORRESPONDANCE, 970.

Le laxatif des enfants

COMBEY-LAX

Laboratoires ROLAND-MARIE
— 191, Rue du Fg. Saint-Antoine, Paris —

RÉGÉNÉRATEUR ÉNERGIQUE

VIOXYL

Élixir - Granulé
Comprimés.

Éts MOUNEYRAT
VILLENEUVE-LA-GARENNE (Seine)

Silicyl

Médication de BASE et de RÉGIME
des ÉTATS ARTÉRIOSCLÉREUX
et des carences siliceuses

18, Rue Ernest-Rousselle - PARIS-13e

PYRÉTHANE

Antinévralgique Puissant

18, Rue Ernest-Rousselle - PARIS-13e

VÉRITABLE HUILE DE
HAARLEM
G. de KONING TILLY
GOUTTES — CAPSULES
Laboratoires THOMAS, 2, rue Ste-Cécile, PARIS 9e)

Infangyl Carlier
TOUX INFANTILES

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
BIBLIOTHÈQUE

DERNIÈRES NOUVELLES

Faculté de médecine de Marseille-Agrégation.

Nous avons le plaisir de relever le nom du *Docteur Jean* OLMER, médecin des Hôpitaux, parmi les nouveaux agrégés de la Faculté de Marseille. Le Professeur agr. OLMER compte parmi nos collaborateurs, et récemment encore il a bien voulu nous consacrer une étude, pleine d'intérêt pour les praticiens. Nous lui adressons nos vives félicitations pour son récent succès.

Faculté de médecine de Paris.

Année scolaire 1946-1947. *Inscriptions.* — Les inscriptions pour l'année scolaire 1946-1947 seront prises aux dates suivantes : 1re inscription de première année, du 1er au 31 octobre 1946 ; inscriptions trimestrielles : du 7 au 19 octobre 1946 (1er et 2e trimestres), du 14 au 26 avril 1947 (3e trimestre) et du 1er au 13 juillet 1947 (4e trimestre).

L'année scolaire 1946-1947 s'ouvrira le 4 novembre 1946.

Chaire de clinique cardiologique. — Un cours sur *les acquisitions récentes en pathologie cardio-vasculaire* (leçons théoriques et enseignement clinique) sera fait du 7 au 19 octobre 1946 à l'hôpital Broussais dans le service du professeur Donzelot. Droits d'inscription : 1.000 fr. Inscriptions au Secrétariat de la Faculté.

Laboratoire de parasitologie. — Des travaux pratiques d'hématologie, sous la direction du prof. agrégé P. Chevallier, commenceront le 14 octobre 1946. Droits d'inscription : 1.000 fr. Les bulletins de versement sont délivrés au Secrétariat de la Faculté.

Ecole de stomatologie de la Faculté de médecine de Paris.

L'enseignement de l'Ecole de stomatologie de la Faculté de médecine de Paris commencera le 4 novembre 1946. Cet enseignement, à la fois théorique, clinique et technique, est réparti sur deux années et donné à la Faculté, dans les hôpitaux et à l'Ecole de stomatologie (20, passage Dauphine). Les cours sont ouverts aux étudiants en médecine en dernière année de scolarité, aux Docteurs en médecine et à toutes autres personnes agréées par le Conseil d'administration de l'Ecole. Droits pour chaque année de scolarité : 700 fr., plus 7.000 fr. de droits de travaux pratiques.

Hôpitaux de Nantes.

Concours d'assistants. — Des concours pour le recrutement de 3 assistants de médecine, 4 assistants de chirurgie, un assistant d'électro-radiologie et un assistant de stomatologie s'ouvriront le 21 novembre 1946 à l'hôpital Saint-Jacques, de Nantes. Les inscriptions sont reçues jusqu'au 5 novembre à la Direction départementale de la Santé, 4, rue Maurice-Duval, à Nantes, où tous renseignements peuvent être demandés.

Hygiène scolaire et universitaire.

Plusieurs postes de médecins examinateurs scolaires à temps plein sont vacants dans les départements de la Côte-d'Or, de l'Aube et de la Nièvre.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le Docteur Pierrot, Médecin Inspecteur régional de l'Hygiène scolaire et universitaire, 20, rue Chabot-Charmy à Dijon.

Propharmacie.

Valeur des tickets propharmaciens (3e *trimestre* 1946). — 23. Ampoules de Morphine, d'héroïne ou alcaloïdes en nature : 1 gr. — 24. Anolène : 100 gr. — 26. Bismuth sels : 100 gr. — 27. Cocaïne chlorhydrate : 1 gr. — 28. Essence de térébenthine : 250 cc. — 29. Huile fluide ou médicamenteuse : 250 cc. — 30. Huile de vaseline : 2 litres. — 31. Iode : 30 gr. — 32. Iodures divers : 100 gr. — 33. Oxyde de zinc : 100 gr. — 34. Phosphate de Soude : 150 gr. — 35. Poudre d'opium ou équivalent en préparation galéniques d'opium ou de Pa-



Thérapeutique artérielle et cardio-rénale

Artères
Spasmes artériels, Hypertension
TENSÉDINE 2 comprimés au début de chacun des 3 repas.
Scléroses vasculaires et viscérales
IODOLIPINE 1 capsule 2 ou 3 fois par jour, aux repas.

Cœur
Syndromes coronariens, Angor, Infarctus, Palpitations, Algies précordiales
COROSÉDINE 2 comprimés 2 ou 3 fois par jour, au début des repas.
Crises angineuses
TRINIVÉRINE 2 à 3 dragées à quelques minutes d'intervalle. Maximum : 10 par jour.

Reins
Insuffisance cardio-rénale, Oligurie
DIUROPHYLLINE 2 à 4 comprimés par jour, à la fin ou dans l'intervalle des repas.

MONAL, DOCTEUR EN PHARMACIE - 13, Avenue de Ségur, PARIS

vot : 0 gr. — 37. Sirops médicamenteux : 2 litres. 38. Thermomètres : 1 unité. — 39. Vaseline : 500 gr. — 40. Vins médicamenteux : 3 litres. — 51. Alcool : 2 litres. — 41. Coton hydrophile : 5 kgs. — 42. Coton cardé : 300 gr. — 43. Tissus pansements : 300 gr. — 44. Tissus pansements : 200 gr. — 45. Tissus pansements : 200 gr. — 46. Tissus pansements : 200 gr. — 47. Farine de Moutarde : 100 gr. — 48. Glycérine : 250 gr. — Sucre : 5 kgs.

Comité Intersyndical des Médecins de la Région Parisienne.

SUPPRESSION DES DIRECTIONS RÉGIONALES DE LA SANTÉ ET DE L'ASSISTANCE.

En exécution de lois et de décrets portant réalisation d'économie au titre du ministère de la Santé Publique et de la Population, vient de paraître au *Journal Officiel* du 16 juin 1946 un arrêté du ministre de la Santé, daté du 10 juin 1946 et supprimant les directions régionales de la Santé.

Ce seront désormais les Directeurs départementaux de la Santé qui auront les attributions précédemment exercées par les Directeurs régionaux de la Santé et de l'Assistance.

« Toutefois, ajoute le décret, les attributions du Directeur régional de la santé et de l'assistance relatives à la sécurité sociale, à l'hygiène scolaire et universitaire, aux centres régionaux d'éducation sanitaire, aux centres hospitaliers régionaux, aux centres régionaux de répartition de médicaments sont confiées au directeur de la santé du département siège du chef lieu de la circonscription sanitaire et démographique, cette dernière correspond à la circonscription de sécurité sociale. »

Les régions sanitaires actuelles (au nombre de 21) étant désormais remplacées par des « circonscriptions sanitaires » correspondant aux circonscriptions de sécurité sociale (au nombre de 15) il va en résulter de profondes modifications dans l'architecture de notre organisation médicale professionnelle calquée, comme on sait, sur l'organisation sanitaire administrative.

Sur le plan national, le nombre des membres du Conseil National de l'Ordre (un par région) va sans doute se trouver réduit.

Sur le plan régional, le nombre des Conseils régionaux de l'Ordre va se trouver également réduit à 15 et de nombreux départements vont changer de région. Dans la région parisienne en particulier, le Conseil Régional de Paris va s'annexer les départements de l'Oise et de l'Eure et Loir, qui, jusqu'ici appartenaient respectivement aux régions de Laon et d'Orléans.

On peut se demander si, pour réaliser ce remaniement, il ne devra pas être procédé à des modifications du texte de l'ordonnance du 24 septembre 1945 créant l'Ordre des Médecins.

A noter que, par le même arrêté ministériel du 10 juin 1946, les directeurs départementaux de la santé se voient retirer d'importantes attributions comme celle par exemple « d'appliquer la politique de protection sociale de la maternité, de l'enfance et de l'adolescence » qui sont transférées au directeur départemental de la population.

Il n'est pas sans intérêt de faire remarquer également que l'existence dans le nouveau gouvernement d'un ministre de la Santé d'une part et d'un ministre de la Population d'autre part, vient encore accentuer la séparation des attributions des Directeurs départementaux de la Santé et des directeurs départementaux de la Population.

FONCTIONNEMENT DE LA DIRECTION DÉPARTEMENTALE DE LA SANTÉ DANS LA SEINE.

Un arrêté ministériel du 30 mai 1946 stipule que

Le Concours Médical
Hebdomadaire fondé en 1879 par A. Cézilly.
Directeur honoraire : Docteur J. NOIR.
Directeur : Dr G. LAVALÉE.
Rédacteur en Chef : Dr G. FISCHER.
RÉDACTION, ADMINISTRATION ET PUBLICITÉ
37, rue de Bellefond, Paris (9e).
Téléphone : TRU 33-66. R. C. Seine 76.579
Chèques postaux, Paris 167-95.
ABONNEMENTS (à compter du 1er octobre 1946) :
1 an, 400 francs - Etudiants, 200 fr. Le N° 10 fr. Changement d'adresse 5 francs.

TIODINE COGNET
IODE + SOUFRE
par la
THIOSINAMINE IODÉE
Rhumatismes Chroniques
et toutes Scléroses

MÉTHODE DE WHIPPLE
TECHNIQUE DE MINOT ET MURPHY
SYNDROMES ANÉMIQUES
INSUFFISANCES HÉPATIQUES
HÉPATHÉMO
DESCHIENS
EXTRAIT CONCENTRÉ DE
FOIE DE VEAU FRAIS
• Hémoglobine, Vitamines Hépato-Sanguines
Ampoules buvables de 10 cc. et 3 cc. - Sirop
DESCHIENS, Docteur en Pharmacie, 6, Rue Paul-Baudry PARIS (8e)

TUBERCULOSES *ET TOUTES DÉFICIENCES*
OKAMINE
du Docteur DANI-HERVOUET
SIMPLE — CYSTÉINÉE — DRAGÉES
Laboratoire d'Oxyaminothérapie, 13, Rue Pavée, PARIS-4e

« dans le département de la Seine les fonctions de directeur départemental de la santé sont assurées par un médecin inspecteur général de la santé publique et de la population, qui prend le titre de « directeur départemental de la Santé à Paris ».

Ce directeur départemental de la Santé, désigné par le ministre de la Santé, remplit sous l'autorité directe du Préfet de la Seine et du Préfet de Police un certain nombre d'attributions énumérées par l'arrêté que nous reproduisons ci-dessous :

« 1° Il assure une étroite coordination entre les services existant à la Préfecture de Police, à la Préfecture de la Seine et à l'Assistance Publique, qui exercent une activité relevant de la Direction générale de la Santé, du ministère de la Santé Publique et de la Population.

« 2° Il assure le contrôle général de l'activité de ces services ;

« 3° Il étudie et soumet au préfet intéressé les modifications à apporter en vue d'améliorer l'organisation, le fonctionnement et le rendement des services en question ;

« 4° Il assure également, sans préjudice des missions susceptibles d'être confiées à l'inspection générale de la Santé et de la Population, le contrôle supérieur de tous les services, établissements et organismes qui, à Paris et dans le département de la Seine, exercent une activité relevant de l'autorité du ministre de la Santé Publique et de la Population, dans les domaines définis au paragraphe premier ci-dessus ;

« 5° Il centralise les documents et statistiques sur la situation sanitaire du département et soumet au préfet ses suggestions en vue de l'élaboration de la politique sanitaire hospitalière et médico-sociale du département ».

Ajoutons que d'après l'arrêté ministériel du 10 juin 1946 qu'on a lu plus haut, le directeur départemental de la Santé de la Seine se voit en outre confier un certain nombre d'attributions précédemment remplies par le directeur régional de la Santé et de l'Assistance.

MODÈLES DE CONVENTION ENTRE CAISSES RÉGIONALES DE SÉCURITÉ SOCIALE, HOPITAUX PRIVÉS ET MAISONS DE SANTÉ PRIVÉES.

Le *Journal Officiel* du 7 juillet 1946 annonce que par arrêté du 25 juin 1946, a été approuvé le modèle de convention entre Caisses régionales de Sécurité sociale et hôpitaux privés (a but non lucratif). Le Le même numéro du Journal Officiel anonnce que par arrêté du 25 juin 1946, a été approuvé le modèle de convention entre caisses régionales de Sécurité Sociale et maisons de Santé privées.

Dès que nous serons en possession de ces modèles de convention, nous en publierons les clauses essentiellles dans une prochaine circulaire.

Naissances.

Nous apprenons la naissance de Janine Boucheron, fille du Dr Boucheron (Challans, Vendée) ; d'Antoine Chartier, fils du Dr A. Chartier (Saint-Valery-en-Caux, Seine-Inférieure) ; de Marc-Antoine, Philippe Martin, deuxième enfant du Dr A. Martin (Villeneuve-St-Georges) ; d'Elisabeth Berge, troisième fille du Dr C. Berge (Paris) ; de Gaël Charbonnier, troisième fille du Dr Charbonnier (Guingamp, Côtes-du-Nord).

Mariages.

Le Docteur Toupance fait part du mariage de son fils André Toupance, professeur agrégé de l'Université avec Mlle Paulette Bertrand-Lafon (Reims).

On annonce le mariage de Mlle Dany de la Füye fille du Dr de la Füye avec F.-G. Brauer, ex-major de l'armée américaine, Croix de guerre (New-york) ; du Dr Frédéric Debusschère, ancien interne des hôpitaux de Paris, chef de clinique chirurgicale à la Faculté, fils du Dr Debusschère, chirurgien (Boulogne-sur-Mer), avec Mlle Marie-José Leroy, fille du Dr H. Leroy (Boulogne-sur-Mer).

Nécrologie.

M. C. Cons, pharmacien, annonce la mort de son épouse, Mme Cons, mère du Docteur J. Cons (Annecy), et belle-mère des Docteurs P. Thibaudier (Lyon) et M. Chevallier (Aix-les-Bains).

Vitamine B²
(Lactoflavine)
BÉFLAVINE
"ROCHÉ"
Ophtalmologie, Peau et muqueuses
Gastro-entérologie
Troubles de croissance du nourrisson
PAR VOIE BUCCALE : DRAGÉES 5 DOSÉES A 5 MILLIG. 1 A 5 PAR JOUR
PAR VOIE INTRAMUSCULAIRE : AMPOULES DE 2 CM3 DOSÉES A 10 MILLIG. UNE PAR JOUR
Produits "ROCHE" 10 rue Crillon, PARIS 4e

OXYURYL
VIOLET DE GENTIANE
Laboratoires A. MARIANI, 10, rue de Chartres - NEUILLY - PARIS

A TRAVERS L'OFFICIEL

ALLOCATIONS FAMILIALES.

Arrêté du 2 août 1946 fixant le taux des cotisations dues par les employeurs pour leurs employés :

Article premier. — Le taux de la cotisation des allocations familiales, due par les employeurs pour leur personnel salarié ou assimilé, est fixé à 12 % des salaires à compter du 1er juillet 1946.

(*J. O.*, 3 août 1946.)

Arrêté du 2 août 1946 fixant le taux des cotisations dues par les employeurs pour leur propre compte et par les travailleurs indépendants :

Article premier. — La cotisation des allocations familiales due par les non salariés est assise sur le salaire moyen départemental applicable dans la commune de résidence de l'assujetti.

Art. 2. — Le montant de la cotisation des allocations familiales due par les employeurs pour leur propre compte est calculée en faisant application du taux de 10 % au salaire moyen départemental.

Art. 3. — Le montant de la cotisation des allocations familiales due par les travailleurs indépendants est calculée en faisant application au salaire moyen départemental des taux indiqués ci-après, compte tenu de la quotité de la contribution de l'Etat prévue par l'article 37 du décret-loi du 29 juillet 1939 et le décret du 8 avril 1941, suivant la catégorie professionnelle à laquelle appartient le travailleur indépendant :

Catégorie A. Professions ne bénéficiant pas de la contribution de l'Etat : 10 %.

Catégorie B. Contribution égale au tiers des prestations payées aux bénéficiaires : 7 %.

Catégorie C. Contribution égale aux deux tiers des prestations payées aux bénéficiaires de la catégorie : 4 %.

Art. 4. — Le montant de la cotisation forfaitaire, calculée suivant les modalités déterminées par les articles précédents, est fixé, pour chaque département, par un arrêté du ministre du Travail et de la Sécurité Sociale, en appliquant une règle d'arrondissement. Il est applicable à compter du 1er juillet 1946. (*J. O.*, 3 août 1946.)

Un arrêté du 2 août publie un tableau par départements des cotisations dues par les travailleurs indépendants. Pour la Catégorie A, ces cotisations varient selon la lieu de résidence de 1.050 francs à 1.700 francs par trimestre. (*J. O.*, 4 août 1946.)

HOSPITALISATION PRIVEE.

Arrêté du 27 juillet fixant les traitements des médecins et pharmaciens des établissements d'hospitalisation privée.

Article premier. — Le présent arrêté a pour objet de fixer les traitements des médecins et pharmaciens des établissements d'hospitalisation privée, à l'exception des médecins bénéficiaires de bourses, occupés dans les instituts de recherches scientifiques annexés à des établissements hospitaliers.

Il s'applique à l'ensemble du territoire métropolitain.

. . . . . .

Art. 3. — Les médecins des établissements d'hospitalisation privée sont classés en deux groupes :

1° Médecins à temps plein, non patentés ;

2° Médecins à temps partiel.

A chacun de ces groupes correspondent les catégories suivantes :

1° Interne ;

ÉLIMINE
DIASCLÉROL
L'ANTI-URIQUE COMPLET PRÉFÉRÉ DU MÉDECIN
ACTIF · NON TOXIQUE
Granulé Effervescent Goût Agréable
DÉSINTOXIQUE
2 à 6 cuillerées à café par jour, vingt minutes avant les repas
RAJEUNIT

CLANGORYL
ARTÉRIOSCLÉROSE · HYPERTENSION
1 Goutte = 1/4 centigr. de Rhodanate de Potassium pur et 2 centigr. de Silicate de Soude pur et neutre
15 à 25 gouttes 2 à 3 fois par jour, dans un peu d'eau pure ou aromatisée. (Trois semaines par mois. Repos 8 jours)
Thérapeutique complémentaire du Diascléral
DONNAT Pien 26, Rue Norvins, PARIS-18e

RECTOCALCIUM
CALCITHÉRAPIE INTENSIVE PAR VOIE RECTALE
SUPPOSITOIRES ADULTES
1 gr. de gluconate de chaux
SUPPOSITOIRES ENFANTS
0gr.50 de gluconate de chaux
Toutes les indications du Calcium
Tolérance et assimilation parfaites
Aucun des inconvénients
de la Voie parentérale
LABORATOIRE ROGER BELLON
LOUIS FERRAND
Ex-interne, Lauréat des Hôpitaux de Paris
PHARMACIEN-CHIMISTE
(GAMBÉOL, ACTIPHOS, HÉMOPYLORE "3", GLOBIRON)
78bis, Avenue Marceau - PARIS (8e).

2° Médecin adjoint : docteur en médecine en cours de spécialisation. Maximum : 3 ans ;
3° Médecin adjoint : docteur en médecine ayant un diplôme de spécialisation ou ayant achevé le stage de spécialisation prévu à la catégorie précédente. Est chargé des soins, pour tout ou partie de l'établissement, sous l'autorité et la responsabilité du médecin chef ;
4° Médecin chef : docteur en médecine ayant la qualification du médecin adjoint de la 3e catégorie. Est titulaire d'un service dont il a la responsabilité ;
5° Médecin chef directeur : médecin chef chargé de la direction médicale et administrative de tout l'établissement.

Art. 4. — Les traitements minima des médecins d'hospitalisation privée sont établis, pour chaque catégorie, par un nombre de consultations, au tarif fixé dans le département le plus favorisé entre le syndicat des médecins et la caisse régionale de sécurité sociale et approuvé par la commission nationale visée à l'article 10 de l'ordonnance du 19 octobre 1945, fixant le régime des assurances sociales applicable aux assurés des professions non agricoles. Au cas où la convention devant intervenir dans chaque département entre le syndicat des médecins et la caisse régionale de sécurité sociale n'a pas été approuvée par la commission nationale visée à l'article 10 de l'ordonnance du 12 octobre 1945, ou à défaut de cette convention, le tarif des consultations sera celui fixé par la commission nationale des tarifs prévue à l'article 10 de l'ordonnance susvisée.

Art. 5. — Les traitements minima des médecins des établissements d'hospitalisation privée sont fixés comme suit :
a) Médecins à temps plein :
1° Interne, 60 consultations par mois ;
2° Médecin adjoint en cours de spécialisation, 260 consultations par mois ;
3° Médecin adjoint spécialisé, 300 consultations
4° Médecin chef : 345 consultations par mois;
5° Médecin chef directeur, 390 consultations par mois.
b) Médecins à temps partiel :
Les médecins à temps partiel seront rémunérés suivant un nombre de vacations forfaitaires établi compte tenu du travail effectif. Un certain nombre de vacations supplémentaires seront accordées forfaitairement par contrat en raison du service de garde.
Par vacations forfaitaires de trois heures et demi, le nombre de consultations au tarif fixé à l'article 4 sera le suivant :
1° Interne : une consultation : deux cinquièmes ;
2° Médecin adjoint en cours de spécialisation : six consultations ;
3° Médecin adjoint spécialisé : sept consultations ;
4° Médecin chef : huit consultations ;
5° Médecin chef directeur : neuf consultations.
Le nombre de vacations ne peut excéder dix par semaine.
Pour une vacation de deux heures, la rémunération sera fixée aux deux tiers de celle d'une vacation de trois heures et demie.
Pour une vacation d'une heure, la rémunération sera fixée au tiers de celle d'une vacation de trois heures et demie, avec une majoration de 10 %.

Art. 6. — Une prime d'ancienneté sera attribuée aux médecins à temps plein dans les conditions suivantes :
Neuf consultations par mois pour chaque période de trois ans, avec un maximum de quarante-cinq consultations.
L'ancienneté ouvrant droit à la prime sera calculée à partir de la date d'admission dans la catégorie.

Art. 7. — Pour les médecins, les avantages en nature seront déduits des rémunérations résultant

HYPERCHLORHYDRIE
TOUTES DOULEURS GASTRIQUES
GASTROSEDYL
GOUTTES
Le grand remède de toutes les GASTRALGIES
COMPOSITION INCHANGÉE
Teinture Dausse de belladone..... 48
Teinture Dausse de jusquiame..... 20
Liqueur ammoniacale anisée..... 20
Bromure de Sodium.. 13
Phosphate de codéine: 1
Antispasmodique certain
Régulateur de l'acide gastrique
Sédatif à effet immédiat
POSOLOGIE
10 à 30 gouttes dans un peu d'eau sucrée après les repas et au moment des douleurs
LABORATOIRES J. LANDRIER
— Coulange-sur-Yonne (YONNE) —



CRINEX stimule
EXTRAIT OVARIEN TOTAL STANDARDISÉ
OREX équilibre
EXTRAIT ORCHITIQUE TOTAL STANDARDISÉ
FRÉNOVEX freine
EXTRAITS MAMMAIRE ET LUTÉINIQUE
la fonction ovarienne
LABORATOIRES CRINEX-UVÉ
1, AVENUE DU DOCTEUR LANNELONGUE, PARIS (XIVe)

des articles précédents dans les conditions ci-après :

Internes. — Les retenues pour la nourriture et le logement seront les mêmes que celles fixées par l'arrêté du 2 avril 1946 relatif à la rémunération des agents de maîtrise et des cadres de l'hospitalisation privée, sans qu'il soit tenu compte des abattements de zones.

Médecins. — a) Nourriture. — Lorsque le médecin n'a pas la possibilité de préparer sa cuisine, la retenue pour les repas fournis sera effectuée suivant les dispositions de l'arrêté du 2 avril 1946 susvisé, sans qu'il soit tenu compte des abattements de zones.

Dans le cas contraire, la retenue pour les repas fournis sera égale au prix de revient unitaire de nourriture des malades.

b) Logement. — L'évaluation en sera faite d'après les bases adoptées par l'administration des contributions pour la fixation de la cote personnelle mobilière.

Les médecins logés dans l'enceinte de l'établissement ne subiront aucune retenue sur leur traitement pour le chauffage et l'éclairage.

Art. 12. — Tous les litiges survenus à l'occasion de l'application du présent arrêté seront soumis à l'arbitrage d'une commission départementale composée :

D'un représentant du syndicat auquel appartient l'établissement employeur ;

D'un représentant syndical du médecin ou du pharmacien intéressé ;

D'un représentant du ministère de la Santé Publique.

Cette commission sera présidée par un arbitre choisi par l'inspection médicale générale du travail. La voix du président sera prépondérante en cas de partage des voix.

Art. 13. — Les sanctions prévues en cas d'infraction aux dispositions relatives à la réglementation des salaires sont applicables en cas d'infraction aux dispositions du présent arrêté.

Art. 14. — Suivant accord des organisations intéressées, le présent arrêté prendra effet à partir du 1er décembre 1945.

(*J. O.*, 2 août 1946.)

Arrêté du 30 juillet 1946 modifiant le salaire du personnel.

Article premier. — L'article 6 de l'arrêté du 20 août 1945, fixant les salaires du personnel des établissements d'hospitalisation privés, est modifié comme suit :

« **Art. 6.** — L'écart entre le salaire minimum et le salaire maximum individuel est fixé :

« Pour les catégories I et II : à 15 points ;

« Pour les catégories III : à 20 points ;

« Pour les catégories IV et V : à 25 points, à partir du coefficient de base de la catégorie ou de l'échelon.

« Lorsque le chef d'entreprise est appelé à occuper des employés que leurs aptitudes physiques mettent dans une condition d'infériorité notoire sur les employés de la même catégorie, il pourra exceptionnellement leur appliquer un salaire inférieur au salaire minimum.

« La réduction possible de salaire ne pourra excéder le dixième du salaire minimum. D'autre part le nombre des employés d'une catégorie auxquels s'appliquera cette réduction ne pourra excéder le dixième du nombre des employés de la catégorie. Ces proportions peuvent être modifiées par décision spéciale de l'inspecteur divisionnaire du travail et de la main-d'œuvre. »

(*J. O.*, 3 août 1946.)

PHARMACIE

Arrêté ministériel du 16 août 1946 autorisant une hausse générale sur les produits pharmaceutiques spécialisés.

(*J. O.*, 17 août 1946.)

LES ÉTABLISSEMENTS JACQUEMAIRE à Villefranche (Rhône) RAPPELLENT LEURS PRODUITS diététiques

★ LA BLÉDINE
Aliment de préparation au sevrage. Farine complète et équilibrée.

★ LA DIASE CÉRÉALE
Bouillie maltosée fluide. Assimilation totale.

★ LE MALTOGIL
Extrait de malt sec rigoureusement pur. Puissant reconstituant.

LES LABORATOIRES DU GALACTOGIL à Villefranche (Rhône) RAPPELLENT LEURS PRODUITS pharmaceutiques

★ LE GALACTOGIL
Puissant galactogène. A base d'extrait de galéga.

★ LE PEPTOGIL
Spécifique des anaphylaxies protéiques (peptones gastriques et pancréatiques)

P. L. Dupuy

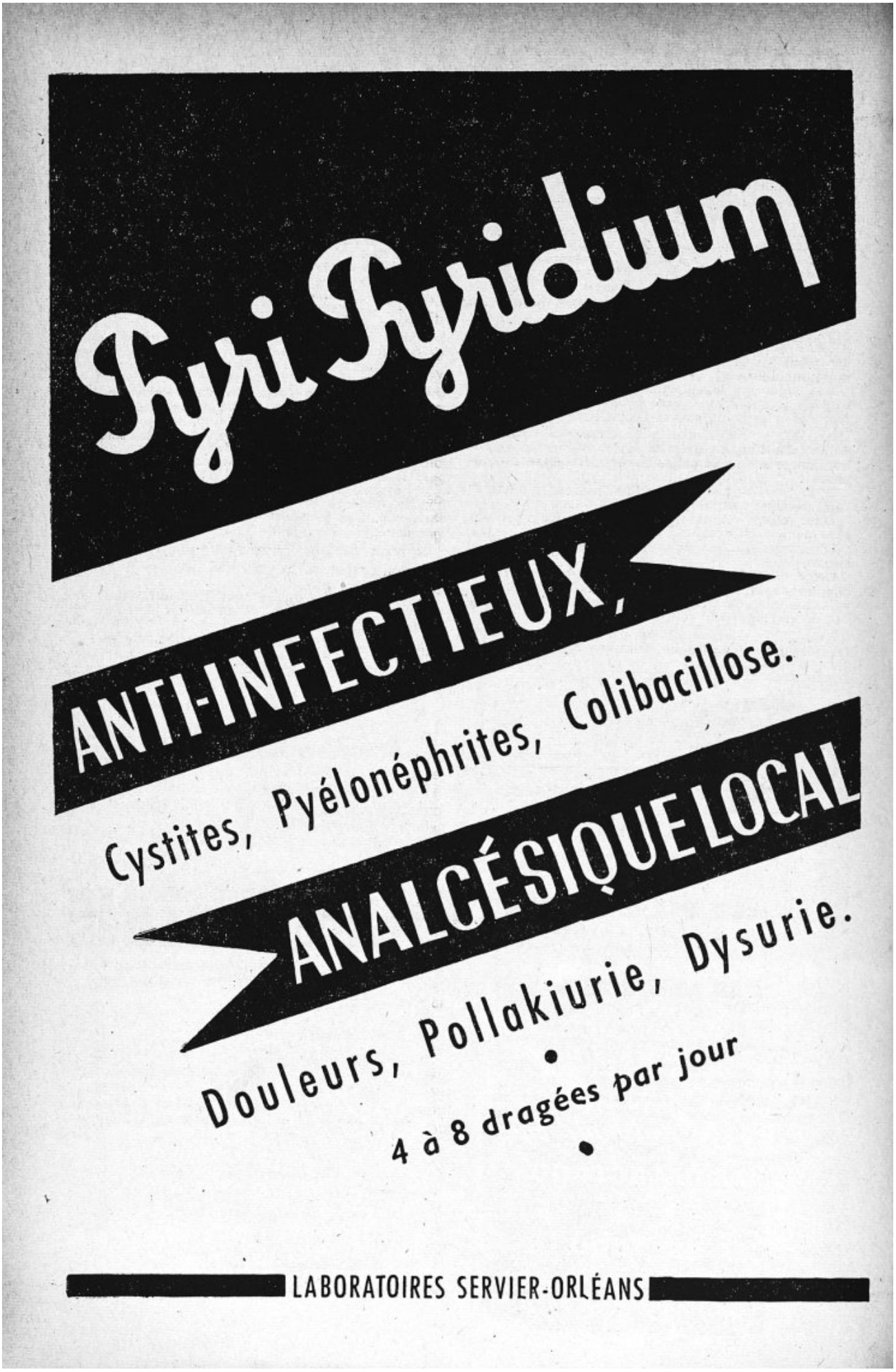
AFFECTIONS PULMONAIRES

BALSAQUINTINE

Campho-gaïacolate de Pilocarpine et d'Atropine en milieu Terpinobromoformique

1 à 2 cc par jour.

LSN LABORATOIRES LESCENE
58, Rue de Vouillé - PARIS-15e
et LIVAROT (Calvados)


Pyri Pyridium
ANTI-INFECTIEUX,
Cystites, Pyélonéphrites, Colibacillose.
ANALGÉSIQUE LOCAL
Douleurs, Pollakiurie, Dysurie.
4 à 8 dragées par jour
LABORATOIRES SERVIER-ORLÉANS

PARTIE SCIENTIFIQUE

SULFAMIDES ET FOLLICULITES DU VESTIBULE NASAL

par J. TERRACOL
Professeur à la Faculté de médecine de Montpellier

La peau de la face forme un retroussis, une sorte de pli de pantalon qui recouvre la face interne de l'aile du nez puis s'unit à la muqueuse pituitaire. Cette zone de liaison cutanéo-muqueuse — comme toutes les zones identiques du corps — est une zone de moindre résistance ; de plus, elle est munie d'un appareil pilo-sébacé qui retient les poussières et enfin, dans la pointe du nez, est creusée une cavité plus ou moins développée, dite ventricule du nez.

Le dermatologiste et le rhinologiste se disputent ce terrain souvent infecté et ingrat.

L'infection cutanée est prépondérante ; elle se localise le plus souvent dans la zone pilo-sébacée, mais parfois elle déborde sur les téguments de la face, la lèvre supérieure, la peau de la pyramide nasale et ceci avec une symptomatologie trompeuse car les manifestations apparaissent plus en dehors qu'en dedans ; le sujet et même le médecin non averti croient à un furoncle de la peau de la pyramide alors que la saillie acuminée correspond à une infection intra-nasale. La symptomatologie est externe ; le mal est en dedans.

Darier rangeait cette folliculite dans le chapitre des folliculoses, c'est-à-dire parmi les processus infectieux qui atteignent, exclusivement et avec une prédilection évidente, les follicules pilo-sébacés.

Le follicule pilo-sébacé, invagination de l'épiderme, enveloppé dans un sac fibreux sur lequel s'insère un muscle lisse, plonge dans le derme ; son fond donne insertion au poil sécrété par la papille et, latéralement, une glande sébacée lui est annexée. La portion située au-dessus du point d'embouchure de la glande participe à la pathologie de l'épiderme (d'où les réactions épidermiques) et le pore folliculaire, défaut de la cuirasse épidermique, constitue non seulement un réceptacle tout préparé pour les poussières et la culture des bactéries mais encore, du fait de la traversée du poil, il est soumis à des micro-traumatismes répétés.

Deux facteurs physiologiquement favorables et pathologiquement défavorables : la richesse de la vascularisation et l'abondance des éléments nerveux — comme dans toute zone riche en réflexes de défense — expliquent qu'habituellement les phénomènes réactionnels sont rapides et intenses.

La folliculite du vestibule nasal est due aux microbes pyogènes habituels, mais surtout au staphylocoque doré (sycosis vrai ou simple ou non parasitaire).

L'affection est fréquente chez l'enfant dit lymphatique ; chez la femme principalement, après la ménopause ; chez les gens qui vivent dans la poussière et sans hygiène ; **chez les colitiques**, les névropathes, les sujets surmenés ou intoxiqués.

Egalement, un autre élément intervient : la texture de la peau ou plutôt sa richesse en matière sébacée. Les peaux grasses et velues sont les terres de prédilection de la folliculite.

Les malades viennent consulter pour de petites croûtelles, des poussées inflammatoires récidivantes soit sur les ailes, soit à la pointe, une sensation de cuisson, du prurit nasal. Les téguments sont douloureux et l'adhérence aux plans profonds, sans interposition de tissu celluleux lâche, accroît la douleur ; la peau est rouge, luisante ; elle est œdématiée. L'examen montre des débris jaunâtres, des poils collés et, en certains points, des pustules de volume variable, plus ou moins superficielles ou profondes, avec un halo congestif ; au centre, généralement, un poil.

La muqueuse est parfois indemne, mais souvent elle sécrète et est recouverte par des mucosités sans caractères précis.

Souvent la rhinorrhée provoquée par les intolérances, les troubles d'élimination, les perturbations rattachées à l'anaphylaxie, coexiste avec la folliculite. C'est une coïncidence ou un symptôme détaché de l'ensemble ; ce n'est pas une étiologie.

***

C'est une affection désespérante et pour le malade et pour le médecin ; elle prête souvent, en raison de la fréquence des retours offensifs, à l'inquiétude, surtout à une époque où l'heureuse croisade anti-cancéreuse bat son plein ; de plus, elle est douloureuse.

***

L'idée thérapeutique la plus simple est l'action sur l'appareil pilo-sébacé ; on épile — et quand on épile, la racine du poil apparaît boursouflée et jaunâtre — et, après épilation on, cautérise avec des caustiques, notamment avec les solutions de nitrate d'argent à doses progressivement croissantes à partir de la solution de 1 p. 100 jusqu'à la solution à 1 p. 20.

On peut ouvrir chaque pustule avec une fine pointe de galvano-cautère.

On a essayé la vaccinothérapie, notamment avec du vaccin anti-staphylococcique ; la rœntgenthérapie. Et puis les formulaires contiennent de nombreuses pommades, à base d'oxyde jaune de mercure, de goudron, d'ichtyol...

***

Il semble, comme pour de nombreuses dermatoses, que cette maladie désespérante peut bénéficier de la sulfamidothérapie locale et on peut agir de différentes façons.

1° On peut épiler le vestibule et placer au contact

une mèche imbibée de solu-Fontamide (2255 RP) ; également un tampon de coton imbibé, que l'on renouvelle.

On badigeonne la surface après épilation avec la solu-Fontamide. Bons résultats ; elle donne les mêmes bons résultats dans la staphylococcie cutanée accidentelle.

2° Les pommades.

Plusieurs formules :

Poudre de sulfamide (1162 F) .	8 gr.
Carbonate de chaux / Oxyde de zinc ana	10 gr.
Menthol	0, 20
Huile de foie de morue / Lanoline ana	15 gr.

C'est la composition modifiée de Riou.

A signaler également les formules de Bertin et Huriez, de Bory. (1)

Pour notre part, **nous prescrivons toujours la formule indiquée plus haut avec des résultats heureux** en applications locales, surtout pendant la nuit, en couche légère, en massant légèrement pour une meilleure pénétration et sans omettre le ventricule nasal. Aucune épilation.

Enfin, une action thérapeutique dirigée **contre la colite** est toujours utile.

(1) Terracol. **Les sulfamides en oto-rhino-laryngologie.** 1946. Masson et Cie, éditeurs.

LA VITAMINOTHÉRAPE DANS LE TRAITEMENT DES TUBERCULOSES OSSEUSES, ARTICULAIRES ET GANGLIONNAIRES

par le docteur **YVIN**
médecin chef du sanatorium marin de Roscoff

C'est vers la fin de 1944 que nous avons eu l'occasion de traiter par la méthode de Charpy, divers malades atteints de lésions cutanées tuberculeuses. Nous avions signalé à cette époque, à notre confrère de Dijon, les excellents résultats obtenus par la vitaminothérapie intensive, dans ces affections, et c'est alors qu'il nous demanda de vouloir essayer son traitement dans les tuberculoses osseuses.

Ce sont nos deux premières observations que nous résumons ici pour nos confrères :

Observation N° 1. — Henri L... né le 23 mai 1940 Entre au sanatorium marin le 10 août 1943, venant de Valognes où il était soigné depuis septembre 1942.

Diagnostic d'entrée : mal de Pott dorsal.

Examen le 19 août 1943. — Enfant d'apparence chétive rien à signaler dans ses antécédents.

Appareil respiratoire = 0.
Appareil circulatoire = 0.
Appareil digestif = mauvaise denture.
Système nerveux = Réflexes rotuliens vifs des deux côtés.
Réflexes cutanés plantaires vifs.

Gibbosité prononcée dorsale haute correspondant à D_5 D_4. Raideur vertébrale.

Deux orifices fistuleux de la face dorsale de la main gauche avec gonflement fusiforme correspondant sans doute à un spina du 2e métacarpien.

Gomme de la face temporale droite.

Examens radiographiques. — 22 septembre 1943.

Mal de Pott D_5 D_4.

Spina du 2e métacarpien gauche.

Rien de spécial à signaler jusqu'en mars 1944.

Apparition à cette date d'une grosse tuméfaction douloureuse de la région maxillaire droite.

Ponctions successives dans les mois suivants.

En avril 1944 : adénite sous-maxillaire droite.

En mai 1944 : incision d'un abcès de la racine du nez et de la fosse temporale droite.

En juillet 1944 : gomme frontale droite.

Jusqu'à la fin de 1944, ces abcès qui sont tous ouverts suppurent abondamment. Pansements : traitement par un nouveau sel phosphoré, calcique et magnésien, et par les Sulfamides.

L'état général est mauvais. L'infirmière religieuse doit surveiller l'enfant nuit et jour.

En mars 1945 : broncho-pneumonie droite qui met les jours de l'enfant en danger. Enveloppements. Sulfamides. Camphre. Tout rentre lentement dans l'ordre.

En avril 1945 : nouvelle adénite cervicale droite.

En juin 1945 : nouvel abcès pariétal gauche et occipital gauche. A cette date, 7 ou 8 fistules coulent encore abondamment, enfant pâle et amaigri, vomissements fréquents, anorexie.

On institue alors le traitement de Charpy aux doses suivantes : la 1re semaine 2 ampoules de Stérogyl 15 (solution alcoolique de vitamine D dosée à 15 mmgr.). La 2e semaine : 2 ampoules, puis 1 ampoule par semaine durant trois mois. Pendant toute la durée du traitement 1 litre de lait par jour.

En juillet 1945 : un changement inespéré s'est produit. L'appétit est revenu, les vomissements ont disparu. La gaieté revient.

Fin septembre 1945 : la transformation est totale. Toutes les plaies sont cicatrisées, sauf une petite plaie cervicale à droite.

Janvier 1946 : l'amélioration se poursuit. Enfant méconnaissable. Est actuellement le plus dissipé de sa salle.

Examens radiographiques. — Le 2e métacarpien est complètement reconstitué. Recalcification du foyer vertébral.

Observation N° 2. — Marcel B... né le 2 février 1931. Entre au sanatorium marin de Roscoff le 10 juillet 1942 venant de Tours où il était soigné depuis janvier 1942 pour tumeur blanche du cou-de-pied droit.

Examen d'entrée : rien à signaler dans les antécédents. Etat général bon. Rien au cœur ni aux poumons.

Tumeur blanche du cou-de-pied droit en évolution avec large plaie bourgeonnante, suppurant abondamment, située en AR de la malléole interne, 2 petites fistules face dorsale du pied au niveau du 2e métatarsien.

Nombreuses adénites sous-maxillaires et cervicales.

Examen radiographique. — Décalcification prononcée de tous les os du pied. Lésions du scaphoïde et des cunéiformes.

Traitement : repos. Bains salés.

En octobre 1942 : on commence un traitement à l'antigène méthylique de Nègre et de Bocquet.

En février 1943 : ganglion pré-auriculaire droit.

En mars 1943 : gomme du creux poplité droit.

En mai 1943 : drainage filiforme du ganglion pré-auriculaire droit.

La gomme du creux poplité s'est ouverte.

Les plaies du pied suppurent toujours beaucoup.

En juin 1943 : abcès sur le condyle interne.

En août 1943 : adénite inguinale gauche.

Jusqu'à la fin de 1943 rien de spécial.

En février 1944 : on reprend l'antigène.

En mars 1944 : radiographie. Lésions inchangées.

En mai 1944 : nouvel abcès au-dessus de la malléole externe.

En juin 1944 : nouveau ganglion sous-maxillaire droit.

En juillet 1944 : nouvel abcès face dorsale du pied.

Pendant tout l'été 1944 : héliothérapie. Bains de mer.

En novembre 1944 : état stationnaire du côté du pied qui reste criblé de fistules.

En janvier 1945 : abcès de la loge antéro-externe de la jambe droite. Abcès sous-mental. On continue antigène et rayons U.V.

En mai 1945 : ganglion cervical droit.

Le 27 juillet 1945 : on commence le traitement de Charpy aux doses suivantes :

3 ampoules de Stérogyl 15 la 1re semaine ;

2 ampoules la 2e semaine,

1 ampoule par semaine pendant trois mois.

Pendant toute la durée du traitement, 1 litre de lait par jour.

Le 23 août 1945 ; on note une amélioration très nette de toutes les lésions.

En septembre 1945 : l'amélioration continue. L'état général est très bon.

En novembre 1945 : cicatrisation presque totale de toutes les plaies. Il ne persiste plus qu'une seule fistule face dorsale du pied.

En février 1946 : excellent état général. Petite fistulette du pied nécessitant deux pansements par semaine.

Radiographie mars 1946 : recalcification très marquée de tous les os du pied.

Devant ces résultats encourageants, nous avons continué à appliquer le traitement à d'autres malades. Tous ceux-ci sont des enfants et des adolescents atteints d'affections déjà anciennes, souvent multiples, avec abcès fistulisés. Il est encore trop tôt pour juger ces derniers cas, mais nous pouvons déjà dire que chez tous l'état général s'améliore rapidement et que les plaies paraissent se tarir les unes après les autres pendant que l'on assiste à une modification très nette du foyer tuberculeux. Nous n'avons pour l'instant à signaler aucun incident d'hypervitaminose, et les doses même élevées — 30 mmgr. par semaine chez un enfant de 5 ans — paraissent parfaitement tolérées. La méthode Charpy préconisée primitivement dans le traitement des lupus peut donc avoir une heureuse influence sur l'évolution des tuberculoses osseuses et ganglionnaires, et peut être conseillée utilement dans ces affections.

« HYMNE » AU TOUCHER RECTAL

par le Docteur Pierre FERRAND

Le sujet de cet article pourra peut-être paraître banal à certains lecteurs, mais l'observation de notre pratique journalière nous apprend combien le toucher rectal est peu souvent pratiqué alors qu'il constitue la clef du diagnostic précoce de maintes affections pelviennes.

Sans craindre la pudeur ou un dégoût mal placé qui en font négliger la réalisation, nous considérons qu'il n'est pas d'examen complet d'un malade sans toucher rectal : et si, certes, souvent dans la pratique journalière, il ne semble ni indiqué, ni fructueux de le pratiquer, parfois cependant il permettra par une découverte imprévue d'attirer l'attention du malade sur un trouble méconnu ou apparemment inoffensif, dont il ne tardera pas à reconnaître l'avantage et l'intérêt dans cet examen somatique complet ; ce geste doit faire systématiquement partie au même titre que la prise du pouls et de la tension artérielle. C'est là d'ailleurs de la bonne médecine préventive.

I. Technique. — Le toucher rectal doit être fait : avec douceur car il peut être douloureux, avec méthode, car il faut explorer l'ampoule rectale face par face. Le malade en état de relâchement musculaire complet, est soit couché sur le dos, en position gynécologique, soit en position génu-pectorale, soit en décubitus-latéral, soit debout : il y a souvent intérêt à le pratiquer dans les positions qui semblent les meilleures. L'index de la main droite, le plus souvent recouvert d'un doigtier mais de préférence simplement enduit de vaseline, va progressivement et sans douleur, déplisser les plis de la muqueuse, son introduction étant facilitée au départ en demandant au malade de pousser légèrement. La pulpe de l'index introduite dans le rectum va alors explorer le segment terminal de l'intestin, sur une longueur variable avec la longueur du doigt et qui est en moyenne de 7 à 8 centimètres ; c'est dire qu'il permettra de franchir la valvule de Houston I, qui se trouve à 6 centimètres de l'orifice anal, mais atteindra rarement la valvule de Houston II, qui est à 9 centimètres. Jusqu'à ce deuxième éperon on obtiendra par le doigt des sensations que rien ne remplace sur l'état de souplesse, de mobilité, de rigidité, de fixité de la muqueuse et des zones voisines ; on pourra encore gagner quelques centimètres en mettant le malade en position debout, en le faisant au besoin pousser et en déprimant la paroi abdominale : on étendra ainsi le champ des investigations que permet le toucher rectal, l'ampoule rectale s'étendant de 4 à 11 centimètres au-dessus de la peau de la marge anale : mais aussi dans cette région limite il sera parfois possible de percevoir une tumeur plus haut située, à travers la paroi saine du rectum.

II. Résultats. — Outre l'exploration du rectum, le toucher rectal permet d'explorer les organes voisins c'est-à-dire :

— **En avant : chez l'Homme** : La prostate et les vésicules séminales « ces dernières à bout de doigt » après évacuation de la vessie et combiné avec le palper hypogastrique — Le point uretéral inférieur (réflexe uretéro-vésical).

— **En avant : chez la Femme** : L'utérus, le bas-fond vésical, le bout inférieur des uretères, et surtout combiné au toucher vaginal — ce qui doit être la règle — l'état de la cloison recto-vaginale : c'est par cette méthode d'examen que s'appréciera le mieux l'état du cul de sac de Douglas, dont l'intérêt clinique est capital dans de nombreuses affections abdominales ou pelviennes.

— **En arrière** : le sacrum, l'articulation sacro-coccygienne, le coccyx.

— **Latéralement** : Les culs de sac sous-péritonéaux que l'on sent parfois bomber dans la lumière rectale.

C'est dire combien ce mode d'exploration peut être riche en résultats, puisqu'il renseigne non seulement sur les lésions ano-rectales mais encore sur les affections gynécologiques ou péritonéales .

Lésions ano-rectales : il permet de sentir les fissures du canal anal, les orifices internes des fistules anales, les rétrécissements, les diverses tumeurs bénignes et surtout malignes du rectum, dont il constitue la clef du diagnostic précoce, en percevant le plus souvent sur la face antérieure de l'ampoule rectale :

— Soit une petite tumeur bourgeonnante dure, irrégulière, friable, peu volumineuse.

— Soit une ulcération à bords irréguliers, rigides, infiltrée.

— Soit un nodule incrusté dans la paroi, sur lequel la muqueuse glisse mal.

Dans tous ces cas s'y ajoutent deux signes essentiels de malignité : la base qui déborde souvent la lésion en largeur ; l'hémorragie facile au contact : le doigt revient souillé de sang et de sérosité fédite.

C'en est assez le plus souvent pour faire porter le diagnostic de tumeur maligne et imposer l'indispensable contrôle endoscopique et biopsique.

Malheureusement trop souvent ce premier toucher révèle déjà des lésions, dont la nature néoplastique est évidente, mais dont il va permettre de préciser avec soin l'extension dans les différents plans pour décider de l'opérabilité.

Affections péritonéales : Le cul de sac de Douglas est leur baromètre. C'est le seul point de l'organisme où le péritoine peut être perçu avec le plus d'assurance :c'est dire combien toutes les réactions péritonéales sanguines ou purulentes, viendront s'y révéler par la classique douleur exquise « le cri du Douglas ».

Aspects gynécologiques : Seul le toucher combiné permettra de préciser des diagnostics souvent délicats : rétroversion utérine plus ou moins fixée, hématocèle, salpingites, extention néoplasique aux ligaments utéro-sacrés d'un épithélioma du col...

Chez l'homme, c'est encore au toucher rectal qu'on demandera de compléter le bilan des lésions de l'appareil génital (gonococcie, tuberculose).

Chez l'enfant, les mêmes précautions dans la technique d'exploration, une douceur accrue pour vaincre une contracture souvent tenace du sphincter sont nécessaires. En l'effectuant avec méthode et patience, et de haut en bas, il permettra parfois de déceler une polypose rectocolique pourtant rare, d'autre fois au cours d'un syndrome aigu et dramatique de ramener du sang, signature d'une invagination intestinale.

III. Limites. — Malgré l'intérêt évident de ce mode d'examen, qui doit être pour les affections abdominales ce qu'est l'auscultation pour les affections thoraciques, il convient de connaître les limites de sa valeur et ses imperfections.

La limite de cette exploration réside dans la longueur du doigt qui effectue le toucher : c'est dire l'utilité de contrôler et de compléter ses renseignements par l'exploration endoscopique qui, en permettant d'atteindre 15 à 20 cm. de segment intestinal sous le contrôle de la vue et de la pince à biopsie, constitue une métohde d'investigation clinique de premier ordre pour le diagnostic précis des lésions ano-recto-sigmoïdiennes.

Les imperfections tiennent exclusivement à l'erreur trop souvent admise qui consiste à croire que le toucher rectal apporte des renseignements précis dans le diagnostic des hémorroïdes : ce qui est tout à fait erroné. Les hémorroïdes, souvent même très importantes, ne sont pas perçues au toucher rectal : c'est un diagnostic d'anuscope ou de rectoscope : c'est là un point important qu'il est bon de préciser afin de ne pas attendre de ce mode d'examen un renseignement qui sera toujours négatif s'il n'est pas trompeur.

Pour terminer cet hymne au toucher rectal, nous ne saurions mieux faire que citer le regretté Docteur Pauchet qui écrivait dans la « Presse Médicale » en 1920 : « Le cancer du rectum est un des meilleurs cancers qui existe. Son pronostic dépend surtout du premier médecin consulté, qui devra faire le toucher rectal sans jamais poser à la légère le diagnostic d'hémorroïde ou d'entérite ».

Et si en pratiquant plus souvent le toucher rectal le médecin n'effectue que la médecine préventive contre le cancer, sa conscience professionnelle séra souvent largement récompensée par les résultats thérapeutiques qu'il aura permis de mettre à temps en œuvre. C'est sûrement la meilleure forme de pratique médicale.

NOUVELLES D'ANGLETERRE

UNE POUDRE D.D.T. ACTIVÉE - GUÉRISON DE L'ASTHME BRONCHIAL

Il s'agirait d'une combinaison de pyrèthre et de D.T.T. qui aurait la propriété de traverser la carapace chitineuse des insectes et d'atteindre leur système nerveux.

L'inventeur est un jeune chimiste de Cambridge, Harry Hurst. Celui-ci se flatte d'avoir remédié aux défauts de la D.D.T. : lenteur d'action et nocivité similaire pour les insectes utiles et pour les insectes nuisibles. Hurst prétend que certains de ses mélanges ont atteint un haut degré de sélectivité et seraient inoffensifs pour les insectes utiles (?) par exemple les abeilles.

Ils seraient utilisables en émulsions que l'on étend par places sur les murs. Un local ainsi traité serait rapidement débarrassé des mouches, et les plages insecticides garderaient leur activité plusieurs mois.

Dernier détail particulièrement intéressant pour les Français : un commerçant de Marseille ayant expérimenté les produits de Hurst serait en train de construire sept usines pour fabriquer la D.D.T. activée.

Cette information, si elle se contrôlait, nous donnerait lieu d'espérer que nous pourrons bientôt employer cet insecticide de choix dont l'emploi peut s'étendre non seulement aux locaux d'habitation, mais aussi aux potagers, aux vergers et aux réserves de grains.

***

Selon le Dr L. Godlowski, de l'Ecole médicale polonaise d'Edimbourg (dont la communication est rapportée par le " British Medical Journal ") le shock insulinique serait capable de guérir l'asthme bronchial.

L'auteur aurait ainsi traité huit asthmatiques en état de suffocation aiguë, provoquant à plusieurs reprises les tremblements, les convulsions et la perte de connaissance caractéristiques.

Sept auraient présenté une guérison complète datant de huit mois à deux ans et demi. Le huitième aurait rechuté au bout de cinq mois.

Le traitement ne serait applicable qu'à l'asthme allergique, et l'explication donnée par l'auteur serait que le shock accroîtrait de façon permanente le fonctionnement et même le volume des glandes surrénales. La sécrétion accrue d'adrénaline se traduirait par un relâchement de la constriction bronchique.

G.L.

SUR LE TRAITEMENT DES NÉVRALGIES DU TRIJUMEAU

C'est avec intérêt que j'ai lu dans le « Concours » du 15-5-1946 l'article que J.-P. Grinda consacre aux névralgies du trijumeau et à leur traitement. Il insiste beaucoup sur les traitements chirurgicaux qui cependant comportent un risque assez sérieux. Aussi, avant d'y avoir recours, je pense qu'une méthode toute simple et sans danger peut être tentée. Elle vient de me donner un beau succès que je tiens à vous signaler. Cette observation personnelle semble confirmer celles que Bergouignan a publiées en janvier 1942 dans la revue d'O.R.L.

Il s'agit d'un cultivateur de 62 ans qui, depuis 7 ans, est atteint d'une névralgie faciale intéressant les territoires des maxillaires supérieur et inférieur. Les caractères cliniques en étaient absolument typiques ; l'action déclenchante du froid était si nette que le malade ne quittait jamais un « passe-montagne » très épais.

Plusieurs alcoolisations furent tentées. Elles amenèrent chaque fois des rémissions, mais jamais la guérison, comme le dit Grinda.

Me référant à l'article de Bergouignan, je lui fit prendre, il y a 13 mois, 0,20 gr. de diphénylhydantoïnate de soude par jour. Le résultat a dépassé toutes mes prévisions. En effet, depuis qu'il a ingéré le premier comprimé ce malade n'a plus jamais eu la moindre douleur et cela depuis 13 mois. J'aurais voulu faire cesser provisoirement tout au moins le traitement entrepris afin de juger si l'action du médicament était durable, mais mon client s'y est opposé formellement de crainte de récidives. Le passe-montagne a été relégué rapidement parmi les vieux chiffons et même par les grandes gelées de l'hiver ce cultivateur se promenait dans ses champs sans ressentir la moindre douleur névralgique.

Je ne concluerais pas en affirmant que l'on puisse ainsi guérir toutes les névralgies du trijumeau, car je n'ai dans mes dossiers que cette unique observation personnelle. Elle vient cependant en confirmer d'autres publiées avant celle-ci et comme ce traitement n'est pas signalé par Grinda j'ai cru utile de vous la communiquer.

Dr R. COSSART,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.
(Aire-sur-la-Lys ; Pas-de-Calais).

A PROPOS DU TRAITEMENT DU ZONA

Nous recevons la lettre suivante, que nous jugeons intéressant de publier : ..

J'ai lu avec intérêt les remarques publiées par M. Rigal, puis par M. Lop dans le « Concours Médical », à propos du traitement du Zona par le vaccin antistaphylococcique.

Cette question revient périodiquement sur l'eau. Votre regretté collaborateur, Henri Montlaur, qui avait apporté une importante contribution dans sa communication du 3 octobre 1934 à la Société des Hôpitaux Libres. (Voir « Archives Hospitalières » n° 6, 1934, p. 426.)

Les six observations concernaient uniquement des malades traités par intradermo locales, sans aucun traitement externe : en général, 2 à 4 ID (1 goutte en chaque point), soit 2 à 5 séances au plus. Les algies disparaissent en moyenne en 48 heures, et l'éruption en 4 jours. C'est le traitement de choix du zona.

D'après Montlaur, il s'agit sans doute d'une protéinothérapie microbienne, mais la qualité du virus ne semble pas indifférente, car d'autres espèces microbiennes n'apportent que des résultats partiels.

Paris, le 16 août 1944. Dr Germain BLECHMANN.

ACADEMIE DE MEDECINE

Enquête et contribution expérimentale sur la valeur du lait irradié.

(M. P. Lassablière ; 4-6-1946)

D'une enquête qui a porté : 1° Sur l'emploi systématique du lait irradié aux Etats-Unis où il est donné chaque jour par millions de boîtes et où le contrôle est assuré par les plus hautes autorités médicales et administratives ; 2° Sur une expérience réalisée à Francfort-sur-le-Mein, de 1939 à 1942, au cours de laquelle toute la population infantile a reçu exclusivement du lait irradié ; 3° Sur des essais qui ont été tentés en France, notamment à Grenoble et à Saint-Etienne ; 4° Sur la diffusion, depuis janvier 1945, de plus de 20 millions de boîtes de lait américain irradié distribuées à la population parisienne ; 5° Sur une étude expérimentale que l'auteur a entreprise personnellement sur des porcs et des veaux qui ont été élevés entièrement au lait irradié ;

M. Lassablière conclut que le lait irradié n'a jamais provoqué d'accidents, même donné pendant de longs mois ; qu'il assure une croissance normale chez les enfants normaux et même chez les débiles ; qu'il est particulièrement bien digéré ; qu'il a des qualités anti-rachitiques incontestables ; qu'il a l'avantage de pouvoir être donné sous forme de lait condensé, en poudre ou pasteurisé. L'irradiation à l'abri de l'air est, d'autre part, sans action nocive sur les autres vitamines. Pour ces raisons, ajoute-t-il, il apparaît que rien ne s'oppose à ce que ce lait soit distribué directement au public.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX DE PARIS

Mononucléose infectieuse. Eruption papuleuse lichenoïde.

(MM. Jean Celice, A. Grossiord et J. Lafourcade ; 17-5-1946).

Mononucléose infectieuse tout à fait typique. Leucocytose à 13.200 avec 60 % de cellules mononucléées ; réaction de Paul-Bunnel-Davidsohn positive. Les points particuliers résident dans l'apparition, au cours de la maladie, de divers éléments éruptifs : conjonctivite érythémateuse, éruption morbilliforme, enfin et surtout éléments cutanés à type de lichen plan contemporains du début de l'angine. Ces éléments devaient pâlir à la convalescence. Une biopsie cutanée fut faite montrant une image très différente de celle du lichen-plan de Wilson et éliminant ainsi l'hypothèse d'une coïncidence.

Nouveau cas de dysembryome médiastinal avec troubles endrociniens associés.

(MM. G. Brouet, J. Baudoin, Ch. Goury, et Mme Hayot-Poiré ; 17-5-1946).

Les auteurs rapportent une seconde observation mettant en évidence cette intéressante association. Chez un garçon de 18 ans, on découvre, en même temps qu'une tumeur embryonnaire intra-thoracique médiastinale confirmée par pleuroscopie exploratrice, des troubles du développement et de la morphogénèse évoquant une dyshypophysie, et un syndrome génital essentiellement constitué par une atrophie testiculaire d'un côté et une masse tumorale du côté opposé dans laquelle ne peut être reconnu le testicule. Les divers dosages hormonaux pratiqués n'apportent aucun signe en faveur d'un chorio-épithéliome et la réaction d'Ascheim-Zondeck est négative contrairement aux constatations de la première observation rapportée.

Les auteurs rappellent les exceptionnelles observations étrangères relatant de telles associations et discutent la pathogénie de ces troubles endocriniens : dyshypophysie primitive entraînant les troubles du développement et déclanchant la parthénogénèse d'inclusions gonoblastiques, ou bien origine dysembryoplasique d'hormones freinatrices ou modificatrices du développement génital et somatique.

Il semble qu'on puisse dans les dysembryomes du médiastin, isoler un syndrome de présomption de malignité, basé sur l'âge, le sexe, les caractères radiologiques de la tumeur, l'aspect pleuroscopique et l'association d'un syndrome endocrinien, qui doit entraîner une décision opératoire avant que ne surviennent les signes évidents de malignité.

SOCIETE DE MEDECINE DE PARIS

(Séance du 29-3-1946)

M. J.-E. Marcel. — **Considérations générales sur l'avortement criminel.**

S'appuyant sur des statistiques provenant de tous les grands centres régionaux de France, l'A. croit que l'avortement criminel tue tous les ans environ 1.000.000 d'enfants et 50.000 mères ou futures mères.

Après avoir recherché les causes morales, sociales, économiques, aggravées par la guerre et les incertitudes présentes, de l'avortement criminel, considéré aujourd'hui comme un acte illicite peut-être, mais légitime, que ni la famille, ni l'opinion ne réprouvent ; après un résumé de ses complications et de ses conséquences pathologiques, l'A. expose diverses meures qui lui ont été suggérées par différentes personnalités médicales de France : 1° action morale d'éducation et de propagande anti-abortive ; 2° action sociale de solidarité (donner davantage, pénaliser moins, système de péréquation familiale) ; 3° action répressive immédiatement réalisable (renforcement des lois existantes et surtout application plus prompte et beaucoup moins indulgente par des fonctionnaires spécialisés, avec déclaration obligatoire de l'avortement à toute époque de la grossesse). Pour préserver le secret professionnel, la déclaration se ferait à l'Inspecteur de Santé, médecin fonctionnaire, qui seul, aurait la charge et la fonction de saisir la justice s'il y a lieu.

M. Le Lorier. — **L'avortement criminel sous l'angle de la fonction de reproduction.**

M. Le Lorier expose les complications qui peuvent résulter de l'avortement criminel quant à la fonction de reproduction. Ces complications peuvent s'observer, même dans les cas où l'avor-



L'ACCOUCHEMENT ÉLECTRIQUE

Méthode du Docteur Frédéric Benoit

Technique d'accouchement **Rapides et Analgésiques**

Épreuve du travail

LEVER PRÉCOCE

Appareil fonctionnant automatiquement

Modèle clinique : sur pied — Modèle praticien : en mallette

Nombreuses références

Pour toute documentation et références s'adresser à :

O. C. E. M.

Tel. Ric. 94-34 / Ric. 32-81 — OMNIUM CHIRURGICAL & MÉDICAL — **PARIS** (2e)

26, rue du Quatre-Septembre, 26

CACODYLINE

JAMMES

A : 10 cgs.

B : 20 cgs. **D :** 50 cgs.

C : 30 cgs. **E :** 1 gr.

ET

MAGNÉSIO-CACODYLINE

IODINJECTOL

3 FORMES { **SIMPLE** / **SALICYLÉ** / **GOUTTES**

Une injection intramusculaire ou intraveineuse par jour. 60 à 100 gouttes par jour.

Laboratoires JAMMES
86, Rue Michel-Ange, 86
PARIS (16e)

PHOSCAMINE

PHOSPHORE CALCIUM
ACIDES AMINÉS

GRANULÉ
RECALCIFIANT HÉMATOGÈNE
ACTIVATEUR DE L'ASSIMILATION

LIPOVITA

VITAMINES LIPOSOLUBLES A et D

Granulé à base
de CAROTÈNE
et d'ERGOSTEROL irradié

LABORATOIRE MAUCHANT
J. EURY, Dr en Pharmacie, Ex-Interne des Hôpitaux de Paris
GENNEVILLIERS (Seine)

ARHEMAPECTINE

GALLIER

Prévient et arrête les HEMORRAGIES de toute nature

Laboratoire R. GALLIER, 1 *bis*, Place du Président-Mithouard, PARIS (7e)

Micelliode

IODE COLLOIDAL MICELLAIRE ÉLECTRO-POSITIF

Toutes les Indications de l'IODE,
SANS IODISME POSSIBLE

GOUTTES

Laboratoires de l'HÉPATROL 24, Rue Platon, PARIS (XVe)



LACTACYD

PÂTE STABILISÉE A pH : 5,2

OPOTHÉRAPIE ASSOCIÉE

Hormones folliculaires ovariennes
+
Lobe antérieur hypophysaire

= FOLLI-LOBINE

DU Dr FRAYSSE

DÉCLANCHE ET RÉGULARISE LE FLUX MENSTRUEL

2 FORMES : PILULES ACTIVES PAR VOIE BUCCALE
AMPOULES INJECTABLES 2cc INDOLORES

LABORATOIRE FRAYSSE ET Cie NANTERRE (SEINE)

CALCIUM PLÉ

AMPOULES 5 cc. ET 10 cc.
POUDRE

PHYTOSPLÉNOL PLÉ

GRANULÉS
DRAGÉES

LABORATOIRE PLÉ

111 bis, Rue de Turenne — PARIS 3e

tement a été pratiqué dans des conditions aussi aseptiques que possible.

Une documentation particulièrement intéressante nous est venue de l'U. R .S. S. dont le Corps médical a observé, à la suite des avortements pratiqués officiellement, un nombre tellement élevé de troubles divers, que les médecins ont lancé un cri d'alarme, dont la conséquence a été la suppression presque complète des avortements injustifiés. Ces troubles étaient, soit des troubles endocriniens, soit des troubles psychopathiques, un certain nombre de ceux-ci ayant d'ailleurs des causes endocriniennes probables.

Les autres troubles sont lésionnels, résultant du traumatisme direct de la muqueuse utérine, surtout après les curettages, ou d'infections très atténuées mais capables cependant de laisser comme séquelle de l'endométrite, de l'oblitération tubaire, ou des ovaires scléro-kystiques. Les conséquences les plus à craindre sont : la stérilité, l'avortement spontané à répétition, les adhérences du placenta, et peut-être même l'insertion basse du placenta.

— M. Derobert expose le problème de l'avortement criminel sous l'angle médico-légal.

— M. Gouriou estime que la cause immédiate de l'avortement est l'isolement de la femme enceinte dans le secret de sa grossesse, qui l'amène à décider, sans contrepartie, de s'en débarrasser. Il suggère des mesures propres à supprimer la clandestinité de la grossesse sans rendre celle-ci « publique ». Si une partie de la population admet l'avortement, c'est à son avis que ce problème ne relève pas de la morale instinctive, mais d'une morale de civilisé qui doit se réapprendre, et donc s'enseigner de façon continue. Il souligne que le sentiment d'infériorité de la femme enceinte hors mariage ne tient pas seulement à la publicité légale de sa situation (qu'il est d'avis de supprimer) mais à une situation personnelle intime vraiment inférieure. L'élevage collectif des enfants est aussi un pis-aller, l'absence mystérieuse de parents réels obsédant ces pupilles, entretenant le déséquilibre souvent héréditaire et les menant même à des idées délirantes de filiation et à une attitude antisociale.

M. Boverat. — **L'avortement criminel : considérations sociales.**

La population de la France a diminué de 1.200.000 habitants depuis six ans, et le nombre de ses naissances est tombé en trois quarts de siècle de un million à 600.000 par an. L'insuffisance de la fécondité de nos ménages nous condamnera, si elle persiste, à un dépeuplement et à un vieillissement de la population accéléré ; or, elle est due pour une grande part à l'avortement.

Il faut lutter contre la mortalité prénatale au moins avec autant d'énergie que contre la mortalité infantile. Tout enfant conçu a droit aux 60 années d'existence que les Français vivent en moyenne ; il faut le défendre contre tous ceux qui veulent lui enlever la vie.

LA PRESSE

Hémorragies rectales et purpura. — L'association d'un purpura cutané et d'hémorragies digestives est un phénomène couramment observé, et il n'est pas rare que la muqueuse rectale participe à cette vaste diathèse hémorragique, quelle qu'en soit l'étiologie. A l'inverse, précisent **F. Moutier et A. Cornet,** on peut observer des éruptions purpuriques très discrètes localisées à certaines muqueuses, à l'exclusion de phénomènes cutanés. Le purpura chronique de l'estomac, décelé par l'exploration endoscopique, en est un exemple comme celui de certain purpura rectal. Les malades réagissent bien à l'administration du fer à haute dose. Le pronostic de ce purpura est habituellement bénin, et l'on est parfois confondu par la rapidité de réparation muqueuse rectale, dont les lésions peuvent s'effacer totalement en quelques jours au point de ne laisser aucune trace d'importantes suffusions hémorragiques. (« La Semaine des Hôpitaux de Paris », 14 juin 1946.)

Retentissement du déséquilibre alimentaire sur le sang. — Il résulte des observations, faites par **D. Picard** durant trois années, au laboratoire d'Hématologie de l'Institut de Médecine du Travail de Lyon, que le déséquilibre alimentaire a entraîné fréquemment chez les sujets sains une adaptation caractérisée au point de vue hématologique par une neutropénie, et surtout une monocytose importante et une hypoglobulie. Ces modifications, maxima en 1943, sont en régression depuis 1945, mais elles restent fréquentes. Le même déséquilibre peut aussi déterminer des anémies importantes, spontanément curables sous l'effet d'une alimentation normale. (« Arch. des Mal. prof. et de la Méd. du Travail, 1946, N° 1.)

Le danger pulmonaire dans l'industrie des fibres de verre. — Le verre étant un produit contenant une proportion importante de silice, les ouvriers de cette nouvelle industrie doivent être surveillés afin de dépister l'éclosion possible d'une silicose. Des ouvrières travaillant depuis plus de trois ans au filage de la fibre de verre ,accusaient. à l'examen pratiqué par **L. Roche,** des signes d'irritation assez marqués des voies aériennes, et digestives supérieures ; la toux survena[1] fréquemment ; on notait l'existence de nombreuses aphonies ; ces troubles laryngés persistaient quelques jours. Il n'y avait cependant ni trouble proprement bronchique, ni dyspnée ; la radiographie pulmonaire était normale ; pas de réaction bilaire.

En somme, la filature des fibres de verre projette en l'air des filaments de longueur variable (de quelques pr à une centine de pr) ; mais il n'y a pratiquement pas de poussière à proprement parler. Cependant ces fragments, qui exercent une action traumatisante sur la peau ne semblent pas, jusqu'à présent, devoir être rendus responsables de silicose pulmonaire. (« Arch. des Mal. prof. et de la Méd. du Travail », 1946, N° 1.)

G. F.

PARTIE PROFESSIONNELLE

PROPOS DU JOUR

VERS LA DÉFINITION DE LA MÉDECINE SOCIALE

Le dernier *Cahier du Musée Social* est consacré en entier à la *Médecine sociale*. Il débute par une conférence faite, en mars 1945, au Musée Social, intitulée *L'Administration de la médecine sociale*. L'auteur est M. Ch. J. REVERDY, directeur des Affaires sociales à la Préfecture de la Seine, qui, au cours de la Conférence, cherche *une définition de la médecine sociale*.

⁂

Le domaine de la médecine sociale est très étendu. Elle s'exerce sur les collectivités ; elle se préoccupe actuellement surtout de prévention et d'hygiène. La médecine sociale n'est pas exclusivement prophylactique. Dans certains cas, la prophylaxie s'exerce par des soins, par exemple dans la syphilis et ces soins demandent à être contrôlés.

On veut opposer la médecine sociale à la médecine de soins. La médecine est une. Le progrès de la sérothérapie, des vaccinations, etc., tendront de plus en plus à confondre la thérapeutique et la prévention.

L'acte médical le plus simple, la rencontre du médecin et du malade, exigerait un contrôle nécessité par l'ignorance ou la lâcheté du malade, par la mauvaise exécution des prescription médicales. Dans les cas dangereux pour l'entourage du malade intervient la médecine sociale.

⁂

La médecine devient sociale par l'objet qu'elle considère, qui n'est pas un individu isolé, mais un groupe d'individus. La médecine sociale emploie des moyens collectifs (centres de diagnostic, centres de soins, établissements d'assistance hospitalière, dispensaires, consultations, etc.). Elle groupe des spécialistes en leur donnant les techniques qu'ils ne peuvent individuellement se procurer.

⁂

La médecine, comme l'industrie, a dépassé l'âge de l'*outil* et pénètre de plus en plus dans l'âge de la *machine*. Par la médecine sociale qui se développe de plus en plus au point qu'elle englobera sous peu tout ce qui a trait à la santé, à sa sauvegarde et à sa conservation dans la plus large acception de ces termes. Elle coordonnera l'hygiène publique, les moyens d'assurer la sécurité des travailleurs.

Nous voyons une difficulté pour généraliser la médecine sociale, c'est la médecine rurale ; et un danger, c'est la restriction du rôle de la famille qui est l'élément constitutif de notre société. Quand on prendra l'enfant à sa naissance, même avant, par le certificat prénuptial, les consultations prénatales, les maisons maternelles, les maternités, qu'on le suivra pendant son jeune âge et à l'école, qu'on l'habillera, qu'on le nourrira (ce sera le but des caisses des écoles, des cantines scolaires) ; qu'on s'occupera de ses loisirs (réglementation des sports, colonies de vacances) ; qu'on le dirigera vers un metier par l'orientation professionnelle et par les écoles d'apprentissage. Il passera de là au régiment et la famille sera pour lui tout à fait étrangere.

⁂

Le rôle de la médecine sociale sera si étendu que ne pourra l'assurer ni un groupement, ni une collectivité. Il faudra que l'Etat intervienne et nous tomberons dans la *Phase Administrative* que M. A. SIEGFRIED a envisagée pour la grande industrie.

Les médecins, enfin tardivement organisés, devront veiller à ce que la médecine sociale ne donne pas lieu à des abus dont ils seraient les premières victimes. Ils devront aussi veiller à la réalisation des diverses obligations, tout en sauvegardant l'indépendance du Corps Médical, et à faire en sorte que la *Phase Administrative* ne dégénère pas en *Phase bureaucratique*.

Se basant sur l'essor de la médecine sociale, M. REVERDY définit la médecine sociale en administrateur :

La médecine sociale a pour objet de mettre des moyens collectifs au service de la protection et de l'amélioration de la santé des individus dans les sociétés humaines.

Formule qu'il résume ainsi :

La médecine sociale est l'intégration de l'art médical dans une discipline collective et communautaire.

Ces définitions ne sont pas complètes et n'envisagent pas tous les domaines de la médecine sociale, nous préférons les réserves que fait dans sa définition LOUIS GÉSIMON, médecin de l'Hôpital Bretonneau, dans l'Introduction du volume sur la *Médecine Sociale*, du *Traité de Pathologie médicale* publié sous la direction d'E. SERGENT, de ROBERDEAU-DUMAS et de L. BABONNEIX qui, bien qu'il date de 20 ans nous paraît conserver son actualité :

« La médecine sociale, dit LOUIS GÉSIMON, comprend toute l'hygiène sociale, la législation, l'étude des facteurs neurologiques, économiques, politiques, pédagogiques qui permettent son organisation et son extension dans le monde : elle fait appel à toutes les sciences. »

J. NOIR.

LA SÉCURITÉ SOCIALE DEVANT LA CONSTITUANTE

Les journaux quotidiens ont donné quelques informations d'ordre général sur le débat du 8 août dernier. Nous avons pensé intéresser nos lecteurs en détachant du compte rendu de la séance publié à l'*Officiel* du 9 août les extraits essentiels des interventions traitant des réactions du corps médical devant l'organisation actuelle de la Sécurité sociale.

L'interpellateur, M. André Morice, avait demandé que les Caisses de Sécurité sociale « *puissent agir en liaison directe avec l'*Ordre des Médecins... *d'abord pour le choix du médecin de Caisse, ensuite puisque l'art. 5 de l'Ordonnance du 4 octobre* 1945 *stipule que le Conseil d'administration des Caisses primaires désigne les praticiens ayant voix délibératrice et choisit sur une liste double établie par les organisations professionnelles, qu'il soit bien précisé qu'il s'agit de l'Ordre des Médecins, afin qu'il y ait une liaison nécessaire entre le fonctionnement de la Caisse et cet Ordre professionnel.* »

Dans la discussion, M. Segelle (docteur en médecine), répondant à l'interpellateur, a déclaré : « *Ceci m'amène à ma dernière remarque. Deux orateurs, je crois, ont évoqué le droit que devraient avoir les syndicats médicaux, plus exactement l'Ordre des Médecins, de désigner les médecins-conseils des Caisses. L'administration responsable voudra sans doute choisir ses fonctionnaires et je ne crois pas qu'on puisse lui imposer pour la représenter, des fonctionnaires choisis par d'autres que par elle-même... Il est évident que le médecin-conseil a des fonctions extrêmement délicates. Il est pris entre les assurés, l'administration et les médecins. Il résoudra difficilement les cas de déontologie qui se poseront à sa conscience s'il n'est pas investi de la confiance des médecins eux-mêmes. Nous demandons donc au Ministre qu'il tienne le plus grand compte des avis du Conseil de l'Ordre pour procéder à ces désignations.* »

Ces deux interventions marquent, à notre avis, une double confusion entre les prérogatives de l'Ordre et celles des Syndicats d'une part, les médecins-conseils et les membres médecins des conseils des Caisses d'autre part !

En tant que Président de la Commission de la Famille, de la Population et de la Santé publique, M. le Docteur Debidour, déjà bien connu de nos lecteurs, a fait, entre autres, les déclarations suivantes sur la position du corps médical à l'égard du plan de Sécurité sociale : « *On peut regretter le passé, mais il est certain qu'il y a des formules périmées. L'exercice de la médecine, comme on l'a pratiqué il y a cinquante ans, était peut-être mieux adapté au tempérament individualiste du médecin tel qu'on l'avait formé jusqu'à ce jour. Il n'en doit pas moins, comme tout le reste, subir l'évolution inévitable due au progrès à la fois scientifique et social. La Commission de la Famille, de la Population et de la Santé est persuadée que l'ensemble du corps médical d'aujourd'hui ne peut pas ne pas reconnaître le caractère inéluctable de cette nécessité ; que la grande majorité des médecins français se trouve prête à collaborer loyalement à la réussite de ce plan et que les résistances qui se sont manifestées jusqu'à ce jour sont due aux inquiétudes de ceux qui ont été chargés par leurs pairs de défendre les intérêts légitimes de la profession comme ceux de leurs malades. Il ne saurait, en effet, être question d'une opposition à caractère politique... Le principe de l'élection des médecins, membres du Conseil d'administration des Caisses par tous les membres du corps médical de la région intéressée proposée par le Dr Chevallier, du Loiret, a été accepté à notre demande. Le médecin membre du Conseil d'administration sera donc le porte-parole et le défenseur du point de vue de ses confrères.*

Voyons maintenant la question du contrôle. Le contrôle, non pas tant de l'acte médical que des prescriptions concernant l'arrêt du travail et les délivrances de produits pharmaceutiques, est une des questions les plus épineuses d'aujourd'hui. Le corps médical se doit de prendre le point de vue de la sécurité sociale, qui perd des sommes énormes, englouties par un absentéisme trop souvent toléré par lui. C'est ainsi que, l'année dernière, le chiffre des journées d'incapacité de travail était, pour la France, de 19 *contre une moyenne internationale de* 7 *à* 8. *De telles charges sont susceptibles de mettre en péril le plan le Sécurité sociale lui-même...*

Les médecins disent également que le fisc pourra dorénavant contrôler étroitement leurs gains. Cela nous semble tout à fait nomal. La Sécurité sociale est prête, n'est-ce pas, Monsieur le Ministre, à demander et à obtenir du Ministre des Finances la suppression de la patente et le rajustement des impôts payés par le corps médical au tarif appliqué aux traitements et salaires. De plus, l'automatisme du relèvement des honoraires avec celui des salaires est, je le crois également, assuré, d'après ce que je pense des déclarations qui ont pu m'être faites par vos chefs de service. Nous sommes persuadés de la bonne volonté de l'organisation de la Sécurité sociale qui, selon l'engagement formel pris par M. le Ministre du Travail, ne doit pas provoquer la fonctionnarisation de la médecine. De notre côté, nous ferons tout ce qui est en notre pouvoir pour aider le corps médical à aboutir à un accord... »

Puis M. Croizat, Ministre du Travail, s'est levé : « *Dès que le Ministère du Travail m'a été confié, j'ai eu de nombreux contacts avec les représentants du corps médical pour envisager avec eux les conditions dans lesquelles pourrait être réalisée, de façon permanente et méthodique, la collaboration du corps médical et des services de la Sécurité sociale. J'ai dit de façon précise, sans aucune équivoque, à l'ensemble des représentants des syndicats médicaux, que leur collaboration à la Sécurité sociale n'impliquait et n'impliquera, à l'avenir, aucun empiètement si minime soit-il, sur leur liberté individuelle. Les principes essentiels qui sont à la base même de la fonction médicale dans notre pays sont la liberté pour le médecin, et, pour l'assuré, la liberté de choisir librement son médecin. Ces principes seront sauvegardés. On a songé à réaliser en France un plan de*

Sécurité sociale, comme il en a été mis en œuvre depuis plusieurs années, dans d'autres pays, notamment en Grande-Bretagne, où l'on a créé un Service National de Santé dont l'effet pratique est une fonctionnarisation presque complète du corps médical. Mais ce risque ne s'est pas présenté et ne se présentera pas dans notre pays. Je m'adresse donc, au delà de cette Assemblée, aux représentants du corps médical, dont je ne sous-estime pas la haute conscience, qui a toujours tenu une place importante dans notre pays. Nous respectons d'une façon toute spéciale cette fonction honorable qui ne cesse de rendre de grands services à la population de notre pays. M'adressant donc au corps médical, je lui demande d'éliminer toute crainte, en vue d'une collaboration loyale et sans réserve avec la Sécurité sociale. Les médecins français, par leur collaboration étroite, régulière et permanente, par les efforts qu'ils accompliront, par leur quotidienne expérience, pourront contribuer à améliorer le fonctionnement de cette importante institution que constitue le plan français de Sécurité sociale. Notre intention est de réaliser, avec le corps médical, une collaboration sans réserve et sans arrière pensée...

D'ores et déjà, nous pouvons affirmer que tous les médecins qui feront partie des Conseils d'adminsitration seront élus selon un mode démocratique. Les syndicats médicaux auront donc, en la circonstance, mission de procéder à la désignation de candidats, ce qui, j'en suis certain, donnera entière satisfaction à l'ensemble des médecins.

Je tiens à dissiper une fois de plus toute inquiétude en déclarant que nous ne songeons pas à fonctionnariser les médecins de France. Nous n'entendonc pas les transformer en automates. On s'est engagé dans une telle voie dans un pays voisin. En ce qui nous concerne, nous continuerons à suivre la ligne de conduite qui, jusqu'à ce jour, assuré au corps médical sa pleine et complète liberté et aux malades, hommes et femmes, le libre choix du médecin... »

Le Ministre a très heureusement remis les choses au point en précisant que ce seront les *Syndicats médicaux* qui auront à procéder aux *désignations* des médecins membres du Conseil d'administration des Caisses de Sécurité sociale.

Il a comblé le corps médical de bonnes paroles et d'assurances de non-fonctionnarisation. Il a clamé et proclamé les beautés du libre choix. Pourquoi faut-il que l'arrêté du 19 juillet 1946 aiguillant les assurés sociaux sur les Centres des Caisses pour tous les examens de santé vienne précisément jeter une ombre sur notre félicité ? Monsieur le Ministre, la première mesure à prendre pour sauvegarder le principe du libre choix auquel vous vous dites fermement attaché, est de réformer votre arrêté du 19 juillet 1944...

En fin de discussion M. le Duc, en tant que médecin praticien, a voulu présenter quelques réflexions : « *A peine est-il besoin de vous dire que les médecins français apportent aux principes de la loi une adhésion massive et fervente et qu'il n'est pas question pour eux de discuter les intentions du législateur... Je dirai donc ici les craintes et les espoirs que ce projet a pu faire naître parmi les médecins français... Un cauchemar hante le corps médical français : la fonctionnarisation ! De cette médecine fonctionnarisée, nous connaissons deux aspects : un aspect militaire sur lequel je passe rapidement ; un aspect civil également... je veux parler de la médecine de mines ou de la médecine d'usines qui e une sorte de caricature de la médecine et, dans certains cas, un véritable scandale. Je m'étonne de ne pas trouver dans cette ordonnance de Sécurité sociale de textes précis abolissant ces pratiques indignes d'une nation évoluée...*

Quels sont donc, dans cette ordonnance les passages qui ont pu inspirer les craintes dont je vous ai parlé ? Ce sont les passages où sont précisées les modalités d'organisation... Ces médecins qui nous représenteront dans ces Conseils, nous voulons qu'ils soient élus par nous. Vous venez de nous donner l'assurance qu'ils seront élus par les médecins. J'en prends acte.

Il y a un autre principe auquel nous tenons, c'est le principe de l'entente directe. Entente directe individuelle, dans certaines conditions à prévoir : conditions de fortune pour les malades, conditions de notoriété pour le praticien, — cette entente directe était respectée dans l'ancienne législation des assurances sociales et elle n'a jamais donné véritablement matière à reproche — ; entente directe collective pour la majorité du corps médical entre les syndicats et les caisses. Nous insistons particulièrement sur ce chapitre, car, pour nous, le respect de l'autorité syndicale est une pièce essentielle de notre édifice professionnel et nous nous étonnons qu'on veuille essayer de substituer à ce mode d'entente directe des décisions qui viendraient d'une Commission tripartite où les médecins seraient, à coup sûr, en minorité.

Un autre principe fondamental est celui du libre choix du médecin. Ce libre choix n'est pas nié par l'ordonnance actuelle. Il est, cependant, restreint par la tendance nouvelle qui est de développer la politique des médecins « agréés », canalisant les assujettis vers tel ou tel médecin qui a reçu l'agrément d'une autorité officielle ou d'un Conseil de Caisse. C'est une manière détournée de restreindre le libre choix. Je passe rapidement sur les deux autres principes de notre Charte médicale : le secret professionnel, qui établit le climat de confiance indispensable à l'acte médical. Ce secret professionnel est mis en péril par l'entente préalable, trouvaille vraiment superflue, car il serait bien extraordinaire que l'on se rendit chez le médecin pour le plaisir ou pour passer le temps. Contrôle d'une longue maladie, soit. Entente préalable, non ! Pourquoi cette suspicion systématique ? Si le législateur adoptait des textes trop rigides, liant trop étroitement le corps médical, il le forcerait à accumuler les actes médicaux en série pour s'assurer un standing de vie normal et supprimerait du même coup la possibilité de la recherche scientifique désintéressée... »

Cet exposé classique des divers éléments de la Charte professionnelle prononcé à la tribune de la Constituante par un médecin praticien ne peut qu'emporter l'adhésion de tout le corps médical.

OBSTETRIQUE ET SECURITE SOCIALE

Les remboursements par les caisses de sécurité sociale ignorent ou presque le gynécologue accoucheur. Il n'est que de voir le peu de différence entre le remboursement d'un accouchement normal en clinique suivant qu'il est ou non effectué par un accoucheur spécialisé.

L'accouchement normal eutocique est souvent fait par une sage-femme. Mais l'accouchement dirigé moderne, est, et ne peut être que du domaine du médecin spécialisé. Que veut-on alors ? Empêcher tous les ressortissants des caisses de sécurité sociale de recourir à l'accouchement moderne ? Je ne le pense pas et j'ai tout lieu de croire que les caisses de sécurité sociale ont le désir certain de donner à leurs ressortissantes les meilleurs soins dans les meilleures conditions.

L'accouchement médical (équipe sage-femme accoucheur) est entré dans les mœurs (en France, d'ailleurs, depuis moins longtemps que dans d'autres pays).

A qui fera-t-on croire que les méthodes éprouvées de Kreis et de plusieurs autres, qu'il serait trop long de citer, n'améliorent pas le pourcentage des accouchements eutociques. L'accoucheur moderne doit manier les opiacés, les antispasmodiques, les ocytociques, les anesthésiques.

Cela me paraît un rôle purement médical, car l'application de ces médicaments, à l'effet heureux lorsque l'emploi en est tempestif, est réservé au médecin et me semble devoir continuer à l'être en tout état de cause.

D'aucuns ont voulu avancer des statistiques de morbidité maternelle plus fortes pour l'accoucheur que pour la sage-femme opérant seule. Le moins qu'on en puisse dire c'est que les statistiques sont souvent spécieuses en ce cas, car l'accoucheur intervient souvent pour accoucher des femmes dont la dystocie est prévue ou prévisible, ce qui grève lourdement et fausse toute statistique de ce genre ; la sage-femme qui opère seule jusqu'au bout n'ayant que des cas purs.

⁂

Certains esprits vont aussitôt dire que l'accouchement est un acte physiologique, qu'il faut le laisser à lui-même, etc., que souvent les choses s'arrangent seules... Allez donc dire cela à une femme qui s'est tordue sur un lit de douleurs pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures, si elle sait qu'on eût pu lui en éviter une bonne part.

Je connais pour ma part de nombreuses femmes qui ne veulent plus d'enfant uniquement à cause de l'atroce souvenir que constitue pour elle le « travail ».

Et pourquoi laisser pousser longuement et peiner une femme qui, analgésiée, eût poussé moins longtemps et en fatiguant moins... L'expérience est là, quoi qu'on dise.

Pourquoi ne pas vouloir comprendre que nos compagnes sont des civilisées avec tout ce que cela comporte d'exacerbation de la douleur ? Pourquoi l'intellectuel est-il toujours beaucoup plus « douillet » que l'homme inculte ?

Avez-vous vu une femme pousser *consciemment* pendant plus d'une heure ? Avez-vous vu ce pauvre visage qui se tire, cette sueur qui coule, ce halètement, quelquefois ces cris... que l'on comprend et qu'on excuse quand depuis vingt ans on se penche journellement sur ces pauvres femmes à ce moment si redouté par la plupart d'entre elles.

Avez-vous comparé avec une série, je ne dis par un cas, je dis une longue série d'accouchements dirigés et sous analgésie.

Dans le service hospitalier dont j'ai la responsabilité depuis bientôt 18 ans, j'ai voulu, des mois durant, faire la comparaison. Les séries d'accouchements dirigés ont servi de témoins aux accouchements dits eutociques abandonnés à eux-mêmes. L'expérience a été si probante qu'elle ne supporte pas la discussion.

Depuis 15 ans j'emploie la méthode de Kreis avec des résultats constants. Depuis un peu moins longtemps plusieurs perfectionnements à l'accouchement dirigé et analgésique m'ont donné une amélioration nette et quasi constante dans la marche du travail sans que j'aie pu noter d'incidents graves imputables à cette manière d'opérer, ni pour la mère, ni pour l'enfant.

Il doit y avoir moyen de donner à toutes les femmes qui le désirent, le bénéfice de ces progrès. Car j'ose écrire que c'est un progrès et non des moindres que de ne plus être obligé de regarder une femme sans pouvoir lui apporter plus d'aide qu'aux âges... j'allais dire préhistoriques, mais je crois qu'à ce moment les femmes accouchaient plus facilement... encore qu'on ait trouvé des bassins rachitiques parmi les ossements de la préhistoire.

⁂

Mais va-t-on me dire enfin...

— Vous êtes orfèvre, M. Josse.

— Il fallait un calculateur.

— Ce fut un danseur qui l'obtint.

— Dois-je donc concéder que le « danseur » qui obtint la place avait qualité pour parler de suite en « calculateur ».

— Vous niez alors la grandeur du rôle de la sage-femme ?

— A Dieu ne plaise. Les sages-femmes doivent *exister* et *travailler*. Il y a place pour elles de *plus en plus*. L'accouchement spontané eutocique est de leur domaine. Il ne doit pas, par ailleurs, y avoir d'accouchement sans sage-femme présente. Et dans le cas où une femme désire être accouchée par un médecin, je n'admets pas que celui-ci se prive de la collaboration d'une sage-femme.

⁂

En bref, pour être, à mon avis, organisé au mieux des intérêts de tous, l'acte obstétrical (partie importante, ce me semble, de la pro-

tection maternelle et infantile sur laquelle se penchent avec sollicitude et « amour » les pouvoirs publics), l'acte obstétrical, dis-je, devrait de plus en plus obéir aux règles suivantes :

A) Sage-femme présente à tous les accouchements même lorsque la parturiente désire se faire accoucher par un spécialiste ;

B) De moins en moins d'accouchements à domicile.

Les moyens de transports organisés doivent permettre un véritable « service d'incendie » pour transporter la parturiente, dès le premier appel, en milieu « adéquat ».

Les moyens d'hospitalisation doivent être augmentés. Il faut favoriser la création de petites maternités autour de maternités équipées plus complètement. Un groupe de maternités doit être surveillé par une équipe d'accoucheurs prêts à répondre au premier appel et pourvus des moyens nécessaires.

Les complications d'accouchement étant de celles qui imposent une *véritable* urgence, il est désirable que les Maternités, chaque fois que cela se peut, soient équipées pour les césariennes d'urgence.

C) Pour éviter la morbidité, il faut qu'on voit de moins en moins :

1° La sage-femme faisant des piqûres et des pansements en ville et venant de soigner un contagieux, se rendre sans tarder auprès d'une parturiente (particulièrement réceptive !) Revalorisons la profession de sage-femme ;

2° Autant que possible l'accoucheur doit éviter de voir des contagieux. Si possible, pas d'exercice conjoint de la médecine générale.

D) Faire rentrer chez elle, en ambulance, toutes les fois que cela est possible quatre, à cinq jours après l'accouchement, une bonne partie des heureuses mamans et leurs bébés. Le lever précoce n'est pas plus un mythe en accouchement qu'en chirurgie (chaque cas est à juger par lui-même évidemment).

E) Ne pas refuser le bénéfice de l'accouchement dirigé et analgésique aux ressortissantes des caisses de sécurité sociale en ne consentant aucun honoraire décent pour cet acte. Que si l'on refuse cette manière de procéder, il faut alors ne pas rembourser les ceintures abdominales, les appareils de prothèse, etc. puisqu'ils ne sont pas indispensables. Nos ancêtres mangeaient sans dents (un peu plus lentement !) et un pilon de bois grossièrement équarri était bien bon à remplacer les jambes amputées, par notre grand Ambroise Paré, sur les champs de bataille.

F) Tout faire pour que dans un délai rapproché, même à l'hôpital, l'accouchement dirigé moderne, quasi indolore le plus souvent, en tous cas toujours plus eutocique toutes choses égales, soit la règle.

G) Faire comprendre à l'ensemble de la population — y compris le Corps médical, les sages-femmes et les auxiliaires médicaux — qu'il ne faut pas charger « l'accouchement moderne dirigé » de tous les péchés d'Israël ; en l'occurence, de complications dont l'énonciation relève de la plus haute fantaisie.

Le Français est-il si routinier que de ne pas comprendre que l'accouchement moderne quasi indolore, sans complication à sa charge, est un fait définitivement acquis.

L'accouchement en clinique ou à l'hôpital est la meilleure des garanties contre les complications qui risquent d'être graves. En milieu obstétrical, outillé chirurgicalement — qu'on le veuille ou non — le véritable accoucheur moderne est un chirurgien gynécologue. L'accouchement fait par une équipe sage-femme-accoucheur spécialisé, est la méthode vers laquelle tous nos efforts doivent tendre. Associée au lever précoce, elle ne doit pas effrayer les mamans qui veulent s'éloigner de leur foyer, le moins longtemps possible.

Qu'on ne nous objecte pas les transports. Il n'est pas plus difficile de transporter une parturiente rapidement, que de transporter sage-femme ou accoucheur. Par ailleurs, on ne verrait plus de parturientes mal surveillées pendant leur travail, parce que la sage-femme, qui n'en peut mais, est obligée de courir de l'une à l'autre.

Je ne citerai pas pour terminer deux *drames* auxquels mes vingt ans bientôt d'exercice m'ont donné d'assister par ce seul fait, d'une surveillance discontinue du travail !

⁂

En bref, l'accouchement dirigé moderne analgésique doit être un droit, pour toutes les femmes qui le désirent. Il faut s'organiser pour leur permettre d'en profiter dans le délai le plus rapproché.

L'hospitalisation (clinique ou hôpital) en milieu spécialisé, outillé chirurgicalement est désirable et doit devenir toujours possible.

L'accouchement dirigé analgésique n'est concevable que surveillé et fait par l'équipe sage-femme-accoucheur.

L'accouchement (acte fait par l'accoucheur avec les méthodes modernes) nécessite une longue surveillance pendant la plus grande partie du travail. Et l'accoucheur moderne digne de ce nom s'y astreint volontiers, mais pour ce faire il lui faut, pour le plus grand bien des parturientes, les grouper en milieu spécialisé bien outillé.

Restant bien entendu qu'il est et reste du devoir de tout médecin appelé d'urgence de faire le nécessaire lorsque les délais ou l'éloignement ne permettent pas encore de réaliser ces vues d'avenir qui devraient pouvoir devenir des réalités.

En faveur de la spécialisation en gynécologie obstétrique, terminerai-je par un argument que je suis prêt à étayer de nombreux exemples ? Si à la campagne, le médecin fait toute sa vie des accouchements (surtout complications urgentes, forceps, versions, délivrances artificielles), en ville, au contraire, on assiste à ce paradoxe : le médecin qui s'installe, la plupart du temps fait des accouchements. Puis, quand il a exercé pendant une dizaine d'années, il ne

veut plus en faire que par hasard et dit nettement à ses clients qu'il n'en fait plus ! Or, quand il s'est installé il était le plus souvent tout juste nanti des connaissances obstétricales de son stage. Plus tard quand il en a fait un certain nombre et qu'il a acquis une certaine expérience, les accouchements l'ennuient et le dérangent.

L'obstétrique est-elle toujours « l'art mineur réservé aux fils inintelligents », comme disait, dit-on, le vieux Broca !

Dr J.-M. AUCLAIR.

RÉPONSE A QUELQUES LIBRES OPINIONS

J'apprécie depuis longtemps l'esprit libéral des articles de défense professionnelle du *Concours Médical*. Aucune occasion n'y est manquée pour réagir contre un étatisme oppressif et avilissant. Je suis cependant choqué par l'esprit qui anime la plupart des articles publiés sous la rubrique « Libres Opinions ». Pour ne pas trop m'étendre, je ne parlerai que des deux derniers.

⁂

L'article du Dr Le Doze, de Saint-Julien-de-Vouvantes (Loire-Inférieure), paru le 20 juillet 1946 reflète un optimisme planiste qui n'est pas toujours du plus mauvais goût et fait plutôt sourire que rougir de colère. Je suis sur ce point d'accord avec tous les confrères auxquels j'en ai parlé.

Pour sa formule de « médecine par roulement » permettant aux médecins de se reposer, la nuit et les dimanches, mon égoïsme y souscrit pleinement. Seuls, les malades graves en cours de traitement, auront à en souffrir.

Pour l'organisation des P.M. (postes médicaux) et des C.M. (centres médicaux), c'est admirable.

Pensez donc : chaque petit médecin de P.M. (ex-médecin de campagne) aura sa secrétaire, son infirmière, son assistante sociale, son chauffeur, son poste émetteur et récepteur de radiophonie et sur sa voiture, gratuite encore, une radiophonie. J'oubliais les instruments gratuits pour faire un peu de médecine. Mais vous n'oubliez mon cher confrère, que deux choses :

1° La télévision pour faire les consultations à distance.

2° Tout votre beau falbalas, qui est-ce qui le paiera ?

Vous le dites vous-même, ce n'est pas le médecin ; donc c'est parfait : ce sera le malade, ou mieux encore, le non-malade Français moyen, assujetti-cotisant qui, écrasé sous vos charges, dites sociales n'aura plus le sou pour acheter son pain ; il est vrai qu'il n'est pas nécessaire de manger quand on peut se soigner scientifiquement.

Mais je dois reconnaître qu'en échange de toutes ces facilités accordées au médecin vous demandez au « Corps Sanitaire » de gros sacrifices : « Abandonner tout esprit de lucre. » C'est un bien vilain mot pour dire : gagner sa vie et celle de sa famille. Mais puisque vous allez si loin, je vous conseille de donner l'exemple en prenant la soutane avec vœux perpétuels, dès que vous aurez reçu tout le beau matériel de la Caisse de prévoyance.

Vous pouvez y aller, n'ayez pas peur ; plus besoin de femme au foyer puisque vous aurez au P.M. une infirmière, une assistante et une secrétaire. Une seule précaution : ne chiffonnez pas trop les cornettes de ces âmes damnées du « Corps Sanitaire ».

⁂

Mais assez plaisanté et j'en viens à l'article de votre « condisciple » et professeur ès Réformes, le Dr V. Ménager de Machecoul (Loire-Inférieure), paru le 27 juillet 1946.

Je parlais tout à l'heure, d'après vous, du « Corps Sanitaire » en soutanes et cornettes. Voyez que je n'exagère pas, puisque le Dr Ménager propose à nos méditations l'exemple antique du « Collège Sacerdotal des Médecins ». A vous le Cloître mes chers confrères, et vous l'aurez, soyez-en sûrs, car au XXe siècle, la cellule monacale s'appelle : bureau, et moine se nomme : rond-de-cuir. Quant au couvent c'est l'organisme d'Etat.

Vous rappelez très justement dans votre article que la médecine individualiste a atteint son plein développement en France vers 1900 et, vous admettez comme tout le monde, qu'à cette époque, la médecine française était la première « in the world. » Alors, défendez-la franchement cette médecine individualiste et libre, avec entente directe du médecin et du malade et adaptation des honoraires aux moyens du client.

Je suis entièrement d'accord avec vous pour repousser les tarifications et réglementations abusives et inhumaines qu'on veut nous imposer.

Mais pourquoi traiter de « Vache à lait » le malade payant. Vache à lait de médecins soi-disant gangsters. Voyez-vous tant de médecins de campagne ou autres édifier des fortunes scandaleuses et disproportionnées avec les services rendus.

Et, pourquoi dépeindre la généralité des « médecins même honnêtes », comme des multiplicateurs sans scrupules d'actes médicaux. Les clients dans leur ensemble ne sont pas si fous quand il s'agit des cordons de leur bourse. En laissant jouer l'entente directe, le malade sait fort bien éviter les abus médicaux.

En un mot, je trouve votre article d'un ton très pénible et même injurieux pour le Corps médical, malgré certaines précautions oratoires.

A vous entendre, la Loire-Inférieure serait un curieux département. Je ne ferai pas à vos confrères l'injure de vous croire.

Dr. RICHARD.

RÉFLEXIONS D'UN VIEUX MÉDECIN SUR LES TRISTES VICISSITUDES DES TEMPS PRÉSENTS

Un de nos bons amis nous transmet cette lamentation d'un vieux médecin de 84 ans qu'il connaît depuis longtemps. Exemple frappant et infiniment pénible du médecin qui, après une vie de labeur obstiné, voit ses économies atteintes du mal irrémédiable de l'inflation et tombe jour après jour dans la misère.

Ce vieux confrère accuse injustement les Syndicats et les Conseils de l'Ordre : ceux-ci avaient longuement étudié et mis sur pied un projet de retraite. On sait que c'est le Ministère des Finances qui, au dernier moment, torpilla le projet en refusant sa signature.

Mais il se révolte à bon droit contre l'iniquité qui lui interdit de se réfugier, la misère venue, dans un hospice dont il fut le médecin pendant quarante ans. L'Etat oublie cyniquement les services rendus par ceux qu'il exploita jadis.

Je suis le doyen de la Corporation médicale de ma région. Après 40 années d'une vie professionnelle des plus actives, je m'étais retiré au chef-lieu de mon département, pour y jouir, avec ma femme, des revenus que nous possédions.

A partir de 1939, la guerre et l'occupation amenèrent quelque perturbation dans notre existence et, en mai 1944, notre maison fut complètement détruite par un bombardement.

Nous dûmes nous réfugier chez un vieux confrère des environs, où nous restâmes jusqu'à la Libération.

Mon confrère étant décédé, je cherchai à rentrer dans la ville où j'avais quelques intérêts à défendre et pour surveiller les travaux de « mise hors d'eau » de nos ruines.

Il me fut impossible d'obtenir cette autorisation, comme ne pouvant avoir « aucune activité » dans une ville sinistrée dont j'étais devenu un indésirable.

Je pensai ne pouvoir mieux faire que de chercher un refuge dans la localité ou j'avais exercé, en entrant, comme pensionnaire, dans une modeste maison de retraite où j'avais autrefois soigné de petits rentiers que les déboires de l'existence avaient transformés en tristes épaves de la vie comme nous l'étions devenus, par suite des conséquences de la guerre.

Nous nous y installâmes au début de 1945 ; le prix qui nous fut demandé correspondait à celui des établissements similaires de la région.

Les débuts de 1946 virent une ascension en flèche du coût de la vie qui eut sa répercussion sur le prix de notre pension qui, en deux mois, se trouva doublé et, de ce fait, dépassa nos possibilités.

Je pensai me tourner vers l'hôpital-hospice de la localité qui possédait, en dehors des salles communes, cinq chambres pour pensionnaires.

J'y avais été attaché, comme médecin, tout le temps de ma vie professionnelle aux appointements de cinq cents francs par an (médecine et chirurgie courante), y compris la constatation des décès de la commune.

Des renseignements qui me furent donnés, le prix des chambres, en ce moment occupées, dépassait aussi mes possibilités, et c'est tout juste si j'aurais pu faire face au prix réclamé pour le séjour dans les salles communes.

Comment, demandai-je à l'Administrateur-Econome, ces vieux ouvriers, que je connais tous pour les avoir soignés à l'abonnement pour trois francs par an, peuvent-ils payer la somme de soixante-dix francs que vous leur réclamez par journée d'hospitalisation ?

« Ils abandonnent, me répondit-il, les cinq-sixièmes de leurs ressources — généralement constituées par leur retraite de vieux travailleurs — le dernier sixième constituant leur argent de poche et le reste — la partie la plus importante — nous est versée par la Collectivité, c'est-à-dire l'Etat ».

J'étais absolument stupéfait de cette révélation qui me permettait de constater une injustice flagrante dont j'étais victime, puisque je venais d'avoir la preuve formelle que ces ouvriers, devenus titulaires d'une retraite gagnée au service de particuliers, bénéficiaient, par surcroît, d'une allocation importante de l'Etat, qui leur permettait de finir leurs jours à l'abri de tout souci et d'après leur condition sociale, alors que moi, dont une partie de l'existence professionnelle s'était passée au service de l'Etat, qui ne m'avait honoré qu'au rabais, quand il avait daigné m'accorder cette faveur, n'avais ni retraite et encore moins d'allocation.

La Confédération Générale du Travail, en faisant clamer à ses adhérents qu'ils étaient des « damnés de la terre » fut assez habile pour leur obtenir, en dehors de leur retraite de vieux travailleurs, au service d'industries privées, une allocation supérieure et à échelle mobile, fournie par l'Etat qui leur enlève tout souci pour l'avenir, alors que les syndicats médicaux, pas plus que le Conseil de l'Ordre, n'ont su — et cela à leur honte — procurer aux vieux médecins, grâce à leurs Associations et Sociétés mutuelles, autre chose que des allocations temporaires et secours illusoires — trois cent cinquante francs au maximum — mais surtout, n'ont rien tenté pour obtenir de l'Etat, dont ceux-ci avaient été les collaborateurs gratuits ou imparfaitement rémunérés pendant leur vie professionnelle, la moindre allocation de retraite qui leur permit, de vivre honorablement, suivant leur état social, pendant leurs dernières années d'existence.

Par suite de la carence de leurs dirigeants, les vieux médecins se voient condamnés à connaître des jours sans pain, des hivers sans feu, et à mourir à la porte de maisons hospitalières à la prospérité desquelles ils ont contribué, comme fonctionnaires de l'Etat.

Est-ce que le Corps médical va laisser se perpétuer une telle injustice ?

Dr F C.

ECHOS & COMMENTAIRES

OU LE TARIF DES PENSIONS S'ALIGNE SUR CELUI DES A. S.

DANS notre dernier numéro, nous étudiions sous l'angle juridique et administratif le droit pour les médecins de refuser de soigner un malade sous le régime de l'art. 64 de la loi des pensions. Nous avions été amené à conclure par l'affirmative, en invoquant d'ailleurs les propres réponses du Ministre des Anciens Combattants qui reconnaissait — avec la Confédération — l'insuffisance scandaleuse des tarifs actuels.

Nous rappelions enfin que l'opposition du corps médical au régime de l'art. 64 tenait non point tant au taux des honoraires qu'au principe même d'un tarif ministériel toujours décalé par rapport au coût de la vie, entraînant par là même la nécessité d'un perpétuel marchandage entre le Corps médical et l'État, marchandage odieux et humiliant pour les deux parties.

Nous sommes aujourd'hui heureux d'apprendre de source autorisée, que la Confédération et le Ministère des Anciens Combattants viennent enfin de triompher des oppositions des autres ministères et que *la décision d'aligner le tarif des pensions sur celui des A. S. est dès maintenant acquise.* L'application de cette mesure que tout le Corps médical appréciera à sa juste valeur, aurait lieu rétroactivement à compter du 1er *juillet* 1946. Le tarif applicable serait soit le tarif résultant des conventions Syndicat-Caisse approuvées par la Commission nationale tripartite, soit le tarif établi directement par cette même Commission. Sur ledit tarif serait toutefois opéré un *abattement de 20 % pour la visite et la consultation*, comme il en va du reste en matière d'accidents du travail.

Saluons comme il le mérite cet effort d'unification de la médecine sociale, depuis si longtemps réclamé. Peu à peu, les régimes administratifs et les compartiments aux cloisons étanches doivent ainsi s'effacer et se fondre, pour laisser le médecin devant, non plus, un « art. 64 », un « assuré social » ou un « accidenté du travail », mais devant la seule réalité que la vraie médecine ait à connaître : un homme, un malade.

LE TARIF DES ACCIDENTS DU TRAVAIL DANS L'AGRICULTURE.

HÉLAS, le chemin vers l'unité n'est point une ligne droite et connaît des retours en arrière ! Jusqu'à une date récente, les accidentés du travail étaient soignés sous le même régime, qu'ils exerçassent ou non une profession agricole, industrielle ou commerciale. La chose était évidemment trop simple ; aussi un arrêté ministériel en date du 27 juillet dernier, que nous avons publié dans notre dernier numéro, s'est-il empressé de la compliquer quelque peu.

Alors que les accidentés du travail du commerce et de l'industrie sont assimilés, au point de vue des honoraires médicaux, aux assurés sociaux, les

Maladies du Foie et des Voies biliaires
PANBILINE
Pilules et Solution

Auto-intoxication intestinale - Constipation
RECTOPANBILINE
Suppositoires, Solution

Anémies - Convalescence
HÉMOPANBILINE
Comprimés et Solution

Lab. du Docteur PLANTIER, à Annonay (Ardèche)

DIGIBAÏNE
remplace avec avantage
digitale et digitaline

LABORATOIRES DEGLAUDE
15, Boulevard Pasteur — PARIS-XVe



accidentés du travail agricole seront dorénavant soumis à un régime particulier établi par ledit arrêté. Les tarifs applicables seront ceux fixés, pour les caisses mutuelles agricoles, en application de l'art. 3 § 1er de la loi du 1er février 1943, organisant les A. S. dans l'agriculture (et validée par une ordonnance du 19 avril 1945).

Si l'on se reporte audit art. 3 l'on constate que le tarif des caisses agricoles est établi par l'Union Nationale de réassurance agricole et approuvé par le Ministre de l'Agriculture. On pouvait donc espérer à priori que ce nouveau tarif serait national, ce qui limiterait les dégâts.

Mais, vérification faite auprès des organismes responsables, il s'avère que contrairement aux apparences, il existe un tarif par département, en sorte qu'il nous est impossible d'indiquer à nos lecteurs le taux de leurs honoraires dans leur cas particulier. Seul le Syndicat ou le Conseil départemental peut, après contact pris avec les caisses locales, fournir le renseignement. L'entrée en vigueur de cette nouvelle disposition est entourée du même flou : elle dépend de la date d'entrée en vigueur du tarif des Caisses, ce qui varie également dans chaque département.

Il est permis de se demander, si, avant d'édicter de semblables mesures, les Ministères responsables ne pourraient point coordonner quelque peu leur action et songer également à ne point compliquer encore la besogne matérielle du médecin praticien, qui a vraiment mieux à faire qu'à se débattre dans le maquis des règlements et des tarifs !

Les difficultés de trésorerie des Hopitaux.

Souvent nous sommes saisis par nos lecteurs des difficultés que ceux-ci éprouvent à se faire régler, par les hôpitaux dont ils sont les médecins, leurs honoraires pour soins donnés aux malades sociaux, notamment aux A.S.I. Dans certains cas on déplore des retards de deux et même trois années : situation d'autant plus inadmissible que les hôpitaux reconnaissent fréquemment avoir touché des Assurances sociales les sommes destinées au paiement du Corps médical hospitalier, mais les avoir affectées à l'extinction d'autres dettes criardes, chez le boulanger, le boucher ou le marchand de charbon, par exemple. Au nom des sacro-saints privilèges de la saine organisation des établissements publics, on a interdit aux médecins, à l'hôpital, l'entente directe et même le paiement direct. Mais cette réforme a eu pour résulat de priver les médecins du seul moyen d'être payés comptant. Aussi engageon-nous nos lecteurs à agir très énergiquement auprès des commissions administratives pour être réglés régulièrement du montant de leurs honoraires, et à ne pas laisser s'accumuler les retards de plusieurs années. Puisque la loi a formellement prévu qu'à l'avenir tous les paiements d'honoraires médicaux doivent passer par la Caisse de l'hôpital, il importe de ne pas laisser s'indurer les mauvaises habitudes prises pour les assurés sociaux indigents, car elles s'étendraient bientôt à toutes les catégories d'hospitalisés. Les procédés employés par certains hôpitaux, s'ils l'étaient par des particuliers, relèveraient de la correctionnelle. On s'étonne que les administrateurs de ces établissements paraissent l'ignorer. Dans le numéro de juillet-août 1946 de

LES LABORATOIRES BOUCHET
KALANOSE
LAXATIF DOUX
Rééducateur des Fonctions Intestinales & Biliaires
SANS ACCOUTUMANCE
SANS CONTRE-INDICATION
ENTÉROKINASE · HÉPATINE · BILE
BOURDAINE · ISATINE · LEPTENDRA · BELLADONE
1 À 3 DRAGÉES AU REPAS DU SOIR
153-155 · AVENUE DU ROULE - NEUILLY/SEINE
TEL. MAILLOT : 0517-58-36.

LES Gouttes B.O.P
(synergie du bouleau et de l'olivier dans l'hypertension artérielle)
AGISSENT LENTEMENT MAIS NE DÉÇOIVENT JAMAIS.
PROCHAM
LABORATOIRES PROCHAM. 5 rue d'ALEMBERT - ISSY (SEINE)

GRIMAULT
DELBIASE
Stimulant biologique général
Dermatoses - Prophylaxie du Cancer
LABORATOIRES GRIMAULT
51, RUE FRANÇOIS-Ier - PARIS

la revue « Techniques hospitalières » est reproduit un vœu émis par l'Union hospitalière de la région parisienne, ayant pour thème : « Les hôpitaux ne peuvent plus être les banquiers des Assurances sociales ». Nous le compléterons ainsi : « A fortiori les médecins ne doivent-ils pas être les banquiers des hôpitaux ».

SUR L'UTILISATION DES FONDS DU TIMBRE-CERTIFICAT.

NOUS recevons du Dr A.-J. Martin, Professeur à l'Ecole Française de Stomatologie, la lettre suivante que nous nous faisons un devoir de reproduire :

« Je lis, dans le numéro 30 du CONCOURS, page 808 : « *A propos d'une prétendue fusion* ». Et j'y trouve ceci : *hôtel... récemment acheté par le Conseil départemental sur les fonds du timbre-certificat* ». Et j'en... demeure assis : je croyais lesdits fonds destinés à aider les veuves, orphelins et vieux de la profession, non pas à loger les bureaux (encore des bureaux, des secrétariats...) Avais-je rêvé ? Car alors je regretterai les timbres-certificats dont j'ai orné les certificats familiaux, qui auraient bien pu s'en passer. »

Soucieux de ne point ralentir le courant qui alimente les fonds du timbre-certificat, nous ajouterons à cette lettre une courte précision : si le Conseil de la Seine ne pratique point le système de la répartition en matière d'entraide confraternelle, il ne détourne point pour cela les fonds qui lui sont confiés pour d'autres usages, mais a recours au système de la capitalisation.

Nous croyons savoir en effet que l'hôtel acquis avec les fonds du timbre est fictivement affecté au fonds d'entraide qui recevra annuellement du Conseil un loyer correspondant au revenu normal du capital ainsi immobilisé.

Le système une fois admis (la répartition nous eût quant à nous, semblé plus conforme à l'intention des donateurs et aux vœux des familles médicales dans le besoin), l'on conviendra qu'il eût pu être fait de ce capital un plus mauvais placement !

LA RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE DE L'ÉLECTRO-RADIOLOGISTE.

C'EST là un sujet d'une « brûlante » actualité, puisque le « risque radiothérapique » est reconnu comme étant l'un des plus graves en matière de responsabilité professionnelle, au point que les sociétés d'assurances confraternelles sont contraintes ou de cesser d'assurer ce risque, ou, comme le SOU MÉDICAL, de mettre au point une combinaison spéciale, avec prime spéciale, afin d'éviter de faire supporter aux autres catégories de médecins la charge des lourdes primes incombant aux radiothérapeutes.

Le moyen le plus sûr, d'ailleurs, d'alléger ce risque est de promouvoir une politique de prévention contre les accidents. De cela le SOU MÉDICAL s'est aussi préoccupé. La première précaution à prendre

FURONCULOSE
DERMATOSE
ALLERGANTYL
MILUC
Solution et Pommade

FAUTEUILS ROULANTS
DUPONT
Cent ans de spécialisation
dans le confort du malade
VENTE & LOCATION
10, Rue Hautefeuille - PARIS (6e)
Téléphone : DANTON 05-61 - 05-62
Succ. à LYON. 6, Place Bellecour

GASTRHÉMA
CONTRE LES ANÉMIES
ASTHÉNIE - ANOREXIE - HYPOPEPSIE
EXTRAIT DE MUQUEUSE D'ANTRE PYLORIQUE
1 à 3 amp. buvables, par jour
17, Avenue de Villiers — PARIS (17e)
FRÉNASMA
TROIS A QUATRE COMPRIMÉS PAR JOUR. UN A DEUX DÈS LE DÉBUT DE LA CRISE.
LABORATOIRES DU GASTRHÉMA
17, AVENUE DE VILLIERS
PARIS (17e)
ASTHME - EMPHYSÈME - BRONCHITES CHRONIQUES - MÉDICATION PRÉVENTIVE, ABORTIVE ET CURATIVE DES CRISES

par l'électro-radiologiste en cette matière, est évidemment d'avoir un appareil bien entretenu, fréquemment révisé, pourvu de tous les perfectionnements techniques et de tous les systèmes de sécurité, en un mot un appareil moderne et techniquement au point. La moindre négligence dans ce domaine peut avoir d'incalculables répercussions sur la santé du malade d'abord et par contre coup sur la bourse du médecin et mieux pour son casier judiciaire (recours correctionnel possible). Un arrêt de la Cour de Cassation en date du 3 juillet 1945 a mis en lumière le danger que peut présenter l'utilisation d'appareils non au point techniquement :

« *Attendu que la Cour d'Appel déclare qu'il résulte des documents discutés devant elle, et spécialement des éléments de fait relevés sur l'expertise, que, sur dix-sept applications de rayons X faites en cinq ou six séances à trois enfants atteints de la teigne, le traitement du Dr S... a amené 8 plaques alopéciques ; que l'apparition préalable des cloques correspondant au deuxième degré de la radio-dermite témoigne d'un excès de dose de rayonnement que la proportion anormale d'accidents commande de rattacher non à des variations d'alimentation du générateur, mais à l'utilisation d'appareils vétustes, moins sûrs que celle des appareils perfectionnés dès alors connus ; — Attendu que de ces constatations et appréciations, la Cour d'Appel a pu déduire la responsabilité du médecin radiographe qui, faisant usage pour l'application répétée à des jeunes enfants de rayons X, d'appareils vétustes moins sûrs que les appareils connus lors du traitement, a commis une imprudence en ne se conformant pas aux données acquises de la science et a ainsi méconnu les obligations du contrat le liant à ses clients...* »

CORRESPONDANCE

APPLICATION DES TARIFS D'HONORAIRES.

ACCIDENTS DU TRAVAIL.

1729. — Tarif A.T. à l'hôpital.

Je dois établir, pour les faire toucher par le receveur de l'hôpital, les notes d'A.T. des blessés traités par moi dans mon service (hospitalisés ou non hospitalisés).

Quel tarif appliquer ?

100 % de majoration sur le tarif 1939,

ou tarif de responsabilité des Caisses ?

Dans l'Aisne, où l'on n'a pas de convention, les caisses règlent toujours K = 3,5 et 7 à l'hôpital.

Dans l'Oise, où j'exerce également, par suite des conventions, les Caisses règlent K = 25 à l'hôpital.

Le tarif syndical est de K = 75. Comment procéder ? et à partir de quelle date appliquer le tarif Caisses d'A.S. ?

Dr F.

Réponse.

La question des honoraires pour soins donnés aux accidentés du travail à l'hôpital (agricoles ou non agricoles) est des plus complexes. Cela tient à ce que les arrêtés d'application du décret du 17 avril 1943 sur le régime hospitalier n'ayant jamais été publiés (ce régime hospitalier étant d'ailleurs en voie de refonte), les textes sur la Sécurité sociale et le nouveau régime des A.S. et des A.T. ne sont pas connectés sur les textes hospitaliers.

A priori, *on pourrait penser que l'article premier de l'arrêté du 25 septembre 1945 ayant aligné les tarifs A.T. sur les tarifs A.S. doit s'appliquer aux honoraires A.T. à l'hôpital. Mais un examen poussé des textes, et notam-*

GLOBIRON
AMPOULES BUVABLES DE 3 CC.
Combinaison des méthodes de WIPPLE, CASTLE & WILLS en association avec un complexe organo-métallique ferro-manganо-cuprique
Anémies hypochromes
Chlorose
Carences martiales
LABORATOIRE ROGER BELLON
LOUIS FERRAND
Ex-Interne, Lauréat des Hôpitaux de Paris
PHARMACIEN-GÉRANT
(GAMBÉOL, RECTOCALCIUM, ACTIPHOS, HÉMOPYLORE "3")
78bis, Avenue Marceau - PARIS (8e)

LABORATOIRES
MAYOLY-SPINDLER
1, Place Victor-Hugo — PARIS (16e)
Usine à RUEIL-MALMAISON (S.-&-O.)
Baume AROMA — BOROSTYROL
DICALIODE — EUPHON
(Sirops, Gouttes, Pastilles)
PERUBORE — SANOF ORMINE
STILLARGOL — VALBROL

ment de l'arrêté du 12 avril 1946 qui a modifié l'arrêté du 25 septembre 1945, conduit à conclure que les seuls tarifs A.T. alignés sur les tarifs A.S. sont ceux « approuvés en vertu de l'article 10 de l'ordonnance du 19 octobre 1945 », c'est-à-dire les tarifs des soins à domicile ou au cabinet du praticien, à l'exclusion des soins hospitaliers, régis, eux, par l'article 11 de l'ordonnance.

Les honoraires pour soins hospitaliers par conséquent sont réglés à titre transitoire par l'article 2 de l'arrêté du 25 septembre 1945.

Les tarifs hospitaliers A.T. seront alignés sur les tarifs A.S. à partir du 1er janvier 1947, lorsque l'ordonnance du 19 octobre 1945 sur le nouveau régime des accidents du travail sera entré en vigueur.

A notre avis, il ne conviendra pas alors de distinguer, pour la rémunération des soins donnés à l'hôpital, selon que l'accidenté du travail sera hospitalisé ou non. L'article 12 de l'ordonnance du 19 octobre 1945 sur les A.S. prévoit, en effet, que les honoraires dus pour les soins médicaux donnés dans un établissement hospitalier public sont fixés sur la base d'un forfait journalier. Ce forfait s'appliquera à la fois aux cas d'hospitalisation et de non hospitalisation.

Pour qu'il y ait alignement des tarifs A.T. sur les tarifs A.S., en cas de soins donnés à l'hôpital, il faut attendre, nous vous le répétons, l'entrée en vigueur de l'ordonnance du 19 octobre 1945, c'est-à-dire le 1er janvier 1947.

★

ASSURANCES SOCIALES.

3734. — Honoraires pour accouchement à l'hôpital.

Je suis médecin, chargé de la Maternité de X... Actuellement, chaque fois que je fais un accouchement dystocique à une assurée sociale ou à une femme d'assuré social, je touche 56 francs.

Que dois-je faire pour que ce tarif soit relevé et en rapport avec la vie actuelle ?

Le tarif de responsabilité des Caisses est :

Accouchement normal	1.500 fr.
Accouchement gémellaire	1.800 fr.
K.....	60 fr.

Dr M.

Réponse.

Votre lettre illustre parfaitement à quel degré d'incohérence et d'insuffisance la réglementation actuelle des honoraires médicaux à l'hôpital est arrivée, ne raison, d'une part, de ce que le décret du 17 avril 1943 sur le régime hospitalier n'a jamais été suivi de ses arrêtés d'application et, d'autre part, de ce que, faute de liaison légale entre le nouveau régime des assurances sociales et le régime hospitalier en voie de refonte, les dispositions de la législation sur les assurances sociales relatives à l'hospitalisation ne sont pas applicables ipso facto à la rémunération du Corps médical hospitalier en matière d'A.S.

Pratiquement, d'après la nouvelle Nomenclature des Assurances sociales et d'après les tarifs fixés soit par convention, soit par la Commission nationale tripartite, les honoraires médicaux pour accouchement à domicile sont égaux à un forfait dont le montant est fixé soit par la convention, soit par la Commission.

Dans votre département, nous dites-vous, ce forfait, pour un accouchement normal, serait de 1.500 fr.

Aux termes des articles 11 et 12 de l'ordonnance du 19 octobre 1945, les tarifs des honoraires dus au praticien pour les soins médicaux donnés dans un établissement hospitalier public sont fixés sur la base d'un forfai

DERMATOSES - HYPERTENSION
pilules glut. par jour - 2 à 3 I. V. par semaine
HYPOSULFÈNE
Laboratoires TORAUDE
22, Rue de la Sorbonne, PARIS
2, Rue du Pensionnat, LYON

INTESTARSOL
Granulé
TOXI INFECTION INTESTINALE
PARASITOSES
Laboratoire H. CALAS
162, Rue de l'HAY
GENTILLY (Seine)

journalier. Ce forfait ne pourra être déterminé que par arrêté ministériel, lequel n'a pas encore été publié.

L'absence de liaison, dont nous vous parlions plus haut, entre régime A.S. et régime hospitalier, est donc patent. C'est cette absence de liaison qu'une circulaire ministérielle du 5 novembre 1945 a soulignée ; « en attendant, a-t-elle dit, que la réforme du régime hospitalier soit réalisée et que les tarifs d'honoraires hospitaliers soient établis en conformité des nouvelles dispositions légales, les tarifs des Caisses continuent à résulter d'accords intervenus entre les établissements hospitaliers et les organismes d'assurances sociales ; les assurés sociaux seront hospitalisés dans les établissements hospitaliers publics, au tarif prévu pour les malades payants de la catégorie à laquelle ils appartiennent : le tarif de responsabilité des Caisses sera égal à ce tarif. Toutefois, il y aura intérêt à ce que des conventions soient passés en vue de régler les rapports entre les hôpitaux et l'organisme tiers-payant, ainsi que les conditions générales dans lesquelles les assurés sociaux seront traités à l'hôpital ».

De cette circulaire, il résulte que le ministre engageait les Caisses d'assurances sociales à revoir sans plus attendre les conventions par elles passées avec les Commissions administratives en vue d'augmenter le taux de leur remboursement, que le ministre a déclaré expressément être insuffisant dans les circonstances actuelles. Cette opinion ministérielle a été également confirmée dans une circulaire du 3 septembre 1945.

Par conséquent, vous basant sur ces deux circulaires, nous vous conseillons de faire ressortir, sans plus attendre, à la Commission administrative, que les accords passés par elle avec les Caisses d'assurances sociales sont périmés et doivent être revus. Au cas où vous ne parviendriez pas à convaincre la Commission administrative de la nécessité d'une telle révision, vous pourriez signaler directement la chose au Directeur régional de la Santé. Vous pourriez aussi alerter votre Syndicat départemental pour l'amener à appuyer de son autorité morale, l'action que vous entreprendriez tant auprès de la Commission administrative qu'auprès du Directeur régional de la Santé. Dans l'état actuel des textes c'est, hélas ! le seul mode d'action qui soit à votre disposition ; mais, en utilisant les arguments que nous venons de vous fournir, nous ne doutons pas que vous obteniez dans un bref délai le paiement d'honoraires pour accouchement sur des taux moins ridicules que 56 francs.

★

AUTOMOBILISME.

2524. — A quelle pression gonfler les pneus de Jeep ?

Ayant apprécié maintes fois les conseils que vous donnez aux confrères au sujet de leur voiture, je viens vous demander s'il est possible de monter les pneus de Jeep sur une traction avant et *à quelle pression* les gonfler car on entend à ce sujet les bruits les plus fantaisistes et les pneus étant fort durs je les gonfle 1 kg. 200 à l'avant et 1 kg. 500 à l'arrière.

Dr M.

Réponse.

Les pneus de la Jeep se montent sur la jante de 16 pouces, tandis que les pneus Citroën se montent sur la jante de 400 mm. Ces jantes n'ont pas les mêmes dimensions exactes et surtout le même profil. Les pneus ne sont donc pas interchangeables.

La pression recommandée pour les pneus de la Jeep est de 2 kg. ½ par centimètre carré.

H. PETIT.



POURQUOI LA TENEUR EN SUCRE EST-ELLE UN FACTEUR DE SUCCÈS DU LAIT CONCENTRÉ SUCRÉ ?

Parce que la concentration du lait en présence du sucre confère au mélange de remarquables propriétés digestives.

« Nous avons essayé de voir si cliniquement la supériorité du Lait concentré sucré sur le lait de vache se révélait exacte.

...Les compositions des deux sortes de lait avaient été rendues identiques.

...Nos résultats montrent indiscutablement une différence dans la digestibilité du Lait concentré sucré et du lait frais sucré au moment de l'usage. »

(Prof. Dr M. Polonovski et P. Gellé).

Dosage : Pour fournir à l'enfant 100 calories, donner 30 gr. de Lait concentré sucré, dilués dans 150 gr. d'eau bouillie ou de décoction farineuse.

CONNAITRE

CAHIER DE L'HUMANISME MEDICAL

CAHIER N° 4

MASSES, ELITES ET MEDECINE

SOMMAIRE

Editorial (Connaître). — Le problème des masses (Chevalier). — L'Education des masses (Archambault). — Les moyens modernes peuvent-ils servir à l'éducation des masses (Ponte). — L'éducation sanitaire (Viborel). — Le problème des Elites (Ravier). — Sélections professionnelles des Etudiants en Medecine (Cornil). — Le sens de l'humain et de la liberté dans la Médecine Française (Delore). — *Les courants de pensée :* Claude Bernard en seconde lecture (J. Fiolle). — *Chronique scientifique.* — Entre deux infinis (Mallet). — Le psychisme des animaux inférieurs (Fisher). — *Arts et Médecine :* Les Médecins amateurs de peinture. — *Théâtre* (Levallois). — *Cinéma* (Joinville). — *Bibliographie.*

PRIX DE VENTE DU NUMÉRO : 150 *fr.*

ABONNEMENT A 4 CAHIERS : 500 fr.

Au « Concours Médical », 37, *rue de Bellefond,* Paris (9e). Ch. Post. Paris 167-95.

RAPPEL DES CAHIERS DÉJA PARUS : N° 1 *La Médecine et l'Homme* (épuisé) ; N° 2 *Familles, Peuples et Médecine* (150 fr.) ; N° 3 *Education et Médecine* (150 fr.).

DEMANDES ET OFFRES

N° 475. — On désire trouver les tomes 1 et 2 de l'Anatomie de Rouvière.

N° 476. — A vend. lot de livres et qq. appareils d'ophtalmo. Dr Doucet, 13, rue Daran, Pau.

N° 477. — A vend. lavabo roulant type « Brodard », 2 barils verre à pédale, seau porcelaine, porte-brosse et savon. Etat neuf.

N° 478. — Sage-femme sérieuse, 6 ans clientèle, demande entrer dans clinique ou maternité. Ecr. Mlle Capet, St-Genis-de-Saintonge (Ch.-Marit.).

N° 479. — A céder Microscope Reichert Wien N. 55013 avec condensateur Abbe pour objectif à revolver, 3 objectifs 3, 7 et 1/15 immersion homogène, 2 oculaires statif inclinable, état de neuf. Boîte en bois. Faire offres.

N° 480. — Raison départ, à céder dans charmante ville Sud-Ouest, bonne clientèle. Villa, gr. jardin agrém. et arbres fruitiers, garage. Tous renseign. sur demande.

N° 481. — Maternité petite ville, demande infirmière.

N° 482. — Médec. échanger. client. import. ville Côte-d'Azur contre client. Paris ou Seine. Prendrait succession.

N° 483. — P.M.C. neuve, édit. 31. Ecr. Moreau, à Orex-Montaudon, par Arnac-la-Poste (Hte-Vienne).

N° 484. — Recherche poste O.R.L. Midi, Sud-Est ou Sud-Ouest.

N° 485. — A céder excellent poste pro-pharm. rég. Deux-Sèvres, grande maison pays chasse et pêche. Facilit. de paiem. Ecr. journ. qui transm.

N° 486. — Confr. dem. en même temps que client. méd. gén. dans agglomér. Provence, Côte d'Azur, Touraine, achat d'une belle maison mod. et confort, avec jard. Ecr. journ. qui transmettra.

N° 487. — Méd. remplacer. à partir 25 août région Sud-Ouest.

N° 488. — A vend. Pachon, oscillom. Boulitte, ergameister grille hysholm. 24/30, 30 béniqués, 1 seringue Mayer (Jubé), Instrumentation Merle d'Aubigné, fractures bras et jambes sous rayons, 1 table métall. pour examen et opérations, 1 spiromètre. S'adr. Dr Lancet, Ardres (P.-de-C.).

Gérant : J. MIGNON
Février 1879
Lang, Blanchong et Cie, 30, rue du Poteau - Paris (18e) — 31.1040
Dépôt légal : N° 8
3e trimestre 46

Eczéma
CUROZEMA
9 Dragées par jour
OPOSÉROTHÉRAPIE VALTRY
LABORATOIRE BIOLOGIQUE VALTRY
46, Rue St-Didier-Paris-16e
FORMULE INFANTILE :
Pediozema
GRANULÉ

AIL, SCILLE
PHENYLETHYLMALONYLUREE
Comprimés glutinisés : ni intolérance, ni mauvaise haleine
TENSOPAN
"Hypotenseur constant"
Hypertension
Artério-sclérose,
Angine de poitrine,
Aortites, Asthme, Emphysème
Laboratoires Pharma-France
43, rue de l'Ancienne Mairie
Boulogne-s-Seine - Mol 12-13

SANG DE CHEVAL
EXTRAIT SPLÉNIQUE
EXTRAIT HÉPATIQUE
TOT-SANG
"Régénérateur puissant"
Anémies
Asthénies, Suites post-opératoires,
Carences, Croissance, Puberté
Laboratoires Pharma-France
43, rue de l'Ancienne Mairie
Boulogne-s-Seine - Mol 12-13

Boldolaxine

LABORATOIRE EMILE CHARPENTIER
7, RUE DU BOIS DE BOULOGNE PARIS. XIVe

VALS SOURCE LA REINE

Dans les cas de

DIARRHÉE INFANTILE

quelles qu'en soient la cause et la forme aucun traitement n'a donné des résultats comparables à l'emploi de la diète hydrique par

VALS-REINE



Additionnée au lait elle constitue le meilleur **PRÉVENTIF** de cette diarrhée.

Sté VALS-REINE
à Vals-les-Bains (Ardèche)

OPOTHÉRAPIE ASSOCIÉE

PANCRÉPATINE LALEUF

CAPSULES GLUTINISÉES

DIABÈTE

6 A 12 CAPSULES PAR JOUR
(AU COURS DES REPAS)
SUIVANT PRESCRIPTION MÉDICALE

LITTÉRATURE
LABORATOIRES LALEUF
51, RUE NICOLO. PARIS-16e



CHLORO-CALCION

68e ANNÉE — Nº 36 — 7 SEPTEMBRE 1946

LE

CONCOURS MÉDICAL

37, RUE DE BELLEFOND - PARIS (9e) - TRU 33-66

379-381

SOMMAIRE

PARTIE SCIENTIFIQUE.

Danger des vésicatoires (Pr J. Minet) 983

Consultations médico-chirurgicales : à propos du traitement du tétanos (Dr J. Boudreaux) 985

La congestion du nageur (Dr J. Maronneaud et Dr J.-E. Martin) 985

De l'examen ophtalmoscopique au domicile et au lit du malade (Dr Huet) 986

Actualités américaines. — La vitamine E. dans les maladies de cœur 986

Les Thèses, 986. — Les Livres, 987. — Les Sociétés Savantes, 988. — La Presse, 991.

PARTIE PROFESSIONNELLE.

Propos du Jour : Les Auxiliaires médicaux (J. Noir) 992

Droit professionnel. Allocations familiales : Cotisations et prestations (G. Cazac) 993

Une conférence médicale internationale à Londres (Dr F. Decourt) 995

Le train radiologique de la S.N.C.F. (G. Lavallée) 997

Conte oriental (Dr L.-A. Voignier) 998

DEMI-COLONNES.

Dernières Nouvelles, 976. — A travers l'Officiel, 979. — Echos et Commentaires, 999. — Correspondances, 1.002.

DIGITALINE NATIVELLE

PUISSANT SÉDATIF DE LA TOUX

NEO-CODION

GOUTTES
DRAGÉES

Laboratoires du Dr BOUCHARA
47, Rue de Bretagne PARIS 3e

Infangyl Carlier

TOUX INFANTILES

PYRÉTHANE

Antinévralgique Puissant

18, Rue Ernest-Rousselle - PARIS-13e

Chl. de Ca. Gluconate de Ca. phosph. di-acide de Ca.
(Gouttes)

POLYCALCION

Antihémorragique
Déchlorurant
Neuro-Sédatif

Labor. SCIENTIA
Dr PERRAUDIN
21, rue Chaptal, PARIS

Antianaphylaxie polyvalente

PEPTALMINE

Migraine - Urticaire
Eczéma - Asthme

Lab. SCIENTIA
Dr PERRAUDIN
21, rue Chaptal, PARIS

DERNIÈRES NOUVELLES

Une médaille d'honneur au docteur J. Noir.

Les collègues et amis du Dr Julien Noir, directeur honoraire du « Concours Médical », ont décidé de lui offrir une Médaille à l'occasion de son quatre-vingtième anniversaire de naissance.

Le Corps médical doit se rappeler que J. Noir, réalisant le type du vrai médecin praticien, comme celui du journaliste et de l'humaniste érudits, ne cessa d'être l'apôtre convaincu et le pionnier ardent du syndicalisme naissant, voici plus d'un demi-siècle. Dès 1893, au moment de son installation à Paris, notre futur Directeur, s'inscrivait au Syndicat des médecins de la Seine (autorisé seulement depuis un an), et son activité combattive l'amena rapidement à la présidence de cette association. Puis, en qualité de Secrétaire général de l'Union des Syndicats, poste de lutte, il donna vite la mesure de ses qualités. En 1908, il y a près de cinquante ans J. Noir fut appelé tout naturellement au Concours Médical, qui déjà avait eu l'audace de faire revivre sous une forme rajeunie et moderne l'idée corporative, et qui avait servi pendant de longues années de berceau et de gîte au Syndicalisme. Il fut rapidement amené à prendre la direction de notre équipe, pour laquelle il reste un guide précieux entre tous.

N'oublions pas non plus que notre ami a contribué à la création et au fonctionnement heureux de nombreuses œuvres d'Entraide, de Prévoyance et de Défense Professionnelle.

Ce sont là, entre beaucoup d'autres, des titres éminents à la reconnaissance du Corps médical pour le Dr Noir, que ses collègues ont eu l'idée de faire revivre en une manifestation d'affectueuse amitié.

G. FISCHER.

Assistantes sociales de la Sarthe.

Trois postes d'assistantes sociales, dont un d'assistante-chef sont vacants dans le département de la Sarthe. Traitements servis selon dispositions de la circulaire des Finances du 14 mai 1945. S'adresser à la Direction départementale de la Santé, Préfecture, Le Mans.

Société Française d'Hygiène Scolaire.

Tous les médecins qui s'occupent d'hygiène scolaire ou universitaire, fonctionnaires ou praticiens isolés ou appartenant déjà à une Société scolaire locale, sont invités à adhérer à la Société Française d'Hygiène Scolaire. La première Assemblée générale aura lieu à Paris le mercredi 25 septembre 1946 à 18 heures, 15, rue de la Bucherie (5e).

Adressez les adhésions au Secrétaire général adjoint, docteur Pierre Delthil, 46, rue de Naples, Paris (8e), pour recevoir l'ordre du jour et un bulletin de vote (élection du Bureau définitif).

Comité de Coordination des Conseils départementaux de l'Ordre et Comité intersyndical de la Région parisienne.

UNE IMPORTANTE CIRCULAIRE DU MINISTRE DU TRAVAIL.

J'ai été saisi à plusieurs reprises des difficultés que vous rencontrez dans la constitution des Commissions départementales des dépassements d'honoraires dont l'organisation et le fonctionnement ont été fixés par arrêté du 3 avril 1946, du fait qu'un certain nombre de Syndicats médicaux refusent de désigner leurs représentants auxdites Commissions. Je vous rappelle que la procédure prévue à l'article 13 de l'Ordonnance du 19 octobre 1945 est une procédure de conciliation. Dans le cas où pour la raison susindiquée il y a impossibilité de recourir

SALICYLATE

de SOUDE CLIN

PURETÉ CHIMIQUE — TOLÉRANCE
ACTIVITÉ

Voie buccale

SOLUTION CLIN (2 gr. par cuillerée à soupe.)

SOLUTION concentrée CLIN (2 gr. par cuillerée à café)

CAPSULES glutinisées CLIN (0 gr. 50 par capsule)

Voie veineuse

AMPOULES de Salicylate de Soude glucosé CLIN (solution à 10 % - 1 gr. pour 10 cc.)

AMPOULES de Salicylate de Soude CLIN pour médication sclérosante (solution à 20, 30, 40, et 60 % - Am. de 3 cc.)

Voie musculaire

AMPOULES de Salicylate de Soude CLIN I, M. (1 gr. pour 5 cc.)

LABORATOIRES CLIN - COMAR & Cie
20, rue des Fossés-St-Jacques, PARIS-Ve

HEMOPYLORE 3

AMPOULES BUVABLES DE 5CC ET 2CC

La 1ère Combinaison des méthodes de WHIPPLE, CASTLE & WILLS

Anémies Anorexie

LABORATOIRE ROGER BELLON
LOUIS FERRAND
Ancien Lauréat des Hôpitaux de Paris
PHARMACIEN-GÉRANT
(GAMBÉOL, RECTOCALCIUM, ACTIPHOS, GLOBIRON)
78bis, Avenue Marceau - PARIS (8e)

à une telle procédure, il conviendra, conformément à l'article 100 de ladite Ordonnance, de saisir des dépassements importants et systématiques le Conseil régional de l'Ordre des Médecins, devant lequel les parties sont admises à se faire représenter.

Aux termes de l'article 33 de l'Ordonnance du 24 septembre 1945 relative à l'organisation de la profession de médecin est adjoint au Conseil régional avec voix consultative le médecin conseil régional des Assurances sociales.

J'ajoute qu'il y a également possibilité d'appel de la décision du Conseil régional devant la « section des Assurances sociales » du Conseil national de l'Ordre des Médecins qui comprend notamment un représentant des Caisses de Sécurité sociale et un médecin désigné par le ministre du Travail et de la Sécurité sociale.

TARIFS DE RESPONSABILITÉ DES CAISSES D'ASSURANCES SOCIALES AGRICOLES DANS LA RÉGION PARISIENNE. — Afin de faciliter aux médecins de la Région parisienne l'établissement de leurs mémoires d'honoraires pour soins donnés aux accidentés du travail des professions agricoles (en exécution de l'arrêté du 27 juillet 1946), nous donnons ci-dessous les tarifs de responsabilité des Caisses mutuelles d'assurances sociales agricoles en vigueur depuis le 1er juin 1946

	Seine	S.-et-O. (z. u.)	S.-et-O. (z. r.)	S.-et-M.
C	100	100	90	90
V	130	130	110	110
V. D.	200	175	150	150
V. N.	300	240	175	175
P.C. - K.	75	75	75	60
Acc. simple (1)	3.500	3.500	2.500	2.500
Acc. gémell. (1)	4.000	4.000	3.000	3.000
Indemn. kil...	»	»	10	10

A PROPOS DU SECRET PROFESSIONNEL. — Au « Journal officiel » du 6 juin 1946 est paru un arrêté du Ministre du Travail portant la date du 27 mai 1946 et relatif à la procédure que doivent suivre les assurés lorsqu'ils contestent une décision d'ordre médical prise à leur endroit par une Caisse primaire de Sécurité sociale.

(1) Pour les accouchements simples et gémellaires, la date de mise en vigueur des tarifs est le 1er mai 1946.

D'après cet arrêté, les assurés doivent « présenter une demande écrite adressée par lettre recommandée a la Caisse intéressée, ou déposée contre récépissé aux guichets de celle-ci. Cette demande doit être accompagnée d'un certificat du médecin traitant, indiquant la nature de l'action ou de l'accident ».

Une telle disposition rencontrera difficilement l'approbation des médecins traitants respectueux du secret dû aux malades qui se confient à eux. D'autant plus qu'un certificat « indiquant la nature de l'affection ou de l'accident » ne paraît nullement nécessaire pour déclancher une expertise.

ATTRIBUTION DE L'ASSURANCE-MALADIE AUX PENSIONNÉS DE VIEILLESSE A PARTIR DU 1er JUILLET 1946. — Dans une circulaire datée du 8 juillet 1946, le Ministre du Travail invite les Caisses primaires de Sécurité sociale à faire bénéficier les pensionnés de vieillesse qui n'effectuent aucun travail salarié (ainsi que les membres de leur famille) « des prestations en nature de l'assurance-maladie pour toute affection dont la première constatation médicale est postérieure au 1er juillet 1946, sur simple production des pièces attestant la qualité du pensionné (dernier talon du mandat ou notification de liquidation de la pension) ».

Les pensionnés de vieillesse ne peuvent bénéficier des prestations que pendant une période maximum de six mois de soins et ne peuvent être admis au

Le Concours Médical
Hebdomadaire fondé en 1879 par A. Cézilly.
Directeur honoraire : Docteur J. Noir.
Directeur : Dr G. Lavalée.
Rédacteur en Chef : Dr G. Fischer.
RÉDACTION ADMINISTRATION ET PUBLICITÉ
37, rue de Bellefond, Paris (9e).
Téléphone : TRU 33-66. R. C. Seine 76.579
Chèques postaux, Paris 167-95.
ABONNEMENTS (à compter du 1er octobre 1946) : 1 an, 400 francs - Etudiants, 200 fr. Le N° 15 fr. Changement d'adresse, 5 francs.

ENTEROSPASMYL
Logeais
FOIE
SIMPLE
HÉPATIQUE
MUCILAGINEUX
INTESTINAL
INTESTIN
GRANULÉ VITAMINÉ
n'est pas un charbon
LABORATOIRES JACQUES LOGEAIS - ISSY-LES-MOULINEAUX - PARIS

bénéfice des prestations de l'assurance de longue maladie.

DÉSIGNATION DU REPRÉSENTANT DU MINISTRE DU TRAVAIL AU CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE. — Par arrêté en date du 12 juillet 1946, paru au « Journal Officiel » du 25 juillet 1946, le Dr Hector DESCOMPS a été désigné pour représenter le Ministre du Travail et de la Sécurité sociale au Conseil national de l'Ordre des Médecins.

Comme ses collègues représentant les ministres de la Santé publique et de l'Education nationale, le Dr DESCOMPS est « adjoint au Conseil National avec voix consultative » (article 40 de l'Ordonnance du 24 septembre 1945.

ATTRIBUTION D'AUTOMOBILES AU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS. — Le 26 juillet 1946, l'Assemblée nationale constituante a discuté une proposition de résolution de M. MAGNEZ et plusieurs de ses collègues tendant à inviter le Gouvernement à augmenter considérablement le contingent des bons d'achats d'automobiles neuves et de pneumatiques mis à la disposition du Corps médical français.

Après de très brefs débats, la proposition de M. MAGNEZ a été adoptée par l'Assemblée sur la forme suivante :

« L'Assemblée nationale constituante invite le Gouvernement à envisager d'urgence l'augmentation notable de l'attribution de bons d'achats de voitures automobiles neuves qualifiées et de bons pneumatiques mis à la disposition du Corps médical français, des sages-femmes et des vétérinaires ».

Quel sera le résultat pratique de ce vote ? Il serait sans doute prématuré de fonder sur lui de grands espoirs. Le Ministre de l'Economie Nationale s'est en effet contenté de déclarer qu'il « donne volontiers son accord de principe » et que « le Gouvernement examine à nouveau, en ce moment, la répartition entre l'exportation et la consommation intérieure des voitures de tourisme produites ». « Quant à la répartition des voitures laissées à la consommation intérieure, a-t-il ajouté, nous sommes décidés à faire un effort aussi important que possible pour donner satisfaction aux demandes très légitimes présentées par les médecins ».

De l'exposé de notre confrère, le Dr MAGNEZ qu'il y a lieu de remercier chaleureusement pour son intervention, nous retiendrons les chiffres suivants :

Pendant le 4e trimestre 1945, il a été attribué par le Corps médical de toute la France 50 voitures.

Pour le 1er trimestre 1946 : 110 voitures.

Pour le 2e trimestre 1946 : 170 voitures, dont 116 Simca-5, 18 Peugeot-202, 27 Juva-4, 9 Citroën. A la suite d'une manifestation importante des médecins, un supplément de 25 Citroën pour toute la France a été accordé en fin de trimestre.

Pour le 3e trimestre 1946 : 240 voitures, toutes Simca-5.

(*Communiqué (extraits)*, 6 *août* 1946).

Naissances.

Nous apprenons la naissance de France-Dominique Sabre, fille du Dr P. Sabre, Jeumont (Nord) ; d'Etienne Courtois, troisième enfant du Dr B. Courtois, Sainte-Marie-sur-Ouche (Côte-d'Or) ; de Jean Fabre de Morlhon, deuxième enfant du Dr J. Fabre de Morlhon, Sommières (Gard) ; de Catherine-Marie-Hélène Moreau, quatrième enfant du Dr Moreau, Martigné-Ferchaud (Ille-et-Vilaine) ; de Marie-Christine Marc-Dibildos, fille du Dr Marc-Dibildos, La Roche-Guyon (S.-et-O.) ; de Jean-Pierre Boudon, fils du Dr Cl. Boudon (Vichy) ; de Gilles Buquen, sixième enfant du Dr Buquen, Melrand (Morbihan) ; de Gérard Hofmann, troisième enfant du Dr R. Hofmann, Paris ; de Brigitte Delaoutre, deuxième fille du Dr G. Delaoutre, Ferrière-la-Grande (Nord).

Mariage.

On nous prie d'annoncer le mariage de Mlle Odette Mazot, fille du Dr Mazot (Oran), avec M. Yves Larat de Magnac, pharmacien, licencié ès sciences, fils du Dr Larat de Magnac.

Nécrologie.

Les docteurs Léonce et Pierre Vienne, le docteur Vienne-Lambry font part du décès de Mlle Marguerite Vienne, leur fille et sœur (Lille).

Nous avons le regret d'annoncer le décès du Dr Edmond Grasset, maire de Riom (Puy-de-Dôme).



A TRAVERS L'OFFICIEL

ALLOCATIONS FAMILIALES

Loi du 22 août 1946 fixant le régime des prestations familiales.

La longueur de ce texte ne nous permet d'en donner qu'un bref résumé. Nous en commentons par ailleurs les principales dispositions. (V. p. 993 et suiv.)

(Article premier). — Les prestations familiales comprennent :

1° Les allocations de maternité ;
2° Les allocations familiales ;
3° Les allocations de salaire unique ;
4° Les allocations prénatales.

Allocations de maternité.

(Art. 6). — Le taux de l'allocation est égal pour la première naissance au triple du salaire mensuel du département de résidence et au double pour les naissances suivantes.

Allocations familiales.

(Art. 11). — Le taux des allocations est fixé à 20 % du salaire moyen départemental pour 2 enfants à charge, 50 % pour 3 avec augmentation de 30 % par enfant à charge au delà du 3e.

Allocations prénatales.

(Art. 14). — Le droit aux allocations familiales et à l'allocation de salaire unique est ouvert à compter du jour où l'état de grossesse de la mère est déclaré.

(Art. 15). — Le montant des allocations est versé en trois fractions après chacun des examens prévus par l'ordonnance du 2 novembre 1945 dans les conditions suivantes : une mensualité après le premier examen ; deux mensualités après le deuxième examen ; le solde après le troisième examen.

(Art. 28). Un règlement d'administration publique déterminera les mesures nécessaires à l'application de la loi.

(Art. 30). — La présente loi aura effet du 1er juillet 1946. (*J. O.*, 23 *août* 1946.)

ASSURANCES SOCIALES

Arrêté ministériel du 9 août 1946 modifiant la nomenclature générale des actes professionnels.

Article premier. — Les dispositions de l'article 18 de la nomenclature générale des actes professionnels des médecins, chirurgiens, chirurgiens-dentistes, spécialistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux sont modifiées ainsi qu'il suit :

« Art. 18. — Actes effectués de nuit. — Lorsque, en cas d'urgence justifiée par l'état du malade, les actes de coefficient supérieur à 12 sont effectués de nuit (entre 21 heures et 7 heures), ils donnent lieu au remboursement normal augmenté d'une valeur égale à K × 5 ».

Art. 2. — La liste des spécialistes qualifiés prévue à l'article 22 (1) est établie par le directeur régional de la santé sur proposition du syndicat médical départemental, après avis du conseil régional de l'ordre et du syndicat national de chaque catégorie de spécialistes intéressés.

Art. 3. — Il est ajouté à l'article 27 de la nomenclature générale des actes professionnels, coefficient 5 (PC × 5), la ponction lombaire.

Art. 4. — L'article 29 de la nomenclature générale des actes professionnels est modifié comme suit :

	Rein	
« Néphrectomie	.....	K × 80
« Néphrostomie	.....	K × 70 »

(Le reste sans changement.)

INSULINOTHÉRAPIE
plus de démarches
plus de bons !
LA PRESCRIPTION
DE
L'ENDOPANCRINE
est libre
DEPUIS AVRIL 1946
LABORATOIRE DE L'ENDOPANCRINE
48, RUE DE LA PROCESSION. PARIS (15e)

Révulsif Fouchère
DEUX FORMES :
EMULSION : Adultes
POMMADE : Bébés, Enfants et Adultes à épiderme sensible
LABORATOIRES FOUCHÈRE
RIVE-DE-GIER (Loire)

POMMADE VACCIN AUX ANTIVIRUS
MÉTA-VACCIN
Ne lèse pas les tissus — N'engendre aucune réaction de défense des Agents bactériens.
ACTION DU REMÈDE / RÉSISTANCE DES MICROBES = K. CONSTANTE
Le MÉTA-VACCIN évolue dans son action en même temps qu'évoluent les moyens de défense des germes pathogènes.
LABORATOIRES PAUL MÉTADIER, Dr Ph. — TOURS

Art. 5. — L'article 33 de la nomenclature générale est modifié ainsi qu'il suit :

« Accouchement gémellaire (2) comportant les suites normales consécutives à l'accouchement (surveillance pendant douze jours). Lorsque l'accouchement est accompli par une sage-femme, la surveillance de l'enfant doit être prolongée jusqu'au trentième jour qui suit l'accouchement : forfait n° 1.

« Accouchement gémellaire (2) comportant les visites normales consécutives à l'accouchement (surveillance pendant douze jours). Lorsque l'accouchement est accompli par une sage-femme, la surveillance de l'enfant doit être prolongée jusqu'au trentième jour qui suit l'accouchement : forfait n° 2 ».

(Le reste sans changement.)

Art. 6. — L'article 46, section II. — Electrothérapie et traitements par les rayons ultra-violets lumineux ou infra-rouges (3°), est modifié comme suit :

« Traitement par diathermie en application de surface par électrodes fixes (cutanée ou vaginale) par séance d'une durée égale ou supérieure à 20 minutes, quel que soit le nombre d'électrodes ou de localisations successives ou simultanées : K × 3 E ».

(Le reste sans changement.)

Art. 7. — L'article 53, section II : Massothérapie, est modifié comme suit :

« Massage local avec ou sans mobilisation sur un seul membre	AM × 1,5 B
« Massage local avec ou sans mobilisation sur plusieurs membres	AM × 2 B
« Massage général	AM × 2 E
« Mobilisation manuelle seule	AM × 1 B
« Mécanothérapie	AM × 2 E
« Gymnastique orthopédique individuelle	AM × 2 E »

(*J. O.*, 22 *août* 1946.)

Décret du 20 août 1946 fixant les conditions d'autorisation des établissements privés de cure et de prévention pour les soins aux assurés soc.aux.

Article premier. — La commission régionale chargée, en application de l'article 17, premier alinéa de l'ordonnance du 19 octobre 1945, d'accorder, de refuser ou de retirer aux établissements de soins privés, l'autorisation de donner des soins aux assurés sociaux, est composée ainsi qu'il suit :

Le directeur départemental de la santé du département du siège de la direction régionale de la sécurité sociale, président.

Le directeur régional de la sécurité sociale ou son représentant, vice-président.

Le directeur départemental de la santé, de qui relève le département où est situé le siège de l'établissement intéressé, lorsque ce département n'est pas celui du siège de la direction régionale de la sécurité sociale.

Deux représentants des organismes de sécurité sociale, désignés par la caisse régionale.

Un médecin qualifié par ses connaissances particulières de médecine hospitalière, désigné par les syndicats médicaux intéressés.

Deux représentants des établissements de soins privés désignés respectivement l'un par les organisations professionnels les plus représentatives des maisons de santé de la région, l'autre par les organisations les plus representatives des établissements à but non lucratif de la région.

Un médecin conseil de la sécurité sociale désigné par le conseil d'administration de la caisse régionale de sécurité sociale, sur la proposition du médecin conseil régional.

Des membres suppléants représentant les organismes de sécurité sociale, les médecins et les établissements de soins seront désignés dans les mêmes conditions.

En cas de partage, la voix du président est prépondérante.

AFFECTIONS PULMONAIRES
BALSAQUINTINE
Campho-gaïacolate de Pilocarpine et d'Atropine en milieu Terpinobromoformique
1 à 2 cc par jour
LSW
LABORATOIRES LESCENE
58, Rue de Vouillé - PARIS-15e
et LIVAROT (Calvados)

INERTYL CHARVOZ
Charbons Composés Activés
ADSORBANT — DÉSINFECTANT
ET FIXATEUR DES TOXINES
du tractus digestif
INTOXICATIONS
ENDO OU EXOGÈNES
FERMENTATIONS INTESTINALES — MÉTÉORISME
DIARRHÉES BANALES ET FÉTIDES
ENTÉRITES AIGUES OU CHRONIQUES
DYSPEPSIES
Lab. S. COUDERC
9 et 9 bis, rue Borromée
PARIS-15e Suffren 02-64

Art. 2. — Le siège de chaque commission est fixé à la direction régionale de la sécurité sociale, qui en assume le secrétariat.

Art. 3. — La commission statue sur les demandes d'autorisation formulées par les établissements dans un délai de deux mois à dater de la réception de la demande par la direction régionale de la sécurité sociale.

Ce délai est porté à six mois pour les demandes qui seront déposées dans les trois premiers mois de la constitution de la commission.

La décision de la commission est notifiée à l'établissement intéressé, au ministère de la Santé Publique et au ministère du Travail et de la Sécurité Sociale qui en avisera les caisses régionales.

Art. 4. — L'autorisation peut être retirée à titre provisoire ou à titre définitif par la commission.

La décision de retrait d'autorisation fixe la date à laquelle cette décision prend effet, compte tenu de la nature de l'établissement.

En cas d'urgence, le président de la commission peut, en accord avec le directeur régional de la sécurité sociale, et après avoir recueilli l'avis du représentant à la commission de l'organisation professionnelle dont relève l'établissement en cause, procéder, à titre provisoire, au retrait de l'autorisation. Cette décision prend effet immédiatement et jusqu'à ce que la commission se soit elle-même prononcée.

Art. 5. — Il n'est accordé aucun remboursement par les caisses de sécurité sociale pour les malades soignés dans un établissement non autorisé. Toutefois, lorsque le malade a été admis en cas d'urgence dans un établissement non autorisé, la caisse peut accorder les prestations si, après avis du médecin-conseil de la sécurité sociale, le caractère d'urgence de l'intervention et l'impossibilité où se trouvait le malade d'être hospitalisé dans un établissement autorisé, ont été reconnu.

Le certificat motivant l'urgence doit être adressé au contrôle médical de la caisse, soit par l'établissement, soit par l'assuré, par lettre recommandée, dans les trois jours de l'admission.

Art. 6. — Les établissements qui désirent obtenir l'autorisation de soigner des assurés sociaux doivent justifier qu'ils remplissent les conditions techniques et administratives énumérées dans les documents annexés au présent décret.

A titre transitoire, les commissions d'agrément pourront dispenser provisoirement les établissements de certaines des conditions techniques si les circonstances actuelles s'opposent à leur réalisation immédiate et si leur défaut n'est pas de nature à compromettre la qualité des soins.

La décision de la commission fixera, dans ce cas, la durée de l'agrément provisoire, qui ne devra pas excéder trois mois et qui sera renouvelable.

Art. 7. — En ce qui concerne les établissements visés par l'ordonnance du 31 octobre 1945, relative à l'organisation de la lutte contre la tuberculose, la commission ne peut autoriser, pour les soins à donner aux assurés sociaux que ceux de ces établissements qui sont déjà agréés par le ministre de la Santé Publique en application de l'article 25 de ladite ordonnance.

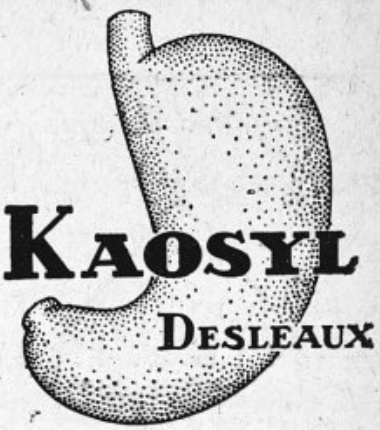
Par dérogation aux dispositions de l'article 6 du présent décret, les établissements qui ont reçu l'agrément délivré par le ministère de la Santé Publique en exécution de l'article 25 précité, sont réputés remplir les conditions techniques énumérées dans les documents annexés au présent décret.

Si la commission estime devoir refuser, ou, ultérieurement, retirer à un établissement l'autorisation de donner les soins aux assurés sociaux, elle doit notifier sa décision au ministère de la Santé Publique et celle-ci n'est exécutoire que dans un délai de deux mois après cette notification.

Art. 8. — Les tarifs d'hospitalisation fixés dans les conventions entre caisses de sécurité sociale et établissements privés de soins, ainsi que les tarifs

MIGRAINES — GRIPPES
DOULEURS CATAMÉNIALES
ALGIES

ALGOCRATINE
Un cachet dès la première sensation de douleur
LANCOSME, 71, Avenue Victor-Emmanuel III — PARIS


KAOSYL
DESLEAUX
PANSEMENT GASTRO-INTESTINAL
LANCOSME. 71 Av Victor Emmanuel III. Paris (8e)

BAUME THOMAS
Douleurs de la première dentition
Véritable Huile de Haarlem G. de Koning Tilly
Cachets Pachaut - Valériane Pachaut - Phosphogène Pachaut - Terbinthiol
Laboratoires THOMAS, 2, rue Ste-Cécile, 21, Fg Poissonnière, PARIS-9

de responsabilité des caisses, sont soumis à l'homologation de la commission régionale.

Toutefois, exception est faite à cette homologation pour les tarifs d'hospitalisation applicables aux établissements pour lesquels les tarifs sont fixés en application de l'article 16 de l'ordonnance du 31 octobre 1945 précitée, aux assurés sociaux hospitalisés dans les établissements de lutte antituberculeuse.

Art. 9. — Les décisions de la commission régionale sont susceptibles d'appel devant une commission nationale composée ainsi qu'il suit, dont les membres sont nommés par arrêté du ministre du Travail et de la Sécurité Sociale.

. . . . . .

Un médecin désigné par les organisations syndicales nationales de médecins spécialement qualifié par ses connaissances particulières de médecine hospitalière.

Un médecin siégeant au comité technique d'action sanitaire et sociale et désigné par ledit comité.

Un représentant désigné par les organisations nationales les plus représentatives des maisons de santé.

Un représentant désigné par les organisations nationales les plus représentatives des établissements de soins privés à but non lucratif.

. . . . . .

Art. 10. — Peuvent interjeter appel des décisions de la commission régionale :

1° L'établissement auquel l'agrément a été refusé ou retiré ;

2° Le ministre du Travail et de la Sécurité Sociale et le ministre de la Santé Publique, ainsi que toute caisse de sécurité sociale intéressée.

Art. 11. — L'appel doit être déposé ou adressé par lettre recommandée avec demande d'avis de réception au secrétariat de la commission, soit par les établissements en cause dans les vingt jours de la notification qui leur est faite de la décision de la commission régionale, soit par les ministres précités ou par les caisses, dans les vingt jours de la date à laquelle ladite décision a été portée à leur connaissance.

Art. 12. — L'appel est notifié dans les quinze jours de sa réception aux parties, collectivités ou administrations intéressées, qui ont un délai de quinze jours pour adresser leur mémoire au secrétariat de la commission nationale.

Art. 13. — La procédure est écrite et contradictoire. La commission peut inviter les parties intéressées à déposer des conclusions orales et prescrire toutes enquêtes ou expertises jugées par elle nécessaires. Elle doit statuer dans les trois mois.

Art. 14. — L'appel n'est pas suspensif. Toutefois, le ministre du Travail et de la Sécurité Sociale peut suspendre l'effet de la décision prononcée par la commission régionale jusqu'à la décision de la commission nationale.

(*J. O.*, 23 *août* 1946.)

SOINS AUX PENSIONNES DE GUERRE

Arrêté ministériel du 20 août 1946 modifiant le tarif des soins aux pensionnés de guerre.

Article premier. — Les honoraires et tarifs homologués ou fixés par la commission nationale instituée à l'article 10 de l'ordonnance n° 42-2454 du 19 octobre 1945, et siégeant en matière de sécurité sociale au ministère du Travail, sont applicables aux soins donnés aux bénéficiaires de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919 sous réserve d'un abattement forfaitaire de 20 p. 100 sur les honoraires de la consultation et de la visite.

Art. 2. — Les dispositions ci-dessus qui abrogent et remplacent toutes dispositions contraires auront effet du 1er juillet 1946.

(*J. O.*, 24 *août* 1946.)



VACCIN DES INFECTIONS DIFFUSES
ET DES SUPPURATIONS
MAL COLLECTÉES

VACCIN R. N.

La SÉLECTION de **FORMES JEUNES**
des microbes **porte au MAXIMUM**
l'activité du vaccin
RÉDUIT au MINIMUM les réactions

LABORATOIRES PÉPIN & LEBOUCQ.
Courbevoie (Seine)

PARTIE SCIENTIFIQUE

DANGER DES VÉSICATOIRES

par M. Jean MINET

Professeur à la Faculté de Médecine (Lille

ASSEZ rarement conseillée par le médecin; très souvent, au contraire, réclamée et même imposée par l'entourage ou par le malade lui-même, pour une pleurésie, une congestion pleuro-pulmonaire, une pneumonie, un processus douloureux rebelle, etc., l'application d'un vésicatoire est susceptible de provoquer des incidents et des accidents parfois graves ou même mortels.

Les deux courtes observations que je vais relater en sont la preuve.

Une femme de 63 ans, dont j'ai rapporté l'histoire avec mon ami J. Leclercq, est soignée depuis plusieurs années pour de l'emphysème pulmonaire accompagné de bronchites à répétition ; elle n'a jamais présenté aucun signe d'insuffisance rénale, cardiaque ou hépatique. Un jour, d'elle-même, elle s'applique sur la poitrine un petit vésicatoire, de 4 cm. sur 4 cm. A la suite de cette application, elle fait une grave crise d'urémie avec anasarque, œdème pulmonaire, oligurie, albuminurie abondante ; elle ne sort de cette crise qu'après plusieurs semaines d'hospitalisation et grâce à une thérapeutique tout particulièrement énergique.

Une jeune fille de 18 ans, souffrant depuis quelques jours d'un " mal de tête " rebelle aux calmants usuels, va consulter son pharmacien. Celui-ci lui remet deux petits vésicatoires, de 2 cm. sur 2 cm. et lui conseille d'en appliquer un derrière chaque oreille. Douze heures après, la malade, qui n'a aucun passé pathologique, cesse d'uriner ; en vingt-quatre heures, elle entre dans le coma ; quarante-huit heures après l'application des deux petits vésicatoires, elle meurt sans avoir repris connaissance, malgré tous les efforts de son médecin.

Urémie grave d'un côté, urémie mortelle de l'autre, consécutivement à l'utilisation de vésicatoires de petite taille chez des sujets en apparence indemnes de toute tare rénale, cardiaque ou hépatique ; tels sont les deux faits frappants sur lesquels je me crois en droit d'étayer les considérations qui vont suivre.

Des accidents aussi graves peuvent bien difficilement être attribués à la seule cantharidine, absorbée à si petite dose. Et si l'on cherche à ces accidents une explication satisfaisante, on ne la trouve, semble-t-il, que dans une lésion antérieure des reins.

Assurément, cette lésion n'était pas soupçonnée, et rien ne permettait d'y penser. Assurément aussi, une autopsie aurait été la confirmation désirable de l'hypothèse que j'émets ici, il n'a pu être procédé à cet examen anatomo-pathologique. Mais que de néphrites sont ainsi latentes, et restent latentes de longues années, accompagnées ou non d'albuminurie. Pour fabriquer de l'urine, et pour en fabriquer la quantité nécessaire au maintien de l'équilibre organique, point n'est besoin d'avoir des reins qui fonctionnent en totalité : les travaux de Castaigne et Rathery, sur la débilité rénale, ont mis cette vérité hors de contestation. De même, au cours des néphrites, au cours d'un mal de Bright, si ancien soit-il, il est bien rare que la totalité de l'appareil rénal soit lésée. Et l'on conçoit qu'il puisse persister une quantité de parenchyme sain, suffisante pour qu'aucun signe d'altération rénale ne survienne, la dépuration urinaire se faisant à peu près aussi bien que si le rein tout entier était intact.

Survienne une cause qui, brusquement, inhibe cette portion de rein restée saine, et les accidents de l'urémie vont évoluer de façon suraiguë. Cette manière d'interpréter des accidents analogues à ceux rapportés plus haut n'est pas une simple vue de l'esprit. Elle s'appuie sur un dossier expérimental indiscutable. Elle avait, d'ailleurs, été entrevue et même énoncée par Gubler, sans que cet auteur pût alors se baser sur des faits précis.

Sachant aujourd'hui qu'il existe des néphrites sans albuminurie, que ces néphrites peuvent rester latentes, au point de ne se manifester par aucun signe appréciable, on arrive aisément à concevoir un rein dont la lésion soit telle que ce rein soit en état d'équilibre instable ; advienne la moindre cause qui touche la portion saine, l'équilibre est détruit et les accidents éclatent, aussi graves que si cette cause avait subitement inhibé la totalité d'un rein sain.

C'est ainsi, et ainsi seulement, qu'il est possible de comprendre comment la dose infime de cantharidine absorbée par mes deux malades a pu déterminer chez elles une urémie aussi rapidement inquiétante. Cette hypothèse satisfait l'esprit, infiniment mieux que celle d'une vague prédisposition ou d'une non moins vague idiosyncrasie.

Des faits de ce genre sont une preuve de la prudence, de la parcimonie, qui doivent présider à l'utilisation des vésicatoires. Pour ma part, c'est un traitement que je n'emploie jamais. Puisque l'on ne peut, en aucun cas, être certain de l'intégrité d'un rein, puisqu'on dispose de révulsifs tout aussi énergiques et sans danger, le " non nocere " des anciens nous ordonne de bannir les vésicatoires de notre arsenal thérapeutique.

CONSULTATIONS MÉDICO-CHIRURGICALES

A PROPOS DU TRAITEMENT DU TÉTANOS

Nous recevons une lettre qui nous permet d'attirer l'attention des confrères sur l'importance de la prophylaxie du tétanos, principalement à la campagne. Soumise à l'avis du Dr Boudreaux, sa réponse fait suite.

Que penser actuellement du traitement du tétanos déclaré ?

Je viens d'observer 2 cas en deux mois, qui ont été 2 échecs thérapeutiques.

B..., 61 ans, cultivateur, tétanos généralisé survenu trois semaines après un panaris sous-unguéal guéri depuis huit jours. Alité depuis deux jours.

Séro - anatoxithérapie, dose totale de sérum : 190.000 unités au rythme de 40.000, 50.000, 100.000 (intramusculaire), anesthésie au rectanol, le 2e jour, pas de sédation ; adynamie progressive, signes d'insuffisance cardiaque. Décès en quarante-huit heures.

F..., 66 ans, boueur, tétanos au début survenu dix jours après piqûre de la plante du pied par clou rouillé. Alité depuis la veille au soir (avait jardiné la journée). Séro-anatoxithérapie, dose totale 240.000 unités intramusculaire au rythme de 100.000, 100.000 et 40.000, aucune amélioration, apparition de crises abdominales, puis coma progressif et décès en quarante-huit heures.

Tous deux ont été traités aussi précocement que possible et j'ai l'impression d'une inefficacité complète du sérum.

La séro-prévention n'a pas été pratiquée, car les malades n'ont appelé le médecin qu'au moment des accidents tétaniques déclarés.

Faut-il revenir aux injections intra-rachidiennes ? L'activité du sérum est-elle " éclipsée " par la virulence actuelle du bacille tétanique comme cela s'est produit pour le sérum antiméningococcique ? J'avais soigné en 1940 des blessés tétaniques et j'avais conservé l'impression d'une activité régulière du sérum.

Dr P. VOIZOT.
(Lorris, Loiret).

I. **LE TRAITEMENT ACTUEL DU TÉTANOS** n'a guère varié depuis ces dernières années. On le trouve parfaitement codifié dans la communication de G. Ramon (" Bull. Académie de Médecine ", 1944, p. 435).

Ce traitement fait appel :

1° A la séro-anatoxithérapie ;

2° Aux moyens adjuvants.

A) **Technique de la séro-anatoxithérapie** (Ramon)

1. Injection intramusculaire d'une dose **unique, massive d'antitoxine tétanique, d'extrême urgence.**

Soit **200.000 unités,** c'est-à-dire **10 ampoules** de 10 cm³ d'une solution d'antitoxine à 2.000 unités par centimètre cube.

Depuis les travaux de G. Ramon, l'Institut Pasteur met en vente non plus l'ancien sérum d'autrefois, fortement albuminé (accidents sériques) et de titrage antitoxique faible : 200 unités au centimètre cube (à ce compte-là, il faudrait injecter un litre pour avoir 200.000 UI), mais un sérum dilué très actif, à peine albuminé : c'est la solution d'antitoxine tétanique curative titrant 20.000 unités par ampoule de 10 cm³ ; si bien que le traitement consiste à injecter une dose unique de 10 × 10 = 100 cm³.

2. Technique de l'anatoxithérapie associée : injecter, en même temps que le sérum, mais dans un **endroit différent, 2 cm³ d'anatoxine tétanique.**

Renouveler ces injections vaccinales à doses progressivement croissantes : 4, 6 cm3 à quatre ou cinq jours d'intervalle, afin de développer une immunité acquise durable.

Au besoin, une injection de rappel de 2 cm³ pourra être faite, sans aucun danger d'anaphylaxie, dans les semaines ou les mois qui suivent.

B) **Les moyens adjuvants.**

Parmi les plus importants et les plus classiques :

1. **Les somnifères.** Tous sont bons à partir du moment qu'ils répondent au principal desideratum : calmer et diminuer la fréquence des crises. Leur action de déblocage de la toxine des centres nerveux est bien sujette à caution.

Chloral...

Somnifène : c'est un des plus pratiques. Puissant, peu toxique, facile à employer en injections **intramusculaires** : 2 cm³ par injection ; 4 à 6 cm³ par jour en répartissant les doses quotidiennes jusqu'à diminution de l'intensité ou de la fréquence des crises : résultat obtenu en général en cinq à six jours.

2. **La réhydratation du malade.** Capitale. Ne pas oublier le rôle du sérum glucosé. (La contraction musculaire consomme beaucoup de glucose.)

***

CAS PARTICULIERS

1. **Le tétanos chirurgical.** L'excision de la plaie, porte d'entrée, s'impose toujours quand elle est possible.

2. **Le tétanos utérin.** Il ressort des nombreuses et récentes discussions de l'Académie de Chirurgie que l'hystérectomie complémentaire de la séro-anatoxithérapie n'est utile que dans les formes subaiguës à incubation assez longue (une semaine). Son action est illusoire dans les autres cas foudroyants.

***

PRÉVENTION DU TÉTANOS

On ne peut parler du traitement du tétanos, encore si grand aujourd'hui, sans souligner que la seule thérapeutique est vraiment d'ordre prophylactique (voir G. Ramon, Académie de Chirurgie, 1938, p. 715).

1. **La prophylaxie d'urgence classique.**

Injection préventive de 10 cm³ de sérum : 3.000 unités **(dose préventive).**

Préférer aujourd'hui l'injection de 10 cm³ de solution **diluée d'antitoxine** tétanique (pratiquement désalbuminée) à celle du sérum A.T. habituellement employé.

Cette dose de 3.000 unités sera répétée une dizaine de jours après la première en cas de blessure grave avec gros délabrement (ou à l'occasion d'une intervention itérative) en raison du caractère passager de l'immunité conférée.

2. **Les méthodes modernes.**

Plusieurs cas se présentent (Ramon) :

a) **Individu non vacciné.**

Si l'on s'en tient à la simple immunisation temporaire passive par l'antitoxine, la dose classique de 3.000 unités, suffisante chez l'enfant, ne l'est peut-être plus chez l'adulte porteur d'une plaie importante. Les doses de 10.000 et 20.000 unités sont préférables.

La méthode de choix : **Association de l'immunité passive à l'immunité active.**

Pour l'immédiat : immunisation passive par injection de 10.000 ou 20.000 unités d'antitoxine.

Pour l'avenir : recherche d'une immunité active par injection vaccinale d'**anatoxine.**

1 cm³ injecté en même temps que le sérum, en un lieu différent.

2 cm³ injectés quinze jours après.

2 cm³ injectés trois semaines après.

b) **Individu déjà vacciné.**

En principe, l'**injection de rappel** de 2 cm³ d'**anatoxine** doit suffire à réveiller une immunité somnolente. Cependant, ce rappel d'immunité demandant quelques jours. Il sera parfois prudent, en face de sujets gravement blessés, présentant de nombreux foyers multipliant les chances de tétanos, d'associer une injection immédiate d'antitoxine préventive.

c) En conclusion, la supériorité de la **vaccination** s'impose facilement : 3 injections d'anatoxine (1, 2, 2) plus une injection de 2 cm³ de rappel l'année suivante Pratique facile, pleine d'innocuité, elle mettrait à l'abri de bien des accidents si elle était systématiquement appliquée.

***

Réflexions à propos de la lettre du Dr Voizot

Bien qu'il soit toujours facile d'émettre quelques critiques sans avoir été mêlé aux événements, et tout en reconnaissant les difficultés que l'on éprouve à exercer le plus scientifiquement possible, la clientèle (surtout rurale), on peut cependant faire les quelques remarques suivantes.

1. Les 2 observations de tétanos rapidement mortels concernent un **cultivateur** et un **boueur,** donc **des sujets plus particulièrement soumis au contage tétanique.** Or, à l'occasion d'un panaris sous-unguéal et d'une plaie du pied, il n'est pas question d'injection préventive du sérum ou de vaccination A.T.

2. Dans l'observation I, la dose de 190.000 unités de sérum (légèrement insuffisante) ne semble avoir été appliquée que le 3e jour de la maladie et, non, au début.

Dans l'observation II, je relève 240.000 unités — ce qui est bien — mais la mention du " rythme des injections " laisse à penser (tout comme dans l'observation I) que l'injection immunisante a été " étalée " sur un certain temps, alors qu'elle aurait gagné à être unique.

3. Je ne trouve pas mention précise de traitement par l'anatoxine. (Il est vrai que dans ces deux cas, très aigus, il n'aurait pas eu le temps de jouer. Mais c'est une question de principe.)

4. Le Dr Voizot suggère une diminution possible de l'activité du sérum actuel. C'est là une question fort intéressante et importante.

En fait, il ne semble pas qu'on soit actuellement en droit de l'incriminer. Mais — ce qui est connu depuis déjà bien longtemps des bactériologistes et expérimentateurs (Vallée, Bazy, etc.) — c'est la grande différence dans la virulence des souches de bacilles tétaniques. Sans doute ces 2 malades avaient-ils eu affaire à une souche particulièrement virulente. De plus, la quantité de bacilles compte aussi. Et si le Dr Voizot a conservé une impression optimiste des tétanos observés chez ses blessés de 1940 (en fait le tétanos a été très rare dans cette guerre-ci), c'est qu'il a sans doute vu des blessés, dont les plaies avaient été excisées ou sulfamidées ou bien encore des blessés antérieurement vaccinés lors de leur incorporation.

Il n'en est pas moins vrai que, malgré les thérapeutiques les plus précoces et les plus modernes, le tétanos déclaré reste une affection terriblement grave. Un tétanos d'incubation rapide, en moins d'une semaine, est presque toujours mortel. Dans l'ensemble, les grandes statistiques accusent 40 à 50 % de mortalité, même aujourd'hui.

Raison de plus pour entreprendre une croisade en faveur de la vaccination.

5. Dernier point : Les injections intra-rachidiennes ne semblent pas donner de meilleur résultat que les intra-musculaires. On ne les emploie plus guère, d'autant plus qu'elles ne peuvent être pratiquées que sous anesthésie générale.

Dr J. BOUDREAUX,
Chirurgien des hôpitaux de Paris.

LA CONGESTION DU NAGEUR

par **Jean MARONNEAUD** (de La Rochelle)
Président de la Commission Médicale Nationale
et **Jean-E. MARTIN**
Médecin du Comité de l'Ile-de-France de la Fédération Française de Natation

Depuis plus de vingt ans, l'un de nous mène une véritable croisade contre les méfaits de ce que nous considérons comme la **légende de la noyade par congestion.** S'il est **indiscutable** que des sujets se noient après avoir pris un repas moins de deux heures avant leur entrée dans l'eau, il reste à prouver : 1° que les mêmes sujets ne se seraient pas noyés à un horaire très différent par rapport à leur repas, soit avant, soit après ; 2° Que les dits sujets savaient bien nager ; 3° Enfin, qu'ils sont morts de " congestion ".

En Angleterre, on ignore la congestion ; plus simplement on se noie. Et il ne s'agit pas là d'un subtil **distinguo.** Toutes les autopsies de noyés montrent certes, de façon constante, des lésions de congestion (encéphaliques et pulmonaires) et cela à quelque heure par rapport à un repas, qu'ait eu lieu l'accident, et que la noyade ait eu lieu en France ou en Angleterre. Si l'on veut, nous affirmerons alors que la congestion n'est pas la cause, mais le résultat de la noyade.

Et toute la question à résoudre reste : pourquoi se noie-t-on ? Nous dirons qu'on se noie :

1° Parce qu'on ne sait pas nager ou bien encore que " l'on croit " savoir nager. Dans le premier cas, on perd pied et l'on " boit la tasse ". Dans le second cas, le moindre incident : herbes, courant, tourbillon, crampe, prend des proportions telles que le pseudo bon nageur s'affole, précipite ses mouvements, boit, s'étouffe, s'épuise et coule ;

2° A cause de l'épuisement musculaire. On commet une imprudence en voulant effectuer, loin de tout secours possible ou sans être accompagné, un parcours au-

dessus de ses possibilités. C'est le cas également des naufragés sachant bien nager ;

3° Le **refroidissement** d'un nageur non accoutumé au froid ou encore d'un naufragé, occasionne une syncope parfois immédiate chez des sujets sensibilisés au froid.

Nous affirmons qu'**un repas de moyenne importance** permet à tout nageur, digne de ce nom, de se jeter à l'eau, à n'importe quel moment de sa digestion, sans danger. En contrepartie, un mauvais nageur se noiera même à jeun, dans les trois conditions précitées. C'est ce qu'il importe de savoir, car il semble à la grosse majorité des gens que si l'on observe rigoureusement la période des trois ou quatre heures suivant un repas, les chances de se noyer sont infimes.

Enfin, un cardiaque, un hypertendu, un brigthique plus ou moins latent, pourront mourir subitement lors d'une baignade, mais le même accident pourrait leur arriver en courant à pied ou en jouant au tennis. Aussi, pour le néophyte, tout réside dans une **sélection** et nous insistons sur la nécessité, pour les nageurs comme pour tous les sportifs, d'un examen médical préalable qui permettra d'éliminer les sensibles au froid (anaphylaxie au froid mise en évidence par l'épreuve du glaçon), les tarés, les cardiaques, les albuminuriques.

A notre avis, la question de l'horaire et de la quantité d'un repas n'a d'importance qu'au cas de natation sportive, c'est-à-dire en cas d'**effort à fournir**. Il ne viendrait pas à l'idée d'aucun sportif de prendre un repas **moins de deux heures avant l'effort**. Et ce qui paraît insensé pour un coureur à pied ou un footballeur l'est également pour un nageur. Mais répétons qu'un vrai nageur s'en tirerait avec un malaise, avec vomissement parfois, qui nuirait à sa performance ou l'obligerait à abandonner, mais ne s'en noierait pas pour cela.

Il faut nager, il faut apprendre à bien nager ; il faut s'entraîner au froid, il faut apprendre à sauver son prochain de la noyade.

DE L'EXAMEN OPHTALMOSCOPIQUE AU DOMICILE ET AU LIT DU MALADE

Votre numéro du 20-2-1946 décrit un excellent appareil facilitant l'examen ophtalmoscopique au lit du malade. Peut-être y a-t-il lieu d'attirer également l'attention sur la possibilité de voir un fond d'œil à l'aide de la loupe habituelle, en remplaçant l'ophtalmoscope par un miroir de Clar muni d'une ampoule d'une pile de lampe de poche. C'est la méthode que j'emploie depuis plusieurs années lorsque je ne puis pratiquer l'examen ophtalmoscopique ordinaire.

Dr Huet (*Dinan*).

ACTUALITÉS AMÉRICAINES

LA VITAMINE E DANS LES MALADIES DU CŒUR

Il s'agit d'une médication qui aurait été préconisée récemment au Canada par un jeune chercheur : Floyd Skelton, et par deux médecins praticiens.

De fortes doses de vitamine E, à condition d'être prises de façon continue comme l'insuline et à l'exclusion de tout autre traitement, pourraient prévenir la destruction des plaquettes (et juguler ainsi la tendance aux hémorragies) et, en même temps, accroître l'irrigation sanguine du muscle cardiaque. Le traitement conviendrait aux maladies du cœur qui surviennent dans l'artério-sclérose, l'hypertension, le rhumatisme et les troubles de la circulation coronarienne. Il calmerait les douleurs angineuses.

Les auteurs émettent l'hypothèse que la forte recrudescence de morts par maladies de cœur, observée depuis quelque temps en Amérique, pourrait être due à une épuration exagérée des aliments : polissage du riz, séparation de la farine des agents vitaminiques, culture des légumes en serre (exclusion des rayons ultra-violets), cueillette des oranges vertes, ce qui aboutirait à priver l'organisme de son ravitaillement normal en vitamine E.

LES THÈSES

Dr Bernard Daveluy. — **Contribution à l'étude de la sulfamidothérapie chez les malades porteurs de lésions rénales** (Thèse de Paris, 1945)

Le traitement sulfamidé, à hautes doses surtout, peut entraîner des accidents rénaux, sous forme d'hématuries, d'oligurie et même de néphrite. L'action nocive semble principalement s'observer lorsque le rein est antérieurement lésé. Ces complications rénales, peu fréquentes toutefois, tiennent à des phénomènes irritatifs ou mécaniques liés pour une grande part à l'élimination urinaire de cristaux formés par la précipitation du sulfamide, conséquence de l'hypersaturation de l'urine. La prophylaxie de ces troubles consistera donc à éviter le taux de concentration dangereux, en accompagnant l'administration de sulfamides de boissons alcalines en quantité assez abondante.

Si le traitement sulfamidé, chez un malade dont les reins sont antérieurement lésés, doit être employé avec précautions, on peut espérer voir cependant, en pareil cas, une bonne tolérance des doses élevées de sulfamides. L'auteur rapporte l'observation d'un malade atteint de néphrite chronique depuis un an, chez lequel l'apparition d'une méningite cérébro-spinale grave nécessita une sulfamidothérapie intensive, qui fut supportée admirablement sans aggravation de l'état rénal. Les troubles néphritiques du malade semblent même avoir été améliorés à la suite du traitement sulfamidé. Le recul du temps, toutefois, permettra seul d'apprécier s'il y a eu, dans ce cas particulier, influence réelle et durable de la sulfamidothérapie sur l'état rénal antérieur.

Dr France Lagrange. — **Des intoxications par le nitro-benzène.** (Thèse de Paris, 1945).

Le nitro-benzène est un liquide huileux, d'odeur agréable, utilisé dans le commerce sous le nom d'essence de mirbane. Produit intermédiaire de

l'aniline, le nitrobenzène est un poison méthémoglobinisant dont les effets toxiques se traduisent par la symptomatologie suivante : une cyanose ardoisée des extrémités, une pâle cendrée du reste du corps, de la dyspnée polypnéique, des troubles nerveux et digestifs, et de la tachycardie.

Les intoxications professionnelles par le nitrobenzène sont actuellement rares. Par contre, les intoxications accidentelles ont augmenté de fréquence depuis la guerre par suite de l'extension de l'emploi de l'essence de mirbane comme parfum de remplacement (savonnettes, confiserie, liqueurs, etc.), comme excipient des peintures, vernis, etc. Un vœu récent du Conseil d'Hygiène a demandé l'interdiction de l'utilisation du nitrobenzène pour ces usages.

Dr Henri Lesage. — **Septico-pyohémie post-angineuse à Bacillus Funduliformis, d'allure sévère, ayant évolué rapidement vers la guérison sous l'influence de la pénicillinothérapie.** (Thèse de Paris, 1945).

Le bacillus funduliformis est un anaérobie strict, saprophyte des cavités naturelles, susceptible de devenir accidentellement pathogène, dans des conditions encore mal déterminées. La plupart des infections qu'il provoque se développent après une angine, le plus souvent érythémateuse ou lacuno-cryptique.

La symptomatologie des septico-pyohémies post-angineuses à bacillus funduliformis est dominée par une triade caractéristique : grandes poussées fébriles avec frissons solennels, localisations pleuro-pulmonaires (infarctus), localisations articulaires (arthralgies, etc.). Les examens de Laboratoire (hémoculture, examen bactériologique des exsudats, réaction de Laporte et Brocard) viennent confirmer le diagnostic.

D'une façon générale, le pronostic de ces septico-pyohémies est très grave. La thérapeutique n'avait donné jusqu'alors que des résultats décevants, mais une espérance vient de naître dans la pénicillinothérapie. Le prof. Lemierre rapportait récemment 5 cas de guérison, par la pénicilline, de septicémies à bacillus funduliformis. Dans son travail inaugural, M. Lesage ajoute un nouveau cas analogue déjà présenté par MM. Desbuquois (de Tours) et Isselin. Chez le malade en question, les thérapeutiques habituelles étaient restées en échec et la situation paraissait, au trentième jour d'une septicémie post-angineuse à bacille funduliformie, sans espoir. L'administration de la pénicilline, commencée alors, fut suivie d'une amélioration immédiate, « dramatique », et d'une guérison complète du patient.

LES LIVRES

G. Doin et Cie, Editeurs
8, Place de l'Odéon, Paris-VIe

M. Pont. — **L'hypotension orthostatique.** Etude clinique, expérimentale et pathogénique. Préface du Dr Louis Gallavardin. Un vol., 224 p. avec pl. hors texte. Prix : 250 fr.

Après un court rappel des réactions de la tension et du pouls de l'individu normal lors du changement de posture, l'auteur étudie, de façon très poussée, d'après les 100 et quelques cas d'hypotension orthostatique contenus dans la littérature mondiale, les réactions tensionnelles et rythmiques et les différents troubles fonctionnels caractéristiques du syndrome.

Dans la partie « formes cliniques » s'opposent les hypotensions orthostatiques secondaires, où le trouble apparaît comme la conséquence d'une maladie connue et décelable, et les hypotensions orthostatiques essentielles, les plus intéressantes d'ailleurs.

Après un bref chapitre de diagnostic vient l'étude pathogénique. Celle-ci est basée sur l'analyse des travaux expérimentaux déjà consacrés à la question de la régulation tensionnelle posturale, et sur un appoint personnel, réalisé dans le laboratoire de Physiologie du Professeur Hermann. La thérapentique est ensuite envisagée.

Au total, suivant la formule du Maître lyonnais Gallavardin, cet ouvrage est certainement la meilleure mise au point existant à ce jour d'une affection aussi étrange et aussi mal connue que l'hypotension artérielle orthostatique.

A la « Société d'Edition Savoyarde »
A Thonon-les-Bains (H.-S.)
A paraître

Bientôt paraîtra un ouvrage intitulé « Crépin, Infirmier de Réserve » (interdit par la Censure en 1944) dans lequel notre Confrère, le Dr Fulbert Taillard a fait raconter à son fidèle infirmier Crépin certaines péripéties du Service de Santé Militaire à l'Intérieur pendant les mois de guerre 1939-1940.

Les Confrères, et spécialement ceux qui ont été mobilisés à l'intérieur, y retrouveront avec plaisir le souvenir des Visites d'incorporation, des Commissions de Réforme, les Hôpitaux complémentaires, les premiers jours de captivité, etc., racontés sous une forme humoristique, en des pages, les unes gaies, les autres émouvantes, mais toutes véridiques.

L'Expansion scientifique française
23, rue du Cherche-Midi, Paris (6e)

9e **Congrès français de gynécologie** (Paris 6-8 octobre 1945). **Le fibrome utérin.** II. Communications et discussions. Un vol. 120 pages. Prix : 200 francs.

10e **Congrès français de Gynécologie** (Lyon, 27-29 mai 1946). **Les troubles de l'ovulation.** I. Rapports. Un vol., 164 pages. Prix : 240 fr.

Masson et Cie
120, boulevard Saint-Germain, Paris

M. L.-R. Montel — **Mémento thérapeutique du praticien colonial.** Un vol., 118 pages. Prix : 100 fr.

L.-M. Carles. — **Agents pathogènes du climat. Les éléments contre l'homme.** Préface du professeur Laignel-Lavastine. Un vol., 338 pages. Prix : 200 fr.

André Chalier. — **La méthode du lever précoce en chirurgie abdominale.** Un vol. « Collection : Médecine et Chirurgie », 112 pages.

René Vincent. — **La pyorrhée dans le cadre de la médecine générale.** Les faits cliniques. Pathogénie. Traitement. Préface de François Moutier Un vol. 203 pages, 43 planches, 1946. Prix : 300 fr.

LES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

Sur la prophylaxie de la mélitococcie
(M. Ch. Dubois. — Présentation par M. Verge ; 21-5-1946)

M. Ch. Dubois utilise depuis 1929 un vaccin préventif de la mélitococcie composé de Brucella abortus et mélitensis tués. Cette vaccination se serait toujours montrée efficace et d'une innocuité absolue. Au 31 Janvier 1938, le vaccin en question avait été employé chez 4.022 personnes plus particulièrement exposées à la contagion (vétérinaires, bouchers, éleveurs, domestiques de ferme). Le temps écoulé depuis la vaccination était de trois à huit ans pour 2.124 personnes ; de deux ans pour 610 personnes, et de un à deux ans pour 1.288 personnes.

ACADEMIE DE CHIRURGIE

Anomalie congénitale des deux mains
(M. Marc Iselin ; 3-4-1946)

M. Marc Iselin présente une jeune fille atteinte d'une anomalie congénitale des deux mains et dont la main droite a été opérée il y a quatre mois. Cette main avait 6 doigts avec 3 syndactylies et pas de pouce. M. Iselin traita dans un premier temps les syndactylies par greffe libre. Dans un deuxième temps, il supprima le premier doigt rudimentaire et fit une pollicisation du deuxième doigt. Dans un troisième temps, ce néo-pouce fut amélioré par suppression de la phalangette et greffe de l'ongle (avec sa matrice) sur la 2e phalange. Résultat final très bon : le néo-pouce, de bonne longueur, vient en opposition parfaite aux autres doigts.

Sur les tumeurs mixtes de la parotide
(MM. Santy et Dargent ; 10-4-1946)

M. Santy rapporte l'histoire d'un malade de 50 ans opéré pour tumeur mixte récidivante de la parotide : une première fois à l'âge de 20 ans (énucléation suivie d'une période de dix-huit ans sans récidive) ; une seconde fois à l'âge de 38 ans (nouvelle énucléation) ; une troisième fois en 1944 (parotidectomie totale avec dissection des filets du facial) ; une quatrième fois en 1946, pour récidive dans la cicatrice de parotidectomie totale. L'examen histologique a montré à la suite de la quatrième opération un aspect de cancer authentique. Pour conclure, M. Santy incline à considérer qu'une tumeur mixte de la parotide, qui a récidivé peu ou trop après les interventions locales et manifeste sa reviviscence plus de vingt ans après, doit être tenue pour très suspecte, et justifie l'évidement large de la loge parotidienne avec sacrifice du facial.

— M. Roux-Berger se déclare tout prêt, même en l'absence de signes cliniques et courants de malignité (absence de douleurs et de paralysie faciale) à accepter l'avis de M. Santy : tenir pour malignes et traiter comme telles, les récidives répétées et surtout tardives des tumeurs en question.

— M. Santy ajoute que, dans sa pensée, il ne s'agit nullement de condamner la parotidectomie totale, qui ménage le facial et qui est un progrès considérable sur la simple énucléation, dans le traitement des tumeurs mixtes de la parotide. Mais, quand il y a eu des récidives nombreuses et qu'entre ces dernières il s'est passé un long espace de temps, il faut craindre, même en l'absence de signes cliniques de malignité, une dégénérescence maligne et aller au-delà de la parotidectomie, faire des résections plus larges. Il semble que la dégénérescence tardive des tumeurs mixtes demande un intervalle de quinze à vingt ans généralement. L'erreur serait de traiter ces cas comme des récidives banales de tumeurs mixtes.

— M. Truffert note que le traitement des tumeurs mixtes de la parotide n'a peut-être pas encore trouvé sa solution définitive.

P. L.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX DE PARIS

Accident de la vaccination antirabique.
(M. Mollaret ; 24-5-1946)

M. Mollaret rapporte le cas d'un homme qui, après une vaccination antirabique, présenta une diplégie faciale avec syndrome à type de polyradiculonévrite. Il n'a pas été fait de P.L. La diplégie faciale a persisté.

— M. Cattan a observé une diplégie faciale persistant encore 2 ans après et un cas avec céphalée, syndrome méningé et ataxie qui n'a persisté que 2 ou 3 jours.

Troubles neurologiques au cours de l'intoxication par le chloralose.
(MM. Binet, Tanret et Castaigne, 24-g-1946)

Malade ayant tenté de se suicider au chloralose. Après sa sortie du coma on constate une paralysie du moteur oculaire commun droit et un syndrome cérébelleux droit. Ce dernier persista 3 jours, le syndrome oculaire plus longtemps. Guérison en 8 jours.

M. Tanret a expérimenté l'action du chloralose sur le système nerveux. Le médicament est retrouvé en plus grande quantité au niveau du bulbe que de la corticalité ; ces faits peuvent expliquer la mydriase et les phénomènes toniques.

30 cas de sciatique par hernie discale opérée par technique non mutilante et sans injection de lipiodol. Premiers résultats.
(MM. de Sèze, Guillaume, Boulard et Jurnaud ; 24-5-1946)

Les auteurs rapportent des cas de sciatique où, après localisation sur L5 ou S1 d'après l'analyse des signes cliniques, le ligament jaune correspondant est repéré par injection profonde d'encre de Chine sous contrôle radiologique. La hernie discale est extirpée par voie extradurale après simple effraction du ligament jaune, sans résection des apophyses épineuses, sans laminectomie. Les suites opératoires sont des plus simples. Les malades se lèvent le 4e jour et reprennent rapidement leur travail. Pas de séquelles radiologiques.

M. Coste. — Il est cependant des cas où il faut un jour opératoire plus large. N'a pas observé de troubles statiques post-opératoires par la technique classique.

M. de Sèze. — Avec la technique classique, certains malades se plaignent de fatigabilité lombaire, qui est due en partie à l'adhérence du sac dural au plan fibreux remplaçant l'arc postérieur.

COIRRE

Pharmaciens de l'Université de Paris

DEPUIS 1849

PROSPER COIRRE 1849
GASTON COIRRE 1889

Dr JEAN COIRRE 1909
ET
PAUL COIRRE 1933
SUCCESSEURS

Pansement gastro-intestinal

ULCERES GASTRO-DUODENAUX
DYSPEPSIES - DIARRHEES
COLITES AIGUES ET CHRONIQUES
DIARRHEES DES NOURRISSONS

Aucune toxicité

2 à 5 cuillerées à café par jour
Echantillon sur demande

TITANE COIRRE

Anhydride titanique pur (TiO_2)

COIRRE - PHARMACIENS
6, Bd MONTPARNASSE, PARIS-6e
TEL. SEG. 02-79

SMP

AGOCHOLINE

DU DOCTEUR ZIZINE

POSOLOGIE :
1 à 3 cuillerées à café le matin à jeun, dans un demi-verre d'eau chaude.

STIMULANT HÉPATIQUE ET BILIAIRE

LABORATOIRES DU DOCTEUR ZIZINE
24, Rue de Fécamp
PARIS-12e

PHAGOSTHYL

NEUROTONIQUE - RECONSTITUANT

HÉMO-PHAGOSTHYL

RÉGÉNÉRATEUR DES GLOBULES SANGUINS

PHAGOSTHYL MANGANÉ

RÉCALCIFIANT - RÉMINÉRALISATEUR

AMPOULES DE 5 CC.
(SÉRIE INFANTILE : ampoules de 2 cc.)
Une inject. intramusculaire ou sous-cutanée tous les deux jours

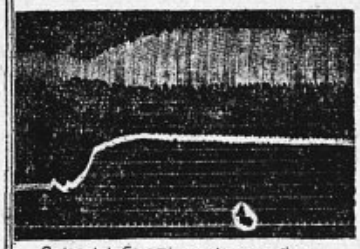
Lab. : ANDRÉ PARIS, 4, Rue de la Motte-Picquet, PARIS-15e

Coramine

NOM DÉPOSÉ

CARDIOTONIQUE EUPNÉIQUE

CIBA



Action de la Coramine sur la respiration et la pression artérielle

Stimule
CŒUR - RESPIRATION

Cardiopathies - Collapsus
Maladies infectieuses

GOUTTES	AMPOULES
XX à C par jour	1 à 8 par jour

3.442.1

LABORATOIRES CIBA, D' P. DENOYEL, 185 à 117, Boulevard de la Part-Dieu - LYON

ANEMIES

Ampoules buvables
Une ampoule avant chaque repas

HEPAMINE MAUCHANT

Acides aminés Hématogènes

Comprimés
Quatre comprimés avant chaque repas

LABORATOIRE MAUCHANT
GENNEVILLIERS (Seine)

Un cas parisien de tularémie.
(MM. Girard, Blass et Ely ;
Présentation par M. Mollaret ; 29-3-1946.)

Dquble observation d'un couple, dont le mari fut atteint de céphalée, courbature, congestion pulmonaire, exanthème morbilliforme ; vers le 20e jour, apparition de glanglions (axillaire et épitrochléen) avec lymphangite. La femme fut prise, quelques jours après, de fièvre peu élevée sans autre symptôme, avec apparition vers le 20e jour de ganglions axillaires. L'examen du sang montra une monocytose importante et un séro-diagnostic très fortement positif dans les deux cas. Le couple avait reçu quelques jours auparavant de la campagne un lièvre de race allemande. J. Ch.

SOCIETE FRANÇAISE DE GYNECOLOGIE
Séance du 21-1-1946

Troubles de réceptivité et kyste sus-sellaire.

MM. Ferrier et J. Guillaume. — Au cours de cette communication, réservée plus spécialement aux troubles de réceptivité folliculinique, les auteurs envisagent les rapports qui peuvent exister entre ces troubles et la présence d'un kyste sus-sellaire. Certaines constatations opératoires montrent que l'intervention est susceptible de modifier l'état de non-réceptivité de façon différente suivant les récepteurs atteints. Ce fait suggère l'hypothèse que le trouble de réceptivité puisse résulter d'une perturbation de la vaso-motricité du récepteur sous l'influence d'une lésion nerveuse centrale.

Pseudo-fibrome de nature inattendue.

M. R. Cleuet (Lille) a opéré un pseudo-fibrome qui était en réalité une masse formée par l'utérus, un kyste suppuré de l'ovaire, les trompes fortement augmentées de volume et l'appendice ; le tout uni par des adhérences très solides. La malade a guéri très simplement après hystérectomie sub-totale suivie d'un Mickulicz.

Le diagnostic de fibrome paraissait évident, car la masse était absolument indolore, elle était un peu mobile, les règles étaient abondantes, et il n'y avait aucun signe d'inflammation ancienne ou récente. L'auteur évoque les conséquences qu'aurait pu avoir un traitement physiothérapique, en pareil cas.

Dégénérescence hydropique d'un fibrome avec pseudo-kyste central.

Communication par M. H. Reynaud (de Cognac).

LA PRESSE

Indications de la myomectomie dans ses rapports avec la fonction de reproduction. — L'ablation isolée des fibromes laissant en place le muscle utérin, les trompes et les annexes, constitue non seulement une opération conservatrice au sens le plus large du mot, mais même un acte susceptible d'améliorer, dans certains cas, les conditions liées aux fonctions de reproduction. Si cette opération n'a généralement en regard de l'hystérectomie qu'une place réduite, c'est qu'elle comporte une difficulté réelle, qui consiste non pas dans sa réalisation technique, mais bien dans le choix judicieux et rationnel de ces indications. C'est ici l'intérêt d'une étude de **V. Le Lorier** qui aborde la question en dehors de la gestation, au cours de la gravidité, enfin au cours même du travail ou des suites de couches.

En ce qui concerne spécialement le fibrome pédiculé intra-utérin, l'accouchement de celui-ci précède ou suit celui du fœtus et la délivrance. C'est ainsi qu'on peut voir des fibromes pédiculés être expulsés devant le fœtus ou derrière le placenta, de façon immédiate ou dans les jours qui suivent l'accouchement.

Deux points sont à préciser en ce qui concerne l'avenir général des femmes myomectomisées : d'une part la régression physiologique des fibromes dans le post-partum doit inciter l'opérateur à réserver la myomectomie uniquement aux fibromes ayant un volume considérable, ainsi qu'aux cas de fibromes multiples, et à limiter l'opération aux noyaux les plus volumineux et les plus extériorisés; — d'autre part, les récidives après myomectomie, qui sont rares, n'en existent pas moins (8 %). Ainsi la myomectomie, opération idéale, ne doit pas être cependant considérée comme apportant de façon certaine, la cure définitive de la fibromatose utérine. Néanmoins, les résultats qu'elle a permis d'obtenir, sont tels, qu'il y a lieu de lui donner une place très large dans le traitement chirurgical des fibromes au cours de la puerpéralité. Si on considère cette opération du point de vue de la reproduction, elle améliore les conditions générales de fécondabilité et de développement de l'utérus. (« La Puériculture », mai 1946.)

Contribution à l'étude du traitement de l'ovarite scléro-kystique par la testosterone. — **M. Papillon,** après avoir rappelé le tableau clinique bien individualisé de cette lésion, qui s'accompagne volontiers d'autres malformations génitales, et parfois relève d'une syphilis héréditaire ou d'une tuberculose génitale torpide, reconnaît l'action de la testosterone comme sédative, régulatrice, stabilisatrice. Ce rôle est parfois très brillant, et l'on voit des malades souffrant depuis des années, soumises à de nombreux traitements, venir déclarer que, depuis bien longtemps, elles ne s'étaient si bien trouvées. D'autres fois, le résultat est bien moins net et quelquefois nul. Jamais cet auteur n'a constaté d'aggravation ni de la douleur, ni des troubles menstruels, ni de poussées sur l'ovaire. L'action de la testosterone doit être rapprochée de celle du corps jaune, mais elle est plus marquée. Pour qu'elle soit utile, il est bon que l'injection soit pratiquée dans la première période du cycle, avant la ponte ovulaire, d'ailleurs souvent retardée dans l'ovarite kystique : le propionate à des doses de 10 à 20 milligr. en une seule injection huileuse pratiquée entre le dixième et le quinzième jour du cycle. Mais le résultat est bien différent suivant les différentes causes de l'ovarite scléro-kystique. Si donc on ne peut parler de traitement univoque, la testostérone apparaît comme un sédatif, un correcteur des troubles fonctionnels ; à ce titre, en synergie avec les autres traitements, elle rend de grands services. (« Rev. Fr. de gynécologie », mai 1946.) G. F.

PARTIE PROFESSIONNELLE

PROPOS DU JOUR

LES AUXILIAIRES MÉDICAUX

Les auxiliaires médicaux étaient naguère considérés par le corps médical avec une certaine défiance. On les accusait, et non sans raison, de critiquer les praticiens, de faire de l'exercice illégal de la médecine, de donner à tort et à travers des conseils dont les conséquences fâcheuses engageaient leur responsabilité, quelquefois celle du médecin qui les employait. L'évolution sociale et technique de la médecine a rendu l'emploi des auxiliaires médicaux indispensable. Il faut dire qu'ils se sont améliorés singulièrement. On exige d'eux une certaine instruction générale et des connaissances professionnelles de plus en plus étendues, d'où une élévation marquée dans les milieux où ils se recrutent. On met à leur disposition un certain nombre de fonctions officielles qui leur assurent l'avenir. Les praticiens commencent à se les attacher.

Naguère un chirurgien opérait le malade à domicile. Il avait tout au plus un ou deux aides, pour donner le chloroforme, ou lui tendre les instruments. Le plus souvent il opérait avec l'aide du praticien qui l'avait appelé auprès du patient.

Aujourd'hui pour la plus petite intervention chirurgicale, on la pratique dans la salle d'opération d'un hôpital ou d'une maison de santé avec de nombreux auxiliaires : anesthésiste, internes, infirmières, etc. Si le médecin du malade qui l'a confié au chirurgien, assiste à l'intervention, ce n'est souvent pas comme aide mais comme simple spectateur.

Il faut distinguer deux catégories d'auxiliaires selon qu'on considère le point de vue administratif ou le point de vue technique. Souvent la même personne peut assumer les tâches de ces deux catégories.

Au point de vue administratif nous trouvons les secrétaires médicaux et les assistantes sociales.

Les *Secrétaires administratifs* (1) s'imposent à tous les praticiens qui ont une forte clientèle ou qui ont une clinique, un dispensaire ou une maison de santé. Le secrétaire administratif doit recevoir les clients, fixer les rendez-vous, pourvoir aux dépenses professionnelles, tenir la comptabilité, devenue indispensable avec l'impôt sur les revenus et des divers tarifs appliqués aux pensionnés de guerre, aux assurés sociaux, aux A. T., aux mutualistes. Il fait les notes d'honoraires et les fait parvenir ; il rédige la correspondance, sur l'indication du médecin, libelle le attestations et certificats et les fait signer. Il est chargé d'établir les fiches et de faire des statistiques. Souvent, quand le praticien n'a pas une clientèle très importante, et à la campagne, c'est l'épouse du médecin qui assume la tâche du secrétaire administratif et parfois le secrétaire, insuffisamment occupé, remplit le le rôle d'aide technique.

L'assistante *Sociale* est plus utile au malade qu'au médecin, à l'inverse du secrétaire administratif. Sa tâche est multiple. Elle visite les malades, doit veiller à ce que les prescriptions du médecin soient régulièrement et bien appliquées ; elle donne des conseils pour les soins aux enfants et particulièrement des nouveaux-nés, sur la tenue du menage ; elle veille à l'hygiène alimentaire, à la stérilisation du lait. Elle seconde la mère de famille pour lui faire obtenir ce à quoi elle a droit. Très au courant des lois et décrets et règlements, elle fait les démarches nécessaires ou renseigne la famille pour le placement d'un ou d'une malade dans une institution, sanatorium, préventorium, colonies de vacances, etc. L'assistante sociale pourra être attachée à une école. Elle seconde le médecin inspecteur de l'école, aide à rédiger et à classer les fiches, s'occupe des vaccinations, établit la statistique, fait des enquêtes sur les enfants malades, A défaut de la mère, conduit le petit malade à la consultation du médecin spécialiste.

Nous mettons à part dans la catégorie des auxiliaires techniques, les collaborateurs de la recherche scientifique : pharmaciens, chimistes, physiciens, biologistes, vétérinaires, physiologistes, psychologues, etc, etc. Auxiliaires dont la collaboration est indispensable au professeur médecin qui se livre à des recherches dans les domaines de la clinique et de la thérapeutique, ce sont de véritables savants. Nous mettons à part ceux qui travaillent avec un statut spécial ou qui peuvent être appelés à être éventuellement des auxiliaires médicaux : chirurgiens-dentistes, sage-femmes, pédicures et les artisans tels que bandagistes, les oculistes, etc... Nous nous bornerons à envisager le personnel infirmer hospitalier et en premier lieu l'infirmière de soins.

L'infirmiere *de Soins* doit avoir une instruction et une éducation spéciale assez étendues, indispensable à toute personne qui soigne des malades. Munie de ces connaissances, elle peut se spécialiser. Cette specialisation actuellement dépend le plus souvent du médecin à qui elle est attachée, dont elle exécutera les ordres.

L'infirmière de soins doit-être toujours souriante, surtout quand elle a affaire aux enfants ; elle veillera à ce que les prescriptions du médecin boissons, de l'alimentation, de la toilette du malade, prendra sa température et la notera, conservera les urines, les crachats, signalera ce qui paraît anormal dans les déjections et les conservera au besoin, veillera au couchage, etc, etc...

(1) Le secrétaire administratif est le plus souvent une femme.

L'infirmière, attachée à un chirurgien, pourra être chargée de la stérilisation des instruments et des objets de pansements ; le chirurgien pourra lui confier la surveillance du malade anesthésié. Le médecin radiologiste occupe des infirmières pour surveiller ses appareils, l'aider dans une foule de pratiques, notamment en radiothérapie.

Tous ces actes médicaux qui exigent de l'infirmière de soins des connaissances spéciales, acquises par la fréquentation du médecin spécialiste, *s'accomplissent sous la responsabilité de ce dernier.*

L'ETAT qui occupe des auxiliaires médicaux dans les hôpitaux, les dispensaires, l'assistance médicale, ou qui impose ces auxiliaires dans les institutions qu'il contrôle : assurances sociales, inspection médicale des écoles, sanatoria, préventoria, etc, etc., a créé des diplômes spéciaux pour les assistantes sociales et pour les infirmières exigibles pour remplir certaines fonctions.

L'évolution de la médecine et le développement prodigieux de la médecine sociale ont rendu indispensables les auxiliaires médicaux qui étaient, il y a quelques années, employés par des praticiens privilégiés ou par les hôpitaux. J. NOIR

DROIT PROFESSIONNEL

ALLOCATIONS FAMILIALES
COTISATIONS ET PRESTATIONS

DANS le cadre prévu par le plan de sécurité sociale, le régime des allocations familiales vient de subir d'importantes modifications. Sans examiner le fonctionnement des caisses, nous voudrions seulement exposer les modalités actuelles du calcul des cotisations et des prestations familiales.

Les cotisations aux caisses d'allocations familiales étaient jusqu'à présent des cotisations de compensation, c'est-à-dire calculées en fonction des allocations versées par les caisses, chacune ayant la possibilité de fixer un taux différent selon le nombre des enfants bénéficiaires, l'importance des bénéficiaires pouvant varier selon les professions ou les régions, et en conséquence le taux des cotisations. Désormais, les cotisations sont fixées d'une manière uniforme par arrêtés ministériels (1). Les travailleurs indépendants sont classés en trois catégories selon que leur profession bénéficie d'une contribution plus ou moins importante de l'Etat pour la charge des allocations. Les professions médicales, partageant avec les ministres des cultes et les professions judiciaires le coûteux privilège de n'avoir droit à aucune subvention de l'Etat pour leurs allocations familiales (2), se trouvent donc classées dans la catégorie où *le taux de cotisation est le plus élevé.*

Le taux de cette catégorie vient d'être fixé à 10 % du salaire moyen départemental, ce qui donne, compte tenu de la dernière augmentation de salaires, une cotisation trimestrielle variant de 1.700 francs pour la Seine à 870 francs pour les communes rurales de certains départements. Rappelons que le dernier taux de cotisation pratiqué par la Caisse d'allocations familiales des professions médicales était de 9 % du salaire moyen. Enfin les médecins employant de la main-d'œuvre professionnelle paieront pour eux-mêmes une cotisation égale à celle des travailleurs indépendants telle que nous venons de l'indiquer, et pour leur personnel une cotisation égale à 12 % des salaires versés. (3)

LES *prestations* dues en contrepartie de ces cotisations ont non seulement subi depuis le 1er juillet l'augmentation entraînée par la fixation des nouveaux salaires départementaux, mais encore ont été étendues, par la loi du 22 août 1946 à de nouvelles catégories de bénéficiaires. Ces prestations sont désormais divisées en quatre catégories :

1° Les allocations maternité ;
2° Les allocations familiales ;
3° Les allocations de salaire unique ;
4° Les allocations prénatales.

Les allocations de *maternité*, primes dues jusqu'à présent uniquement pour la première naissance, sont désormais accordées pour chaque naissance ayant lieu dans les trois ans qui suivent la précédente maternité, et pour la première maternité si la mère a moins de 25 ans, ou si la naissance a lieu dans les deux ans du mariage. Cette allocation est égale à trois fois le salaire moyen mensuel pour la première naissance et deux fois le même salaire mensuel pour les autres naissances ; elle est payable en deux fractions, l'une versée au moment de la naissance, l'autre six mois après.

Les allocations *familiales proprement dites* sont versées dans les mêmes conditions qu'auparavant, la seule modification importante étant l'assimilation à un enfant poursuivant ses études, de l'enfant du sexe féminin qui se consacre aux travaux ménagers ou à l'éducation d'au moins deux enfants de moins de 10 ans ; le droit aux allocations pour cet enfant est donc prolongé jusqu'à 20 ans. Le taux des allocations familiales est ainsi fixé :

2 enfants : 20 % du salaire moyen ;
3 enfants : 50 % du salaire moyen.

Ensuite, augmentation de 30 % par enfant à charge au delà du troisième.

L'allocation de *salaire unique* n'est versé qu'aux ménages ou aux personnes salariées qui ne bénéficient que d'un seul revenu professionnel. Seuls les médecins occupant une situation salariée peuvent donc y avoir

(1) Arrêté du 3 Août 1946 *J.O.* 3 et 4 Août.
(2) Décret du 8 Avril 1941.
(3) Portée à 14 % selon les dernières déclarations de Mr Croizat.

droit, les travailleurs indépendants que sont les médecins exerçant leur profession en clientèle libre étant exclus du bénéfice de cette allocation. Son taux est de 10 % du salaire moyen pour un enfant unique de plus de 5 ans ; 20 % soit pour un enfant de moins de 5 ans, soit pour un enfant de plus de 5 ans restant seul à charge d'une famille de plusieurs enfants, soit pour un enfant de plus de 5 ans à la charge d'une personne isolée, ou d'un allocataire dont le conjoint est malade ou infirme ; 40 % pour deux enfants à charge ; 50 % à partir de trois enfants à charge.

La création des *allocations prénatales*, principale innovation de la loi du 22 août, donne droit aux allocations familiales et éventuellement de salaire unique à compter du jour où l'état de grossesse de la mère est déclaré, et au maximum pour les neuf mois précédant la naissance. Si l'enfant à naître ne donne pas droit à une allocation, et c'est le cas du premier enfant d'un travailleur indépendant, l'allocation prénatale est calculée sur la base des allocations familiales versées pour deux enfants à charge (20 % du salaire moyen). Les allocations prénatales ne sont versées que si la mère observe les prescriptions de l'ordonnance du 2 novembre 1945 sur la protection maternelle et infantile. Rappelons que cette ordonnance prévoit au cours de la grossesse trois examens médicaux. La première fraction de l'allocation prénatale égale à une mensualité, est versée après le deuxième examen médical, la troisième fraction égale au solde de l'allocation, n'est versée qu'après le troisième examen médical.

TELLES sont les prestations créées ou maintenues par la loi du 22 août. Ce texte apporte, en outre, au régime des allocations familiales de nombreuses modifications dont nous ne pouvons signaler que les plus importantes. Tout d'abord, il faut noter que désormais toutes les difficultés soulevées en cette matière seront jugées comme en matière d'assurance sociale, dans les conditions prévues par l'ordonnance du 19 octobre 1945, c'est-à-dire : compétence en premier ressort du Juge de Paix avec possibilité d'appel devant le Tribunal Civil. Par ailleurs, la loi prévoit des peines d'amendes pour ceux qui auront tenté de percevoir des prestations non dues, ou qui auront tenté d'organiser le refus par les assujettis de se conformer à la législation sur les prestations familiales.

Le cumul des allocations familiales avec d'autres prestations soulevait souvent certaines difficultés, la loi du 22 août prévoit que lorsqu'un enfant donne droit aux prestations familiales et à une majoration, soit de l'allocation de chômage, soit de l'allocation aux réfugiés, soit des allocations militaires, soit d'une retraite ou pension versée par l'Etat les collectivités publiques ou les organismes de prévoyance obligatoire, les prestations familiales sont perçues par priorité, ce n'est que dans le cas où ces prestations seraient inférieures au montant des majorations que ces dernières pourront être versées, réduites du montant des prestations familiales.

Enfin il est prévu que le règlement des allocations familiales a lieu au moins une fois par mois, et que l'action de l'allocataire pour le paiement des prestations se prescrit par deux ans. Un règlement d'administration publique doit d'ailleurs déterminer les mesures d'application de la loi du 22 août qui, par bien des points, est imprécise et peut soulever nombre de difficultés.

LES nouvelles dispositions légales que nous venons d'énumérer n'apportent certes pas au Corps médical les réformes réclamées depuis longtemps. La charge des cotisations est encore augmentée tout à la fois par les nouvelles fixations des salaires moyens et par l'augmentation du taux. Souhaitons même que ce taux fixé avant la parution de la loi du 22 août soit suffisant pour couvrir les frais des nouvelles prestations créées par cette loi (4). Pour un médecin parisien, les cotisations atteindront : 6.800 francs par an et les règles actuelles d'exonération *ne permettent, en pratique, aucune exonération*, sauf dans des cas exceptionnels. Il faut, en effet, pour bénéficier d'une exonération totale de cotisation ne pas avoir eu l'année précédente de ressources totales, professionnelles ou non, et y compris celles du conjoint, supérieures au quart du salaire moyen, soit pour Paris, par exemple, avoir moins de 1.410 francs par mois.

La charge de ces cotisations sera donc lourde pour les jeunes médecins venant de s'installer et pour les médecins âgés, que les difficultés actuelles contraignent à continuer leur activité professionnelle, mais une activité qui est forcément limitée ; cette catégorie ne bénéficiera plus de la cotisation réduite, qui lui avait été accordée par la Caisse des Professions médicales. La seule solution équitable, que nous réclamons depuis longtemps, serait pourtant une *cotisation proportionnelle* aux recettes professionnelles ou tout au moins fixée *par catégorie*.

Pour les médecins chargés de famille, la nouvelle législation apporte certes une amélioration des prestations, mais ces avantages seront encore insuffisants, compte tenu des cotisations que ces médecins continueront à payer et de l'exclusion du bénéfice de l'allocation de salaire unique.

L'APPLICATION d'un régime uniforme ne permet pas d'établir des règles particulières pour chaque profession, règles qui se justifieraient cependant par les diversités existant pour l'exercice de chacune d'elles. La meilleure solution semblait cependant celle qui confiait à chaque profession le soin de répartir les allocations ; le législateur a préféré tout unifier sur un plan régional, mais cette solution est certainement la plus coûteuse. Les organismes professionnels médicaux, conseils de l'ordre, syndicats ont dans des ordres du jour récents réclamé le maintien de l'indépendance de la *Caisse d'allocations familiales des professions médicales*. Ces voix qui sont celles du bon sens seront-elles entendues ?

G. CAZAC.

(1) L'ordonnance récente de la majoration des cotisations des employeurs laisse en effet prévoir également l'augmentation du taux de la cotisation des travailleurs indépendants.

UNE CONFÉRENCE MÉDICALE INTERNATIONALE A LONDRES

par le Dr Fernand DECOURT.

Sous ce titre, j'avais fait paraître, dans le *Concours* du 30 juin 1945, le compte rendu d'une réunion internationale de médecins tenue à Londres, le 6 juin précédent sur invitation de la *British Medical Association* — et cela dans le but, était-il précisé « de ressusciter l'A. P. I. M. (1) ou de créer un successeur à celle-ci ». J'avais raconté comment j'avais cru devoir réagir avant toute séance, contre ce programme, plutôt désinvolte, de liquider l'A. P. I. M. (dont j'étais le secrétaire général depuis sa fondation en 1925), et qui n'avait pas mérité d'être ainsi dissoute, sans même avoir été consultée. De plus, la Conférence devait se tenir en anglais, alors que statutairement, depuis vingt ans, toutes les réunions de l'A. P. I. M. se tenaient exclusivement en français.

Le délégué français de l'A. P. I. M. est le Dr CIBRIE. Nous conférâmes ensemble de la situation et il fut convenu que nous nous rendrions tous deux à Londres suivant l'invitation, mais que nous réclamerions auparavant un interprète, nous-mêmes ne parlant qu'en français... Au reste, je ne reviendrai pas sur le compte rendu fait l'année dernière, me contentant de rappeler ici les conclusions de cette Conférence : 1° Les membres de celle-ci n'étant pas délégués de leurs Groupements nationaux, n'étaient pas *qualifiés* pour parler au nom de ceux-ci, ni prendre une décision quelconque ; 2° une réunion de « délégués », qualifiés cette fois, aurait lieu à Londres en 1946 ; 3° cette réunion se tiendrait également à Londres, sur invitation de la B. M. A... mais *au nom de* l'A. P. I. M. ; 4° l'ordre du jour en serait établi de commun accord entre la B. M. A. et l'A. P. I. M. ; 5° enfin, invitation, ordre du jour et discussions en séance seraient effectués en anglais et en français.

Comme on le voit, nous n'avions pas perdu notre temps à Londres, CIBRIE et moi, et nous avions quelque peu « redressé » la situation. C'est ce qui s'est passé depuis, que je désire exposer aujourd'hui à nos confrères, avant la prochaine Conférence qui aura lieu les 27, 28 et 29 septembre prochain.

***

Au début de 1946, arriva un projet d'invitation que notre excellent confrère, le Dr *Hill*, secrétaire général de la B. M. A., nous soumettait, comme convenu, ainsi que l'ordre du jour projeté. Je fis observer aussitôt que fin mars était beaucoup trop tôt pour que les Groupements nationaux aient le temps de réunir leurs conseils d'administration, de désigner des délégués et de prendre leurs dispositions pour la Conférence. De plus, l'époque était mal choisie en mars, en hiver encore, et, depuis 1925, de l'avis de tous les délégués de l'A. P. I. M., les réunions avaient toujours eu lieu en fin septembre, etc... Une lettre vint aussitôt proposer les dates données ci-dessus. Cela allait tout seul... mais il y avait plus grave : dans l'Ordre du jour était proposé le remplacement de l'A. P. I. M. par une « Organisation internationale médicale » déjà désignée *O. M. I.* De même, en somme, que la S. D. N. de Genève avait été remplacée par l'O. N. U. (Organisation des Nations Unies, comme chacun sait.) C'était déjà supprimer l'A. P. I. M., *de plano*, avant même toute décision de la Conférence projetée.

Il est évident que, Cibrie et moi, nous ne pouvions accepter cet « escamotage », alors qu'à la réunion de 1945, il avait été convenu de s'en remettre pour toute modification, aux décisions de délégués *qualifiés*, lors de la réunion de 1946. Je répondis aussitôt que je refusais d'être co-secrétaire de la future Conférence, avec le Dr Hill et même de venir à Londres en septembre, ayant, au contraire dans ce cas, l'intention de convoquer vers cette même époque, les « Correspondants de l'A. P. I. M. » en une session ordinaire du Conseil général, comme nous le faisions chaque année avant que la guerre ait mis, provisoirement, « en sommeil » notre Groupement international.

« Le torchon brûlait », cette fois. Tout était ainsi remis en cause..., mais la B. M. A. comprit qu'il y avait eu là un geste malheureux et s'empressa de m'écrire que cette proposition d'une O. M. I. serait supprimée de l'Ordre du jour. Je passe sur la série de lettres qui se croisèrent pour remettre tout en ordre, mais noterai, toutefois, que je demandai que les « Statuts et Règlement intérieur de l'A. P. I. M. » soient envoyés — en français et en anglais — avec la lettre d'invitation, afin de servir de base de discussion pour l'établissement du futur organisme international : ce qui fut adopté par la B. M. A.

Bref, tout étant ainsi réglé de commun accord, *quarante-cinq nations* reçurent, au début de juin 1946, une invitation officielle dont je désire donner ci-dessous les caractéristiques, montrant les modifications acceptées par la B. M. A., avec le *fair play* habituel aux Anglais quand on les a convaincus d'une thèse équitable... Voici donc l'en-tête de l'Ordre du jour envoyé en français et en anglais :

— *Association professionnelle internationale des Médecins et British Medical Association. — Conférence pour étudier l'organisation médicale internationale de l'après-guerre. — Président : le Dr* H. S. SOUTTAR, *président de la B. M. A. Secrétaires : Dr* Fernand DECOURT, *secrétaire de l'A. P. I. M., et Dr* Charles HILL, *secrétaire de la B. M. A.*

Puis venait l'énumération des 45 nations invitées, suivie chacune du nom de leur groupement national, par exemple : « *France :* Confédération des Syndicats médicaux français. »

(1) Nous rappelerons que A. P. I. M. signifie « Association professionnelle internationale des médecins ».

Venait ensuite l'Ordre du jour proprement dit qui, après la mention du « Discours d'Ouverture du président » donnait le texte suivant, au sujet des *buts* de la future organisation :

— *Cette Association internationale a pour but de constituer un centre d'information, de renseignements et de liaison entre les groupements nationaux de médecins, afin de faire profiter chacun d'eux de l'expérience des autres, pour l'étude des nombreux problèmes d'ordre professionnel qui intéressent la vie particulière et la vie sociale du médecin.*

C'est, mot à mot, le texte du 2e alinéa de l'article premier des Statuts de l'A. P. I. M. La suite de l'Ordre du jour le constatait d'ailleurs, ainsi que suit :

Ceci est la définition des buts de l'Association professionnelle internationale des médecins (A. P. I. M.) — professionnelle *parce que l'A. P. I. M. avait pour but, exclusivement les questions professionnelles et de médecine sociale. Devra-t-on y ajouter les questions* scientifiques *de médecine, de chirurgie et de spécialités* ?

Sur ce dernier point, je puis dire que, CIBRIE et moi, nous avons l'intention de nous y opposer. Ce serait ouvrir la porte à une avalanche de problèmes à poser dans des enquêtes, au sujet desquelles les Groupements nationaux ne sont nullement qualifiés pour répondre. Ce serait plus « spectaculaire » sur le papier, peut-être, mais il en résulterait que le Groupement international serait *noyé* sous des milliers de problèmes à laisser aux « *savants* », dans leurs multiples conférences annuelles sur tel ou tel sujet, n'ayant plus aucun rapport avec l'exercice journalier de la médecine. D'ailleurs, si se présentait une question d'un genre « limitrophe », on pourrait toujours l'étudier. Une enquête de l'A. P. I. M. : enquête (J), n'a-t-elle pas eu pour titre : « La mortalité maternelle obstétricale » ?... Je n'insiste pas, nos confrères comprendront tout le *danger* qui en résulterait, dans ce déluge de problème, pour la défense même du praticien (comme du chirurgien ou du spécialiste) au point de vue *social*, devant les empiètements successifs des grandes collectivités, qu'il s'agisse de l'Etat, des Caisses, des Mutualités, etc... Le champ de bataille actuel est déjà assez vaste. « Qui trop embrasse... »

Je ne donnerai pas la suite de l'Ordre du jour de cette prochaine Conférence. Il y a ainsi plusieurs pages. J'ai voulu montrer simplement que, cette fois, l'A. P. I. M. n'avait pas été *terra ignota*, comme tout d'abord, l'année dernière. J'ajouterai que le document ci-dessus fut envoyé aux 45 nations, en anglais et en français. Il en est de même de la *Lettre d'Invitation*, au sujet de laquelle je donnerai le passage suivant, assez caractéristique de la nouvelle attitude des « invitants ».

— *Nous vous envoyons ci-joint l'Ordre du jour que nous soumettrons à la réunion. Nous serons heureux si votre conseil général, ou commission, voudront accepter l'invitation et, s'il vous semble convenable, nommer un ou deux délégués qui assisteraient à la Conférence. Votre conseil, ou commission, examineront aussi, sans doute, les articles de l'Ordre du jour pour donner ses instructions à vos délégués. Selon la proposition du Dr* DECOURT, *secrétaire général de l'Association professionnelle internationale des médecins, j'envoie ci-inclus une copie des Statuts et Règlement intérieur de cette Association. C'est là, un document d'une expérience antérieure d'organisation médicale internationale. Elle vous aidera, peut-être, à préparer à l'avance les observations et les suggestions que vous désirez présenter à la Conférence par vos délégués, au nom de votre groupement.*

***

Voilà où nous en sommes. Certes, sur 45 groupements nationaux invités, il n'en viendra guère que la moitié — moins, peut-être — avec les difficultés si grandes actuellement encore. Quant à l'A. P. I. M., elle ne subsistera peut-être pas sous la même « étiquette » ?... Le *prurigo mutandi* qui a mué la S. D. N. en O. N. U., se fera peut-être sentir là encore ? Les statuts et réglement intérieur seront évidemment modifiés en quelques points. En tous cas, je suis persuadé que l'esprit et le fonds de notre Groupement médical international restera. Déjà, en juin 1945, à Londres, avait été proclamé la *nécessité* d'une internationale médicale. En 1946, elle ne pourra être que confirmée. Notre A. P. I. M., avant son « sommeil » forcé durant la guerre, avait déjà rendu trop de services au Corps médical mondial — et, en particulier en certains pays (comme la Hongrie, par exemple), alors que le Corps médical luttait contre un gouvernement qui tentait de l'asservir...

Personnellement, j'ai hâte de voir l'Internationale médicale remise sur pied. C'est avec un intérêt intense que je suivrai les efforts des autres... oui, « des autres » car, ainsi que je l'ai déjà annoncé officiellement, après la Conférence de Londres, je me retirai sous ma tente — laissant *aux jeunes* le soin de suivre le chemin que j'ai pu, pour ma modeste part, contribuer à tracer...

Dr Fernand DECOURT.

LE TRAIN RADIOLOGIQUE DE LA S.N.C.F. (région Nord)

A l'occasion des Journées médicales de Bruxelles, la S.N.C.F. française a présenté aux congressistes le train radiologique qu'elle a équipé et mis en fonctionnement depuis quelques mois dans la région Nord. A la vérité, dès 1932, circulait sur la région Nord deux wagons radiologiques semblables à ceux qui sont en service aujourd'hui. Ils furent détruits au cours des bombardements. Le train actuel les remplace mais avec une capacité de rendement et une autonomie beaucoup plus grandes.

Ce train, composé de quatre voitures de grande ligne, dont l'aménagement intérieur a été complètement remanié selon un plan très judicieux, était stationné dans une gare de la banlieue bruxelloise, et les honneurs en étaient faits aux visiteurs par le Dr Le Gô, médecin-chef de la S.N.C.F., région Nord, et le Dr Amiable radiologiste attaché au train.

Le but envisagé était de réaliser un matériel de prévention et de dépistage facile à déplacer et à mettre en fonctionnement dans les localités où existe un noyau de personnel à examiner (ateliers, cités S.N.C.F., dépôts), et qui se trouvent éloignées des centres d'examen fixes déjà en service dans la région : Paris, Amiens, Compiègne, etc...

Les examens sont obligatoires pour les agents et facultatifs pour leurs familles. En fait, la S.N.C.F. s'efforce d'obtenir des agents qu'ils se fassent accompagner de façon systématique de leurs femmes et leurs enfants, de façon à étendre les bienfaits du dépistage à la totalité du monde des cheminots.

♣

Le train radiologique comporte un wagon-salle d'attente avec banquettes et passage latéral aménagé de telle sorte qu'un espace libre est réservé à l'une des extrémités où peut se tenir un conférencier ou un démonstrateur. Le wagon est ainsi transformable en local d'auditions éducatives ou récréatives.

Deux voitures de radio-dépistage fonctionnent simultanément, l'une destinée aux agents et l'autre aux familles. Chacune d'elles comporte une salle de déshabillage aménagée en boxes ouvertes sur un passage central avec patères pour accrocher les vêtements et un local adjacent consacré aux examens. Celui-ci est lui-même divisé en deux pièces strictement séparées par une cloison. D'un côté : l'appareillage radiologique au-devant duquel vient se placer, torse nu, le sujet, et le bureau sur lequel l'infirmière rédige les fiches d'examen. Entre l'ampoule et l'infirmière, un écran de protection est interposé pour mettre celle-ci à l'abri du rayonnement diffusé. De l'autre côté de la cloison doublée d'une feuille de plomb, se tient le médecin. Cette cloison est seulement percée d'un orifice circulaire devant lequel est suspendu l'écran. Une porte fait en outre communiquer les deux locaux, mais elle doit être tenue rigoureusement fermée durant les séances d'examen, le médecin et l'infirmière restant en communication auditive par l'intermédiaire de deux hauts-parleurs.

Ainsi, en même temps qu'est réalisé le maximum de protection contre les rayons, le médecin a l'avantage de rester pendant toute la séance dans l'obscurité et de ne pas avoir à se réadapter à chaque malade. Dans le local où il se tient, une table d'examen, dont les deux extrémités sont mobiles, lui permet de procéder à tel ou tel examen particulier en donnant au sujet la position opportune.

Un petit laboratoire permet de développer les clichés sur place, et une dynamo fonctionnant à l'essence produit à volonté l'électricité indispensable.

Le train se complète d'un wagon servant à l'habitation du personnel : salle à manger, cuisine et office, chambres des médecins et des infirmières avec toilettes.

♣

Le Dr Le Gô et le Dr Amiable pratiquent uniquement radioscopie et radiographie (lorsque la nécessité s'en fait sentir), et ont renoncé à la radiophotographie qui ne leur donnait pas satisfaction par manque de netteté des clichés.

En outre, l'examen radioscopique a l'avantage de permettre une investigation plus complète des champs pulmonaires au repos et en mouvement et d'exiger le contact du malade avec le médecin qui peut l'interroger et tirer au clair les sources possibles de contagion.

Pour le moment, le train n'a été aménagé que pour le dépistage de la tuberculose. Mais un projet plus complet est à l'étude qui permettrait un examen total du sujet. Il est placardé dans la salle d'attente et le Dr Le Gô le commente avec un enthousisame tout paternel.

L'installation actuelle se complèterait de : toise et bascule, prise automatique de la tension artérielle, examen des urines, examen du sang par prélèvement de quelques gouttes, examen de la vue et de l'ouie, installation d'archives avec classement des fiches de santé.

Tel qu'il existe aujourd'hui, le train radiologique permet de faire 600 examens de dépistage par jour grâce à ses deux équipes fonctionnant simultanément. Le travail est organisé de la façon suivante : l'équipage radiologique est amené et garé au lieu désigné. Le nécessaire a été fait préalablement pour prévenir les chefs de gare, d'ateliers, de dépôts et des différents services et leur permettre d'envoyer leur personnel par roulement et de perturber le moins possible le service.

Sur chaque sujet est rédigée une fiche comportant les antécédents pulmonaires, les examens radiologiques antérieurs, le diagnostic. Ces divers renseignements sont aussi consignés sur le carnet de santé que possède chaque cheminot. L'institution du carnet de santé date, sur le réseau Nord, de 50 ans, et cette initiative

met donc la S.N.C.F. à l'avant-garde des réalisations médico-sociales.

Si la radioscopie a donné une image suspecte et que des examens complémentaires soient jugés nécessaires, l'arrêt du travail est notifié et l'agent dirigé sur le phtisiologue.

Si des interventions sont indiquées, elles sont pratiquées dans les hôpitaux et sanatoriums qui appartiennent à la S.N.C.F.

Le cheminot malade touche son salaire intégral pendant 36 mois à dater de la cessation de travail. L'assurance de longue maladie est donc, ici aussi, réalisée déjà.

Lorsque le malade est jugé apte à reprendre son travail, il est réadapté progressivement par le choix d'un emploi compatible avec ses possibilités physiques.

***

La lutte contre la tuberculose semble donc avoir atteint, à la S.N.C.F., un degré d'organisation rarement rencontré ailleurs. En ce qui concerne du moins les agents. Quant aux familles, pour qui l'examen est facultatif, elles sont encore un peu rétives, et c'est ici que se montre efficace, dans les centres où elles existent, l'action des assistantes sociales. La femme et l'enfant d'un agent, dès qu'ils sont reconnus malades, sont envoyés à l'O. P. H. S., et l'assistante sociale s'occupe du placement s'il y a lieu.

Les sujets examinés sont classés en 3 catégories : *a*) normaux, *b*) ceux qui présentent des anomalies telles que nodules calcifiés, scissurites, cortico-pleurites, adhérences pleurales, déformations des coupoles diaphragmatiques et des sinus ; *c*) les suspects et les tuberculeux en traitement ou guéris.

Depuis le 1er janvier de la présente année, le nombre des agents examinés est de 16.195, parmi lesquels 215 furent retenus comme suspects.

Il est à noter que sur ce réseau Nord qui a particulièrement souffert de la guerre, les résultats varient grandement d'un centre à l'autre. Il semble que les conditions matérielles locales : logement, alimentation expliquent ces variations.

3.339 femmes et enfants furent examinés sur lesquels furent retenus 18 porteurs de lésions évolutives et 285 anomalies notables. 80 % des cheminots sont mariés et beaucoup ont une nombreuse famille. La faiblesse de ce chiffre signale donc le caractère incomplet que gardera la lutte contre la tuberculose dans le réseau, tant que les membres des familles ne seront pas plus assidus aux examens de dépistage. Il est certain, par exemple, que chez les enfants. les cuti-réactions en série, la surveillance du virage et la multiplication des examens radiologiques à ce moment crucial permettraient d'obtenir des résultats de *première importance* (1).

Le train radiologique atteste le souci de la S.N.C.F. de maintenir son personnel dans des conditions physiques aussi parfaites que possible. Au reste, la lutte antituberculeuse a donné lieu aussi à quelques belles réalisations sur les autres réseaux, l'Est et le Sud-Ouest par exemple.

Il y a lieu de féliciter la direction de la S.N.C.F. d'avoir compris l'intérêt d'une telle entreprise et d'y avoir consacré les ressources nécessaires en un temps où elle aurait pu être tentée d'envisager surtout les dépenses immédiatement indispensables à la reprise d'une exploitation normale.

Le Dr Le Gô a le mérite incontestable d'avoir su être assez persuasif pour faire admettre de consacrer quelques millions au budget de la santé. Souhaitons-lui toutes les satisfactions que mérite sa belle réalisation, et que les cheminots eux-mêmes, par leur bonne volonté et leur compréhension, favorisent l'extension d'un plan de défense sanitaire dont ils doivent être les premiers à tirer profit.

G. LAVALÉE.

(1) Les précisions techniques m'ont été fournies par l'un des médecins radiologues du train, le Dr Amiable, à qui j'adresse mes très vifs remerciements.

CONTE ORIENTAL

Dédié au législateur illuminé, auteur de l'art. 16 *de l'ordonnance du* 24-9-45 *sur la réquisition des médecins*

Devant son épouse Astaé atteinte d'un mal mystérieux qui la rongeait de jour en jour, Hymar, sultan de Tahore se désolait.

Ayant entendu parler d'un ermite célèbre habitant les montagnes de Cachemire, il lui dépêcha deux émissaires chargés d'or et de soieries.

Hélas ! le sage Hayab arguant son grand âge et sa fatigue ne voulait point quitter ses montagnes, et les serviteurs du sultan revinrent seuls

Ce dernier entra alors dans une grande colère : « qu'on me l'amène mort ou vif et me l'enferme quatre jours dans la tour de cuivre ».

Ainsi fut dit, fut fait. Après quatre jours de claustration, l'ermite comparut devant le maître.

— Tu m'as mandé, dit-il, mais sache que je ne pourrai pas guérir ton épouse car il me manquera toujours une plante indispensable que de tes propres mains tu as détruite.

Malgré tous ses efforts, Hayab ne put en effet sauver sa malade qui, cinq jours après, fut incinérée en grande pompe.

« Avant de te trancher la tête, dit le sultan, tu vas me dire quelle est cette plante merveilleuse et irremplacable que ton insolence m'accuse d'avoir détruite. »

— Cette plante, ô seigneur, est la seule qui contribue aux guérisons et engendre les miracles, mais elle ne croît pas là où est la contrainte et la violence. Elle se nomme la confiance ! »

Dr L.A. VOIGNIER.

ECHOS & COMMENTAIRES

A PROPOS DU CODE DE DÉONTOLOGIE.

Il n'est point de jour où nos correspondants ne nous interrogent sur des problèmes mettant en cause les règles de la déontologie, soit qu'il s'agisse de l'installation d'un jeune médecin dans la circonscription ou autrefois, il remplaçait un confrère, soit qu'il y ait lieu de créer un cabinet secondaire, soit que se pose la question de l'usage et de la protection des titres. Nous ne pouvons, en ces diverses matières qu'invoquer la coutume, et les formes codifiées qui lui furent données successivement — coutume dont les contours flous et vagues désarment les juges auxquels les cas particuliers viennent à être soumis.

On nous répondra sans doute que si l'on en croit les conférences de presse, notre attente doit être bientôt comblée par la publication du Code de déontologie. Mais les Ministres ont hélas beaucoup d'autres soucis en tête, et d'autre part la publication prochaine dans le *Journal Officiel* d'un texte réglementant l'exercice de la profession médicale ne suffira point à nous satisfaire.

Expliquons-nous : la loi sur l'Ordre de médecins ne confie au Conseil National de l'Ordre que le soin de *préparer* le Code qui est soumis ensuite au Conseil d'Etat, en vue d'être « édicté » sous la forme d'un règlement d'administration publique. Nous comprenons bien que le Code ne saurait servir de base à des décisions allant jusqu'à la suppression du droit d'exercer sans avoir été au préalable agréé par les Pouvoirs publics. Il n'empêche que, sous peine de devenir un pur règlement administratif dénué de toute vie et de toute valeur morale, le Code de déontologie doit rester essentiellement l'œuvre de la profession elle-même.

Certes le Conseil National composé de représentants élus des diverses régions de France, était particulièrement qualifié pour le préparer. Nous croyons savoir au reste qu'il aurait pris pour base de ses travaux le Code préparé en 1944, approuvé alors par le Conseil d'Etat, et auquel le cours torrentueux des événements politiques n'avait point permis de voir le jour.

Mais il eut été préférable selon nous, pour accroître encore la valeur coutumière du Code et le faire plus sûrement entrer dans les mœurs, de ne point se borner à un travail de cabinet poursuivi dans une semi-confidence en liaison avec l'Administration ou les Ministères. Il n'est point de coutume, en régime républicain, de délibérer et de voter les lois en secret. La publicité des projets et des délibérations est la règle. Il n'y a point de raison qu'il en aille autrement lorsqu'il s'agit de la loi professionnelle.

Il est encore temps d'ailleurs de réparer ce que nous croyons une erreur, et de faire connaître le projet préparé par le Conseil National. Nous verrions à ce geste un triple avantage. D'une part en effet, on orienterait, d'une manière conforme à la réalité de demain la solution des problèmes qui se posent aujourd'hui. D'autre part, on manifesterait ainsi aux Pouvoirs publics l'utilité d'un texte, qui risque fort, sans cela, de rester au second plan de leurs préoccupations. Enfin la part du Corps médical dans l'élaboration du Code s'accroîtrait aux dépens de celle des bureaux. Ne fût-ce que pour cela, la chose vaut d'être tentée.

PULMONE
ELIXIR - CACHETS - AMPOULES
VOIES RESPIRATOIRES

GOUTTES IONISÉES
ALCALOSE

CARBONEX
ESTOMAC-FOIE-INTESTIN

LABORATOIRES BIOS
10, RUE VINEUSE PARIS
TRO. 57-44



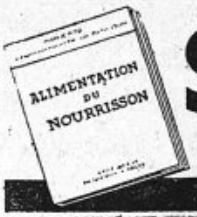
UN ALIMENT complémentaire de L'ALLAITEMENT

Préparée à l'eau et additionnée de lait par moitié, la farine diastasée SALVY permet dès le 5ème mois de **compléter l'allaitement** de l'enfant par l'apport d'un aliment riche en hydro-carbones, éminemment digestible et bien assimilable.

La Farine SALVY facilite la préparation du sevrage et y conduit sans troubles digestifs.

Envoi sur simple demande adressée à SALVY, 4, Rue de Lambrechts à COURBEVOIE (Seine) du MÉMENTO D'ALIMENTATION ET DE DIETETIQUE INFANTILES.

* Farine DIASTASÉE



SALVY
Préparée par BANANIA

POUR UNE « ESSENCE MÉDICALE » A BON MARCHÉ.

Les chemins de fer sont en déficit. Le Gouvernement a proclamé la nécessité de réduire la concurrence du rail et de la route en infligeant à l'essence des droits de douane considérables. Malgré le blocage des prix, maintes fois proclamé l'essence va passer de 11 fr. 50 à 20 francs. Ceci fait une augmentation du prix du kilomètre de 1 franc en plaine, et 1 fr. 50 en montagne. Il faudra bien que le médecin paie, donc le malade, donc la Caisse d'Assurances Sociales.

Qu'en dit M. le Ministre du Travail et sa Commission nationale de fixation autoritaire des Tarifs ? Parviendra-t-il à faire classer les médecins parmi les bénéficiaires d'une essence à tarif réduit qu'il est question d'instituer ? Nous ne discuterons pas la complication du système, mais dans l'état actuel des choses, la justification d'un tel classement nous semble aller d'elle-même.

OU LA « BONNE PORTE » S'AVÈRE UNE « PORTE ÉTROITE. »

Nous avons reçu la lettre suivante :

Me trouvant moi-même soumis à l'angoissante question des « automobiles médicales », je suis attentivement tout ce qui a trait à ce problème.

Je lis dans le numéro du 17/8 du *Concours* : *Pourquoi ne pas frapper à la bonne porte*. Dans cet article, l'auteur recommande à nos députés de s'adresser au ministre de l'Economie Nationale. C'est ce que j'ai fait le 3 juillet dernier en écrivant une lettre personnelle au ministre précité.

Réponse le 22/6. Référence N° 306/CAB. Signée : Pour le Chef de Cabinet.

« Monsieur le Docteur

Par votre lettre du 3 juillet, vous voulez bien attirer l'attention, etc. »

« Cette question (des licences d'achat) retient toute son attention (? Hum !) ; il a donné toutes instructions utiles à son représentant pour que, lors de la réunion prochaine qui doit décider la répartition des véhicules du troisième trimestre entre les Ministères, celui de la Santé, soit tout particulièrement favorisé. »

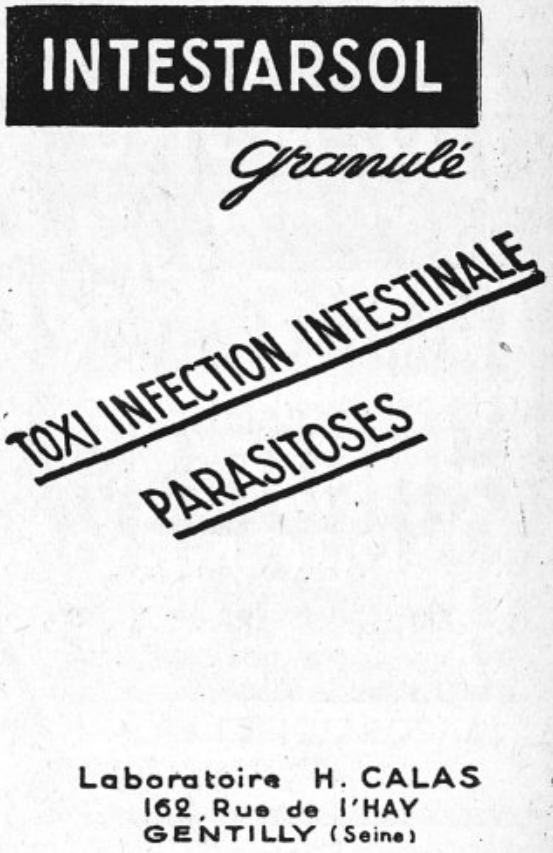
« Les médecins doivent s'adresser pour l'obtention des licences d'achat à leur Ministère, c'est-à-dire : Ministère de la Santé Publique, 60, boulevard Latour-Maubourg (à l'attention du Dr Gerson). »

Voilà la réponse obtenue à la porte en question. J'ai aussitôt écrit au Dr Gerson, à ce jour (trois semaines), pas de réponse !

Par ailleurs, dans le même numéro du 17/8, rubrique « Dernières nouvelles », je vois qu'on nous propose 200 Jeeps. Excellente idée très constructive. Enfin, on sort du marasme ! En effet, avec la Jeep, économie d'essence, occasion de voyager en Amérique pour aller chercher des pièces de rechange et, pour le médecin de campagne, le confort et la souplesse de ces véhicules si douillettement aménagés. Pourquoi pas des tanks ?

Dr J. M.,
Ex-prisonnier de guerre,
Croix de guerre (1944).





AU SUJET DE LA « CARTE DE MÉDECIN ».

A la suite de l'article du Dr FAVERET *publié sur cette question dans le* Concours Médical *du 10 août dernier, M. le Pr* PORTES *Président du Conseil National de l'Ordre, a tenu à répondre à l'auteur par la « lettre ouverte », que nous publions ci-dessous.*

Mon cher Confrère,

J'ai lu avec un très grand intérêt les réflexions que vous avez émises sur la carte de médecin dans le *Concours Médical* du 10 août 1946.

Je désire vous apporter quelques apaisements :

1° La carte professionnelle de médecin a été établie à la demande d'un grand nombre de confrères qui, vous le voyez, ne partagent pas votre avis.

2° Elle est exigée dans beaucoup de mairies du département de la Seine pour la délivrance de produits contingentés et notamment de charbon. Je pense qu'il est plus commode pour ces médecins de présenter une carte professionnelle que leur diplôme. Je reconnais avec vous que cela n'intéresse que 7.000 médecins.

3° Il apparaît qu'il peut être extrêmement utile, sur l'ensemble du territoire que les médecins, vis-à-vis de la police, puissent faire la preuve immédiate qu'ils sont médecins.

4° Beaucoup de médecins ont à se servir de cette carte professionnelle quand ils se déplacent à l'étranger.

5° La plupart des médecins étrangers possèdent une carte professionnelle.

Dans ces conditions, je pense que la « férule ordinale » à laquelle vous faites allusion dans notre article n'est ni bien lourde, ni injustifiée.

Je vous prie de croire, mon cher Confrère, à l'assurance de mes sentiments les meilleurs.

Pr PORTES.

Le Sou Médical.

Fondée en 1897 et transformée en 1942 en Société d'assurance à forme mutuelle pour se conformer à la législation sur les assurances, cette œuvre professionnelle a pour but de garantir ses adhérents contre toutes les difficultés qu'ils peuvent rencontrer au cours de l'exercice de leur profession.

Animée d'un esprit de solidarité confraternelle, son action se manifeste :

1° En fournissant aux médecins tous renseignements ou consultations d'ordre juridique ou professionnel (Fisc, Assurances Sociales, Loyers, Automobiles, Hospitalisation, etc.).

2° En prenant en charge la direction et les frais de tous procès d'ordre professionnel tant en défense qu'en demande.

3° En procurant une garantie contre la responsabilité professionnelle jusqu'à 500.000 francs par sinistre (1.500.000 pour les abonnés au *Concours Médical*) ou 5.000.000 au gré de l'adhérent. Cotisation 1946 : 500 francs (deux derniers trimestres de l'année 1946 : 250 francs).

Garantie portée à 5.000.000 de francs : 100 francs en sus.

Garantie des risques de responsabilité résultant de la radiothérapie : 450 francs en sus.

Eczéma
CUROZEMA
9 Dragées par jour.
OPOSÉROTHÉRAPIE VALTRY
LABORATOIRE BIOLOGIQUE VALTRY
46, Rue St Didier-Paris-16e
FORMULE INFANTILE :
Pédiozema
GRANULÉ

Schéma d'ordonnance

ANGINES DE POITRINE RÉFLEXES

Les angines de poitrine réflexes sont rares, le diagnostic en est fort délicat ; presque toujours il s'agit de formes « mixtes » où la cause réflexe se répercute sur une « épine » cardio-vasculaire coexistante : elles sont en général d'origine digestive.

1° Les précautions d'hygiène s'adressent : 1° au trouble digestif : repas peu copieux d'où sont exclus les aliments que le malade supporte mal, ceux qui sont encombrants par leur volume, ceux qui sont irritants ; 2° au trouble cardiaque : repos après manger en évitant les efforts, les sorties surtout par le vent et le froid.

2° Prévenir le danger des crises en croquant dès le début 1 ou 2 ou 3 dragées de *TRINIVÉRINE* **.

3° Pour atténuer la sensibilité du plexus cardiaque neutraliser les réactions ischémiantes des coronaires et soutenir le cœur ; prendre au début de chacun des trois repas deux comprimés de *COROSÉDINE* ** dont l'action est nette et rapide.

4° Traiter le trouble digestif.

** La TRINIVÉRINE et la COROSÉDINE sont des spécialités des Laboratoires MONAL 13, Avenue de Ségur, PARIS

CORRESPONDANCE

AUTOMOBILISME

3225. — Baisse suspecte de pression d'huile.

J'ai une 202 Peugeot, dont je suis satisfait mais qui présente un vice de fonctionnement qui m'inquiète pour l'avenir : il s'agit de la circulation d'huile.

Dès que le moteur est un peu chaud (il suffit, même à cette saison, d'une dizaine de kilomètres à 50 à l'heure), le feu rouge du mano-contact s'allume. Je me sers actuellement d'huile américaine 30. Avec de l'huile 50, le phénomène est plus long à se produire, et je peux faire une cinquantaine de kilomètres à 70 à l'heure ; mais après, je suis obligé de rouler à feu rouge allumé.

J'ai fait vérifier le mano-contact qui est étalonné à 0 K. 500.

Je crains qu'il n'y ait danger à continuer à rouler ainsi, et j'appréhende continuellement de couler une bielle.

Que dois-je faire et que dois-je conseiller à mon mécanicien qui ne parle rien moins que de faire refaire le moteur entièrement. Peut-on améliorer cette circulation d'huile au prix d'une réparation partielle, ou faut-il vraiment que j'envisage une réfection complète du moteur ? Ce moteur a été refait il a dix mille kilomètres. Il tire actuellement bien, mais consomme trois litres et demi environ d'huile 30 aux mille kilomètres. La consommation d'essence est normale, puisqu'avec un gicleur de 90, le gicleur normal étant de 100, je consomme 8 à 9 litres.

Dr G.

Réponse.

Vous n'avez pas à vous inquiéter, je crois outre mesure, du fait que la pression d'huile tombe quand le moteur est chaud et tourne lentement.

Essayez donc de mettre de l'huile plus épaisse : l'huile américaine 30 est en effet très fluide et vous n'êtes pas le seul à avoir constaté ce résultat.

Après 10.000 kilomètres, le moteur n'a certainement pas besoin d'être refait et, tant que la pression d'huile tiendra pour une allure de 60 kilomètres à l'heure, roulez sans inquiétude.

H. Petit.

★

QUESTIONS DIVERSES

3712. — Déclaration des maladies vénériennes.

Je vous demande de me dépanner pour le cas suivant : Je soigne, en ce moment un brave homme atteint de gono et Σ (chancre). *Il suit mes prescriptions à la lettre.*

J'ai signalé à la Préfecture qu'un double malade vénérien se soigne chez moi, *sans donner son nom.* Le malade m'a donné l'adresse et le patronyme de la partenaire, présumée contaminatrice. J'ai écrit, à cette dernière une lettre amicale lui conseillant de consulter à Saint-Louis. Si elle n'obtempère pas, quelles seront alors mes obligations vis-à-vis de la loi sur la déclaration des maladies vénériennes, compte tenu de l'article 378 ?

Dr A.

Réponse.

La question que vous nous posez est réglée par l'article 8 de la loi du 31 décembre 1942, maintenue en

RECTOCALCIUM
CALCITHÉRAPIE INTENSIVE PAR VOIE RECTALE
SUPPOSITOIRES ADULTES 1 gr. de gluconate de chaux
SUPPOSITOIRES ENFANTS 0gr.50 de gluconate de chaux
Toutes les indications du Calcium
Tolérance et assimilation parfaites
Aucun des inconvénients de la Voie parentérale
LABORATOIRE ROGER BELLON
LOUIS FERRAND
Ex-Interne, Lauréat des Hôpitaux de Paris
PHARMACIEN-GÉRANT
(GAMBÉOL, ACTIPHOS, HÉMOPYLORE "3", GLOBIRON)
78bis, Avenue Marceau - PARIS (8e)

AMPHO-VACCINS RONCHÈSE
à ingérer
injectables
pansements
21, Bd de Riquier, à NICE (A.-M.)
— 62, Rue Charlot, PARIS (3e) —

LIT MÉCANIQUE DUPONT
Cent ans de spécialisation dans le confort du malade
POUR SOULEVER ET SOIGNER LES MALADES
NOUVEAU MODÈLE PERFECTIONNÉ
RECOMMANDÉ PAR LE CORPS MÉDICAL
10, Rue Hautefeuille
PARIS (VIe Arr.)
Téléphone : Danton 05-61 et 62
Succ. à Lyon, 6, Place Bellecour
VENTE ET LOCATION

vigueur par la nouvelle législation républicaine. Cet article 8 dispose que « Pour faciliter le dépistage et le traitement des agents de contamination, tout médecin, lorsqu'il diagnostique un nouveau cas de maladie vénérienne, doit s'efforcer d'obtenir du malade tous renseignements permettant de retrouver la personne contaminatrice et d'apprécier le danger qu'elle peut ou a pu faire courir à des tiers. Si le médecin a pu examiner lui-même la personne présumée contaminatrice et s'il a pu l'amener à se faire traiter, il préviendra simplement l'autorité sanitaire que l'agent de contamination, qu'il ne nommera pas, a été dépisté et mis en traitement. S'il ne peut l'examiner lui-même ou si, l'ayant reconnue malade, il n'a pu l'amener à se faire traiter, il transmettra dans les vingt-quatre heures à l'autorité sanitaire tous renseignements nécessaires pour permettre à celle-ci de faire rechercher, examiner et traiter la personne suspectée ; le médecin est tenu, dans ce cas, de désigner nominativement la personne que le malade lui aura indiquée comme contaminatrice probable ».

Et l'article 14 ajoute : « Tout médecin qui aura négligé de donner au malade les avertissements prévus à l'article 4 sera passible d'une amende de 200 à 1.000 francs. La même peine est applicable au médecin qui omet de faire les déclarations obligatoires prévues par les articles 5 et suivants. »

Nous croyons donc que, dans votre cas précis, vous pouvez sans aucune crainte signaler à l'autorité sanitaire le nom de la personne présumée contaminatrice. Ce sera à l'autorité sanitaire de se livrer à l'enquête épidémiologique organisée par la loi du 31 décembre 1942 et le décret du 20 juillet 1943. Ces deux textes ont été commentés par une circulaire ministérielle du 15 avril 1945. Ils vous relèvent formellement de l'obligation au secret résultant de l'article 378 du Code pénal.

CONNAITRE

CAHIER DE L'HUMANISME MEDICAL

CAHIER N° 4

MASSES, ELITES ET MEDECINE

SOMMAIRE

Editorial (Connaître). — Le problème des masses (Chevalier). — L'Education des masses (Archambault). — Les moyens modernes peuvent-ils servir à l'éducation des masses (Ponte). — L'éducation sanitaire (Viborel). — Le problème des Elites (Ravier). — Sélections professionnelles des Etudiants en Medecine (Cornil). — Le sens de l'humain et de la liberté dans la Médecine Française (Delore). — *Les courants de pensée :* Claude Bernard en seconde lecture (J. Fiolle). — *Chronique scientifique.* — Entre deux infinis (Mallet). — Le psychisme des animaux inférieurs (Fisher). — *Arts et Médecine :* Les Médecins amateurs de peinture. — *Théâtre* (Levallois). — *Cinéma* (Joinville). — *Bibliographie.*

PRIX DE VENTE DU NUMÉRO : 150 *fr.*

ABONNEMENT A 4 CAHIERS : 500 fr.

Au « Concours Médical », 37, *rue de Bellefond,* Paris (9e). Ch. Post. Paris 167-95.

RAPPEL DES CAHIERS DÉJA PARUS : N° 1 *La Médecine et l'Homme* (épuisé) ; N° 2 *Familles, Peuples et Médecine* (150 fr.) ; N° 3 *Education et Médecine* (150 fr.).

RÉMINÉRALISATION

OPOCALCIUM

du Dr Guersant

IRRADIÉ (GRANULÉ, CACHETS, COMPRIMÉS)

Vitamine D pure cristallisée et
Parathyroïde (extrait)
Sels minéraux directement assimilables

SIMPLE (GRANULÉ, CACHETS, COMPRIMÉS)

Parathyroïde (extrait)
Sels minéraux directement assimilables

Cachets GAÏACOLÉS

Cachets ARSÉNIÉS

Poudre

LABORATOIRES DE L'OPOCALCIUM
96, Rue Orfila PARIS (20e)



OXYURYL

VIOLET DE GENTIANE

Laboratoires A. MARIANI, 10, rue de Chartres - NEUILLY - PARIS

DEMANDES & OFFRES

N° 489. — Seine, à vend. cab. méd. en pleine prospérité. Client. import. Matériel et équipem. premier ordre en parf. état. Grand appartem.

N° 490. — Cèderais pour rais. fam. poste chirurg. pleine activ. Possibil. belle cliniq.

N° 491. — Docteur cherche poste région Ouest ou Sud Paris, ou prox. gde ville.

N° 492. — Etudiante en méd. 16 inscrip. demande aide opératoire ou aide médic. à Paris. Références.

N° 493. — A vend. belle villa. gr. jardin à Belfort, convenant pour clin. S'ad. Misserey, notaire à Belfort.

N° 494. — Sage-femme ch. acheter mais. accouch., 6 lits env., ou local à installer. Accepter. collabor. en vue success. rapide. Mme Maurin, 16, r. de Varize, Paris.

N° 495. — A vend. Dinghy quatre places, acajou, neuf, six mètres, jamais servi. Photo sur demande.

N° 496. — Conf. dem. méd. diplômé, très au cour. client. méd. génér. pour rempl. à partir déb. sept. pour 5 ou 6 sem.

N° 497. — Rech. d'urg. maison au Mans, libre de suite, achat ou locat., ou à défaut envir. imméd. Baert, Spay (Sarthe).

N° 498. — A céd. ds banl. imméd. cab. méd. génér. Grand appartem.

N° 499. — Bon poste pro-pharm. médec. génér., acc., région riche de Vendée. Belle villa tout conf.

N° 500. — 34 ans, très actif, libre oct. 46, cherche poste méd. actif à reprend. Ville Sud préfér. ou banl. gde ville.

N° 501. — Méd. jeune, actif, rech. en vue success. collab. dans cab. électro-radiol.

N° 502. — A vend. porte-bagage arr. neuf pour Juvaquatre. Dr Masson, Chambéry.

N° 503. — Docteur 38 ans, libre 1er septembre, ch. place méd. ds entrepr. privée. Remplacem. longue durée ou associat. pour Paris ou proche banlieue.

N° 504. — A céder fin sept. bonne client. rurale méd. génér. et accouch. ds chef-lieu cant. région Ouest. Gde maison, tout conf., jardin, garage et dépendances.

N° 505. — Méd. diplômé sérologie, libre qqes heures, ch. occupat. Paris ou banlieue.

N° 506. — A céd. cab. imp. méd. génér. à 70 km. Lyon. Chiff. aff. 400.000 en 1945.

N° 507. — Centre. Bon poste client. rurale, ch. jeune confr. associé, puis successeur.

N° 508. — A vend. salle à manger noyer ciré. Ital. 24-99.

N° 509. — Cherche « Année Médicale Pratique », 23e année, 1944. Achèter. ou échang. contre A.M.P. 1945.

N° 510. — Méd. ferait remplac. 8-20 jours, Ouest de préférence.

N° 511. — Dr recomm. instam. jne femme 28 ans, active, exc. fam., bonne éduc., cultivée, réf. prem. ordre, pour récept., surveill. ou secrétar. chez doct., laborat., clin., maison enfants. France, Belgique ou Suisse.

N° 512. — Méd. sinistré accepter. remplacem. de méd. gén. de 15 j. à 3 sem. à part. 5 sept., région Centre.

N° 513. — Méd. ch. client. stat. therm., ou d'agents physiques, gym. médic. Accepter. associat. Ecr. Urbain, 7, rue Beau-Site, Caen.

N° 514. — Ch. client. ou gr. appartem. dans ville important. de préfér. Sud-Est, au bord mer, avec possib. évent. élec.-radiol. Echanger. ou cèderais poste demi-repos seul més. site agréab. à proxim. Lyon.

N° 515. — Doct. 50 ans, marié, méd. génér., ne désir. plus faire client., dem. poste assist. cliniq. matern., de préfér. prévent., ou assist. longue durée chez confr. surch. ou malade.

N° 516. — Dr cèder. grosse client. ch.-lieu cant. Bretagne, cause spécialisation.

N° 517. — Méd. recomm. infir. diplômé d'Etat (femme cuisinière) cherch. place Côte d'Azur ou Paris, auprès infirme ou incurable.

N° 518. — Dr côte normande, recevrait enfants, même débiles, jusqu'à 16 ans, toutes saisons.

N° 519. — Touraine. Cèderais, cause santé, poste pro-pharm., chiff. import., maison agréab., eau courante, chauffage cent. Pressé.

N° 520. — Normandie. Pet. ville, tr.s gros poste méd. génér. à céder. Urg. Pavill. 11 p., tt conf., garage, dépend.

Gérant : J. MIGNON
Février 1879
Lang, Blanchong et Cie, 30, rue du Poteau - Paris (18e) — 31.1040
Dépôt légal : N° 8
3e trimestre 46

TRAITEMENT DES ANÉMIES ET DES DÉFICIENCES NEURO-ORGANIQUES

SOJAMINOL, complexe d'acides aminés : histidine, tryptophane, extrait du SOJA, riche en vitamines naturelles du groupe B associé aux gluconates de Fer et de Cuivre et à un neurotonique ataxique de synthèse : l'Ambotolyl.

MODE D'EMPLOI :
Adultes : 2 comprimés à chacun des trois repas.
Enfants : 2 comprimés à chacun des deux principaux repas.

SOJAMINOL
COMPRIMÉS
LABORATOIRE du NEUROTENSYL
72, Bd Davout - PARIS (20e)

LE CONSEIL MEDICAL
Cabinet BREITEL ET GORET
Fondé en 1903
1, rue Dante, Paris (5e) - ODE : 36-46

Banlieue Est : Imp. client. méd. génér. et rad. av. vaste habit. à échanger contre bel appartement Paris.
Banlieue Ouest : Import. cab. méd. génér. av. appart. à Paris à échanger contre cab. phtis. app. Paris.
Banlieue Nord : Local prof. poste à remonter.
Aisne : Méd. génér. av. belle maison. Prix avant. Urgent.
Oise : Méd. génér. av. gde maison. Seul. Urgent.
Somme : Méd. génér. bonne client. anc. fixe. Maison.
Finistère : Pro-pharm. camp., mais. Prix intéress.
Charente-Maritime : Méd. gén. avec vente maison.
Deux-Sèvres : Bonne client. agric. Pro-pharm. Mais.
Indre-et-Loire : Pro-pharm. Excel. région. Maison.
Cers : Gros bourg. Méd. génér. Bon rap. Prix avant.
Savoie : Préventorium. Très bon rapport.
Placements réservés à médecins : Parts de Sociétés Cliniques, Maison Santé, Préventoria, Sana.

ANTISEPTIQUE, SULFAMIDO-CHLORÉ
NON-IRRITANT, PUISSANT, STABLE
CLONAZONE
10 comprimés dans un litre d'eau donnent une liqueur de Dakin
LABORATOIRES DAUFRESNE 42, rue Thiers-LE HAVRE

SARCOPTOL

LOTION (Formule d'avant-guerre) GALE - PARASITOSES DIVERSES } PITYRIASIS - SÉBORRHÉES, etc. }

POMMADE ECZÉMAS - PRURITS - ACNÉS - FURONCULOSES } DÉMANGEAISONS - TOUTES DERMATOSES }

LASSA - 31, RUE CHARDON-LAGACHE - PARIS 16e

LABORATOIRES DE SPÉCIALITÉS S.A. LASSA

EVONYL

COMPRIMÉS DRAGÉIFIÉS

Composition

SYNERGIE VÉGÉTALE et OPOTHÉRAPIQUE

Indications

(Double action FOIE ET INTESTIN) Affections hépato-biliaires, Cholécystite, Ictère, Congestions hépatiques, Lithiases, Angiocholite, Constipation aiguë et chronique, Hypertension.

Posologie

2 dragées, tous les soirs, au repas.

Enfants : demi-dose.

LABORATOIRES FLUXINE

VILLEFRANCHE (RHÔNE)

PYOREX

PATE DENTIFRICE MÉDICAMENTEUSE

1° *bactéricide* par l'**Ethoxydiaminoacridine** qu'il contient ;

2° *spirillicide* grâce à l'**Arsolithol Bailly** (sel de lithine de l'acide para-amino-oxy phényl arsénique ;

3° *antiseptique* par le **Ricinoléate de sodium** qui dissout graisses et mucine et désagrège le tartre dentaire.

HYGIÈNE DENTAIRE QUOTIDIENNE

PROPHYLAXIE ET THÉRAPEUTIQUE

DE LA PYORRHÉE ET DES STOMATITES

LABORATOIRES A. BAILLY

(SPEAB)

15 RUE DE ROME - PARIS 8e

GASTRHÉMA

CONTRE LES ANÉMIES

ASTHÉNIE - ANOREXIE - HYPOPEPSIE

17, Avenue de Villiers — PARIS (17e)

EXTRAIT DE MUQUEUSE D'ANTRE PYLORIQUE

1 à 3 amp. buvables, par jour

FRÉNASMA

TROIS A QUATRE COMPRIMÉS PAR JOUR. UN A DEUX DÈS LE DÉBUT DE LA CRISE.

LABORATOIRES DU GASTRHÉMA

17, AVENUE DE VILLIERS

PARIS (17e)

ASTHME - EMPHYSÈME - BRONCHITES CHRONIQUES - MÉDICATION PRÉVENTIVE, ABORTIVE ET CURATIVE DES CRISES

BILAXYL

Le laxatif des hépatiques

1 A 2 COMPRIMÉS LE SOIR

LABORATOIRES ROLAND MARIE
191, RUE DU Fg St-ANTOINE, PARIS

CALCIUM CORBIÈRE

GLUCONATE DE CALCIUM PUR A 10 %

EN AMPOULES DE 2cc. 5cc. 10cc

•

POUR INJECTIONS ENDO-VEINEUSES OU INTRA-MUSCULAIRES INDOLORES

LABORATOIRES CORBIÈRE
27, Rue Desrenaudes, PARIS TÉLÉPH. CARNOT 78-11

On désinfecte avec le

FUMIGATOR GONIN



60, Rue Saussure
PARIS (17e)

MALADIE DE PARKINSON
POST-ENCÉPHALITIQUE
NARCOLEPSIES
HYPERSOMNIES
DÉPRESSIONS PHYSIQUES & PSYCHIQUES

Ortédrine

Sulfate de phényl-1 amino-2 propane
Comprimés dosés à 0g005, divisibles par 2

Accroît l'activité du système orthosympathique
Accroît l'activité physique & intellectuelle

•

POSOLOGIE MOYENNE
Très variable suivant les sujets
1 A 2 COMPRIMÉS PAR JOUR.
Commencer par 1 comprimé, augmenter si nécessaire.

L'ORTÉDRINE DOIT ÊTRE ADMINISTRÉE DE PRÉFÉRENCE LE MATIN

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE • MARQUES POULENC FRÈRES & USINES DU RHÔNE
SPECIA • 21, RUE JEAN GOUJON • PARIS • 8ème

68e ANNÉE — Nº 37 — 14 SEPTEMBRE 1946

LE

CONCOURS MÉDICAL

37, RUE DE BELLEFOND - PARIS (9e) - TRU 33-66

379-381

SOMMAIRE

PARTIE SCIENTIFIQUE.

Une mesure pour rien : le traitement « préventif » général de la syphilis (Dr R. Barthélémy) 1.015

Comment réaliser l'analgésie obstétricale à la campagne en 1946 (Dr Marmasse) 1.017

Les Livres, 1.019. — Les Sociétés Savantes, 1.020. — La Presse, 1.023.

PARTIE PROFESSIONNELLE.

Propos du Jour : La carotte et le baton (Dr G. Lavaldén) 1.026

Actualité professionnelle : Le bel avenir de la médecine générale (Dr R. Jodin) .. 1.026

La deuxième séance de la Commission permanente de la Nomenclature (Dr F. Decourcy) 1.027

Libres opinions : La consultation de spécialiste et les Assurances sociales. Conflit avec les omnipraticiens (Dr Joannès Farjot) 1.029

Pages sans médecine. — Chronique économique et financière : La Bourse de Paris en rupture de charme (M. Pezeu) 1.030

DEMI-COLONNES.

Dernières Nouvelles, 1.008. — A travers l'Officiel, 1.011. — Echos et Commentaires, 1.031. — Correspondance, 1.034.

OUABAÏNE ARNAUD

TRÈS PUISSANT RECONSTITUANT

HISTOGÉNOL

Élixir - Granulé
Comprimés - Ampoules.

Éts MOUNEYRAT
VILLENEUVE-LA-GARENNE (Seine)

VÉRITABLE HUILE DE HAARLEM

G. de KONING TILLY

GOUTTES — CAPSULES

Laboratoires THOMAS, 2, rue Ste-Cécile, PARIS 9e

Toux *Coqueluche*

ÆTHONE

Laboratoire de l'ÆTHONE 35, rue Boissonnade, PARIS (XIVe)

Association Iode et Cttrate de Soude
(Pilules)

IODOCITRANE

Artériosclérose, Hypertension
Scléroses, Ménopause

Labor. SCIENTIA
Dr PERRAUDIN
21, rue Chaptal, PARIS

NATIBAÏNE NATIVELLE

DERNIÈRES NOUVELLES

LES CONGRES EN OCTOBRE 1946

Congrès de chirurgie 1946.

Le 49e Congrès de l'Association Française de chirurgie se tiendra à la Faculté de Médecine à Paris, du 7 au 12 octobre 1946, sous la présidence du Dr J. de Fourmestraux, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Chartres.

Trois questions sont à l'ordre du jour :

1° Identification et traitement des embolies pulmonaires post-opératoires. Rapporteurs : MM. Redon (Paris) et Fontaine (Strasbourg) ;

2° Conservation de la fonction sphinctérienne dans la cure opératoire du cancer du rectum. Rapporteurs : MM. Gaudart d'Allaines (Paris) et de Vernejoul (Marseille) ;

3° Réparation des pertes de substance traumatiques des troncs nerveux des membres. Rapporteurs : MM. Merle d'Aubigné (Paris), Wertheimer (Lyon) et Déjardin (Bruxelles).

Congrès de l'Association des gynécologues et obstétriciens de langue française.

Le XIIe Congrès de cette Association se tiendra à Paris les 3, 4 et 5 octobre 1946, sous la présidence du Pr Le Lorier.

Questions à l'ordre du jour : Les hémorragies ovariennes libres ou enkystées. Du rôle de l'obstétricien dans l'accouchement dit normal. Analgésie et anesthésie. Etiologie des avortements spontanés en dehors de la syphilis. De l'organisation régionale de l'obstétrique.

Congrès de l'Association française d'urologie.

Le 40e Congrès de cette Association aura lieu à Paris, à la Faculté de médecine, du 7 au 11 octobre 1946. Séance d'ouverture le 7 octobre à 16 heures. Rapport sur les résultats de la néphrostomie, présenté par le Pr Auvigne (de Nantes) et le Dr Viollet (de Limoges).

IVe Congrès des médecins électro-radiologistes de langue française.

Ce Congrès se tiendra à la Faculté de médecine de Paris (Amphithéâtre de Physique) du 9 au 12 octobre 1946 sous la présidence du docteur Delherm. Séance inaugurale le 9 octobre à 9 h. 30.

Soirée d'accueil le 8 octobre à 21 h., au théâtre des Bouffes Parisiens, rue Monsigny.

Questions à l'ordre du jour : *Radio-diagnostic :* Etude critique sur le rhumatisme vertébral, Dr Lachapelle (Bordeaux). *Electrologie :* Possibilités et limites de l'électro-encéphalographie, Pr Baudouin et Dr Fischgold. *Roentgenthérapie :* La radiothérapie de contact en dermatologie, Drs Cottenot et Bourdon (Paris), dans le cancer du rectum, Pr Lamarque et Dr Gros (Montpellier).

Congrès de médecine légale. ..

Le 23e Congrès de médecine légale se tiendra à Paris les 18 et 19 octobre 1946 sous la présidence du Pr Duvoir. Des rapports seront présentés sur la médecine légale, la traumatologie et la police scientifique.

Congrès français d'oto-rhino-laryngologie.

Ce Congrès aura lieu à la Faculté de médecine de Paris du 21 au 24 octobre 1946. Président : Dr A. Moulonguet. Questions à l'ordre du jour : coryza spasmodique, glandes endocrines et système neuro-végétatif. La pénicillino-thérapie en O.R.L.

Société française de gynécologie.

Pour coïncider avec le Congrès de Chirurgie, la séance de rentrée a été fixée au lundi 7 octobre, à 17 heures, à la Faculté de médecine, salle Pasteur. Les séances ultérieures auront lieu, comme par le passé, le 3e lundi de chaque mois.

Journées thérapeutiques de Paris.

Vendredi 18 et samedi 19 octobre 1946, deux jour-

Micliode
IODE COLLOIDAL MICELLAIRE ÉLECTRO-POSITIF
Toutes les Indications de l'IODE, SANS IODISME POSSIBLE
GOUTTES
Laboratoires de l'HÉPATROL 24 Rue Platon. PARIS (XVe)

PHOSPHAN CADUCIA
Ca + P
ASTHÉNIES-ALCALOSE



DRAINOCHOL
DRAINAGE BILIAIRE
INSUFFISANCE HÉPATIQUE

LABORATOIRES CADUCIA CLAMART

nées se tiendront à la Faculté de médecine, salle du Conseil. Le programme est actuellement le suivant :

Première journée. — Vendredi 18, 9 heures et 14 h. 1/2, sous la présidence du Pr Loeper. Question à l'ordre du jour : Le fer en thérapeutique. Rapporteurs : Prs Hoet et Lederer, de Belgique : Les bases physiologiques de la thérapeutique martiale. Pr Labarre et Dr Reuss, de Bruxelles : Le dosage du fer sérique. Pr Mc Cance, de Cambridge et Dr Widdowson : Action pharmacodynamique du fer. Pr Vannotti, de Lausanne : Le fer radioactif. Pr Wahlkist, de Stockholm : L'absorption du fer par l'intestin. Pr Gordonoff, de Berne : Fer et acide ascorbique. Pr Hazard et Lemaire, La Fontaine et Mallarmé : L'introduction du fer par voie parentérale. Pr Rietti, de Ferrare : La surveillance hématologique de la thérapeutique martiale. Pr Blanquet, de Clermont-Ferrand : Le fer des eaux minérales.

Deuxième journée. — Samedi 19 (9 h. 1/2 et 14 h. 1/2 : Séance inaugurale de la Société de Thérapeutique et de Pharmacodynamie, sous la présidence du Dr Louis Bory. Question à l'ordre du jour : La voie pulmonaire en thérapeutique et les aérosols. Rapporteurs : Historique : M. le Pharmacien-Colonel Bruère. Considérations physiologiques sur l'alvéole pulmonaire et introduction à l'étude physiologique des micro-brouillards : M. le Pr Léon Binet. Physique, mesure, appareillage, dosage des aérosols : MM. les Prs Dognon et Delaville. L'aérosothérapie : Dr Biancani, Dr Tiffeneau. Les micro-brouillards en thérapeutique hydro-minérale et climatique : Prs Justin-Bezançon et Ch. Debray. Les micro-brouillards en hygiène industrielle : Dr Barthe, Dr Gaultier.

Un dîner réunira le soir du 19, à 20 heures, les congressistes qui pourront y souscrire le matin de la première journée. Pour tous renseignements, s'adresser soit au Pr Lœper, soit au Dr Bory, clinique thérapeutique, hôpital Saint-Antoine, Paris.

Confédération des Syndicats médicaux français.

Accidents du travail agricole. — L'arrêté du 27 juillet 1946 (*J. O.* 31 juillet, page 6.800), au sujet des honoraires en matière d'accidents du travail agricole, a provoqué quelques commentaires, évidemment embarrassés et même inexacts, pour la raison très simple que le texte de l'arrêté a été mal établi.

Il est évident, en effet, qu'il y a erreur manifeste : les mots « tickets modérateur » étant employés, au lieu du mot « abattement » ou « réduction ». Il n'y a pas, en matière d'accidents du travail, de ticket modérateur, puisque les soins sont entièrement gratuits.

C'est ce que le Secrétaire général de la Confédération est allé expliquer au Ministère de l'Agriculture.

Un nouveau décret — rectificatif — va donc paraître incessamment.

Une circulaire adressée aux Syndicats départementaux donne, à ce sujet, les explications utiles.

En résumé, il faut considérer qu'il y a identification pour les accidents du travail agricole avec les accidents du travail, commerce ou industrie, avec cette différence que les honoraires et tarifs sont actuellement encore et pour quelque temps, fixés par les Caisses mutuelles départementales d'Assurances sociales agricoles, et non par une Commission Nationale tripartite.

Ces Caisses ont d'ailleurs reçu comme instructions, d'aligner exactement leurs tarifs sur ceux des A. S.

L'application des nouveaux barèmes a pris effet le plus souvent, à la date du 1er juin, mais il peut y avoir localement quelques différences de dates. Les Syndicats départementaux doivent s'informer auprès

Le Concours Médical
Hebdomadaire fondé en 1879 par A. Cézilly.
Directeur honoraire : Docteur J. Noir.
Directeur : Dr G. Lavalée.
Rédacteur en Chef : Dr G. Fischer.
Rédaction, Administration et Publicité, 57, rue de Bellefond, Paris (9e).
Téléphone : TRU 33-66. R. C. Seine 76.579.
Chèques postaux, Paris 167-95.
Abonnements (à compter du 1er octobre 1946) : 1 an, 400 francs - Etudiants, 200 fr. Le N° 15 fr. Changement d'adresse, 5 francs.

KALANOSE
LES LABORATOIRES BOUCHET
LAXATIF DOUX
Rééducateur des Fonctions Intestinales et Biliaires
SANS ACCOUTUMANCE
SANS CONTRE-INDICATION
★
ENTÉROKINASE • HÉPATINE • BILE
BOURDAINE • ISATINE • LEPTENDRA • BELLADONE
★
1 A 3 DRAGÉES AU REPAS DU SOIR
153-155 · AVENUE DU ROULE - NEUILLY/SEINE
TÉL : MAILLOT: 05-17 - 58-36

des Caisses mutuelles agricoles départementales, et discuter ce point localement.

Ces précisions seront, nous l'espérons, de nature à intéresser tous les médecins de campagne.

Certaines anomalies persistent dans les deux arrêtés (Travail et Agriculture), comme le fait de payer plus cher la consultation à l'hôpital ou au dispensaire, que chez le médecin traitant.

La Confédération demandera sur ce point les explications nécessaires, et les rectifications utiles.

ARTICLE 64. — Nous avons enfin obtenu l'assimilation des soins aux bénéficiaires de l'article 64, de la loi des Pensions, au système de la Sécurité Sociale, exactement comme en matière d'Accidents du Travail, avec effet du 1er juillet 1946.

Les médecins doivent donc remplir les carnets, en portant sur le talon — et au besoin sur l'ordonnance — lisiblement — les motions de la Nomenclature : C, V, PC, K, I.K., etc.

FISC. — Une Commission ministérielle qui siégera en septembre est saisie des demandes de la Confédération, dont l'essentiel est : l'abattement à la base — que nous demandons de 60.000 au lieu de 10, et l'abattement de la cédule professionnelle, 16 ou 17 % au lieu de 21 %.

La poliomyélite en France.

On signale quelques foyers épidémiques de poliomyélite avec une cinquantaine de cas en Côte-d'Or. Des foyers moins étendus ont été constatés dans le Loiret, le Cher, l'Yonne, la Saône-et-Loire et même en Seine-et-Oise. Il s'agit d'une recrudescence saisonnière de la maladie plus forte que celle de l'an dernier, mais qui est loin d'atteindre l'étendue de l'épidémie de 1943. Les mesures prophylactiques habituelles sont prises : surveillance des colonies de vacances installées, interdiction d'en installer de nouvelles dans les communes contaminées et dans les communes limitrophes, interdiction des gros rassemblements d'enfants et des baignades collectives.

L'Institut Pasteur est, cette année, en mesure de fournir du sérum de Petit, préparé grâce aux singes importés l'an dernier et le ministère de la Santé a un stock important de sérum de convalescents des Etats-Unis, dont le pouvoir anti-infectieux s'est révélé particulièrement efficace. Cliniquement l'épidémie actuelle se manifeste par des formes paralytiques classiques et par des formes frustes, méningées et encéphalitiques, notamment dans la Côte-d'Or et le Loiret. (*Gaz. des Hôpitaux*, 1e sept. 46.)

Naissances.

On annonce la naissance de Thérèse Robert, fille du Docteur Robert (Cholet) ; d'Alain Le Personnic, quatrième enfant du Docteur Le Personnic (Coray, Finistère) ; de Jacqueline Vaissière, deuxième fille du Docteur Vaissière (Rehon (M.-et M.) ; de Marie-Françoise Birot, fille du Docteur Birot (Bonneville, Haute-Savoie) ; de Marie-José Pillon, fille du Docteur Ch. Pillon (La Plaine Saint-Denis, Seine) ; de Dominique Luce, fils du Docteur Luce (Dinan, Côtes-du Nord) et petit-fils du Docteur Moisem de Merdrignac ; de Colette Le Breton, troisième enfant du Docteur J. Le Breton et troisième petite-fille du Docteur Alfred Le Breton (Avranches, Manche) ; de Loïc Retailleau, deuxième fils du Docteur Retailleau (Mortagne-sur-Sèvre, Vendée) ; d'Antoine Giraud, quatrième enfant du Docteur Giraud (Saint-Avertin, Saône-et-Loire).

Mariage.

Le Docteur J. Hutin fait part du mariage de sa fille Denise Hutin, avec M. Paul-André Jacquel (Epinal, Vosges).

Nécrologie.

Le Docteur J.-P. Mebs fait part de la mort de son père, M. Robert Mebs (Bretoncelles, Orne).

Qu'est-ce que la « Mutualité Familiale » ?

— Une filiale du *Concours Médical*.

— Une Société de Secours Mutuels libre régie par la loi du 1er avril 1898.

— Une Société cinquantenaire dont les réserves atteignent vingt millions.

— Une Société gérée par des médecins pour le service de médecins.

Elle vous versera en cas *de maladie* et *d'accident* des indemnités journalières de 120 à 300 francs par jour.

Ecrivez-lui : 37, rue de Bellefond, Paris (9e).

INFANGYL CARLIER
TOUX BRONCHITES INFANTILES
COLLUTOIRE INALTÉRABLE AU NOVARSENOBENZOL
COLARSENOL
ANGINES STOMATITES GINGIVITES
LABORATOIRES CARLIER - 43, RUE DE CRÉTEIL - JOINVILLE-LE-PONT (SEINE)

Régulateur du travail du cœur
GUIPSINE
4 à 10 pilules par jour
Laboratoires du Dr M. LEPRINCE
62, Rue de la Tour, PARIS (XVIe)

CHLORO-MAGNESION
Asthénie - Modificateur du Terrain
DRAGEVAL
Insomnies - Anxiété
FER-OVARINE VITALIS
Insuffisances ovariennes
TENSORYL
Hypertension artérielle
FER-ANDRINE VITALIS
Infantilisme - Carence sexuelle
DESCOURAUX et Fils, 52, Boulevard du Temple, PARIS

A L'OFFICIEL TRAVERS

ALLOCATIONS FAMILIALES

Un tableau annexé à une circulaire du 6 août 1946 détermine les nouveaux salaires moyens départementaux servant de base aux calculs des prestations familiales. Ces salaires moyens varient de 5.650 francs pour la Seine à 2.500 francs pour les communes rurales de certains départements. (*J. O.*, 9 août 1946.)

EXERCICE DE LA MEDECINE.

Arrêté ministériel du 20 juin 1946 autorisant les praticiens étrangers à exercer la médecine.

Arrêté ministériel du 21 jun 1946, nommant une commission consultative pour l'application de la loi du 8 avril 1946, relative à l'exercice des professions d'assistantes et d'auxiliaires de service social.

Arrêté ministériel du 20 juin 1946 autorisant des praticiens étrangers à exercer la médecine.

Art. 1er. — Les praticiens étrangers dont les noms suivent, titulaires du diplôme d'Etat français de docteur en médecine, sont autorisés à exercer la profession de médecin pour une période de six mois renouvelable, dans les conditions des articles 1er et 4 de l'ordonnance du 6 août 1945, et sur toute l'étendue du territoire français métropolitain.

M. Camil (Julien) né le 7 mars 1910 à Barlad (Roumanie), demeurant, 59, boulevard de Strasbourg, Paris.

Mme Puyon de Pouvourville, née Natacha Sokoloski, demeurant 2, square du Champs-de-Mars, Paris (15e).

M. Huttel (Vladimir), né le 24 avril 1916 à Moscou (Russie), demeurant 4, boulevard Jean-Jaurès, Lodève (Hérault).

M. Lessner (Avram), né le 26 juin 1912 à Oltenita (Roumanie), demeurant 12, rue Mounet-Sully, Paris (20e).

M. Main (Isaac-Jacques), né le 20 août 1914 à Andrinople (Turquie), demeurant 197, boulevard Brune, Paris (14e).

Art. 3. — La demande présentée par le médecin praticien suivant en vue d'être autorisé à exercer provisoirement en France est rejetée :

M. le docteur Nicorini, né le 5 septembre à Monaco, demeurant 8, place Paul-Cézanne, Marseille.

Art. 4. — L'autorisation provisoire d'exercer la médecine accordée par arrêté du 29 novembre 1945 au praticien étranger dont le nom suit, titulaire du diplôme d'Etat français de docteur en médecine, est renouvelée pour une durée de six mois à partir du 1er juin 1946 :

M. Koerner (Iccheskiel), né le 6 décembre 1911 à Rohozna (Roumanie), demeurant au sanatorium « Château de Canneille », Canneille par Peyrehorade (Landes).

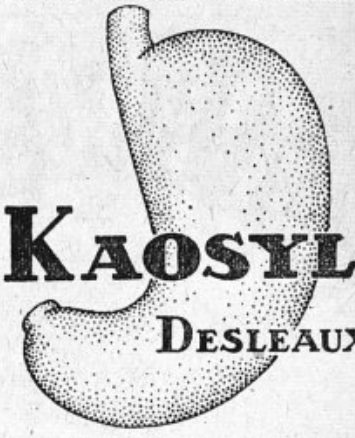
(J. O., 24 juin 1946).

Arrêté ministériel du 29 juin 1946 accordant ou refusant à des médecins étrangers le droit d'exercer la médecine.

Art'cle premier. — Les praticiens étrangers dont les noms suivent, titulaires du diplôme d'Etat français de docteur en médecine, sont autorisés à exercer la profession de médecin pour une durée de six mois renouvelable dans les conditions des articles 1er et 4 de l'ordonnance du 6 août 1945 et sur toute l'étendue du territoire français métropolitain :

MIGRAINES — GRIPPES
DOULEURS CATAMÉNIALES
ALGIES

ALGOCRATINE
Un cachet dès la première sensation de douleur
LANCOSME, 71, Avenue Victor-Emmanuel III — PARIS


KAOSYL
DESLEAUX
PANSEMENT GASTRO-INTESTINAL
LANCOSME 71 Av Victor Emmanuel III Paris

VITAMINE E
SOLUTION HUILEUSE NATURELLE
TITRÉE A 10 milligrammes par ampoule
EGERMOL
LABORATOIRE LAROCHE-NAVARRON
6, Passage Ramey - PARIS (18e) -:- Tél. MONtmartre 93-49 et 98-73

M. Adler (Heinrich), né le 25 juillet 1885 à Dresde (Allemagne), demeurant 36, rue Sibuet, à Paris.

M. Brenner (Herman), né le 3 décembre 1902 à Chrzanow (Pologne), demeurant 9, rue Victor-Gelez, à Paris.

Mlle Gabor (Malvina), née le 15 mai 1908 à Putna (Roumanie), demeurant 14, rue Brillat-Savarin, à Paris.

M. Goldman (Wladimir), né le 8 août 1910 à Dubno (Pologne), demeurant 12, rue Bellier-de-Douvres, à Paris.

M. Katz (Lazare), né le 11 février 1910 à Botosani (Roumanie), demeurant 161, rue de Charonne, à Paris.

M. Rintzler (Willy), né le 15 août 1913 à Vienne (Autriche), demeurant 34, rue Monsieur-le-Prince, à Paris.

M. Saragoussi (Benjamin), né le 10 août 1918 à Salonique, demeurant 4, rue Vernoux, à Valence.

Mme Wuest (Mirska), née le 21 juin 1899 à Liége (Belgique), demeurant à Boissy-le-Châtel (Eure).

Art. 3. — La demande présentée par le docteur en médecine suivant, en vue d'être autorisé à exercer provisoirement en France est rejetée :

M. Jurist (Alexandre), né le 14 avril 1907 à Jassy (Roumanie), demeurant 192, boulevard de la Villette, à Paris.

Art. 4. — L'autorisation provisoire d'exercer la médecine accordée par arrêté du 6 décembre 1945 aux praticiens étrangers dont les noms suivent, titulaires du diplôme français de docteur en médecine, est renouvelée pour une durée de six mois à partir du 1er juin 1945 :

M. Kreidman (Bernard), né le 1er août 1910 à Craiova (Roumanie), demeurant à Robert-Espagne (Meuse).

M. Silberman (Alfred), né le 6 décembre 1908 à Craivo (Roumanie), demeurant à Coutouvre (Loire).

M. Weintraub (Samuel), né le 14 novembre 1912 à Gorlice (Pologne), demeurant 20, rue de France, à Nice (Alpes-Maritimes).

Art. 5. — Toutes dispositions antérieures contraires sont abrogées. (*J. O.*, 9 juillet 1946.)

Arrêté ministériel du 30 juillet 1946 autorisant un praticien étranger à exercer la médecine.

Article premier. — Le praticien étranger dont le nom suit, titulaire du diplôme d'Etat français de docteur en médecine, est autorisé à exercer la profession de médecin pour une durée de six mois renouvelable dans les conditions des articles 1er et 4 de l'ordonnance du 6 août 1945 et sur toute l'étendue du territoire français métropolitain :

M. Frolichman (Adolphe), né le 23 octobre 1909 à Murgeni (Roumanie), demeurant 8, rue du Plat, Lyon. (*J. O.*, 4 août 1946.)

FISCALITE.

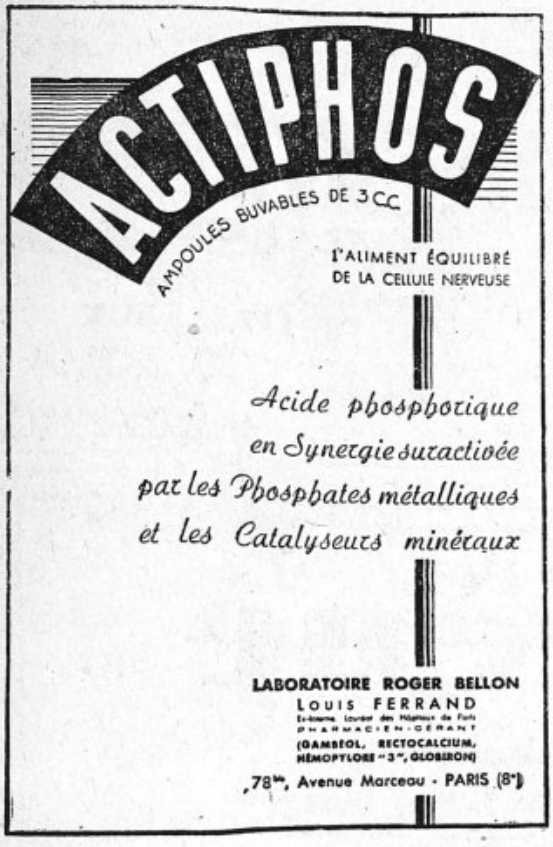
Loi du 3 août 1946 relative à l'impôt sur les traitements et salaires.

Article premier. — A compter du 1er janvier 1947, les deuxième, troisième et quatrième alinéas de l'article 65 du code général des impôts directs, relatif au calcul de l'impôt sur les traitements et salaires, sont remplacés par la disposition suivante :

« L'impôt ne porte que sur la fraction du revenu net annuel qui excède la somme de 60.000 francs, la fraction comprise entre le minimum exempté et 80.000 francs n'est comptée que pour la moitié. »

Art. 2. — Pour le deuxième semestre de 1946 tout contribuable passible de l'impôt sur les traitements, salaires, pensions et rentes viagères aura droit à un abattement supplémentaire de 10.000 francs.

La retenue de l'impôt sera effectuée, sous réserve de régularisation, d'après les barèmes en vigueur depuis le 1er janvier 1946, mais les paiements impo-







sables seront préalablement diminué d'une somme fixée à :

75 francs lorsqu'il s'agit de paiements journaliers ;

430 francs lorsqu'il s'agit de paiements hebdomadaires ;

620 francs lorsqu'il s'agit de paiements décadaires ;

925 francs lorsqu'il s'agit de paiement de quinzaine ;

1.850 francs lorsqu'il s'agit de paiements mensuels ;

5.000 francs lorsqu'il s'agit d'arrérages trimestriels de pensions ou de rentes viagères.

Art. 3. — La régularisation des retenues opérées au titre de l'impôt sur les traitements et salaires pour 1946 sera effectuée en considérant séparément les deux semestres de ladite année, compte tenu des abattements applicables respectivement pour chacun de ces semestres.

Les déclarations que les employeurs et les débirentiers doivent souscrire en vertu des articles 70 à 72 bis du code général des impôts directs devront faire apparaître distinctement le montant des sommes payées et des retenues opérées en cours de chacun desdits semestres.

(*J. O.*, 4 août 1946.)

LABORATOIRES D'ANALYSE.

Arrêté du 29 juillet 1946 concernant les Directeurs de laboratoires d'analyses médicales.

Article premier. — Le certificat délivré par l'Institut Pasteur à la fin de son cours de sérologie est admis parmi ceux que doivent posséder les directeurs, directeurs adjoints et directeurs suppléant de laboratoires d'analyses médicales pour pouvoir pratiquer les analyses sérologiques en vue du diagnostic de la syphilis.

(*J. O.*, 4 août 1946.)

Arrêté du 30 juillet 1946 créant un Conseil supérieur des laboratoires d'analyses médicales chargé d'étudier toutes les questions relatives aux laboratoires d'analyses médicales.

Article premier. — Il est créé au ministère de la Santé Publique un Conseil supérieur des laboratoires d'analyses médicales, chargé d'étudier toutes les questions relatives aux laboratoires d'analyses médicales.

Art. 2. — Sont nommés membres du Conseil supérieur des laboratoires d'analyses médicales :

M. le professeur Polonowski, de la Faculté de Médecine de Paris, président.

M. le professeur Fleury, de la Faculté de Pharmacie de Paris, vice-président.

M. le docteur Cavaillon, directeur général de la santé, vice-président.

M. Desbordes, chef de laboratoire à l'Hôpital Bichat, pharmacien inspecteur principal au ministère de la Santé Publique, secrétaire général.

M. le docteur Wibaux, directeur de l'hygiène publique.

M. Vaille, chef du service central de la pharmacie.

M. le docteur Coulon, inspecteur général de la santé.

M. le professeur Lemière, membre de l'Académie de Médecine.

M. le professeur Justin-Besançon, de la Faculté de Médecine de Paris.

M. le professeur Fabre, de la Faculté de Pharmacie de Paris, membre de l'Académie de Médecine.

Mlle le professeur Jeanne Levy, de la Faculté de Médecine de Paris.

M. le professeur Santenoise, de la Faculté de Médecine de Nancy.

M. le professeur agrégé Bonnet, de la Faculté de Médecine de Paris.



ACOLITOL

TOPIQUE INTESTINAL
COLITES, ENTÉROCOLITES, INTOXICATIONS, INFECTIONS

LANCOSME - 71, Av. Victor Emmanuel III, Paris (8e)

MÉTHODE DE WHIPPLE
TECHNIQUE DE MINOT ET MURPHY

SYNDROMES ANÉMIQUES
INSUFFISANCES HÉPATIQUES

HÉPATHÉMO
DESCHIENS

EXTRAIT CONCENTRÉ DE
FOIE DE VEAU FRAIS
Hémoglobine, Vitamines Hépato-Sanguines
Ampoules buvables de 10 cc. et 3 cc. - Sirop

DESCHIENS, Docteur en Pharmacie, 9, Rue Paul-Baudry - PARIS (8e)

NÉVRITES ESSENTIELLES - RHUMATISMES DÉGÉNÉRATIFS

apivène

venin d'abeilles

Laboratoires H. PORSIN, 39, rue Claude Bernard — PARIS (Ve)

M. le professeur Caujolle, de la Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie de Toulouse.
M. le professeur Verge, de l'Ecole Vétérinaire d'Alfort.
M. Trefouel, directeur de l'Institut Pasteur.
M. le docteur Cheymol, pharmacien des Hôpitaux de Paris.
M. le docteur Durupt, chef de laboratoire des Hôpitaux, directeur de laboratoire.
M. Laudat, chef de laboratoire à la Faculté de Médecine de Paris.
M. Schuster, docteur en pharmacie, directeur de laboratoire.

Art. 3. — Le chef de bureau chargé des laboratoires à la direction de l'hygiène publique assiste aux séances avec voix consultative.

(*J. O.*, 2 août 1946.)

LOYERS.

Un décret du 29 juin 1946 étend à l'Algérie la législation métropolitaine relative à la réquisition du logement.

MASSEURS ET PEDICURES.

Arrêté ministériel du 27 août 1946 fixant le programme des examens d'entrée aux écoles préparant aux diplômes d'Etat de masseur-kinésithérapeute et de pédicure.

(*J. O.*, 30 août 1946.)

PENSIONNES DE GUERRE.

Une loi du 9 août 1946 fixe le nouveau taux des pensions de guerre.

(*J. O.*, 10 août 1946.)

PHARMACIE.

Arrêté du 30 juillet 1946. Délivrance de l'insuline par les pharmaciens.

Article premier. — A dater du 1er août 1946, les pharmaciens pourront délivrer l'insuline sans présentation d'ordonnance médicale.

(*J. O.*, 4 août 1946.)

SANATORIUMS PUBLICS

Décret n° 46-1749 du 3 août 1946 tendant au maintien de l'indemnité accordée aux médecins directeurs, médecins adjoints des sanatoriums publics habilités à pratiquer les sections de brides dans ces établissements.

Article premier. — Est maintenue, à compter du 1er février 1945, l'indemnité accordée par l'acte susvisé aux médecins directeurs et médecins adjoints des sanatoriums publics habilités à pratiquer les sections de brides dans ces établissements.

Art. 2. — A compter de la même date, le montant de cette indemnité forfaitaire est fixé à 24.000 francs par an.

Toutefois, le taux de cette indemnité pourra être porté à 30.000 francs, lorsque le nombre des interventions effectuées dans l'année excédera trente.

(*J. O.*, 7 août 1946.)

SANTE PUBLIQUE.

Arrêté ministériel du 11 juin 1946, fixant les traitements maxima des infirmiers et infirmières des hôpitaux psychiatriques.

SECURITE SOCIALE.

Un arrêté du 6 août 1946 fixe les conditions dans lesquelles les conjointes et veuves de salariés ayant élevé 5 enfants jusqu'à l'âge de 16 ans peuvent prétendre à l'allocation aux vieux.

(*J. O.*, 9 août 1946.)

HÉMO
CYTO
SÉRUM
CORBIÈRE
Thérapeutique Ferro-Cacodylique
ANÉMIES
LYMPHATISME
CHLOROSE
CONVALESCENCES
TROUBLES DE LA CROISSANCE
LABORATOIRE CORBIÈRE
27, Rue Desrenaudes, PARIS TÉLÉPH. CARNOT 78-11

VINGT PEPTONES DIFFÉRENTES
Hyposulfites de Magnésium et de Sodium
Sels halogénés de Magnésium
ANACLASINE
RANSON
Comprimés — Granulé
Désensibilisation
Etats Hépatiques
Action Cholagogue
ANACLASINE INFANTILE
Granulé soluble
LABORATOIRES DÉ L'OPOCALCIUM
96, Rue Orfila PARIS (20e)

PARTIE SCIENTIFIQUE

UNE MESURE POUR RIEN : LE TRAITEMENT "PRÉVENTIF" GÉNÉRAL DE LA SYPHILIS

par R. BARTHÉLEMY
Ancien chef de clinique à l'hôpital Saint-Louis

QU'EST-CE qu'un traitement préventif ? Ce sont des soins matériels destinés **à éviter** une maladie, maladie qu'**on n'a pas encore** : les vaccinations, et, dans certains cas, les badigeonnages de la gorge, instillations (oculaires, nasales, uréthrales, etc.) sont des modalités de traitements préventifs.

La confusion est trop fréquente du préventif et de l'**abortif**. Celui-ci est destiné, en effet, à empêcher d'aboutir, d'évoluer, à faire avorter une maladie **dont on aurait déjà** le germe.

Et les traitements préventif ni abortif ne doivent eux-mêmes être confondus avec le traitement **précoce** d'une maladie dont on a déjà quelques symptômes (cliniques ou autres) de certitude.

Ainsi, en matière de syphilis : 1° Sera un traitement préventif l'injection (ou la série) de 914, de bismuth, voire de pénicilline qui serait administrée **avant** un coït présumé infectant ;

2° Sera un traitement abortif l'injection (ou la série) donnée **après** un coït avec un partenaire **reconnu porteur d'accidents contagieux ;**

3° Sera un traitement précoce l'injection (ou la série) donnée chez un sujet porteur : soit d'un chancre, si petit et jeune soit-il, cliniquement garanti comme syphilitique ; soit de lésions, si anodines qu'elles paraissent cliniquement, où le laboratoire aura garanti la présence du tréponème (érosion herpétiforme, ganglion induré même sans lésion cutanée, muqueuse décelable, mais avec **ponction** positive).

Pourquoi, dira-t-on, ces distinctions quelque peu scolastiques ? Parce qu'elles sont rendues nécessaires par la vieille expérience clinique. En effet, ni pour 1° ni pour 2° le médecin n'a la **certitude** qu'une syphilis apparaîtrait ou évoluerait **en l'absence de tout traitement.**

On risque donc de traiter un sujet pour une syphilis **qu'il n'a pas,** mais dont (l'expérience l'a maintes fois montré à nos vieux maîtres avant nous-mêmes) il pourrait craindre toute sa vie les manifestations ou les conséquences pour lui-même ou pour autrui.

Evidemment, dans le cas 2°, il y a peu de chances pour que le sujet " passe au travers ". Cependant les exemples classiques ne manquent pas de ce passage au travers : un indemne sur trois hommes ayant eu des rapports effectifs avec la même femme reconnue médicalement contagieuse, et d'ailleurs contaminante pour les deux autres, ou bien un sujet, suivi cliniquement et sérologiquement, qui reste indemne malgré un contact intime avec des syphilides hypertrophiques muqueuses.

Le médecin sera donc bien avisé, dans le cas 2°, en ne faisant pas un traitement prématuré, même avec les plus grosses présomptions, cela pour ne pas exposer son client aux inconvénients prolongés d'un traitement inutile, ni à la **phobie d'une syphilis inexistante,** mais dont souvent ce client ne manquerait pas de retrouver le fantôme persécuteur dans n'importe lequel des états morbides ultérieurs de sa famille où de lui-même.

Tout cela, qui s'applique au traitement " abortif " d'une syphilis qui a presque toutes les chances d'exister s'applique « a fortiori ». à une syphilis qui n'existe pas chez le sujet qu'on soumettrait au traitement préventif.

Mais ce traitement préventif aurait cependant un intérêt sérieux s'il immunisait à coup sûr et pour longtemps contre une syphilis éventuelle. On a pu croire, il y a quelques années, sur la foi d'expériences bien conduites (mais sur l'animal de laboratoire), que la série d'injections bismuthiques, si active contre une syphilis humaine déclarée, agissait aussi bien pour empêcher le développement, sinon la contamination d'une syphilis. Il n'en est rien. Nous avons vu, à plusieurs reprises, depuis cette époque, des prostituées en carte qui " prenaient " régulièrement leur injection préventive d'un composé bismuthique, soluble ou insoluble, contracter la syphilis à la suite ou même au cours d'une série. Elles ne cachaient pas leur déception, d'autant qu'elles s'étaient parfois adressées à des " spécialistes " en renom — au moins parmi elles — et qui ne craignaient pas d'appliquer systématiquement cette méthode un peu hasardeuse.

Or, comme l'écrivait en 1938 P. Lefèvre, " en prenant notre seringue avec trop de hâte, nous risquons de priver quelques individus chanceux ou réfractaires du bénéfice que leur confère leur état particulier, nous les étiquetons à tort syphilitiques ".

Et, d'autre part, on vient de voir qu'en prenant notre seringue **avant** la syphilis, nous n'empêchons pas maints individus malchanceux de la contracter. Bien mieux, il arrive, comme l'ont montré voici plus de vingt ans Gougerot et Fernet, que nous provoquions une **syphilis retardée,** cela surtout dans le cas d'un traitement abortif : l'évolution clinique, si couramment régulière, de la syphilis est perturbée par nos actives médications, **elle n'est pas arrêtée.** Ainsi se produisent d'étonnants retards d'apparition du chancre, ou des accidents secondaires, ou du virage positif de la séro-réaction. Pour peu que le malade se croie (ou soit médicalement cru) indemne en raison d'un tel retard qui relâche la surveillance ou ne la prolonge pas assez, la syphilis retardée se trouvera méconnue. On ne la soigne pas, et elle cause tardivement des troubles irrémédiables. Au contraire, si une médication (presque toujours insuffisante) n'intervient pas, il reste possible de guetter les repères chronologiques de l'évolution normale, alors même que le chancre passerait inaperçu, puisque les délais moyens de cette évo-

lution sont presque constants à partir de la date de contamination : 1° **Incubation du chancre**, trois semaines environ ; 2° **Deuxième incubation** ou période primaire avant l'éruption roséolique, trois à quatre semaines de plus, avec sortie de l'explosion secondaire vers le 45e jour ; 3° **Virage de la séro-réaction**, devenant progressivement positive, à commencer par les méthodes les plus sensibles (Hecht, etc.), à partir du 38e jour environ.

La ligne de conduite comporte donc chez un sujet **qui s'est exposé** : d'abord des examens cliniques répétés, surveillant minutieusement les muqueuses pour faire, au plus tôt, sans aucune médication locale ou générale préalables, sur la moindre érosion, prélèvements et recherches microscopiques (ultra ou **autre**) ; ensuite, mais sans trop tarder, examens sérologiques **répétés** eux aussi, quotidiens ou tri-hebdomadaires pendant la période critique (5e, 6e, 7e semaines), et prolongés ensuite, quoique plus espacés, pendant deux mois au moins. Une première séro-réaction aura été faite **dès le début**, pour s'assurer de la négativité initiale.

Il est certain qu'entre les mains de quelques auteurs, le traitement préventif a paru réduire la proportion des contaminations (Sonnenberg, Lépinay) chez des sujets particulièrement exposés, des prostituées. Mais, d'une part, quoique appliqué impeccablement, il n'a pas empêché 7 contaminations sur 160, ni 2 sur 40 observées par les deux auteurs ci-dessus. Et, d'autre part, la métalloprévention au bismuth, pour être active, doit être menée avec une infaillible rigueur (Levaditi), à laquelle les médecins, aidés ou non des Pouvoirs publics, n'arrivent pas à contraindre la fluctuante clientèle privée. Et l'on ne peut que conclure avec le Pr Gougerot : mieux vaut ne pas faire de traitements prophylactiques que de les faire mal.

C'est pourquoi d'autres maîtres comme le regretté Milian, le Pr Nicolas, M. Sézary avaient, voici dix ans, émis au Congrès français de Prophylaxie un vœu conseillant de préférer l'expectative avec surveillance clinique et sérologique, en traitant dès constatation d'un chancre ou d'une séroréaction positive. Car, en agissant ainsi, on ne commet pas la faute de commencer un traitement **en l'absence de certitude d'une syphilis au début**, on laisse le sujet courir sa chance, et on lui évite un doute qui peut peser sur toute son existence : " la première injection faite, impossible de savoir s'il a eu ou s'il n'a pas eu la vérole ".

Les nouveaux médicaments n'ont pas changé cette manière de voir de l'immense majorité des syphiligraphes, qui se trouvent aussi d'accord pour prolonger un traitement d'assaut, si précoce soit-il et même commencé massivement dès le chancre présérologique et „ préinduré ", par des séries médicamenteuses échelonnées **sur une année au moins**, avec des intervalles de repos réduits au minimum.

La doctrine générale est donc que les traitements préventif et abortif tels que nous les avons définis doivent céder le pas au traitement curatif (d'une syphilis d'existence dûment **démontrée**) mené en deux phases, une phase d'assaut ultra-précoce et énergique, une phase de consolidation en séries suffisamment étoffées, resserrées et répétées.

Le traitement préventif **général** apparaît donc bien comme une mesure pour rien, ou pour fort peu de chose en face d'inconvénients majeurs et du fait **qu'on n'est pas désarmé contre une syphilis à voir éclore**, si elle est surveillée avec soin et compétence.

Reste le traitement préventif **local**. On sait qu'en France il est assez de mise d'affecter à son endroit un dédain pudibond. Les mesures de prophylaxie individuelle, d'efficacité certes inconstante elles aussi, sont pourtant très recommandables. Il faut en écarter, pour les mêmes raisons qu'en cas d'un traitement préventif par piqûres, l'absorption **per os** de drogues antisyphilitiques.

Par contre, la série des toilettes et lavages, des applications grasses préventives et des pommades antiseptiques spéciales avant et aussitôt après les rapports, est certainement fort utile. Dès 1915, avec Balzer, nous avions insisté sur l'action efficace des savonnages **de type chirurgical**, c'est-à-dire suffisamment minutieux et prolongés.

Inutile de revenir sur l'action également non douteuse de la pommade de Gauducheau, modification de celle de Metchnikoff, ou des pommades spécialisées en petits nécessaires prophylactiques dont il existe en France plusieurs marques estimées, à base surtout de calomel léger.

En 1943, l'armée américaine a sorti, après de minutieuses expériences, une trousse prophylactique surnommée " Pro-Kit ", mais d'après une analyse de la **Prophylaxie antivénérienne**, " la sympathie de cette armée va incontestablement à l'usage du condom " (Sternberg et Larrimore).

On sait du reste que, dans l'armée allemande aussi, l'emploi du **gummi** était... recommandé à la manière germanique.

Pour conclure pratiquement, il y a lieu, lorsqu'on s'expose à une contamination syphilitique, de prendre toutes les précautions possibles de prophylaxie individuelle, puis de s'observer et, mieux, de se faire observer par un médecin. Celui-ci agira sagement en ne faisant aucun traitement antisyphilitique sans avoir l'assurance, par clinique et laboratoire, que le malade **a bien contracté la syphilis**. Dans la grande majorité des cas, l'observation médicale permettra un diagnostic précoce. Le traitement antisyphilitique **le plus actif** doit suivre **aussitôt** et **persévérer**.

L'absence de syphilis confirmée reste une contre-indication, formelle à nos yeux, d'un traitement qui, tombant parfois juste, éviterait peut-être une infection rarement véridique, mais bien plus souvent sera physiquement inutile et moralement nocif.

Mais un chancre de quelques jours, voire de quelques heures, avec présence reconnue du tréponème, doit mettre en branle immédiatement la série et les doses d'assaut. La syphilis est alors " coupée " presque à coup sûr. Dans cette certitude, cette promptitude et cette énergie résident les véritables moyens préventifs, bien que " a posteriori ".

COMMENT RÉALISER L'ANALGÉSIE OBSTETRICALE A LA CAMPAGNE EN 1946

Par le Dr MARMASSE
de Chevilly (Loiret)

Dans un milieu rural où l'accouchement a lieu à domicile **sans** infirmière ni **aides** autres que les proches, le choix des méthodes d'analgésie obstétricale et leur application ne posent pas les mêmes problèmes qu'en clinique.

Trois procédés se disputent actuellement la faveur des accoucheurs français : spasmalgine, méthodes de Delalande et de Benoist.

La spasmalgine a conservé son rang dans l'arsenal de l'accoucheur, mais son emploi s'est perfectionné. On tend à renoncer aux doses élevées préconisées par Kreiss (jusqu'à 11 ampoules sur un diagramme) et à l'associer aux microdoses de Posthypophyse.

La méthode de Delalande combine l'administration d'une dose élevée de Posthypophyse avec une anesthésie générale au Chlorokélène. Ses résultats sont étonnants pour peu qu'on applique sans timidité les directives de l'auteur.

La méthode électrique ne procure selon Benoist que 10 % d'analgésies totales et 20 % de bonnes.

D'autres procédés ont vu le jour : l'infiltration des splanchniques associée ou non à l'épidurale et à l'infiltration vulvaire ; la rachi, bon procédé auquel on peut reprocher la fugacité de son action et les céphalés résiduelles. Le Protoxyde manié " à la Reine " procure une excellente analgésie ; mais des résultats de qualité ne paraissent pouvoir être obtenus qu'avec le secours d'un aide entraîné, même avec les appareils autoanalgésiants tels que le Walton-Minnit (dont l'emploi est autorisé aux sages-femmes anglaises) et le Rochette-Air liquide, établi pour l'usage dentaire et peu portatif.

D'une manière générale, on tend à combiner diverses méthodes puisqu'il paraît confirmé que leurs effets nocifs ne s'additionnent pas : par exemple Spasmalgine et Chlorokélène avec le Dolosal ou les barbituriques, ou avec l'accouchement électrique ; ou encore Nembutal et rachi (aux U.S.A.).

⁂

Parmi ces moyens voici la ligne de conduite que j'ai adoptée pour les accouchement **normaux.**

⁂

1. Cas facile : la **multipare** qui, examinée **à dilatation complète**, commence seulement à souffrir. Mais la douleur est aiguë ; la femme peut accoucher d'un moment à l'autre ; on est pris de court, il faut soulager immédiatement : j'administre une Spasmalgine **intra-veineuse** et du chloroforme " à la Reine " en forçant la dose au passage de la tête à la vulve. L'effet de la Spasmalgine est souvent immédiat : **pendant l'injection** qu'on pousse lentement (1/2 à 1 minute) la femme déclare qu'elle ne souffre plus, et l'accouchement se termine habituellement dans l'inconscience.

⁂

2. A l'opposé, il y a les **primipares**, cas difficiles : bassins non éprouvés, tissus non assouplis. Ici je renonce au Chlorokélène : Delalande reconnaît que sa méthode aboutit à une forte proportion de forceps à la vulve chez la primipare. En milieu rural où le forceps sans aide est d'une pratique délicate, j'estime qu'il vaut mieux ne pas jouer la difficulté. J'applique donc la méthode de Kreiss modifiée par Voron et Pigeaud, selon les modalités rappelées notamment par Gaillard et par Favreau rupture précoce des membranes, Spasmalgine, avec ou sans hypophyse. Comme pour tout accouchement dirigé, cette méthode suppose la tenue à jour d'une fiche d'observation minutieuse. Elle impose par ailleurs au médecin de campagne des difficultés d'organisation. Il pourra difficilement s'absenter : la femme est sous l'effet d'une première Spasmalgine (sous-cutanée) ; un quart d'heure après elle ne souffre plus, bientôt elle somnole. Mais elle n'est soulagée que jusqu'à une certaine intensité de douleur. Que des douleurs plus fortes surviennent, elle s'agite, et ne les supporte plus, maintenant qu'elle sait pouvoir être soulagée. Par contre, en cas de travail lent et si la femme a reçu plusieurs doses d'hypnotique, elle est à peine consciente et ne pourra pas guider ses proches pour rappeler opportunément l'accoucheur en fin de dilatation. Personnellement pour un accouchement pratiqué de jour, obligé de m'absenter entre les examens de surveillance, je retarde souvent la Spasmalgine jusqu'au moment où je ne quitterai plus l'accouchée. De nuit, reposant dans une pièce voisine, je la commence en moyenne dès une dilatation de 2 francs, c'est-à-dire au moment où le travail est sûrement déclenché et où les coliques deviennent en général pénibles.

⁂

Le principe même de l'accouchement dirigé heurte nos idées reçues. Nous avons été pénétrés de cet enseignement que la plupart des infections puerpérales étaient dues à un apport extérieur ; un de nos Maîtres enseignait à suivre l'évolution du travail au simple palper pour éviter les touchers.

Ce scrupule va guider nos directives pour concilier une double nécessité :

a) Effectuer la plus grosse partie des besognes matérielles de l'accouchement ;

b) Pratiquer, entre temps, des touchers qui soient cependant aseptiques, rompre l'œuf et ne pas encourir la responsabilité d'une infection puerpérale.

⁂

C'est qu'en effet les aides naturels — le mari, la mère — ne feront pas l'office d'une infirmière. Emus, troublés, ils pourront maintenir les membres. Mais l'accoucheur ne devra compter sur personne pour lui passer correctement une boîte d'instruments, pour faire une piqûre même préparée, pour badigeonner d'iode, pour préparer un bock à injection, même pour s'occuper du nouveau-né, de son bain ou de son premier habillage Il s'agit en somme de **travailler correctement dans des conditions un peu difficiles.**

Le médecin aura dû réfléchir à tous ses gestes : tout passera par ses mains. C'est ainsi que dans les condi-

tions dont je parle, l'expérience m'a fait renoncer aux gants et rendu partisan de l'accouchement à mains nues : quand les gants risquent d'avoir été souillés par contact, leur aseptisation est impossible ; l'iode et l'alcool ont laqué le sang et le coton s'attache à la gomme. A mains nues, du moins voit-on ce qu'on fait : un bon brossage savonneux restitue la netteté à la peau, le brossage dans l'alcool réalisera l'aseptie. Par contre, l'usage des doigtiers autoclavés (par boîtes de 2) évite de répéter ce lavage des mains pour les touchers.

La tâche du médecin est facilitée par des instructions écrites données à l'avance sans craindre les détails. On a ordonné de faire dans la pièce un vide " chirurgical " (cadres, tapis, satins) — de préparer le linge — de garnir les meubles — de disposer le lit à la lumière et à portée de la main ; éclairage de secours et chauffage sont prévus. On surveillera les mains et le vêtement des aides, souvent tétanigènes à la campagne. On aura le souci du travail " propre " pour éviter les changes difficiles dans la torpeur opiacée.

C'est dans ces conditions qu'a lieu **le premier examen : sur le bassin flambé, vessie vidée, la femme est savonnée, et légèrement iodée ;** le doigtier est enduit de vaseline stérilisée pour ce premier toucher, pénible avant l'écoulement des eaux. L'examen se termine en général par la dilacération de la poche des eaux avec une branche de pince de Kocher stérile, disposée démontée en deux pièces à portée de la main. La femme est garnie et reçoit une Spasmalgine sous-cutanée (le plus souvent associée à 1 ou 2 unités de Posthypophyse).

Les piqûres seront répétées au rythme nécessaire pour **rendre l'accouchement supportable, mais avec le souci de rester dans des doses modérées** pour éviter l'apnée du nouveau-né dont je reparlerai. On pourra dans ce but, alterner 1 ou 2 ampoules de Dolosal avec 2, 3 ou 4 Spasmalgine et ajouter un barbiturique : Sonéryl, Hémypnal, Optalidon C'est aussi dans ce but que pendant l'expulsion on donnera du chloroforme " à la Reine " ; le médecin commence l'administration lui-même, il explique à la femme comment respirer et au mari comment projeter le chloroforme sur la compresse. Un mouchoir tendu sur un petit masque évite à l'anesthésiste novice de brûler le visage de la parturiente.

Quand la tête est à la vulve, le médecin iode largement cuisses, pénil et vulve (les champs sont hors saison). Une femme maintient les mains de la parturiente, sans peine d'ailleurs, puisqu'elle souffre peu. Une serviette doublée d'un lange est ouverte sur le lit pour y déposer le nouveau-né. Le praticien fait un dernier brossage des mains, avec alcoolisation iodée. Au passage de la tête, il fait forcer la dose de chloro et retirer le masque aussitôt.

Si l'enfant naît inanimé, en apnée, la flagellation suffit habituellement à le ranimer. Souvent le médecin aura plus tôt fait de l'insuffler vigoureusement de bouche à bouche, à 2 ou 3 reprises, en lui pinçant les narines. Les bains chaud et froid devront avoir été prévus.

L'apnée qui m'a paru anormalement fréquente quand j'utilisais la Spasmalgine seule et à doses élevées, oblige le médecin à quitter la mère, ensuite à se réaseptiser. L'association de Posthypophyse à des doses modérées de Spasmalgine en accélérant l'accouchement rend l'apnée rare et bénigne et donne une analgésie le plus souvent excellente.

***

3. Pour une **multipare** dont l'accouchement s'annonce comme devant être **douloureux**, je pratique le "Delalande " ; mais sa mise en œuvre est délicate en campagne. Il ne s'agit plus de bouffées anesthésiques, « à la Reine », mais d'une anesthésie continue et légère en même temps, à la limite de l'abolition des réflexes. On devra renoncer au " Delalande " si le mari n'a pas l'intelligence et l'adresse suffisante pour terminer l'anesthésie durant les dernières minutes.

A défaut des thèses consacrées à cette méthode, l'article de Mahon dans **Gynéco-Obstétrique** d'Avril 1943 contient l'essentiel de ce qu'il faut savoir pour la pratiquer. Au début du travail, on peut administrer 3 Spasmalgine de demi-heure en demi-heure (Poulain) ; quand la dilatation atteint environ 2 francs, on pratique l'ouverture des eaux sur laquelle l'accord paraît établi, l'injection de 10 à 15 unités de Posthypophyse et simultanément une anesthésie au Chlorokélène.

On sait les raisons qui ont fixé le choix de Delalande : le chloroforme, seul, affaiblit trop les contractions utérines, endort trop, l'anesthésie est lente et lentement dissipée ; le kélène, seul, agite trop et contracture les muscles volontaires donc le périnée lors de l'expulsion, mais il a le gros mérite de ne pas diminuer les contractions utérines. L'anesthésie générale équilibre la dose élevée de Posthypophyse. Sous ces influences conjuguées, l'accouchement est considérablement accéléré : on voit une tête à peine fixée au détroit supérieur accomplir sa descente en trente ou quarante minutes.

On pousse l'anesthésie en cas d'hypertonie utérine persistant entre les contractions. A défaut du toucher, le praticien qui donne l'anesthésie suit le tonus au palper de l'abdomen. Le degré de l'anesthésie demande à être précisé : à la limite de l'aréfléxie, de l'abolition du réflexe cornéen, au-dessous du ronflement et de l'anesthésie chirurgicale.

Le " Delalande " impose les conditions de toute anesthésie générale : femme à jeun, vessie évacuée ; inconsciente, la femme ne pourra ni s'aider ni aider l'accoucheur. Il sera prudent de la faire lavementer aux premières douleurs.

De sourds grognements manifestent l'expulsion : l'accoucheur cède le Chlorokélène au mari et s'apprête à recevoir l'enfant. Cette expulsion involontaire est quelque chose d'étonnant. Les poussées sont rares, mais extraordinairement efficaces. Parfois la tête jaillit et il faut la retenir. On fait aussitôt retirer le masque. Si la présentation s'arrête aux épaules, il faut avoir la patience d'attendre quinze ou vingt secondes une nouvelle poussée involontaire ; le placenta suit dans le quart d'heure, parfois aussitôt. La femme perd peu, la rétraction utérine est excellente, l'inconscience persiste près d'une demi-heure pendant laquelle la femme inerte comme une opérée se laisse déplacer dans son lit.

On a ainsi utilisé 1 ou 2 tubes de Chlorokélène (de 30 gr.) pour une durée de trente à soixante minutes en moyenne. Si à ce moment la tête est encore à la vulve, ce qui est rare, il faut prendre le forceps : Delalande conseille de changer d'anesthésique, de prendre le chloroforme qui relâche mieux la vulve. L'anesthésiste de fortune passera sans peine au chloroforme dont quelques gouttes suffisent pour une femme déjà endormie et calme. La mise en transverse sur le lit exigerait

un troisième aide pour maintenir les jambes, elle n'est pas indispensable pour un forceps à la vulve.

Telles sont les conditions pour réussir sans gageure l'accouchement " à la Delalande " en pratique rurale Les résultats en sont absolument remarquables : travail rapide et aisé, enfants bien éveillés, rétablissement rapide de l'accouchée. Les échecs sont dus à une mise en œuvre trop timide : doses trop faibles ou réfractées de Posthypophyse, anesthésie insuffisante (car le Chlorokélène donné " à la Reine " agite : la femme reste apnéique et divague, les yeux exorbités).

⁂

Expériences faites, on peut conclure que l'accouchement dirigé est possible en campagne, avec des modalités différentes selon le nombre et l'évolution intellectuelle des aides. Il rend plus difficile l'application de l'aseptie ; il modifie le travail et rend nécessaire une surveillance continue ; de ce fait, il peut se trouver irréalisable pour l'omnipraticien chargé de visites si un accouchement lui survient de jour et loin de son centre.

En somme, le praticien qui fait des accouchements dirigés complique beaucoup sa tâche. On peut se demander si cela en vaut la peine. Les adversaires de l'accouchement dirigé objectent les risques encourus, dangers vraiment illusoires si la méthode est correctement appliquée.

Faut-il laisser souffrir les accouchées sous le prétexte que " cela s'est toujours passé ainsi " ? Mais précisément il y a un fait nouveau : nos races civilisées souffrent davantage, même les rurales ; et leurs équilibres neuro-humoraux ne sont sans doute plus favorables aux accouchements rapides. Puis surtout, les malades et encore plus les futures mères ne sont plus résignées devant la souffrance physique comme devant un mal inéluctable. De cet état d'esprit notre natalité souffre cruellement ; les enquêtes intimes auxquelles on peut se livrer révèlent que le nombre de femmes de tous milieux qui se sont limitées à un seul enfant parce qu'elles ont trop souffert (ou que leur mari les a vues trop souffrir), est considérable. Leur sentiment tient en une ligne : « On ne m'y reprendra pas. » Je ne crois pas exagérer l'importance nataliste de ce facteur. Il ne conditionne pas à lui seul toute notre natalité. Mais il accroît le nombre des enfants uniques et des couples stériles.

Il ne faut pas promettre des accouchements " sans douleur " qu'on ne pourra peut-être pas obtenir ; mais les femmes vous savent gré de leur avoir rendu supportable un acte auquel il faut restituer sa beauté.

Cette extension de l'accouchement dirigé pose un problème professionnel qu'a soulevé Devraigne : " Que deviendraient les sages-femmes ? " Elles pourraient devenir auxiliaires du médecin, lui permettant précisément de réaliser avec moins de difficultés un accouchement moderne à domicile.

Bibliographie

Devraigne, la Médecine, octobre 1941.
Mahon, Gyn. et Ob., avril 1943.
Delalande, Th. Bordeaux, 1938.
Poulain, Th. Paris, 1946.
Favreau, Hop., avril 1945.
Gaillard, Hop., mai 1945. **Concours** 10 janvier 1945.
Benoist, Confér., 31 mai 1945.
Balazuc, Pages médic. nº 3, avril 1946.

LES LIVRES

Dr André Feil. La Silicose et sa réparation. Une brochure 60 pages (Jouve et Cie, éditeurs, Paris, 1946).

La Silicose offre des caractères particuliers ; elle ne se présente pas aussi simplement que beaucoup d'autres maladies professionnelles. Sa nature, sa pathogénie sont encore discutées ; de nombreux points restent obscurs, malgré la multitude des recherches, des enquêtes et des travaux publiés. Il était juste que la silicose puisse être réparée (ordonnance du 2 août 1945) ; mais elle devait l'être d'une manière différente des autres maladies professionnelles, en tenant compte de sa symptomatologie particulière, de son évolution lente, des liens spéciaux qui l'unissent à la tuberculose.

Dans cette monographie intéressante et utile sont réunis quelques textes susceptibles de documenter les médecins d'usine, plus spécialement les médecins des entreprises minières. On y trouve traités notamment les sujets suivants : pathogénie des pneumoconioses silicotiques ; diagnostic radiologique de la silicose, réparation de la silicose en France et dans quelques pays ; prévention de la silicose.

G. F.

G. Doin et Cie, éditeurs
8, place de l'Odéon, Paris (6e)

Drs C. et J. Oddo. — La médecine d'urgence. Symptômes. Diagnostic. Traitement immédiat. Formulaire, 8e édition. Un vol., 840 pages. Prix : 490 fr.

L'ouvrage de MM. C. et J. Oddo (8e édition, entièrement revue) est consacré aux affections médicales d'urgence : croup, asthme, œdème aigu du poumon, infarctus du myocarde, hématémèses, hématuries, appendicite, convulsions, comas, empoisonnements aigus, etc. Pour chacune de ces affections, les tableaux cliniques sont décrits d'une façon vivante, les formes cliniques sont étudiées avec le souci de permettre un diagnostic aussi rapide que le commande l'urgence, et la thérapeutique, éclairée au jour des notions les plus récentes, insiste principalement sur les modes de traitement qui, appliqués au lit du malade, peuvent apporter un soulagement rapide à une situation immédiatement alarmante.

J.-B. BAILLIERE et Fils, Editeurs

Gérard Duhamel. — Régimes alimentaires usuels de l'adulte. Un vol. 170 pages, 1946 .

Sous une forme simple et pratique, en indiquant les raisons cliniques ou pathogéniques qui les règlent, l'auteur décrit les différents régimes alimentaires de l'adulte : régime normal, régimes dans les états pathologiques (maladies gastro-intestinales, du foie, du cœur, maigreur, obésité, diabète, arthritisme, etc.). Pour ces derniers, les aliments autorisés et les aliments interdits sont présentés sur deux colonnes juxtaposées et des exemples de menus-types sont donnés.

LES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

Proposition relative à l'obligation de la vaccination anti-diphtérique chez les tout jeunes enfants.

(M. L. Tanon, rapporteur ; 25-6-1946)

La Commission d'Hygiène de l'Académie avait à examiner un vœu proposé par M. Besson concernant l'âge auquel il est préférable de recommander la vaccination anti-diphtérique. La loi n'est pas précise sur ce point et laisse une grande latitude de 15 mois à 4 ans. Il semble opportun de donner une date plus fixe.

La Commission, reconnaissant la justesse de cette observation, a émis à l'unanimité le vœu que, dans le texte de loi, il fut inséré que la vaccination anti-diphtérique simple ou associée soit pratiquée toujours entre le 12e et le 15e mois.

Consommation générale du vin et répartition de la production.

(M. L. Tanon, rapporteur ; 25-6-1946)

Le ministère de l'Agriculture procède actuellement à un plan d'orientation de la production agricole. M. le ministre de la Santé a demandé à ce propos l'avis de l'Académie sur la quantité de vin qui paraît pouvoir raisonnablement être consommée par l'ensemble de la population française. Il désirerait d'autre part savoir si la consommation excessive provenant du cépage américain « noah » a sur la santé une influence particulièrement défavorable.

La Commission propose à l'Académie les réponses suivantes.

Sur le premier point : comme il n'est pas opportun de prévoir en ce moment des quantités de vin qui seraient impossibles à fournir, on peut proposer l'attribution de un demi-litre par jour aux J3, adultes et vieillards. Sur le second point : jusqu'à plus ample informé, le vin de « noah », de par sa composition, n'est pas à recommander, au moins pour la consommation courante.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX DE PARIS

Maladie d'Addison de diagnostic difficile chez un adolescent.

(MM. De Gennes, Bricaire et Simon ; 17-5-1946).

Les auteurs relatent l'observation d'un adolescent de 18 ans, ayant une mélanodermie de type addisonien, apparue à l'âge de 8 ans à la suite de bain de soleil. Hypotension à 8-6 pas d'asthénie.

Le syndrome humoral est normal, à part une baisse de glutathion réduit. Des épreuves au traitement par cortine de synthèse confirment le diagnostic de maladie d'Addison.

Il ne s'agit pas d'une maladie d'Addison d'origine tuberculeuse, car la cutiréaction et l'intradermo sont négatives. Il semble qu'il s'agisse d'une aplasie surrénale (affection fréquente pour les américains, très rare pour les auteurs), d'autant plus qu'il existe un retard de l'évolution pubérale et une absence de pilosité. BW négatif.

Pendant le traitement, virage de la cuti réaction avec complexe ganglio-pulmonaire. On sait l'antagonisme Addison-tuberculose pulmonaire, mais depuis qu'on traite les maladies d'Addison de façon efficiente, on voit des tuberculoses pulmonaires latentes avant tout traitement devenir évolutives dès le début de celui-ci.

Kyste aérien tuberculisé.

(MM. Moreau, Boudin, Cler et Graveleau ; 24-5-1946)

Les auteurs relatent l'histoire d'un déporté qui revint d'Allemagne atteint de tuberculose pulmonaire gauche et qui, brusquement, à l'occasion d'une symptomatologie fonctionnelle bruyante évoquant l'idée d'un pneumothorax, présenta une ombre pulmonaire enkystée à forme hydro-aérique ; l'absence de toute vomique ou expectoration pulmonaire, l'intégrité bronchique vérifiée à la bronchoscopie et la découverte d'un pus riche en B. K. à la ponction de la poche incitent les auteurs à admettre une perforation pulmonaire dans un kyste aérien préformé, l'analyse des tomographies permettant de voir plusieurs images claires qui peuvent être interprétées comme d'autres ombres kystiques ou cavitaires.

Bronchite segmentaire du lobe moyen chez un enfant de 8 ans.

(MM. Maurice Lamy, Mlle M. L. Jammet, M. J. M. Lemoine et P. Y. Paley ; 24-5-1946)

Les auteurs ont observé un catarrhe bronchique segmentaire, chez un enfant de 8 ans, uniquement limité à la muqueuse de la bronche du lobe moyen, ayant entraîné une condensation rétractile transitoire de ce lobe.

L'examen clinique ne permettait pas d'autres constatations que celle de gros râles ronflants disséminés dans les deux champs pulmonaires. La radiographie, surtout de profil, montrait une condensation rétractile typique du lobe moyen. L'exploration bronchoscopique ne découvrit rien d'anormal, sauf dans la bronche du lobe moyen, où la muqueuse était le siège d'une hyperémie importante avec épaississement pariétal ; elle était recouverte de sécrétions blanchâtres et très visqueuses. Leur prélèvement a montré l'absence de B. K. ; d'ailleurs toutes les réactions tuberculiniques furent négatives. La condensation du lobe moyen disparut brusquement quelques heures après une seconde bronchoscopie.

Les A. insistent sur le caractère limité et localisé de ce catarrhe bronchique. Ils pensent que ces modifications segmentaires de la bronche du lobe moyen, ayant évolué sans fièvre avec une leucocytose sanguine normale, peuvent ne pas être d'origine infectieuse ; elles relèveraient plutôt de phénomènes réflexes, dont le point de départ naso-pharyngé est ici assez probable. En tous cas, l'étiologie tuberculeuse est à rejeter formellement.

M. Jacob. — Ces phénomènes s'observent de temps en temps chez l'adulte. C'est le lobe moyen qui est pris le plus souvent.

M. Lamy. — Cette observation montre ce que peut apporter un nouveau moyen d'exploration. La pathologie bronchique s'étendra aux dépens de la pathologie pulmonaire.

M. Turiaf. — Quand on parle de troubles bronchiques on pense à un élément infectieux ou hu-

TROUBLES DU MÉTABOLISME PHOSPHO-CALCIQUE

RACHITISME

GROSSESSE
LACTATION
SPASMOPHILIE
CARIES DENTAIRES
FRACTURES

ERGORONE

SOLUTION GLYCÉRO-ALCOOLIQUE RENFERMANT
0,03 POUR 100 DE VITAMINE D CRISTALLISÉE

400 unités internationales par goutte

MÉDICATION D'UNE POSOLOGIE PRÉCISE
contrôlée physiquement et biologiquement

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
MARQUES POULENC FRÈRES ET USINES DU RHONE **SPECIA**
21, RUE JEAN GOUJON · PARIS (8ème)

Anémies · Asthénies
Amaigrissement
TOUTES DÉFICIENCES

ARSENOCRINE

AMPOULES BUVABLES AGRÉABLES A PRENDRE

LABORATOIRES DE SPÉCIALITÉS S.A. LASSA

LASSA - 31, R. Chardon-Lagache, Paris 16e

PRODUITS SPÉCIALISÉS DES ÉTABLISSEMENTS KUHLMANN
MARQUE **R. A. L.**

H. DELOMÉNIE
Docteur en Pharmacie
15, Rue de La Baume, PARIS (VIIIe)

BINIDIA
Antiseptique génito-urinaire local

BINOXOL
Antiseptique gastro-intestinal

CHLORALOSANE
Hypnotique

DITHIORAL
Antirhumatismal

SUNALCOL
Antiseptique cutané

SUNOXIDON
Fébrifuge - Anti-infectieux

SUNOXOL
Antiseptique pour usage externe

---

ovules secs
STÉRIGYNE

Désodorisent. Calment le prurit.

Ne coulent pas. Ne tachent pas.

Leucorrhée, hygiène intime

LABORATOIRES SERVIER - ORLÉANS

SULFURYL MONAL

MÉDICATION SULFUREUSE
par l'Hydrogène Sulfureux naissant, principe actif des eaux minérales sulfureuses

8 Formes

SULFURYL MONAL	1	Pastilles	Pharyngites - Angines - Rhumatismes.
	2	Granulé	
	3	Comprimés inhalants	Rhinites - Sinusites - Bronchites chroniques - Otites.
	4	Bain	Dermatoses - Gale - Rhumatisme.
	5	Savon	Toilette de la peau - Affections cutanées.
RHINO - SULFURYL	6	Gouttes	Coryza - Sinusites - Rhino-pharyngites - Otites.
DERMO - SULFURYL	7	Pommade	Maladies de la peau et du cuir chevelu - Gale.
LAXO - SULFURYL	8	Dragées	Constipation - Hémorroïdes - Colibacillose.

Laboratoires MONAL, 13, Avenue de Ségur, PARIS

moral. Il y a un nombre considérable de bronchites diathésiques avec congestion de la muqueuse.

Un cas d'asthme fébrile et hémoptoïque lié à un catarrhe bronchique étendu.

(MM. R. Renda, J. Pallias et J. Cartier ; 31-5-1946)

A propos d'une communication de M. Lamy, Mlle Jammet et MM. Lemoine et Paley, les auteurs rapportent une observation personnelle dont ils veulent surtout retenir :

1° Le contraste remarquable entre l'importance des lésions révélées par la bronchoscopie et l'absence à peu près complète de toute anomalie radiologique (tant sur les clichés-standards que sur les tomographies) ;

2° L'influence de la sulfaguanidine sur l'apparition des crises d'asthme, qui se fit sentir avec une régularité quasi expérimentale, à trois reprises différentes ;

3° Les modifications de la muqueuse bronchique observées au cours même des manifestations dyspnéiques (œdème important de la muqueuse, hypersécrétion considérable faite de bulles claires).

L'examen bronchoscopique, comme dans le cas de M. Lamy et de ses collaborateurs révèle, ici, un état pathologique des bronches absolument inattendu ; il explique la coexistence du syndrome infectieux, des hémoptysies et des crises d'asthme, sans toutefois juger de la filiation de ces divers phénomènes.

SOCIETE DES CHIRURGIENS DE PARIS

Scalp avec mise à nu très étendue des os du crâne.

(MM. Ginestet et Landwerlin. Rapport de M. Dufourmentel ; 15-3-1946)

Les auteurs ont eu à traiter un brûlé chez lequel le cuir chevelu s'était décollé de l'os sur une grande surface. Les os du crâne, dénudés depuis huit mois, n'avaient aucune tendance à se défendre. Aucune plastie cutanée n'était réalisable.

Les auteurs ont pratiqué des forages multiples du diploë en plusieurs séances. Des bourgeons se sont formés sous forme d'une nappe bourgeonnante unie. Après élimination d'un séquestre, toute la surface a fini par s'épidermiser.

Sur un résultat éloigné de l'opération d'Ober (Section de la bandelette de Maissiat) dans une lombalgie invétérée avec irradiation sciatique.

(M. G. Vidal-Naquet ; 15-3-1946)

M. Vidal-Naquet rappelle l'opération d'Ober, dont il a présenté plusieurs cas en mai 1938 avec R. Massart, pour le traitement de certaines lombalgies avec irradiation sciatique. Il rapporte l'observation d'un malade opéré en mai 1938 pour des douleurs qui avaient résisté à tous les traitements pendant plus de deux ans et qui ont cédé après l'opération d'Ober. Près de huit ans après, le résultat se maintient excellent et le malade a pu reprendre une vie active.

LA PRESSE

A propos de la nocivité de l'arcosoudure. — P. Gengoux ne croit pas qu'il faille considérer comme maladie professionnelle spécifique du soudeur, le classique « coup d'arc », qui est un accident aigu et sans lendemain, pas plus que les cas d'intoxication saturnine, observés chez des soudeurs ou des découpeurs au chalumeau de pièces métalliques recouvertes d'enduits protecteurs. Afin d'orienter les investigations cliniques, l'auteur a estimé qu'il était tout d'abord nécessaire de connaître la composition chimique des électrodes couramment utilisées, ainsi que l'atmosphère que respire l'ouvrier soudeur pendant son travail. Ces recherches ont été confiées à un ingénieur particulièrement qualifié. Il en résulte que l'air capté au-dessus d'un poste de soudure en fonctionnement, même à l'endroit le plus défavorable, ne contient aucun gaz nocif ; le CO_2 lui-même n'y atteint pas une teneur dangereuse. On voit, pendant le travail, se dégager une quantité plus ou moins abondante de fumées ; celles-ci ne sont pas constituées par des gaz, mais par de fines particules solides en suspension dans l'air ; elles renferment du fer ; la silice n'intervient que pour 10 %, le manganèse pour 5.

L'examen médical approfondi de 165 soudeurs révèle pour eux un état de santé satisfaisant. Cependant il y a lieu de continuer à surveiller : 1° le tube digestif, en s'assurant que les lésions ulcéreuses de l'estomac et du duodénum n'ont pas, chez eux, une fréquence plus grande que chez d'autres ; 2° les yeux, afin de dépister les conséquences lointaines possibles de l'hyperhémie papillaire et de la congestion veineuse de la rétine ; 3° le sang, afin d'élucider la signification de la monocytose découverte chez un nombre important de ces ouvriers. (« Bruxelles-Médical », 16 juin 1946.)

Traitement chirurgical des abcès du cerveau depuis la pénicilline. — J. Le Beau, se basant sur des observations faites dans le service du Professeur Clovis Vincent, remarque tout d'abord que, dans la grande majorité des cas, les abcès du cerveau sont dus à des germes sensibles à la pénicilline. Il était donc normal d'espérer une amélioration importante de leur pronostic. La pénicilline n'exclut nullement le traitement chirurgical, mais elle le permet beaucoup plus complet qu'autrefois : c'est toujours l'extirpation complète, quelle que soit la forme de l'abcès, même s'il faut l'ouvrir. En un an environ, l'auteur a opéré par cette méthode 14 abcès du cerveau ; ils ont tous guéri complètement et rapidement ; 8 de ces cas étaient des formes particulièrement graves, dont 3 métastatiques d'origine pulmonaire. En somme, le drainage de ces abcès est inutile ; il faut les extirper complètement, ce qui diminue la fréquence de l'épilepsie post-opératoire. Les guérisons sont définitives, alors que celles suivant la ponction ou le drainage sont précaires, comme permettent de le vérifier les injections de thorostrast dans la cavité de l'abcès. (« La Presse Médicale », 22 juin 1946.)

G. F.

PARTIE PROFESSIONNELLE

PROPOS DU JOUR

LA CAROTTE ET LE BATON

Sous ce titre à l'humour sibyllin un journal anglais, l' « Economist », se livrait récemment à des considérations qui m'ont paru déborder le sujet que s'était proposé l'auteur et dont, à plus d'un titre, les médecins français peuvent faire leur profit..

Les Anglais d'après-guerre ne sont pas, paraît-il, très ardents au travail. Nous aurions mauvaise grâce à nous en scandaliser et bien audacieux serait celui qui, de ce bord de la Manche, leur jetterait la première pierre. Mais le journaliste anglais, lui, trouve agaçant d'avoir à constater un tel état de choses, et il essaye de l'expliquer.

Le baudet humain, dit-il, a besoin pour donner son effort d'apercevoir une carotte devant lui ou de sentir, derrière, la présence d'un bâton. Il est possible que les gens se rebutent de travailler parce qu'ils ne trouvent pas grand'chose à acheter avec l'argent qu'ils gagnent. Mais il est beaucoup plus vraisemblable qu'ils trouvent inutile de se donner du mal puisqu'ils n'ont plus à craindre d'être « mis à pied ».

Depuis des années la grande idée du renouveau social a été de supprimer et la carotte et le bâton. Il y a une véritable conjuration des masses ouvrières, du capital et de l'état pour refuser à l'entreprise sa juste récompense. Dans l'industrie toute tentative pour réduire les prix de revient soit par savoir-faire technique, soit par audace commerciale est dénoncée comme fomentant des compétitions stériles. L'industriel qui découvre un procédé pour fabriquer un objet de meilleure qualité et moins cher est privé par l'Etat du bénéfice qu'il a escompté (à cause des taxes) et par ses propres collègues de l'avantage social. Il croyait croquer une carotte, et il ne lui reste que... des nèfles. Il en va de même chez les salariés : le premier résultat de l'action des syndicats a été d'abolir toute relation entre le profit du travailleur et l'effort qu'il fournit.

Si l'attrait de la carotte a ainsi fini par disparaître la sanction du bâton n'a pas eu meilleur sort. A mesure que la législation sociale devenait plus protectrice et que les salaires devenaient plus élevés, l'urgence se faisait moins sentir de garder son emploi ou d'en retrouver un si l'on venait à le perdre. Il y a déjà des signes que l'admirable principe du « full employment » (travail pour tous) va se traduire dans la pratique par le « fixe employment » : personne ne pourra plus être congédié.

Le commerçant britannique a aussi trouvé le moyen de préserver son dos du bâton. Les conditions commerciales instaurées par les chambres patronales : fixation des prix, partage des marchés, c'est-à-dire, en fait, tout l'appareil de protection en pratique actuellement, n'ont au fond d'autre but que de préserver de la banqueroute les affaires mal gérées, même si, par voie de conséquence, le progrès de celles qui sont bien gérées est entravé. Dans une économie de compétition, comme l'américaine, lorsqu'une firme acquiert une machine à meilleur rendement et abaisse ses prix, toutes les autres sont obligées de suivre, qu'elles soient ou non en mesure de le faire.

Et le journaliste anglais constate mélancoliquement « La Grande-Bretagne se trouve aujourd'hui coincée entre deux grands concurrents qui tous deux, par des voies différentes, ont encore une large prise sur les mobiles humains de l'action. Aux Etats-Unis des prix éblouissants sont toujours proposés aux ambitieux ; la différence de bien-être entre le travail et le chômage, entre la réussite et l'échec est sans méprise possible. Les Soviets ont fait une tentative originale pour se passer des stimulants et des sanctions, mais depuis longtemps ils les ont réintroduits dans leur économie et dans aucun pays, à coup sûr, ne sont plus sévères les pénalités qui frappent l'incompétence ou la paresse. Les économies américaine et soviétique sont toutes deux, ouvertement et délibérément, des économies de la carotte et du bâton ; la britannique est en train de devenir rapidement une économie du bonbon fondant. »

Il termine en concluant : « Cela ne peut mener qu'au désastre de prétendre que les êtres humains ordinaires sont des anges ou des philosophes (que ce soit de profession marxiste ou spencérienne) ; même en notre vingtième siècle la plupart sont bien plus proches des ânes menés par le désir du gain ou la peur de la faim. »

A lire ces lignes on éprouve l'illusion vertigineuse qu'il n'y a plus de Pas-de-Calais et que c'est sur nos propres misères que le journaliste anglais s'est penché d'un cœur fraternel. Tant il est vrai que la trouble ambiance de l'après-guerre unit tous les peuples dans le même malaise et qu'ils y réagissent de manières analogues. Mais nous ne sommes pas économistes, et des considérations de cette amplitude sortiraient étrangement de nos dimensions coutumières si l'on ne se sentait fondé à transposer les conclusions ci-dessus à notre usage.

Les médecins non plus ne sont pas des anges ; et s'il peut leur arriver, à leurs heures, de s'abreuver de philosophie (que ce soit de l'une ou de l'autre profession) mieux vaut convenir tout de suite que, semblables en cela aux êtres humains ordinaires et à nos frères aux longues oreilles, ils ne sont pas insensibles non plus à l'attrait de la carotte et à l'impératif du bâton. Ces deux modes de persuasion, l'un renforçant l'autre, ont obtenu d'eux jusqu'à présent un service dont le public n'avait pas lieu d'être mécontent.

Mais voici que les temps sont révolus et que, sans avoir rien demandé, sinon qu'on les laisse en

paix, ils se sentent poussés aux épaules par des philosophes doctrinaires vers l'économie du bonbon fondant. Et ils regimbent, prétendent qu'ils préfèrent la carotte et même, le cas échéant, le bâton. En sorte que les doctrinaires regardent sévèrement les médecins et les dénoncent, comme anormaux et pervertis. Il y a donc lieu de s'expliquer ouvertement avec les doctrinaires sur des goûts qui peuvent leur paraître surprenants mais n'en sont pas moins défendables.

Le bonbon fondant ne manque certes pas de séduction. Mais c'est une gourmandise de harem qui empâte les formes et incline à la passivité. Fuir l'effort parce qu'il est inutile et attendre en grignotant le bon plaisir du maître n'est pas un mode de vie très viril et l'on ne peut se choquer que des hommes de bonne souche, pourvus de tout ce que comporte leur nature, renâclent à ce programme. Une longue hérédité les a accoutumés à faire de chacun de leurs jours une lutte sans cesse renaissante, à accepter les risques en escomptant, par compensation, les profits. Etre maître et responsable de son destin vaut à un homme des angoisses et des joies qui lui sont presqu'aussi chères les unes que les autres, comme celles de la maternité.

Le jour où un jeune médecin accroche à sa porte sa plaque toute neuve, il comprend parfaitement qu'il lui faut désormais compter avec le hasard, la chance, les caprices de la voix publique et qu'il vient de miser tout son avenir sur une seule carte. Mais il sait aussi qu'il dépend de lui de saisir l'opportunité, lorsqu'elle lui sera fournie, et de s'imposer à ces inconnus qui l'environnent, qui le guettent. Il n'ignore pas qu'il lui faut être sur un perpétuel qui-vive pour déjouer les traquenards tendus sous ses pas par les hommes ou par les choses. Mais il peut aussi espérer que certaines alliances finiront par lui faciliter le chemin. Il prend le départ plein d'appréhension et d'espérance, mais l'espérance l'emporte parce qu'il est jeune, résolu et qu'il a fait de son mieux pour partir en bonne forme. Vingt ans plus tard, lorsque, descendant de sa voiture, ses regards tomberont sur la plaque de ses débuts, beaucoup moins éclatante qu'alors, certes, mais que sa notoriété rend presque inutile, il ressentira une juste satisfaction d'avoir tout seul creusé sa trace, d'avoir subi ce test de la vie. Il aura reçu sa part de coups de bâton, il aura, bon an mal an, eu sa provende de carottes et les êtres dont il avait la charge auront grâce à lui pris force et bonheur. Tous comptes faits, il n'a pas à être mécontent de lui-même.

Ce satisfecit institue celui qui toute sa vie n'aurait sucé que du bonbon fondant, ne serait guère autorisé à se le donner. A moins d'avoir couru sa chance on n'a pas acquis le mérite d'avoir gagné la course. Les doctrinaires de l'organisation peuvent concevoir des plans en tous points conformes aux souhaits de la raison ; ils peuvent même s'évertuer à bannir l'imprévu et le risque et croire en toute bonne foi qu'ils ont œuvré pour l'avantage des hommes. Reste à le prouver. Or l'événement leur donne tort. Au figuré comme au propre un climat trop doux est amollissant parce qu'il ne fait pas assez appel à la réactivité de l'organisme vivant. Un homme à qui l'avenir est assuré pense plus à jouir du présent qu'à faire effort pour se constituer des réserves. Et il ne donne plus sa pleine mesure s'il obtient autant de résultats en se ménageant. Enfin un travail trop réglementé et trop régulier devient fastidieux. Un médecin surmené grogne et maudit son métier. Et il est sincère. Mais s'il l'était tout à fait il conviendrait qu'il est en même temps émerveillé et fier, content de représenter, à lui seul, un rouage économique qui tourne à plein rendement.

On reproche souvent aux médecins qui s'opposent à l'étatisation de leur profession de n'être mus que par de bas motifs de lucre : ils craignent, dit-on, s'ils tombent sous la coupe de l'Etat de voir fondre leurs profits et d'être réduits à la portion congrue. Il y a du vrai, dans ce reproche, et nous n'avons pas à nous en cacher : jusqu'à présent nos transactions avec l'Etat nous l'ont montré sous un aspect de ladrerie qui incite peu à la confiance. Et la figure qu'il prend depuis quelque temps ne l'embellit pas !

Mais une autre raison pousse aussi les médecins à se défendre contre le poulpe étatique : ils se sentent peu de goûts pour le sort d'animaux domestiques qu'on leur propose et ils préfèrent les aléas de l'individualisme. Un peu de vache enragée, s'il le faut, pour se faire les dents ; mais la chance, par la suite, de trouver une pitance de leur choix et à leur goût. N'est-ce pas là un véritable destin d'hommes, et qui aurait le front de leur en faire grief en un monde, et à une époque où, de l'avis unanime, chacun doit donner son plein effort ?

Au reste, il ne s'agit pas d'eux seulement, mais aussi des masses, ces reines du moment. Ont-elles intérêt, le jour où il leur faudra affronter la maladie, à avoir affaire à des gens retranchés derrière leurs guichets, hautains, attentifs à leur horaire de travail, bien décidés à faire une carrière sans histoire et à atteindre la retraite au moindre coût possible ?

Aujourd'hui le sentiment du devoir, l'ambition, la gloriole de la grosse clientèle, même, je le concède, le désir du gain, tous ces mobiles indiscutablement individualistes, poussent le médecin et le décident à mener la vie trépidante qu'est celle de la plupart.

Mais demain ? s'ils étaient résorbés dans l'anonymat collectif d'un service public, s'ils venaient à acquérir le sens si reposant de l'irresponsabilité, s'il leur suffisait d'être des médecins et de se tenir cois pour n'avoir rien à craindre, si l'initiative devenait pour eux un épouvantail ?

Le public serait-il alors mieux soigné sous le couvert des plans mirifiques à tendance étatisante qui sont actuellement élaborés dans presque tous les pays par des doctrinaires imbus de philosophies non pas « de l'une ou de l'autre profession » mais très particulièrement « de l'autre » plutôt que de l'une ?

En ce bas monde le mieux est l'ennemi du bien. Il nous sera peut-être donné de voir la recherche du « mieux-être », pour reprendre l'argot des meetings, tourner au fiasco, et la médecine de demain susciter d'amers regrets pour la médecine d'hier. Amers mais inutiles, car on ne remonte pas le cours des événements.

G. LAVALÉE.

LE BEL AVENIR DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE

De toutes parts — et même des colonnes de ce journal en de libres opinions — nous entendons annoncer et sur tous les tons, l'enterrement du médecin de médecine générale. Débordé par les techniques modernes de plus en plus abondantes complexes, et même dit-on précises, le médecin général, incapable d'étendre ses connaissances en profondeur, voit son champ d'action se rétrécir et même, dit-on volontiers, disparaître. Dès maintenant M. le Ministre du Travail a décidé que le médecin de médecine générale n'est plus qu'un 2/3 de médecin, puisque pour lui C = 1, eût-il 40 ans de pratique éminente, alors que pour le spécialiste C = 1,5, eût-il passé du matin même sa thèse et ayant encore à apprendre la pratique réelle de la spécialité sur laquelle il a jeté son dévolu.

Loin de nous la pensée de vouloir diminuer la place que tient le spécialiste dans la vie médicale. Il n'est pas de jour où nous n'ayons recours à l'électrocardiographe ou au neurologue, ou biologiste, ou à l'ophtalmologiste. Nous pensons que nous n'avons pas le droit de priver notre patient d'avis éclairés que seuls peuvent donner des techniciens disposant d'un matériel spécial, habitués à voir un grand nombre de cas dans leur chapitre donné de la pathologie. Nous sommes non moins convaincus que le corps humain n'est pas une simple juxtaposition d'organes, et que la médecine fragmentaire, si appréciée du malade, est une hérésie. L'avis du spécialiste, absolu en ce qui concerne l'organe en cause, doit rester entaché d'une certaine relativité par rapport à l'ensemble de l'organisme et, à plus forte raison, par rapport à l'homme complet que nous avons devant nous.

L'étude de cette relativité, la synthèse — et la hiérarchie — des avis que nous sommes appelés à recueillir de part et d'autre restent essentiellement du ressort du médecin de médecine générale. Si au début de l'examen du malade l'omnipraticien a un rôle de régulateur, d'aiguilleur (les malintentionnés ou les myopes ne voient plus que ce rôle), en fin d'examen il doit colliger tous les avis, leur donner leur véritable valeur : non seulement il tire de tous ces documents, une synthèse, mais lui seul peut acquérir une connaissance globale de l'individu replacé dans son milieu de travail, dans son foyer, en fonction de son passé et de ses possibilités.

Dans le circuit du centre de diagnostic et de soins, ou, plus exactement dans la chaîne de l'usine médicale, idéal de demain, si nous voulons garder un minimum de valeur humaine à l'actif de cette institution, il est indispensable que le malade puisse faire le choix entre plusieurs omnipraticiens à son entrée dans le cycle. Le choix au départ enlève l'impression de contrainte liée au déclenchement inéluctable d'une mécanique inexorable. Ce médecin de médecine générale accueille le malade, le met en confiance, le protège, l'oriente, reste le recours. Le rôle du technicien et du spécialiste plus épisodique acquiert un caractère plus mécanique du fait du matériel mis en mouvement, bien que le médecin spécialiste doive éviter de se laisser écraser par son matériel et sa technique et doive rester avant tout médecin.

L'omnipraticien reparaît en fin d'examen, et c'est vers lui que le malade reviendra prendre conseil, chaque fois qu'il en sera besoin.

Il n'est pas abusif de dire que dans un tel circuit le rôle du médecin de médecine générale est considérable ; aucun des autres éléments de la chaîne ne peut le remplacer ; il est donc un spécialiste au même titre qu'eux. Sa spécialité est moins matériellement technique, elle dérive d'une connaissance plus complète de l'homme ; sa formation a tout un côté philosophique qu'ont à un bien moindre degré les techniciens à objectif limité.

L'humanisme de l'omnipraticien doit sauvegarder dans l'évolution des idées et des choses le côté si noble de la médecine qui porta à son plus haut degré de perfection l'irremplaçable médecin de famille.

L'omnipraticien se trouve plus que tout autre placé entre l'homme malade et la société — Celle-ci est essentiellement représentée par les organisations sociales dont nous connaissons les buts louables, mais aussi la volonté de puissance et de domination, de plus en plus évidente depuis qu'elles sont aux mains des syndicats de travailleurs et par personne plus ou moins interposée aux mains des partis.

L'homme souffrant, affaibli, qui vient se confier à nous, doit être défendu contre la maladie, mais aussi maintenant contre les idéologies totalitaires, contre la volonté de puissance démographique ou économique des empires. Le médecin qui l'aide à recouvrer son indépendance physique par la pleine santé ne peut le faire pleinement que s'il conserve lui aussi sa pleine liberté — nous rejoignons là les principes de la Charte.

La société a tendance à vouloir intégrer le médecin — et ceci vaut essentiellement pour le médecin omnipraticien — dans les élites d'encadrement, en lui confiant une part de l'autorité sanitaire. Les innombrables réformateurs dont la vocation se révèle depuis une vingtaine d'années prévoient dans la « hiérarchie sanitaire » une large place pour le « corps sanitaire » exerçant un véritable « sacerdoce scientifique et social ». Cette conception monolithique (puisque le totalitarisme a fait son temps) de la société ne laisse plus de place au médecin de l'homme ni au médecin de la famille, absorbé au profit du médecin social.

Le médecin, et plus particulièrement l'omnipraticien, doit rester le médecin de la personne, de l'homme dans son sens le plus large, c'est-à-dire beaucoup plus que de l'individu. Il doit donc repousser ce présent empoisonné d'autorité sanitaire qui lui est fait. Il ne peut être une élite « d'encadrement », il doit se cramponner à son rôle d'élite de « rayonnement » : c'est à son rayonnement qu'il est fait appel quand le malade le choisit

librement et lui fait don de sa confiance, parce qu'il sait que le médecin saura comprendre ses intérêts les plus sacrés et les plus personnels même s'ils se trouvent en opposition avec les intérêts sociaux. C'est par son action personnelle beaucoup plus qu'en brandissant des articles de lois et des paragraphes de règlements que le médecin saura résoudre les problèmes qui lui sont soumis et apaiser lorsqu'ils se produisent les antagonismes trop violents entre l'individu et la société. Celle-ci est bâtie pour un homme moyen, « homo vulgaris seu communis », dont chacun diffère plus ou moins intensément. Elle satisfait les besoins élémentaires de la masse à coups d'à peu près plus ou moins heureux, grâce à une activité administrative de plus en plus touffue. Elle ne peut prétendre satisfaire tous les intérêts de tous les hommes ; la froideur impersonnelle de la rigueur administrative appelle à côté de l'homme souffrant, diminué, non pas un chef, un gendarme ou un technicien soucieux de remettre en état une cellule défaillante, mais un ami qui le traite *pour lui*, subjectivement et non comme un objet, un instrument social.

Ce dernier point nous amène à envisager le médecin en face de la science. Mis en présence d'un « cas », le médecin, à l'inverse du savant, doit éviter de l'objectiver, de le traiter comme un objet aussi étranger à l'observateur que la matière elle-même. N'est-ce pas là le plus grave affront que puisse faire à l'homme son semblable ? N'est-ce pas là le drame de la philosophie politique de notre temps, qui grâce à une redoutable conjonction entre la science et le social, découlant du matérialisme dialectique et du scientisme, tend à traiter l'homme comme une chose ?

Plus cette tendance sera forte — et elle ne fait que s'accroître dans la civilisation industrielle et massive à laquelle nous semblons actuellement voués — plus l'homme sentira le besoin de cette élite fraternelle et libre : elle est seule capable, dans la cité profane, de créer, à côté de la « sécurité sociale », cette solidarité du cœur, cette fraternité humaine susceptible de rompre l'angoissante solitude de l'âme à laquelle l'homme de la société moderne est aujourd'hui condamné.

Plus que tout autre le médecin de médecine générale est apte à remplir un rôle aussi capital ; il connaît la Science, il en a éprouvé les possibilités, les limites et aussi les variations, sauts et revirements ; il a la plus claire notion de ses responsabilités accrues par la puissance même des techniques mises à la disposition de l'homme ; mieux que quiconque il sait associer l'humain et le vrai. Loin de l'amoindrir, il faut le mettre à même d'assumer les immenses et lourdes tâches qui l'attendent.

R. JODIN.

LA 2e SÉANCE DE LA COMMISSION PERMANENTE DE LA NOMENCLATURE

par le Dr Fernand DECOURT

Je veux d'abord rappeler que cette Commission comprend quatre délégués de la Confédération, à savoir : Médecine générale, docteurs MOUTHON et Fernand DECOURT ; Radiologue : Dr COLIEZ ; chirurgien : Dr MÉNÉGAUX. En face d'eux (ce qui est loin de vouloir dire contre eux), quatre confrères médecins de Caisses et enfin quatre représentants de l'Administration (deux pour le Ministère du Travail et deux pour celui de la Santé Publique). Donc, Commission *tripartite*... Une dizaine d'autres personnes assistent à la séance mais à titre de « conseillers » en cas de besoin et sans aucun droit de délibération ou de vote.

Ceci dit, je rappellerai, en outre, que la première séance avait eu lieu le 13 mars. Celle-ci, en pratique, avait abouti à l'Arrêté Ministériel du 12 avril 1936 relatif au tarif des frais médicaux en matière d'accidents du travail ». C'est à ce sujet, *spécialement*, que la Commission avait été réunie. Il s'agissait, en somme, de la minoration de 20 % pour la visite et consultation sur les taux fixés en matière d'*A. S.*, ainsi que des coefficients concernant les « Certificats » en matière d'A. T. dont il n'était pas question dans la nomenclature.

La deuxième séance (dont nous parlerons aujourd'hui) était donc, en réalité, la *première* de la Commission permanente. Elle eut lieu le 11 juillet 1946.

Une proposition concernant la « *Méthode du travail* » de la Commission avait été envoyée, au préalable, aux membres de celle-ci. Elle précisait d'abord les ATTRIBUTIONS de cette Commission, à savoir : 1° les *interprétations*, à donner aux articles de la nomenclature, interprétations sur lesquelles la Commission avait des *décisions* à prendre ; 2° les *modifications* à apporter à la nomenclature — modifications sur lesquelles elle ne peut faire que des *propositions*, la décision, dans ce cas, étant réservée à l'autorité ministérielle.

Toute question posée en séance est obligatoirement renvoyée à la séance suivante. Ne sont examinées que celles inscrites à l'Ordre du jour et communiquées à l'avance aux membres de la Commission. Quiconque peut adresser une demande d'interprétation sur un point de la nomenclature, mais ne peuvent adresser de demandes de modification à celle-ci que l'Administration, les Caisses ou les Syndicats praticiens. Pour ces derniers, les demandes devront passer par l'intermédiaire de l'organisme national — donc, pour les médecins, par la Confédération.

Ces « méthodes de travail » furent adoptées à l'unanimité.

⁂

La première question portée à l'Ordre du jour était : « L'établissement de la *liste des spécialistes qualifiés* doit-il comporter l'avis du Syndicat national de chaque catégorie de spécialistes ? » Comme il était à prévoir ceci fut adopté sans grande discussion. La seconde question portant sur la considération comme « *médecins consultants* » de certains médecins non pourvus des titres énumérés à l'art. 23, fut renvoyée pour étude tant au Ministère du Travail qu'à la Confédération — sauf toutefois en ce qui concerne les Professeurs des Ecoles préparatoires que, *de plano*, la Commission déclara, à l'unanimité, comme pouvant être considérés comme médecins consultants.

La troisième question était : « *Le spécialiste qualifié appelé en consultation* par un médecin traitant peut-il combiner les dispositions des art. 21 et 22 et noter sa consultation ou sa visite C ou V 2,25 ? » Le cumul des deux notations ne fut pas accepté par la Commission, pas plus pour le spécialiste qualifié que pour le consultant professeur dont la consultation porte déjà C 3.

La « *fracture de côte* » n'est pas inscrite dans la nomenclature. Il fut déclaré que le mot « thorax » est suffisant comme comprenant implicitement la fracture de côte. La « *Réduction de scoliose* » est inscrite ici en K. 80, là en K. 70. Décision sera prise après avis du Syndicat des Chirurgiens. La « *Néphrectomie* » est cotée K. 80 à la page 39 et K. 70 à la page 40. *Erreur matérielle : K 70 correspond à « Néphrotomie ».*

OBSTÉTRIQUE :

a) *Accouchement commencé et non terminé,* la parturiente étant envoyée à l'hôpital.

b) Rôles divers du *médecin appelé par sage-femme.*

c) Accouchement fait conjointement par *médecin et sage-femme,* à la demande de la parturiente. Faits étudiés actuellement par le Conseil national de l'Ordre au point de vue déontologique. Il y a lieu d'en attendre les conclusions. Toutefois, il est déclaré qu'actuellement la Caisse interdépartementale a admis (dans le cas signalé en *a*) un forfait supplémentaire de 300 fr., équivalent environ à C3. Il serait souhaitable, *à priori,* de laisser une certaine liberté de « dépassement » basé sur l'art. 13 de l'Ordonnance du 19 octobre 1945. Conclusion : questions à reporter à la prochaine réunion.

d) *Alimentation des prématurés par gavage.* — Conclusions : forfait journalier de 150 fr. à l'hôpital ou en clinique — à domicile, prévoir la rémunération d'une garde.

e) *Elevage des prématurés en couveuse.* — Enquête complémentaire à effectuer.

O. R. L. :

L'ouverture d'*abcès periamygdalien ou retropharyngien* par voie buccale est cotée K. 20, alors qu'il est noté que dans la région de Limoges, par exemple, les O.R.L. ne demandent que K. 6. Par ailleurs, l'incision d'abcès de l'amygdale est cotée K. 3. A défaut d'O.R.L. dans la Commission, question reportée à la prochaine séance où un O. R. L. sera convoqué pour avis.

PHTISIOLOGIE :

La *consultation* du médecin phtisiologue, *accompagnée d'une radioscopie pulmonaire* peut-elle être notée C 1,5 + K. 2 ? On conclut : pour les phtisiologues, le prix de la radioscopie s'ajoute à celui de la consultation.

ELECTRORADIOLOGIE :

a) *Electrocardiogramme et électromyogramme* ne figurent pas dans la nomenclature. Conclusions reportées à la prochaine séance pour supplément d'enquête, les médecins de Caisse estimant que les chiffres présentés par le Dr DECOURT sont trop élevés.

b) *Diathermie* cotée K 2 en E. R. et K. 3 en Gynécologie. Conclusion : à coter K. 3 dans les deux rubriques.

c) *Urographie intraveineuse.* — Il y a là — ainsi que dans d'*autres cas* — des erreurs matérielles signalées par le Dr Coliez. L'ensemble a été rectifié déjà dans l'édition de la nomenclature publiée par le « CONCOURS MÉDICAL », ce qu'ont constaté les médecins de Caisse. Une circulaire sera envoyée pour indiquer les *errata* relevés.

AUXILIAIRES MÉDICAUX :

Remplacement des (E) *par des* (B) *pour les actes de massothérapie.* — Conclusions : Prévoir l'envoi d'un simple Bulletin d'avis (*B*) pour : *a*) le massage local d'un seul membre ; *b*) idem de plusieurs membres ; *c*) la mobilisation manuelle seule. Mais entente préalable (*E*) à conserver pour massage général, la mécanothérapie et la gymnastique orthopédique individuelle.

FEUILLES DE MALADIE. — Au cours de la discussion, le Dr JOUTARD (Caisses) indique que des pourparlers sont en cours avec la Confédération en ce qui concerne la remise aux médecins non seulement de feuilles de maladie, mais des avis de cessation de travail. Le Dr HILAIRE fait remarquer que l'art. 6 fait déjà obligation aux Caisses de mettre à la disposition des praticiens, par l'intermédiaire des Syndicats, les feuilles nécessaires à l'établissement des (*B*) et des (*E*).

DONNEURS DE SANG (Rémunération) :

Il s'agit ici, en pratique, non d'un « acte médical » mais d'un « médicament ». La « Commission des médicaments » étudie actuellement la question. Attendre ses conclusions.

QUESTIONS DIVERSES :

a) *Visites de nuit.* — Conclusions : elles doivent s'étendre non de 22 heures à 6 heures, mais désormais de 21 heures à 7 heures.

b) *Ponction-lombaire.* — Conclusion : à classer en Pc 5.

c) *Publications des interprétations.* — En informer officiellement les Caisses et la Confédération. On pourra les publier également dans le CONCOURS MÉDICAL. Quant aux *modifications* proposées, elles ne seront définitives qu'après un Arrêté du Ministère du Travail.

d) *Honoraires comparés des médecins et des sages-femmes.* — La « Commission Nationale des Tarifs » vient d'admettre l'égalité des honoraires des médecins et des sages-femmes en matière d'accouchement. Mais cela en indiquant pour les sages-femmes des soins plus prolongés. Mme JAY, (assistant à la réunion comme représentant le Syndicat des sages-femmes), dit que celui-ci déclare souhaitable la surveillance de l'enfant par la sage-femme pendant les six semaines consécutives à l'accouchement. Les médecins de la Commission, et en particulier le Dr MOUTHON, déclarent cette période trop longue « les sages-femmes ayant déjà une tendance trop marquée à faire de la pédiâtrie ». Les Caisses déclarent qu'aucune ordonnance, délivrée par une sage-femme à l'occasion d'une maladie de la mère ou de l'enfant, ne serait remboursée et le fait pourrait même être l'objet de poursuites. La motion suivante est proposée : « Cette surveillance de l'enfant est prolongée jusqu'au trentième jour qui suit l'accouchement, lorsque celui-ci est accompli par une sage-femme ».

Cette motion mise aux voix est adoptée par 6 voix contre 4 (les voix des délégués du Corps médical), donc avec deux abstentions.

La séance fut alors levée après que fut convenu que la prochaine aurait lieu « après les vacances », au début d'octobre...

Après les multiples lettres que j'ai reçues provenant des confrères du CONCOURS ou celles qui me furent communiquées par la *Confédération,* on trouvera, sans doute, que la « moisson » des questions examinées et résolues fût bien maigre... Personnellement, j'ai déposé sur le Bureau de la Commission *trente-trois questions.* Ce n'étaient pas les seules évidemment. Mes collègues représentant le Corps médical, et aussi ceux représentant les Caisses, ont dû en déposer également, sans compter celles présentées par l'Administration. N'oublions pas que toute question déposée mais non inscrite à l'Ordre du jour est reportée à la réunion suivante... Patience donc confrères. La Commission étant « permanente », par définition, n'a-t-elle pas pour elle l'éternité... pour le moins ? Patience donc, c'est la grâce que je vous souhaite à tous. Amen.

Dr Fernand DECOURT...

LIBRES OPINIONS

LA CONSULTATION DE SPÉCIALISTE ET LES ASSURANCES SOCIALES

CONFLIT AVEC LES OMNIPRATICIENS

A l'heure où, plus que jamais, l'union des médecins est nécessaire, un très grave conflit est en train de creuser entre omnipraticiens et spécialistes, un fossé qui risque, s'il persiste, de ne plus pouvoir être comblé. Déjà, d'ailleurs, nombre de spécialistes sont d'avis qu'O. R. L. et ophtalmologistes devraient se retirer en masse de la Confédération, si elle persiste à ne plus paraître les représenter. Je sais bien que, dans de nombreux départements, ils ont réussi à associer les omnipraticiens à leurs protestations, demandant notamment que, pour le moins, les intérêts des spécialistes soient confiés, au sein de la Confédération, aux seuls intéressés. Des ordres du jour ont été votés dans ce sens par tous les confrères, spécialistes ou non, de ces départements. Et pourtant, les semaines et les mois ont passé, et la situation est inchangée. Demain, il sera, sans doute, trop tard. Pendant la période somnolente des vacances, et pendant qu'il est temps encore je l'espère, je voudrais attirer l'attention du Corps médical sur ce grave problème.

On sait de quoi il s'agit : alors que les consultations d'O. R. L. et ophtalmologie ont, de tout temps et en toutes régions, été tarifées le double de celles des omnipraticiens, la commission de la Nomenclature, où ne figure aucun O. R. L. ou ophtalmologiste, les a tarifées à 1,5, malgré les protestations des spécialistes et de leurs syndicats. Les coefficients des A. S. servant peu à peu de base à toutes les lois sociales, et les A. S. devant, d'ailleurs, bientôt affecter toute la population, le préjudice causé aux spécialistes serait ainsi considérable et irrémédiable, et cela sans aucune raison valable que la jalousie de certains omnipraticiens, jalousie sans aucun fondement, et sans aucun profit pour eux. Ce serait vraiment trop stupide, et à faire désespérer de l'aptitude des médecins à mener une action concertée quelconque.

On a donné toutes sortes de raisons contre le coefficient 2 pour la consultation de spécialiste. Cela m'a toujours fait songer aux réflexions si superficielles que l'on entend souvent, dans le public non informé, par exemple, sur la différence qu'il y a entre les prix à la production et ceux de vente au détail, sans que les bavards aient la moindre idée précise des conditions d'exercice et des frais généraux de la profession envisagée. Les raisons de l'hostilité au coefficient 2 ne tenant pas, on a eu recours au sentiment, qui est d'ailleurs seul, à mon avis, à l'origine de ce conflit. On a dit : « Mais un spécialiste ne vaut pas deux omnipraticiens ?»... Où diable la vanité va-t-elle se nicher, et qu'a-t-elle à voir dans cette affaire ?

Un spécialiste vaut un omnipraticien, ni plus ni moins ; mais ce sont les actes médicaux qui diffèrent, tout comme l'intraveineuse diffère de l'injection sous-cutanée. D'ailleurs, si la question devait se placer sur ce terrain, on ne voit pas pourquoi 1,5, car un spécialiste ne vaut pas plus un omnipraticien et demi qu'il n'en valait deux.

⁂

De grâce, omnipraticiens qui vous laissez entraîner par des impulsions aussi puériles, réfléchissez ? Mais alors, ne réfléchissez pas trop longtemps, car, en somme, tout cela n'est pas votre affaire, n'a aucun intérêt pour vous, et surtout n'est pas de votre compétence. Passez votre hargne sur le boucher ou l'épicier. Vous tiendrez à leur sujet autant de propos hasardeux, mais de façon moins dangereuse ; car, du fait de votre ignorance complète du sujet, personne n'y attachera d'importance. Il n'en va pas de même, hélas, de vos opinions, plus ou moins avouées, sur la profession de spécialiste. Et pourtant... c'est bien le cas de dire, à leurs propos, qu'une demi-science est plus nuisible que l'absence de toute science (attention ! je ne parle pas, bien entendu, de votre science d'omnipraticiens).

Pour conclure, et pour essayer de clore cette discussion, dont nous ne sortirons jamais, parce qu'elle est mal engagée et déplacée, je crois que le mieux est de l'éliminer. Autrement dit : à la commission de la Nomenclature, de même que la tarification des actes radiologiques est confiée à un radiologue, celle des accouchements à la campagne à un omnipraticien, il serait anormal que celle des actes d'O. R. L. ou d'ophtalmologie ne le fût pas à un spécialiste de chacune de ces branches. Pourquoi voudrait-on que les Y. O. R. L. soient moins raisonnables que les omnipraticiens et aient besoin de leur tutelle ? Un omnipraticien vaudrait-il, par hasard, deux spécialistes au point de vue de la morale et du bon sens ?

⁂

Mais trêve de badineries : le temps presse et le problème est on ne peut plus sérieux. Les spécialistes attendent d'urgence des décisions avant que soient signées, *par une majorité d'omnipraticiens*, des conventions avec les caisses. Si, par impossible, nous n'étions pas entendus, je ne verrais qu'un genre de solution : refus par tous les spécialistes de signer les conventions, en se retirant, au besoin, individuellement des syndicats départementaux d'omnipraticiens ; et la proposition aux caisses de signer des conventions séparées concernant les seuls spécialistes. La cohésion du Corps médical, sans en être plus affectée dans le fond, n'y gagnerait rien en surface. Mais où seraient les coupables, et quelles excuses auraient-ils devant leur conscience ?

Dr Joannès FARJOT. (*Oculiste*), *Le Puy*.

N.-B. — Ayant reçu de très nombreuses lettres de spécialistes, et étant en correspondance suivie avec le Syndicat National des Oculistes sur le même sujet, je crois pouvoir affirmer que j'ai l'accord de principe le plus absolu des uns et des autres.

CHRONIQUE ÉCONOMIQUE ET FINANCIÈRE

La Bourse de Paris en rupture de charme

La Bourse a battu, au mois d'août, ses propres records de hausse. Le 2 août, l'indice général dépassait 588 (base 100 en 1938), c'est-à-dire le niveau atteint en septembre 1944, au lendemain de la Libération, et le 14 août, il atteignait 606, actuel record. Et alors qu'on pouvait croire que la Bourse s'endormait à la hausse, le 21 août, les cours hésitèrent, puis, le lendemain, fléchirent : l'indice tombait à 595 le 23 et à 583 le 30. Le charme était rompu.

Le prétexte ? l'incident qui mettait aux prises les Américains et les Yougoslaves.

La raison profonde ? le besoin de repos et la crainte de l'avenir.

Entraînée par quelques valeurs, mises en vedette par des réévaluations de bilans et des distributions d'actions gratuites, la cote montait depuis le début de l'année. Le besoin se faisait sentir d'un arrêt, d'une pause pour souffler, pour consolider le mouvement et aussi pour opérer une sélection.

Par ailleurs, les éléments d'appréciation devenaient, et restent de plus en plus difficiles à évaluer : à la baisse, la politique intérieure et la politique extérieure ; à la hausse, l'inflation et l'impossibilité de stabiliser les prix.

La Constituante a rouvert ses portes et la discussion du projet constitutionnel a prouvé, s'il en était encore besoin, que le tripartisme était bien mort sur le plan moral, sinon sur le plan politique. Le congrès socialiste a mis en lumière la fragile unité d'un parti qui revendique le titre de « charnière » du gouvernement. L'avenir est incertain et la Bourse qui n'aime pas l'incertain préfère attendre l'avenir.

La conférence du Luxembourg semble placée sous le signe du désaccord. L'incident américano-yougoslave a montré aux plus optimistes combien pouvaient être fragiles les semblants d'accord obtenus autour d'un tapis vert : avenir incertain là aussi.

Dans cette atmosphère confuse, la Bourse bénéficie cependant d'un gros atout, d'un facteur de hausse dont elle profite d'ailleurs depuis six ans : l'inflation et la hausse des prix. Tant que la courbe des billets en circulation montera plus vite que celle de la production, la Bourse recueillera une partie de ces capitaux artificiellement créés. Certes, le ministre de l'Economie nationale a beau annoncer à grand renfort de publicité que la circulation monétaire décroît légèrement depuis quelques semaines (620 milliards le 22 août contre 637 le 4 juillet), il n'en reste pas moins qu'il paraît difficile de juguler l'inflation, à bref délai tout au moins (1) ; et aussi paradoxal que cela puisse paraître, l'annonce d'un déficit de 225 milliards pour le budget constitue pour la Bourse, à plus ou moins long terme, un élément de hausse.

Sans vouloir chercher lequel de ces deux facteurs de hausse ou de baisse l'emportera sur l'autre, leur simple énoncé laisse prévoir un avenir immédiat difficile et chaoté. Dès maintenant, la période préélectorale est ouverte, et elle sera vraisemblablement pour la Bourse une période irrégulière et mouvementée. Dans le doute abstiens-toi ! c'est encore le meilleur conseil à donner à la masse des épargnants, à celle qui ne suit la Bourse que de loin et qui ne veut pas prendre trop de risques.

Actions nouvelles et actions anciennes offrent des possibilités d'arbitrage

Mais, à qui craint d'acheter et de vendre, il reste la possibilité d'arbitrer. La cote offre actuellement d'intéressantes possibilités d'arbitrage, notamment entre les promesses d'actions et actions nouvelles et les actions anciennes dont les cours présentent souvent des écarts anormaux.

Rappelons ce que l'on entend par promesses d'actions et actions nouvelles : lorsqu'une société a régulièrement émis des actions, mais non encore délivré les titres, ceux-ci sont inscrits à la rubrique « promesses d'actions » jusqu'à l'assemblée de sincérité de l'augmentation de capital ; dès que cette assemblée a été régulièrement tenue, ils passent sous la rubrique « actions nouvelles » ; lorsque enfin les titres sont matériellement créés et distribués, ils sont inscrits à leur place normale.

L'écart qui sépare leur cours de ceux des actions anciennes devrait donc se limiter aux différences de dividendes. Le tableau ci-dessous montre que, dans la réalité, l'écart est plus important et justifie souvent l'arbitrage :

	Cours act. ancienne	Cours promesses
	—	—
Radio Maritime	320	290
Ateliers Chantiers de Bretagne	505	419
Châtillon-Commentry	2.375	2.100
Générale de Fonderie	3.250	3.150
Kali Saint-Thérèse	2.660	2.475
Saint-Gobain	3.700	3.450
Ciments de l'Indochine	780	690
Ouest Africain	4.855	4.650
Campenon Bernard	2.740	2.460
	Cours act. ancienne	Cours act. nouvelles
	—	—
Air Liquide	1.735	1.670
Centrale de Dynamite	3.795	3.415
Verreries de Carmaux	3.681	3.405
Brasseries de la Meuse	4.240	3.900
Civet-Pommier	1.261	1.160
Poliet et Chausson	3.225	2.895
Appareils de levage	1.800	1.680
Française des Métaux	4.150	3.900
Penhoët	2.890	2.795

...Et les valeurs étrangères également

Le groupe des valeurs étrangères occupe une place à part dans la cote, du fait de la menace de réquisition qui pèse sur lui.

Rappelons qu'un décret paru au *J. O.* du 28 juillet a décidé que les valeurs étrangères pouvaient être réquisitionnées sur simple avis de l'office des changes. L'indemnité est constituée par le dernier cours coté sur la place d'origine avant la date de publication de l'avis de l'office des changes.

En pratique, les cours de Paris présentent, avec les cours étrangers, des écarts variant de 10 à 35 %.

Un écart moyen de 10 à 20 % peut très bien se légitimer, car il constitue une marge de sécurité que se réservent les porteurs français dans le cas d'une brusque baisse des cours étrangers.

Mais ce qu'on comprend moins ce sont les différences existant entre ces écarts suivant les valeurs, et là, il y a encore des arbitrages à réaliser.

Valeurs	Parité compte tenu du coupon	Cours à Paris 30 août
	—	—
Anglo-American	3.000	2.570
Chartered	840	680
Crown Mines	2.880	2.640
De Beers ord.	11.155	8.800
De Beers préf.	9.840	8.350
Rand Mirnes	3.430	2.850
Transvaal	1.835	1.385
Roan Antelope	366	296
Rio	7.080	6 225
Union Corp.	6.510	5.900
East Geduld	4.800	4.350
Central Mining	11.040	10.150
Est Asiat. Danois	31.115	23.500
C.F. Egyptien	15.892	11.750

M. PEREU.

(1) Au 29 août la circulation remonte à 633 milliards.

ÉCHOS & Commentaires

Il faut augmenter l'abattement a la base, dans la cédule des B.N.C.

Parmi les mesures prises récemment en faveur des salariés, il en est une qui s'imposait avec une particulière urgence et qui reste, selon nous, encore en deça de ce qui eut du être fait : nous voulons parler de l'augmentation de 40 à 60.000 francs de la fraction de revenu exonérée de l'impôt cédulaire sur les traitements et salaires (rappelons en outre que la fraction de 60 à 80.000 n'est comptée que pour moitié). En effet la fraction exonérée d'impôts en 1939 était de 10.000. Chacun s'accorde aujourd'hui à reconnaître que le coefficient de hausse du coût de la vie avoisine 9. Le chiffre antérieur de 40.000 était donc nettement dépassé et le chiffre actuel manifeste encore une forte croissance de la pression fiscale depuis l'avant-guerre.

Mais ce qui est particulièrement inique, c'est que cette mesure de simple équité (et d'équité très partielle) ne s'étend jusqu'à présent qu'aux seuls salariés, sans qu'au reste ce privilège puisse être motivé autrement que par l'importance sociale, politique, électorale en un mot — de cette catégorie de citoyens.

Or au départ, (c'est-à-dire en 1939) la fraction de revenu exonérée d'impôt cédulaire était exactement la même qu'il s'agisse de traitement, ou de bénéfice des professions libérales. Le législateur estimait que ces dix mille francs correspondaient au minimum vital au-dessous duquel le fisc perdait ses droits.

A l'heure actuelle le minimum vital non imposable du médecin est resté immuablement fixé aux 10.000 francs de 1939, tandis que le minimum exonéré des salariés grimpait successivement à 40, puis 60.000 francs. La différence est trop flagrante pour mériter un long plaidoyer. Le médecin, n'a pas, que nous sachions, le bénéfice d'une monnaie spéciale ou d'un traitement de faveur auprès de ses fournisseurs. Et s'il est une égalité difficilement contestable c'est bien celle de ce minimum qui au reste ne mérite même plus l'épithète de vital dont on l'accompagne généralement.

Un communiqué publié dans nos « Dernières nouvelles » nous apprend que la Confédération s'est, comme nous-mêmes, émue de cette injustice. Est-ce se montrer trop naïf que d'espérer que la seule force de la raison permettra à son action d'aboutir ?

La Sécurité Sociale devant la Constituante.

A la suite de la publication des extraits des débats qui se sont déroulés à la Constituante sur la Sécurité sociale, nous avons reçu la lettre suivante, que nous croyons devoir publier :

Je viens de lire votre article et, avec beaucoup d'intérêt, les déclarations du Dr Debidour. J'en dégage notamment, 2e colonne, paragraphe 3 : la S.S. est prête à demander et à obtenir (?) la suppression de la patente.

Eczéma
CUROZEMA
9 Dragées par jour
OPOSÉROTHÉRAPIE VALTRY
LABORATOIRE BIOLOGIQUE VALTRY
46, Rue St-Didier Paris-16e
FORMULE INFANTILE :
Pédiozema
GRANULÉ

OXYURYL
VIOLET DE GENTIANE
Laboratoires A. MARIANI, 10, rue de Chatou - NEUILLY - PARIS

A titre indicatif et pour illustrer cette suppression, je vous signale mon cas personnel qui est aussi celui de trois de mes confrères avec lesquels j'ai récemment causé :

J'ai ouvert un cabinet de Médecine générale le 15 avril 1946 Maison neuve (1942), donc loyer fort cher : 20.000 francs pour 5 pièces. J'en occupe 2 pour ma profession, donc : loyer professionnel 8.000 francs.

J'ai eu la curiosité de faire calculer le montant éventuel de ma patente par le contrôleur et c'est ainsi que je viens d'apprendre que le 1er janvier j'aurai à payer 28.000 francs.

La Médecine — grâce au fisc — devient un sport de riche !

Ne pourrait-on faire campagne pour obtenir, sinon la suppression, du moins l'établissement d'une échelle de cet impôt ?

Il me semble que. la première année d'installation, on pourrait en être dispensé. Par la suite, un barème en rapport avec l'impôt sur le revenu me paraîtrait plus logique.

C'est ainsi que le jeune médecin doit, par suite du coût ascendant de la vie, payer infiniment plus comme patente que les confrères pourvus, depuis plusieurs années, d'une bonne clientèle.

Il n'y a pas, croyez-le, de sentiment de jalousie ou de revendication de ma part, mais j'aimerais assez voir nos anciens se pencher un peu vers les jeunes confrères. C'est avec cette fiscalité abusive que l'on en fait des revendicateurs, des individualistes forcenés et qu'on les pousse parfois au marronnage ou à des pratiques que la morale réprouve.

Mieux valent les pneus que les « bons ».

Nous avons reçu la lettre suivante :

Je lis dans les journaux et le *Concours Médical* que le contingent de pneus attribuable aux médecins va être augmenté.

Mais cela ne sert absoluement à rien du tout !

Quand les médecins auront davantage de *bons* pour l'acquisition d'un pneu, ils n'en auront pas davantage.

Il y a quatre mois que j'ai des bons ; et parce qu'il n'arrive pas de pneus dans ma ville, cependant d'une certaine importance, je n'arrive pas à avoir de pneus.

C'est un trompe-l'œil que l'augmentation de la délivrance des bons pour pneus, car il n'y a pas de pneus disponibles.

Voici la politique actuelle. On promet; et on ment, quand on promet, le sachant.

Dr V...

Ou la « Marine française » exagère !

Il est beaucoup question, dans la presse, depuis quelque temps, du sans-gêne grandissant de ces « troupes d'occupation » qu'un euphémisme pudique appelle des prisonniers de guerre allemands. La médecine n'avait point eu jusqu'à présent maille à partir avec eux. La Marine française, ou plutôt son Service de santé, a mis rapidement fin à cet état de chose dans des conditions qui valent la peine d'être contées



CHLORO-CALCION

La meilleure manière
de prescrire le PHOSPHORE sous
une forme entièrement assimilable

FOSFOXYL CARRON

" Phosphore colloïdal "

TOUTES DEFICIENCES ADULTES et ENFANTS

SIROP anisé
PILULES dragéifiée — LIQUEUR menthée (non sucrée)

Laboratoire B. CARRON, — Clamart (Seine)

Vaccin contre la VARIOLE

Service Vaccinal du « Concours Médical »
assuré par

L'INSTITUT DE VACCINE

8, Rue Ballu

PARIS (IXe)

Téléph : TRInité 46-15

Un médecin français, prisonnier de guerre, rentre à son retour de captivité, dans sa ville d'origine, où il comptait reprendre l'exercice de sa spécialité (ophtalmologie, O.R.L.). Cette ville était, comme lui-même, une victime de la guerre, et nous aurons tout dit lorsque nous aurons dit qu'il s'agissait de Lorient. Nous n'étonnerons personne en signalant que sa maison de famille n'existait plus qu'à l'état de souvenir, et qu'il fallut de longs efforts et plusieurs installations provisoires avant que notre confrère pût réinstaller un cabinet et songer à reprendre un exercice normal.

Ces efforts furent-ils récompensés ? Nous allons voir comment. L'hôpital maritime soigne gratuitement une grande partie de la ville. Notre confrère admet encore que la Marine assure des soins gratuits aux ouvriers et agents techniques qui relèvent de ses services. La chose est déjà plus discutable pour les familles de ces travailleurs, qui cotisent aux assurances sociales. Elle n'est même plus discutable pour la population civile non indigente, dès lors que la médecine privée est capable de répondre à tous les besoins.

Mais le plus beau (si l'on peut ainsi parler par antiphrase) est que la Marine ne disposait point à l'origine, pour assurer le fonctionnement de ces services médicaux pléthoriques, du personnel médical et de spécialité suffisant. Que faire en la circonstance, sinon recourir aux médecins de cette Wehrmacht dont la population locale gardait un si sympathique souvenir ? La Marine n'hésita pas. En sorte que, nous dit notre correspondant, « plus de la moitié des ordonnances exécutées par les opticiens de la ville portent la signature d'un spécialiste allemand » !

Serons-nous taxés de dangereux xénophobes si nous disons cette fois avec une particulière énergie : « la médecine aux Français » ?

CONNAITRE

CAHIERS DE L'HUMANISME MEDICAL

CAHIER N° 4

MASSES, ELITES ET MEDECINE

SOMMAIRE

Editorial (Connaître). — Le problème des masses (Chevalier). — L'Education des masses (Archambault). — Les moyens modernes peuvent-ils servir à l'éducation des masses (Ponte). — L'éducation sanitaire (Viborel). — Le problème des Elites (Ravier). — Sélections professionnelles des Etudiants en Medecine (Cornil). — Le sens de l'humain et de la liberté dans la Médecine Française (Delore). — *Les courants de pensée :* Claude Bernard en seconde lecture (J. Fiolle). — *Chronique scientifique.* — Entre deux infinis (Mallet). — Le psychisme des animaux inférieurs (Fisher). — *Arts et Médecine :* Les Médecins amateurs de peinture. — *Théâtre* (Levallois). — *Ciréma* (Joinville). — *Bibliographie.*

PRIX DE VENTE DU NUMÉRO : 150 *fr.*

ABONNEMENT A 4 CAHIERS : 500 fr.

Au « Concours Médical », 37, *rue de Bellefond,* Paris (9e). Ch. Post. Paris 167-95.

RAPPEL DES CAHIERS DÉJA PARUS : N° 1 *La Médecine et l'Homme* (épuisé) ; N° 2 *Familles, Peuples et Médecine* (150 fr.) ; N° 3 *Education et Médecine* (150 fr.).

Vitamine B2
(Lactoflavine)
BÉFLAVINE
"ROCHE"
Ophtalmologie, Peau et muqueuses
Gastro-entérologie
Troubles de croissance du nourrisson
PAR VOIE BUCCALE : DRAGÉES DOSÉES A 5 MILLIG 2 A 4 PAR JOUR
PAR VOIE INTRAMUSCULAIRE : AMPOULES DE 2 CCS DOSÉES A 10 MILLIG UNE PAR JOUR
Produits "ROCHE" 10 rue Crillon, PARIS 4e

LES ÉTABLISSEMENTS JACQUEMAIRE à Villefranche (Rhône) RAPPELLENT LEURS PRODUITS
diététiques
★ LA BLÉDINE
Aliment de préparation au sevrage. Farine complète et équilibrée.
★ LA DIASE CÉRÉALE
Bouillie maltosée fluide. Assimilation totale.
★ LE MALTOGIL
Extrait de malt sec rigoureusement pur. Puissant reconstituant.

LES LABORATOIRES DU GALACTOGIL à Villefranche (Rhône) RAPPELLENT LEURS PRODUITS
pharmaceutiques
★ LE GALACTOGIL
Puissant galactogène. A base d'extrait de galéga.
★ LE PEPTOGIL
Spécifique des anaphylaxies protéiques (peptones gastriques et pancréatiques)
P. L. Dupuy

CORRESPONDANCE

HOSPITALISATION PUBLIQUE

3108. Le secret professionnel à l'hôpital.

Nous avons ,à l'heure actuelle, une petite difficulté avec la Commission administrative des Hospices, et avec la direction de la Santé, qui nous demande d'établir des fiches de statistique.

On exige de nous la mention du diagnostic, ce qui paraît être une nouvelle violation du secret professionnel, car le numéro de la fiche correspond au numéro porté sur le livre d'entrée à l'hôpital. Il est donc particulièrement facile de se procurer le nom du malade en confrontant ces numéros.

La réunion médico-chirurgicale, que je préside, s'est refusée jusqu'à ce jour à remplir cette formalité, attendant que votre conseiller juridique nous ait donné un avis motivé.

Je vous demande donc de vouloir bien, dans le plus bref délai possible, me faire savoir quelle doit être notre conduite.

Dr M.

Réponse.

Selon les informations que nous avons eues, cette fiche de morbidité ne serait pas en usage dans les hôpitaux de l'Assistance publique de Paris. Mais elle serait remplacée par un bulletin de sortie beaucoup plus explicite encore que la fiche de morbidité, puisqu'il porte le diagnostic et non pas seulement un numéro, mais le nom du malade.

Inutile de vous dire d'ailleurs que ce bulletin de sortie est rempli, à Paris, dans des conditions générales fantaisistes puisque, pour tout malade sortant atteint de syphilis, on porte la mention « dermatose » ; pour tuberculose, « pneumopathie », etc.

De l'avis de tous les médecins que nous avons consultés, comme du point de vue juridique, nous ne pensons pas qu'il y ait pour vous violation du secret professionnel à remplir la fiche que vous nous avez communiquée, car elle ne porte qu'un numéro et non pas le nom, et s'il est exact qu'en rapprochant le numéro de la fiche du numéro figurant sur le livre d'entrée on peut découvrir l'identité du malade, cette recherche ne peut néanmoins s'effectuer qu'à l'échelon du personnel administratif de l'hôpital, qui a lui-même beaucoup d'autres moyens d'être renseigné sur la nature exacte de la maladie des hospitalisés.

La fiche, une fois sortie de l'hôpital, les investigations pour découvrir l'identité du malade seraient extrêmement difficiles, et si violation du secret professionnel il y avait, cette violation serait imputable non pas à vous, médecin, qui avez signé la fiche, mais à la personne auteur des investigations, qui serait nettement répréhensible, mais de laquelle vous ne pourriez en aucune manière être réputé complice.

1605. — Mutations des médecins des hôpitaux.

J'aurais aimé savoir, (ayant été déjà nommé après concours en novembre 1943 à un poste de chirurgien d'hôpital de 3e catégorie dans une autre région) si je ne puis pas être titularisé *ipso facto* dans le poste analogue que j'occupe ici à titre provisoire.

Il y a, je crois, dans la nouvelle organisation des hôpitaux d'avril 1943, un article qui le dit explicitement.

Dr G.





Réponse

Il existe bien dans le règlement d'administration publique du 17 avril 1943 un article 183 aux termes duquel les médecins, chirurgiens, spécialistes, les assistants d'anesthésie et les pharmaciens en fonction, ont le droit de demander leur mutation à l'occasion d'une vacance dans un autre hôpital de la région. La même faculté est laissée aux médecins, chirurgiens, spécialistes, assistants, assistants d'anesthésie, aux pharmaciens des hôpitaux visés au chapitre 2, s'ils ont été nommés dans ces hôpitaux après concours, ; ils peuvent obtenir leur nomination dans un hôpital visé au chapitre 3 sans avoir à subir les épreuves d'un concours et alors même que l'hôpital serait situé dans une région autre que l'hôpital auquel ils appartenaient. Mais ces dispositions ne sont applicables que dans les hôpitaux et groupements hospitaliers des villes, sièges d'une faculté de médecine ou d'une école de plein exercice et dans tous ceux situés dans des villes où ne siège pas une faculté de médecine ou une école de plein exercice, mais soumis en raison de leur importance à des prescriptions spéciales.

Tous les autres hôpitaux sont rangés dans la 3e catégorie appelés hôpitaux et groupements hospitaliers de moindre importance. Les conditions de nomination y sont fixées par l'article 219 sans que l'article 183 leur soit applicable.

En effet, l'article 219 précise que les médecins, chirurgiens, spécialistes des hôpitaux de 3e catégorie, ne peuvent prétendre à leur mutation dans un autre établissement. Ne peuvent être affectés dans un établissement de cet ordre par voie de mutation que les praticiens des hôpitaux des deux premières catégories, alors même que l'hôpital serait situé dans une région autre que l'hôpital auquel ils appartenaient. ★

ACCIDENTS DU TRAVAIL

3579. — **Nomenclature et spécialistes.**

A propos de la nouvelle nomenclature en A.T., je me permets de vous demander les renseignements suivants :

1° Un médecin de médecine générale, à la campagne, a-t-il le droit de procéder sur ses clients A.T. à des examens radiologiques — et sera-t-il considéré comme *médecin électro-radiologiste qualifié ?*

Sinon, comment procéder, surtout dans les cas où un examen radiologique s'impose immédiatement pour permettre un traitement adéquat (plâtre en cas de fracture, infiltration si entorse simplement, etc.).

Même dans les autres cas, que pensera le malade qui sait que son médecin fait des examens radiologiques courants, lorsque en tant que A.T. il se verra envoyé à la ville (déplacement désagréable) ? D'ailleurs, serait-ce logique de demander au praticien qui appareillera une fracture de ne pas faire le cliché ou la scopie nécessaire — mais de les faire faire par un électro-radiologiste qualifié, et de faire ensuite son plâtre, par exemple ?...

2° Lorsqu'il y a doute de fracture — ou parfois de luxation — peut-on se borner à faire une scopie ? et peut-on obtenir des honoraires pour celle-ci ? et lesquels ?

Réponse.

Un omnipraticien *peut pratiquer toutes les interventions inscrites dans toute la nomenclature alors qu'il est docteur en médecine. Evidemment, en matière de radio, il faut qu'il ait un appareillage* suffisant *pour les actes qu'il pratique. Il ne peut toutefois pas compter les prix de consultation ou de visite inscrits dans la nomenclature (art. 22)* et réservés exclusivement aux spécialistes qualifiés. Dr F. D.

LA CAISSE D'ESCOMPTE MÉDICO-PHARMACEUTIQUE (C.E.M.P.)
13, Rue Auber, PARIS (IXe)

Règle *immédiatement* toutes les notes d'honoraires d'*Accidents* du *Travail.*

Taux d'Escompte 10 % (dix pour cent) du montant des notes.

Demander Imprimés et documention à la C.E.M.P.
13, Rue Auber, PARIS (IXe) — Tél. : OPÉra 56-13

FAUTEUILS ROULANTS DUPONT
Cent ans de spécialisation dans le confort du malade
VENTE & LOCATION
10, Rue Hautefeuille - PARIS (6e)
Téléphone : DANTON 05-61 - 05-62
Succ. à LYON, 6, Place Bellecour

La bactériothérapie lactique rénovée
FERMENT LACTIQUE INTESTINAL VIVANT
VIVACIDOL
(VIV ant + ACIDO philus)
Ampoules buvables 1 à 4 par jour
LABORATOIRES F. BOUCHARD
83, RUE DUTOT, PARIS-15e

DEMANDES & OFFRES

N° 521. — Dr rhumatol. dem. collaboratr. au cour. radiol. (aucun dipl. exigé) ou jne femme qui diriger. intérieur médic. et se mettr. au cour. développ. films et servir. de secrétaire.

N° 522 — A vend. ds stat. climat. rép., rég. montag. Pyr.-Orient., gros poste méd. av. ou sans maté. médic. (ray. X., U.V., appar. à pneumo). Maison agréab., loyer 5.000. Prix à débatt.

N° 523. — Très bon poste 150 km. Paris, client. rurale et bourgeoise, mais. tt confort, pays chasse, pêche, à céder de suite. Très urgent.

N° 524. — Dr 49 ans, ch. client. gros bourg, médec. génér., accouch., avec mais. et jardin, région Anjou et limitrophes.

N° 525. — Jne méd. spécial. désir. créer poste, accepter. reprise pour appartem. ou maison à usage profess et habitat., moyenne ou grande ville, région indiffér Reprendr. client. méd. génér. tombée.

N° 526. — A céder poste ophtalm. suscept. extension ds pet. ville Centre-Ouest.

N° 527. — Cherche gros poste méd. génér. avec ray. X et placem. capitaux dans affaire para-médic.

N° 528. — A vend. gr. pied Gaiffe avec cupule pour thérapie et diagnostic. Appareil Diadynamie faisant courant continu, diadynamie, etc., neuf. Dr Dubédat, St-Sever (Landes).

N° 529. — Suis achet. appareil radiographie, Dr Ortoli, Thones (Hte-Sav.).

N° 530. — Ch. gros. client. ville ou campag. Saône-et-Loire ou départ. limitroph., au besoin échanger. contre gros. client. ville de montagne Doubs.

N° 531. — Cause départ à vend. 202 Peugeot 1939, 5 bons pneus, très bon état mécan., prix 220.000, et manteau astrakan long, bon état, taille 42, prix 67.000

N° 532. — O.R.L. désirer. entrer en relat. avec confr. Y.O.R.L. en vue associat.

N° 533. — A céder installat. radiolog. ville littoral du Sud-Ouest.

N° 534. — A céder client. méd. génér. stat. balnéaire Sud-Ouest.

N° 535. — A céder dans Deux-Sèvres, très belle client. pro-pharmac., maison confort moderne. Facil. palement.

N° 536. — Vve off. supér. tiendr. intér. homme seul, aidée par une bonne. S'adr. Dr M. Chevassu, Vaux-sous-Aubigny (Hte-Marne).

N° 537. — Achèter. cab. méd. génér. Paris avec appartem. 5 pièces libre.

N° 538. — Confr. 35 ans, anc. prisonn. dispos. qq. capitaux et d'un matériel assez import., entrer. en relat. avec jeunes confr. pour créer à Paris ou banl. imméd. un cabinet de groupe. Envisager. égalem. collabor. dans clin. d'accouchem.

N° 539. — Echanger. fusil chasse neuf luxe contre pneus pilote 185 × 400.

N° 540. — Dés. acheter Explorateur clinique (technique de séméiologie) de Sergent, Dr Martin, Fourmies (Nord).

N° 541. — Femme de méd. ch. occupat. méd. chez méd. Paris pour après-midi, ou ferait prospect. médic. Paris et banlieue pour laborat.

N° 542. — A céder cab. consult. opht et O.R.L. tout installé, ville banl. 20 km. de Paris.

N° 543. — Achèter. Paris ou proche banl. cab. méd. génér.

N° 544. — Achèter. appar. scopie-graphie moyen ou puissant, table basçul., pas plus vieux que 1936. Dr Rousseau, 2, rue Chef-de-Ville, Angers (M.-et-Loire).

N° 545. — Paris, Docteur échanger. deux petits appartem. à Paris (6e), contre un plus grand.

N° 546. — A vend. : vitrine murale 110 × 40 × 50, 2 guéridons 60 × 49 et 33 × 43, moteur 1/8 CV sur pied avec flexible, tableau électr., marbre avec support en tubes, lavabo pédale 2 barils, chaise métal.

N° 547. — S.-et-O. A céder poste Y.O.R.L. av. cabinet secondaire.

N° 548. — A céder : 1° appareil radioscopie portatif transfolux simplex Massiot ; 2° appareil galvanique faradique galvano-fradique Duflot. Dr Latour, Chef-Boutonne (Deux-Sèvres).

N° 549. — A céder appar. radiother. 160 kw. parf. état : 2 amp. dont 1 neuve, 2 kéno.

N° 550. — Doct. âgé, méd. génér. ch. poste, même peu import., seul méd., compren. mais. av. jard. Sud Paris ou rég. Ouest de préfér., 50 km. au plus.

Gérant : J. MIGNON
Février 1879
Lang, Blanchong et Cie, 30, rue du Poteau - Paris (18e) — 31.1040
Dépôt légal : N° 8
3e trimestre 46

FOIE ET REIN DEFICIENTS
CHOPHYTOL
AMPOULES INJECTABLES
DRAGÉES · GOUTTES "per os"
Laboratoires ROSA 11 Rue Roger Bacon - PARIS 17e

TUBERCULOSE
VITADONE
INJECTABLE
Vitamines A et D physiologiquement titrées
BOITES DE 6 AMPOULES DE 2 cc.
chaque ampoule contient :
20.000 unités int. de Vitamine A
20.000 unités int. de Vitamine D
2 injections intra musculaires par semaine
Littérature aux Etablissements BYLA
26, avenue de l'Observatoire, à PARIS (14e)

INSTRUMENTS de Précision
pour la Médecine
et la Chirurgie
Établissements SPENGLER
— 16, *Rue de l'Odéon, PARIS-6e* —
Tous les Appareils
pour la Mesure
de la Tension Artérielle

PHYTOJAVA

Affections hépatiques et hépato-arthritiques

Comprimés : 1 à 3 ou *Gouttes :* 20 à 60 avant chaque repas

LABORATOIRES LONGUET, 34, RUE SEDAINE - PARIS

THÉRAPEUTIQUE RHINO-PHARYNGÉE A DOSE FAIBLE

KIDARGOL

LABORATOIRE R. GALLIER, 1 bis, Place du Président-Mithouard, PARIS-VI.

Sulfamidothérapie

SO^2NH^2

1162. F.

Néo-Coccyl

Comprimés
Crayons Chir.
Crayons Gyné.
Bougies
Mèches
Ovules

NH^2

Laboratoires du Dr PILLET - 222, Bd Péreire, PARIS
ETOile 40-15 — Service de garde MOLitor 58-85

RHUMATISMES

MAGSALYL

Association Soufre Salicylate

Solution de goût agréable
Comprimés glutinés

Laboratoires du MAGSALYL
8, rue Jeanne Hachette, IVRY (Seine)
TÉL. : ITA 16-91

GRIMAULT

DELBIASE

Stimulant biologique général
Dermatoses - Prophylaxie du Cancer

LABORATOIRES GRIMAULT
51, RUE FRANÇOIS-Ier - PARIS

ÉTABLISSEMENTS SOUDAN
48, rue d'Alésia – PARIS-XIV•

NITRITE D'AMYLE BOISSY
EUONYMINE PAUL THIBAULT
(Pilules)
GRAINS MIRATON
(Laxatif)
VIN GIRARD
Iodotannique phosphaté
SIROP GIRARD
Iodotannique phosphaté
BIOPHORINE GIRARD
(Granulé)
IODOMAISINE Globules
IODOMAISINE Pommade
LACTAGOL

Toutes ces spécialités sont enregistrées au Laboratoire National de Contrôle des Médicaments et peuvent être prescrites aux Assurés sociaux.

COMBEY-LAX
Le délicieux laxatif pour les enfants
SIROP PUR SUCRE ET POMMES DE REINETTE
= PAR CUILLERÉES A CAFÉ =
LABORATOIRES ROLAND MARIE
191, RUE DU Fg St-ANTOINE, PARIS

DÉMANGEAISONS
PRURITS



LACTACYD
PÂTE STABILISÉE A pH : 5,2

Toutes les indications du Calcium et de la Vitamine D
ULTRACALCIUM
PHOSPHORE CALCIUM VITAMINE D
RECALCIFIANT COMPLET ET ÉQUILIBRÉ
EN COMPRIMÉS OU DRAGÉES A CROQUER
LABORATOIRES DEROL, 66 TER RUE ST DIDIER. PARIS 16e

68e ANNÉE — Nº 38 — 21 SEPTEMBRE 1946

LE

CONCOURS MÉDICAL

37, RUE DE BELLEFOND - PARIS (9e) - TRU 33-66

379-381

SOMMAIRE

PARTIE SCIENTIFIQUE.

L'intoxication par vitamine D2 chez l'enfant (Dr Georges Schreiber) 1.047
Le Pneumothorax isotherme (Dr Haimovici) .. 1.048
A propos de l'emploi de la Pénicilline dans le traitement des pleurésies purulentes aiguës (Dr René Petitjean) 1.048
Hydrorrée nasale thyroïdienne (Dr P. Lacroix) 1.049
Hormones et cancer (Dr Certain) 1.050
Consultations médico-chirurgicales — Hygiène de l'allaitement : A propos de la stérilisation des tétines (Dr P. Labignette) 1.050
Nouvelles d'Amérique : La Science française à l'honneur 1.050
Les Thèses, 1.051. — Les Livres, 1.051. — Les Sociétés Savantes, 1.052. La Presse, 1.055.

PARTIE PROFESSIONNELLE.

Propos du jour. — Le secret en matière de recherches scientifiques médicales (Dr J. Noir) 1.056
Organisation Professionnelle. — Assurances Sociales. — Evolution d'une réforme. — Projets confédéraux (Jean Mignon) 1.057
Fiscalité démesurée. — Prolétarisation du médecin. — Ecrasement des familles nombreuses (Dr J. Quivy) 1.060
Réflexions sur les relations de voyage aux U. S. A. (Dr Marc Iselin) 1.062

DEMI-COLONNES.

Dernières Nouvelles, 1.040. — A travers l'Officiel, 1.043. — Echos et Commentaires, 1.044. — Correspondance, 1.063.

DIGITALINE NATIVELLE

Équilibre Phospho-calcique
TRICALCINE
Granulés IRRADIÉE Cachets
RECALCIFICATION de l'ORGANISME
Lab. SCIENTIA - Dr PERRAUDIN
21, rue Chaptal, PARIS

Silicyl
Médication de BASE et de RÉGIME des ÉTATS ARTÉRIOSCLÉREUX et des carences siliceuses
18, Rue Ernest-Rousselle - PARIS-13e

Infangyl Carlier
TOUX INFANTILES

Traitement Spécifique de l'Acné
SACNEL
Laboratoires DUMESNIL, 10, Rue du Plâtre, Paris 4e

Toux Coqueluche
ÆTHONE
Laboratoire de l'ÆTHONE 35, rue Boissonnade, PARIS

DERNIÈRES NOUVELLES

Faculté de Médecine de Paris.

Doyen de la Faculté de Médecine. — Par arrêté du 22 août 1946, M. le Pr Binet est nommé, pour une période de 3 ans, à compter du 1er octobre 1946, doyen de la Faculté de Médecine de l'Université de Paris, en remplacement de M. Baudouin. M. le Pr Verne a été élu assesseur.

Cours de radiologie clinique. — M. R. Ledoux-Lebard, chargé de cours, commencera le 4 octobre 1946, à 17 h., à l'Amphithéâtre de Physique de la Faculté de Médecine ; et continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants à la même heure, une série de leçons sur les *Notions indispensables de radio-diagnostic clinique, médico-chirurgical et d'interprétation radiologique.*

Internat de l'Hôpital Saint-Joseph.

Un concours sera ouvert à l'Hôpital Saint-Joseph, 7, rue Pierre-Larousse, à Paris, XIVe, le *lundi* 14 *octobre* 1946, pour la nomination de huit internes titulaires et, s'il y a lieu, d'internes provisoires.

Ne sont admis à concourir que les étudiants en médecine ayant au moins seize inscriptions et présentant un des titres suivants :

Externe des hôpitaux de Paris. Interne d'une ville de Faculté (Faculté d'Etat ou Faculté catholique). Interne d'une Ecole de plein exercice.

Les inscriptions sont reçues à l'hôpital du 15 *septembre au* 5 *octobre inclus. Pour tous renseingements, s'adresser par écrit à l'Administrateur de l'hôpital.*

Hôpital Franco-musulman de Bobigny.

Un *concours spécial pour* 4 *places d'internes* à l'hôpital franco-musulman de Bobigny, s'ouvrira le 29 octobre 1946. Pourront prendre part au concours, les candidats musulmans externes ou internes des hôpitaux d'une ville de Faculté ou internes d'une ville, siège d'une Ecole de médecine, et les étudiants en médecine musulmans possédant 16 inscriptions.

Les inscriptions sont reçues à la Préfecture de la Seine, 2, rue Lobau, jusqu'au 28 septembre 1946.

Hôpitaux d'Avignon, Nice et Toulon.

En vue de l'établissement des listes d'aptitude aux fonctions de médecins, chirurgiens et spécialistes des hôpitaux d'Avignon, Nice et Toulon, des concours seront ouverts à l'Inspection de la Santé à Marseille : le 12 novembre 1946 (concours spécial de médecins et chirurgiens) ; le 18 novembre 1946 (concours spécial de spécialistes) ; le 25 novembre 1946 (concours normal de médecins et chirurgiens).

Les dossiers de candidatures doivent être adressés, avant le 1er octobre 1946, à l'Inspection divisionnaire de la Santé, 66, rue Saint-Sébastien, à Marseille.

Centre de recherches sur la fièvre ondulante.

Ce centre rappelle aux médecins du territoire et des colonies, qu'il est à leur disposition pour tous renseignements et examens concernant cette maladie. Adresser lettres et prélèvements au Directeur du Centre, 2, rue Ecole-de-Médecine, Montpellier.

Ecole centrale de Puériculture.

Le Dr Rouèche, directeur de l'Ecole, organise, pour l'année scolaire 1946-1947, des cours élémentaire et supérieur, qui auront lieu au Comité National de l'Enfance, 51, avenue Franklin-Roosevelt, Paris, 8e, de novembre 1946 à juin 1947, avec travaux pratiques et stages spécialisés dans les œuvres de l'Enfance. Relevons, parmi les questions traitées : l'hygiène de la grossesse, l'hygiène générale du nourrisson, l'allaitement maternel, les ali-





ments de sevrage, les laits modifiés, les troubles digestifs du nourrisson, les affections gastro-intestinales de la 2e enfance, les maladies infectieuses et contagieuses, les vaccinations, le dépistage et la prophylaxie de la syphilis et de la tuberculose, l'hygiène diététique etc., etc...

Association Amicale des Anciens Médecins des Corps combattants.

L'Assemblée Générale de l'Association Amicale des Anciens Médecins des Corps combattants se tiendra le samedi 5 octobre, à 18 h., au petit amphithéâtre de la Faculté de Médecine. Les Camarades qui désireraient assister à l'Assemblée Générale, sont priés de vouloir bien demander, dans le plus bref délai, au Dr Bellanger, 2, rue Pigalle, Paris, un bulletin de vote et l'ordre du jour de cette assemblée.

Agrégation. Nominations et Affectations.

Par arrêté du 19 août 1946, sont institués et nommés agrégés pour une période de 9 ans, à compter du 1er octobre 1946, et affectés aux Facultés désignées :

Section I. *Anatomie et organogénèse.* — MM. : 1. Delmas (Paris) — 2. Lazorthes (Toulouse). — 3. Winckler (Strasbourg). — 4. Grisoli (Aix). — 5. Latarjet (Lyon). — 6. Henry (Aix). — 7. Minne (Lille).

Section II. *Anatomie pathologique.* — MM. : 1. Guichard (Lyon). — 2. Laffargue (Alger).

Section III. *Bactériologie.* — *Ex æquo* : MM. Fabiani (Alger). — Fasquelle (Paris).

Section V. *Histologie et embryologie.* — MM. : 1. Coujard (Paris). — 2. Desclaux (Paris). — 3. Mayer (Toulouse). — 4. Leger (Nancy). — 5. Picard (Aix). — 6. Tuchmann (Lille).

Section VI. *Hygiène.* — MM. : 1. Deparis (Paris). — 2. Boyer (Paris). — 3. Sohier (Lyon).

Section VII. *Médecine légale.* — MM. : 1. Christiaens (Lille). — 2. Bourret (Lyon).

Section VIII. *Parasitologie.* — MM. : 1. Brumpt (Paris). — 2. Ranque (Aix). — 3. Helluy (Nancy).

Section IX. *Pathologie expérimentale.* — M. Merklen (Paris).

Section X. *Pharmacologie en matière médicale.* — M. Cheymol (Paris).

Section XI. *Physiologie.* MM. — : 1. Bargeton (Paris). — 2. Loubatières (Montpellier). — 3. Parrot (Paris). — 4. Chardon (Alger).

Section XII. *Chirurgie générale.* — Paris : MM. ; 1. Léger ; 2. Padovani ; 3. Rudler ; 4. Huguier 5. Roux ; 6. Merle d'Aubigné. — Aix : MM. : 1. Lena ; 2. Lamy. — Alger : MM. : 1. Vergoz ; 2. Liaras. — Bordeaux : M. Laumonier. — Lille : MM. : 1. Vandecastecle ; 2. Lainé. — Lyon : MM. ; 1. Bérard ; 2. Desjacques ; 3. Trillat ; 4. Labry. — Montpellier : MM. : 1. Lapeyrie ; 2. Joyeux. — Nancy : MM. : 1. André ; 2, Arnulf. — Strasbourg : M. Forster. — Toulouse : MM. : 1. Grimoud ; 2. Rieunan ; 3. Dieulafé ; 4. Dambrin. — Kaboul : M. Letac.

Section XIV. *Médecine générale.* — Paris : MM. : 1. Kourilsky ; 2. Decourt ; 3. Lamy ; 4. Mauric ; 5. Dreyfus (Gilbert) ; 6. Hamburger ; 7. Fauvert. — Aix : MM. : 1. Olmer (J.) ; 2. Vague ; 3. Jouve. — Alger : MM. : 1. Lévy-Valensin ; 2. Manceaux ;

Le Concours Médical
Hebdomadaire fondé en 1879 par A. Cézilly.
Directeur honoraire : Docteur J. Noir.
Directeur : Dr G. Lavalée.
Rédacteur en Chef : Dr G. Fischer.
Rédaction, Administration et Publicité, 37, rue de Bellefond, Paris (9e).
Téléphone : TRU 33-66. R. C. Seine 76.579.
Chèques postaux, Paris 167-95.
Abonnements (à compter du 1er octobre 1946) : 1 an, 400 francs - Etudiants, 200 fr. Le N° 15 fr. Changement d'adresse, 5 francs.

POUR CONNAITRE ET JUGER LE LAIT CONCENTRÉ SUCRÉ, IL FAUT L'AVOIR EXPÉRIMENTÉ.

« Le Lait concentré sucré peut être, de nos jours, considéré comme la solution la meilleure. C'est lui que nous employons depuis quinze ans comme aliment type, dans le service des maladies des enfants des cliniques Saint-Eloi. »

(Prof. Dr Leenhardt et Dr Jeanjean, Montpellier).

« Je tiens à rappeler tout d'abord que, depuis bien longtemps, j'ai utilisé le Lait concentré sucré chez le nourrisson, mais c'est à partir de 1917, soit depuis que j'ai assumé la direction médicale de la clinique infantile de Lausanne, que j'en ai spécialement poursuivi l'emploi.

...Et de plus en plus, avec les années, j'ai vu se fortifier en moi la conviction que, après le lait maternel, le Lait concentré sucré, convenablement dosé, est l'aliment qui convient le mieux au nouveau-né et au nourrisson jeune. »

(Prof. Dr Taillens, Lausanne).

« Le Lait concentré sucré se distingue des préparations lactées ordinaires par sa digestibilité nettement supérieure.

...Grâce au procédé de concentration, le sucre s'incorpore aux molécules de caséine et transforme cette dernière de telle manière qu'en présence du lab, elle coagule en flocons très fins tout comme la caséine du lait de femme ».

(Prof. Dr Glanzmann, Berne).

« Le Lait concentré sucré possède encore deux avantages importants dans beaucoup de cas : tout d'abord sa richesse **en sucre** qui en fait l'aliment de choix des vomisseurs et des hypotrophiques (en raison de ses propriétés anti-émétisantes et de sa grande valeur énergétique), ensuite **la possibilité de l'administrer en forte concentration,** avantage non moins précieux chez les intolérants gastriques et les anorexiques. »

(Dr Paisseau, Méd. Hon. Hop., Paris).

Dosage : Pour fournir à l'enfant 100 calories, donner 30 gr. de Lait concentré sucré, dilués dans 150 gr. d'eau bouillie ou de décoction farineuse.

3. Raynaud. — Bordeaux : M. Traissac. — Lille : MM. : 1. Breton ; 2. Linquette. — Lyon : MM. : 1. Girard (Paul) ; 2. Vachon ; 3. Girard (Marcel) ; 4. Jeune ; 5. Brun. — Montpellier : MM. : 1. Serre ; 2. Chaptal ; 3. Balmes (Antonin). — Nancy : MM. : 1. Girard ; 2. Herbeuval ; 3. Heully ; 4. Pierquin. — Strasbourg : M. Stahl. — Toulouse : MM. : 1 .Gadrat ; 2. Darnaud ; 3. Giraud ; 4. Dardenne ; 5. Laporte. — Kaboul : M. Boulenger.

Section XV. *Dermatologie et syphiligraphie.* — Paris : M. Degos. — Bordeaux : M. Le Coulant.

Section XVI. *Hydrologie.* — Paris : M. Debray. — Lille : M. Fontan.

Section XVIII. *Neurologie et psychiatrie.* — Paris : *Ex æquo* : MM. Baruk ; de Sèze. — Montpellier : M. Lafon.

Section XIX. *Obstétrique.* — Paris : MM. : 1. Varangot ; 2. Mayer. — Lyon : M. Brochier. — Strasbourg : MM. : 1. Ginglinger ; 2. Burger.

Section XXI. *Ophtalmologie.* — Paris : M. Offret. — Bordeaux : M. Bessière. — Toulouse : M. Deodati.

Section XXII. *Oto-rhino-laryngologie et chirurgie maxillo-faciale.* — Paris : M. Aubin.

Section XXIII. *Pédiatrie.* — Paris : *Ex æquo* : MM. Julien Marie ; Laplane. — Strasbourg : M. Sacrez.

— Les affectations des agrégés institués dans les deux sections suivantes feront l'objet d'un arrêté ultérieur.

Section IV. *Chimie médicale.* — MM. : 1. Durien ; 2. Tayeau ; 3. Schapira ; 4. Grangaud ; 5. Valdiguié ; 6. Desgrez ; 7. Raynaud.

Section XII. *Physique médicale.* — MM. : 1. Djourno ; 2. Reboul ; 3. Mlle Achard ; MM. : 4. Marques ; 5. Chechan.

— Sont institués agrégés des Facultés de Médecine, à titre étranger :

Section I. *Anatomie et organogénèse.* — M. Hakim.

Section XIV. *Médecine générale.* — M. Maschas.

Section XVI. *Hydrologie.* — M. Maschas.

Section XVIII. *Neurologie et psychiatrie.* — M. Ajuriaguerra.

Section XXI. *Ophtalmologie.* — M. Fahramand.

(*J. O.* du 24 août 1946.)

Conseil National de l'Ordre.

Il vient d'être fait grief au Conseil National de l'Ordre des Médecins, à propos de la préparation du Code de Déontologie, « de se borner à un travail de cabinet... de délibérer et de voter les lois en secret ».

A ce sujet, le Conseil National de l'Ordre des Médecins tient à rappeler que :

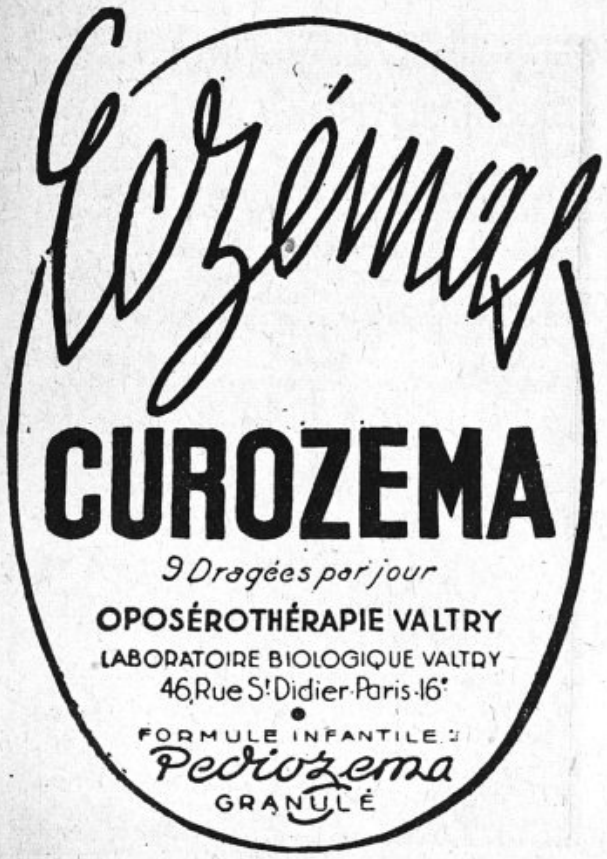
1° Le texte suivant est contenu dans l'Ordonnance du 24 septembre 1945 : « un Code de Déontologie sera préparé par le Conseil National et soumis au Conseil d'Etat (pour être édicté) (1) sous la forme d'un Règlement d'Administration publique ».

2° La rédaction du Code a nécessité le concours et les délibérations des 25 membres élus du Conseil National, chacun d'eux représentant une région médicale française et étant mandaté par elle ;

3° Ceux qui, maîtres ou praticiens, ont accepé la lourde tâche de cette rédaction en ont mesuré toute l'importance : reprenant dans l'ensemble les règles établies par le syndicalisme médical français, se basant sur les travaux considérables de praticiens ayant au cours de leur vie professionnelle méticuleusement noté toutes les difficultés déontologiques pouvant se présenter, se référant à la jurisprudence déjà établie, s'aidant des avis juridiques les plus autorisés, ils ont travaillé en médecins, c'est-à-dire sérieusement et en silence ;

4° Demander de faire connaître le Code de Déontologie avant qu'il n'ait été approuvé par le Conseil d'Etat et les Ministères intéressés, c'est contester le mandat que les médecins, membres

(1) *Ce membre de phrase du texte légal a été omis, sans doute par erreur, dans le texte du communiqué.*





du Conseil, ont reçu de leurs pairs par l'élection, et du législateur par la loi instituant l'Ordre, c'est réclamer la délibération du Code « sur la place publique », c'est vouloir ignorer que le Conseil est un véritable Parlement représentant tous les médecins et responsable de ses actes ;

5° Un Code, c'est-à-dire une série de règles et partant de contraintes trouvera toujours des détracteurs et qu'il est facile de les alerter à l'avance, mais que ceux qui, médecins ou non, prennent une telle initiative ont vis-à-vis du Corps Médical une responsabilité que le Conseil National a tenu à souligner (*Communiqué*, 10 septembre 1946).

N.D.L.R. — *Ce communiqué vise à n'en pas douter l'écho publié dans notre numéro du 7 septembre à propos du Code de Déontologie. Cet incident pose en réalité une question très grave, qui dépasse et de beaucoup les faits qui lui ont donné naissance : celle de la méthode que le Conseil National doit suivre pour instituer la loi professionnelle. Nous estimons nécessaire, quant à nous, la publicité des délibérations afin de mettre l'opinion à même d'exercer son droit de critique. Nous ne pouvons résoudre ce problème dans cette courte réponse, et la reprendrons tout au long dans un prochain article.*

Naissances.

On annonce la naissance de Didier Dassonville, deuxième enfant du Dr Dassonville, Plancher-les-Mines (Hte-Saône) ; de Christine Mahieu, cinquième enfant du Dr Mahieu, Verneuil-sur-Avre (Eure) ; d'Agnès Bergeron, quatrième enfant du Dr Roland Bergeron, Nemours (S.-et-M.).

Mariages.

Le Dr J. Séverac fait part de son mariage avec Mlle M. Gironce-Prades (Pyrénées-Orientales). Le Dr Henry Jeanne, chirurgien des hospices, annonce le mariage de sa fille, Edith Jeanne, externe des hôpitaux de Paris avec M. Jean Besins, Bayeux (Calvados). Le Dr Bera fait part du mariage de ses fils : Georges Bera avec Mlle Andrée Lubrez, et Michel Bera avec Mlle Renée Lubrez, Mortagne-du-Nord (Nord).

A L'OFFICIEL TRAVERS

PROPHARMACIE

Arrêté ministériel du 2 septembre 1946 fixant la liste des médicaments à délivrer par les propharmaciens.

Article premier. — La liste des médicaments que les médecins peuvent être autorisés à délivrer, en application de l'article 29 de la loi du 22 mai 1926, comprend :

Les médicaments admis par l'administration générale de l'assistance publique à Paris ;

Les spécialités de la catégorie A, remboursées par les assurances sociales.

Art. 2. — Une liste de ces médicaments sera publiée chaque année par le ministre de la Santé Publique.

(*J. O., 8 septembre* 1946.)

Qu'est-ce que la « Mutualité Familiale » ?

— Une filiale du *Concours Médical*.

— Une Société de Secours Mutuels libre régie par la loi du 1er avril 1898.

— Une Société cinquantenaire dont les réserves atteignent vingt millions.

— Une Société gérée par des médecins pour le service de médecins.

Elle vous versera en cas *de maladie* et *d'accident* des indemnités journalières de 120 à 300 francs par jour.

Ecrivez-lui : 37, rue de Bellefond, Paris (9e).

VALS SOURCE LA REINE

ARTHRITISME - DYSPEPSIE
DIARRHÉE INFANTILE
GASTRO-ENTÉRITES
DIABÈTE

—

Cure de boisson dans les Maladies infectieuses

—

Eau de table remarquable

—

Sté VALS-REINE
à Vals-les-Bains
(Ardèche)



ovules secs STÉRIGYNE

Désodorisent. Calment le prurit.

Ne coulent pas. Ne tachent pas.

Leucorrhée, hygiène intime

LABORATOIRES SERVIER - ORLÉANS

ÉCHOS & commentaires

LES MÉFAITS D'UNE LÉGENDE,

NUL n'ignore que le médecin dispose de beaucoup de moyens pour frauder le fisc », qu'il fixe ses honoraires comme il l'entend, qu'il ne déclare que les recettes, et par suite les bénéfices qui lui paraissent correspondre à ce qu'il veut bien soumettre à l'impôt. Si donc une réforme fiscale est entreprise, elle doit lui réserver un sort tout particulier afin que « l'argent soit pris là où il est ».

Telle est, en effet la légende couramment admise dans le public, qu'exprimait un de nos plus modérés journaux du matin il y a quelques temps à peine, avec la certitude tranquille des consciences pures énonçant des vérités premières.

Il n'est certes pas plus de légende sans histoire que de fumée sans feu, et il fut un temps, en effet, où les professions libérales jouissaient fiscalement d'un sort bien plus favorable que les salariés. Cette faveur ne faisait du reste que traduire une plus grande liberté dans l'exercice professionnel, qui hélas ! est à ranger avec beaucoup d'autres, au rang des souvenirs.

Chacun sait, s'il est « du métier », mais chacun ignore s'il est du « public », que les honoraires ne sont plus libres dans leur quotité, ou que tout au moins celle-ci est contrôlée de telle sorte que les possibilités de variation ne dépassent point la marge des erreurs probables. Chacun sait, s'il est du métier, mais le public ignore encore que les honoraires sont le plus souvent (80 % des cas en moyenne) pris en charge ou remboursés par des organismes payeurs plus ou moins étatiques. En sorte que le fisc a peu de calcul à faire pour connaître à dix mille francs près le chiffre d'affaires de ce contribuable que d'autres croient encore un « insaisissable fraudeur », et se saisir sans plus de façon de l'argent qui se trouve être entre ses mains, grâce à un taux qui s'apparente plus à la spolation qu'à l'impôt.

Nous voudrions donc bien qu'on en finisse une bonne fois avec cette légende impossible à tuer qui tend à faire supporter par les générations actuelles les fautes ou les fraudes de celles qui les ont précédées ; nous serions aussi reconnaissants aux éditorialistes qui respectent un tant soit peu leurs lecteurs de faire l'effort de réviser des notions périmées avant de les accréditer davantage dans l'opinion publique, et d'admettre qu'ils ignorent parfois ce dont ils parlent.

Nous ne fûmes pas du reste les seuls à réagir. Un éditorial tout récent, à la suite de lettres de correspondants, fait amende honorable à l'égard des médecins et « veut bien les rayer du nombre des privilégiés relatifs à l'impôt ». Nous regretterions seulement que cette mise au point ne soit due qu'à des initiatives individuelles.

Ne vous semble-t-il point, lecteurs, qu'un service de presse commun, Ordre-Confédération, serait le bienvenu, qui décélerait immédiatement et réparerait, avec promptitude et autorité tout à la fois, de telles agressions qui, en un régime d'opinion publique, sont particulièrement dangereuses ?





Le contrôle tel qu'il est.

Ayant eu bien souvent à traiter dans nos colonnes du difficile rôle du médecin contrôleur et de son évolution vers une sorte de médecin consultant, social et obligatoire, nous nous sommes attiré, à la suite des critiques que nous avons faites, de sévères reproches et l'on nous a démontré que les inquiétudes que nous manifestions devant une trop grande extension de son rôle tenaient à une conception périmée que nous nous faisions des conditions d'exercice de cette fonction.

Nous aimerions, certes, pouvoir donner raison à nos correspondants qui croient générale une attitude que, nous le craignons, un petit nombre seul est à même de respecter. De trop nombreux exemples de la survivance d'un état d'esprit, plus administratif que médical et confraternel, nous sont encore trop souvent donnés.

Un de nos correspondant bas-breton nous signalait encore récemment qu'il venait de recevoir, à la suite d'un traitement pour pleurésie, une longue lettre du médecin-contrôleur contestant le nombre élevé des visites ou des actes médicaux effectués en cette occasion. Faisant cela sur un ton qui laisse au reste percevoir qu'il ne dût jamais exercer la médecine, le médecin-conseil sortait déjà de son rôle, car il ne lui appartenait pas d'exercer le contrôle technique du médecin traitant, ce contrôle relevant de l'Ordre et de lui seul.

Mais ce qui est plus grave est que cette lettre contenant les noms, adresse, diagnostic des assurés intéressés, écrite sur papier à en-tête de la Caisse, portait comme mention terminale : « Vu, le Directeur de la Caisse départementale. » En sorte qu'il ne restait évidemment rien de ce fameux secret médical que les médecins-conseils déclarent observer à l'égard des organismes administratifs, même si la loi ne les y contraint pas, et qu'il ne restait que peu de chose de cette fameuse indépendance technique que beaucoup revendiquent comme le signe manifeste de leur qualité de médecin.

Nous savons qu'en Bretagne, les Caisses sont particulièrement virulentes. Nous savons aussi qu'il s'agit là d'une région-témoin ou bien des expériences sont tentées. Et nous disons tout de suite que nous n'aimons pas beaucoup cette expérience-là.

Le point de vue des spécialistes.

Nous avons publié dans notre dernier numéro, sous la rubrique « Libres Opinions », un article du Dr Farjot exposant le point de vue des spécialistes à l'égard de la nomenclature des A.S. et du coefficient 1,5, qu'il juge insuffisant. L'auteur nous prie de compléter cet article par la note suivante, que nous publions bien volontiers :

4 septembre 1946. — *Par lettre du 3 septembre, le Dr Cibrie me fait savoir que la Confédération, antérieurement à mon article (que je lui avais communiqué), a demandé le coefficient 2 à la Commission de révision de la nomenclature. Il pense qu'il sera fait droit à cette requête vers fin septembre.*

Acceptons-en l'augure. Mais les spécialistes ont été payés (si on peut dire !) pour être méfiants, et ils feront bien, dans les régions où une convention est sur le point d'être signée, de deman-

INTESTARSOL
Granulé
TOXI INFECTION INTESTINALE
PARASITOSES
Laboratoire H. CALAS
162, Rue de l'HAY
GENTILLY (Seine)

ORGANOTHÉRAPIE
ET
CHIMIOTHÉRAPIE
DRAGÉES DE
PLEXALGINE
LALEUF
RÉGULATEUR CIRCULATOIRE ET VAGO-SYMPATHIQUE
SÉDATIF DES PLEXUS DOULOUREUX
LABORATOIRES LALEUF
Georges DUGUÉ, Docteur en Pharmacie
51, Rue NICOLO, PARIS-16e
Téléphone : TROcadéro 62-24

der au syndicat médical de leur département de surseoir à cette signature jusqu'à la décision favorable de la Commision de révision de la nomenclature.

Le 25e anniversaire de l'insuline.

C'est cette année, rappelle notre excellent confrère suisse « Médecine et Hygiène », que tombe le 25e anniversaire de l'insuline.

Banting avait confiance qu'il parviendrait au but, pourvu qu'il trouvât les appuis nécessaires. Il s'adressa au professeur J.-J. Mc Loed, de l'Université de Toronto, qui lui procura un laboratoire, des animaux et un collaborateur, Charles Best. Les recherches furent hérissées de difficultés, les fonds s'épuisèrent. Banting et Best en vinrent à vendre des objets et des valeurs leur appartenant en propre pour poursuivre leurs expériences. En 1931, ils découvraient l'insuline.

Pour ce 25e anniversaire, deux sur ces trois bienfaiteurs de l'humanité manquent : Banting trouva la mort en 1941 dans un accident d'aviation, et Mc Loed est mort en 1935. Seul de l'équipe Best a assisté le 5 juillet dernier, à Londres, à un jubilé organisé par la « Diabetic Association » pour commémorer la découverte qui fut le salut de milliers de malades.

Une initiative louable.

Sous la plume du Dr F. Coste, notre distingué confrère La Semaine des Hopitaux rappelle qu'en 1943 avait été fondé, pour subventionner la recherche, un Fonds d'études alimenté par des dons privés, le Ministère de la Santé, les Caisses d'Assurances Sociales, l'Institut National d'Hygiène.

Après deux ans de fonctionnement, ce Fonds d'études a donné des résultats intéressants. Mais les ressources s'épuisent et un nouvel appel doit être lancé.

Sur la liste des principaux donateurs, à ce jour, on relève des banques, des entreprises industrielles et commerciales, des laboratoires de spécialités, des Grands Magasins, des maisons de haute couture, des hôtels, des personnalités privées.

Il semble donc que, à l'exemple des pays anglo-saxons, la France s'engage dans la voie du mécénat et ait compris l'urgence de favoriser la recherche. L'initiative privée pare ainsi à la carence des pouvoirs publics. C'est un aspect particulièrement original et sympathique de l'actualité.

Pourquoi s'affilier à la « MUTUALITE FAMILIALE ? »

Parce qu'il faut prévoir les revers du sort : la maladie, l'accident.

Parce qu'une société purement confraternelle est plus libérale et plus compréhensive qu'un vaste organisme nationalisé.

Parce que son budget est grevé de moins de frais généraux.

Parce qu'elle n'a pas le souci de faire des bénéfices.

Demandez la documentation concernant les indemnités journalières (jusqu'à 300 francs par jour), 37, rue de Bellefond, Paris (9e).

AÉROCID Aérophagie Aérocolie
CACHETS ET COMPRIMÉS

AQUINTOL Coqueluche Toux spasmodique
EN GOUTTES

HEP'ACTI Méthode de Whipple et de Castle Tréphones embryonnaires amino-acides
anciennement HEPASÉRUM
AMPOULES DE 10 cc.

OPOCÉRÈS Simple et vitaminé Fortifiant biologique général
AMPOULES BUVABLES
COMPRIMÉS FRIABLES

LABORATOIRES DE L'AÉROCID
20, rue de Pétrograd, PARIS (8e)

Coryza — Rhinites
Sinusites
Obstruction nasale, etc,

BALSAMORHINOL

LABORATOIRE FIDÈS
14, rue de la Comète
PARIS (7e)

Inflammations de la Gorge, des Bronches des Fosses nasales

INHALANTYL
Comprimés

PARTIE SCIENTIFIQUE

L'INTOXICATION PAR VITAMINE D2 CHEZ L'ENFANT

par Georges **SCHREIBER**
ancien chef de clinique adjoint à la Faculté

L'EMPLOI de la vitamine D² est devenu classique en pédiatrie. On sait les inappréciables services qu'elle rend pour la prévention et le traitement du rachitisme, pour le traitement de la spasmophilie. Elle est couramment employée en cas de retard de la poussée dentaire et de retard de la marche. En ces dernières années les indications de cette vitamine se sont élargies. On la prescrit contre les engelures, contre le lymphatisme, contre les formes les plus diverses de la tuberculose. Les bons résultats obtenus contre cette dernière ont amené à augmenter considérablement les doses primitivement prescrites. On eut recours d'abord à des doses massives espacées, puis rapprochées et on en est arrivé à administrer des doses massives et fréquemment renouvelées. Malheureusement ces doses ne présentent pas l'"innocuité parfaite" qu'on leur attribuait et il est nécessaire de réagir énergiquement contre l'emploi abusif de fortes doses et de doses trop répétées de vitamine D².

A la réunion de la **Société de pédiatrie** du 9 juin 1946, le professeur Debré, a poussé un cri d'alarme, qui ne manquera pas d'avoir un grand retentissement, en communiquant un cas très démonstratif de néphropathie causée par une dose excéssive de vitamine D².

Les expériences entreprises sur des animaux et particulièrement sur des singes auxquels ont été administrées des doses massives de vitamine D² ont déclenché chez eux des scléroses rénales et des cas mortels ont même été observés. Ces faits auraient dû inciter à la prudence dans le maniement de cette vitamine en thérapeutique humaine et surtout infantile. Mais il n'en a pas été ainsi.

A cette même séance de la Société de pédiatrie en effet, MM. Thiéffry et Brissaud ont présenté une très importante communication sur la fréquence et la gravité des accidents d'hypervitaminose D. chez l'enfant. en se basant sur deux observations personnelles prises à titre d'exemple et sur plus de cent observations recueillies dans la littérature. MM. Thieffry et Brissaud ont brossé un tableau très précis de l'intoxication par vitamine D².

C'est généralement à l'occasion d'une pneumo-infection ou d'une pleurésie traitée par des doses importantes et répétées de Vitamine D² que surviennent une série d'accidents simulant la méningite tuberculeuse : vomissements, cachexie avec déshydratation, ensemble de signes neuro-psychiques avec torpeur, asthénie, hébétude et même confusion.

La ponction lombaire, on le conçoit aisément, est généralement pratiquée en de telles circonstances mais elle donne issue à un liquide céphalo-rachidien normal. Par ailleurs, en dehors de l'anamnèse, c'est-à-dire, l'administration à hautes doses de la vitamine D² à laquelle tout praticien devra désormais songer en pareil cas, il existe une série de signes positifs : l'anorexie brusque, la polydipsie, la constipation et un signe négatif de grande valeur : l'absence de fièvre.

Dès que l'intoxication par vitamine D² sera soupçonnée on devra compléter l'examen du petit malade par l'étude de la fonction rénale qui est capitale. MM. Thieffry et Brissaud signalent que l'hypervitaminose D peut provoquer une hypertension artérielle parfois tardive, mais durable, de l'albuminurie dans la moitié des cas, une cylindrurie granuleuse et surtout une azotémie précoce, brusque, importante et durable. L'hypercalcémie est à peu près constante mais tardive et indépendante du trouble du métabolisme azoté. On note également une élimination massive de phosphates tricalciques urinaires.

La suppression de la vitamine D² ne suffit malheureusement pas dans tous les cas à en faire disparaitre les méfaits. Dans une de leurs observations MM. Thieffry et Brissaud font mention d'une hémiplégie durable et ils relatent une dizaine de cas mortels recueillis dans la littérature.

En présence de pareils faits, il est nécessaire de mettre les praticiens en garde contre l'emploi inconsidéré de la vitamine D² à doses excessives, en particulier chez l'enfant.

La vitamine D² conserve ses indications en pédiatrie, mais comme le font observer M. Lesné et M. Robert Clément il est inutile dans la plupart des cas d'avoir recours aux doses massives, en particulier dans le rachitisme, pour obtenir de très bons résultats. M. Robert Clément fait en outre remarquer très judicieusement que l'administration de la vitamine D² trouve sa justification en présence d'une tuberculose caséeuse, par exemple, mais nullement en cas de pleurésie.

Il est hors de doute que les médecins avertis prescriront désormais avec circonspection les doses fortes et répétées de vitamine D². Dans les cas ou ils se croiront autorisés à y avoir recours ils auront soin de surveiller de près très leur petit malade et tout spécialement sa fonction rénale.

LE PNEUMOTHORAX ISOTHERME

par le Docteur HAIMOVICI (Epernay)

Le Peumothorax isotherme, consiste a injecter dans la plèvre, un gaz chauffé à une température constante de 37 degrés.

On sait, que depuis la méthode de Forlanini, on est arrivé à guérir, à soulager, et à prolonger un grand nombre de tuberculeux pulmonaires.

Cette méthode s'est perfectionnée avec le nombre des années, et malgré la technique moderne, c'est-à-dire l'exploration visuelle de la cavité pleurale section de brides, etc., le pourcentage des échecs est encore assez élevé.

Cet échec partiel d'une méthode sur laquelle on avait fondé de grands espoirs, est dû en majorité aux complications pleurales, qui peuvent contribuer à des améliorations, mais aussi a des aggravations des porteurs de Pn.

Or, d'après F. Dumarest et P. Brette (dans la Pratique du Pn. p. 186), nous lisons : « Nous savons en effet, que l'endothélium pleural a, dans les conditions normales, une fonction sécrétoire. Il est d'observation courante que certains individus sont plus sujets que d'autres à voir leurs muqueuses nasopharyngées et intestinales facilement influencées, par le froid, atteintes de Rhinorhée et Diarrhée (troubles vasomoteurs à frigoré). On ne s'étonnera donc pas, que la même cause et le même mécanisme puissent provoquer de l'hypersécrétion pleurale. Ces phénomènes se produisent généralement assez vite, ce qui écarte de notre esprit l'idée d'un phénomène infectieux. Néanmoins, il peut fort bien arriver, que sur ce premier fait de l'hypersécrétion vaso-motrice, il se greffe comme dans le coryza un élément infectieux. C'est un épanchement aseptique que les auteurs cités appellent Idiopathique ou E. du Pn. ».

Dès lors, il est facile de déduire, que si l'on arrivait à éviter l'épanchement du Pn. on pourrait éviter en même temps ses complications.

D'après les mêmes auteurs les troubles vasomoteurs à frigoré peuvent provoquer une hypersécrétion pleurale, qui est le point de départ de l'épanchement du Pn. Ce n'est que par la suite qu'il se greffe un élément infectieux, mais la pleurésie primitive est aseptique, (ceci par opposition aux pleurésies tuberculeuses).

Donc, diminuer le membre des réactions pleurales a frigoré, signifiera ipso facto, diminuer le nombre des épanchements du Pn. (qui d'après les statistiques varient de 60 à 100 %) et ainsi le rendement du Pn. thérapeutique s'améliorerait.

Le fait d'injecter dans la plèvre un gaz à une température variable, gaz froid ou chambré dont la température est en fonction des variations thermiques du milieu ambiant, chez un malade dont la température est en général au-dessus de 37°, doit contribuer à plus ou moins longue échéance à provoquer un refroidissement de la plèvre, d'où hypersécrétion et épanchement.

D'ailleurs quelques principes de physique vont nous démontrer que la température du gaz injecté est en-dessous de la température du milieu où l'on opère : le gaz détendu d'une bouteille à haute pression est fortement refroidi.

Toute transformation de la pression d'un gaz en vitesse, s'accompagne d'une chute de température. Or, la pression du gaz qui passe à travers le trocart est augmentée et la température du gaz baisse de plusieurs degrés (il suffit de capter ce gaz dans un ballon ou plonge un thermomètre pour le constater).

Le gaz une fois la plèvre doit nécesairement se réchauffer, d'où élévation de sa température, accroissement de son volume en termes physiques accroissement de « l'énergie actuelle (traité de physique de Ch. Drion et Fernet, p. 301) et au point de vue thérapeutique une augmentation de sa pression. Il en résulte que la P.T. d'une insufflation d'un gaz refroidi est en-dessous du chiffre réel ».

Propriétés de l'air chaud : l'air chaud est sédatif, analgésique, il a une action inhibitrice sur le développement microbien et parfois même une action bactéricide. Toutes ces propriétés peuvent donc être utilisées avec avantage chez les malades sensibles au froid.

Le procédé le plus pratique pour chauffer le gaz, sera d'adapter au flacon gradué une 2e paroi en verre remplie d'eau non colorée où plonge un thermomètre. Chauffer l'eau à 40° le flacon non gradué en haut du treuil. Mettre l'appareil à 0 une fois chauffé (faire un ou deux brassages pour réchauffer le flacon non gradué).

Conclusions pratiques. — 1° L'insufflation de gaz chaud évitera le refroidissement de la plèvre, et sa conséquence directe l'épanchement a frigoré. 2° L'insufflation a une t° constante donnera une pression manométrique exacte aussi bien en P. I. que P. T., ce qui présente un intérêt évident lorsqu'il s'agit de ne pas dépasser une pression donnée.

3°) On n'assistera plus au déplacement du médiastin, par surpression d'un gaz froid réchauffé dans la plèvre, ce qui oblige à procéder à une soustraction de gaz.

♣

Le Dr Léobardy, ancien interne des hôpitaux de Paris, Professeur à l'Ecole de Médecine de Limoges, apprécie dans les termes suivants cette étude.

Votre article est très logique. C'est à l'usage, qu'on verra si cette hypothèse intéressante se réalise. Comme procédé simple, on pourrait mettre le filtre, qui est adjacent au caoutchouc, allant à la plèvre dans un récipient d'eau bouillante.

A PROPOS DE L'EMPLOI DE LA PÉNICILLINE DANS LE TRAITEMENT DES PLEURÉSIES PURULENTES AIGUËS

par le Docteur René PETITJEAN (Besançon)

Il a été fort question, depuis l'avènement de la Pénicilline, des résultats quasi-miraculeux obtenus grâce à ce médicament dans le traitement des Pleurésies purulentes aiguës. Après des séries de cas heureux, certains auteurs étrangers (Tillett, Cambier et Mc Cornack), furent conduits à prôner un traitement uniquement médical, basé sur la Pénicillinothérapie, tant générale qu'intrapleurale, associée aux ponctions évacuatrices répétées.

C'est pour signaler le danger qu'il peut y avoir à « poursuivre le leurre d'une guérison sans

intervention chirurgicale », que G. Laurence publiait récemment (Journal des Praticiens, 10 mars 1946), un article dans lequel il insiste sur la nécessité de la collaboration médico-chirurgicale. Le praticien, séduit par l'idée de guérir son malade sans le confier au chirurgien, risque en effet, par une temporisation médicale excessive, de graves mécomptes : c'est l'enkystement dans une pachypleurite irréversible, qui guette tout empyème collecté non évacué à temps. Les travaux de Jourdan (Thèse de Paris, 1933), et d'Iselin, ont depuis longtemps établi ce fait, de même qu'ils ont répandu la notion de stades évolutifs, qui domine actuellement la physiopathologie de l'épanchement purulent. Rappelons que schématiquement un tel épanchement passe par trois phases successives :

1° Une phase de diffusion, au cours de laquelle il faut surtout craindre pour la vie du malade, et ne pas intervenir sous peine de voir l'infection s'étendre à la plèvre tout entière, celle-ci n'ayant pas encore établi ses défenses.

2° Une phase de collection, qui est la plus favorable à l'intervention chirurgicale. Toutes les pleurésies purulentes ne franchissent malheureusement pas le cap difficile du premier stade.

3° Une phase d'enkystement, au cours de laquelle se constitue progressivement, si l'empyème n'est pas évacué, une pachypleurite empêchant le poumon de retrouver son expansion primitive, même après drainage de la poche. Il faut éviter ce « danger pleural » et ne pas trop attendre pour évacuer chirurgicalement.

L'effet de la Pénicilline peut se résumer ainsi :

A la phase de diffusion, l'épanchement n'étant pas constitué, la ponction exploratrice ne ramène rien qu'un peu de sérosité louche. La pénicillinothérapie intra-musculaire est le plus souvent seule possible. Elle améliore l'état général par suppression du facteur toxique, aide à la guérison des lésions pulmonaires sous jacentes, et facilite la collection.

Dès cette dernière constituée, les injections intra-pleurales (10.000 à 30.000 U.O. toutes les 48 heures, donc : traitement très économique), stérilisent rapidement le pus, rendant possible un traitement chirurgical précoce et sans danger.

Le passage à la phase suivante est rapide, car le « vieillissement artificiel de l'épanchement », comme l'a appelé Laurence, se poursuit. Le « danger pleural » est à éviter formellement.

Nous avons pu rassembler, au Centre de Pénicillinothérapie de Besançon, sous la direction du Dr Gomet, Professeur à l'Ecole de Médecine, dix cas d'empyèmes traités par la Pénicilline. Ces observations ont fait l'objet de notre Thèse, dans laquelle on en trouvera l'exposé détaillé (1).

Sur dix cas — dont une pleurésie putride bilatérale, — cinq durent finalement subir une pleurotomie. Un cas nous fut amené in-extrémis et se termina fatalement. Enfin, quatre cas seulement guérirent sans le secours du chirurgien. Nous sommes loin des succès brillants de certains auteurs ! Les microbes en cause se répartissaient comme suit : pneumocoques = 6 cas (5 enfants, 1 vieillard), staphylocoques = 3 cas (enfants), Anaérobies = 1 cas (adulte).

En conclusion de cette statistique (bien qu'elle appelle d'autres observations), reconnaissons que des cas favorables, pris au début par un traitement pénicilliné général et local, peuvent en somme tourner court. Mais, si cette évolution heureuse peut se produire, disons qu'elle reste éventuelle, et qu'elle ne doit pas être recherchée systématiquement. Mieux vaut collaborer avec le chirurgien.

Ceci posé, le traitement des pleurésies purulentes a beaucoup à gagner de l'utilisation de la Pénicilline. Pratiquée « sous pénicilline » la pleurotomie est un acte opératoire bénin, qui s'est toujours révélé efficace. Après l'intervention, la Pénicilline pourra encore être utilisée en injections intrapleurales, maintenant la stérilité de la cavité, simplifiant les suites opératoires et hâtant la guérison.

Ainsi conçu, le rôle du nouveau médicament s'avère comme vraiment remarquable, et la guérison presque habituelle d'affections jadis graves en est la preuve éclatante.

(1) Contribution à l'étude du traitement des Pleurésies purulentes aigues par la Pénicilline (Thèse de Nancy, 18 Mai 1946).

HYDRORRÉE NASALE THYROIDIENNE

L'hydrorrhée nasale est une affection sans gravité en elle-même, mais néanmoins fort gênante par les ennuis divers qu'elle occasionne : le « nez qui coule », la « goutte au nez », etc. Les malades consultent volontiers pour cette petite « infirmité ».

Son étiologie n'est pas toujours nettement définie. On sait qu'elle est symptomatique de certains états locaux ou généraux, qu'elle est plus fréquente chez les sujets âgés et plus accusée l'hiver. Cependant, elle n'est pas exceptionnelle chez les adultes jeunes et peut se manifester aussi dans les autres saisons.

Ses causes sont quelquefois faciles à préciser lorsqu'elles sont locales en particulier : rhinites chroniques simples, sinusites, polypes du nez, etc. Parmi les hydrorrhées de causes générales, les mieux caractérisées sont les hydrorrhées nasales toxiques (coryza iodique), colloïdoclasiques (rhume des foins, rhinites spasmodiques), réflexes (action du froid, action de la mastication : les rhinorrhéiques mouchent plus pendant la mastication). Il est des causes de l'hydrorrhée plus générales encore : l'insuffisance rénale (Lermoyez), les déséquilibres endocrino-sympathiques (Laurens et Aubry). La liste de ces causes générales n'est d'ailleurs pas close et tout récemment M. Chavanne, dans une communication à la Société d'oto-rhino-laryngologie de Lyon, signalait une cause possible d'hydrorrhée nasale, intéressante au double point de vue pathogénique et thérapeutique : l'insuffisance thyroïdienne.

Ayant étudié un groupe d'hydrorrhéiques quant à leur état endocrinologique, M. Louis Chavanne a trouvé, chez plusieurs d'entre eux, des petits signes d'hypothyroïdie et il a essayé, dans ces cas, lorsqu'il ne relevait aucune autre étiologie, un traitement thyroïdien. Il a obtenu des résultats intéressants, et il cite cinq observations dans lesquelles l'extrait thyroïdien a amené la cessation de la rhinorrhée.

Les doses prescrites ont été de cinq centigr. de poudre ou extrait de thyroïde, en un cachet, à prendre le matin à jeun, cinq jours sur sept, pendant deux semaines. Si nécessaire, augmenter un peu les doses, mais le malade doit être prévenu qu'il ne s'agit pas là d'un médicament dont on peut faire usage à volonté. Il conviendra

d'en surveiller régulièrement l'emploi, particulièrement chez les dysthyroïdiens où des signes d'hypothyroïdie et d'hyperthyroïdie se mêlent et chez lesquels les extraits thyroïdiens donnés de façon intempestive peuvent déterminer une poussée d'hyperthyroïdie grave.

P. LACROIX.

HORMONES ET CANCER

Comme l'a fait très judicieusement observer le Pr de Gennes, dans " Les journées médicales de Broussais ", l'action remarquable des traitements hormonaux dans certains cancers génitaux, tels que celui de la prostate, a montré, pour la première fois, la directe incidence du fait hormonal sur la genèse et surtout sur l'évolution d'une néoplasie et apporté un élément du plus haut intérêt à l'étude des origines du cancer.

A l'appui de cette conception, je viens de faire une observation qui me paraît la confirmer.

Une jeune femme de 32 ans, en excellente santé, mère d'un enfant de 4 ans, accouche à 7 mois et demi de deux jumelles. Personne instruite, d'un esprit observateur, elle n'avait jusque-là absolument rien remarqué d'anormal au niveau des seins.

Huit jours après l'accouchement, apparition dans le sein droit, profondément, d'une petite tumeur qui, très rapidement, devient douloureuse et se développe avec une rapidité foudroyante. Un mois après le début, les ganglions axillaires sont déjà envahis. On enlève largement sein et ganglions. Un examen histologique confirme le diagnostic : épithélioma à évolution rapide, avec faible réaction du tissu conjonctif. Pronostic naturellement très grave.

L'accouchement, avec ses perturbations hormonales complexes, a-t-il été le " primum movens " de cette néoplasie ? En a-t-il été seulement le " coup de fouet " ? La réponse est difficile.

Quoi qu'il en soit, en l'occurrence, l'action des hormones sur l'évolution et peut-être sur l'origine d'un néo du sein s'impose fortement à l'esprit.

En présence de cette hypothèse, on vient de procéder logiquement à la castration radiothérapique de la malade, suivant les conseils du Pr Ducuing.

Dr CERTAIN
(Souillac, Lot).

CONSULTATIONS MÉDICO-CHIRURGICALES

HYGIÈNE DE L'ALLAITEMENT DU NOURRISSON : A PROPOS DE LA STÉRILISATION DES TÉTINES

Le Dr Ulliac, de Moëlan-sur-Mer (Finistère) nous a adressé la lettre suivante :

Y a-t-il inconvénient à faire bouillir dans la même eau la tétine et le stérilisateur en zinc du lait ? On m'a dit qu'il était mauvais de faire bouillir du zinc dans l'eau. Pourriez-vous me renseigner sur ce point d'hygiène de l'allaitement du nourrisson. La stérilisation de la tétine doit-elle être faite à part ?

⁂

Nous avons soumis la question à notre collaborateur, e Dr Pierre Labignette, chef de laboratoire à la Maternité de l'hôpital Boucicaut. Voici sa " réponse-consultation " :

1° **Règle générale.** — On ne doit pas faire bouillir dans une même eau une tétine et des objets métalliques. Il convient donc de faire bouillir séparément tétine et stérlisateur.

2° **Cas du zinc.** — Il est exact que le mélange dans une même eau d'un appareil en zinc et d'une tétine soit peu recommandable. Le point de fusion de certains zincs étant assez bas, il se peut que des particules quittent le métal et se fixent sur le caoutchouc de la tétine, surtout dans l'état actuel de certains caoutchoucs.

Tout cela indique la nécessité de faire des ébullitions séparées.

P. LABIGNETTE.

NOUVELLES D'AMÉRIQUE

LA SCIENCE FRANÇAISE A L'HONNEUR

Le mois dernier les noms de trois savants français se sont glorieusement inscrits aux Etats-Unis aux avant-gardes du " front de la tuberculose ", comme on dit là-bas.

Il s'agit d'abord de René-Jules Dubos, de l'Institut Rockefeller, qui a découvert un procédé de culture simple et rapide du bacille de Koch. Dubos emploie un détersif synthétique fabriqué en Amérique sous le nom de ,' Tween 80 " et utilisé dans les produits de beauté. Sa découverte a été saluée comme la plus importante contribution à l'étude de la tuberculose depuis que Robert Koch isola le bacille en 1882.

Non seulement elle accélèrera le rythme des recherches, mais encore, disent les commentateurs, elle permettra de diagnostiquer la maladie, lorsque l'étude radiologique est muette, en quelques jours au lieu de deux mois (vraisemblablement en remplaçant l'inoculation au cobaye).

Dubos, âgé de 45 ans, alla aux Etats-Unis en 1924 et y compléta les études qu'il avait commencées à Paris. En 1937 déjà, il avait découvert la gramicidine, le premier des extraits de levure à action abiotique et qui conduisit à la pénicilline.

Les deux autres savants français sont Calmette et Guérin. Le B.C.G. a commencé, sous les auspices du Service de la Santé publique, à être utilisé aux U. S. A. comme immunisant contre la tuberculose, et a donné ses premiers succès.

Le " Public Health Service " fut impressionné par les résultats obtenus au Danemark par le Dr Johannes Holm, depuis 1930. Ces résultats furent si favorables qu'une campagne s'ensuivit à l'effet de vacciner tous les habitants de Copenhague entre 15 et 35 ans.

Les savants américains contrôlèrent les rapports danois sur un groupe de 3.000 Indiens non tuberculeux. La moitié de ceux-ci furent inoculés au B.C.G., l'autre moitié ne reçut qu'une solution saline inerte. Dans le groupe vacciné apparurent seulement 40 cas de tuberculose, pendant que l'autre groupe en comptait 185, dont 38 mortels.

Il est à noter que malgré les résultats encourageants enregistrés déjà au Canada, à Cuba, en Amérique du Sud et ailleurs, il subsiste aux Etats-Unis des opposants

qui disent que le bacille atténué pourrait provoquer des infections à retardement.

A quoi les partisans ripostent qu'une infection tuberculeuse légère est la meilleure protection connue contre le bacille.

En juillet, le " Public Health Service " se propose de réunir une commission d'experts où le pour et le contre sera largement débattu avant de tracer un programme de vaccination à grande échelle.

LES THÈSES

Dr Jean Loubet. — **Quelques traitements nouveaux des poussées ulcéreuses gastro-duodénales rebelles : la novocaïne et les injections intra-veineuses d'atropine-bromure de sodium** (Thèse de Bordeaux, 1945).

L'auteur met en relief le rôle de l'hypertonie du pneumogastrique et du parasympathique dans la pathogénie de la maladie ulcéreuse gastro-duodénale, d'où l'intérêt dans le traitement de cette affection des modérateurs de ces deux éléments nerveux. L'atropine lutte contre l'hypertonie du vague et du parasympathique, en rétablissant l'équilibre neuro-végétatif. La novocaïne offre des propriétés analogues.

Ce sont deux auteurs polonais, A. Landau et W. Hejman qui préconisèrent l'association bromure de sodium et atropine en injections intraveineuses dans le traitement des ulcères de l'estomac et du duodénum (1938), méthode qui fut appliquée en France par Fr. Moutier, E. Périer (« Concours Médical », juin 1944), et par le prof. agrégé Dubarry, de Bordeaux.

La thérapeutique des ulcus gastro-duodénaux par la novocaïne a été mise en œuvre sous des formes diverses : injections intra-péritonéales (Auguste et Héraud), infiltrations des splanchniques (E. Périer, Albot et Mme Parturier-Lannegrace), voie buccale (Bayer, von Mezo et Hamori, à Vienne ; Pierre, en France). Les effets d'une solution de novocaïne à 1 % ingérée quotidiennement pendant un temps variant de quinze à vingt jours se montrent excellents : les douleurs disparaissent rapidement, de même qu'après les injections intra-veineuses d'atropine-bromure de sodium.

Il serait sans doute présomptueux d'espérer guérir par ces deux méthodes les ulcères gastro-duodénaux, mais il apparaît possible avec ces traitements, de calmer les douleurs, d'abréger les poussées évolutives, de les espacer, de les réduire notablement, résultats déjà fort appréciables.

Dr Marcel Couturaud. — **Contribution à l'étude de l'utilisation médico-légale du test au cardiazol dans l'épilepsie** (Thèse de Paris, 1945).

En médecine légale, se pose quelquefois la délicate question de la responsabilité d'un prévenu chez lequel l'épilepsie est invoquée ou la simulation d'épilepsie suspectée. L'examen clinique apporte certes sur ces points les renseignements les plus importants mais le rapport de l'expert pourra être très utilement appuyé par certaines épreuves. Le test au cardiazol, par sa simplicité, le pourcentage élevé des réponses fidèles, constitue, pour l'auteur, le meilleur qui ait été jusqu'ici proposé. Il a donné 80 % de résultats positifs chez les épileptiques, et 90 % de résultats exacts chez les non épileptiques. Son application est très simple : une injection intraveineuse de 2 c.c. de cardiazol poussée rapidement. La réaction convulsive est presque immédiate, le délai de début de la crise étant en moyenne d'une minute ; passé trois minutes, on peut considérer qu'il n'y aura pas de crise.

Dr Henri Delabaude. — **Le traitement de la syphilis primaire et secondaire par les arsénones** (Thèse de Bordeaux, 1945).

Ce travail, avec son historique, son étude chimique, ses résultats expérimentaux complétés de graphiques et de tableaux synoptiques, constitue une mise au point du traitement actuel de la syphilis par les arsénones. Il a été fait dans le service du Dr Torlais, à l'hôpital de La Rochelle.

L'auteur conclut que l'arsénone, produit chimiquement et biologiquement plus séduisant que le novarsénobenzol, est plus actif que celui-ci, mais ne constitue pas un traitement à recommander aux malades externes échappant pratiquement à toute surveillance médicale régulière. Il raccourcit notablement la durée d'hospitalisation des malades. Il comporte, toutefois, les mêmes contre-indications que celui des arsenicaux et nécessite la surveillance du foie et des reins.

LES LIVRES

L'Expansion scientifique française
23, rue du Cherche-Midi, Paris (6e)

Paul Chevallier. — **L'anémie.** Un vol., 168 pages Prix : 200 fr.

Le professeur agrégé Paul Chevallier est un spécialiste de l'anémie et son enseignement à la Faculté sur l'hématologie clinique et biologique est très suivi. L'ouvrage actuel est le reflet de cet enseignement. Le titre pourrait en être : sur quoi se baser pour faire le diagnostic d'une anémie et la soigner convenablement. Ecrit pour l'étudiant et le praticien, il s'adresse aussi à l'hématologiste par le soin qu'il apporte à décrire les aspects microscopiques du sang et à signaler les images qui peuvent conduire à des erreurs d'interprétation.

G. Doin et Cie, éditeurs
8, place de l'Odéon, Paris (6e)

Prof. E. Mériel. — **Les syndromes douloureux de la fosse iliaque et du flanc droits.** Un vol. de la " Bibliothèque des grands syndromes ", 374 p., 78 fig., prix 560 fr.

Les syndromes douloureux de la fosse iliaque droite peuvent relever de causes beaucoup plus nombreuses qu'on ne le pensait naguère où l'on parlait trop facilement d'appendicite chronique. Le professeur Mériel montre que pour préciser à quelle affection correspond un syndrome douloureux observé en cette région (appendicite chronique, colotyphlite, colite, péricolite, stase cœcale, iléite, tuberculose et tumeurs cœcales, etc.), il faut demander à la radiologie, à l'hématologie, de venir en aide à la clinique. L'auteur s'est placé surtout au point de vue du diagnostic différentiel. Au point de vue thérapeutique, il signale ici les promesses de la chirurgie du sympathique.

LES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

Un centre moderne d'hygiène infantile et d'éducation familiale. Vingt années d'expérience.

(M. Hugo Biancani — Présentation par M. Jules Renault ; 9-7-1946)

L'auteur présente l'Œuvre « Lumière et Santé » fondée à Paris en 1926. Ayant, depuis 20 ans, suivi plus de 3.000 enfants pendant toute leur scolarité, il montre l'intérêt pour la médecine préventive, de créer dans la région parisienne des centres d'hygiène infantile et d'éducation familiale, travaillant en étroite liaison avec les écoles et recevant les enfants pendant les heures de classe.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX DE PARIS

Syndrome infundibulo-hypophysaire complexe réalisant le tableau de la cachexie de Simmonds, polyurie insipide, crises d'hypoglycémie spontanée.

(MM. Célice, P. Puech, A. Grossiord, J. F. Buvat ; 31-5-1946)

Malade tardivement réglée et hypomenorrhéique habituelle, qui voit à 30 ans ses règles cesser complètement en même temps qu'elle commence à maigrir et perdre l'appétit. L'année suivante apparition brusque d'un diabète insipide puis de crises de céphalées paroxystiques. A 32 ans dépilation axillo-pubienne, modification des téguments ; la malade prend un aspect sénile. A 33 ans c'est le tableau d'une cachexie de Simmonds qui se complique bientôt d'épisodes comateux récidivants que l'on rapporte à des paroxysmes hypoglycémiques. Electro-encéphalogramme très perturbé, non modifié par l'ingestion de sucre. P L : liquide clair, 52 leucocytes, 0,50 d'albumine. Selle turcique plutôt petite. La polyurie insipide, qui avait progressivement tendu à se réduire spontanément depuis son apparition, disparaît après les premiers accidents hypoglycémiques, puis se reproduit, mais à des taux moyens de 2 litres à 2 l. 500. Dans les antécédents, une seule grossesse, avec accouchement facile, mais agalactie complète.

Cette malade, chez qui on craignit tout d'abord une tumeur de la base et qui fut traitée ensuite — mais en vain — comme une anorexique mentale, paraît légitimer le diagnostic de maladie de Simmonds, la cause étant ici hypothétique, peut-être infectieuse.

Les auteurs soulignent un certain nombre de particularités cliniques : l'absence de sueurs au cours des paroxysmes hypoglycémiques, l'existence de battements pendulaires des yeux au cours du coma complet, l'importance des contractures des membres en hyper-extension avec hyperpronation des avant-bras.

Si l'hypoglycémie latente est un fait habituel dans la cachexie de Simmonds, il est beaucoup plus rare d'observer des accidents paroxystiques.

Cachexie de Simmonds, crises d'hypoglycémie, essai de l'alloxane.

(MM. J. Célice, A. Grossiord et R. Guérin ; 31-5-1946)

Les auteurs étudient les variations de la glycémie au cours d'une maladie de Simmonds avec réactions cytologiques du L.C.R. et crises d'hypoglycémie. A la suite d'injections sous-cutanées d'alloxane (5 centigrammes par jour et en tout 10 centigrammes-kilog), une augmentation de poids, une reprise de l'appétit et de l'activité physique, un retour progressif de la glycémie à jeun au voisinage de la normale, disparition de tout malaise paroxystique se sont manifestés. Cette amélioration, acquise depuis 15 mois, peut être une coincidence, mais peut être le fait d'une hypoinsulinie analogue à celle que l'on peut réaliser expérimentalement chez l'animal par l'alloxane.

M. Azerad. — D'après les auteurs américains, l'alloxane n'a pas d'action chez l'homme.

M. Rambert. — Il est difficile de prévoir l'évolution d'une hypoglycémie. A vu une malade qui, soignée par sympathomimétique, ne présente plus depuis 6 mois de chutes de la glycémie, mais a encore des troubles fonctionnels.

Pneumectomie pour tuberculose.

(MM. R. Even, J. Lecœur et G. Vermeil ; 31-5-1946)

Les auteurs relatent l'observation d'un jeune homme de 17 ans, suivi pendant 18 mois pour une tumeur juxta-médiastinale gauche, volumineuse et latente. La nature tuberculeuse de cette tumeur pulmonaire fut affirmée par inoculation au cobaye de quelques gouttelettes de pus prélevées par ponction exploratrice transpariétale. L'apparition de quelques crachats hémo-purulents avec B.K. indiquèrent l'existence d'une fissure bronchique et firent redouter des accidents graves dans un proche avenir par ouverture de la masse caséifiée dans les poumons, les bronches ou les vaisseaux du voisinage. Sur ce signe d'alarme, fut posée l'indication d'une pneumectomie réalisée en 2 temps (MM. Maurer et Mathey) : d'abord, pneumothorax extra-pleural nécessité par une symphyse antérieure ; ensuite, pneumectomie. Résultat après 2 mois : satisfaisant. Pronostic éloigné : réservé.

A l'occasion de cette observation, les auteurs soulignent :

Au point de vue clinique, que les risques de la ponction exploratrice ou de la ponction-biopsie pour les tumeurs ou les pseudo-tumeurs intrathoraciques sont faibles en regard des renseignements précieux qu'elles apportent ; mais il convient d'employer, au moins pour la première ponction, une aiguille aussi fine que possible dans la crainte d'un kyste hydatique, de ne jamais retirer l'aiguille sans avoir retiré le mandrin flambé et laissé en place quelques minutes, de coucher le malade quelques heures sur le côté opposé au lieu de ponction.

Au point de vue thérapeutique, en dehors du tuberculome qui est exceptionnel, l'exérèse, pneumectomie ou lobectomie, est à discuter dans des tuberculoses pulmonaires strictement unilatérales avec, soit sténose bronchique, soit caverne résiduelle sous thoracoplastie, inaccessible à la spéléotomie. Il est évident que des complications sont à redouter : pyo-pneumothorax, persistance de cavité pleurale importante, mais elles méritent d'être courues dans des formes de tuberculose rebelles à tout mode de collapsothérapie.

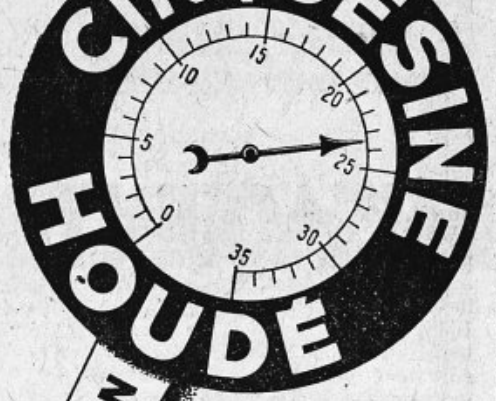
ARSENIODE BURIAT

ENFANTS
2 gouttes par jour
et par année d'âge

ADULTES
20 à 50 gouttes
par jour

BERUFFE

CINQUÉSINE HOUDÉ

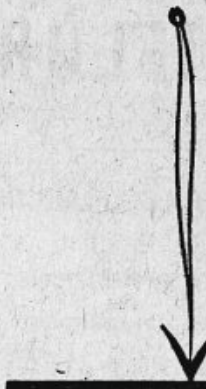


HYPERTENSION

Association synergique
vaso-dilatatrice
et sympathicolytique
D'YOHIMBINE, ET
D'HYDROCINCHONIDINE

ACTION RAPIDE :
sur les syndromes subjectifs
ACTION LENTE ET DURABLE
sur la pression artérielle

Laboratoires HOUDÉ, 9, rue Dieu, PARIS



OXYURYL

VIOLET DE GENTIANE

Laboratoires A. MARIANI, 10, rue de Chartres - NEUILLY - PARIS

DIASTOGÈNE F

AMAIGRISSEMENTS, ASTHÉNIES, CONVALESCENCES



2 à 3 cachets ou 4 à 6 comprimés
par jour à prendre au milieu des
repas



LABORATOIRES DEHAUSSY, 50, rue Nationale, LILLE
Pour la France sud : 21, Av. Saint-Sulpice - LAVAUR (Tarn)



Toujours Active...
La Jamais Nocive

NÉVROSTHÉNINE FREYSSINGE

tout *convient à*

DÉPRIMÉ
SURMENÉ
CÉRÉBRAL

INTELLECTUEL
CONVALESCENT
NEURASTHÉNIQUE

LF LABORATOIRE FREYSSINGE - 6, RUE ABEL - PARIS

PASSIFLORINE

Le médicament des cœurs instables

La PASSIFLORINE
par sa composition atoxique
PASSIFLORE, AUBÉPINE, SAULE
est un calmant
du Système végétatif
et un
Régulateur toni-cardiaque

La PASSIFLORINE
est le grand remède phytothérapique
de l'Eréthisme cardiaque
avec
Palpitations et Tachycardie

Laboratoire G. RÉAUBOURG, Dr en Phie
115, Rue de Paris - BOULOGNE-sur-SEINE

AFFECTIONS PULMONAIRES

BALSAQUINTINE

Campho-gaïacolate de Pilocarpine et d'Atropine
en milieu Terpinobromoformique

1 à 2 cc
par
jour

LSW **LABORATOIRES LESCENE**
58, Rue de Vouillé - PARIS-15e
et LIVAROT (Calvados)

---

les 3 Hormo...

HORMO-PROSTINE
(Extraits opothér. + Chlor. de Magnésium)
★
Association opothérapique préventive et curative des troubles de la PROSTATE
COMPRIMÉS
SUPPOSITOIRES

HORMO-HÉPATINE
(Extraits opothér. + Boldo, Artichaut, etc...)
★
Médication polyvalente de l'insuffisance hépatique et de toutes les déficiences du FOIE

HORMO-LAXOL
(Extraits opothér. + Ferm. lactique, Euonym., Poudre podophyllotoxique, Phénolphtaléine et Extraits végétaux)
★
Synergie médicamenteuse. Spécifique actif et complet de toutes les formes de la CONSTIPATION

du LABORATOIRE H. CHAUZEIX
31 bis, Rue de Villejust, PARIS-16e - Kléber 85-26 85-27

SOCIETE DES CHIRURGIENS DE PARIS

Rôle des vitamines dans l'appareil de croissance.

(MM. F. Masmonteil et J. Leuret ; 15-3-1946)

MM. Masmonteil et Leuret précisent le rôle des vitamines au niveau du cartilage de croissance et distinguent trois zones : 1° une zone bleue hyaline, domaine de la vitamine A ; 2° une zone gris jaunâtre où agit la vitamine D, en commun avec le calcium et le phosphore (cartilage hypertrophié et calcifié) ; 3° une zone rouge où agit la vitamine C, en commun avec le fer et le cuivre. C'est là où arrivent les vaisseaux entourés de cellules médullaires et bordés par des lamelles osseuses infiltrées d'ostéoblastes.

La transformation, dans la première zone hyaline, du cartilage de réserve en cartilage sérié, ne peut se faire, suivant les auteurs, que par l'apport d'une autre vitamine : la vitamine B2 associée au manganèse.

Les avitaminoses A, et surtout B2, conditionnent les épiphysoses (type coxa-plana) ; l'avitaminose D, le rachitisme ; l'avitaminose C, le scorbut.

Les auteurs confirment le rôle négatif du cartilage dans la production osseuse ; les cellules cartilagineuses meurent et l'os se forme par néoplasie.

Cette étude a pour corollaire des sanctions thérapeutiques appropriées à chaque forme de chondrose.

Complications à distance d'un ulcus duodénal perforé.

(M. G. Luquet ; 15-3-1946)

M. Luquet rapporte le cas d'un malade, traité par suture et gastro-entérostomie pour un ulcus duodénal perforé, qui fit par la suite trois ulcères peptiques et qui ne guérit qu'à la quatrième intervention, grâce à une résection haute. L'auteur insiste à nouveau sur la nécessité de réopérer, par principe, les malades, en vue de pratiquer une gastrectomie quand leur état n'est pas excellent dans les mois qui suivent l'intervention d'urgence.

LA PRESSE

Sciatique rebelle par fracture d'une apophyse articulaire. — A propos d'un cas relaté, **A. Sicard** et **M. Gaucher** font observer que les sciatiques rebelles post-traumatiques peuvent être dues à une apophyse articulaire, partiellement ou totalement fracturée, qui comprime une racine. Il s'agit là d'une cause souvent méconnue, que seule une radiographie nette et bien centrée peut mettre en évidence avant l'intervention. (« La Presse Médicale », 22 juin 1946.)

Les sulfadiazines en thérapeutique — **Cl. Huriez** et **L. Liard** font remarquer que la découverte des diazines enrichit d'une arme précieuse l'arsenal sulfamidé, car, contrairement aux pyridines et aux thiazols, ce nouvel organo-soufré paraît réunir au premier abord les qualités optima de tolérance et d'activité.

En traitant par les sulfadiazines une soixantaine de malades, les auteurs ont vérifié ces faits. Ils ont notamment obtenu la guérison de deux cas de septicémie à streptocoques hémolytiques, de trois staphylococcémies, dont une avec péricardite, d'une pleurésie et d'une péritonite à pneumocoques.

Les couples sulfadiazine-soludagénan et pénicilline-sulfadiazine représentent un progrès indiscutable en thérapeutique anti-infectieuse. Par contre, les pyrimidines ne dominent pas les gonococcies sulfamido-résistantes. La parfaite tolérance digestive des sulfadiazines incite à des posologies élevées, et celles-ci peuvent engendrer des accidents graves, tels que : lithiase diazinurique, ictère avec hypoglycémie, agranulocytose. C'est dire que toute cure de sulfadiazines doit être surveillée par des examens de laboratoire répétés. (« La Presse Médicale », 22 juin 1946.)

L'avenir de l'urographie. — Le **Prof. Fey** développe cette importante question, et il démontre que l'urographie est aussi indispensable au médecin qu'au chirurgien, car elle renseigne, non pas seulement sur la morphologie rénale, mais aussi bien s la sécrétion du rein (prélèvement dans le sang de toutes les substances nocives ou étrangères à l'organisme, puis concentration dans l'urine) que sur l'excrétion rénale (progression de cette urine à travers les calices, le bassinet et l'uretère jusqu'à la vessie).

La fonction globale des reins est « favorable devant la chirurgie », quand les trois tests suivants sont réunis : 1° apparition de l'image des deux reins avant la 5e minute ; 2° apparition de l'image vésicale au plus tard avant la 10e minute ; 3° absence de dilatation et de rétention dans les cavités rénales et les uretères. Or, pratiquement, ces résultats sont au moins équivalents à ceux de l'urée sanguine de la constante d'Ambard et de la P. S. P. Cette application de l'urographie est particulièrement indiquée dans l'étude si complexe des néphrites. (« Le Bulletin Médical », 21 juin 1946.)

Curettage et stérilité. — **R. Merger** met l'accent sur une cause non négligeable et facilement évitable de la stérilité féminine : le curetage utérin mal indiqué ou mal exécuté. En effet, le curettage utérin se rencontre très fréquemment dans les antécédents des femmes stériles. Son action néfaste se traduit par l'éclosion ou l'aggravation d'une infection génitale, principalement salpingienne, ou par la destruction de l'endomètre ; enfin, il est souvent mal indiqué, et souvent aussi mal exécuté. (« Rev. Fr. de Gynécologie », mai 1946.)

G. F.

PARTIE PROFESSIONNELLE

PROPOS DU JOUR

LE SECRET EN MATIÈRE DE RECHERCHES SCIENTIFIQUES MÉDICALES

Le mystère dont on entoure la fabrication de la bombe atomique, met à l'ordre du jour le secret en matières de recherches scientifiques. La Presse et la Radio même, traitent cette passionnante question. D'un commun accord on élimina de la discussion le secret en matière de recherches scientifiques d'ordre médical, jugeant qu'il n'y aurait pas de secret pour elles.

En France on avait jadis le recours de faire breveter une spécialité pharmaceutique. Le brevet permettait d'intenter un procès au contrefacteur. N'ayant aucune compétence juridique en la matière, nous nous sommes adressés au *Sou Médical* dont le Chef du Contentieux, M. Meillet, nous a rédigé la consultation suivante :

« *En vertu des dispositions de la loi du 5 juillet 1844 sur les brevets d'inventions, les compositions pharmaceutiques, qu'elles soient destinées à l'homme ou aux animaux, ne sont pas brevetables.*

D'autre part, aux termes de l'article 44 de la loi du 11 septembre 1941 sur l'exercice de la pharmacie, aucune spécialité ne peut être exploitée qu'après qu'elle ait été revêtue, ainsi que les textes publicitaires la concernant, du visa du Ministre de la Santé Publique, sur la proposition du Comité technique des spécialités. D'ailleurs, on entend par spécialité pharmaceutique tout médicament préparé à l'avance et dosé au poids médicinal, présenté sous un conditionnement particulier, portant sa composition, le nom et l'adresse du fabricant, et vendu dans plusieurs officines.

Il est donc légalement impossible en l'état actuel de la législation, et de faire breveter un remède destiné à la médecine humaine, et d'exploiter un médicament dont la composition demeurerait secrète. »

En France, il n'y a pas de doute : le secret ne saurait exister. Il en serait de même en Angleterre. La découverte et la fabrication de la pénicilline en est un exemple. En 1939 le secret avait été imposé par la censure militaire. On se demande pourquoi? Fleming dans le laboratoire de A. Wright observa à *St Mary's Hospital* de Londres le curieux phénomène antibactérien de cette moisissure en 1929. Les biologistes américains se livrèrent à des recherches qui aboutirent en 1940 à une reprise de la question par les Anglais et en particulier par Chain et ses élèves dans le laboratoire de W. Dunn à Oxford. A l'instigation de Florey les industries américaines se préoccupèrent de la question. Tout ceci n'aurait pas eu lieu si Fleming n'avait pas divulgué son observation et sa découverte. Les recherches de laboratoire sur la pénicilline sont loin d'être terminées. D'après J. Earle Moore il y a au moins quatre variétés de pénicilline d'activité variable, certaine serait tout à fait inactive. Les variétés pourraient être efficaces exclusivement dans un certain genre de maladies. Il ne faut pas être trop enthousiaste en thérapeutique, les médicaments prétendus héroïques ont été dans certains cas singulièrement décevants. Constatons à l'honneur du corps médical que les recherches scientifiques en ce qui concerne l'art de guérir ne sauraient être secrètes.

Il n'en a pas été ainsi de tous temps en France. Nous avons sous les yeux un petit livre intitulé le « *Remède anglais pour la guérison des fièvres* », *publié par ordre du Roy, avec observation de Monsieur le Premier Médecin de sa Majesté, sur la composition, les vertus, et l'usage de ce Remède,* par Nicoles de Bligny, *chirurgien ordinaire du Corps de Monsieur et Directeur de l'Académie des Nouvelles Découvertes en Médecine.*

A Paris, chez Estienne Michallet, à l'Image de St Paul, rue St-Jacques, proche la Fontaine Saint-Sévérin. MDC.LXXXIII. Avec Privilège du Roy.

En guise de Préface suit un sonnet au Roy signé de Morillemont de Mesange qui est un chef-d'œuvre de basse flagornerie, où le Roy est montré plus soucieux de la santé de ses sujets que de sa gloire de conquérant. Puis vient un « *Extraordinaire du Journal de Médecine, publié par ordre du Roy le 13 janvier 1682* » qui ne le cède en rien en flatterie. De Bligny, chirurgien taré, fondateur cependant du premier journal de médecine publié en France, fit connaître au public le secret du Remède anglais contre les fièvres, dévoilé par le premier médecin du Roi, Daquin, acheté à un sieur Talbot par Louis XIV et dont le principe était le quinquina. Cette écorce avait été introduite du Pérou en Europe par les Jésuites.

Louis XV acheta les secrets de maints remèdes. Il divulgua l'ipécacuanha qu'un Helvetius possédait, sans doute un ascendant du philosophe célèbre. On lit dans les *Mémoires secrets de Bachaumont* que le même Louis XV acheta le secret des *pilules antivénériennes* de Keyser, et que le sire De Biron les expérimenta sur son régiment de Gardes Françaises. Les exemples semblables sous l'ancien régime sont nombreux.

La propriété de la découverte étant mal sauvegardée par la loi, on conçoit que soit justifié l'achat d'un secret qui la concerne. Quand il s'agit d'un remède, c'est tout autre chose; nous ne voyons guère, à notre époque, de gens qui spéculent sur la santé publique, ce qui nous fait approuver la législation française qui interdit en fait les remèdes secrets.

D'autre part, il est injuste de priver un chercheur du prix légitime de son travail. Il est vrai qu'actuellement des Instituts de recherches scientifiques publics ou privés, suffisamment dotés, sont mis à la disposition des chercheurs et que des prix parfois considérables, sont institués pour récompenser les découvertes importantes.

J. Noir.

ASSURANCES SOCIALES

EVOLUTION D'UNE RÉFORME - PROJETS CONFÉDÉRAUX

De ce que le silence se fait pour un temps dans les journaux professionnels sur les questions d'assurances sociales et que l'*Officiel* publie régulièrement les décisions de la Commission nationale tripartite, il serait gravement illusoire de conclure que le nouveau régime de l'assurance-maladie, et sa base, le Plan de Sécurité sociale, soient définitivement entrés dans les mœurs tant du public que des médecins.

Une séance du Parlement fut consacrée au reste à l'examen général des divers problèmes et des points de friction les plus marqués, le jeudi 8 août dernier, au cours de laquelle parlementaires — médecins ou non — et ministres firent quelques déclarations dont notre nº du 31 août a retenu les plus spécifiquement médicales.

A dire vrai cependant la question paraît n'avoir qu'assez péu avancé sur le plan général. La discussion des principes qui animent le Plan de Sécurité sociale semble s'être limitée à ceux qui touchent de plus près à l'action des partis sur la masse des travailleurs, nous voulons dire l'intégration des Cadres (qui n'ont obtenu qu'un simple «sursis d'incorporation»), la pluralité ou l'unicité des Caisses et l'élection des administrateurs de Caisses, soit par les Syndicats les plus représentatifs (régime légal actuel) soit par les assurés eux-mêmes.

Des projets de réforme proposés, seul le principe de l'élection des Conseils des Caisses par les assurés eux-mêmes a été adopté par la majorité de l'Assemblée, et accepté par le Ministre lui-même. Il donnera lieu prochainement à des modifications législatives, qui, notamment, confieront à tous les médecins d'une circonscription le soin d'élire leur représentant au sein des Conseils des Caisses, les candidats étant désignés à leurs suffrages par les Syndicats. En attendant ces modifications, les Conseils provisoirement mis en place conformément au texte de l'ordonnance, ont reçu instruction de se borner à gérer les affaires courantes.

Mais, si le point de vue des médecins à l'égard du régime de l'ordonnance du 19 octobre a été sommairement exposé, aucune discussion ne s'est instituée à cet égard, aucune suggestion n'a été présentée par le Ministre. Aucune conclusion enfin, n'a été adoptée par l'Assemblée. Ce n'est donc point à cette Constituante que reviendra le soin de réformer le nouveau régime d'assurance maladie.

Cependant la Commission nommée par l'Assemblée Confédérale a poursuivi et mené à terme ses travaux en rédigeant deux documents importants : un *modus vivendi* provisoire entre les Caisses et le Corps médical, ainsi qu'un projet de modification, article par article, de l'ordonnance du 19 octobre.

Ces textes, qui n'avaient pu faire jusqu'à maintenant l'objet que de commentaires aussi succincts qu'officieux (v. notamment notre écho du 6 juillet dernier, p. 711), sont aujourd'hui officiellement publiés. Adoptés à l'unanimité des membres d'une Commission composée au départ des représentants de deux tendances opposées et communiqués aux autorités responsables, ils jouiront auprès d'elles d'une toute particulière autorité morale et serviront utilement de base à la refonte de l'ordonnance, lorsqu'il se trouvera enfin un Parlement pour s'intéresser autant aux modalités de délivrance des prestations en nature qu'au mode d'élection des Conseils des Caisses. Cette éventualité toutefois ne semble point encore prochaine.

Le *modus vivendi*, par son caractère pratique, sa précision, en même temps que sa concision, nous paraît se dispenser de toute glose autre que celle dont ses auteurs mêmes l'ont muni :

« Modus vivendi » transitoire

Le Conseil de la Confédération des syndicats médicaux français, réuni les 22 et 23 juin, a adopté à l'unanimité, sur proposition de la commission spéciale élue par l'Assemblée générale du 31 mars 1946, et après discussion, l'ordre du jour suivant :

Le Conseil de la Confédération estime urgent d'établir les bases d'un *modus vivendi* vis-à-vis des assurés sociaux qui, tout en maintenant les principes de la charte médicale, permette à ceux-ci de bénéficier des avantages que leur accorde l'ordonnance du 19 octobre 1945, ceci en attendant les modifications dont il a établi le projet.

A cet effet, il décide :

1º Les syndicats départementaux établiront un barème d'honoraires syndicaux ;

2º Ce barème sera établi en tenant compte notamment des tarifs minima de 1939, du coefficient d'augmentation des salaires, traitements et indemnités, et de l'augmentation beaucoup plus forte des frais professionnels ;

3º Chaque barème sera homologué et, le cas échéant, fixé, par le Conseil de la Confédération, qui veillera à l'application loyale des règles édictées ;

4 ºCe barème sera revisé lorsque les éléments prévus au paragraphe 2 se seont élevés ou abaissés de 20 %.

5º Les syndicats départementaux communiqueront leurs barèmes aux caisses de sécurité sociale, après l'homologation ou la fixation prévues au paragraphe 3, pour leur permettre d'établir leurs tarifs de responsabilité ;

6º Le Bureau confédéral prendra les contacts nécessaires avec le Gouvernement et les organismes intéressés, aux fins de réaliser une entente basée sur les indications ci-dessus inscrites.

A l'effet de réaliser cette entente, et pour apporter à la bonne marche de la sécurité sociale une aide effective et puissante, la Confédération des syndicats médicaux français s'engagera :

a) A veiller à ce que les honoraires homologués par la Confédération soient maintenus dans des limites strictement raisonnables ;

b) A ce que ces honoraires soient appliqués effectivement à tous les assurés dont les ressources globales, le train de vie, compte tenu des charges, ne permettent pas l'assimilation aux catégories aisées de la population. Ils le feront suivant leur conscience et dans l'esprit social le plus large, toute contestation d'honoraires devant être déférée à la juridiction professionnelle.

La juridiction professionnelle devant arbitrer ou juger tout dépassement qui, hors les dérogations légales, apparaîtrait comme excessif ;

c) Les médecins seront invités de façon pressante et continue :

1º A limiter au nécessaire, dans tous les cas, les prescriptions médicamenteuses et autres ;

2º A freiner, dans toute la limite possible, l'abstentéisme, c'est-à-dire prescrire les repos nécessaires, mais seulement ceux qui seront jugés indispensables au rétablissement complet des malades.

Commentaires
relatifs à l'étude des contestations d'honoraires

L'étude des contestations d'honoraires s'inspirera des considérations suivantes concernant :
La situation de fortune de l'assuré ;
La notoriété du praticien ;
Les autres circonstances particulières.

a) Pour l'appréciation de la situation de fortune de l'assuré permettant les dépassements, il y a lieu de tenir compte *notamment* :

1° Du fait que l'assuré cotise au plafond (salaire égal ou supérieur à 120.000 francs) sous réserve de la situation de famille, enfants à charge, etc.

2° Des ressources indépendantes du salaire, revenus propres (assuré, fils ou conjoint d'un chef d'entreprise, etc.) ;

3° Du fait que l'assuré est « facultatif » lorsque sa situation est aisée.

b) La notoriété du praticien peut être comprise et appréciée de la façon suivante :

Médecins possédant des titres universitaires ou hospitaliers indiscutables ; professeurs de facultés ou d'écoles, agrégés, chefs de cliniques et anciens internes des villes de facultés ;

Médecins des hôpitaux et anciens internes de grandes villes nommés au concours ;

En plus, *certains médecins qui ont acquis, en fait, la notoriété de consultant et sont habituellement appelés en consultation par leurs confrères de la ville ou du département :*

Médecins ayant acquis une notoriété scientifique.

c) Les circonstances particulières permettant des dépassements occasionnels peuvent être ainsi appréciées :

Consultations ou visites demandées sur rendez-vous à heures fixes

Distance dans les villes ou agglomérations, ou régions, où ne joue pas l'indemnité kilométrique (à plus de 1 km. de rayon, par exemple) ;

Temps anormalement long nécessité par certains examens ;

Il peut y avoir des cas où le PC 5, prévu pour l'assistance opératoire, pourrait aussi être dépassé, l'importance du service rendu devant, par contre, s'appliquer à la visite qui a déterminé l'acte opératoire et les circonstances qui ont pu l'entourer : transport d'urgence, etc.

N.B. — Il s'agit là de simples indications générales dont l'interprétation littérale pourra être restreinte ou élargie, compte tenu de toutes autres considérations que la juridiction professionnelle jugerait légitimes.

Remarquons seulement que les critiques élevées à l'encontre de la première circulaire de la Commission ne furent pas inutiles : il n'est plus question de *tarif-plafond* et les « dépassements motivés » ne sont plus réservés aux seuls possesseurs de titres dûment homologués. Il est admis que la notoriété peut s'acquérir « en fait » et que la consécration de la pratique et des confrères vaut bien celle des concours.

Il serait oiseux d'étudier dans ses détails les projets de modification législative rédigés par la Commission des Dix. Nous voudrions seulement dégager aujourd'hui, du mécanisme juridique qui nous est présenté, les grandes lignes dominantes et les principes qui semblent les avoir inspirés.

Les Commissaires avaient en premier lieu, reçu mandat de faire survivre le principe de l'entente directe, tout en faisant sa place à un régime d'assurance maladie économiquement et socialement efficace. Le problème ainsi posé, contradictoire ou quasiment à l'échelle individuelle, n'est soluble que s'il est traité sur le plan collectif, c'est-à-dire s'il est « socialisé ». Les Commissaires l'ont compris, et ont cherché les moyens de sauvegarder en première ligne les libertés professionnelles, car il ne serait point de médecin libre dans un Corps médical socialement asservi. Mais cette position courageuse entraîne des conséquences qu'il faut accepter, sous peine de tout remettre en question : l'autonomie professionnelle suppose une discipline professionnelle interne reconnue et acceptée par la très grande majorité des médecins.

Le système se présente alors, d'une manière cohérente, mais indivisible, comme suit : le niveau de prix (c'est là, nous l'avons répété, la question essentielle) des honoraires médicaux (et non le barème : mot impropre et mauvais déguisement du tarif) est déterminé par les Syndicats départementaux, en fonction, des éléments indiqués par le *modus vivendi*, et homologués par la Confédération (ce qui implique, il faut le reconnaître, la possibilité pour celle-ci de refuser son homologation et dans ce cas de fixer elle-même le tarif). Au contrôle de la Commission tripartite, on substitue le contrôle de la profession. Cela suppose en particulier que les Syndicats départementaux sont habilités par la Centrale professionnelle, exigence qui faisait gravement défaut dans l'ordonnance du 19 octobre.

Ce niveau de prix ne devient un « barème » que joint à la nomenclature des actes professionnels. Si l'on entend sauvegarder les libertés médicales, il faut là aussi, associer étroitement la Confédération à son établissement — non seulement en fait comme jusqu'à maintenant — mais aussi *en droit*.

Le niveau de prix ne peut devenir un niveau de responsabilité pour les Caisses que s'il est connu d'elles. Il doit donc leur être communiqué. Il serait à tous égards souhaitable pour l'efficacité démographique et sociale du système d'assurance que les deux niveaux coïncident. Pour cela, la méthode la meilleure est l'entente directe (sans Commission étatique) entre Syndicats et Caisses, c'est-à-dire la convention collective. Mais cette convention serait laissée à la liberté des deux parties. Au reste toute convention — pour être efficace — ne suppose-t-elle pas un libre consentement, réciproque ?

Mais ce barème — qui n'est pas un tarif — supprime-t-il toute marge de liberté pour le médecin ? La discipline professionnelle, l'entente directe collective tuent-elles l'entente directe individuelle ? Non, tout au moins dans la mesure où les variations individuelles autour du niveau collectif sont légitimement motivées. Rappelons qu'il n'y a ici nulle innovation et qu'il en allait déjà de même antérieurement, dès lors que les juges de droit commun se reconnaissaient le droit de contrôler — en fonction de la notoriété, de la situation de fortune du malade, ou de tout autre circonstances particulières — les honoraires demandés.

Les motifs de dépassement légitimes restent ceux prévus par l'ancien article 13. Il serait cependant fait un sort spécial à la situation de fortune, en ce sens que la profession ne veillerait pas de manière stricte à l'observation du niveau fixé par elle dès lors que les clients appartiendraient à la catégorie aisée de la population. Enfin le contrôle de la légitimité des motifs de dépassement reviendrait, pour la conciliation, au Conseil départemental de l'Ordre (la Commission bipartite départementale restant mort-née), et pour la juridiction en premier ressort au Conseil régional et en appel non plus à la Section des A.S. du Conseil national (dont nous avons signalé la fort peu médicale composition), mais bien à la juridiction ordinale de droit commun.

Le nouveau régime menaçait également, d'une manière grave, la liberté de traitement, avec le libre-choix du consultant (économie dans la prescription, examen du

troisième mois, art. 33 et suivants). La réforme proposée, inspirée de la conception développée plus haut, tend à substituer au Directeur régional de la Santé (qui n'a point à s'ériger en Directeur de la médecine) le Conseil départemental de l'Ordre et le Syndicat pour établir les listes et désigner l'expert chargé de départager médecin traitant et médecin-conseil. Un recours serait organisé contre cet avis technique après un délai de trois mois. De même disparaîtrait, en cas de tuberculose, la nécessité de faire appel au médecin phtisiologue agréé.

Enfin la Commission chargée d'établir la liste des spécialités remboursables devrait comprendre, *de droit*, un représentant de la Confédération.

D'autre part le médecin traitant en serait plus *ipso facto* présumé incompétent, et l'examen du troisième mois lui serait confié en premier lieu. Le médecin-conseil pourrait facultativement se joindre à cet examen. La modification semble cependant ici plus verbale que réelle.

UN autre problème inquiète les Pouvoirs publics et bien souvent commande leur attitude à l'égard des praticiens, c'est celui des durées d'incapacité de travail. Nul n'ignore que la charge des indemnités journalières en dépend et que cette charge est incomparablement plus lourde que celle des honoraires médicaux. Ce souci financier se double d'un souci d'économie générale : l'absentéisme, dans un pays manquant de main-d'œuvre, est, en pleine tâche de reconstruction, une plaie que l'on ne saurait trop combattre. Et l'on charge, un peu vite, le Corps médical du péché de complaisance, et l'on requiert de lui pour l'avenir une attitude de gendarme, fort peu compatible avec le climat de confiance qui doit accompagner l'intervention du médecin.

La solution ne devrait-elle point être cherchée plutôt dans une revision du système de l'indemnisation journalière, qui écarterait le *petit risque* (le plus fréquent), mais croîtrait d'une manière progressive (jusqu'à atteindre 80 % du salaire) avec la durée de l'incapacité ou la gravité de l'intervention ? Des économies plus substantielles que par le marchandage des tarifs médicaux seraient ainsi obtenues et l'on tendrait, lorsque tout danger de fraude est écarté, à l'indemnisation totale.

Cette question de l'indemnité journalière et du « petit risque » pose au reste des problèmes aussi graves qu'intéressants. Nous y reviendrons prochainement.

Dans le même esprit, le projet propose d'augmenter la participation obligatoire (actuellement 20 %) pour le fameux « petit risque ». La mesure peut sembler à double tranchant : ne va-t-on point ainsi diminuer le rôle du médecin général et voir dégénérer en « risques graves », — pour le plus grand dam de la santé publique — ce qui eût pu rester, grâce à l'intervention opportune de l'omnipraticien, dans le domaine de ce « petit risque » tant honni ?

ENFIN, si l'on veut donner au principe du libre-choix un contenu réel, il faut tout à la fois interdire aux Caisses de faire une « discrimination », quelle qu'elle soit, entre les médecins régulièrement autorisés à exercer, et réglementer la création et le fonctionnement des établissements de soins. Le projet s'est, à juste titre, gardé de tout « corporatisme » qui l'eût fait au reste très certainement échouer, il s'est placé sous l'angle de l'utilité publique. Les créations ne devraient être autorisées par les Ministères du Travail et de la Santé que s'il y a insuffisance d'équipement public ou privé, et après avis du Syndicat local et de la Confédération. N'oublions pas que « l'insuffisance » en cette matière s'interprète assez largement : le Conseil d'Etat avait eu un problème analogue à résoudre à propos des malades payants dans les hôpitaux. Il y avait selon lui « insuffisance », dès lors que l'équipement existant était qualitativement défaillant, ou que les soins étaient offerts à un prix socialement trop élevé. Nous eussions préféré, quant à nous, que la Confédération ne se bornât pas en cette matière à prendre une position en quelque sorte négative, mais, selon les principes appliqués dans les autres domaines, réclamât pour les Syndicats le droit de participer à cette activité créatrice, et par suite à la gestion de ce qui pourrait être les futurs centres d'examens. Cette participation devrait être de droit pour les Syndicats contractant convention.

Une disposition qui a plus l'apparence d'un vœu que d'un texte de loi, exige que les contrats conclus avec les œuvres mutualistes respectent les principes de la Charte (le paiement direct étant cependant substitué à l'entente directe). Ce point demanderait à être précisé, car toute œuvre suppose un règlement et des médecins qui l'acceptent ou le refusent, donc une limitation au libre-choix. Quant au secret professionnel, il est protégé d'une manière très générale par l'art. 378 du Code pénal ; ce serait l'affaiblir (et non le renforcer) que de le prescrire dans un texte particulier dénué de sanctions.

Ceci nous amène à signaler que le projet dans un article 8 *bis* comporte, avec les meilleures intentions, une disposition inutile sinon malheureuse, précisant que le médecin traitant ne doit rien révéler à la Caisse de l'état du malade. En réalité, si la question du secret se pose en matière d'assurance-maladie, c'est à propos des rapports entre médecin-conseil et Caisse, ou médecin-conseil et médecin traitant. Mais il n'a jamais fait de doute pour personne que le médecin traitant était lié par l'obligation au secret à l'égard des services administratifs des A.S. Une telle disposition est ou bien inutile puisque platonique et dépourvue de sanctions, ou bien dangereuse en ce qu'elle peut laisser croire que l'obligation au secret n'existe que si elle est confirmée dans chaque cas particulier, ce qui n'est pas — heureusement.

MALGRÉ ces quelques imperfections de détail, le travail de la Commission des Dix mérite considération. Le mandat reçu par les Commissaires était difficile à remplir, car il semblait exiger qu'ils « concilient l'inconciliable ». Ils ont été à la hauteur de cette tâche parce qu'ils ont compris que le meilleur moyen de défendre la Charte n'était point de la maintenir dans les cimes inviolées de la métaphysique, mais consistait au contraire à en réincarner les principes dans des réalités vivantes, à leur donner des formes adaptées au milieu nouveau où ils auraient à faire la preuve de leur permanente nécessité.

Jean MIGNON.

FISCALITÉ DÉMESURÉE - PROLÉTARISATION DU MÉDECIN ÉCRASEMENT DES FAMILLES NOMBREUSES

A l'heure même où le médecin français se trouve frappé ou menacé par la taxation de ses honoraires et par la disparition prochaine de tout secteur libre, donc de toute ressource incontrôlable, une offensive de grande envergure vient d'être menée par les autorités fiscales.

Cette offensive a abouti d'une façon à peu près générale au doublement du chiffre forfaitaire du bénéfice professionnel.

Comme toujours, les familles nombreuses ont été les plus lourdement touchées, car il semble que le principal critère de la taxation n'ait pas été l'activité professionnelle, trop difficile à apprécier, mais bien les charges de famille. Certains contrôleurs n'ont pas manqué de dire qu'un nombre de X enfants impliquait obligatoirement un bénéfice au moins égal à Y, ce qui sous-entend nettement qu'un chiffre inférieur à Y n'est acceptable que s'il n'y a pas de charges de famille ! !

Nous avons pensé qu'il serait intéressant de dégager du fatras des textes fiscaux et de leurs inutiles complications les chiffres réels de base, et les taux progressifs de l'imposition en fonction des charges de famille ; ensuite de calculer le résultat de ces impositions écrasantes sur le standard de vie du médecin et de sa famille ; enfin, de voir quelles seraient les modifications équitables que nous pouvons demander.

Toute cette étude repose sur les hypothèses suivantes :

1° Le médecin n'a que des revenus professionnels ;

2° Son forfait n'a pas été augmenté par rapport à l'année précédente ;

3° Sa patente est de 10.000 francs, sa cote mobilière de 3.000 francs. (On sait que le premier de ces impôts n'est susceptible d'aucune réduction pour charges de famille, et que les réductions du deuxième compensent à peu près exactement l'augmentation de l'habitation en fonction de l'agrandissement de la famille.)

4° Le minimum vital est évalué à 200 francs par jour pour le chef de famille, soit 73.000 francs par an (ce qui semble être aussi le salaire minimum courant), et à 100 francs par jour, soit 36.500 francs, pour chaque personne à charge ;

5° Tous les enfants à charge sont supposés être comptés à charge tant pour le fisc que pour les allocations familiales, et les allocations familiales sont celles du département de la Seine, basées sur un salaire moyen départemental de 4.500 francs. (Les allocations sont comptées sans déduction de la cotisation de 4.500 francs qui est considérée comme faisant partie des frais professionnels) ;

6° Un forfait de 647.000 francs est admis comme plafond de l'activité professionnelle. En effet, en supposant que le forfait représente les 2/3 des recettes, un bénéfice de 647.000 francs correspond à 65 heures de travail par semaine à raison de 3 consultations à l'heure (en supposant que le secteur libre reste suffisant pour compenser les honoraires d'A. M. G., A. T. et A 64, inférieurs à la « taxe »).

Dans ces conditions, le chiffre de 647.000 fr. correspond aussi à la limite à partir de laquelle les impôts du célibataire atteignent 91 % des bénéfices ; par conséquent limite à partir de laquelle il ne reste, frais et impôts payés, que 6 % sur les recettes.

Progressivité de l'impôt

Patente et cote mobilière sont dues, quels que soient les bénéfices.

L'impôt sur le revenu, basé sur le bénéfice brut, diminué des impôts de l'année précédente (sauf l'impôt sur le revenu proprement dit) est progressif, avec un aménagement des paliers proportionnel aux charges de famille.

L'impôt sur le bénéfice des professions non commerciales, au taux uniforme de 21 %, se calcule à partir d'un certain chiffre de bénéfice d'autant plus élevé que les charges de famille sont plus grandes (nous verrons que ces réductions sont très insuffisantes et très inférieures à celles de la cédule des traitements et salaires).

Au total, le médecin doit payer, outre les 13.000 francs de patente et de cote mobilière, s'il est célibataire, 21 % du bénéfice brut sur la tranche comprise entre 10.000 et 65.000 ; 33 %, de 65.000 à 141.000 ; 51 %, de 141.000 à 394 000 ; 69,75 %, de 394.000 à 647.000.

Le ménage sans enfant, marié depuis moins de 3 ans, paye 21 %, de 10.000 à 115.000 ; 33 %, de 115.000 à 267.000 ; 51 %, au delà.

Le ménage sans enfants, marié depuis plus de 3 ans, paye 21 %, de 10.000 à 90.000 ; 33 %, de 90.000 à 204.000 ; 51 %, de 204.000 à 584.000 ; 69,75 %, au delà.

Le père d'un enfant paye 18,1 %, de 10.000 à 19.500 francs ; 21 %, de 19.500 à 138.000 ; 33 %, de 138.000 à 328.000 ; 51 %, au delà.

Le père de 2 enfants 16,8 %, de 10.000 à 29.000 ; 21 %, de 29.000 à 161.000 ; 33 %, de 161.000 à 389.000 ; 51 %, au delà.

Le père de 3 enfants, 10,5 %, de 10.000 à 43.300 ; 21 %, de 43.300 à 182.000 ; 33 %, de 182.000 à 448.000 ; 51 %, au delà.

Le père de 4 enfants, 4,2 %, de 10.000 à 62.400 ; 21 %, de 62.400 à 203.000 ; 33 %, de 203.000 à 506.000 ; 51 %, au delà.

Le père de 6 enfants, 21 %, de 114.700 à 239.000 ; 33 %, de 239.000 à 619.000 ; 51 %, au delà.

Le père de 10 enfants, 21 %, de 276.700 à 298.000 ; 33 %, au delà.

Standard de vie possible du médecin

Il est intéressant de calculer, d'une part, les chiffres respectifs de bénéfice brut à réaliser et d'impôts à payer pour s'assurer le minimum vital, d'autre part, ce qui reste de bénéfice net par rapport au minimum vital quand le médecin a atteint le plafond de son activité :

A) Pour s'assurer le minimum vital, c'est-à-dire, un bénéfice net de 73.000 francs pour le chef de famille, et de 36.500 francs, pour chacune des personnes à sa charge, il faut, compte tenu de l'appoint non imposable procuré par les allocations familiales, que le médecin réalise

	Bénéfice brut	Impôts à payer
s'il est célibataire	112.000	39.000
s'il est marié sans enfants depuis moins de 3 ans	157.000	47.500
s'il est marié sans enfants depuis plus de 3 ans	161.000	51.500
s'il a 1 enfant	204.000	58.000
— 2 —	241.000	65.000
— 4 —	288.000	68.500
— 6 —	326.000	65.520
— 8 —	359.000	57.500
— 10 —	400.000	48.500

Une injustice criante ressort de ce tableau : *pour assurer à lui-même et aux siens le strict minimum indispensable pour ne pas mourir de faim, le père de famille moyenne (entre deux et six enfants) doit payer près du double d'impôts réclamés au célibataire*, et le montant de ces impôts équivaut presque au salaire d'un petit fonctionnaire, ou à ce qui serait nécessaire pour entretenir deux enfants de plus.

Et, par rapport aux familles très nombreuses, *le célibataire arrive à payer seulement 63 à 80 % de ce qui est réclamé aux pères de 7 et 10 enfants.*

B) Lorsqu'un médecin arrive au maximum de son activité, soit près d'un million de recettes, avec un bénéfice brut de 647.000 francs, correspondant à 65 heures de travail par semaine à raison de 3 consultations à l'heure, il ne peut prétendre assurer aux siens un revenu net supérieur à :

139 %	du min. vital s'il a	10	enfants	.....	123.900
149 %	— —	9	—	.....	145.000
166 %	— —	6	—	.....	167.400
189 %	— —	4	—	.....	197.900
234 %	— —	2	—	.....	225.600
279 %	— —	1	—	.....	238.400
344 %	s'il est marié sans enfant. depuis plus de 3 ans				270.000
361 %	du min. vital s'il est marié sans enfant depuis moins de 3 ans				251.200
460 %	du min. vital s'il est célibataire				311.500

On le voit : *le maximum de revenu de la profession médicale, dans l'état actuel de la fiscalité et des honoraires, n'atteint pas 5 fois le minimum vital pour le célibataire. 4 fois ce minimum pour le ménage sans enfants ; il est enfin inférieur à 3 fois dès qu'il y a des enfants, et même au-dessous de 2 fois le minimum vital dès qu'il y a plus de 3 enfants.*

On peut se demander si une profession dont l'apprentissage nécessite près du quart de la durée d'activité productive d'un homme, et dont l'exercice demande tant de travail, de soucis, et de risques de toutes sortes, mérite d'être aussi lourdement pénalisée.

Et on ne peut qu'être révolté de l'énormité des charges fiscales des familles très nombreuses. *Qu'un célibataire doive réserver à l'Etat 48 % de ses bénéfices quand il arrive au plafond de son activité est déjà discutable, mais qu'il en coûte à un père de 10 enfants 19 % de son bénéfice, est proprement inadmissible, alors que ce maximum de revenu professionnel ne correspond qu'à 280 francs par jour pour lui-même et 140 francs pour chacun de ses enfants.*

Remède à la misère des familles nombreuses

Les allocations familiales, si elles étaient relevées de 125 %, de manière à égaler le 50 % du minimum vital mensuel de 6.000 fr., au lieu du 30 % du salaire moyen départemental de 4.500 francs, elles ne contribueraient encore que peu à l'amélioration des conditions de vie des familles nombreuses. Car, avec cette augmentation des allocations et le dégrèvement total des impôts, le père de 10 enfants atteindrait tout juste, au maximum de son activité, 2 fois le minimum vital, le père de 5 enfants 2 fois et demi ce minimum ; et celui de 3 enfants dépasserait à peine le triple.

A tout le moins est-il nécessaire de demander un raisonnable et équitable allègement en faveur des familles médicales comportant au moins 3 enfants, et qui pourrait être *l'adoption, pour la cédule des professions non commerciales de ces familles, du taux et des réductions familiales en usage à la cédule des traitements et salaires.*

L'impôt de la cédule serait ainsi réduit de 21 à 16 %, et le chiffre à partir duquel l'impôt est perçu passerait de :

276.700 à 487.200	pour les pères de	10	enfants
186.700 à 375.000	—	8	enfants
114.700 à 262.500	—	6	enfants

Enfin, les pères de 4 enfants ne paieraient rien au-dessous de 150.000 francs, au lieu de 4,2 % de 10.000 à 62.400, et les pères de 3 enfants ne paieraient que 4 % jusqu'à 125.000 au lieu de 10,5 %, de 10.000 à 43.000.

En outre, pour les revenus bruts inférieurs à 100.000 francs, l'impôt serait réduit de moitié jusqu'à 60.000 francs.

En attendant que les familles nombreuses médicales bénéficient de l'allocation de salaire unique que perçoivent les salariés, la différence de charges fiscales entre les unes et les autres se trouverait ainsi considérablement réduite.

La fraude fiscale

De la fraude, il semble bien, devant l'extension des moyens de contrôle dont jouissent les autorités fiscales, qu'il ne faille plus parler qu'au passé. En effet, la généralisation prochaine des Assurances sociales permettra aux contrôleurs de connaître à peu de chose près, le montant exact des bénéfices bruts.

Il était néanmoins intéressant de savoir dans quelle mesure la fraude était capable d'améliorer la situation du médecin.

A cet effet, nous avons calculé le revenu auquel parviendrait le médecin qui réussirait à dissimuler 300.000 francs de bénéfice brut, le contrôleur ayant accepté un forfait qui assure juste le minimum vital. L'hypothèse est déjà très aventureuse s'il s'agit d'un célibataire, elle est parfaitement absurde si le médecin est chargé de famille. Elle valait cependant la peine d'être faite pour achever la démonstration que la prolétarisation du médecin est une chose acquise. En effet, la dissimulation de 300.000 francs de bénéfice permettrait à la famille d'obtenir, au lieu du minimum vital :

Un peu moins des 5/3 de ce minimum vital à la famille de 10 enfants, le double du minimum à la famille de 5 enfants, le triple à la famille à fils unique, et le quintuple au médecin célibataire.

Nous conclurons par ce mot que Balzac prête à notre illustre confrère « Benassis » :

« L'impôt a des bornes naturelles au delà desquelles une nation se soulève pour le refuser ou se couche pour mourir. »

Dr J. Quivy.

REFLEXIONS SUR LES RELATIONS DE VOYAGE AUX U. S. A.

par le Dr MARC ISELIN

Dans les dernières séances de l'Académie de Chirurgie, de très intéressantes relations de voyage ont été faites successivement par SENÈQUE et par BANZET, qui, tous deux, avaient été invités à passer plusieurs mois aux Etats-Unis.

Ces chirurgiens, dont la pondération et l'expérience sont notoires, ont été très intéressés et très frappés de ce qu'ils ont eu tout le loisir de voir (BANZET ayant même pris les fonctions de chef de service au Peter Bent Brigham Hospital de Boston, ce qui est un rare honneur). Leur conclusion était qu'à l'heure actuelle la chirurgie américaine était plus avancée que la nôtre : c'est une constatation objective, indiscutable dont il faut reconnaître les causes pour y porter remède.

D'après mon expérience, il ne s'agit pas d'une supériorité des hommes, mais bien d'une supériorité des institutions. Par institutions, nous n'entendons pas les conditions matérielles, les bâtiments, par exemple. L'Hôpital Beaujon n'a rien à envier à aucun des hôpitaux des U. S. A., mais il ne viendra à personne l'idée qu'on y fait de meilleure chirurgie qu'à Saint-Antoine, qui date du XVIIe siècle.

On attribue également une grande importance à l'institution du « full time », mais celle-ci est localisée à un seul homme, le Professeur, et encore seulement dans les facultés de médecine subventionnées par la Fondation Rockfeller (Chicago University, Johns Hopkins, etc.). Tous les autres chirurgiens, comme en France, font à la fois leur enseignement, leur service hospitalier et leur clientèle particulière.

BANZET a été très frappé par un certain nombre de faits : aucune nomination n'est faite au concours, le choix règne en maître ; il existe une très grande camaraderie à l'intérieur du service ; les observations des malades sont tenues d'une manière extraordinaire. Tout ceci est très exact, mais il y a, à mon avis, une relation de cause à effet entre ces constatations, car c'est de l'absence de concours que tout découle.

L'Américain ne peut progresser dans la hiérarchie qu'en travaillant dans le service qui lui est confié, avec, pendant des années, des responsabilités très minces ; comme l'a dit BANZET, un interne passe son temps à prendre les observations des malades et à les mettre à jour ; aussi, sont-elles remarquablement tenues et complètes, formant une base de travail qui nous manque trop souvent ici. Puis, quand l'interne est nommé assistant, il sera coté, suivant la manière dont il aura fait son service (sa ponctualité, en particulier), et sur les travaux personnels qu'il aura poursuivis, soit seul, soit plus souvent sur la suggestion de son chef de service. Le chirurgien américain sera donc jugé sur son travail.

***

Tout au contraire, le Français, dès l'âge de 19 à 20 ans, se trouve plongé dans la confection et l'absorption de « questions », et ces questions il les perfectionnera, les apprendra et les réapprendra pendant 12 à 25 ans. Alors que le jeune Américain est jugé sur ce qu'il fait dans son service à longueur d'années, le jeune Français est jugé sur ce qu'il dit et sur ce qu'il écrit (et sur la façon dont il le dit ou l'écrit) à un jour donné, à une heure donnée. Un effort extraordinaire de travail, d'intelligence et de mémoire est ainsi demandé, pour acquérir une érudition et une habitude de l'exposition qui, certes, manquent aux Américains, avec malheureusement comme contrepartie, le passage à un plan secondaire de la discipline d'observation, de recherche et de travail dans le service, sur lesquels ceux-ci jouent leur avenir.

Et puis, dans ce bilan il ne faut pas sous-estimer la déperdition de force nerveuse représentée par les épreuves, qui tous les ans (et parfois, plusieurs fois par an), soumettent les malheureux candidats à des émotions effroyables qui les laissent, ensuite, pantelants des semaines, sinon des mois ; et cela dure des années 10 ou 12 pour les plus brillants, 20 ou même 25, pour la majorité, et cela occupe la période de la jeune maturité, celle qui, normalement, devrait être la plus productive. L'Américain, lui, ne connaît pas cette cause d'épuisement : ses examens d'école une fois passés, il travaille régulièrement, sans à-coups ; ses émotions, au moment des nominations, sont très brèves, car elles résultent d'une décision supérieure et sans appel, d'ailleurs généralement prévue. Tout l'avenir de l'élève dépendant de la seule volonté du chef, on comprend l'autorité calme et indiscutée de ceux-ci, la conscience qu'ils ont de leur responsabilité envers leurs élèves et l'empressement que mettent ces derniers à la bonne marche du service et à l'étude minutieuse et persévérante des sujets de recherche qui leurs sont donnés.

⁂

Si l'on veut donc que la chirurgie française regagne son retard actuel, ce qui ne semble pas très difficile, il importerait, à la base, de changer le régime des concours, surtout à Paris.

La Commission de Réforme des Etudes Médicales que présidait M. LERICHE, et dont j'avais l'honneur d'être secrétaire, avait rédigé un plan complet à ce sujet. Nous n'avions pas cherché à supprimer les concours, ce qui est impossible dans l'état actuel de la mentalité française ; mais nous avions cherché à en atténuer la nocivité par la suppression d'un certain nombre d'entre eux, par la diminution du temps où il est possible de se présenter, par la simplification des épreuves, essayant, en somme, de les rendre aussi proches que possible du choix, comme dans la formule excellente des concours d'avant 1914.

Ces beaux projets verront-ils jamais le jour ? Qu'il me soit permis de les évoquer, particulièrement, après avoir entendu les intéressants exposés de SÉNÈQUE et de BANZET.

CORRESPONDANCE

ACCIDENTS DU TRAVAIL

3261. — **Accident survenu au retour du travail.**

Le patron d'un ouvrier agricole est-il responsable d'une façon absolue — et sans discussion aucune — d'un accident survenu à cet ouvrier entre le temps où il a quitté le lieu du travail et celui où il arrive à son domicile ?

En l'espèce, il s'agit d'un ouvrier qui — au retour de son travail, et rentrant chez lui — fait une chute mortelle de bicyclette.

La Compagnie d'Assurances prétend ne pas être responsable.

Dr D.

Réponse.

Il a été jugé à maintes reprises et ces principes valent aussi bien pour les accidents survenus dans les exploitations agricoles que pour ceux qui se produisent dans les entreprises industrielles ou commerciales, que la responsabilité de l'employeur en vertu de la législation sur les accidents du travail, ne court que du moment où l'employé a pénétré sur le chantier, s'est mis à la disposition de son chef, et a effectivement pris possession de son service.

Il en résulte qu'un accident ne peut être considéré comme survenu par le fait ou à l'occasion du travail lorsqu'il est arrivé avant que l'ouvrier qui en a été la victime soit parvenu sur le lieu de son travail, ou après qu'il s'en est éloigné. C'est ainsi que par une décision de la cour d'appel de Douai du 25 novembre 1902, un ouvrier a été déclaré sans droit pour invoquer les dispositions de la loi, à raison d'une chute faite en se rendant de son domicile à son chantier, c'est-à-dire, à un moment où il n'était qu'un simple passant et non un ouvrier au service du patron.

Si donc, dans le cas qui fait l'objet de votre lettre du 12 juin, l'accident est bien survenu à un moment où l'ouvrier avait cessé d'être placé sous la direction, la surveillance ou l'autorité de son patron, c'est à juste titre que la compagnie d'assurances conteste la responsabilité de son assuré.

★

APPLICATION DE TARIFS D'HONORAIRES

ACCIDENTS DU TRAVAIL.

3187. — **Consultation ou pansement.**

L'acte type en matière d'accident de travail, c'est-à-dire le *pansement*, qui, dans l'ancien régime, était tarifé C soit 17 fr., puis 25 fr. 50, puis 40 fr., doit-il, dans le nouveau régime (notification [?] du 16 mai), être tarifé C, soit 80 — 20 % = 64 fr., ou PC. 1, PC. 1,5, PC. 2, PC. 3, suivant son importance, ou suivant qu'il est pratiqué isolément ou en série ?

Dr P.

Réponse.

Il y a « pansement » lorsqu'il n'y a pas spécialement l'acte technique appelé « Consultation » et comportant un diagnostic à établir, ce qui n'existe plus dans les séries de pansements d'une même plaie. En matière d'A.T. seule la consultation ou la visite simple sont l'objet d'une minoration de 20 % sur la nomenclature des

Les Laboratoires TROUETTE-PERRET

informent MM. les Docteurs qu'ils ont repris la fabrication de leur spécialité

" LA PAPAINE TROUETTE-PERRET "

sous toutes ses formes :

SIROP - ÉLIXIR - CACHETS - COMPRIMÉS

TRAITEMENT RATIONNEL de toutes formes de l'

OBÉSITÉ

et des troubles annexes

par DELLOVA

à base d'extraits opothérapiques — renforcés par un laxatif —

2 formes { CACHETS : 1 à 2 par jour / COMPRIMÉS : 2 à 4 par jour

Laboratoire C. LAFOSSE, 48, *Avenue de la République* - PARIS

A.S. Il n'est dit nulle part, que je sache, que cette minoration ait à porter sur les P C. pas plus que sur les K.

Dr F. DECOURT.

★

HOSPITALISATION PUBLIQUE

2810. — Les honoraires de l'anesthésiste en matière d'A. S.

Je vous serais reconnaissant de bien vouloir nous aider à résoudre un petit problème de médecine sociale.

Les interventions sont pratiquées à l'hôpital de X... par un chirurgien de Y... ; il est *aidé* par les quatre médecins de X... pour chacun de leurs malades respectifs, que ces derniers soient « en clinique », c'est-à-dire en chambres séparées ou « en salles », au régime hôpital, salles communes de 4 à 8 lits. Le chirurgien répartit les honoraires avec ses aides qui ont, en plus de l'assistance opératoire, à assurer les soins post-opératoires des vingt jours.

Les anesthésies étaient assurées jusqu'en 1935 par une religieuse. En 1936, celle-ci, pour raisons de santé, a dû abandonner ce poste. Nous eûmes recours à un confrère aliéniste *non patenté*, attaché à la clinique psychiatrique du même hôpital de X... Pour les malades « en clinique », il reçut les honoraires habituels prélevés sur le prix de l'intervention ; pour ceux « en salles », pour lesquels jouaient le tarif réduit K 7 et K 15 il fut attribué à l'anesthésiste une somme plus réduite comptée en plus des frais d'hôpital.

Ce régime subsista six ans. En 1944, une caisse d'assurances sociales de la région objecta que les assurés ne devaient pas avoir à leur charge ces honoraires supplémentaires d'anesthésie.

L'Union des Caisses de M... nous demanda de supprimer ce supplément illégal.

Membre de la Commission de l'hospice et du Comité du Syndicat, je tentai de faire admettre le principe du P.C. 6 pour l'aide opératoire du médecin traitant ce qui nous aurait permis de rémunérer l'anesthésiste.

En effet, notre hôpital fonctionne dans des conditions un peu exceptionnelles mais donnant toutes satisfactions aux malades (suivis par leur médecin traitant malgré le régime « en salle » très économique — médecin traitant près duquel les familles peuvent se renseigner et intervenir à tout moment de l'évolution post-opératoire — ce qui n'est pas le cas habituel dans les salles de Y...), toutes satisfactions à l'hôpital et aux médecins.

J'avais donc espéré que les Caisses, comprenant à la fois leur intérêt (la « journée » à X... est toujours 15 à 20 % moins chère qu'à Y...) et celui des malades, logés et traités mieux qu'en salles, dans leur pays, accepteraient de solutionner cette question.

Refus !

Le confrère anesthésiste n'a pas touché de rémunération pour les « malades en salle » depuis dix-huit mois, l'hôpital prétendant qu'il n'a pas à en supporter les frais.

Nous, médecins considérons que « la masse médicale opératoire » des malades en salles ne comprend pas l'anesthésie. (Dans les hôpitaux de Y... les anesthésies sont données par les internes qui ne participent pas à la « masse des assurances sociales. »)

Mon opinion est que l'hôpital doit assurer *un fixe* au confrère anesthésiste pour les interventions de malades assurés sociaux en salles et que ce fixe n'a pas à être imputé sur les honoraires chirurgicaux.

Dr T.

VITTEL
GRANDE SOURCE
Spécifique des
VOIES URINAIRES
Manifestations arthritiques
Goutte - Gravelle
Infections urinaires
Hypertension

SOURCE HÉPAR
Spécifique des
VOIES BILIAIRES
Lithiase Biliaire
Cholécystites
Insuffisance biliaire
Congestion vésiculaire

Envoi gratuit de toute documentation sur simple demande à la
SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE VITTEL (Service) à VITTEL (Vosges).



Troubles digestifs, cutanés, nerveux, Grossesse, Croissance
Laboratoires Pharma-France
43, rue de l'Ancienne Mairie
Boulogne-s-Seine - Mol 12-13



Infestations intestinales
Laboratoires Pharma-France
43, rue de l'Ancienne-Mairie
Boulogne-s.-Seine. Mol. 12-13

Réponse.

Dans l'état actuel des textes, la position de l'Union des Caisses est fondée en droit. En effet, l'article 132 du décret du 17 avril 1943 dispose que « les honoraires dus aux médecins, chirurgiens... assistants d'anesthésie, etc..., pour les soins donnés aux malades hospitalisés sont déterminés, en ce qui concerne les assurés sociaux, d'après un tarif comportant une nomenclature des actes et interventions, et fixé par arrêté du Secrétaire d'Etat à la Santé après entente avec le Secrétaire d'Etat au Travail. » L'article 133 ajoute que les honoraires ainsi dus sont payés par les malades dès leur sortie de l'établissement, et qu'après la retenue par l'établissement d'une somme égale à 5 % représentant les frais de recouvrement, il est formé une masse des sommes encaissées pour l'ensemble des services d'une même spécialité. Dans chaque spécialité, la répartition de cette masse est déterminée après entente entre les chefs de service. Dans chaque spécialité, les ayants droit sont les médecins, chirurgiens,,, et assistants d'anesthésie. Il est ajouté que les chefs de service peuvent, s'ils le jugent opportun, allouer une part d'honoraires aux internes. Enfin, au cas où l'entente prévue ci-dessus pour la répartition ne serait pas réalisée, il devrait être statué par le Préfet sur proposition du Directeur régional de la Santé.

Par conséquent, incontestablement le médecin qui de façon habituelle, à votre hôpital, donne, avec l'accord de la Commission administrative, les anesthésies depuis plusieurs années, peut être considéré comme assistant d'anesthésie et avoir droit à sa part d'honoraires sur les sommes versées par les assurés sociaux hospitalisés au titre des honoraires médicaux.

Reste à savoir, si cette part d'honoraires doit être prise dans la masse constituée par les sommes versées pour les interventions tarifées selon la Nomenclature, ou si, au contraire, elle doit être versée en sus des sommes payées pour les interventions par les assurés sociaux. Incontestablement, tant sous le règne de l'ancienne nomenclature que sous celui de la nouvelle nomenclature des assurances sociales qui vient d'entrer en vigueur depuis le 16 mai, les sommes dues à l'anesthésiste sont comprises dans le prix global de l'acte fixé à la nomenclature et versé par les assurés sociaux. En effet, l'article 10 de la Nomenclature générale, que vous trouverez reproduite dans le fascicule n° 23 de la Documentation Professionnelle Permanente (page 9), précise que les coefficients de la Nomenclature ont été calculés à l'acte global, et que de ce fait ils comprennent, en sus de la valeur propre de l'acte, celle de l'anesthésie, de l'aide opératoire...

Sous le chapitre 2 « Pratique médicale courante », il est indiqué sous PC. 6 le prix d'une anesthésie générale de longue durée lorsqu'elle n'est pas couverte par le coefficient d'intervention. Mais, est-il ajouté, pour tous les actes en K, l'anesthésie générale est comprise dans le coefficient de l'intervention. C'est la confirmation expresse qu'il est impossible de compter à un assuré social, le prix d'une anesthésie, en supplément du prix de l'intervention sous le règne de la nouvelle nomenclature. Nous ajoutons que sous le règne de l'ancienne nomenclature, la situation était la même, puisque dans l'instruction pour l'utilisation de la nomenclature, il était expressément indiqué que « le prix global comporte la rémunération des aides, y compris l'anesthésiste... »

Mais, objecterez-vous, le « tarif comportant une nomenclature des actes et interventions, etc., visé à l'article 132 du décret du 17 avril 1943 est un tarif spécial au régime hospitalier, et ne doit pas nécessairement coïncider avec la nomenclature des A.S. telle qu'elle vient d'être publiée ». Vous avez parfaitement raison. Cette thèse est d'ailleurs confirmée par les articles 11 et 12 de l'ordonnance du 19 octobre 1945 et par l'article 9 du





décret du 29 décembre 1945, que vous trouverez reproduits dans le fascicule sus-visé, pages 3 et 4. Une circulaire ministérielle du 5 novembre 1945, qui y est également reproduite, confirme que « le montant des tarifs d'honoraires à appliquer par les Caisses en matière de soins médicaux à l'hôpital public sera déterminé d'une manière fixe par arrêté, sans qu'un accord soit nécessaire entre la Caisse régionale de Sécurité sociale et la Commission administrative des hôpitaux ». Par conséquent, tant que cet arrêté publiant le tarif spécial au domaine hospitalier en matière d'assurances sociales n'aura pas été publié, on peut espérer qu'il contiendra peut-être pour l'anesthésiste une disposition plus favorable au Corps médical, et que des honoraires spéciaux seront rajoutés au prix de l'acte global. Mais, d'une part, il faut à notre avis l'espérer sans trop y croire, car si tarif hospitalier spécial il doit y avoir, ce tarif sera en principe moins favorable au Corps médical que le tarif à domicile ou au cabinet, et, d'autre part, tant que cet arrêté spécial n'aura pas été publié, il faut se référer à la législation en vigueur jusque-là, c'est-à-dire en fait, aux accords Commission administrative-Caisse de Sécurité sociale, basés sur la nomenclature en vigueur, c'est-à-dire sur la tarification des interventions à l'acte global comprenant la rémunération des anesthésistes.

En conséquence, nous nous voyons dans l'obligation de vous conseiller de régler la question de la rémunération de l'anesthésiste de la manière suivante : sur le montant global des honoraires versés au Service de chirurgie pour les interventions sur les assurés sociaux hospitalisés, une part, fixée d'accord entre les intéressés, doit être réservée à l'anesthésiste. Cette part devrait au maximum être évaluée à PC. 6, dans la mesure bien entendu où la nouvelle nomenclature est appliquée à l'hôpital et en donnant à PC. une valeur proportionnelle à celle attribuée au [illegible] par les accords Commission administrative-Caisse.

★

QUESTIONS DIVERSES

3864. — **Laboratoires d'analyses.**

Je vous serai très reconnaissant de me donner votre avis sur le sujet suivant :

Etant donné la pénurie locale, je compte commencer à faire moi-même la sérologie nécessitée par les examens prénuptiaux, de femmes enceintes, etc.

Je suis titulaire du Certificat de Sérologie délivré par l'Institut Pasteur récemment.

Au point de vue fiscal, si je fais, outre les miens, les examens sérologiques que m'enverront les confrères ; suis-je exposé à me voir imposer une patente nouvelle, en plus de ma patente de praticien ?

Il y a des omnipraticiens qui font les examens radiologiques des confrères non outillés en appareils spéciaux ; pourquoi n'y aurait-il pas des omnipraticiens spécialisés en examens biologiques qui feraient les analyses que les autres confrères leur demandent ?

D'autre part, je ne pense pas qu'il y ait de dispositions légales interdisant le cumul, d'une clientèle de médecine générale et d'un laboratoire d'analyse.

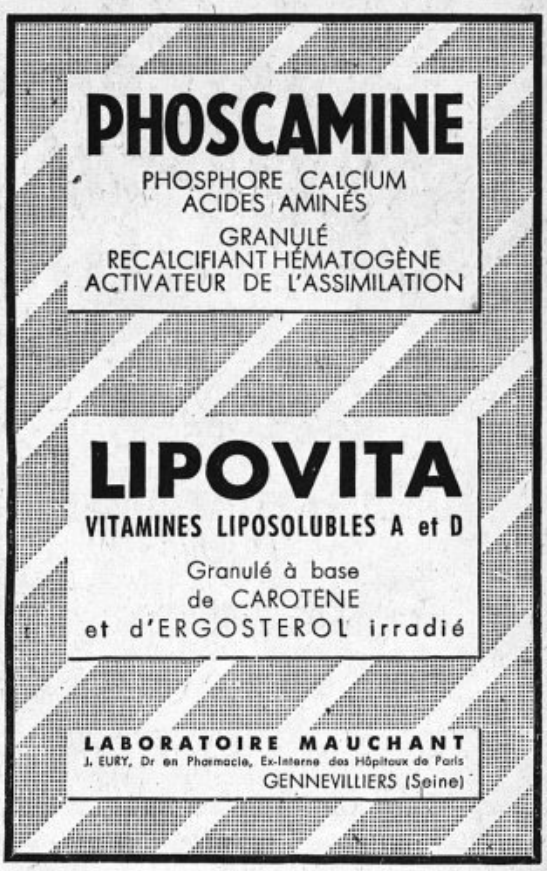
Dr P.

Réponse.

Le statut des laboratoires d'analyses médicales vient justement d'être modifié de façon considérable par une loi du 18 mars 1946, publiée au Journal Officiel *du 19 mars et dans le* Concours Médical *du 20 avril 1946.*

Un décret du 18 mai 1946 portant règlement d'administration publique pour l'application de cette loi a été publié au Journal Officiel *du 19 mai et reproduit dans le* Concours Médical *du 13 juillet dernier.*





Nous vous engageons à lire attentivement ces textes, ainsi qu'une étude consacrée à cette question qui a été publiée dans le Concours Médical *du 20 juillet.*

En gros, il faut que vous sachiez dès maintenant qu'avant de vous livrer à la nouvelle activité que vous avez projetée, il faut que vous fassiez une déclaration écrite au préfet du département dans lequel fonctionnera votre laboratoire, et ce dans les conditions de l'article 2 du décret, auquel nous vous renvoyons.

Ainsi que vous le verrez, contrairement à ce que certains membres de l'Académie de médecine avaient préconisé, le cumul des fonctions de médecin praticien et de médecin effectuant des analyses médicales n'est pas interdit, à la seule condition d'observer bien entendu la nouvelle règlementation légale.

Par ailleurs, si vous désirez effectuer des examens sérologiques pour le diagnostic de la syphilis, et des analyses pour le diagnostic biologique de la grossesse, il vous faudra vous conformer aux prescriptions des décrets des 19 mars 1940 et 18 mai 1940, notamment demander l'autorisation ministérielle vous permettant de porter sur tous vos imprimés professionnels la mention « Laboratoire agréé par le ministre de la Santé publique ».

Du point de vue fiscal, vous ne serez pas assujetti à une nouvelle patente pour votre activité de laboratoire. Ce n'est, en effet, pas une activité commerciale, et votre patente de profession non commerciale suffit à couvrir cette activité. Toutefois, dans la mesure où, pour vous livrer à cette nouvelle activité, vous devrez utiliser de nouveaux locaux professionnels (et d'après le décret du 18 mai vous avez des obligations précises à ce sujet), le droit proportionnel de patente portera sur ces nouveaux locaux professionnels et augmentera en conséquence d'autant votre patente. C'est une question à régler entre votre contrôleur et vous-même.

CONNAITRE

CAHIERS DE L'HUMANISME MEDICAL

Revue trimestrielle

CAHIER N° 4

MASSES, ELITES ET MEDECINE

SOMMAIRE

Editorial (Connaître). — Le problème des masses (Chevalier). — L'Education des masses (Archambault). — Les moyens modernes peuvent-ils servir à l'éducation des masses (Ponte). — L'éducation sanitaire (Viborel). — Le problème des Elites (Ravier). — Sélections professionnelles des Etudiants en Medecine (Cornil). — Le sens de l'humain et de la liberté dans la Médecine Française (Delore). — *Les courants de pensée :* Claude Bernard en seconde lecture (J. Fiolle). — *Chronique scientifique.* — Entre deux infinis (Mallet). — Le psychisme des animaux inférieurs (Fisher). — *Arts et Médecine :* Les Médecins amateurs de peinture. — *Théâtre* (Levallois). — *Cinéma* (Joinville). — *Bibliographie.*

PRIX DE VENTE DU NUMÉRO : 150 *fr.*

ABONNEMENT A 4 CAHIERS : 500 fr.

Au « Concours Médical », 37, *rue de Bellefond,* Paris (9e). Ch. Post. Paris 167-95.

RAPPEL DES CAHIERS DÉJA PARUS : N° 1 *La Médecine et l'Homme* (épuisé) ; N° 2 *Familles, Peuples et Médecine* (épuisé) ; N° 3 *Education et Médecine* (150 fr.).



CONTRE
LA DYSPNÉE SPASMODIQUE
un adrénalinique nouveau
ÉPROUVÉ DANS L'ASTHME BRONCHIQUE

ALEUDRINE

SULFATE DE DIOXYPHÉNYLÉTHANOLISOPROPYLAMINE

NÉBULISATIONS AÉROSOLS
ALEUDRINE SOLUTION

ADMINISTRATION PERLINGUALE
ALEUDRINE TABLETTES

LABORATOIRES M. R. BALLU
104, RUE DE MIROMESNIL - PARIS 8e

DEMANDES & OFFRES

N° 551. — A céder urg. gros. client. O.R.L. importante ville Nord. Littré 19-63, de 15 à 19 h. ou écrire au journ. qui transmettra.

N° 552. — Suis acheteur scopie, graphie fixe ou transportab. Ray. U.V. et diathermie, thermo-cautère électr. sur courant ville.

N° 553. — Secrét. particulière connaiss. secrét. méd. rech. empl. pour octob. saison hiver ville Midi, de préfér. Pau, Cannes, Pyrén.-Or., Landes.

N° 554. — Achèterais cher Piézogène Lumière bon état. Dr Delvallet, 15, rue des Soupirants, Calais.

N° 555. — Médec. seul échanger. bon poste demi-repos Var contre poste plus import. région Sud-Est.

N° 556. — A céd. fin septemb. bonne client. rurale chef-l. cant. Mayenne. Mais. tt conf. avec jard. et garage.

N° 557. — Méd. expérim. ferait remplac. Paris longue durée, ou associat. avec confr., accepter. situat. de clin.

N° 558. — A vend. 1° appar. à ondes courtes pour bistouri électr., coagulat., épilation, marque Ectomitherm. neuf ; 2° appar. ionisation, marque O.C.E.M., neuf ; 3° vibro-masseur, marque Gaiffe, Gallot et Pilon.

N° 559. — Vve doct. très au cour. client., rendez-vous, téléph., fiches médic., rech. situat. dans cabinet médic., clinique, dispens. ou autre, Paris ou Auvergne.

N° 560. — Cabin. médic. à louer quart. Monceau.

N° 561. — A louer, 8 CV Citroën, type Rosalie, bon état. Tél. Tri 36-52.

N° 562. — A vend. au plus offr. : 1° cystoscope explorateur Collin opt. fixe ; 2° forceps genre Tarnier ; 3° forceps Pajot ; 4° voit. enf. landau pliant toile marine doubl. molesk. bl. ; 5° bel électrophone Thomson gr. puiss. et pureté ; 6° chargeur accus oxymétal Alsthom 110 T 120, 6 12 volts ; 7° ch.-plat de table Thermor 220 V. Le tt état neuf. Dr Marmasse, Chevilly (Loiret).

N° 563. — J'achète ou loue bon prix l' « Anatomie » de Rouvière en deux vol. S'adr. Dr Sainton, Mousseaux-les-Bray (S.-et-M.). Urgent.

N° 564. — Dr désire ach. « Petite Illustration » dep. sa parut., collect. compl. de préfér., mais accepter. collect. part.

N° 565. — Poste imp. méd. génér. accouch. à céd. rais. fam. Rég. agr. Centre-Ouest. Logem. neuf mod.

N° 566. — A vend. : 1 cassette Lumière, 1 cass. Philips 18 × 24 avec écrans ; 1 cass. Kodak 18 × 24 sans écran ; 1 cass. Kodak 12 × 18, avec écrans ; 2 cadres compl. pour positifs 30 × 40 et 18 × 24. Dr Lancet, Ardres (P.-de-C.).

N° 567. — Femme méd. malade, évacuée, très active, rech. représent. et dépôts laborat. sérieux au Maroc.

N° 568. — Table d'examens à vendre.

N° 569. — Méd. expérim. gr. habitude remplacem., posséd. voiture, remplacer. confr. à la campagne. Ecr. au journ. qui transmettra.

N° 570. — Dermato. cherche Microscope et dispositif pour ultra. Boîte béniquets droits 15 à 60. Stérilisateur petits instrum. gaz ou électr. Appar. Diathermo-coagulat. Ecr. Dr Sebald, 13, av. Victoria, Le Havre.

N° 571. — A céder grosse client. avec propriété belle banl. Paris. Ecr. Lesieur, 7, rue Cavallotti, Paris. Marc. 43-16.

N° 572. — Dr décédé, client. à reprend. beau pavillon avec jard., suscept. faire clin. accouch. Banl. près porte Paris. Ecr. Lesieur, 7, rue Cavallotti, Paris. Marc. 43-16.

N° 573. — Poste pro-pharm. rég. confins Normandie, belle client. Mais. spac., à céder d'urg. pr rais. fam. aide-infirm. dans clin. ou hôpital, ou assist. méd.

N° 574. — A vend. appar. U.V. cour. continu 220 v. sur pied de parquet. Traitements individuels.

N° 575. — Jne fille, un an pratique, cherche emploi aide-infirmière dans clin. ou hôpital, ou assister. médec.

N° 576. — A vend. à St-Cloud, mais. compos. de pouv. faire clin. Sivrais, 36, rue Gounod, Saint-Cloud (S.-et-O.).

N° 577. — Dr éprouvé par guerre cherche poste urgence, région Ouest de préfér.

N° 578. — Méd. désire échang. très bonne client. camp. 180 km. Paris (Bourgogne), contre similaire.

N° 579. — A céd. gros poste proph. rég. Deux-Sèvres, gde mais. Pays chasse et pêche. Facil. de paiement. S'adr. journ. qui transm.

Gérant : J. MIGNON
Février 1879
Lang, Blanchong et Cie, 30, rue du Poteau - Paris (18e) — 31.1040
Dépôt légal : N° 8
3e trimestre 46

FAUTEUILS ROULANTS DUPONT
Cent ans de spécialisation
dans le confort du malade
VENTE & LOCATION
10, Rue Hautefeuille - PARIS (6e)
Téléphone : DANTON 05-61 - 05-62
Succ. à LYON, 6, Place Bellecour

LE CONSEIL MEDICAL
CABINET BREITEL ET CORET
Fondé en 1903
1, rue Dante, Paris (5e) - ODE : 36-46

Paris 9e. Méd. Gle. Loc. profess. 2 pièces. Cuisine.
Centre Paris. Beau studio gymnastique médicale.
Paris Opéra. Clinique chirurgicale esthétique.
Banlieue immédiate. Gros cab. méd. gle à échanger contre bon cab. physiologie avec appart.
Banlieue proche. Clinique chirurgicale obstétr.
Oise. Gros cab. Méd. Gle av. maison meublée.
Yonne. Bonne client. à échang. c. Cab. Paris.
Orne. Méd. Gle. Petit bourg. Seul. Bon chiff. Mais.
Var. Sur côte, immeuble pour Clin. ou mais. santé.
Région Arcachon. Home d'enfants ds grde villa.
Haute-Savoie. Maison d'enfants, 70 pens. Gr. rapp. Très belle install. confort. Bien située.

Tunisie. Ville moy. Méd. Gle. Très gros rapport. Conditions de cession présent. ttes garanties.
Algérie. Grde ville. Clinique chirurg. accouchts. Neurol. 20 lits. Lab. d'anal. Rad. Diath. Jardin.

Placements réservés à médecins : parts de sociétés.

VULCASE
COMPRIMÉS LAXATIFS cholagogues soufrés
CONSTIPATION
DERMATOSES
LABORATOIRES BRISSON
Dr DEDET & Cie, Pharmaciens
Anc. Internes des Hôpit. de Paris
157, rue Championnet, PARIS (18e)

Micelliode

IODE COLLOIDAL MICELLAIRE ÉLECTRO-POSITIF

Toutes les Indications de l'IODE.
SANS IODISME POSSIBLE

GOUTTES

Laboratoires de l'HÉPATROL 4 Rue Platon, PARIS (XVe)

CARBONEX

MAGNÉSIE SOUFRÉE



ESTOMAC ★ FOIE ★ INTESTIN

NOUVELLE SYNERGIE PHARMACO-DYNAMIQUE

LABORATOIRES BIOS
10, Rue Vineuse PARIS 16e

Maladies du Foie et des Voies biliaires

PANBILINE

Pilules et Solution

Auto-intoxication intestinale - Constipation

RECTOPANBILINE

Suppositoires, Solution

Anémies – Convalescence

HÉMOPANBILINE

Comprimés et Solution

Lab. du Docteur PLANTIER, à Annonay (Ardèche)

PHYTOMENSYL

médication toni-veineuse à base de vigne rouge

POSOLOGIE MOYENNE : 30 gouttes 2 fois par jour.
DOSES FORTES : 50 gouttes 6 fois par jour, durant 6 jours.

LABORATOIRES BLAQUE, 59 RUE BOISSIÈRE, PARIS (16e) KLE 88-70

granulés
CAS AIGUS

Choléfluine

CHOLAGOGUE - ANTIANAPHYLACTIQUE
(HYPOSULFITE DE SOUDE)

comprimés
CAS CHRONIQUES

LABORATOIRES LECONTE, 29, rue Duret, PARIS-16e

Boldolaxine

LABORATOIRE EMILE CHARPENTIER
7, RUE DU BOIS DE BOULOGNE PARIS. XIVe

La grande marque
des antiseptiques urinaires et biliaires

URASEPTINE ROGIER

Laboratoires Henry **ROGIER**, 56, Bd. Péreire, Paris

HYPERCHLORHYDRIE
— HYPERACIDITÉ —
DYSPEPSIES ACIDES

SEL DE HUNT

Granulé AGRÉABLE au goût, se prend délayé dans l'eau par cuillerées à café

PAR LE PARFAIT DOSAGE DE SON SEL ALCALIN **NEUTRALISANT** ET DE SES SELS NEUTRES **ABSORBANTS** ET **SATURANTS**, IL **SOULAGE** D'ABORD, PUIS **RÉGULARISE** ET **NORMALISE** LA SÉCRÉTION HYPERACIDE

LABORATOIRES ALPH. BRUNOT, 16, rue de Boulainvilliers, PARIS-16e

68e ANNÉE — N° 39 — 28 SEPTEMBRE 1946

LE CONCOURS MÉDICAL

37, RUE DE BELLEFOND - PARIS (9e) - TRU 33-66

379-381

SOMMAIRE

PARTIE SCIENTIFIQUE.

Difficultés du dépistage précoce du cancer endo-cervical (Prof. E. Meriel) 1.079

Heureux accident dû à un anti-histaminique (Dr E. Menard) 1.081

A propos des néphrites sans albumine (Dr Jacques Lemoine) 1.081

Epidémie familiale de fièvre typhoïde (Dr Merzbach) 1.082

Les Livres, 1.083 ; Les Sociétés Savantes, 1.084 ; La Presse, 1.807.

PARTIE PROFESSIONNELLE.

Propos du jour. — La France aux prises avec des nécessités d'immigration et des désirs d'émigration (G. Lavalée) 1.088

Droit Professionnel. — Le contrôle médical sportif (G. Cazac) 1.090

Les baux en cours doivent subir les majorations prévues par l'ordonnance du 28 juin 1945 (H. Meillet) 1.091

A propos de la sécurité sociale (Dr Valingot) 1.092

DEMI-COLONNES.

Dernières Nouvelles, 1.072. — A travers l'Officiel, 1.076. — Echos et Commentaires, 1.095. — Correspondance, 1.098.

PYRÉTHANE
Antinévralgique Puissant
18, Rue Ernest-Rousselle - PARIS-13e

Rhumatismes chroniques — Carences soufrées
THIONAIODINE
INJECTABLE — COMPRIMÉS
Laborat. Jacques LOGEAIS, Issy-les-Moulineaux, PARIS

Toux — Coqueluche
ÆTHONE
Laboratoire de l'ÆTHONE 35, rue Boissonnade, PARIS (XIVe)

Silicyl
Médication de BASE et de RÉGIME des ÉTATS ARTÉRIOSCLÉREUX et des carences siliceuses
18, Rue Ernest-Rousselle - PARIS-13e

VÉRITABLE HUILE DE HAARLEM
G. de KONING TILLY
GOUTTES — CAPSULES
Laboratoires THOMAS, 2, rue Ste-Cécile, PARIS 9e

Infangyl Carlier
TOUX INFANTILES

DERNIÈRES NOUVELLES

Electro-radiologistes des hôpitaux de Paris.

Un concours pour la nomination à trois places d'électro-radiologiste des hôpitaux de Paris aura lieu le vendredi 8 novembre 1946. Inscriptions 3, avenue Victoria, à Paris, du 17 au 28 octobre.

Faculté de Médecine de Paris.

Par arrêté en date du 27 août 1946, sont admis à faire valoir leurs droits à la retraite : M. Baudouin, professeur (à compter du 13 septembre 1946) ; M. Bouvière, professeur (à compter du 23 décembre 1946 ; M. Lemierre, professeur (à compter du 30 juillet 1946).

(*J. O.* du 30 aout 1946).

Inspection de la Santé.

Par arrêté en date du 24 août 1946, sont nommés sur titres, médecins inspecteurs de la Santé stagiaires :

Mlle le Dr Hubert (Haute-Savoie) ; M. le Dr Schahl (Bas-Rhin) ; Mme le Dr Weill-Raynal (Oise)

Par arrêté en date du 13 août 1946, est nommée sur titres, médecin inspecteur de la Santé stagiaire ; Mme le Dr Toye, médecin inspecteur adjoint intérimaire de la Santé, des Alpes-Maritimes.

Dispensaires antituberculeux des Ardennes.

Un concours sur titres est ouvert pour le recrutement d'un médecin chef.

S'adresser à la Direction départementale de la Santé, 1, avenue Aristide-Briand, à Mézières.

Plusieurs postes de médecins examinateurs scolaires

à temps plein sont vacants dans les départements de la Côte-d'Or, de l'Aube et de la Nièvre.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le Dr Pierrot, médecin inspecteur régional de l'Hygiène scolaire et universitaire, 20, rue Chabot-Charmy, à Dijon.

Journées médicales d'Angers.

Sous l'égide de l'Ecole de Médecine d'Angers, des journées médicales auront lieu dans cette ville, les 2, 9 et 13 octobre 1946.

1° Les 2 et 9 octobre : dans la matinée, démonstrations de techniques nouvelles dans les services de l'Hôtel-Dieu ; l'après-midi : conférences et mises au point sur des sujets de pratique médicale.

2° Le dimanche 13 octobre, séance comportant trois conférences faites par MM. les Pres Harvier et Tzanck, de Paris ; et Santy, de Lyon.

Une exposition des grandes firmes de spécialités pharmaceutiques et des constructeurs et marchands d'instruments médicaux, sera organisée dans les locaux de l'Ecole de Médecine.

Le soir un banquet réunira les assistants, et sera suivi d'une représentation théâtrale.

XXVIe Congrès d'Hygiène (*Institut Pasteur*, 21 *octobre* 1946).

Le Congrès annuel d'Hygiène aura lieu au Grand Amphithéâtre de l'Institut Pasteur, sous la présidence de M. le Dr Dujarric de la Rivière, sous-directeur de l'Institut Pasteur, membre de l'Académie de Médecine. Le Congrès sera ouvert par M. le Ministre de la Santé Publique, le *lundi* 21 *octobre* 1946 *à* 9 h. 30. (La durée des travaux sera définitivement fixée le 1er octobre.) Les questions inscrites à l'ordre du jour sont :

A. *L'hygiène de l'habitation* : *a*) L'hygiène dans les constructions en général ; *b*) l'hygiène dans

Oui, les sulfamides font des prodiges...
Oui, la penicilline fait des miracles...

... cependant le vieux

NÉOL

a conservé ses modestes mais classiques propriétés

en **gargarismes** dans les angines
en **lavages** dans les affections et les ulcérations bucco-pharyngées

LABORATOIRES BOTTU
115, Rue Notre-Dame-des-Champs, PARIS VIe



CHLORO-CALCION

la construction et le fonctionnement des hôpitaux. (Conceptions françaises et étrangères.)

B. *Les méthodes de séro-réaction dans le diagnostic de la syphilis* : leurs techniques, leurs valeurs respectives.

Pour permettre la rédaction, en temps utile, des rapports généraux, les textes des communications devront être adressés au Secrétaire Général de la Société (1, avenue Victoria, Paris, 4e), *au plus tard le 1er octobre*. Par décision du Conseil d'Administration de la Société :

1° Les communications ne devront pas avoir plus de cinq pages et leur exposé ne pourra durer plus de dix minutes ;

2° Les manuscrits devront être soumis avant le Congrès, à l'approbation du Conseil d'Administration de la Société ;

3° Le texte devra être dactylographié *ne varietur*. Un résumé (10 à 15 lignes), en 30 exemplaires, destiné à la Presse, devra être joint à ce texte.

Comité de Coordination des Conseils Départementaux et Comité Intersyndical de la Région Parisienne.

Comité Intersyndical de la Région Parisienne.

MODÈLE DE CONVENTIONS CAISSES-MAISONS DE SANTÉ PRIVÉES. — Un arrêté du 25 juin 1946 du ministre du Travail et de la Sécurité Sociale fixe le modèle de convention à intervenir entre les Caisses régionales de sécurité sociale et les maisons de santé privées.

Cet arrêté stipule que le « prix de journée ne comprend pas les honoraires des praticiens ; ces honoraires sont payés directement par les malades aux praticiens ». Toute question relative aux honoraires figure dans les conventions à intervenir entre les Caisses régionales de sécurité et les syndicats de praticiens. Dans le même ordre d'idées, il est précisé que les transfusions, les radioscopies et radiographies, les examens de laboratoire et les appareils orthopédiques « font l'objet de notes distinctes établies par chaque praticien ou fournisseur ».

En ce qui concerne les frais d'hospitalisation proprement dits, il est prévu dans les maisons de santé de chirurgie un tarif de responsabilité pour le prix de journée, pour le forfait de salle d'opération et de fourniture, et éventuellement pour un supplément journalier en cas d'opération salissante ou pour les fournitures ou objets de pansements exclus de la liste annexée à la convention. Au modèle de convention est annexé un barème du nombre de journées d'hospitalisation pour les diverses interventions.

Dans les maisons d'accouchement il est prévu un séjour de 12 jours.

A noter que le tarif de responsabilité de la Caisse pour les frais d'hospitalisation dans les maisons de santé privées « ne pourra être supérieur au tarif le plus bas de l'établissement considéré, ni au tarif de l'établissement public de même nature le plus proche ».

MODÈLE DE CONVENTIONS CAISSES-SANATORIUMS PRIVÉS. — Un arrêté du 28 juillet 1936 du ministre du Travail et de la Sécurité sociale fixe le modèle de convention à intervenir entre les Caisses de sécurité sociale

Le Concours Médical
Hebdomadaire fondé en 1879 par A. Cézilly
Directeur honoraire : Docteur J. Noir
Directeur : Dr G. Lavalée.
Rédacteur en Chef : Dr G. Fischer.
Rédaction, Administration et Publicité
37, rue de Bellefond, Paris (9e).
Téléphone : TRU 33-66. R. C. Seine 76.579.
Chèques postaux, Paris 167-95.
Abonnements (à compter du 1er octobre 1946) :
1 an, 400 francs - Etudiants, 200 fr. Le N° 15 fr. Changement d'adresse, 5 francs.

RECTOCALCIUM
CALCITHÉRAPIE INTENSIVE PAR VOIE RECTALE
SUPPOSITOIRES ADULTES
1 gr. de gluconate de chaux
SUPPOSITOIRES ENFANTS
0gr.50 de gluconate de chaux
Toutes les indications du Calcium
Tolérance et assimilation parfaites
Aucun des inconvénients de la Voie parentérale
LABORATOIRE ROGER BELLON
LOUIS FERRAND
Ex-interne, lauréat des Hôpitaux de Paris
PHARMACIEN-GÉRANT
(GAMBÉOL, ACTIPHOS, HÉMOPTYLORE n° 3, GLOBIRON)
78bis, Avenue Marceau - PARIS (8e)

SPASMOSÉDINE
sédatif et antispasmodique cardio-vasculaire
LABORATOIRES DEGLAUDE
15, Bd Pasteur - PARIS-XVe

LES
Gouttes B.O.P
(synergie du bouleau et de l'olivier dans l'hypertension artérielle)
AGISSENT LENTEMENT
MAIS NE DÉÇOIVENT JAMAIS.
PROCHAM
LABORATOIRES PROCHAM. 5 rue d'ALEMBERT - ISSY (SEINE)

et les sanatoriums privés (ou préventoriums ou aériums privés).

L'article D de ce modèle de convention nous a seul paru mériter d'être ici reproduit intégralement :

« Article D. — Frais d'hospitalisation.

« Préalablement à l'admission, l'établissement fera connaître au bénéficiaire ou à sa famille son règlement intérieur, et notamment le prix de journée d'hospitalisation fixé par le préfet dans les conditions de l'article 16 de l'ordonnance du 31 octobre 1945.

« La Caisse paie directement à l'établissement la part qui lui incombe.

« Le tarif de responsabilité est fixé à francs.

« Les interventions chirurgicales pratiquées dans l'établissement par des chirurgiens non attachés à l'établissement et les interventions chirurgicales étrangères à l'état de tuberculeux, donnent lieu à un remboursement d'honoraires non compris dans ce tarif de responsabilité. »

Une note explicative ajoute que cette dernière disposition doit être supprimée dans la convention quand le prix de journée comprend les honoraires afférents à toutes les interventions chirurgicales motivées par l'affection tuberculeuse ».

Cet article D du modèle de convention, qui laisse supposer que sauf exception les honoraires ne sont pas comptés à part, mais sont au contraire bloqués avec les frais d'hospitalisation, va certainement susciter des protestations de la part de certains médecins de sanatoriums privés. Il est à présumer que d'assez nombreux sanatoriums privés n'accepteront pas de passer des conventions sur ces bases, qui d'ailleurs paraissent en contradiction avec les dispositions de l'article 16 de l'ordonnance du 31 octobre 1945.

MODÈLE DE CONVENTIONS, CAISSES-HOPITAUX PRIVÉS. — Un arrêté du 25 juin 1946 du ministre du Travail et de la Sécurité Sociale fixe le modèle de convention à intervenir entre les Caisses régionales de Sécurité sociale et les hôpitaux privés (à but non lucratif).

Ce modèle de convention diffère peu de celui des maisons de santé privées.

Le tarif de responsabilité pour la journée d'hospitalisation qui ne peut être « supérieur au tarif le plus bas de l'établissement considéré, ni au tarif de l'établissement public de même nature le plus proche », ne comprend pas les honoraires médicaux. Il n'est pas précisé dans le modèle de convention si ces honoraires devront faire l'objet de dispositions particulières dans la convention à intervenir entre la Caisse régionale et le syndicat médical départemental ou bien plutôt si, étant donné la rédaction de l'article 11 de l'ordonnance du 19 octobre 1945, il n'y a pas lieu pour la Caisse régionale de conclure une convention spéciale pour chaque établissement « avec les syndicats de praticiens ».

COMMISSION DE RECLASSEMENT ET CAISSE DE SOLIDARITÉ DU CORPS MÉDICAL. — En exécution de l'ordonnance du 2 novembre 1945 relative à la création de Commissions de reclassement et de Caisses de solidarité dans les professions libérales, les ministres des anciens combattants, des finances et de la santé publique viennent de prendre le 10 août 1946 un arrêté approuvant les statuts de la Commission de reclassement et de la Caisse de solidarité établis par le Conseil national de l'Ordre des médecins en date du 4 mars 1946 (*J. O.* du 25 août 1946).

On sait que la cotisation à ces deux organismes que doit verser chaque médecin inscrit au tableau s'élève pour cette année à 250 francs, inclus dans la cotisation globale à l'Ordre des médecins.

A PROPOS DE NOS ORDONNANCES. (*Réponse Ministérielle*)

379. — Monsieur Noël Barrot demande à Monsieur le Ministre du Travail et de la Sécurité sociale : 1° Si les Caisses d'Assurances sociales (maladie) ont le droit de conserver les Ordonnances et, dans l'affirmative, combien de temps ; 2° Dans l'hypothèse où elles les conserveraient définitivement, de

ARHEMAPECTINE
GALLIER
Prévient et arrête les HEMORRAGIES de toute nature
Laboratoire R. GALLIER, 1 *bis*, Place du Président-Mithouard, PARIS (7e)

ANÉMIES - ANOREXIE - AMAIGRISSEMENT
SURMENAGE INTELLECTUEL ET PHYSIQUE
CARENCES MARTIALE ET CALCIQUE
CONVALESCENCE
FERVALÈNE
Comprimés dragéifiés
Calcium et Fer assimilables + Kola
MODE D'EMPLOI
Adultes : 2 comp. avant chaque repas 2 à 3 fois par jour
Enfants : 1 comp. avant chaque repas 2 à 3 fois par jour

INSUFFISANCE RÉNALE - NÉPHRYTES - AZOTÉMIE
ALBUMINURIES - HYPERTENSION - ŒDÈMES
MANIFESTATIONS ANAPHYLACTIQUES
ÉPANCHEMENTS SÉREUX
MALADIES INFECTIEUSES - DÉMINÉRALISATION
NÉPHRALBINE
Cachets et comprimés
MODE D'EMPLOI | Adultes : 3 à 6 par jour
Enfants : 1 à 3 par jour
La NÉPHRALBINE est, dans la plupart des cas, supérieure à la théobromine
LABORATOIRE ROBERT FAURE, 2, rue Carnot, MELUN (S.-et-M.)

quelle façon le malade peut suivre rigoureusement un traitement long nécessitant une nouvelle présentation de l'ordonnance pour obtenir du pharmacien un renouvellement de médicaments (Question du 19 juillet 1946). — *Réponse :* La convention type entre Caisses régionales de sécurité sociale et Syndicats des Médecins annexée à l'arrêté du 3 janvier 1946 prévoit d'une part, que l'Ordonnance est la propriété du malade, et que celui-ci peut en demander à la Caisse la restitution ou la copie et, d'autre part, que le médecin ne peut prescrire qu'un ou deux renouvellements, sauf cas particuliers nécessitant un traitement prolongé et spécifié sur l'Ordonnance. (*J. O.* Débats parlementaires 23 Août 1946).

PROJET DE LOI RELATIF A L'ORGANISATION DES SERVICES MÉDICAUX DU TRAVAIL. — Pour remplacer la loi du 28 juillet 1942 sur l'organisation de la médecine du travail toujours en vigueur, le Gouvernement vient d'établir un projet de loi actuellement soumis à la Commission du travail de l'Assemblée nationale constituante. Cette Commission a déjà examiné le projet et désigné le Dr Segelle pour le rapporter favorablement devant l'Assemblée.

Le projet de loi gouvernemental, plus court et moins détaillé que la loi actuelle, s'en tient aux généralités et laisse à des décrets pris sur le rapport du ministre du Travail et du ministre de la Santé le soin de déterminer « les conditions d'organisation et de fonctionnement des services médicaux du travail ».

Toutefois certaines dispositions du projet de ce décret nous ont paru nécessiter des modifications, telles par exemple celles ayant trait à la « révocation » des médecins du travail et à l'intervention — non prévue par le décret — des conseils de l'Ordre des médecins dans les rapports du médecin du travail avec les employeurs et les Comités d'entreprises. Nous avons tout lieu de penser que la Confédération des Syndicats médicaux et le Conseil national de l'Ordre, chacun en ce qui le concerne, sont intervenus auprès des ministres et du rapporteur dans le but de faire modifier le projet de décret dans le sens désiré par le Corps médical.

A noter qu'en ce qui concerne la dispense des soins par les médecins du Travail, le projet de décret est plus explicite et plus restrictif que ne l'est la loi du 28 juillet 1942. Tandis que la loi du 28 juillet 1942 prévoit que les médecins du Travail « peuvent, au siège du service médical, donner leurs soins aux salariés atteints d'affections qui n'entraînent pas la cessation du travail », le projet de décret, dans son article 14, s'exprime ainsi :

« Au siège du service médical, le médecin du travail peut donner des soins aux salariés atteints d'accidents ou de maladies professionnelles donnant lieu à déclaration obligatoire, lorsque ceux-ci n'entraînent pas la cessation du travail.

« En aucun cas, le libre choix des salariés ne doit être entravé.

« Il peut occasionnellement assurer certains soins prescrits par le médecin traitant en accord avec lui et exceptionnellement délivrer une ordonnance pour une affection médicale, bénigne.

« Dans ce cas la feuille d'Assurances Sociales, qui ne pourra être signée qu'une fois, portera la mention « consultation exceptionnelle donnée à titre gratuit ».

« En cas de maladie professionnelle entraînant un arrêt de travail, le médecin du travail assurera la liaison avec le médecin traitant, à titre d'information, et peut être appelé par lui, en consultation au domicile du malade. »

ALLOCATIONS FAMILIALES MÉDICALES. — Un arrêté du 2 août 1946 (*J. O.* du 3 août 1946) fixe le montant de la cotisation des allocations familiales due chaque trimestre par les travailleurs indépendants, par conséquent par les médecins praticiens.

Cette cotisation est fixée pour les professions ne bénéficiant pas de la contribution nationale de l'Etat (c'est le cas de la profession médicale, décret du 8 avril 1941) à 10 % du salaire moyen départe-

DÉSÉQUILIBRE NEURO-VÉGÉTATIF
SÉRÉNOL
RÉGULATEUR DES TROUBLES D'HYPERTONICITÉ NERVEUSE
ÉTATS ANXIEUX-ÉMOTIVITÉ-INSOMNIES
DYSPEPSIES NERVEUSES
SYNDROME SOLAIRE - PALPITATIONS
DOSES Moyennes par 24 Heures
1 à 3 gouttes à café
ou 2 à 5 comprimés
ou 1 à 3 suppositoires
3 FORMES LIQUIDE COMPRIMÉS SUPPOSITOIRES
LABORATOIRES LOBICA
25, RUE JASMIN-PARIS (16e)



AU COURS DES MALADIES INFECTIEUSES
PRESSYL
SOUTIENT LE CŒUR ET LA PRESSION
(UNE INJECTION SOUS-CUTANÉE MATIN ET SOIR)
LABORATOIRES LEMATTE ET BOINOT
52, RUE LA BRUYÈRE, PARIS

mental. Or, nous savons que le salaire moyen départemental a été fixé pour la Seine, à partir du 1er juillet 1946, à 5.650 francs (décret du 6 août 1946, *J. O.* du 9 août 1946). En conséquence les médecins de la Seine auront à payer par trimestre la somme de 1.700 francs, chiffre indiqué d'ailleurs dans le *Journal Officiel* du 4 août 1946 (arrêté du 2 août 1946).

En ce qui concerne les départements de Seine-et-Oise et Seine-et-Marne, chacun de ces départements est divisé en trois zones, chaque zone ayant un salaire moyen départemental différent des autres.

Compte tenu de ces salaires, voici les chiffres des cotisations trimestrielles qu'auront à acquitter les médecins de ces départements :

	S.-et-O.	S.-et-M.
1re zone....	1.700	1.430
2e zone....	1.430	1.200
3e zone....	1.200	1.250

Pour l'instant, les médecins de la région parisienne continueront à avoir affaire à la Caisse Médicale du 66, Chaussée-d'Antin, dont la gestion passera au Conseil d'Administration de la Caisse d'Allocations de la Région parisienne, dès que celle-ci aura définitivement constituée. (*Communiqué.*)

Naissances.

Nous apprenons la naissance de :

André-Jean-Claude Bennes, fils du Dr Bennes, de Mulhouse ; Jean-Philippe-Pierre Courtois, fils du Dr Courtois, de St-Maixent ; Michel Catherine, quatrième enfant du Dr Catherine, de Matignon (C.-du-N.).

Mariages.

On nous prie d'anoncer le mariage de :

Mlle Madeleine Gérance, avec le Dr Jacques Sévérac (Prades) ;

Mlle Edith Jeanne, externe des hôpitaux de Paris, fille du Dr Henry Jeanne, chirurgien des hospices, conseiller général et maire de Bayeux, avec M. Jean Betins, pharmacien ;

M. Georges Béra avec Mlle Andrée Lubrez, et de M. Michel Béra avec Mlle Renée Lubrez, tous deux fils du Dr Albert Béra, de Mortagne-du-Nord.

A L'OFFICIEL

ALLOCATIONS FAMILIALES

Arrêté du 10 septembre 1946. Taux de la cotisation des allocations familiales des employeurs et travailleurs indépendants.

Article premier. — Les taux de 10 %, 7 % et 4 % figurant aux articles 2 et 3 de l'arrêté du 2 août 1946 fixant le taux de la cotisation des allocations familiales due par les employeurs pour leur propre compte et les diverses catégories de travailleurs indépendants sont respectivement remplacés par les taux de 12,5 % (employeurs et travailleurs indépendant catégorie A), 8,75 % (travailleurs indépendants catégorie B), et 5 % (travailleurs indépendants catégorie C).

(*J. O.*, 14 *septembre* 1946.)

ORDRE DES MEDECINS

Arrêté du 14 août 1946 sur la composition du Conseil National de l'Ordre des Médecins.

Article unique. — M. le Docteur Douady, directeur de l'hygiène scolaire et universitaire, est désigné pour représenter le ministre de l'Education Nationale au Conseil National de l'Ordre des Médecins.

(*J. O.*, 12 *septembre* 1946.)



APSORA

POMMADE

★

GALE

PSORIASIS

★

LABORATOIRES DU DOCTEUR F. DEBAT - 60 RUE DE MONCEAU - PARIS 8e

FRANCALCIUM

ACETYLGLYCOCOLLATE DE CALCIUM



AMPOULES INJECTABLES I-V ET I-M

COMPRIMÉS

SOLUTION BUVABLE

LABORATOIRES DU MYORAL

3, RUE S'-ROCH, PARIS

PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE

Arrêté du 7 septembre 1946. Médecins consultants régionaux de pédiatrie.

Article premier. — M. le Docteur BERNHEIM, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Lyon, est nommé médecin consultant régional de pédiatrie pour la région de Dijon

(*J. O.*, 11 *septembre* 1946.)

Arrêté du 14 septembre 1946. Certificat d'examen médical avant mariage.

Article premier. — Le modèle du certificat d'examen médical avant mariage annexé à l'arrêté du 15 avril 1946 susvisé, est modifié conformément au modèle annexé du présent arrêté.

Modèle

du certificat d'examen médical avant mariage

Je soussigné docteur en médecine .....
certifie avoir examiné en vue du mariage :
Mademoiselle..... Madame..... Monsieur.....

Avant de délivrer le présent certificat, je déclare avoir pris connaissance des résultats des examens :

1° Radioscopique ou radiographique (1) effectué par le dispensaire public de ..... (2)
ou par le docteur ..... (3)
médecin agréé à cet effet.

2° Sérologique effectué par le laboratoire agréé de ..... (2)
et avoir fait part à l'intéressé de mes constatations.

A ....., le .....

(1) Rayer la mention inutile.
(2) Indiquer le dispensaire ou le laboratoire.
(3) Indiquer le nom du médecin.

(*J. O.*, 15 septembre 1946.)

SECURITE SOCIALE.

Loi du 13 septembre 1946 fixant la date d'application de la loi du 22 mai 1946 sur la généralisation de la sécurité sociale.

Article premier. — Les dispositions de la loi N° 46-1146 du 22 mai 1946 portant généralisation de la sécurité sociale sont, en ce qui concerne l'assurance-vieillesse, mises en vigueur, à compter du 1er janvier 1947, pour la perception des cotisations, et du 1er avril 1947, pour l'ouverture du droit à prestations.

Art. 2. — A titre transitoire et jusqu'au 1er avril 1947, les personnes auxquelles l'article 15 de la loi du 22 mai 1946 ouvre droit à l'allocation aux vieux pourront recevoir, à compter du 1er septembre 1946, une allocation temporaire dont le montant est fixé à 700 fr. par mois.

Les personnes âgées de plus de 60 ans et reconnues inaptes au travail dans les conditions prévues par l'ordonnance du 2 février 1945 peuvent obtenir les prestations de la présente loi dans les mêmes conditions que les personnes âgées de plus de 65 ans.

L'allocation provisoire n'est due que si le total de cette allocation et des ressources personnelles de l'intéressé, de quelque nature qu'elles soient, n'excède pas 45.000 fr. par an ou, dans le cas où le requérant est marié, si le total des allocations et des ressources des conjoints n'excède pas 60.000 francs par an.

L'allocation temporaire est prise en charge par l'Etat. Elle est payable sans ordonnancement préalable, et en deux fractions, dans les conditions qui seront fixées par arrêté du ministre des Finances et du ministre du Travail et de la sécurité sociale. La première fraction se rapportera à la période du 1er septembre 1946 au 30 novembre 1946. La deuxième, à la période du 1er décembre 1946 au 31 mars 1947. Le droit à chaque fraction est ouvert

Vitamine B2
(Lactoflavine)
BÉFLAVINE
"ROCHE"
Ophtalmologie, Peau et muqueuses
Gastro-entérologie
Troubles de croissance du nourrisson
PAR VOIE BUCCALE : DRAGÉES DOSÉES A 3 MILLIG. 2 A 6 PAR JOUR
PAR VOIE INTRAMUSCULAIRE AMPOULES DE 2 CM3 DOSÉES A 10 MILLIG. UNE PAR JOUR
Produits "ROCHE" 10 rue Crillon, PARIS 4e

OXYURYL
VIOLET DE GENTIANE
Laboratoires A. MARIANI, 10, rue de Châtillon, NEUILLY - PARIS

aux personnes visées aux deux premiers alinéas du présent article et ayant atteint l'âge requis avant le premier jour de la période correspondante.

Art. 3. — Par dérogation aux dispositions de la loi du 14 juillet 1905, l'allocation temporaire servie en vertu de l'article 2 de la présente loi peut se cumuler avec les allocations d'assistance aux vieillards, infirmes et incurables dans les mêmes conditions que les ressources provenant de l'épargne.

L'allocation temporaire se substitue aux secours viagers, allocations de réversion et avantages accessoires institués par l'ordonnance du 2 février 1945, modifiée par la loi N° 46-1 du 3 janvier 1946, lorsque le montant total desdits secours, allocations et avantages accessoires est inférieur au montant de l'allocation temporaire instituée par la présente loi.

Art. 4. — Les contestations auxquelles peut donner lieu l'application du présent titre sont portées devant les juridictions compétentes en matière d'assurances sociales.

.....

Art. 5. — Pour pouvoir bénéficier des dispositions du présent titre, les intéressés devront, sous peine de déchéance, produire la justification de leurs droits avant le 1er décembre 1947.

Les pièces relatives à l'application de la présente loi sont délivrées gratuitement et dispensées des droits de timbre et d'enregistrement, à la condition de s'y référer expressément.

Les fausses déclarations souscrites en vue de bénéficier des allocations temporaires sont passibles des peines prévues à l'article 408 du code pénal.

Art. 6. — Un décret pris sur le rapport du ministre du Travail et de la Sécurité sociale, du ministre des Finances et du ministre de la Santé Publique déterminera les conditions d'application du présent titre.

.....

TITRE IV. — *Relèvement des allocations d'assistance aux vieillards*

Art. 13. — Le troisième paragraphe de l'article 20 de la loi du 14 juillet 1905 fixant le taux de l'allocation à domicile, est modifié ainsi qu'il suit :

« Il ne peut être inférieur à 550 francs ni supérieur à 700 francs par mois. »

Art. 14. — Le cinquième paragraphe dudit article 20 est ainsi modifié :

« Au cas où la personne admise à l'assistance dispose de certaines ressources, la quotité de l'allocation est diminuée du montant de ces ressources. Toutefois, celles qui proviennent, soit des pensions alimentaires versées par les enfants en vertu de l'article 205 du code civil, soit de la retraite du combattant, soit d'une pension d'ascendant allouée au titre des lois des 31 mars et 24 juin 1919, soit de l'épargne et notamment d'une pension de retraite que s'est acquise l'ayant droit ou son conjoint, soit d'une pension de vieillesse ou d'invalidité, soit de l'allocation temporaire instituée par le titre Ier de la présente loi, mais à l'exclusion de l'allocation aux vieux travailleurs salariés et de l'allocation aux vieux, soit du travail de l'intéressé lorsqu'il a dépassé l'âge de 65 ans, n'entrent pas en décompte pour la partie qui n'excède pas 800 francs. Cette quotité est élevée de 800 à 2.400 francs pour les ayants droit justifiant qu'ils ont élevé au moins trois enfants jusqu'à l'âge de 16 ans. Dans le cas où lesdites ressources dépassent ces chiffres, l'excédent n'entre en compte que jusqu'à concurrence de moitié. »

Art. 15. — Le troisième paragraphe de l'article 20 bis de la loi du 14 juillet 1905 est ainsi modifié :

« Toutefois, entre entièrement en compte la portion excédant le double de l'allocation principale majorée de 2.400 francs ou de 800 francs, suivant que l'intéressé a ou non élevé trois enfants jusqu'à l'âge de 16 ans. »

.....

(*J. O.*, 14 septembre 1946.)

STAPHYLASE
ACNÉ, ANTHRAX
FURONCULOSE
MYCOLYSINE
MALADIES INFECTIEUSES
GERMOSE
TOUX SPASMODIQUES
COQUELUCHE
VEINOSINE
AFFECTIONS VEINEUSES
LABORATOIRES LEBEAULT
BESINS & Cie
5, Rue Bourg-l'Abbé, PARIS - Tur. : 69-50

HEMOPYLORE 3
AMPOULES BUVABLES DE 5CC ET 2CC
la 1ère Combinaison des méthodes de WHIPPLE, CASTLE & WILLS
Anémies Anorexie
LABORATOIRE ROGER BELLON
LOUIS FERRAND
(GAMBÉOL, RECTOCALCIUM, ACTIPHOS, GLOBIRON)
78bis, Avenue Marceau - PARIS (8e)

PARTIE SCIENTIFIQUE

DIFFICULTÉS DU DÉPISTAGE PRÉCOCE DU CANCER ENDO-CERVICAL

par le Professeur E. MÉRIEL (Toulouse)

LE dépistage précoce du cancer du col utérin, si nécessaire au succès de la thérapeutique rencontre parfois des difficultés qui ne tiennent pas toujours à des examens tardifs de malades insouciantes ou mal conseillées, mais aussi à certaines localisations inapparentes. Ces formes cachées, abritées, échappent, de ce fait à une investigation rapide et non avertie. C'est le cas de cette forme longtemps cachée du cancer dans l'intérieur du canal endo-cervical, entre l'isthme utérin et l'orifice externe du col. On comprend aisément que ce cancer endo-cervical puisse demeurer pendant une certaine période à l'abri de nos moyens ordinaires d'exploration (toucher, spéculum), tandis que le cancer développé sur le versant vaginal du col soit plus facilement reconnaissable. Aussi cette disparité de manifestation objective doit-elle attirer plus spécialement l'attention du gynécologue et l'inciter de plus en plus à rechercher des signes d'alerte et des moyens d'exploration propres à surprendre dans son gîte cavitaire une néoplasie débutante. Rappelons-nous en effet que durant cette période latente, l'apparition des signes fonctionnels est relativement tardive ; les signes physiques également ne deviendront appréciables qu'au moment où le cancer, franchissant l'orifice du col, mettra " le nez à la fenêtre " (Huguenin). A ce moment, ces lésions qui semblent superficielles sont, en réalité, plus étendues en surface et en profondeur, dans le canal cervival, et il est évident que le pronostic doive s'en ressentir.

L'aspect microscopique de ce canal cervical explique sa possibilité de dissimuler, pendant une période peut-être assez longue, un néoplasme débutant. Cette cavité qui mesure 25 mm. environ jusqu'à l'isthme, présente deux axes verticaux d'où partent à droite et à gauche une série de plis palmés, obliquement ascendants, curvilignes et ramifiés. Il en résulte que les parois du canal, au lieu de s'adosser, s'emboîtent d'autant plus exactement qu'on se rapproche de l'orifice interne (Rieffel). On comprend dès lors que ces sinuosités palmées puissent abriter pendant quelque temps une néoplasie à son début. Il suit de là qu'on devra trouver un moyen de déplisser ces palmures de l'arbre de vie pour y déceler une tumeur qu'elles cachaient soigneusement jusque là. Ce sera le but de l'hystéroscopie et l'hystérographie dont nous parlerons plus loin.

De plus, pendant cette période latente, les cellules néoplasiques gagnent facilement les lymphatiques des paramètres, dont l'envahissement peut nous être révélé au toucher par l'induration des culs-de-sac vaginaux. Reconnaître un cancer cervical devant être, en effet, dit Forgue, la " préoccupation constante du clinicien ", il faut savoir que cette phase, intra-canalaire s'observe dans 1/3 des cas (Cl. Béclère, Mocquot et Palmer, Douay). Cette proportion semble même devoir être plus élevée si l'on songe aux difficultés de diagnostic de cette forme dissimulée, qui ne s'extériorise que plus tard sous l'aspect caractéristique de l'ulcération. A ce stade, le spéculum montre une augmentation de volume du col, parfois plus rouge, tomenteux " un peu framboesiforme " (Huguenin) traduisant au dehors une infiltration en masse, transpariétale, d'origine endo-cervicale.

Dans d'autres cas, le spéculum permet de voir une petite érosion du museau de tanche, c'est lorsque l'épithélioma qui est descendu le long du canal cervical, est venu " mettre le nez à la fenêtre ". Cet épithélioma détermine une ulcération en collerette autour du museau de tanche, c'est la forme liminaire de Pozzi. Enfin on peut observer de petites végétations minuscules d'une lèvre, qui sont la manifestation extérieure d'un " cheminement transversal " (Huguenin).

D'autres fois enfin, c'est une érosion végétante et creusante, c'est l'aspect de l'origine exo-cervicale de l'épithélioma, étage secondaire de l'évolution, pour laquelle on ne saurait plus parler de diagnostic précoce. Or c'est précisément à sa phase endo-canalaire qu'il faut arriver, tant par les signes fonctionnels qu'objectifs, à ce dépistage.

En avons-nous véritablement les moyens ?

Le premier signal d'alerte, qu'il faut savoir écouter, est **l'hémorragie.** Elle se présente comme une prolongation de pertes rouges après les règles, sous formes de petites pertes sanguinolentes. Au lieu de cette hémorragie, on peut dans d'autres cas, observer une véritable hémorragie, assez abondante, en dehors de la menstruation. Les traumatismes sexuels ou par canule vaginale sont souvent invoqués. Quoi qu'il en soit, une première difficulté surgit dans la distinction de ces saignements d'avec les hémorragies endométrales, les hémorragies d'un fibrome ou d'origine endocrinienne. Ces dernières sont en effet malaisées à différencier, attendu que les saignements du cancer endo-cervical apparaissant dans la période congestive pré-menstruelle, peuvent faire croire à une hémorragie normale.

Ainsi, mieux que l'interrogatoire, l'exploration physique fournira-t-elle de meilleures armes pour arriver au dépistage précoce.

Quand le cancer endo-cervical est à son début, le col ne présente au toucher et au spéculum aucune modification appréciable. Or, c'est cette intégrité même, alors que les pertes de sang présentent la modalité spéciale de celles du cancer qui doit, disent Bégouin et Papin, faire songer à son siège endo-cervical et le faire rechercher.

Le toucher montre en effet un col augmenté de volume, comme " soufflé ", dans sa partie haute, correspondant à la forme infiltrée. Si le toucher, d'autre part, révèle un élargissement

du col avec effacement d'un des culs-de-sac, cela signifie que le paramètre correspondant est infiltré.

Si le cancer est bas situé dans le canal cervical, la pulpe du doigt, s'enfonçant dans l'orifice externe entr'ouvert, pourra parfois sentir ou faire soupçonner son induration. Si le doigt ne perçoit rien, on introduira l'hystéromètre qui, promené délicatement sur les parois du canal, peut provoquer un saignement, plus abondant que celui d'une endométrite ou d'un polype, et parfois même quelques débris néoplasiques peuvent être entraînés avec le sang. Ces constatations fournissent déjà une grande probabilité dans le diagnostic, qu'une biopsie consécutive viendra confirmer.

En plus de ces premières données, il faut demander une plus grande certitude aux explorations intra-cervicales par **l'hystéroscopie, l'hystérographie** et enfin le **curettage biopsiq ue.**

L'hystéroscopie, à l'aide de la loupe binoculaire du colposcope d'Hinselmann qui grossit 10 à 40 fois l'aspect des lésions, peut bien nous permettre de voir des modifications de la muqueuse de la surface vaginale du col, mais ne nous donnera des renseignements sur les lésions intra-canalaires qu'après dilatation préalable (1). Toutefois, Palmer a proposé d'améliorer cette hystéroscopie en employant un tube de verre à bout conoïde de 8 mm. rempli d'eau stérile ; il en aurait obtenu des résultats satisfaisants dans les deux tiers des cas (Thèse de Parkon, Paris 1943).

Une variante de ce procédé est l'hystéroscopie sous l'eau. Grâce à l'hystéroscopie de Segond (Camberlière, 1945) Palmer a pu diagnostiquer deux cas endo-cervicaux au début, vérifiés par une biopsie consécutive.

Ceci montre que l'hystéroscopie, mérite d'être retenue ; elle est en outre une méthode peu douloureuse et ambulatoire, et permet enfin " de localiser, puis de diriger la biopsie " (Palmer).

Par contre, nous ne parlerons pas du test au lugol de Lahm-Schiller, qui n'est utilisable que pour des lésions de la surface vaginale, les lésions endo-cervicales, lui échappent entièrement.

En définitive, il ne reste que l'hystérographie et la biopsie pour nous donner une certaine certitude de diagnostic précoce.

Mocquot et Palmer, qui se sont particulièrement attachés à l'exploration radiologique du cancer endo-cervical, commencent habituellement par une hystérographie du corps utérin au lipiodol à 20 %. L'injection intra-corporéale est poussée très lentement pour éviter le reflux vers les trompes : puis grâce à un contrôle manométrique, on arrête l'injection dès que la pression commence à s'élever au-dessus du tonus utérin. On obtient de la sorte de bonnes images de la cavité du corps, mais la cavité cervicale habituellement n'est pas injectée. Pour avoir l'image de celle-ci, disent-ils, il faut développer dans l'ensemble de l'utérus une pression élevée, de l'ordre de 15 cm. de mercure. Toutefois l'image, " sorte d'ombre chinoise " ne permet pas l'étude de lésions cervicales peu importantes, c'est pourquoi Musset, et Canal ont récemment proposé d'utiliser une pâte au ténébryl qui, injectée dans le col, aurait, en raison de sa viscosité, l'avantage de ne pas fuser aussitôt vers le corps utérin, puis vers les trompes. Pour ce faire, on injecte 1 à 1 cc. 1/2 de cette pâte, et avec la pause la plus courte possible, on prend un premier cliché ; on retire la canule, on prend un deuxième cliché où l'image cervicale n'est plus déformée par la canule. Mocquot et Palmer ont pu ainsi obtenir une image nette de la cavité cervicale saine ; ils avouent cependant n'avoir pu encore observer d'image de cancer au début. La viscosité de la pâte l'empêche-t-elle de pénétrer dans les anfractuosités des lésions pathologiques ? c'est bien possible ; en tout cas, le principe est logique, et de nouvelles recherches sont à faire dans cette voie, où, dans un proche avenir, on pourra obtenir les éléments de certitude que nous en attendons.

Il s'ensuit que jusqu'à cette heure, c'est au curetage biologique qu'il faut les demander. Nous rappelons que l'apparition des premières gouttes de sang est un signal d'alarme qu'il faut savoir non seulement écouter, mais mettre en pratique sans tarder. Provoqué par le moindre traumatisme local ou de voisinage, la moindre poussée congestive pelvienne déterminant des perturbations mécaniques ou vaso-motrices dans ces vaisseaux aux parois fragiles qui accompagnent la tumeur à son début, ce symptôme n'a en lui-même rien de spécifique, mais il prendra de la valeur s'il fait soupçonner l'existence d'un cancer. Sur 18 cas de cancers endo-cervicaux, Douay a observé 11 pavimentaux (3 lobulés) contre 7 cas des glandes cervicales (4 cylindriques, 2 térébrants, 1 carcinome) soit environ 60 % de pavimentaux pour 40 % de glandulaires. Douay en tire la conclusion importante au point de vue thérapeutique, que si l'opérabilité est douteuse et qu'on a affaire à un cancer pavimenteux, il lui paraît indiqué de recourir à la curiethérapie. Celle-ci est d'une efficacité plus certaine et plus durable sur les formes pavimenteuses que sur les formes cylindriques ou glandulaires. Or, la curiethérapie donnant parfois des accidents septiques, on améliorera sensiblement ses résultats thérapeutiques par le dépistage précoce, grâce à la biopsie systématique.

A l'aide de la curette spéciale de Cl. Béclère, on pourra, sans dilater l'orifice cervical externe pratiquer extemporanément un curettage biopsique intra-cervical " et surtout à l'entrée du canal cervical ". C'est seulement, conclut Béclère, la pratique systématique de ce curettage intra-cervical, qui permettra le dépistage précoce des cancers à début endo-cervical. A cette biopsie on pourra ajouter une biopsie superficielle avec la pince de J.-L. Faure sur le point de la surface du col ou de l'orifice cervical externe qui semble le plus suspect. C'est cette double biopsie exo et endo-cervicale qui seule permet, en présence de toute perte de sang anormale, d'améliorer grandement le dépistage précoce du cancer du col de l'utérus (Cl. Béclère), qui constitue, rappelons-le, un tiers des cas de cancers de l'utérus.

(1) Hinselmann utilise sous colposcopie le test de Lahm-Schiller, en conseillant de remplacer le lugol par la solution alcoolique de rhodamine:

HEUREUX ACCIDENT DU A UN ANTI-HISTAMINIQUE

par Le Docteur E. MENARD
Chargé de Cours Libre à l'Ecole de Médecine.
et Mlle G. VAN GROENENDAEL
Externe à l'Hôtel-Dieu d'Angers

Les anti-histaminiques de synthèse, aujourd'hui d'un emploi quotidien, connaissent d'indiscutables succès. Dans certains cas cependant ils se montrent inefficaces ; parfois enfin ils peuvent déclancher des accidents, bénins et passagers d'ordinaire. Ces faits sont connus (Revue Générale de Durel, observations de Coste, Boyer et leurs collaborateurs, de Decourt, de Ch. Flandin et Millot, de Nicolas et Gardère, etc...)

En voici un cas nouveau que nous pouvons résumer ainsi :

Une femme de 56 ans a eu en janvier 1943 un érysipèle qui fut traité par le Rubiazol et dont l'évolution fut toute banale. A la suite de cette affection, dit la malade, ou du moins après cette affection, dirons-nous, s'installèrent des lésions cutanées suintantes et prurigineuses rétro-auriculaires et sous-mammaires bilatérales. Les accidents n'ayant pas cédé aux diverses médications mises en œuvre, la patiente nous est confiée en avril 1943. A cette date, l'examen montre deux sortes de lésions cutanées :

a) Des efflorescences éparses de psoriasis qui vont disparaître rapidement sous l'influence du traitement ;

b) Un eczéma ou plus exactement un complexe des plis rétro-auriculaires et sous-mammaires.

Une simple thérapeutique locale triomphe sans peine des lésions thoraciques — par contre l'état ne s'améliore pas au niveau des oreilles. Les plus diverses médications générales (hyposulfite de soude, peptone, sulfamides, autohémothérapie auto-urothérapie, et bien d'autres) sont instituées sans plus de succès. Si nous voyons un sillon s'améliorer, une poussée plus intense éclate du côté opposé ; bref, il faut conclure qu'en mars 1945 (soit après 2 ans de traitement), les lésions rétro-auriculaires sont demeurées ce qu'elles étaient au premier jour. A ce moment la malade est traitée par l'Antergan — (4 prises de 0 gr. 10 par 24 heures seulement) — bonne tolérance digestive — mais la malade revient nous voir après 8 jours de traitement et nous apprend que depuis le troisième jour de cette nouvelle médication, elle a été prise d'un malaise général avec asthénie, frissons, courbature, — que la température oscille autour de 39° — et qu'à partir du quatrième jour une éruption généralisée est apparue en même temps qu'un œdème des paupières et de l'hyperémie conjonctivale. L'examen confirme les dires de l'intéressée et nous pouvons constater un érythème morbilliforme, purpurique, extrêmement intense. Examen somatique négatif, tension artérielle normale, ni sucre ni albumine dans l'urine, examen hématologique normal. Quant aux lésions cutanées, elles se sont considérablement accrues — suintement important ; prurit insupportable. Nous pensons pouvoir incriminer notre thérapeutique et nous supprimons l'Antergan ; — 48 heures plus tard, la température est redevenue normale, l'œdème palpébral a disparu et progressivement l'éruption s'éteint sans laisser de traces.

Nous n'allongerons pas cette note en discutant de la pathogénie de cet accident. Repoussons l'hypothèse d'un érythème toxique ou biotropique, nous envisagerons une intolerance à l'Antergan — le fait a été constaté, étudié et publié, et il va de soi qu'il ne s'agit ni d'une altération du produit, ni d'un vice de fabrication.

Cette observation serait dépourvue d'intérêt sans les heureuses conséquences que ces accidents entraînèrent pour la malade. En effet, au fur et à mesure que la courbature, la fièvre et l'éruption disparaissaient, les lésions cutanées rétrocédaient avec une rapidité déconcertante et 15 jours après cette crise, la guérison était acquise. Onze mois se sont écoulés depuis lors, sans la moindre récidive, sans la plus légère ébauche de prurit, sans la plus infime réapparition du suintement. C'est bien évidemment à l'Antergan qu'il faut attribuer ce succès, mais ce n'est pas en sa qualité d'anti-histaminique qu'il a triomphé ; c'est simplement par ce choc brutal et inattendu. Il est assez vraisemblable que nous aurions obtenu le même résultat si nous avions utilisé le Propidon par exemple ou si la malade avait fait quelque infection aiguë fébrile. La fin justifie les moyens, nous avons donc eu raison de recourir à ce traitement, mais nous devons avouer qu'en le conseillant, nous ne pensions pas gagner la partie de cette façon. Quant à l'intéressée, elle ne cesse pas maintenant de rendre grâces à l'Antergan, ayant oublié qu'elle l'a affreusement maudit pendant 10 jours.

A PROPOS DES NÉPHRITES SANS ALBUMINE

par le Dr Jacques LEMOINE (Bayonne)

Un excellent article de J.-P. Porge vient, dans le « Concours Médical » du 11-5-1946, remettre en mémoire la faillibilité de l'**Albuminurie** dans les Néphrites.

En m'associant entièrement à ses conclusions, je pense intéressant d'indiquer, par deux exemples tirés de la médecine générale, la valeur de l'**hématurie microscopique** dans l'examen du Néphritique :

Obs. I. — L..., 30 ans, présente en novembre 1943 une Glomérulo-Néphrite aiguë typique avec hypertension, albuminurie, cylindrurie, hématurie, œdèmes. Traité par la *cure de soif*, les signes s'amendent : l'*albuminurie disparaît complètement en avril* 1944 : à ce moment les épreuves fonctionnelles du rein sont *normales* ; épreuve de Volhard, Constante d'Ambard, Phényl-Sulfone Phtaleine.

La tension est revenue à 13 1/2 - 9 ; mais l'*hématurie microscopique persiste jusqu'en octobre* 1944, alors qu'il ne reste plus aucun autre signe *clinique, fonctionnel* ou de *laboratoire* ; seul, un témoin discret demeure de l'atteinte de la perméabilité rénale : en fin février 1944, alors que

l'albuminurie n'existe plus qu'à l'état de traces, l'épreuve de la *tolérance aux chlorures* montre qu'une ingestion de 2 à 3 gr. de chlorures par jour provoque une recrudescence des œdèmes. Ainsi, pendant six mois, le seul témoin tangible de l'activité de la néphrite n'aura été que la présence de *très rares hématies* dans le culot de centrifugation des urines, accompagnant une très faible tolérance aux chlorures.

Voici un autre cas, qui indique l'importance de l'examen systématique du culot de centrifugation dans la présomption de Néphrite :

Obs. II. — Mme G..., 42 ans, a vu plusieurs médecins parce qu'elle a un peu de dyspnée, et des crampes ; ils ont éliminé, bien qu'elle présente des traces infimes d'albumine, toute idée de Néphrite chronique ; je demande un examen du culot de centrifugation, qui indique *quelques hématies* ; l'examen complet montre une hypertension à 21/11, une polyurie nocturne, pas d'autres signes (cœur normal) ; mais c'est encore le laboratoire qui apporte la preuve d'une *Néphrite Chronique* grave. en indiquant une Constante d'Ambard, à 0,128, une P. S. P. à 35 % (Normale 60 %), une Urée sanguine à 0,45.

L'anamnèse permet de faire remonter ces accidents à 1944 ; à cette époque, la malade a présenté une « bronchite », avec quelques œdèmes malléolaires en fin de journée ; l'examen radioscopique avait montré un cœur un peu gros ; mais l'albumine ayant été absente, la notion de néphrite avait été, alors, écartée, faute d'un examen plus approfondi.

⁂

On ne saurait trop insister sur le fait que, en clientèle courante, l'examen du néphritique est **incomplet** sans :

L'examen microscopique du culot de centrifugation d'urines fraîchement émises,

La prise de la tension artérielle.

La recherche classique de l'albumine **seule** est désormais aussi désuète que, chez le diabétique, l'examen de la glucosurie sans la glycémie ; **il faut répéter plusieurs fois ces examens** en sachant qu'une hématurie isolée n'a aucune valeur pronostique, même si elle s'accompagne d'hypertension et d'œdèmes.

J'ai eu l'occasion, à deux reprises, de trouver des **hématuries microscopiques** (dont l'une accompagnée de cylindres granuleux) chez de vieux hypertendus ; mais, par la suite, elles ne se sont pas reproduites, et leur valeur semeiologique isolée est donc restée discutable. Il faut répéter plusieurs fois les examens, et les comparer.

En matière de **néphrites aiguës**, on doit bien arriver à admettre que l'évolution puisse se poursuivre à bas bruit, **sans albuminurie**, avec des épreuves de perméabilité rénale **normales**, parfois avec une **tension** sub-normale, quelquefois même **sans hématuries** ; il s'agit de **néphrites subaiguës évolutives inapparentes.**

C'est, précisément, l'évolution **insidieuse** de certaines néphrites, subissant des **poussées aiguës** à l'occasion, non seulement de surmenages ou du froid, mais de **légers épisodes infectieux** (grippe, angine), qui en fait toute la **gravité.**

Le fait d'avoir présenté une **néphrite aiguë** caractérisée par la triade : **œdèmes** (retention de chlorures), **hypertension, signes urinaires** (albuminurie, cylindrurie, hématurie) nécessite la mise en œuvre du traitement classique :

1° **Repos au lit** ;

2° **Régime strictement déchloruré et atoxique** ;

3° **Restriction des liquides** (moins de 500 cc. par jour).

Dans l'ignorance ou nous sommes encore de l'évolution des néphrites aiguës, et devant les récidives qui peuvent se produire, il semble prudent de poursuivre ce traitement **pendant un an,** ou, au moins, jusqu'à disparition complète des signes fonctionnels et urinaires. Il ne me semble pas que l'on puisse obtenir en moins de temps, et avec certitude, la guérison complète d'une néphrite aiguë hydropigène.

J'insiste sur le fait que les épreuves de perméabilité rénale : constante d'Ambard, P.S.P., épreuve de dilution-concentration de Volhard, reviennent très rapidement à la normale, **alors que l'hématurie microscopique persiste** et que l'évolution se poursuit.

Seule, une épreuve m'a semblé avoir un intérêt dans les néphrites hydropigènes récentes : c'est la **tolérance aux chlorures,** que l'on recherche facilement en donnant une dose journalière progressive de **Nacl,** jusqu'à ce que l'augmentation de poids accuse le retour des œdèmes. On hésitera souvent à utiliser cette méthode, de crainte qu'elle ne provoque une poussée évolutive ; mais, chaque fois que je l'ai employée elle m'a montré, chez des néphritiques aigus en voie de guérison, que la tolérance aux chlorures était encore très faible, de l'ordre de 2 ou 3 gr. de sel par jour : c'est une minime dose, puisque cela représente la quantité de sel contenu dans 1 litre de lait ou dans 200 gr. de pain !

On ne saurait trop, avec Porge, insister sur ces données élémentaires, mais trop méconnues, de séméiologie rénale ; il est trop fréquent de voir des néphritiques aigus rendus à la vie normale, dès « qu'ils n'ont plus d'enflure » ou que « l'albuminurie n'existe plus ». C'est là une erreur profonde, que l'on doit à tout prix éviter en pratique journalière, et qui provoque souvent des catastrophes irrémédiables.

Un **néphritique aigu,** traité incorrectement au début ou pendant un temps trop court, devient, en un an ou deux, un **néphritique chronique dont les lésions sont irréductibles et incurables** : il est alors au-dessus des ressources de la thérapeutique.

ÉPIDÉMIE DE FAMILIALE FIÈVRE TYPHOIDE

J'ai pensé que l'observation suivante en clientèle, pourrait peut-être présenter un intérêt pour vos lecteurs. Il s'agit d'un cas d'épidémie familiale de fièvre typhoïde. La famille se compose du père âgé de 56 ans, de la mère, de deux filles de 23 et de 25 ans, O... et Ed..., du gendre, du fils,et de deux petits-enfants. **La fille Ed...** est rapatriée d'Auschwitz fin mai 1945. Au cours de son rapatriement, elle a reçu une piqûre dont elle ne peut préciser la nature. Quoique très faible à son retour, elle ne présente aucun signe pathologique précis et ne tarde pas d'ailleurs à reprendre une apparence normale. Elle s'est toujours bien portée depuis son retour.

Le gendre, mari de O.... a commencé à se plaindre, vers la mi-juin, de céphalée, asthénie un peu fébrile le soir. Cet état a duré une dizaine de jours en s'aggravant progressivement : fièvre de plus en plus élevée, sans que cliniquement il ait été possible de formuler un diagnostic précis. Aucune localisation si ce n'est une douleur lombaire sans signes rénaux.

Brusquement, le tableau clinique se précise

(le 29 juin) et impose le diagnostic d'encéphalite : aphasie motrice, fixité du regard, agitation intense, suivie de prostration. L'internement à Ste-Anne a été nécessaire. Là, l'état s'est maintenu stationnaire une semaine environ, mais avec apparition de paralysies diverses (type quadriplégie). Transporté ensuite à Ville-Evrard, et après une poussée de furonculose, l'état s'est graduellement amélioré. Actuellement le malade vient seulement de quitter Ville-Evrard. La parole et la marche sont encore très difficiles.

Aucun diagnostic étiologique n'a été posé à l'hôpital malgré les nombreux examens sanguins pratiqués.

La petite-fille (fille du gendre et de O...), âgée de neuf ans et demi, est tombée malade vers le 13 juillet : état fébrile autour de 39°, accompagné de convulsions, intolérance alimentaire à peu près complète. L'examen ne montre rien de particulier (pas de splénomégalie). Elle est soignée pour une affection intestinale aiguë non déterminée. A cause de l'état de son père, un neuropsychiatre est consulté qui ne précise pas le diagnostic. On établit un traitement sulfamidé intensif qui reste sans effet. Le 18 juillet, apparition de signes de broncho-pneumonie ; décès le 22 juillet.

Le fils, qui demeure en province loin de Paris, arrive à Paris le 29 juillet, deux jours avant l'internement du gendre. C'est son premier séjour à Paris depuis trois mois. Dès son arrivée, il était un peu fébrile, se plaignant d'angine banale. Dix jours plus tard il est de retour chez lui. Son état s'est considérablement aggravé depuis quelques jours. Il est admis à l'hôpital où est porté le diagnostic de fièvre typhoïde.

La fille du fils, âgée de 20 mois et qui n'avait jamais quitté la province, tombe malade le premier septembre, présente un état fébrile qui a duré une quinzaine de jours (aucun diagnostic précis n'a pu être proposé ; réactions sérologiques négatives).

O...., la femme du gendre, tombe malade le 17 juillet ; présente d'emblée une fièvre oscillante (37,8 le matin, 39 le soir), se plaint de céphalées très violentes, d'algies cervicales, présente une angine. Le 22 juillet, on lui fait une injection hypodermique d'huile camphrée et de Weill-Dufour. Ce qui occasionne un abcès. Admise à la maison Dubois, son état demeure stationnaire pendant une quinzaine de jours, sans changement si ce n'est l'apparition de purpura et de pétéchies. A l'hôpital, toutes les réactions sérologiques sont faites et sont absolument négatives. On ne porte aucun diagnostic. Après une convalescence sans histoire elle rentre chez elle vers le 8 août.

Le père se décide à quitter Paris vers le 10 août pour voir son fils, atteint de fièvre typhoïde, mais à peine arrivé au terme de son voyage, il se plaint de fièvre vespérale et surtout de troubles gastro-intestinaux, dysphagie, ballonnement, nausées, constipation alternés. Néanmoins, il se décide à revenir à Paris où il arrive le 20 août. L'examen clinique pratiqué alors signe le diagnostic : fièvre à 40° qui se maintient, splénomégalie, taches rosées, angine de Duguet, pouls dicrote, hypotension. Une hémoculture pratiquée est négative mais le séro-diagnostic à l'Eberth est positif au centième. La maladie suit son cours normal et évolue vers la guérison.

Dans le but de préciser le diagnostic étiologique un séro-diagnostic est pratiqué chez O..., la femme du gendre. Il est positif à l'Eberth (et seulement à l'Eberth). Ce séro-diagnostic n'a pas pu être réalisé chez les autres membres de la famille.

Conclusion.

Il semble que tous les membres de cette famille ont été atteints de fièvre typhoïde mais à manifestations atypiques (sauf le père), avec peut-être même, réactions sérologiques retardées (cas de O...)

2° Il peut être intéressant de savoir si Ed.., retour d'Auschwitz, doit être considérée comme porteur de germes sains. Pratiquement tout s'est passé comme s'il en était ainsi.

3° On pourrait se demander si le fils n'a pas été l'agent contaminant et, dans ce cas le gendre n'aurait pas eu le même germe (Eberth ou autre) que la petite-fille (fille du gendre), que O... (femme du gendre) et que le père. Si cette solution paraît invraisemblable, il ne paraît pas non plus très vraisemblable que le fils ait été contaminé par le gendre, lors de son court séjour à Paris et alors qu'il était déjà lui-même « angineux ».

4° De toute façon l'incubation dans tous les cas paraît être environ 15 jours.

5° Il est à noter que la mère est le seul membre de la famille qui n'a présenté aucun phénomène pathologique.

Je serais heureux d'avoir l'avis des confrères sur ce cas curieux et je m'excuse de ces quelques notes hâtivement écrites.

Dr Merzbach (Paris)

LES LIVRES

G. Doin et Cie, éditeurs
8, place de l'Odéon, Paris (6e)

Arnault Tzanck et Paul Chiche. — **Réanimation et transfusion sanguine.** Un vol., 270 p., 17 fig., 2 pl. hors-texte. Prix : 320 fr.

La transfusion s'intègre maintenant dans un cadret infiniment plus vaste qui est celui de la réanimation. C'est à cette spécialité nouvelle qu'est consacré le volume de MM. Tzanck et P. Chiche. L'ouvrage comprend deux parties. Dans la première sont étudiées les données pratiques de la transfusion : liquides, indications, prophylaxie des accidents, groupes sanguins, facteur Rh., appareillage. La deuxième partie est consacrée à la réanimation proprement dite : asphyxie, syncopes, déshydratation, etc. Les auteurs ont eu avant tout pour but de fournir aux praticiens de cette nouvelle spécialité un résumé de la documentation nécessaire et un ensemble de conseils pratiques. Ils ont voulu, par ailleurs, indiquer les problèmes encore ouverts, dans ce domaine nouveau.

Edition de la " Revue du paludisme "
36, rue Sainte-Croix-de-la-Bretonnerie, Paris (4e)

G. J. Stéfanopoulo et J. Etévé. — **La Santé sous les tropiques.** Conseils d'hygiène aux jeunes coloniaux Une brochure, 32 p., prix : 20 fr.

C'est une brochure aux dimensions très modestes mais riche en renseignements et qui condense l'expérience coloniale de ses auteurs. Les jeunes coloniaux y trouveront, sommairement exposés, tous conseils convenables sur l'aptitude au climat colonial, le séjour sous les tropiques, les précautions à prendre, l'alimentation, la lutte contre les parasites, les maladies, etc.

LES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

Importance relative des voies sanguine et lymphatique pour l'absorption des substances médicamenteuses et toxiques.

(M. R. Fabre, Mlle M.-T. Régnier et M. E. Grasset ; 11-6-1946)

Les auteurs ont étudié expérimentalement l'importance relative, pour l'absorption des substances médicamenteuses et toxiques, des voies sanguine et lymphatique. Ils présentent un travail concernant les sulfamides.

Ayant administré à des chiens chloralosés des sulfamides par voie stomacale, ils ont recherché le médicament dans le chyle et dans le sang. Pour ce qui concerne du moins les sulfamides utilisés, disent-ils, il y a prééminence de la voie sanguine sur la voie lymphatique, l'apparition du médicament ayant été notablement plus rapide par la première. Il convient néanmoins de noter, dans toute étude thérapeutique ou toxicologique, l'intérêt qui est particulier à la voie lymphatique, le produit absorbé par cette voie arrivant en effet dans la circulation et par suite aux organes sans avoir été l'objet de modifications ou de rétention de la part du foie, dont on connaît le rôle antitoxique prééminent.

Recherches sur la virulence des laits provenant de vaches atteintes de tuberculose.

(MM. J. Verge, P. Raoul-Duval et J. Dabrigeon ; 11-6-1946)

M. J. Verge et ses collaborateurs, continuant des recherches antérieures, ont recueilli à l'abattoir municipal de Saint-Etienne le lait de 53 vaches atteintes de tuberculose et ils ont inoculé à des cobayes un mélange de crème et de culot de centrifugation obtenu avec ces laits crus.

Sur les 53 laits crus en question, 3 seulement renfermaient des bacilles de Koch, soit une proportion de 5,66 p. 100. Le lait, disent-ils, est le plus souvent contaminé par la mamelle, même en l'absence de lésion cliniquement décelable du parenchyme glandulaire La virulence des laits issus de femelles tuberculeuses est, d'autre part, une virulence « à éclipses », inconstante et irrégulière. Du point de vue hygiénique, il y a lieu de proscrire de l'usage alimentaire tout lait cru provenant soit d'animaux atteints de tuberculose cliniquement exprimée, soit de sujets accusant une réaction positive à l'épreuve révélatrice de la tuberculine. Pour le bétail laitier de la Loire, le pourcentage des sujets infectés de tuberculose est d'environ 25 p. 100.

La pasteurisation des laits n'est qu'une solution d'attente dans le problème beaucoup plus général de la production hygiénique des laits destinés à la consommation humaine.

P. L.

SOCIETE D'ELECTRO-RADIOLOGIE MEDICALE DE FRANCE

(12-2-1946)

Les calculs biliaires « flottant entre deux eaux ».

(Utilité de la position debout et de la compression dosée.)

MM. Robert Coliez et Richard Hickel. — Les auteurs présentent sept cas de lithiase biliaire où les calculs, tous sensiblement de mêmes dimensions et de même densité, forment, **en position debout,** une couche flottante horizontale, sorte de chapelet (apparaissant en clair) à mi-hauteur de l'ombre vésiculaire rendue opaque par tétraiode. Les images obtenues, qui ressemblent à des vésicules « coupées en deux » par une fine bande claire horizontale, sont du plus curieux effet. Deux de ces cas ont été opérés, et la vésicule a pu être prélevée intacte remplie de tétraiode : on a constaté que, quels que soient les mouvements imprimés à la vésicule (agitation assez vive ou bas-fond renversé en haut), les calculs se remettaient très rapidement en ligne horizontale rigoureuse en un temps très court.

L'explication de ce phénomène semble devoir être attribuée à des fractions de bile de concentration et de densité différentes, fractions qui ne se mélangent pas : les calculs, tous de même densité et de volume sensiblement identique, cherchent leur point d'équilibre au niveau de la séparation fictive des deux biles différemment opacifiées qui s'étagent depuis le bas-fond jusqu'au collet.

Les auteurs montrent qu'après imprégnation tétraiodée, quelques calculs isolés (en petit nombre) peuvent passer inaperçus **en décubitus ventral,** parce qu'ils se trouvent noyés dans l'opacité globale de la vésicule. Ces calculs sont faciles à mettre en évidence **en position debout grâce à une compression dosée** exécutée manuellement à l'aide d'une cuiller hémisphérique en bois. La même manœuvre permet aussi d' « écarter » les gaz coliques qui viennent si souvent masquer en totalité ou en partie l'ombre vésiculaire. On peut ainsi mettre en évidence des calculs qui n'étaient pas décelables dans les positions classiques. Les auteurs évaluent à 25 % le nombre de calculs non décelés par les méthodes classiques et mis en évidence par leur méthode.

SOCIETE MEDICALE ET ANATOMO-CLINIQUE DE LILLE

Etude critique de l'épreuve au cardiazol dans le diagnostic de l'épilepsie.

(MM. A. Le Grand et J. Joly ; 26-3-1946)

Autant il est aisé d'affirmer le diagnostic d'épilepsie quand on a l'occasion d'assister à un paroxysme convulsif franc, autant il peut être délicat, en l'absence du dit renseignement, de poser ce même diagnostic, dans bien des cas. Aussi, s'est-on ingénié à trouver des tests de l'épilepsie. A la vérité, aucun de ces tests (épreuve de l'hyperpnée, de l'hyperhydratation, etc.), sauf peut-être l'exploration électro-encéphalographique (qui n'est guère sortie encore du laboratoire), ne donne réellement satisfaction.

La propriété que possède le cardiazol de provoquer chez tous les sujets, à dose suffisante, une crise épileptiforme typique, a incité les chercheurs à utiliser cet agent dans un but diagnostique. On a trouvé effectivement (Porot et ses collaborateurs, Couturaud), chez les épileptiques, un pourcentage de résultats positifs nettement plus accentué que chez les non comitiaux. MM. Legrand et Joly ont repris cette étude et il leur est apparu également que le test au cardiozol pouvait fournir sur cette question quelques données intéressantes.



ACHILLE
EUT CONSERVÉ SON PIED LÉGER
SI LES DISCIPLES D'ÆSCULAPE
AVAIENT SU ACCÉLÉRER SES MITOSES
CELLULAIRES
MAIS LES DIEUX MÊMES IGNORAIENT
LA VERTU DE

MITOSYL

MIEUX AVERTI QUE CEUX DE L'OLYMPE
LAISSANT LES SIMPLES AUX PLAINES
D'ILION, TU APPLIQUERAS MITOSYL
SUR LES PLAIES ET LES BLESSURES
PAR LE FER, PAR LE FEU, PAR LE FROID,
PAR LE SOLEIL, PAR LE RELÂCHEMENT
DES VEINES OU L'IMPURETÉ DES HUMEURS

Laboratoires DELAGRANGE, 39, Boulevard de Latour-Maubourg - PARIS-VIIe

THÉRAPEUTIQUE
VASO-CONSTRICTIVE DES
TROUBLES CIRCULATOIRES
VEINEUX DES DEUX SEXES

FLUXINE

ASSOCIATION PHYTOTHÉRAPIQUE

INTRAIT DE MARRON
D'INDE DAUSSE
ALCOOLATURE D'ANÉMONE
NOIX VOMIQUE

Stases Veineuses (Varices - Hémorroïdes - Phlébites)
Troubles Menstruels (Règles douloureuses, Aménorrhée, Dysménorrhée, Ménopause)

GOUTTES
2 FORMES
DRAGÉES

POSOLOGIE
(1 Dragée = 10 Gouttes)
X Gouttes, 3 fois par jour
Cas douloureux
C à CCC Gouttes par jour

PRODUITS BONTHOUX - VILLEFRANCHE (RHÔNE)

Une malformation congénitale rare : absence de vagin.

(M. Favreau ; 26-3-1946)

M. Favreau rapporte un cas d'absence de vagin, chez une jeune fille de 20 ans. Les organes génitaux externes, clitoris et petites lèvres, sont bien développés, mais il n'y a entre l'urètre et l'anus qu'un petit infundibulum de 1 centim. environ. Une sonde introduite dans la vessie est rencontrée presqu'à bout de doigt au cours du toucher rectal, la cloison vésico-rectale étant mince. On ne sent pas d'utérus par le palper hypogastrique combiné au toucher rectal. Les caractères sexuels secondaires féminins sont normaux : seins très développés, poils abondants à la région sus-pubienne, etc.

Dans les cas de ce genre, les ovaires existent souvent. Par contre, l'utérus est atrophié ou absent. La conservation de la sécrétion ovarienne permet de comprendre la puberté normale. La conservation de la ponte ovulaire, d'ailleurs irrégulière sans doute, explique certains phénomènes notés (douleurs pelviennes mensuelles, épistaxis, etc.).

M. Favreau envisage la conduite à tenir. La création d'un néo-vagin ne pouvant changer la stérilité de ces femmes, il faut ou s'abstenir ou si la malade demande une intervention, recourir aux procédés non dangereux. L'opération de Baldwin (utilisation d'une anse grêle), si elle donne un néo-vagin d'assez grande longueur, peut avoir des suites plus sérieuses que les autoplasties (autoplasties à pédicule). M. Favreau donne la préférence à ces dernières, bien que les résultats en soient assez modestes : infundibulum vaginal de 6, 7, 8 centimètres dans les cas très réussis.

SOCIETE FRANÇAISE DE GYNECOLOGIE

(21-1-1946)

Un cas rare de malformation des organes génitaux internes.

MM. Courtois, Brière et Mlle Lelièvre (Saint-Germain-en-Laye). — Les auteurs rapportent un cas d'utérus surnuméraire, du volume d'une prune, situé à 4 cm. à droite d'un utérus de taille normale, mais sans trompe ni ligament rond de ce côté. Cette masse, reliée seulement à l'utérus par le ligament large, présente tous les caractères d'un utérus avec ses trois couches classiques et son endomètre. Elle présente en outre une trompe, un ovaire et un ligament rond. Outre cette malformation, la malade avait encore un uretère gauche bifide et une cardiopathie congénitale.

LA PRESSE

Le traitement actuel des tumeurs de la vessie. — **G. Nora** fait un exposé complet de cette question, après avoir rappelé quelques notions indispensables sur les tumeurs de la vessie : bénignes ou malignes, primitives ou secondaires. Il est incontestable que si, au début du siècle, la haute fréquence a permis à la thérapeutique des papillomes de la vessie de faire un sérieux bond en avant, la roentgenthérapie, et surtout la curiethérapie associées à l'acte chirurgical autorisent à espérer depuis quelque temps les progrès sérieux et rapides dans le traitement des tumeurs vésicales malignes. Mais, pour que cette thérapeutique soit vraiment curatrice, il est nécessaire que les tumeurs bénignes comme les tumeurs malignes soient dépistées précocement. On doit attribuer une importance capitale à toute hématurie et réclamer sans attendre un examen cystoscopique. (« Le Bulletin Médical », 21 juin 1946.)

Sur quelques cas atypiques observés au cours d'une épidémie de méningite cérébrospinale. — **A. Corcos** précise que les méningites à méningocoques peuvent prendre les allures les plus variées, depuis les formes suraiguës mortelles en quelques heures, s'accompagnant en général de purpura, jusqu'aux formes chroniques cachectisantes prolongées durant plusieurs semaines.

Les formes suraiguës s'accompagnent généralement de purpura fulminant. Dans ce cas, il vaut mieux ne pas faire de ponction lombaire, les seuls cas qui aient guéri n'en ayant pas subi. La plupart de ces cas sont d'ailleurs au-dessus des possibilités de la sulfamidothérapie, même en association avec la pénicilline.

Dans les cas aigus, la guérison est de règle, sans séquelles, à condition de donner de fortes doses de sulfamide (12 grammes par jour pour un adulte).

Les méningites suppurées chroniques, se bloquent pendant des semaines, évoluent cliniquement comme des affections cachectisantes prolongées, et posent des problèmes thérapeutiques ardus : détruire les germes dans leurs repaires, soit étagés dans le rachis, soit dans les grands lacs basilaires du crâne. C'est un problème quasi-chirurgical ; les sulfamides seuls ou même associés à la pénicilline ne l'ont pas résolu. (« Journal de Méd. et de Chirurgie pratique », avril 1946.)

Fistule uretéro-colique après néphrectomie. — Les fistules intestinales après intervention sur le rein et l'atmosphère péri-rénale sont bien connues. Cet accident, de fréquence relative, n'est pas toujours la conséquence directe de l'opération, puisque la fistule est d'apparition parfois très retardée. **L. Leger** estime que si les manœuvres de décollement du rein ou de pincement du pédicule sont souvent à incriminer, il faut aussi faire une place importante à l'abcèdation de la paroi colique au contact d'un foyer inflammatoire périrénal, qui paraît plus souvent responsable que l'hypothèse ulcération sur un drain. (« Le Bulletin Médical », 21 juin 1946.)

G. F.

PARTIE PROFESSIONNELLE

PROPOS DU JOUR

LA FRANCE AUX PRISES AVEC DES NÉCESSITÉS D'IMMIGRATION ET DES DÉSIRS D'ÉMIGRATION

Il est superflu, tant elles sont devenues évidentes aux hommes d'aujourd'hui, de rappeler les règles qui président aux migrations humaines (tout au moins aux migrations spontanées !)

Un pays qui possède plus de ressources naturelles que de main-d'œuvre aspire les immigrants par la perspective de conditions de travail plus rémunératrices et de vie plus douce. Un pays pauvre ou appauvri laisse exsuder, pour les mêmes raisons, sa population hors des frontières, comme un organisme malade perd sa substance par les brèches qu'il ne parvient pas à cicatriser. Telle est la loi naturelle qu'il n'est au pouvoir de personne de déjouer et qui finit, quels que soient les coups de pouce dont on fausse les données, par reprendre son cours. Et comme les éléments qui migrent ne peuvent être que jeunes et actifs puisqu'ils se mettent en route pour conquérir une place nouvelle, le corollaire découlant de la loi est tout aussi inéluctable : un pays d'immigration est jeune, un pays qu'abandonnent les émigrants est vieux. Depuis cent ans on a vu la loi jouer dans toute sa rigueur : de la vieille Europe des millions d'hommes s'embarquaient pour le Nouveau Monde et allaient s'y agréger à des collectivités en plein développement. C'est là l'origine de la puissance actuelle de l'Amérique du Nord.

La migration européenne s'est faite vers l'Amérique en deux temps : l'un comportant un apport nordique et qui s'étend entre 1815 et 1880 ; l'autre, slavo-latin, de 1880 à 1914.

Le premier flot venait de l'Europe centrale, septentrionale et occidentale et était surtout d'origine anglo-irlandaise. Les éléments étaient en général de fort bonne qualité, chassés d'Europe par la persécution, les luttes politiques ou nationales, l'impossibilité de trouver dans leur pays d'origine un mimum de liberté. Neuf millions d'Européens ont, durant cette période, traversé l'Océan.

Le second flot en provenance d'Italie, d'Espagne, des Balkans, prend une telle ampleur qu'il inonde littéralement les rivages où la renommée promet une existence large et une initiative sans limites. Il s'agit cette fois de 23 millions d'êtres mais, en général, de qualité moins bonne que les premiers. Ils sont pauvres, ce qui n'est pas un crime, mais surtout mal adaptés aux conditions dans lesquelles ils vont vivre. Bon nombre se sont laissé entrainer par des organisations collectives, compagnies de transport, agences d'émigration. Ils arrivent en Amérique en hordes miteuses, sans ressources, ne pouvant compter que sur leurs bras ; ils offrent l'aspect de troupeaux effarés que tant de récits littéraires ont dépeints et qui a attaché au mot d'émigrants son sens pitoyable.

Ces deux apports si différents sont encore identifiables ; cependant l'assimilation se fait à mesure que les générations se succèdent. Un peuple, un grand peuple, a pris naissance de ces souches si diverses (1).

Commentant ce phénomène qui n'a pas son pareil dans l'histoire, André Siegfried s'exprime ainsi :

« Il en est résulté la naissance d'une section extra-européenne de la race blanche, entraînant une répartition nouvelle des blancs dans le monde, avec un équilibre nouveau de la civilisation occidentale. Jusqu'au XIXe siècle les termes de race blanche, d'Europe, de civilisation occidentale, avaient été pratiquement synonymes, encore que, depuis la Renaissance et les grandes découvertes, il y eût des Blancs hors du vieux continent. Mais ces termes ne sont plus synonymes aujourd'hui : la race blanche a débordé au delà des océans, et la civilisation occidentale n'est plus exclusivement une civilisation européenne. Peut-être même devons-nous envisager dès maintenant un équilibre géographique nouveau où le foyer de notre civilisation ne serait plus fixé dans la vieille Europe » (2).

CETTE perspective énoncée à regret par Siegfried et qui sonne à nos oreilles comme un glas, qui oserait contester qu'elle est déjà en train de prendre forme sous nos yeux ? Il n'est pas nécessaire de regarder longuement le monde d'après-guerre pour constater que l'Europe vient en l'espace de quelq.ues années, de perdre sa séculaire hégémonie.

Tels sont les premiers éléments du bilan d'après guerre ; ils n'ont pas de quoi nous réjouir ! Mais ce n'est pas seulement en valeur relative que le continent européen a perdu de sa stature. En valeur absolue aussi il se sent atteint d'un mal pro fond dont il n'est pas certain de triompher.

La vieille Europe a reçu depuis trente ans des coups si rudes qu'elle est épuisée. En faisant follement massacrer sa jeunesse sur les champs de bataille elle a précipité sa propre décrépitude et dissipé ses chances de stopper un jour l'évolution maléfique qui l'entraîne. C'est au moment précis où elle se sent au plus bas de ses forces que se propose à elle, par nécessité, un labeur gigantesque. Elle est à demi-saccagée, plus d'aux trois quarts ruinée, en butte à toutes sortes de menaces extérieures et intérieures. Prendre le dessus ou perdre à jamais et sans espoir le rang qui fut le sien jusqu'à présent, tel est le dilemme où elle se débat.

Parmi les pays européens la France n'est ni le moins malade ni le plus favorisé. Elle occupe dans

(1) Lire à ce propos le très actuel livre de Georges Détrechy : « *L'étonnante Amérique* ». Edit. de la Nouvelle France, Paris.

(2) *Cahiers du Musée Social*, Nos 2 et 3, 1946.

la détresse générale un rang moyen et peut vraisemblablement fournir un champ d'observation valable pour l'ensemble du continent. Car s'il faut s'attendre à ce que l'Europe soit cette fois amenée bon gré mal gré à prendre conscience de son unité et à se chercher par delà les nationalités, s'il faut même le souhaiter, on ne peut faire grief à un Européen de s'attarder encore à des concepts qui seuls, pense-t-il, l'exprimeront tout entier et, inquiet de l'Europe, de centrer son inquiétude sur le pays dont il porte le nom.

En cinq ans de guerre la France de 1939 a perdu une part inévaluable de son capital immobilier et mobilier, de sa capacité industrielle et agricole, de son domaine colonial, de ses moyens de transport. Elle a perdu en outre 800.000 vies humaines et a souffert dans sa chair vivante un dommage dont on ne saura jamais l'étendue. Elle était avant la guerre en proie au mal sournois qui frappe les vieux peuples : la dépopulation, et si elle ne participa guère au mouvement d'émigration vers l'Ouest du siècle dernier c'est que les expéditions coloniales avaient ouvert un champ largement suffisant aux plus aventureux de ses fils et qu'en outre sa vitalité était depuis longtemps atteinte.

Comment va-t-elle avoir supporté ce dernier choc? Les plus récentes statistiques accusent, pour la première fois depuis dix ans, un excès de naissances sur les décès. Mais on sait que c'est là une conséquence presqu'automatique des guerres et qu'il ne faut pas se hâter d'y voir un retournement acquis des conditions démographiques ; même si le phénomène s'avérait par bonheur durable la répercussion sur le volume de main-d'œuvre utilisable ne se ferait sentir que dans 15 ou 20 ans. Et c'est tout de suite ,sans délai, que la France a un effort à fournir. Déjà l'on entend dire qu'en divers pays la reconstruction a commencé et est menée bon train. Chez nous, à part les ouvrages d'art et les travaux d'utilité publique, qu'y a-t-il de fait à cette heure ?

Les milieux officiels ne se cachent pas d'escompter un appoint immédiat de main-d'œuvre de l'immigration. Aux immigrants nous aurons à offrir les travaux les plus pénibles et dont les Français ne veulent plus, en particulier le travail de fond dans les mines. La chose n'est pas nouvelle: il y a plus de vingt ans que nous recrutions au dehors des travailleurs de force pour le Nord et des agriculteurs pour le Midi. Elle ne nous est pas non plus particulière : l'Angleterre se heurte aux mêmes difficultés, certains de ses bassins miniers connaissent en ce moment une crise alarmante.

Le point épineux du moment c'est que l'on sait maintenant prévoir l'avenir de populations exogènes immigrées. Si elles ne sont pas miscibles avec la race indigène elles forment des minorités méfiantes, gênantes et souvent dangereuses. L'exemple des noirs d'Amérique est sous nos yeux : en ce moment même, aux U.S.A., se réveille avec violence l'antagonisme racial ; le dixième de « Colored people » que compte la population de l'Amérique n'entend plus se laisser fouler aux pieds par les neuf dixièmes des blancs, et fait valoir ses droits civiques.

Une seule source est possible pour nous de travailleurs étrangers : l'Europe et, de préférence, certains pays d'Europe dont les traits biologiques et les mœurs sont compatibles avec les nôtres. La Pologne, plus que décimée par la guerre, partiellement transplantée et qui, par surcroît, achève ces jours-ci de se vider de ses Israélites, sera-t-elle disposée comme il y a vingt ans à nous envoyer des travailleurs ? D'ailleurs le rideau de fer tendu de Stettin à Trieste les laisserait-il passer ? Un autre rideau double et renforce les Pyrénées. Reste comme seul espoir l'Italie. Pour peu que les pays importateurs de main-d'œuvre fussent en compétition il ne serait pas étonnant que l'Italie vaincue trouvât là une monnaie d'échange propre à atténuer les conséquences de sa défaite et à se défendre contre certaines rancunes.

Quant à nous il faudra bien nous résoudre à voir ces populations d'apport, même progressivement assimilées, diluer quelque peu nos traits nationaux et nous acheminer vers un type hybride, une expression de plus de l'uniformisation qui paraît être la rançon et la tare de notre civilisation tentaculaire. Il y a lieu en effet de remarquer ici que ces immigrants ne seront pas de même sorte que ceux du Nouveau Monde. Ceux-ci, déracinés volontairement de leurs terroirs originels et ayant rompu sans esprit de retour avec leur passé, ont hâte de se confondre dans la masse. Ceux-là, arrivant nantis de contrats de travail, couverts par des traités internationaux, gardent le contact avec leur pays natal; souvent ils y laissent une famille, y retournent de temps en temps. Par là-même ils ne seront pas absorbés aussi facilement et trancheront plus longtemps sur l'ambiance indigène.

L'éventualité de voir arriver en nombre parmi nous de ces étrangers dont nous n'avons pas eu toujours à nous louer n'est pas notre plus lourd souci d'aujourd'hui : de tous côtés l'on entend dire qu'une part importante de notre jeunesse se presse dans les consulats de divers pays pour y obtenir des licences d'entrée et s'expatrier.

A vrai dire on ne se reconnaît pas le droit de jeter l'anathème sur ces jeunes gens qui brûlent de secouer sur leur patrie la poussière de leurs sandales. La vie de lésine générale, de hargne entre classes sociales, de réglementation tâtillonne où nous sommes réduits (et pour combien de temps ?) n'offre pas des promesses d'avenir bien alléchantes. Il est explicable que des jeunes gens rêvent de vie plus large et tentent d'échapper au carcan. Font-ils, en jetant leur dévolu sur tel ou tel pays étranger, un bon calcul ? Rien n'est moins certain. C'est la race blanche tout entière, où qu'elle soit établie, qui souffre d'inadaptation au monde tel qu'elle l'a elle-même aménagé. L'avenir n'est sûr en aucun point du globe et il pourrait advenir à ces jeunes impatients le même mécompte dont furent victimes bien des gens en 1944 : délaissant un domicile qu'ils croyaient exposé aux bombardements ils allaient se faire tuer dans le refuge qu'ils avaient soigneusement choisi.

Au vrai il n'est qu'un parti à prendre dans la situation où nous nous trouvons et où aucun repère valable ne nous permet de nous orienter : accepter les jeux tels qu'ils sont faits, la fatalité telle qu'elle se trame hors de notre vue, et faire de notre mieux.

N'est-ce pas, après tout, l'essentiel de ce qu'un homme de bonne souche doit aux autres et à soi-même ?

G. Lavalée.

DROIT PROFESSIONNEL

LE CONTROLE MÉDICAL SPORTIF

La pratique des sports tant en compétition qu'en dehors des compétitions, devait nécessairement, par son importance pour le bon développement physique des jeunes, entraîner une réglementation étatique, à une époque où l'Etat commence à se rendre compte de l'importance sociale et nationale des activités physiques et sportives trop longtemps dédaignées dans notre Pays.

Cette réglementation fait une place importante au contrôle médical, dont le rôle est essentiel pour éviter qu'une pratique inopportune des sports n'aboutisse à des résultats dangereux pour la santé individuelle, surtout chez les jeunes qui doivent être particulièrement surveillés au moment de leur croissance. Aussi un arrêté du 2 octobre 1945 est-il venu instituer le contrôle médical des activités physiques et sportives, contrôle ayant pour objet de ne permettre l'accès aux compétitions, qu'aux sujets capables d'y prendre part sans risque pour leur santé, de surveiller périodiquement la santé des sportifs titulaires de licences, d'aider l'orientation des sportifs vers une activité apte à développer leur santé et leur état général, et enfin plus généralement d'assurer, au sein des associations sportives, la surveillance de la santé de telle façon que les exercices physiques et sportifs n'aient que des effets bienfaisants pour ceux qui s'y adonnent. Ce contrôle est placé sous l'autorité de la Direction de l'Éducation physique et des Sports du Ministère de l'Education nationale, et nous croyons intéressant pour le médecin praticien, dont le concours sera souvent sollicité, de connaître les principes et l'organisation de ce contrôle.

Le nombre des sportifs en France est actuellement évalué à environ un million, groupés en 20.000 associations régulières. Le champ d'action du contrôle médical sportif est donc particulièrement vaste, toutefois il ne s'exerce que pour les activités extra-scolaires, les associations sportives scolaires étant soumises au contrôle médical scolaire, et les médecins examinateurs scolaires ayant qualité pour délivrer le certificat médical d'aptitude aux sports. Ce certificat créé par l'arrêté du 2 octobre est indispensable pour les sportifs âgés de moins de 21 ans et pour les sportives qui veulent obtenir de leur association ou groupement la licence donnant accès aux compétitions. Pour être valable, il devra, au jour de sa présentation, être daté de moins de 90 jours.

Le contrôle médical est organisé à l'intérieur des associations sportives qui sont tenues de s'assurer le concours d'un ou plusieurs médecins agréés par la direction de l'Education Physique et des Sports ; les associations ont toutefois la possibilité d'adhérer à un Centre médico-sportif, également agréé.

Les associations et les centres ont le libre choix de leurs médecins, toutefois les médecins devront de préférence être choisis parmi les praticiens ayant pratiqué ou pratiquant eux-mêmes un ou plusieurs sports, tant en raison de la compétence ainsi acquise que de l'influence donnée par ce fait sur les sportifs et sur les dirigeants d'association. La préférence doit également être accordée aux médecins titulaires du diplôme de médecine appliquée à l'Education physique et aux Sports. Mais les futures promotions de médecins auront désormais une formation d'hygiène sportive, une circulaire du 23 mai 1945 ayant créé des leçons obligatoires en 5e année sur l'hygiène sportive, leçons qu'il est même envisagé de compléter par des démonstrations organisées en accord avec les fédérations sportives sur les stades, piscines, etc.

Pour aider le médecin, un assistant est prévu, qui peut être soit le secrétaire du club, soit une infirmière, soit une assistante sociale et dont le rôle sera de décharger le médecin de toutes les petites besognes matérielles qui font perdre un temps précieux, convocation des intéressés, classement des fiches, surveillance des locaux, entretien du petit matériel, etc.

L'installation des locaux d'examen dépendra de l'association, mais le médecin devra avoir à sa disposition deux ou trois pièces comprenant un vestiaire, une salle de mensuration si possible et le cabinet médical. Le petit matériel nécessaire aux examens devra être également prévu et se trouver à la disposition du médecin. Les résultats des examens seront consignés, d'une part sur une fiche médicale gardée par le médecin et, d'autre part, sur une fiche physiologique mise à la disposition du secrétaire de l'association, mais qui ne comprendra pas de renseignements médicaux proprement dits. Dans les centres médico-sportifs, l'organisation matérielle pourra être plus complète et dans les villes où il existe un Institut régional d'Éducation physique, les locaux de cet organisme pourront éventuellement être utilisés par un centre médico-sportif.

Les examens devront avoir lieu en principe tous les 6 mois, le médecin examinateur se tenant en contact avec le médecin de famille, contact qui a été réalisé pratiquement par certaines associations qui exigent, lors de l'adhésion, une feuille de renseignements remplie par le médecin de famille contenant de brefs renseignements sur les antécédents du postulant ; inversement s'il y a lieu à traitement les observations du médecin de l'association seront communiquées au médecin de famille. Enfin, l'examinateur aura connaissance de la fiche médicale scolaire.

Après les diverses mensurations (taille, poids, périmètre thoracique, capacité thoracique), l'examen médical proprement dit portera particulièrement sur les appareils pulmonaire, et cardio-vasculaire. Enfin, on procédera à l'analyse sommaire des urines. Selon le résultat de l'examen, le sujet sera classé dans un groupe correspondant à ses capacités. Eventuellement, le médecin devra attirer l'attention des intéressés sur l'intérêt dans certains cas, de suivre des séances d'éducation physique rationnelle susceptible d'améliorer certaines défectuosités morphologiques. La rémunération du médecin examinateur, ainsi que les frais occasionnés

par le contrôle médical sportif sont à la charge de l'association. Un contrat devra donc être établi pour préciser le montant de la rémunération du médecin ainsi que les autres conditions du travail. Ce contrat devra être soumis pour approbation au Conseil de l'Ordre en vertu de l'ordonnance du 24 septembre 1945. Mais tous ces frais ne seront pas supportés entièrement par l'association sportive qui pourra obtenir de l'Etat une participation dans la limite des crédits disponibles et au maximum 12 francs par sujet examiné, la participation de l'Etat pourra également s'étendre à l'achat du matériel médical nécessaire pour les examens. Si le contrôle a lieu dans un Centre médico-sportif, les frais de fonctionnement de ce centre seront assurés par des contributions des diverses sociétés utilisant ce Centre et par une subvention de l'Etat.

L'ORGANISATION de base ainsi définie est contrôlée sur le plan départemental par le Directeur départemental de l'Education physique et des Sports en liaison avec le médecin inspecteur régional conformément aux directives de l'Administration centrale. En outre, dans chacune des académies, est placé un médecin inspecteur régional de l'Education physique et des Sports extra-scolaire qui est de droit Président de la commission médico-sportive régionale, organisme consultatif et technique composé des médecins fédéraux régionaux, toutes ces activités sont coordonnées à l'échelon national par le bureau du contrôle médical des activités physiques et sportives extra-scolaires dirigé par un docteur en médecine. Il existe enfin la commission médico-sportive nationale qui est un organisme consultatif et technique composé des médecins chefs des diverses fédérations sportives.

LA nouvelle organisation du contrôle médical sportif offre donc aux médecins un champ d'activité très vaste dont l'importance pour le développement des jeunes n'est pas à démontrer. L'intérêt porté par le Corps médical à cette question n'est d'ailleurs pas récente puisque, dès 1741, une thèse soutenue à la Faculté de Médecine de Paris portait ce titre : « L'exercice modéré est-il le meilleur moyen de conserver la santé » et, depuis cette date, longue est la liste des ouvrages médicaux se rapportant à l'Éducation physique et aux Sports. Les problèmes les plus délicats de cette organisation seront probablement ceux des rapports avec les médecins traitants et avec les organismes voisins de contrôle médical (contrôle scolaire, assurances sociales...), mais les difficultés qui pourraient naître devront être facilement écartées par une liaison étroite et une collaboration loyale entre ces différentes activités médicales, ainsi que par une connaissance exacte du rôle dévolu à chacun.

G. CAZAC.

Textes. — Arrêté du 2 octobre 1945 instituant un contrôle médical des activités physiques et sportives.

Arrêté du 22 février 1946, fixant les modalités d'application du contrôle médical sportif, et notamment les conditions de délivrance du certificat médical d'aptitude aux sports.

Circulaire du 23 mai 1945 organisant un cours d'hygiène sportive dans les facultés de médecine.

Décret du 12 août 1945, fixant les conditions de la participation financière de l'Etat au contrôle médical sportif.

Bibliographie. — La Direction générale de l'Education physique et des Sports du Ministère de l'Education nationale, Bureau du contrôle médical, 78, avenue de La Bourdonnais, Paris (7e) vient d'éditer une brochure du Dr Ph. ENCAUSSE contenant tous les renseignements utiles en ce domaine. Cette notice est envoyée gratuitement à tous les médecins en faisant la demande. Elle contient notamment une bibliographie et la liste des thèses soutenues sur la question de 1741 à 1946 devant les Facultés de Médecine, des Lettres et de Droit.

LES BAUX EN COURS DOIVENT SUBIR LES MAJORATIONS PRÉVUES PAR L'ORDONNANCE DU 28 JUIN 1945

LORSQUE nous avons examiné et commenté l'ordonnance du 28 juin 1945 sur les loyers, dans le *Concours Médical* du 31 juillet 1945, pages 570 et suivantes, nous avons signalé quelques difficultés d'interprétation qui s'étaient déjà fait jour et dont la solution définitive présentait un intérêt considérable pour un grand nombre de locataires. Ces difficultés n'ont pas manqué de susciter, dès l'origine, des contestations et des procès sur lesquels il a été statué dans des sens opposés par les diverses juridictions qui ont été appelées à en connaître. Les hésitations de la jurisprudence n'ont fait qu'augmenter la confusion jusqu'à ce qu'un arrêt de la Chambre Sociale de la Cour de Cassation du 26 juin 1946, publié dans la *Gazette du Palais* du 10 juillet 1946, soit venu dissiper les nuées et fixer l'interprétation à donner à différentes dispositions de l'ordonnance.

Bien que la durée d'application de cette ordonnance soit maintenant extrêmement limitée, puisqu'elle doit prendre fin, sauf nouvelle reconduction, le 31 décembre 1946, il n'est peut-être pas dénué d'intérêt d'exposer à nos lecteurs la solution donnée par la Cour de Cassation à la principale difficulté qui lui était soumise.

Pour certains d'entre eux, en effet, la solution adoptée permettra de mettre fin à d'irritantes querelles qui les opposent depuis plus d'un an déjà à leurs propriétaires.

Dans ses articles 3 et 4, l'ordonnance du 28 juin 1945 avait décidé que les prix des loyers et des charges soumis à la réglementation de la loi du 1er avril 1926 modifiée, et tels qu'ils étaient déterminés par cette loi, d'une part, et les prix des loyers soumis à la loi du 28 février 1941, modifiée par la loi du 22 juillet 1943, et tels qu'ils étaient déterminés par ces lois, d'autre part, seraient *de plein droit* majorés respectivement de 30 et 15 %.

A notre sens, cette expression « de plein droit » dont avait usé l'ordonnance à deux reprises et dans deux articles différents manifestait l'intention du législateur de faire supporter l'augmentation par tous les locataires indistinctement, qu'ils soient en prorogation légale ou bénéficiaires d'un contrat de location : bail ou location verbale encore en cours. Mais des commentateurs

particulièrement autorisés, notamment Me PATEL dans la *Gazette du Palais*, soutenaient que l'augmentation n'était pas dûe pour les baux encore en cours et pour les locations verbales non dénoncées.

Bien entendu, les propriétaires, avec une unanimité impressionnante, se rangeaient à la première interprétation, tandis que certains locataires s'emparaient de la seconde et s'appuyaient sur l'autorité de ceux qui l'avaient soutenue pour refuser de supporter les augmentations prescrites.

En attendant que la jurisprudence se soit prononcée, bien souvent une solution provisoire avait été adoptée : ou bien les locataires bénéficiaires d'un bail ou d'une location verbale en cours payaient l'augmentation, en prenant soin de faire spécifier dans les quittanecs que le montant leur en serait restitué dans le cas où leur thèse triompherait, ou bien les propriétaires percevaient un loyer sans augmentation, en se réservant de la réclamer rétroactivement, dans l'hypothèse contraire.

La difficulté avait été soumise au Garde des Sceaux par plusieurs députés à la Constituante. Avec la prudence qui caractérise les bureaux de la Chancellerie et aussi avec le souci légitime de respecter le principe de la séparation des pouvoirs, le Garde des Sceaux avait toujours répondu par la voie du *Journal Officiel* que « sous réserve de l'appréciation souveraine des Tribunaux, il y avait lieu d'admettre que le législateur en employant le terme « de plein droit » avait entendu appliquer les majorations prévues aux baux en cours ».

IL n'a fallu qu'un an, ce qui est peu si l'on tient compte de la démarche ordinairement si lente de Dame Justice, pour qu'intervienne cette « appréciation souveraine des tribunaux » sous l'espèce de l'arrêt de la Chambre Sociale de la Cour de Cassation du 24 juin 1946.

Par cet arrêt, la Cour de Cassation s'est approprié, disons-le tout de suite, la thèse qui avait été celle du Garde des Sceaux et que nous avait paru commander une stricte interprétation des textes en litige.

Elle s'exprime en effet dans les termes suivants :

" *Attendu... que l'article 3 de l'ordonnance du 28 juin 1945, qui envisage en termes généraux, les prix des loyers et des charges soumis à la loi du 1er avril 1926, et dont il porte majoration à la date unique du 1er juillet 1945, corrélativement à l'obligation qu'il fait au propriétaire, par voie de prélèvement sur le montant des loyers majorés, de contribuer à alimenter le fonds national d'amélioration de l'habitat, vise ces loyers dans leur ensemble, à la seule exception d'ailleurs temporaire, des petits loyers définis par l'article 6 ; qu'ainsi bien, il prend soin de préciser, par l'emploi d'une expression dont le sens ne peut être différent de celui qu'elle a dans l'article 4, où elle est reproduite, que ces loyers sont majorés « de plein droit », c'est-à-dire par l'autorité même de la loi et en dehors de l'accomplissement de quelque formalité que ce soit ; qu'il écarte ainsi toute distinction entre eux, selon qu'ils résultent de baux prorogés, expirés, ou de baux en cours, écrits ou verbaux, le bailleur ne pouvant, dans ce dernier cas, être astreint à la notification d'un congé dont le texte sus visé l'a précisément dispensé...* "

MAINTENANT, donc, la discussion est close : tous les locataires sont obligés de supporter l'augmentation de 30 % s'il s'agit d'un immeuble soumis à la loi du 1er avril 1926, de 15 % dans le cas contraire, et ce à compter du 1er juillet 1945, même s'ils continuent à bénéficier d'un bail en cours ou d'une location verbale non dénoncée.

Ceux d'entre eux qui se sont refusés jusqu'ici à acquitter la majoration ne peuvent que s'incliner devant la décision de la Cour de Cassation et, sans s'entêter dans une résistance inutile, doivent régler à leurs propriétaires le rappel de cette majoration depuis le 1er juillet 1945.

Henri MEILLET.

A PROPOS DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

La Sécurité Sociale, telle qu'elle est définie actuellement par une série d'ordonnances, représente une étape importante dans l'organisation sociale du Pays. M. Laroque (1), Directeur général de la S. S. la situe dans le cadre d'un effort d'ensemble pour l'édification d'un ordre social nouveau et nous croyons qu'il a raison. Il s'agit bien de la marche vers un ordre nouveau et nous osons penser que l'organisation de cette S. S. peut ou devrait être la pierre angulaire, pour rappeler une expression déjà usitée, de cet ordre nouveau.

Actuellement, dans le bouleversement qui secoue les classes sociales et les situations particulières, la S. S. qui établit une forme de rapports entre les hommes peut, par sa conception et son statut rénover la structure intérieure de notre nation et le caractère de notre société.

⁂

Quel est son but ? M. Laroque l'a défini en quatre points qui représentent, selon lui, le contenu de la S. S.

1° La S. S. doit d'abord fournir à tous les hommes et à toutes les femmes qui vivent de leur travail et ne peuvent vivre que de leur travail, une activité rémunératrice.

— d'où élimination du chômage, orientation professionnelle, formation professionnelle du placement.

2° Chaque travailleur doit avoir des ressources suffisantes.

— d'où politique du salaire et allocations familiales.

3° Garantie de la conservation de cette activité, protéger l'ouvrier contre les abus du patron; et aussitôt, s'enchaine, évidemment, le problème de l'organisation de la santé, mode de conservation de l'activité.

4° Parer aux conséquences de la perte possible, par le travailleur, de son activité rémunératrice, maladie, invalidité, chômage.

« Le plan français de S. S., dit M. Laroque, tend aujourd'hui, parallèlement à une politique de la main-d'œuvre et à une politique de salaires qui doivent garantir aux travailleurs un emploi rémunérateur, à les aider tant à conserver leur capacité de travail, qu'à leur four-

(1) *Cahiers français de l'Information*, 3 février 1946, N° 51.

nir, en cas de besoin, des revenus subsidiaires ou complémentaires. »

« L'extension de la S. S. à toute la population va être réalisée au cours des mois qui viennent. »

⁂

Que réalise donc la S. S. ?

Elle retire à toute la population le souci du lendemain.

Elle assure à tous, quelles que soient les conditions individuelles (famille, maladie) ou sociales (crise économique, chômage) les moyens de vivre.

Elle s'impose, elle évalue, mesure, garantit, automatiquement, sans pensée et sans effort ; on la subit. Le titre le dit très bien : Sécurité !

⁂

Quel ordre nouveau édifie-t-elle ? Voilà le point capital.

Economiquement : redistribution des fortunes. « Il s'agit, dit M. Laroque, de prélever sur certains éléments de la population une partie de leur revenu pour la distribuer aux éléments insuffisamments pourvus. »

Socialement : application d'une justice sociale élémentaire, strictement et impersonnellement égalitaire, ordonnée dans ses détails, sans peine et sans joie.

Etablie dans une période d'instabilité économique qui la révèle nécessaire, la S. S. vise à consolider un régime de quiétude, d'indifférence, de « sécurité », qui ne tient par l'effort en haleine, fait perdre le goût de la responsabilité et amollit les caractères.

Dans sa forme présente, elle est étroite, sans horizon, sans humanité, administrative.

Faut-il contester le bien-fondé de la réforme et en refuser les avantages permis ?

Pas le moins du monde.

Mais de la manière dont il se réalise, que dessine cet ordre nouveau ?

Un monde où tout est déterminé, réglé, mesuré, prévu; un monde où le règlement est roi; où tout se passe devant un guichet sans lumière, où un individu plus voisin du robot que de l'homme confronte le besoin, la demande à la règle, et où l'application automatique de la règle satisfait hautement la conscience. Un monde aussi, où chacun satisfait de l'euphorie béate des lendemains sans surprise, n'en demande pas plus.

Voilà l'ordre nouveau que nous promet la S. S. ainsi comprise et appliquée : l'enrégimentement, un militarisme médical, plus exactement un totalitarisme de la santé, avant-garde et première réalisation d'un totalitarisme général.

Cela convient, peut-être, parfaitement à des administrateurs qui, par habitude professionnelle assimilent la Société humaine aux bureaux d'une administration ou aux ateliers d'une usine, où l'homme ne représente qu'un matricule.

Nos hommes d'Etat sont tristes. Ils n'ont pas d'enthousiasme. La méfiance et la crainte habitent leur âme. Ils n'ont pas saisi tout le sens de la grandeur humaine qui n'est pas faite de froide raison, mais aussi d'émotion, de souffrance et de joie. La vie, c'est la fécondité, c'est-à-dire les débordements où l'on jette sans compter toutes les puissances de l'être. Pour bâtir la cité future, il faut accorder aux hommes un très large crédit. Il faut permettre l'épanouissement de tous les instincts profonds. Limiter l'expansion des êtres, ignorer leurs besoins impérieux de dévouement, de désintéressement, de sacrifice, mais aussi de lutte et de conquêtes, c'est aboutir à la stérilité. C'est faire de la tristesse la reine du monde, c'est faire de l'humanité un troupeau aveugle.

Nos hommes d'Etat ont rédigé la S. S. comme ils rédigent un règlement de la S.N.C.F., un transport de pommes de terre, un rapport de chambrée.

⁂

J'avais l'espoir que la commission issue de la tumultueuse assemblée générale de la Confédération, en mars dernier, et chargée de revoir les ordonnances de la S. S. aurait été frappée par le caractère inhumain, malgré les apparences, de cette S. S., et qu'elle en aurait fait le procès éclatant. J'ai été déçu. Nos bouillants confrères se sont mis très sagement au travail. Ils ont repris, article par article, les fameuses ordonnances. Ils ont revu, corrigé, amélioré, aggravé, récrit des articles de loi. Pendant de longues heures, ils se sont astreints à la besogne ingrate et pénible de scribes et de juristes. Ils n'ont pas dit ce qu'ils pensaient de cette réalisation et je le regrette.

Il ne s'agit pas de remettre en question les avantages que la S. S. apporte à la population.

Il ne s'agit pas non plus de s'attarder aux détails. La loi n'est pas immuable. Bien des choses s'arrangeront à l'usage : ce qui est indispensable, c'est que le corps médical abandonne son attitude négative, qu'il cesse de s'en tenir à la défensive, mais qu'il passe au travail positif, qu'il participe en masse à la gestion de la S. S., qu'il apporte une conception de cette S. S. et de l'organisation de la Santé !

Il appartient au Corps Médical qui, lui, par habitude professionnelle, connaît et apprécie la valeur de l'individu et doit, dans sa pratique quotidienne, évaluer le personnel, le particulier, — il appartient au Corps Médical d'illuminer notre sombre et pessimiste S. S.

Il est actuellement une de ces classes sociales où survit le plus intensément la notion de la personne, la valeur de l'humain. Dans ce tourbillon général où la machine, l'esprit industriel, la mécanique se sont rendus maîtres de l'individu et l'asservissent, il est sans doute le seul — plus encore, peut-être, que l'éducateur — qui garde le sens de l'individuel, le souvenir des vertus antiques, le prestige du cœur et de la volonté. Il est donc tout indiqué pour apporter à cette froide et inhumaine S. S. un peu de ce qui caractérise l'homme, et qui lui manque : de cœur et de volonté.

La première, la plus ancienne forme de la S. S., c'était la charité — non pas l'aumône — mais ce don de soi-même à autrui, cet élan du cœur vers le prochain. Elle ne venait pas nécessairement du riche vers le pauvre, mais le pauvre pouvait donner au riche. Heureux temps où l'homme a pu connaître un tel oubli de soi-même pour ne songer qu'à son frère. L'humanité chrétienne, qui en a connu, peut-être, l'expression la plus haute, en est auréolée d'une douce lumière. Cette lumière, notre administration l'a soigneusement étouffée, elle qui ne se trouve à l'aise que sous le plafond d'un bureau.

Dans notre sombre et triste époque, tout élan du cœur est soigneusement réprimé. Tout geste d'amour est un vice. L'indifférence implacable de la science pénètre dans les rapports sociaux, et le sentiment cesse d'être une vérité humaine. Mais ce qui est vrai quand il s'agit de la science ne l'est plus quand il s'agit des hommes. La haine seule est respectée car elle est un levier social pour lever le monde nouveau. Et cependant, que de forces d'amour ne recèle pas le cœur humain ! Les travaux des philosophes et psychanalystes ne le confirment-ils pas et les récents évènements ne sont-ils pas, dans leurs excès mêmes, l'affirmation de l'esprit de sacrifice et l'exal-

tation du sentiment ? « Il y a une certaine générosité inséparable de l'existence, a dit un philosophe, et sans laquelle on meurt, on se dessèche intérieurement. Il faut fleurir : la moralité, le désintéressement, c'est la fleur de la vie humaine... Le sein de la mère a besoin de bouches avides qui l'épuisent ; le cœur de l'être vraiment humain a aussi besoin de se faire doux et secourable pour tous. »

D'ailleurs, les individus ont-ils donc tant besoin de « sécurité », et les peuples sans soucis et sans passions, les peuples qui vivent dans la sécurité ne sont-ils pas appelés à s'éteindre rapidement ?

Le reproche que j'adresse à la S. S. actuelle, c'est que dans cette œuvre qui devrait être humaine par excellence, une œuvre d'amour, on a oublié le cœur, on n'a raisonné que sur des égalités impersonnelles et vides. On y a, en définitive, la défiance de la vie.

⁂

Que fallait-il donc faire ?

1° D'abord, un vraie caisse unique.

En fait, les caisses vont grouper tout le monde, sauf le monde agricole qui est assujetti à un régime spécial, misérable et draconien.

Nos dirigeants rejettent donc de la collectivité toute une catégorie particulièrement importante, dans notre pays dont on glorifie l'admirable équilibre géographique, industriel et agricole —, catégorie fort deshéritée, à tous points de vue, tant par les salaires qu par les conditions de travail et d'existence. Il ne semble donc pas que dans l'extension de la S. S. à tous les individus, on ait voulu faire œuvre humaine et sociale avant tout, mais tout simplement qu'on ait voulu apporter les ressources particulièrement abondantes de catégories sociales qui, pour de multiples raisons, ne peuvent pas ou ne veulent pas profiter outre mesure des lois sociales, pour les mettre à la disposition d'une classe de travailleurs qui n'est souvent pas particulièrement malheureuse mais puissante par son union.

En tout cas, il y a une série fâcheuse de coïncidences.

2° Gestion des caisses par les assujettis eux-mêmes et le Corps Médical avec la participation régulatrice, « homogénéisante » des pouvoirs publics.

Nous avons exposé précédemment (1) comment il est insensé d'organiser la S. S. en dehors du Corps médical.

Quand on prétend que la S. S. actuelle est gérée par les assurés, on abuse des mots. Les militants de la C. G. T. et des autres organisations ne sont pas les assujettis, à aucun titre.

D'autre part, des caisses comprenant des centaines de mille de membres ne peuvent être gérées effectivement par leurs membres. Donc pas de caisses géantes qui deviennent anonymes, mais des caisses plus petites, à l'occasion réparties en sections ou sous-sections où il est possible de réunir les assujettis. Car il est absolument nécessaire d'organiser le contact avec eux, de les intégrer effectivement à la caisse par des assemblées générales, des réunions d'information : la caisse, c'est eux. Ils doivent être très exactement et très régulièrement tenus au courant de la situation de la caisse et invités à donner leur avis. C'est un excellent moyen pour animer l'intérêt, susciter une passion collective, si l'on peut dire, pour la S. S., et modifier l'état d'esprit actuel.

C'est une action d'éducation collective. Il faut enthousiasmer les foules pour l'œuvre grandiose qui s'accomplit, faire prendre le souci des destinées à la caisse. Il faut la faire aimer. La seule façon de toucher le cœur des assurés, c'est que la caisse cesse d'être un bureau, un guichet quelconque, mais devienne une œuvre vivante. C'est l'occasion de ranimer un état d'âme équivalent de la charité d'autrefois, de ce beau sentiment mutualiste d'antan, supérieur et généralisé. Œuvre de régénération spirituelle dont la France a tant besoin après deux guerres atroces.

3° Pour parfaire cette œuvre, il faut laisser aux caisses, mieux, il faut suggérer aux caisses certaines possibilités d'initiatives diverses, par exemple de faire des conférences éducatives, scientifiques, médicales, etc, de faire des fêtes de la S. S., fêtes locales ou régionales ou autres, etc..., des manifestations diverses qui resserreront les liens de la population et de la caisse, par conséquent qui développeront, étendront le sentiment d'humanité qui les anime.

4° La S. S. est un moyen efficace de redresser les tendances égoïstes si puissantes dans notre époque troublée et difficile. Elle pourrait marquer une volonté d'amour et un effort d'éducation et j'aurais bien voulu qu'on y songe un peu dans l'examen de son contenu.

Mais il est bon de dépasser ce stade, de voir plus loin, de préparer l'avenir.

A l'école, par exemple, il doit être laissé une place à la S. S., non pour donner un enseignement juridique seulement, l'étude du droit et de l'art de profiter de la S. S., mais pour stimuler un état d'âme.

Autrefois, les livres de lecture comprenaient de touchants récits de désintéressement, d'honnêteté, d'héroïsme, de dévouement, de charité, excellente école de formation du caractère. L'enfant prenait contact avec la beauté morale. La S. S. ne pourrait-elle aussi aujourd'hui, contribuer à former l'âme de nos enfants ?

On attribue à la pratique des sports le développement de l'esprit d'équipe et de la notion de l'effort. La S. S. n'est-elle donc pas encore à un plus haut point l'exercice de cet esprit d'équipe, d'entraide, mieux de sympathie réciproque et active, d'amour, qu'on ne ménage guère pour les sports.

La S. S. peut être le premier exemple, la première réalisation d'un état presque nouveau pour l'époque contemporaine, un état d'âme qui apporte le vrai bonheur plus que toutes les « sécurités » et les conforts : l'expansion de notre vie dans la société.

⁂

Nous n'épuisons pas le sujet, mais avant de promouvoir ces organismes de soins, ces usines à radios et à analyses diverses dont l'effet sur la santé physique est loin d'être démontré, n'y avait-il pas à promouvoir d'abord une certaine santé morale, cet effort vers le bonheur, vers l'élan fécond, épanouissement de notre être ?

Je ne serais pas surpris que cette santé morale suggère alors des méthodes, une disposition des organismes de soins que toutes les bureaucraties du monde ne concevront jamais.

La S. S. devient ainsi l'animatrice de sentiments qui finiront par pénétrer toute la vie sociale, colorer les relations des hommes entre eux dans tous les autres domaines et imprégner les modes de vie et de gouvernement.

Alors pour nous, un nouvel ordre naîtra : il suffirait que les réalisateurs de la S. S. l'animent dans ce sens.

Dr VALINGOT.

(1) *Concours Médical* du 15 juin 1946.

ÉCHOS & commentaires

Ou le médecin se voit doté pour ses vieux jours d'une sécurité ...assez aléatoire.

Rendant compte de la loi du 22 mai 1946, portant généralisation de la sécurité sociale, nous avions indiqué que le problème de la retraite du médecin risquait de recevoir une solution imparfaite et brusquée, tout à la fois, par l'intégration du Corps médical dans l'organisation de la sécurité sociale. Mais nous avions en même temps rassuré nos lecteurs en indiquant que cette extension (ou cette intégration) était subordonnée à des conditions d'économie générale loin d'être encore réalisées, et devait d'autre part être précédée d'une consultation des organisations représentatives des catégories professionnelles intéressées. Une voie restait donc ouverte à la négociation et une chance, par suite, à l'institution d'un régime spécial d'assurance, chance dont nous n'avions point dissimulé la fragilité, étant donné l'esprit centralisateur qui anime notre plan de sécurité.

De toutes ces réserves et ces précautions, il ne reste plus rien aujourd'hui. Une loi, votée « à la sauvette » par notre Constituante, qui en cette matière n'a rien à envier à celle qui l'a précédée, défaisant ce qu'une autre loi avait fait, prévoit l'extension pure et simple de l'assurance-vieillesse à tous les Français, à compter du 1er janvier 1947 pour la perception des cotisations, et du 1er avril 1947 pour l'ouverture du droit aux prestations. Un décret doit toutefois déterminer les conditions d'application, au reste sans doute fort complexes, d'une mesure que la simple sagesse conduisait à faire attendre encore.

Rappelons que, si la charge apportée par la nouvelle loi comme étrennes aux médecins est facile à calculer (9 % du plafond servant de calcul aux cotisations soit 10.800 fr. actuellement, sous réserve des hausses probables), le bénéfice que les médecins en tireront reste assez incertain et aléatoire. La seule certitude immédiate et actuelle est que les vieux médecins pourront recevoir, à compter du 1er avril prochain, l'allocation des vieux travailleurs salariés, s'ils justifient ne point disposer des ressources suffisantes et si leur revenu total n'excède point 45.000 fr. par an, 60.000 fr. s'ils sont mariés.

Mais l'allocation, qui est de l'ordre de grandeur de la cotisation annuelle, ne résoud que très partiellement le problème de la retraite du médecin. Il revient donc à l'Ordre et aux syndicats d'étudier un « régime complémentaire » seul capable d'assurer au médecin une pension digne de lui.

A propos d'homologations.

Soucieuse de faire régner l'ordre et l'harmonie par une judicieuse et précise réglementation de tous nos actes professionnels, la Commission Nationale d'Homologation des tarifs s'est réunie le 17 septembre.

Créée essèntiellement pour arbitrer les différents entre Syndicats Médicaux et Caisses d'A.S. elle entérinerait sans grande difficulté les conventions avantageuses pour les

HYPERCHLORHYDRIE
TOUTES DOULEURS GASTRIQUES

GASTROSEDYL

GOUTTES

Le grand remède de toutes les
GASTRALGIES

COMPOSITION INCHANGÉE

Teinture Dausse de belladone..... 46
Teinture Dausse de jusquiame..... 20
Liqueur ammoniacale anisée..... 20
Bromure de Sodium.. 15
Phosphate de codéine: 1

Antispasmodique certain

Régulateur de l'acide gastrique

Sédatif à effet immédiat

POSOLOGIE

10 à 30 gouttes dans un peu d'eau sucrée après les repas et au moment des douleurs

LABORATOIRES J. LANDRIER
— Coulange-sur-Yonne (YONNE) —

LES ÉTABLISSEMENTS JACQUEMAIRE à Villefranche (Rhône) RAPPELLENT LEURS PRODUITS *diététiques*

★ LA BLÉDINE
Aliment de préparation au sevrage. Farine complète et équilibrée.

★ LA DIASE CÉRÉALE
Bouillie maltosée fluide. Assimilation totale.

★ LE MALTOGIL
Extrait de malt sec rigoureusement pur. Puissant reconstituant.

LES LABORATOIRES DU GALACTOGIL à Villefranche (Rhône) RAPPELLENT LEURS PRODUITS *pharmaceutiques*

★ LE GALACTOGIL
Puissant galactogène. A base d'extrait de galéga.

★ LE PEPTOGIL
Spécifique des anaphylaxies protéiques (peptones gastriques et pancréatiques)

P. L. Dubuy

Caisses et repousserait celles qui semblent avantageuses pour le Corps médical, tout en ignorant les contingences locales. Ce n'est guère encourageant pour les éventuels signataires de Conventions.

M. Cibrie ayant insisté pour obtenir un relèvement général du tarif de responsabilité des Caisses, sa demande aurait été remise au 4 octobre avec prière d'apporter les éléments permettant d'affirmer que depuis le 31 décembre 1945, la vie a augmenté de plus de 20 % (*sic*). A titre indicatif, le rapporteur de la commission avait admis 30 % et un très gracieux interlocuteur affirma que les 25 % ne faisaient que 17,8 %. O Mathématiques !

Avec les questions soulevées par les stomatologistes, dentistes, sages-femmes, auxiliaires médicaux, on put toucher du doigt le taillis, la broussaille dans laquelle on s'aventure quand on veut tout réglementer dans le détail. Pêle-mêle on aurait pu ainsi apprendre qu'un accouchement fait par un médecin à Montpellier est remboursé 1.800 fr., qu'il le serait à 2.000 fr. s'il est fait par une sage-femme, et à 3.500 si la même sage-femme va faire le même accouchement à Marseille. A Vichy, la piqûre sous-cutanée serait remboursée sensiblement au même prix, qu'elle soit faite par un médecin ou une infirmière, etc... Sans oublier la querelle odonto-stomatologique dans laquelle le diplôme de Docteur en Médecine serait ou dévalué ou fragmenté.

Nous voyons tous les jours le flot montant des non médecins tendre à rattrapper la médecine générale et même à la dépasser.

Pourquoi y-a-t-il encore des étudiants en médecine et qui désirent, tout modestement, faire la bonne et saine omnipratique de leurs pères ?

A propos de la défense de la médecine libre.

Comme *suite à notre Echo « Une liberté trop bien gardée », nous avons reçu de M. J. Garnier, Secrétaire Général du « Groupement de Défense de la Médecine Libre », la lettre suivante que nous nous faisons un devoir de publier :*

En réponse à votre article paru dans *Le Concours Médical* du 20 juillet dernier et concernant notre Groupement de Défense de la Médecine Libre, notre Conseil d'administration,

— réuni le 2 septembre 1946, en son siège social provisoire, 7, rue Washington à Paris,

— persuadé, jusqu'à preuve du contraire, que l'article paru dans votre journal n'a pu être rédigé de la sorte que par manque évident d'informations,

— soucieux d'éclairer vos abonnés dont beaucoup sont aussi ses adhérents, compte sur votre aimable courtoisie pour insérer cette mise au point dans un de vos prochains numéros.

Le G.D.M.L. *n'est pas un mouvement anti-social ni anti-gouvernemental*, bien au contraire, il a le plus vif désir d'aider le Gouvernement et de voir donner à la Loi de Sécurité Sociale, le caractère véritablement humain qui lui fait défaut. C'est à cela qu'il s'emploie ;

Le G.D.M.L. *n'est pas un mouvement politique ou corporatiste ou confessionnel*, c'est un mouvement purement et exclusivement professionnel, absolument indépendant tant sur le plan matériel que sur le plan spirituel, et mû par le seul souci de préserver la Médecine de l'avilissement auquel aboutiraient rapidement hélas ! les diverses mesures dont on l'accable.

ASTHÉNIES
DÉPRESSIONS
ATONIES
STRYCHNOTONINE
CATALYSEUR CELLULAIRE
DYNAMOGÈNE
LABORATOIRE M. LEFEBVRE 25, Bd La Tour-Maubourg. PARIS. 7e

FAUTEUILS ROULANTS DUPONT
Cent ans de spécialisation dans le confort du malade
VENTE & LOCATION
10, Rue Hautefeuille - PARIS (6e)
Téléphone : DANTON 05-61 · 05-62
Succ. à LYON. 6. Place Bellecour

VERMALA OXYUROSE
VERT MALACHITE
LABORATOIRES F. BOUCHARD
83, rue Dutot, PARIS (15e)

Le G.D.M.L. *n'est pas un mouvement dirigé contre l'Ordre ou le Syndicat*, il est trop objectif et trop positif pour méconnaître l'importance capitale de ces deux organismes dont l'autorité est la pièce essentielle de notre édifice professionnel. D'ailleurs il vous suffira de savoir que beaucoup d'Ordonalistes et de Syndicalistes — et non des moindres — ont accepté de faire partie de notre Conseil d'administration, ou nous ont adressé leur adhésion.

Le G.D.M.L. *n'est pas un mouvement d'Officiels ou de Patrons*, bien au contraire, son Conseil d'administration est composé en majorité, et son Bureau en totalité, de simples praticiens, qui connaissent parfaitement et dans les moindres détails les difficultés anormales de vie de leurs confrères, à la campagne, en banlieue, dans les quartiers, dans les usines, dans les mines ; qui connaissent parfaitement aussi la vie des journaux médicaux.

Le G.D.M.L. *n'est pas un mouvement dissident, n'est pas un élément de scission, n'est pas un mouvement clandestin*, bien au contraire, il est strictement libre de toute attache, désire l'union de tous les Médecins sur des idées saines, et combat au grand jour.

Sa position ? Au-dessus des clans, au-dessus des contraintes ou des fausses libertés, loin des routines et des préjugés, à côté des organismes professionnels, notre Groupement, composé de confrères de bonne volonté, désire simplement apporter un concours médical de plus à la défense de notre profession.

Il combat pour le maintien des libertés médicales, et tente non sans succès, d'unir les Médecins de même opinion, prêt à aider efficacement et loyalement quiconque mène le bon combat, prêt à lutter avec énergie contre quiconque se fourvoit.

Sa raison d'être ? N'est-il pas opportun que se constitue en dehors des organismes professionnels, une aile marchante capable de se mobiliser d'extrême urgence et d'en appeler, s'il est nécessaire et sans truchement, à la masse des 35.000 Médecins du territoire ?

N'est-il pas opportun que se constitue un organisme libre de ses actes et de ses écrits ?

Serait-il judicieux de se priver, en des heures aussi tragiques, du concours d'un organisme indépendant, puissant et dynamique dont le but est de suppléer aux défaillances et d'entraîner les hésitants ?

Son programme ? UNIR, INFORMER, VEILLER, COMBATTRE.

Nous sommes heureux que nos inquiétudes sur de nombreux points, soient ainsi levées et que tout malentendu à leur égard soit ainsi dissipé. Il n'en reste pas moins qu'à notre avis les animateurs du groupement seraient plus utiles à la profession en l'intégrant dans les organisations existantes. Il serait dangereux en effet de disperser les bonnes volontés et de laisser croire qu'Ordre et Syndicats ne défendent point eux aussi les libertés professionnelles. Enfin, toute action appelle une réaction et nous craignons fort pour la médecine le régime des partis, dont notre pays nous donne un peu encourageant exemple.

Qu'est-ce que la « Mutualité Familiale » ?

— Une filiale du *Concours Médical*.
— Une Société mutualiste régie par la loi du 1er avril 1898.
— Une Société cinquantenaire dont les réserves atteignent vingt millions.
— Une Société gérée par des médecins pour le service de médecins.
Elle vous versera en cas *de maladie* et *d'accident* des indemnités journalières de 120 à 300 francs par jour.
Ecrivez-lui : 37, rue de Bellefond, Paris (9e).

FOIE ET REIN DEFICIENTS
CHOPHYTOL
AMPOULES INJECTABLES
DRAGÉES . GOUTTES "per os"
Laboratoires ROSA 11 Rue Roger Bacon – PARIS 17e

49ème Congrès Français de Chirurgie
du 7 au 12 OCTOBRE à la Faculté de Médecine de Paris

La Société O.C.E.M. OMNIUM CHIRURGICAL ET MÉDICAL
au Capital de Frs. 1.000.000
exposera à son stand, Couloir de l'Amphithéâtre Vulpian,
tous ses Appareils Electro-Médicaux, et
L'ACCOUCHEMENT ELECTRIQUE
O. C. E. M. — 26, Rue du Quatre-Septembre - Paris 2e

CORRESPONDANCE

APPLICATION DES TARIFS D'HONORAIRES

ACCIDENTS DU TRAVAIL.

3790. — Soins à domicile et à l'hôpital.

Nous vous serions reconnaissants de bien vouloir nous dire comment nous devons, pour l'hôpital et même pour notre clientèle privée, rédiger les notes d'honoraires pour les accidentés de travail.

1° Etant donné que le Syndicat n'a pas signé de convention avec les Caisses d'Assurances sociales.

2° Que la convention qui existe entre l'hôpital et les Caisses est toujours la vieille convention d'origine.

Dr A.

Réponse.

1° *Pour les notes d'honoraires A.T. en clientèle privée, c'est-à-dire à domicile ou au cabinet du praticien, en exécution de la circulaire du 20 mai 1946 (publiée au J.O. du 24 mai et reproduite dans le* Concours Médical *du 8 juin), il convient de calculer vos honoraires, pour les accidents du travail non agricoles seulement, sur la base du tarif des assurances sociales fixé pour l'ensemble du département par la Commission nationale tripartite, avec abattement de 20 % pour la visite et la consultation. Soit, d'après les chiffres publiés par cette circulaire :*

— *pour consultation*	80	— 20 %
— *pour visite*	100	— 20 %
— P.C.	60	
— K.	60	

ces chiffres étant applicables à compter du 17 mai 1946.

Pour les accidents antérieurs au 17 mai 1946 et postérieurs au 1er avril 1945, il convient d'appliquer les tarifs prévus par l'article 2 de l'arrêté du 25 septembre 1945 (voir C.M. *du 10 octobre 1945, p. 805) : visite et consultation 40 fr. ; spécialiste : 55 fr. ; indemnités de déplacement : celles de 1939 majorées de 200 % ; tous autres prix : ceux de 1939 majorés de 100 %.*

2° *Pour les notes d'honoraires pour soins donnés aux accidentés du travail à l'hôpital, la question est encore plus complexe.*

Cela tient à ce que les arrêtés d'application du décret du 17 avril 1943 sur le régime hospitalier n'ayant jamais été publiés (ce régime hospitalier étant d'ailleurs en voie de refonte), les textes sur la sécurité sociale et le nouveau régime des A.S. et des A.T. ne sont pas connectés sur les textes hospitaliers.

A priori, on pourrait penser que l'article premier de l'arrêté du 25 septembre 1945 ayant aligné les tarifs A.T. sur les tarifs A.S. doit s'appliquer aux honoraires A.T. à l'hôpital. Mais un examen poussé des textes, et notamment de l'arrêté du 12 avril 1946 qui a modifié l'arrêté du 25 septembre 1945, conduit à conclure que les seuls tarifs A.T. alignés sur les tarifs A.S. sont ceux « approuvés en vertu de l'article 10 de l'ordonnance du 19 octobre 1945 », c'est-à-dire les tarifs des soins à domicile ou au cabinet du praticien, à l'exclusion des soins hospitaliers, régis, eux, par l'article 11 de l'ordonnance.

Les honoraires pour soins hospitaliers par conséquent sont réglés à titre transitoire par l'article 2 de l'arrêté du 25 septembre 1945 (voir les chiffres ci-dessus).

Les tarifs transitoires de l'article 2 que nous venons de vous préciser sont applicables à partir du 1er avril 1945.

Les tarifs hospitaliers A.T. seront alignés sur les tarifs A.S. à partir du 1er janvier 1947, lorsque l'ordonnance du 19 octobre 1945 sur le nouveau régime des accidents du travail sera entré en vigueur.

MIDY LABORATOIRES

PIPÉRAZINE MIDY

GRANULÉ EFFERVESCENT

LE PLUS PUISSANT DISSOLVANT DE L'ACIDE URIQUE

Arthritisme - Goutte - Gravelle - Rhumatisme

— Lithiase rénale — Lithiase biliaire —

LABORATOIRES MIDY, 67, Avenue de Wagram, Paris.

Fournisseurs des Hôpitaux.



CÉRÉRIF

FARINES COMPOSÉES MALTÉES SUCRÉES

Le traitement thermique que subissent les céréales de ces farines leur assure un goût agréable et une grande digestibilité.

Ets RIFF. Laboratoire et Usine à Valenciennes (Nord)

HOSPITALISATION PUBLIQUE

Comment fonctionne le service chirurgical d'une petite ville.

J'ai lu avec intérêt votre article : « Comment fonctionne le Service chirurgical d'une petite ville ». (1)

Cette formule est la nôtre et donne entière satisfaction.

Installé à Villers-Cotterets en 1932, j'ai construit et installé une clinique médico-chirurgicale en 1938.

Le médecin qui est votre serviteur reçoit les malades et décide de l'acte opératoire que vient exécuter un chirurgien d'un centre environnant. Il fait lui-même toutes les petites interventions et exceptionnellement une urgence. Il fait les examens radiologiques et est spécialisé en phtisiologie. Un ophtalmologiste donne une consultation deux fois par mois. Un oto-rhino vient également régulièrement. Un confrère de médecine générale, ancien externe des asiles, assure une consultation de neuro-psychiatrie. Nous réalisons donc un centre de diagnostic et de traitement dans un chef-lieu de canton de 3.000 habitants uniquement dû à l'initiative privée.

A noter qu'à sa création tous les médecins plus anciens ont boudé. Actuellement, les quelques plus anciens que moi qui subsistent continuent à envoyer leurs clients au loin, mais au fur et à mesure qu'un ancien laisse la place à un jeune, dans le bourg où nous sommes trois médecins, ou dans les environs, dans un rayon de 20 km., ces jeunes apprécient et utilisent notre organisation, sans aucun heurt entre nous et à la plus grande satisfaction de leurs malades. (Nous en voyons même, qui, maintenant, viennent de bien plus loin).

Dr L. B.

(1) V. n° du 24-8-46 page 939.

QUESTIONS DIVERSES

3506. — **L'ordre de la Santé Publique.**

J'ai recours à votre obligeance pour un renseignement concernant l'ordre de la Santé publique institué par décret du 18 février 1938.

On me dit que sont de droit nommés chevaliers de cet ordre les titulaires de la médaille d'Hygiène et de celle de l'Assistance publique. Est-ce exact ?

Je suis moi-même titulaire de la médaille d'argent de l'Hygiène (1936), et de la médaille de bronze de l'Assistance publique (1925). Dois-je en conséquence faire une demande officielle, à quel bureau ? et y a-t-il lieu de fournir des papiers quelconques ?

Dr C.

Réponse.

Le décret du 18 février 1938 qui a créé l'ordre de la Santé publique, a supprimé en même temps la médaille de l'Hygiène et de l'Assistance publique.

En vertu de l'article 8 de ce décret, les titulaires de la médaille d'argent de l'Hygiène, sont de plein droit nommés chevaliers de la Santé publique. Si vous aviez eu les deux médailles d'argent de la Santé publique et de l'Hygiène publique vous auriez été de plein droit nommé officier.

Pour obtenir votre nomination, vous devez adresser une demande sur papier timbré au préfet de votre département, en joignant à cette demande une notice individuelle conforme à un modèle officiel, dont vous trouverez copie au Ministère de la Santé publique.

Les dossiers doivent parvenir au plus tard le 1er décembre, pour pouvoir être compris dans la nomination du 1er janvier.

PROVACS
(TRAITEMENT DES INFECTIONS FUSO-SPIRILLAIRES, SPIROCHETES ET BACTERIES ANAEROBIES DE LA FLORE BUCCO-DENTAIRE)
Vaccinothérapie des infections aiguës
Désensibilisation immunisante des infections chroniques
ANGINES, ANGINE DE VINCENT, STOMATITES, PHLEGMONS DES MAXILLAIRES, et ACCIDENTS DE LA DENT DE SAGESSE
POSOLOGIE { cas aigus : doses fortes de 1 à 3 cc. par jour
cas chroniques : doses faibles espacées et croissantes
en injections sous-cutanées. Pas de contre indications.
LABORATOIRES DAUFRESNE 42, rue Thiers-LE HAVRE

SOLUTION HEPATOUM
SOLUTION DANS LES EAUX DU BASSIN DE VICHY, PRISES DIRECTEMENT AUX SOURCES, D'EXTRAITS DE PLANTES HÉPATIQUES
SPÉCIFIQUE DES AFFECTIONS DU FOIE, DES REINS, DE LA VÉSICULE BILIAIRE
ACTION RAPIDE DANS LES CRISES DOULOUREUSES HÉPATIQUES, NÉPHRÉTIQUES MENSTRUELLES
LABORATOIRE HEPATOUM • Saint-Yorre (Allier)

CONNAITRE

CAHIERS DE L'HUMANISME MEDICAL

Revue trimestrielle

CAHIER N° 4

MASSES, ELITES ET MEDECINE

SOMMAIRE

Editorial (Connaître). — Le problème des masses (Chevalier). — L'Education des masses (Archambault). — Les moyens modernes peuvent-ils servir à l'éducation des masses (Ponte). — L'éducation sanitaire (Viborel). — Le problème des Elites (Ravier). — Sélections professionnelles des Etudiants en Medecine (Cornil). — Le sens de l'humain et de la liberté dans la Médecine Française (Delore). — *Les courants de pensée :* Claude Bernard en seconde lecture (J. Fiolle). — *Chronique scientifique.* — Entre deux infinis (Mallet). — Le psychisme des animaux inférieurs (Fisher). — *Arts et Médecine :* Les Médecins amateurs de peinture. — *Théâtre* (Levallois). — *Cinéma* (Joinville). — *Bibliographie.*

PRIX DE VENTE DU NUMÉRO : 150 *fr.*

ABONNEMENT A 4 CAHIERS : 500 fr.

Au « Concours Médical », 37, *rue de Bellefond,* Paris (9e). Ch. Post. Paris 167-95.

RAPPEL DES CAHIERS DÉJA PARUS : N° 1 *La Médecine et l'Homme* (épuisé) ; N° 2 *Familles, Peuples et Médecine* (épuisé) ; N° 3 *Education et Médecine* (150 fr.).

DEMANDES & OFFRES

N° 580. — Pas-de-C. à céd. client. méd. génér., R.X. et U.V. fixes transmiss., bail et instrum.

N° 581. — J. méd. accouch. gynécol. cherche client. à repr. ou associat. avec conf. âgé. Paris ou Bordeaux. Ecr. journ. qui transm.

N° 582. — Demandons médec. désir. faire recherches dans laborat. de spécialit. laborat. d'analyses, publicité médicale. Ecr. Speab, 19, rue du Rocher, Paris (8e).

N° 583. — A vendre : 1° Traité de médec. Roger Widal Témier. 25 volum. état neuf ; 2° Microscope Reichert n° 61.481, 2 ocul., 3 object., 1/12 immers., état neuf. Doct. C., 230, bd Voltaire, Paris, 11e. 15-31.

N° 584. — A vendre rais. de santé, clin. parf. organis. 20 lits, chauff. centr., salle d'opér., laborat. d'anal., radiogr. électr. méd., etc., gr. jard., bail 9 ans, dans quart. popul., grd ville Afrique du Nord, log. 3 p. et cuis. en sus meubl. moderne. Le tout, demant 3.000.000 de francs.

N° 585. — A vendre sonde intra-utérine double courant. Mme Vve J. Goëau, 6, rue Hémon, Le Mans (Sarthe).

N° 586. — Méd. au cour. stomatol. désire assoc. avec dentiste, seconder. confr. fatigué, si success. possible. Ecr. au journ. qui transm.

N° 587. — Méd. cherche client. méd. génér., Côte-d'Azur. Echanger. contre, idem, banlieue proche Paris avec fixes import.

N° 588. — Médec. à Paris, libre 3 matin. et 3 après-midi par sem., dem. occup. en rapp. (remplac. assist. anasth.).

N° 589. — A vendre, microscope Leik, 3 ocul., 4 obj. (2 obj. à immers.) appar. Abec. Ecrire M. H. Leibourier, 35, rue Boucicaut, à Fontenay-aux-Roses (Seine).

N° 590. — Dame libre tte la journ. ou apr.-midi, cherche empl. chez dentiste ou docteur.

N° 591. — Vve de guerre désire trouver chez dentiste ou médec. empl. pour recevoir client. appels téléph. au besoin assurer quelques trav. ménagers, excell. référ.

N° 592. — A céder région Est, important cabinet d'ophtalmol.

Gérant : J. MIGNON Lang, Blanchong et Cie, 30, rue du Poteau - Paris (18e) — 31.1048
Fév r 1879 Dépôt légal : N° 8 3e trimestre 46



HÉMAGÈNE TAILLEUR

DYSMÉNORRHÉE - AMÉNORRHÉE
TRANCHÉES UTÉRINES
COLIQUES POST-PARTUM

4 A 6 DRAGÉES PAR JOUR

Laboratoire SÉVENET, 38, rue de Ponthieu, PARIS-8e

A VENDRE
PRÉVENTORIUM
en propriété - Semi-altitude
Haute-Savoie - 30 km de Genève
65 LITS - PARC 10 Ha
Constr. et Inst. Neuves
Prix : 11.500.000 francs
STEGA LAB. 15-13
3, rue Treilhard - PARIS (8e)

MORRHUËTINE VITAMINÉE JUNGKEN

Toutes les vitamines de l'Huile de Foie de Morue

Véritable **SUCRE VITAMINÉ**

Laboratoires **BRACQUEMOND & Cie**, 105, Rue de Normandie, **Courbevoie** (Seine)

INNOVATIONS innothéra THÉRAPEUTIQUES

SYMPATHYL

RÉGULATEUR DU SYSTÈME NEURO-VÉGÉTATIF

3 à 8 comprimés par jour

INNOTHÉRA, 54, AVENUE PAUL-DOUMER, ARCUEIL (SEINE)

Eczéma

CUROZEMA

9 Dragées par jour

OPOSÉROTHÉRAPIE VALTRY

LABORATOIRE BIOLOGIQUE VALTRY

46, Rue St Didier Paris 16e

FORMULE INFANTILE :

Pédiozema

GRANULÉ

TRAITEMENT DES LÉSIONS INFLAMMATOIRES GASTRO INTESTINALES PAR LE POUDRAGE

KAOLÉO

Poudre micellaire à base de Kaolin colloïdal paraffiné. Magnésie, Mucilages végétaux.

INDICATIONS : Diarrhées chroniques, diarrhées saisonnières et diarrhées cholériformes des enfants, dysenteries et séquelles de dysenteries.

POSOLOGIE : 1 cuillérée à potage dans verre d'eau, chaque matin avant le premier déjeuner ou au moment des douleurs.

S'associe avec avantage à la cure d'HÉPATOSODINE

SITSA

LABORATOIRES **S.I.T.S.A.**

(S. A.)

Docteur **PIERRE ROLLAND**

Ancien Chef de Laboratoire à la Faculté de Médecine de Paris Pharmacien

15, Rue des Champs, **ASNIÈRES**

(Seine)

LES LABORATOIRES

BOUCHET

KALANOSE

LAXATIF DOUX

Rééducateur des Fonctions Intestinales & Biliaires

SANS ACCOUTUMANCE
SANS CONTRE-INDICATION

★

ENTÉROKINASE · HÉPATINE · BILE
BOURDAINE · ISATINE · LEPTENDRA · BELLADONE

★

1 À 3 DRAGÉES AU REPAS DU SOIR

153-155 · AVENUE DU ROULE - NEUILLY/SEINE
TEL. MAILLOT 05-17-58-36

COMBEY-LAX

Le délicieux laxatif pour les enfants

SIROP PUR SUCRE ET POMMES DE REINETTE
= PAR CUILLERÉES A CAFÉ =

LABORATOIRES ROLAND MARIE
19 RUE DU Fg St-ANTOINE, PARIS

BIPHEDRINE

2 FORMES

AQUEUSE
— 1 % —
D'ÉPHÉDRINE

CORYZAS
RHINITES
RHUMES
DE CERVEAU
RHUMES
DES FOINS
ASTHME
SINUSITES

HUILEUSE
— 0,50 % —
D'ÉPHÉDRINE

RHUMES
CORYZAS
RHINO-
PHARYNGITES
INJECTIONS
TRACHÉALES
DÉSINFECTION
POST-OPÉRATOIRE

Laboratoires du Docteur Bouchara
47, Rue de Bretagne, Paris-3e – Archives 94-65

URISANINE

antiseptique urinaire
diurétique et balsamique

- 1 à 3 cuill. à café par jour -

Laboratoires LONGUET - 34, rue Sedaine - Paris

68e ANNÉE — N° 40 — 5 OCTOBRE 1946

LE

CONCOURS MÉDICAL

37, RUE DE BELLEFOND - PARIS (9e) - TRU 33-66

SOMMAIRE

PARTIE SCIENTIFIQUE.

Les gros cœurs en clinique : valeur pronostique (Pr A. Dumas) 1.111

B. C. G. Pratique (Dr G. Fouche) 1.114

Nouvelles d'Amérique : Le remède contre le cancer ? 1.114

Les Thèses, 1115. — Les Sociétés Savantes, 1.116. — La Presse, 1.119.

PARTIE PROFESSIONNELLE.

Propos du Jour. — Achtung ! Minen. (G. Lavalée 1.120

Organisation Professionelle. — Ordre des Médecins. Les délibérations du Conseil National doivent-elles être publiques ? (J. Mignon) 1.122

De la nécessité impérative de la création en France d'écoles d'infirmiers d'Etat (Pr Chaton) 1.124

Libres critiques des libres opinions (Dr R. Dupond) 1.125

Le mot du Lecteur. — Sur rendez-vous (Dr G. Roux) 1.126

Au sujet des remplacements (Dr Fournier) 1.126

DEMI-COLONNES.

Dernières Nouvelles, 1.104. — A Travers l'Officiel, 1.108. — Echos et Commentaires, 1.127. — Correspondance, 1.131.

OUABAÏNE ARNAUD

Une nouvelle forme

NAIODINE SURACTIVÉE

B forte

Vitamine B_1 = 25 mgrs. pour 10 CC

Laborat. Jacques LOGEAIS, Issy-les-Moulineaux, PARIS

Antianaphylaxie polyvalente

PEPTALMINE

Migraine - Urticaire

Eczéma - Asthme

Lab. SCIENTIA
Dr PERRAUDIN
21, rue Chaptal, PARIS

Toux *Coqueluche*

ÆTHONE

Laboratoire de l'ÆTHONE 35, rue Boissonnade, PARIS

Infangyl Carlier

TOUX INFANTILES

PYRÉTHANE

Antinévralgique Puissant

18, Rue Ernest-Rousselle - PARIS-13e

DERNIÈRES NOUVELLES

Académie de médecine.

Le Dr L. Ramond a été élu dans la 1re Section en remplacement du Pr Roger, décédé.

Hôpitaux de Paris.

Un concours pour la nomination à huit places d'attachés d'électro-radiologie des hôpitaux de Paris sera ouvert le jeudi 7 novembre 1946. Inscriptions au bureau du Service de Santé, 3, avenue Victoria, du 7 au 18 octobre.

Faculté de pharmacie de Paris.

Par arrêtés en date du 27 août 1946, la chaire de microbiologie de la Faculté de pharmacie de l'Université de Paris (dernier titulaire : M. Régnier) est déclarée vacante.

La chaire de botanique de la Faculté de pharmacie de l'Université de Paris (dernier titulaire : M. Bach) est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours, à dater de la publication au *Journal Officiel* du présent arrêté, est accordé aux candidats pour faire valoir leurs titres.

Les dossiers de candidature, établis en double exemplaire, devront être adressés à la fois au directeur de l'enseignement supérieur, président du comité consultatif des universités, et au doyen de la faculté intéressée.

Groupement médical d'études anti-alcooliques.

L'assemblée générale du Groupement aura lieu à Paris le 9 octobre 1946, à 21 h. 25, Bd Saint-Jacques (Institut Alfred Fournier) sous la présidence effective du Professeur Auvigne.

(*Communiqué*).

Clinique de la tuberculose.

Hôpital Laennec (Professeur : M. Etienne Bernard). — Un « Cours en vue de l'examen d'aptitude aux fonctions de Médecin des Services antituberculeux publics et privés » sera fait du 14 octobre au 3 novembre 1946, et sera suivi du 25 novembre au 7 décembre 1946 d'un cours et de travaux pratiques sur « Les méthodes de laboratoire appliquées au diagnostic de la tuberculose.

Droits d'inscription : 1.000 francs pour le premier cours ; 1.000 francs pour le second cours et 1.500 fr. pour l'ensemble des deux cours. *Renseignements :* à la Clinique de la tuberculose. *Inscriptions :* au Secrétariat de la Faculté de Médecine (guichet n° 4) les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

Cours de perfectionnement d'obstétrique,

Un cours de perfectionnement d'obstétrique aura lieu à la Clinique obstétricale de la Faculté de Bordeaux (Pr Marc Rivière), du lundi 21 octobre au samedi 26 octobre 1946, avec la collaboration des chefs de clinique, de l'interne et des externes du Service.

Programme des Cours : Lundi 21 octobre. — Exposé des cours ; Visite dans les salles. Indications et contre-indications du forceps (Dr Puig). Les hémorragies tardives du *post partum* (Dr Chastrusse). Le BCG (Pr Rivière).

Mardi 22 octobre. — Leçon clinique (Pr Rivière). La chirurgie du nouveau-né (Pr honoraire H.-L. Rocher). Travaux pratiques. Conduite à tenir dans l'avortement (Dr G. Faugère). L'accouchement dirigé (Pr agrégé Mahon).

Mercredi 23 octobre. — Consultation commentée. Accidents gravido-cardiaques (Pr agrégé Broustet). Travaux pratiques. Conduite à tenir dans les hémorragies par placenta *praevia* (Dr Puig). Diagnostics biologiques de la grossesse avec démonstration pratique (Dr Demange).

Jeudi 24 octobre. — Observations commentées.

Micelliode

IODE COLLOIDAL MICELLAIRE ÉLECTRO-POSITIF

Toutes les Indications de l'IODE, SANS IODISME POSSIBLE

GOUTTES

Laboratoires de l'HÉPATROL 4 Rue Platon, PARIS (XVe)

Migraines, Rhumatismes
Toutes Algies

CURATINE BRUNET

1 à 4 cachets par jour

LABORATOIRE BRUNET
23, rue des Écouffes - PARIS-4e

ANTISEPTIQUE, SULFAMIDO-CHLORÉ
NON-IRRITANT, PUISSANT, STABLE

CLONAZONE

10 comprimés dans un litre d'eau donnent une liqueur de Dakin

LABORATOIRES DAUFRESNE 42, rue Thiers-LE HAVRE

Appendicite et état gravido-puerpéral (Dr G. Dubourg). Travaux pratiques. La grossesse extra-utérine (Pr agrégé Massé). Conduite à tenir dans la grossesse compliquée de fibrome (Pr agrégé Mahon).

Vendredi 25 *octobre.* — Visite dans les salles. Notions nouvelles sur les albuminuries gravidiques (Pr agrégé Saric). Travaux pratiques. L'otite du nouveau-né (Dr Chastrusse). Acquisitions récentes sur la pathogénie et le traitement des phlébites (Pr Rivière).

Samedi 26 *octobre.* — (*A l'isolement des maternités de Canolle*). Visite dans les salles (Pr agrégé Mahon). Les érythroblastoses et le facteur Rh (Dr M. Traissac).

1° S'inscrire au Secrétariat de la Faculté. Droits à verser : immatriculation, 300 fr., bibliothèque, 200 fr. ; travaux pratiques, 500 fr. ;

2° Tous les cours et séances pratiques ont lieu à l'Hôpital André-Boursier, sauf le samedi matin.

Corps expéditionnaire d'Extrême-Orient.

Le Corps Expéditionnaire Français d'Extrême-Orient manque de personnel médical, et le service de Santé des Troupes Coloniales ne peut, malgré les gros efforts déjà déployés et devant les lourdes charges qui lui incombent dans l'ensemble des territoires d'outre-mer, assurer à lui seul. la relève du personnel actuellement en service en Indochine.

Le Service de Santé des Troupes Coloniales lance un appel pressant aux médecins, chirurgiens et spécialistes (bacteriologie, ophtalmologie, oto-rhino-laryngologie, stomatologie, neuro-psychiatrie), aux pharmaciens, chirurgiens-dentistes, désireux de contracter un engagement au titre du Service de Santé de l'Indochine, dans le Corps de Liaison Administrative pour l'Extrême-Orient.

Cet appel s'adresse aux réservistes et aux personnes dégagées d'obligations militaires, remplissant, entre autres, les conditions suivantes :

1° Etre titulaire du doctorat en médecine, ou du diplôme de pharmacien ou du diplôme de chirurgien dentiste ; 2° avoir moins de 55 ans à la date de leur engagement ; 3° être physiquement aptes au Service Colonial.

Les engagés bénéficieront d'avantages matériels substantiels :

Pour les militaires de réserve, le grade ne peut être inférieur à celui dont ils sont déjà titulaires ni inférieur à celui de capitaine ;

— Indemnité de départ colonial égale à deux mois de solde ;

— Solde mensuelle s'élevant, non compris les allocations familiales et les suppléments, à :

Capitaine : de 29.690 à 38.998 fr. ; commandant : de 40.834 à 44.976 fr. ; lieutenant-colonel : de 48.264 à 52.411 fr. ; colonel : de 58.216 à 62.900 fr. ;

— Congé de fin de campagne.

Les candidatures, qui intéressent aussi bien le personnel masculin que le personnel féminin, seront adressées au :

Ministère des Armées, Direction des Troupes Coloniales, Bureau du Personnel (3e Section Santé). Téléphone : INValides 68-70, Poste 3553.

(*Communiqué.*)

Le Concours Médical
Hebdomadaire fondé en 1879 *par A. Cézilly.*
Directeur honoraire : Docteur J. Noir.
Directeur : Dr G. Lavalée.
Rédacteur en Chef : Dr G. Fischer.
Rédaction, Administration et Publicité, 37, rue de Bellefond, Paris (9e).
Téléphone : TRU 33-66. R. C. Seine 76.579.
Chèques postaux, Paris 167-95.
Abonnements (à compter du 1er octobre 1946) : 1 an, 400 francs - Etudiants, 200 fr. Le N° 15 fr. Changement d'adresse, 5 francs.

HYPNOTIQUE
SÉDATIF
"DIAL"
NOM DÉPOSÉ
DIALLYLMALONYLURÉE
CIBA
Procure un sommeil calme et réparateur
1 à 2 comprimés le soir
LABORATOIRES CIBA - Dr P. DENOYEL
103 à 117, Boulevard de la Part-Dieu, LYON

RECTOCALCIUM
CALCITHÉRAPIE INTENSIVE PAR VOIE RECTALE
SUPPOSITOIRES ADULTES
1 gr. de gluconate de chaux
SUPPOSITOIRES ENFANTS
0 gr. 50 de gluconate de chaux
Toutes les indications du Calcium
Tolérance et assimilation parfaites
Aucun des inconvénients de la Voie parentérale
LABORATOIRE ROGER BELLON
LOUIS FERRAND
(GAMBÉOL, ACTIPHOS, HÉMOPTYLORE "3", GLOBIRON)
78bis, Avenue Marceau - PARIS (8e)

Syndicat des médecins du Tarn-et-Garonne.

SÉANCE DU 21 JUILLET 1946. — *L'Ordre du jour suivant a été voté après une longue discussion :* Le Syndicat des médecins du Tarn-et-Garonne réuni le 21 juillet 1946 en Assemblée générale regrette que le Plan de Sécurité Sociale ait été strictement élaboré par des fonctionnaires administratifs ou médicaux, à l'exclusion de toute consultation des Syndicats médicaux chargés d'appliquer une loi baclée sans débat, amendement ou contrôle parlementaire.

Le Syndicat demande le respect total de la charte médicale et, en particulier, de l'entente directe dans tous les textes légaux à venir. Au cas d'impossibilité d'entente avec les Pouvoirs Publics, il pourrait être préconisé une Organisation Syndicale sur les bases suivantes :

1° Honoraires minima fixés tous les six mois par les Syndicats médicaux départementaux et normalisés dans le cadre régional. Ils suivront les fluctuations de l'indice général du coût de la vie, des frais professionnels et surtout des impôts professionnels du médecin. Ce barème subirait automatiquement une baisse ou une hausse de 20 %, chaque fois que ces divers éléments auront eux-mêmes subi une variation de 20 %. Ces tarifs régionaux seraient homologués par la Confédération dans un délai d'un mois. Cette dernière ne pourrait les refuser qu'au seul cas d'exagération notoire et elle les communiquerait ultérieurement aux Caisses d'A.S. pour établissement d'un tarif de responsabilité.

2° Les assurés sociaux « économiquement faibles » bénéficieront de ces tarifs minima syndicaux, sous le contrôle de la juridiction et sous l'exception des dérogations déjà énoncées.

3° L'augmentation du coût de la vie (63 % du 1er juillet 1945 au 1er juillet 1946), l'augmentation massive des frais et des impôts professionnels obligent le Syndicat du Tarn-et-Garonne à fixer les honoraires suivants minima à l'indice 4 à partir du 1er août 1946 soit :

C : 100, V : 120, K : 100, PC : 75, indem km, 12 fr. 50.

4° Le Syndicat du Tarn-et-Garonne émet le vœu que les membres de la Commission du 31 mars poursuivent leurs travaux jusqu'au règlement complet du Plan de Sécurité Sociale et en accord avec le Corps médical.

5° Convaincu que l'Union fait la force, le Syndicat du Tarn-et-Garonne adresse aux autres Syndicats de la région, représentés à l'A. G. de la Fédération du S.-O. le 28 juillet 1946, un pressant appel pour qu'une action commune soit menée pour un programme et un tarif identique régional à l'indice 4.

6° Sous les réserves précises des modifications de texte a apporter aux paragraphes 1, 2, 4 et 6 du « modus vivendi », il semblerait qu'il puisse être pris en considération, à la condition de voir admettre :

A) Par la Confédération et les Pouvoirs Publics : L'indice 4 minimum actuel pour les honoraires ;

B) Par les Pouvoirs Publics : Le principe de l'étude et de la consultation préalable des ordonnances de médecine sociale, par la Confédération et son accord préalable, avant la promulgation des textes légaux.

C) Par les Pouvoirs Publics : Une révision des taux de forfaits fiscaux, soumis cette année à des évaluations aussi fantaisistes qu'exagérées et l'assimilation des impôts du médecin à ceux des salariés, soit un taux de 16 % avec un abattement de 60.000 francs à la base.

7° A défaut de la réalisation de ces justes améliorations, le Syndicat du Tarn-et-Garonne, désireux de rester dans les traditions de la médecine libérale, demeurera dans la non-collaboration au Plan de Sécurité Sociale.

Modifications proposées au « Modus vivendi ». — Paragraphe 1. — Les Syndicats médicaux établiront un barème d'honoraires syndicaux minima,

STRYCHNAL LONGUET
ANÉMIE
ASTHÉNIE,
NEURASTHÉNIE
AFFECTIONS
MÉDULLAIRES
ET NÉVRITIQUES
CONVALESCENCES
granules : 2 à 4 p. jour
ampoules : 1 à 2
LABORATOIRES
LONGUET
54, RUE SEDAINE - PARIS

PRODUIT DE LA BIOTHÉRAPIE
Vaccination par voie buccale contre la typhoïde et les para A et B
BILIVACCIN
ANTITYPHIQUE
H. VILLETTE & Cie, Pharmac. 5, r. Paul-Barruel, PARIS-XV°

CALMOPELVINE
Dragées
ANTISEPTIQUE URINAIRE
LABORATOIRES FERGANT
81, Rue Réaumur, PARIS - Tél. : Central 37-91

ces barèmes seront harmonisés au sein des Fédérations régionales.

Paragraphe 2. — Ce barème sera établi en tenant compte notamment des tarifs minima de 1939, du coefficient d'augmentation des salaires, traitements et indemnités et de l'augmentation beaucoup plus forte des frais professionnels et des impôts professionnels du médecin ; à établir dorénavant à 16 % avec abattement de 60.000 francs, pour les impôts sur salaires et traitements.

Paragraphe 4. — Ce barème sera augmenté ou abaissé de 20 % lorsque les éléments prévus au Paragraphe 2 se seront élevés ou abaissés de 20 %.

Paragraphe 6. — Le bureau confédéral prendra le contact nécessaire avec le gouvernement et les organismes intéressés aux fins de réaliser une entente basée sur les indications ci-dessus inscrites et sous réserve de voir admettre par les Pouvoirs Publics le principe de la consultation préalable et de l'accord de la Confédération avant la promulgation des ordonnances ultérieures de médecine sociale.

Al. b. — La juridiction professionnelle devant arbitrer ou juger tout dépassement qui, hors les dérogations légales, apparaîtrait comme excessif, l'entente directe est absolue en dehors des « économiquement faibles ».

Al. c. — A limiter au nécessaire, dans tous les cas, les prescriptions médicamenteuses et autres, tous abus devant être soumis à la seule juridiction professionnelle.

(*Communiqué.*)

Les médecins français au Liban.

Un de nos lecteurs, le Dr Arab, ex-professeur à la Faculté française de Beyrouth, nous communique une information réfutant certains bruits, dont nous nous étions fait l'écho, et selon lesquels les médecins français ne seraient admis désormais à exercer au Liban, que dans la proportion même où les médecins libanais exerçaient en France, eu égard aux populations respectives. Il en résultait qu'il ne pourrait rester qu'un seul médecin français au Liban.

Par voie officielle, le Dr Arab a obtenu les précisions suivantes :

Il s'agit d'un projet actuellement en discussion, mais qui n'aura pas d'effet rétroactif : les médecins français actuellement au Liban, et particulièrement les professeurs de la Faculté française de Beyrouth, verront donc leur situation sauvegardée.

Pour l'avenir, cette disposition touchera non seulement les médecins français, mais tous les étrangers, et même les médecins des pays arabes environnants.

Une autorisation d'exercer pourra cependant, dans certains cas, être accordée, suivant les besoins du pays, et seulement après que le candidat aura satisfait à un examen devant les autorités compétentes.

Congrès de Chirurgie et d'Electro-Radiologie.

Les constructeurs d'appareils d'électricité médicale et de radiologie organisent, pendant les Congrès, dans la semaine du 7 au 12 octobre 1946, une exposition qui aura lieu à la Faculté de Médecine de Paris et à laquelle ils convient le Corps Médical.

Nécrologie.

L'accident récent de l'avion Paris-Londres a coûté la vie à Lady Chetwind, et le « Concours Médical » ne peut laisser passer un tel événement sans rappeler que cette mort tragique interrompt la carrière d'une amie efficace et dévouée de la France.

Depuis la libération, Lady Chetwind s'était efforcée de venir en aide à nos tuberculeux tombés malades sous les drapeaux, et à plusieurs reprises, déjà, elle avait expédié pour les sanatoriums français recevant des anciens combattants, vivres, vêtements, chaussures, lainages. Elle s'efforçait de rassembler pour son « Fonds de secours pour les tuberculeux anciens combattants », le maximum des ressources britanniques, françaises et étrangères. Et c'est au retour d'un voyage à Paris où elle était venue s'occuper de son œuvre, que la mort l'a frappée.

HÉMOGLOBINE DESCHIENS
FER VITALISÉ
VITAMINES DU SANG
Opothérapie Hématique
Syndrômes Anémiques - Déchéances Organiques
DESCHIENS, Docteur en Pharmacie, 9, Rue Paul-Baudry, PARIS (8e)

Séjour à la montagne
Haute-Savoie
SAINT GERVAIS
(Alt. 800)
Chalet de WARENS
Home d'enfants 1 à 12 ans
Contag. exclus - Sports - Etudes
Px. spéc. Octobre et Novembre 250 fr. p. j.

UROMIL
Ether Phémyl Cinchonique — Pypérazine — Héxaméthylène Tétramine
Phosphate disodique — Salicylate de Lithine
MOBILISE RÉGULARISE
DISSOUT — ÉLIMINE L'ACIDE URIQUE L'ÉQUILIBRE ACIDO-BASIQUE
19, rue Drouot, Paris-9e

A L'OFFICIEL TRAVERS

ACCIDENTS DU TRAVAIL

Arrêté ministériel du 16 septembre 1946 fixant la tarification provisoire des risques accidents du travail et maladies professionnelles.

Article premier. — A titre transitoire, les cotisations dues par les employeurs au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles sont fixées par les caisses régionales de sécurité sociale en tenant compte des règles énoncées au présent arrêté.

Art. 2. — La caisse régionale peut décider la reconduction temporaire du ou des taux utilisés pour le calcul des primes ou cotisations versées en 1945 ou 1946 lorsque les employeurs ont envoyé les justifications prévues à l'article 5 du présent arrêté avant la date limite fixée, en incorporant à ces taux une majoration égale à 30 %, compensatrice des taxes acquittées en 1946 pour l'alimentation des fonds institués par la législation des accidents du travail et des maladies professionnelles.

Art. 3. — Toutefois, les professions suivantes donnent lieu à perception d'une cotisation forfaitaire :

1° Gens de maison occupés aux travaux ménagers : 1,9 %.

2° Femmes de ménage : 1,25 %.

3° Chauffeur de maître : 5,8 %.

4° Concierges : 2,2 %.

5° Employés de bureau sédentaires : 0,6 %.

Le taux indiqué pour la cinquième catégorie s'applique aux employeurs occupant exclusivement des salariés des professions susvisées.

Les salaires servant de base au calcul de la cotisation sont les salaires utilisés pour le calcul des cotisations d'assurances sociales.

Art. 4. — La caisse régionale fixe les taux de cotisation des employeurs auxquels il n'est pas fait application des articles 2 et 3, soit après évaluation du risque, soit d'après un barème de tarification établi par le ministre du Travail et de la Sécurité Sociale après avis des comités techniques nationaux intéressés.

Art. 5. — L'employeur visé à l'article 2, assuré contre les accidents du travail et les maladies professionnelles par un organisme d'assurances privé fait parvenir à la caisse régionale de sécurité sociale de sa circonscription avant le 1er novembre 1946 une copie certifiée conforme des conditions particulières de sa police d'assurance et, le cas échéant, des avenants qui l'ont modifiée ou toutes autres pièces reconnues équivalentes, ainsi que l'ensemble des quittances des primes versées auxdits organismes afférentes à la période écoulée depuis le 1er janvier 1945.

Art. 6. — Le taux de la cotisation due par les employeurs qui n'ont pas satisfait aux prescriptions de l'article 5 ci-dessus, est majoré de 10 %.

Art. 7. — La caisse régionale fait connaître à chaque employeur, à l'exception de ceux visés à l'article 3, le ou les taux de cotisation qui lui sont applicables à compter du 1er janvier 1947.

Au cas où l'employeur n'a pas reçu ladite notification quinze jours au moins avant la date prévue pour le versement de sa cotisation conformément aux dispositions de l'article 36 de l'ordonnance du 4 octobre 1945, il verse un acompte provisionnel

THÉRAPEUTIQUE RHINO-PHARYNGÉE A DOSE FAIBLE

KIDARGOL

LABORATOIRE R. GALLIER, 1 bis, Place du Président-Mithouard, PARIS-VI.

Décongestif pelvien et ano-rectal

LE SYMPTOME "DOULEUR"

KAVIASE

DANS LA SPHÈRE GENITO-URINAIRE

Laborat. CANAT, 22, r. Lalande, PARIS-15e

LIT MÉCANIQUE DUPONT

Cent ans de spécialisation dans le confort du malade

POUR SOULEVER ET SOIGNER LES MALADES

NOUVEAU MODÈLE PERFECTIONNÉ RECOMMANDÉ PAR LE CORPS MÉDICAL

10, Rue Hautefeuille PARIS (VIe Arr.)

Téléphone : Danton 05-61 et 62

Succ. à Lyon, 6, Place Bellecour

VENTE ET LOCATION

sur les bases du ou des derniers taux de sa police d'assurances.

Lorsque le ou les taux fixés au cours de l'année 1947 par la caisse régionale sont supérieurs aux taux retenus pour ledit acompte, l'employeur est tenu au paiement de la différence.

Art. 8. — La caisse régionale peut reconduire le ou les taux de cotisation des contrats d'assurances qui ne garantissaient pas la totalité du risque professionnel après les avoir majorés, d'une part, en vue de tenir compte de l'augmentation des charges entraînée par la couverture totale du risque, d'autre part, conformément aux dispositions de l'article 2.

Toutefois, les taux reconduits sont majorés forfaitairement pour les contrats d'assurances qui excluaient de leur garantie la couverture du risque d'incapacité temporaire en considérant que cette fraction du risque représente 45 % de l'ensemble. Cette mesure n'est pas applicable aux entreprises appelées à bénéficier des dispositions de l'article 2 de l'ordonnance du 19 octobre 1945 modifiant la législation sur les accidents du travail et les maladies professionnelles.

Art. 9. — Tout employeur qui conservait à sa charge la totalité des obligations résultant de la législation sur les accidents du travail et les maladies professionnelles et qui affectait chaque année à un organisme intérieur de prévoyance ou à un poste de sa comptabilité les sommes nécessaires à la couverture de ces risques, devra en faire la déclaration à la caisse régionale avant le 1er novembre 1946.

Il devra justifier par des documents comptables réguliers de l'importance de son personnel, du nombre et du coût des sinistres survenus au cours des cinq dernières années, et fournir à la caisse régionale tous renseignements de nature à permettre l'évaluation du risque.

Art. 10. — Tout employeur qui n'est pas en mesure de fournir les documents prévus aux articles 5 ou 9 avant le 1er novembre 1946 adresse à la caisse régionale tous renseignements susceptibles de lui permettre l'évaluation du risque professionnel.

Art. 11. — A partir du 1er novembre 1946, tout nouvel employeur adresse à la caisse régionale les renseignements visés à l'article 10 dans les quinze jours qui suivent le début de son activité.

Art. 12. — Les dispositions de l'article 4 s'appliquent aux employeurs visés aux articles 9, 10 et 11.

Art. 13. — Les entreprises pour lesquelles le nombre des salariés dont la rémunération dépasse le chiffre visé à l'article 31 de l'ordonnance du 4 octobre 1945, est supérieur à un tiers de l'effectif total du personnel, ont leur cotisation majorée dans une certaine proportion.

Le coefficient de majoration est au plus égal au rapport de la masse totale des salaires perçus par le personnel de chaque entreprise à la masse des salaires soumise à la taxation pour le paiement des assurances sociales.

Art. 14. — La déclaration prévue à l'article 35, dernier alinéa, de l'ordonnance du 4 octobre 1945 relative aux circonstances de nature à aggraver les risques d'une entreprise, doit être effectuée par l'employeur à la caisse régionale dans un délai de quinze jours.

Art. 15. — Les dispositions du présent arrêté ne sont pas applicables aux trois départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle.

Les règles actuelles de tarification restent provisoirement en vigueur dans lesdits départements.

(*J. O.*, 20 septembre 1946.)

ALLOCATIONS FAMILIALES

Arrêté ministériel du 17 septembre 1946 fixant le montant de la cotisation des allocations familiales due chaque trimestre par les employeurs

MIGRAINES — GRIPPES
DOULEURS CATAMÉNIALES
ALGIES

ALGOCRATINE
Un cachet dès la première sensation de douleur
LANCOSME, 71, Avenue Victor-Emmanuel III — PARIS


KAOSYL
DESLEAUX
PANSEMENT GASTRO-INTESTINAL
LANCOSME, 71 Av Victor Emmanuel III, Paris (8e)

BAUME THOMAS
Douleurs de la première dentition
Véritable Huile de Haarlem G. de Koning Tilly
Cachets Pachaut - Valériane Pachaut - Phosphogène Pachaut - Terbinthiol
Laboratoires THOMAS, 2, rue Ste-Cécile, 31, Fg Poissonnière, PARIS-9e

pour leur propre compte et par les travailleurs indépendants.

Cet arrêté comporte un tableau par département. Pour la catégorie A, ces cotisations varient selon le lieu de la résidence de 1.090 à 2.120 francs par trimestre.

(*J. O.*, 20 septembre 1946.)

LOYERS

Loi du 17 septembre 1946 relative à l'application des majorations de loyer édictées par l'ordonnance du 28 juin 1945.

Nous commenterons les dispositions de ce texte dans un prochain article.

(*J. O.*, 18 septembre 1946.)

MASSEURS

Arrêté ministériel du 13 septembre 1946 instituant une session d'examen pour le diplôme d'Etat de masseur kinésithérapeute.

(*J. O.*, 20 septembre 1946.)

MEDECINS CONSULTANTS REGIONAUX

Arrêté ministériel du 13 septembre 1946 nommant un médecin consultant régional.

Article premier. — M. le docteur Porez ancien chef de clinique médicale infantile à la Faculté de Médecine de Lille est nommé médecin consultant régional adjoint de pédiatrie pour la région de Lille.

(*J. O.*, 20 septembre 1946.)

REQUISITIONS

Arrêté ministériel du 13 août 1946 fixant le prix des véhicules automobiles requis par l'autorité militaire à partir du 14 juillet 1945.

Article premier. — Les prix de base des véhicules automobiles, déterminés par les arrêtés du 26 octobre 1944, du 31 janvier 1945 et du 8 avril 1946, sont modifiés ainsi qu'il suit :

a) Les barèmes parus le 19 juillet 1945 dans le n° 860 de l' « Argus de l'Automobile et des Locomotions », sous la rubrique « Marchés des voitures d'occasion », sont applicables aux véhicules de tourisme, requis à partir du 14 juillet 1945 ;

.. ..

PARTIE SCIENTIFIQUE

LES GROS CŒURS EN CLINIQUE ; VALEUR PRONOSTIQUE

par A. DUMAS
Professeur agrégé. Médecin des Hôpitaux de Lyon

LA radioscopie permet aujourd'hui d'apprécier l'augmentation de volume du cœur, mieux que ne pouvaient le faire autrefois la percussion ou la palpation. Et c'est là pour le clinicien, un renseignement de première importance.

Dans quelles circonstances s'observe l'hypertrophie cardiaque ? Quelle en est la cause ? Comment évolue-t-elle ? Quel en est le pronostic ? Telles sont les questions que nous nous proposons d'étudier.

I — Dans quelles circonstances s'observe l'hypertrophie cardiaque ?

Au cours des néphrites, aortites et néphro-aortites. Au cours de certaines cardiopathies. Au cours de l'hypertension artérielle. Elle peut enfin se produire d'une façon en apparence primitive et spontanée.

a) Au cours des néphrites, aortites et néphro-aortites.

Il peut paraître banal de signaler l'hypertrophie cardiaque dans de tels cas. Elle y est en effet d'observation courante, seulement elle ne se comporte pas chaque fois de la même façon et c'est précisément sur ses modalités différentes et son comportement particulier qu'il y a lieu d'insister,

On peut affirmer que dans tous ces cas, l'hypertrophie cardiaque est d'autant plus marquée que la lésion est plus grave. Au cours des aortites syphilitiques appelées à évoluer rapidement chez des sujets encore jeunes, l'hypertrophie cardiaque précède et commande la scène clinique. Elle fait partie de la maladie, en ordonne dès le début les symptômes : dyspnée, cardialgies et c'est elle qui orientera le diagnostic. C'est en cherchant la cause de cette hypertrophie cardiaque que l'on remontera tout naturellement au diagnostic d'aortite, elle-même silencieuse et ne tirant ses symptômes que des complications qu'elle engendre.

Quand à l'aortite se surajoute la néphrite, le cœur peut atteindre des dimensions énormes qui entravent sa capacité fonctionnelle et engendrent l'asystolie.

Dans tous ces cas, la tension artérielle est très élevée, parfois géante, mais ne peut à elle seule être tenue pour responsable de l'hypertrophie cardiaque. Tout d'abord, parce que l'hypertension peut évoluer longtemps sans provoquer d'hypertrophie ; et d'autre part, parce que c'est précisément au moment où l'hypertrophie a atteint son degré maximum que la tension artérielle a tendance à décroître. On voit qu'il n'y a pas de parallélisme entre le degré de la tension et l'importance de l'hypertrophie, et que c'est l'hypertrophie du cœur plus que l'hypertension qui assombrit le pronostic.

Dans d'autres conditions par contre, quand il s'agit de néphrites sèches, de petits reins scléreux à évolution lente, l'hypertrophie cardiaque garde des proportions modérées, et peut être parfaitement tolérée pendant très longtemps.

On voit ainsi que tous les cardio-rénaux ne se ressemblent pas et que ce qu'on est convenu d'appeler le cœur rénal ou cœur de Traube revêt en réalité des formes multiples qui méritent d'être soigneusement distinguées, car son évolution est chaque fois différente suivant la nature de la néphrite, syphilitique ou autre, et surtout d'après son caractère plus ou moins inflammatoire.

b) Au cours des lésions orificielles du cœur.

Ce que nous venons de dire de l'hypertrophie cardiaque des rénaux et des aortiques s'applique également à l'hypertrophie cardiaque des valvulaires. Laquelle varie chaque fois en nature et en intensité suivant la nature de l'endocardite et la forme plus ou moins aiguë de la cardiopathie.

Certains rétrécissements mitraux de caractère purement cicatriciel peuvent persister indéfiniment sans jamais aboutir à l'hypertrophie. Il est par contre des lésions mitrales qui ne cessent d'évoluer à la faveur d'atteintes rhumatismales subintrantes et qui rapidement s'accompagnent d'hypertrophie responsable de l'asystolie plus ou moins précoce à laquelle ces sujets sont appelés à succomber.

L'insuffisance aortique, elle, donne lieu, comme on le sait, à une hypertrophie très particulière du ventricule gauche portant principalement sur la pointe pour réaliser ce qu'on appelle très justement le cœur en gourde. Ici, contrairement au cas précédent, c'est le facteur mécanique qui paraît jouer le rôle principal dans la genèse de cette hypertrophie si particulière et c'est sans doute pourquoi elle est en général bien supportée.

De l'insuffisance mitrale, on peut dire qu'elle tire sa gravité presque uniquement du degré plus ou moins marqué de l'hypertrophie cardiaque qui l'accompagne. Chacun sait qu'il est des insuffisances mitrales qui restent indéfiniment bien supportées, ce sont celles qui conservent un cœur de dimensions normales. Malheureusement, il est loin d'en être toujours ainsi et nombreux sont les insuffisances mitrales qui voient le cœur s'hypertrophier progressivement et défaillir au prorata de cette hypertrophie.

c) Au cours de l'hypertension artérielle.

La phase dite solitaire de l'hypertension artérielle ne comporte pas d'hypertrophie cardiaque et cependant l'hypertension peut atteindre dès cette période un chiffre très élevé.

Par contre, après un temps plus ou moins prolongé, et des plus variable, le cœur ne manque jamais de s'hypertrophier et c'est alors que l'hypertension solitaire verse dans ce que nous avons appelé la **phase organique de la maladie hypertensive**. En même temps que cette hyper-

trophie, apparaissent d'autres symptômes d'organicité de mauvais augure tels que l'albuminurie et l'hyperazotémie, témoignages de la participation du rein à la maladie, laissant prévoir la survenue des accidents habituels : œdème aigu du poumon, collapsus cardiaque, asystolie.

Il en résulte que tant que n'a pas apparu l'hypertrophie du cœur, l'hypertension est en général assez bien supportée et peut laisser entrevoir une évolution favorable. Espérance que vient décevoir l'apparition de l'hypertrophie. Il est inutile d'insister davantage pour que l'on comprenne toute l'importance d'en surveiller attentivement l'apparition.

L'hypertrophie cardiaque mesure en effet, plus et mieux que le degré tensionnel lui-même, la gravité de l'hypertension. Elle l'accompagne, la complique, mais ne la commande pas. On pourrait dire plus justement qu'elle est commandée par elle. Mais il importe de noter qu'il n'y a pas d'équivalence entre le degré de l'hypertension et l'importance de l'hypertrophie du cœur. En effet, c'est en général pendant la phase solitaire de la maladie hypertensive que l'hypertension atteint son plus haut degré alors qu'au cours de la phase organique la tension aura plutôt tendance à décroître et c'est ce qui autorise ce paradoxe que l'hypertendu ne se porte jamais si bien que quand sa tension est la plus haute ou encore qu'il ne commence à souffrir de son hypertension que quand elle se met à baisser. Restant bien entendu que nous ne parlons pas ici des abaissements tensionnels thérapeutiquement obtenus, quand ils peuvent l'être, après une cure à Royat par exemple, et qui eux sont toujours favorables, soulagent le malade et le mettent à l'abri de la menace redoutable de l'hémorragie cérébrale ou de l'œdème aigu du poumon.

Retenons que le degré de l'hypertrophie du cœur au cours de la maladie hypertensive, est un élément de pronostic plus précieux mais aussi plus sévère que le degré même de l'hypertension.

d) Hypertrophie cardiaque d'apparence primitive.

On a décrit sous le nom de gros cœurs primitifs, des hypertrophies cardiaques d'apparence spontanée, que la clinique ne permet de rapporter à aucune des causes habituellement invoquées.

Toutes les hypertrophies cardiaques ne relèvent pas forcément d'aortite, d'endocardite ou d'hypertension. L'hypertrophie s'observe avec une remarquable fréquence au cours de la maladie de Basedow et aussi dans certains cas d'hyperthyroïdies qui ne font pas toujours leur preuve par des symtômes cliniques aisément décelables. L'élévation du métabolisme basal a pu dans certains cas trancher le problème et permettre d'imputer à l'hyperthyroïdie plus ou moins latente, telle hypertrophie que l'on aurait été tenté de considérer comme primitive. Peut-être faut-il invoquer également, dans des cas analogues, des troubles glandulaires encore mal connus que les recherches actuelles nous permettrons un jour de préciser.

Il n'est pas d'ailleurs certain que l'hypertension n'ait pas joué son rôle dans le développement de ces gros cœurs dits primitifs. Nous avons vu en effet que l'hypertension avait tendance à décroître au moment précisément ou le cœur s'hypertrophiait. Or l'enquête pourra parfois démontrer que ces malades à gros cœurs sans tension avaient passé antérieurement par une phase hypertensive plus ou moins prolongée restée inaperçue. Evolution latente, sournoise, solitaire qui ne se révèle que tardivement, une fois l'orage passé, par les dégâts qu'elle a causés, à un stade même ou cette cause a cessé d'exister.

Il est enfin une autre étiologie à laquelle on est en droit d'imputer les gros cœurs dits primitifs, c'est la maladie rhumatismale. Le virus rhumatismal, soit qu'il affecte une évolution latente, soit qu'il se manifeste ouvertement mais sous une forme camouflée qui le rend difficilement reconnaissable, peut être tenu pour responsable de certaines hypertrophies cardiaques parfois considérables qui se présentent au premier abord sous une apparence primitive et ne comportent aucune élévation tensionnelle La toxine tuberculeuse dans certains cas analogues a pu également être mise en cause, en dehors de toute manifestation pulmonaire évolutive.

Quoi qu'il en soit, cette forme clinique de gros cœurs primitifs doit être tenue pour particulièrement sévère. Le cœur peut atteindre des dimensions considérables, dépasser le kilo sans que l'examen histologique sur les divers fragments prélevés ne puisse révéler de lésions inflammatoires de myocardite. Il s'agit d'une hypertrophie pure et simple par hyperplasie, dont le caractère pathologique consiste avant tout dans la prolifération anormale du tissu myocardique. De pareilles hypertrophies sont toujours très mal tolérées et aboutissent très rapidement à une forme très particulière d'asystolie aiguë et parfois suraiguë, modalité terminale habituelle de ce qu'on est convenu d'appeler le gros cœur primitif.

II — Quelle est la cause de l'hypertrophie cardiaque ?

Deux causes très différentes se disputent les préférences des auteurs. Les uns invoquent le facteur mécanique : l'obstacle à vaincre. Les autres, le facteur infectieux. La théorie qui met en cause les toxines et l'infection paraît aujourd'hui la plus probante. Mais tous les cas ne se ressemblent pas et une discrimination doit être faite entre les différentes formes d'hypertrophie cardiaque.

a) Les hypertrophies dites de compensation.

La plus typique est sans conteste celle que l'on observe au cours de l'insuffisance aortique. Hypertrophie portant sur la région de la pointe du ventricule gauche et donnant à l'ensemble du cœur cette forme si caractéristique que l'on appelle le cœur en gourde. Cette hypertrophie ainsi localisée s'explique par la nécessité où se trouve le ventricule, de compenser par un accroissement d'énergie systolique la régurgitation constante du sang dans le ventricule, du fait de l'incontinence des sigmoïdes aortiques.

Le même raisonnement finaliste peut être tenu en ce qui concerne l'insuffisance mitrale. Du fait du reflux du sang dans l'oreillette à chaque systole, l'ondée sanguine systolique doit être accrue.

Au cours de l'hypertension artérielle, ce serait l'obstacle à vaincre, périphérique cette fois, qui obligerait le cœur à s'hypertrophier dans son ensemble.

On ne peut nier que dans tous ces cas, ce soit bien réellement la nécessité de son hyperfonctionnement qui soit la cause de l'hypertrophie du cœur. Mais ce qui est également certain, c'est qu'à partir d'un certain degré bien vite franchi, cette hypertrophie cesse d'être bienfaisante et, le but dépassé, continue à s'accroître, en dépit des troubles qui en résultent. La réaction compensatrice de la lésion est devenue à son tour aussi redoutable que la lésion elle-même.

On peut admettre que l'hyperactivité fonctionnelle a créé dans l'organe qui y est soumis, des manifestations inflammatoires responsables à la fois de la progression néfaste de l'hypertrophie et aussi des lésions intra-myocardiques qui aboutiront au collapsus et à l'asystolie. Et ceci nous conduit tout naturellement à parler maintenant des hypertrophies infectieuses ou toxiques.

b) Les hypertrophies infectieuses et toxiques.

Le rôle néfaste que nous venons d'attribuer à certaines hypertrophies primitivement compensatrices, se manifeste avec son maximum d'intensité au cours des hypertrophies d'origine infectieuse. Le gros cœur rhumatismal avec ou sans lésions orificielles en est l'exemple le plus frappant.

Il s'agit ici d'une véritable maladie du myocarde : myocardite ou myocardie, dont l'hypertrophie est le caractère dominant et qui va aboutir plus ou moins rapidement au syndrome clinique du gros cœur arythmique avec toutes les menaces qu'il comporte.

c) Les hypertrophies expérimentales.

Les chirurgiens nous ont appris que les anévrysmes artério-veineux des gros vaisseaux sont capables en raison du court-circuit qu'ils engendrent dans le réseau circulatoire, de provoquer l'accélération du moteur central, le cœur, et de conduire ainsi le malade à l'asystolie. Par contre une ablation opportune de cet anévrysme permettra aux accidents cardiaques de regresser plus ou moins complètement suivant l'époque plus ou moins tardive à laquelle l'exérèse aura été pratiquée.

Se basant sur ces données si précises fournies par la chirurgie, les physiologistes (Mount-Reid en 1922, Holmann en 1924) ont réalisé chez le chien, des anévrysmes artério-veineux expérimentaux qu'ils ont pu maintenir d'une façon suffisamment prolongée pour voir apparaître chez l'animal, les mêmes accidents cardiaques que les chirurgiens avaient observés chez l'homme. Asystolie irréductible, même après extirpation de l'anévrysme si l'extirpation avait été trop tardive. Régression au contraire complète des accidents si cette ablation avait été entreprise dans les limites convenables.

On ne peut nier ici que l'hypertrophie cardiaque chaque fois constatée n'ait été au début du moins, d'ordre uniquement mécanique. Et cependant, la prolongation de ce régime de surmenage du cœur provoqué par le court-circuit anévrysmal a créé à la longue une hypertrophie cardiaque aussi mal tolérée que celle du gros cœur dit primitif que la clinique nous a appris à connaître... C'est pourquoi, nous nous étions demandé naguère si le gros cœur primitif, forme clinique d'hypertrophie cardiaque à tension artérielle basse, ne pourrait pas être imputé à un état d'hypotonie artérielle entraînant, au même titre que l'anévrysme artério-veineux, le surmenage du cœur destiné à compenser cette hypotonie. L'hypotension permanente provoquerait ici l'hypertrophie cardiaque destinée à la compenser, comme la provoque l'hypertension dans le but inverse de vaincre la résistance périphérique. Hypothèse qui nous avait semblé mériter d'être retenue, ne serait-ce qu'en raison des recherches qu'elle est susceptible de suggérer.

En tout état de cause, ces données expérimentales ainsi que ces déductions cliniques nous placent une fois de plus devant ce problème irritant d'une maladie véritable qui succède à des troubles mécaniques de compensation et continue à évoluer, une fois disparue la cause qui les a provoqués (extirpation de l'anévrysme).

Et si l'on s'adresse maintenant à l'anatomie pathologique pour prendre connaissance de la nature de cette hypertrophie cardiaque si néfaste dans sa progression continue, on peut se convaincre qu'il ne s'agit tout au plus que d'hyperplasie, si bien que dans l'ignorance des proportions parfois considérables atteintes par le cœur, l'histologiste sous le microscope, vous répond qu'il s'agit d'un cœur normal. J'ai personnellement le souvenir d'un cœur dépassant le kilo et qui avait valu à son porteur une mort brutale d'asystolie aiguë, sur lequel de nombreuses coupes furent pratiquées et qui toutes ne montraient qu'un myocarde d'apparence normal ; on ne peut dans de tels cas qu'invoquer la simple hyperplasie du myocarde, ou si l'on veut le myome.

Tous les cas d'ailleurs ne sont pas aussi dénués de lésions et bien des hypertrophies myocardiques, quelle qu'en soit d'ailleurs la cause, s'accompagnent de lésions inflammatoires importantes et notamment infarctoïdes qui expliquent les accidents de collapsus terminal.

III — Comment évolue l'hypertrophie ? Quel en est le pronostic ?

Tant qu'elle conserve les caractères d'une manifestation compensatrice, l'hypertrophie cardiaque est bien tolérée et dans certains cas peut même être considérée comme salutaire.

Il peut en être ainsi pendant longtemps au cours de l'insuffisance aortique rhumatismale lorsque a disparu toute manifestation infectieuse et que l'insuffisance valvulaire ne revêt plus qu'un caractère purement cicatriciel. Dans de telles conditions, une hypertrophie même importante peut conduire le malade jusqu'à un âge fort avancé et lui permettre de succomber à toute autre affection qu'à sa cardiopathie. On peut en dire autant de certaines insuffisances mitrales.

Par contre, chaque fois qu'intervient dans son étiologie un facteur infectieux ou toxique, l'hyper-

trophie cardiaque devient rapidement menaçante. Il en est ainsi de la pancardite rhumatismale des jeunes sujets avec lésions orificielles multiples. Et ici malgré les lésions orificielles, qu'il s'agisse d'insuffisance aortique ou d'insuffisance mitrale, ce n'est pas à l'effort de compensation qu'est imputable l'hypertrophie considérable et rapide, mais bien à l'infection endo-myocardique. On sait quelle est la gravité de ces cas qui évoluent rapidement vers l'asystolie.

Le gros cœur primitif est lui aussi rapidement mortel. Et en l'absence de tout autre cause provocatrice, c'est bien au facteur toxique ou infectieux que doit être attribuée l'évolution rapide vers l'asystolie. Cette évolution se fait en général sous la forme d'une tachycardie régulière avec galop, puis apparaissent des épanchements et des œdèmes. Parfois aussi intervient l'arythmie : le gros cœur arythmique donne lieu à des infarctus pulmonaires récidivants, du fait de la dilatation du cœur droit qui vient compliquer l'hypertrophie gauche.

Conclusion

Pour terminer, nous dirons en forme de conclusion, que l'hypertrophie cardiaque tire sa valeur pronostique de la cause qui la commande. Bien tolérée quand elle accompagne une lésion orificielle depuis longtemps éteinte, comme par exemple au cours de l'insuffisance aortique, elle est rapidement fatale lorsque commandée par un facteur infectieux, qu'il soit rhumatismal syphilitique ou autre, elle ne cesse de s'accroître, qu'il s'agisse du gros cœur rhumatismal, du gros cœur des hypertensions précoces et du gros cœur primitif. Mais et c'est là que la question revêt un caractère particulièrement troublant, il est des hypertrophies cardiaques de compensation, tout à fait authentiques, ne dépendant à leur début que d'un facteur purement mécanique (au cours par exemple de l'anévrysme artérioveineux traumatique ou expérimental), qui ne tardent pas à dépasserleur but initialement salutaire pour engendrer bientôt l'asystolie. A l'avenir de nous éclairer sur ce passage mystérieux du trouble primitivement fonctionnel à la maladie véritable.

B. C. G. PRATIQUE

La prophylaxie anti-tuberculeuse actuelle a deux conséquences :

1° Diminuer la surinfection tuberculeuse ; 2° retarder l'âge de la primo-infection tuberculeuse, ainsi qu'en témoignent les cuti-réactions pratiquées dans les collectivités.

Or, la primo-infection de l'adulte est plus grave que celle de l'enfant, de l'avis à peu près unanime de tous les phtisiologues. Sa conséquence, le repos prophylactique, qui est aisé chez l'enfant, est difficile à réaliser chez l'adulte et risque d'avoir des répercussions sociales regrettables : arrêt dans la préparation d'un concours, suppression du gain d'un jeune chef de famille.

Le B. C. G systématique s'impose donc qui, évitant à l'adulte une primo-infection grave, laissera à la prophylaxie ses avantages. Mais il est indispensable que cette vaccination soit bien faite.

Comment faire le B. C. G. ?

1° Utiliser le B. C. G. par scarifications ; le B. C. G. buccal agit seulement dans un tiers des cas environ ; le B. C. G. par scarifications dans au moins 90 % des cas. Il n'y a donc plus lieu d'utiliser le B. C. G. buccal.

2° Le faire dans de bonnes conditions.

a) chez l'enfant : Il faut isoler à sa naissance l'enfant de l'entourage des parents contagieux, et une fois le B. C. G. pratiqué rester aussi strict à cet effet pendant un délai de 3 mois. L'expérience montre malheureusement qu'actuellement les parents qui font le B. C. G. à leurs nourissons sont le plus souvent des tuberculeux contagieux intermittents qui restent en contact avec eux, ce qui amène des catastrophes et laisse trop beau jeu aux quelques rares adversaires du B. C. G.

Il est indispensable, avant de pratiquer le B. C. G., de faire un examen radioscopique qualifié des parents et de l'entourage.

b) chez l'adulte : ne pas faire le B. C. G. avant d'être sûr qu'il n'y a pas eu primo-infection antérieure. A cet effet, la cuti-réaction est nettement insuffisante ; les intradermoréactions progressives allant jusqu'à la tuberculine pure devront être pratiquées et une radiocospie faite ; ainsi on ne s'exposera pas à faire du B. C. G. à un sujet qui présente bien une cuti négative mais qui a une intradermo-positive ou même des cicatrices pulmonaires indiscutables.

3° En vérifier l'effet.

Le B. C. G. pratiqué, il est ultérieurement indispensable de faire une cuti-réaction pour savoir si le résultat désiré, le virage de la cuti-réaction, est réalisé, d'en aviser le vacciné ou sa famille. Sinon le phtisiologue, qui plus tard, verra un enfant, vacciné antérieurement, déficient, à coqueluche ancienne, qui présentera des ombres broncho-vasculaires augmentées, qui aura une cuti-positive, pourra penser à une primo-infection mais sera dans l'impossibilité ou de l'affirmer ou de l'infirmer.

Dr Gabriel Fouché (Poitiers)

NOUVELLES D'AMÉRIQUE

LE REMÈDE CONTRE LE CANCER ?

Il s'agit ici des toutes premières expériences de deux savants russes telles qu'elles sont rapportées dans la presse américaine. Elles ont besoin d'être poursuivies, étendues, vérifiées par d'autres chercheurs pour que leur valeur scientifique soit retenue. C'est donc purement à titre de curiosité que nous en faisons mention.

En 1937, le Dr Grégori Roskin, de l'Université de Moscou, tomba par hasard sur un article consacré à la maladie mortelle de Chagas qui sévit en Amérique du Sud, infection causée par un protozoaire et répandue principalement par un insecte, le Triatoma. Il nota que les victimes de sexe féminin de cette maladie présentaient un délabrement des tissus de la poitrine, composés de grandes cellules spongieuses. Et il supputa que le trypanosome en cause pouvait avoir une attirance particulière pour les grandes cellules. Or, les cellules cancé-

reuses sont aussi de taille démesurée. Succomberaient-elles sous les attaques du même parasite ?

Le Dr Roskin se fit envoyer quelques Triatomas et leur livra des souris porteuses de greffes cancéreuses. Résultat : les tumeurs diminuèrent et dans les cellules géantes à demi-détruites il trouva l'agent de la maladie de Chagas. Seulement quand le trypanosome avait détruit les cancers, il s'attaquait aux tissus sains.

Soupçonnant que ce n'était pas le parasite lui-même qui attaquait les cellules géantes, mais un produit non identifié sécrété par lui, Roskin appela sa femme à l'aide, Nina Klyneva, microbiologiste de l'Université de Moscou. Celle-ci prépara, à partir de trypanosomes inactivés, une solution qui reçut pour nom, les initiales des deux savants : K.R. Les expériences montrèrent que la solution K.R. guérissait le cancer greffé sur la souris, mais ne provoquait aucun dommage chez la souris saine. Pour vérifier si elle n'avait pas d'effets nocifs sur l'être humain, Roskin s'en fit lui-même une injection.

Autant que l'approvisionnement limité en K.R. l'a permis, des essais ont été faits sur des cancers humains, des cancers du moins non encore parvenus à un développement tel que leur dissolution pût être nocive. Un cancer inopérable du larynx disparut en deux semaines. Dans un nombre non spécifié d'autres cas, la K.R. réduisit ou détruisit partiellement le cancer.

L'expérimentation en est là pour le moment.

Cécité épidémique

Des villages entiers du sud du Mexique sont menacés en masse de cécité. C'est une maladie bizarre qui ravage l'Etat de Chiapas, où le climat est tropical et où se cultive le café.

Jusqu'à présent, les brigades sanitaires du Gouvernement n'ont fait que repérer l'ennemi, une sorte de filaire dont les œufs sont portés d'individu à individu par des insectes. Les œufs donnent naissance à un parasite mince comme un cheveu, de quelques vingt pouces de long qui fore son chemin à travers le corps vers la tête et les épaules. Là il se reproduit à l'intérieur de masses formant kystes.

Quand la victime commence à enfler de la tête et de la face, elle est condamnée à devenir aveugle à moins que les kystes ne soient extraits avant que la filaire atteigne les yeux. Même les kystes enlevés, la victime n'est pas sauvée, car elle peut être réinfectée ; les médecins doutent que l'insecte vecteur puisse être exterminé, même avec la D.T.T.

La maladie, appelée onchocercose, est apparemment d'origine africaine. Découverte d'abord dans le Guatemala, elle a gagné le Chiapas à la faveur des migrations des récolteurs de café. La grande route inter-américaine traversant la région infestée, il y a lieu de craindre que la maladie n'envahisse le reste du Mexique. Un fait cependant donne quelque espoir aux chercheurs mexicains : la maladie frappe les régions à café où les " peons " sont sous-alimentés. Elle attaque rarement les personnes bien portantes et bien nourries.

LES THÈSES

Dr Seffert-Simon. — Inconvénients et dangers du déclenchement médicamenteux du travail chez les primipares (Thèse de Lyon, 1945).

Dans les grossesses avec bassin rétréci, les tendances modernes font abandonner l'accouchement provoqué prématuré au profit de l'hystérotomie à terme. L'accouchement provoqué conserve encore cependant des partisans, en particulier dans le cas de bassin-limite, présentation du sommet et gestante multipare.

Mme le Dr Seffert-Simon envisage dans sa thèse cette question de l'accouchement provoqué — chez les primipares — pour angustie pelvienne, fœtus volumineux, rupture précoce des membranes. Elle rapporte les statistiques de 388 observations recueillies sur les registres des maternités hospitalières de Lyon dans ces dix dernières années, concernant des primipares chez lesquelles a été appliqué le déclenchement médicamenteux du travail pour rétrécissement du bassin, gros fœtus etc. La méthode employée a été la technique de Stein et Watson, importée en Europe par Hauch (administration de post-hypophyse-quinine-huile de ricin). Tenant compte des insuccès et des inconvénients observés (mortalité fœtale de 9 %, pourcentage important des forceps nécessaires, etc.), l'auteur conclut que cette méthode ne semble devoir être appliquée qu'avec beaucoup de circonspection chez les primipares, en pareils cas.

Dr R. Samarcq. — La réaction de Weltmann en clinique (Thèse de Paris, 1946).

La réaction de Weltmann est une réaction de coagulation, de floculation du sérum sanguin par la chaleur, en présence de chlorure de calcium.

Le sérum sanguin non dilué, chauffé dans un bain-marie bouillant. se coagule. Dilué dans l'eau distillée, à 150, il cesse de se coaguler, mais si l'on ajoute à ce sérum dilué une certaine quantité de chlorure de calcium, la floculation reparaît. La quantité de calcium nécessaire à cette réapparition de la floculation variant avec les états pathologiques, la réaction de Weltmann peut ainsi fournir des renseignements intéressants en clinique.

Le seuil électrolytique, mesuré par la dose de l'électrolyte Ca Cl2, est abaissé dans les processus scléreux ou hémolytiques et dans les atteintes du parenchyme hépatique ; il est augmenté dans les inflammations (pneumonie. pleurésie) et les processus nécrotiques. Voici, par exemple. une application pratique : dans le ramollissement cérébral récent, non compliqué, le seuil est augmenté (il oscille entre 0,51 et 0,76) alors que dans les hémorragies cérébrales, il est normal ou abaissé (entre 0,35 et 0,45) : notion intéressante si l'on se représente les difficultés cliniques, évoquées déjà à l'époque de Charcot, du diagnoctic de ces deux affections.

Bien entendu, la réaction de Weltmann, comme les méthodes voisines (vitesse de sédimentation globulaire, réaction de Takata-Ara, dosage de l'haptoglobinémie), ne constitue pas une réaction spécifique. Elle ne permet pas un diagnostic mais renseigne dans une certaine mesure sur la nature anatomique du processus morbide.

LES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

Les caractéristiques du climat briançonnais, conditions optimæ pour la cure de la tuberculose.

(M. P. Armand-Delille ; 11-6-1946)

La région briançonnaise. abritée par sa situation orographique des vents de l'Est, du Nord, de l'Ouest et du Sud réalise en outre une heureuse combinaison du climat de Provence et du climat de montagne. On peut y pratiquer l'héliothérapie pendant toute l'année comme à Leysin. C'est une station parfaite pour le traitement des tuberculoses mixtes et de la tuberculose pulmonaire.

— M. Bezançon remarque que Briançon est avant tout une station de tourisme. Il y a un intérêt général à ce qu'elle ne soit pas une station de cure pour tuberculeux pulmonaires contagieux. Il est nécessaire de la réserver au traitement des tuberculoses externes et des tuberculoses mixtes.

— M. Armand Delille montre que c'est là une question de réglementation des hôtels touristiques. La station de cure serait à limiter dans une zone particulière (celle de Forville-Saint-Chaffrey, près Briançon).

Cancer et charlatans.

(Mme Simone Laborde ; 18-6-1946)

Le charlatanisme s'est modernisé. Ses adeptes s'abritent volontiers derrière les plus récentes découvertes scientifiques : hormones, vitamines, radiations, puissance atomique un jour peut-être... La radio est quelquefois même habilement utilisée dans un but de propagande. Il arrive que certains de ces charlatans n'ayant pas rencontré en France le succès qu'ils escomptaient traversent l'Atlantique et c'est d'Amérique que nous revient l'écho d'un nouveau moyen de guérir le cancer. Les services d'une Ambassade ou d'une Légation sont parfois alertés de Paris et ceux-ci s'adressent à des centres spécialisés comme l'Institut du Cancer aux fins de documentation.

Un des dangers de ces traitements charlatanesques est qu'ils font perdre aux malades un temps précieux au risque de compromettre définitivement toute possibilité de guérison.

— M. Rist note que le même problème se pose pour la tuberculose.

L'Académie, en conclusion, nomme une Commission spéciale pour étudier cette question.

Mécanisme de la production de l'emphysème pulmonaire secondaire à une obstruction bronchique incomplète.

(MM. Robert Tiffeneau et J. Z. Schreiner ; 18-6-1946)

SOCIETE NATIONALE DE MEDECINE ET DES SCIENCES MEDICALES (Lyon) (Séance du 27-2-1946)

Cancer de l'œsophage, sans signes radioscopiques, décelé par l'œsophagoscopie.

MM. Rebattu, Rabaste et Lançon relatent le cas d'un malade de 53 ans, se plaignant de difficultés à avaler les aliments solides et de régurgitations, chez lequel l'examen radioscopique de l'œsophage fut négatif, les rayons ayant montré une descente rapide, sans ralentissement, de la bouillie barytée. L'œsophagoscopie décela, par contre, à 28 cm. des arcades dentaires, une vaste ulcération. Une biopsie fut faite qui donna l'image d'un épithélioma.

On peut, de cette observation, conclure qu'en présence d'un syndrome œsophagien, il ne faut pas se contenter d'un examen radiologique — qui donne d'ailleurs habituellement de précieux renseignements — mais le compléter par l'examen œsophagoscopique ; celui-ci, fait avec douceur, est bien supporté.

A propos des lombalgies : l'arthrite de petites articulations anormales inter-épineuses lombaires.

MM. Ch. Godinot et J. Gaillard signalent une cause intéressante, quoique rare, de lombalgie rebelle : l'arthrite développée au niveau d'articulations néo-formées inter-épineuses. Ils en signalent un exemple chez une femme qui se plaignait de douleurs lombaires depuis trois semaines. Les radios révélèrent l'existence d'une petite articulation anormale entre les apophyses épineuses L3, L4. Une infiltration novocaïnique locale pratiquée à titre d'épreuve amena un soulagement complet de la malade. Une résection des apophyses épineuses fut faite ultérieurement. Guérison rapide.

Une telle anomalie, en tant que cause de lombalgie, paraît moins rare qu'on ne le dit. Les auteurs en ont observé trois cas depuis qu'ils la recherchent systématiquement.

SOCIETE DE MEDECINE, CHIRURGIE ET PHARMACIE DE TOULOUSE

Note sur le traitement des ulcères gastro-duodénaux.

M. H. Pons

Sur plus de 100 cas traités par un anti-histaminique de synthèse, l'auteur pense pouvoir présenter 7 cas particulièrement démonstratifs : malades ayant déjà eu des périodes ulcéreuses très caractéristiques et traités par un anti-histaminique dès le début d'une nouvelle période, avec ulcus vérifié radiologiquement. Dans ces observations, l'amélioration clinique a été immédiate et la disparition totale des signes radiologiques obtenue en trois ou quatre jours, moins de huit jours après le début de la période ulcéreuse.

Action activatrice du gluconate de calcium en injection intraveineuse sur la cholinestérase du sérum chez l'homme.

MM. D. Vincent et M. Malbec

Par des titrations systématiques de l'activité cholinestérasique du sérum avant et après injection du gluconate de calcium, on peut observer, après une baisse légère immédiate de la cholinestérase, une augmentation notable de l'activité de l'enzyme, lorsque la deuxième prise de sang se fait de 4 à 8 minutes après l'injection. L'augmentation du titre cholinestérasique est de l'ordre de 10 à 30 %. Ces faits, intéressants en ce qui concerne le mode d'action de la calcithérapie, sont à rapprocher du rôle activateur du Ca sur la cholinestérase dialysée établi par Massart et Dufait.

Les aménorrhées post-radiothérapiques.

MM. Escande et Prouzet

Les auteurs apportent l'observation d'une malade de 35 ans, qui a présenté une aménorrhée temporaire après un traitement radiothérapique

PEPTODIASE

STIMULANT GASTRIQUE

POSOLOGIE

Adultes : 30 gouttes dans un peu d'eau sucrée aux deux principaux repas.
Enfants : 4 gouttes par année d'âge et par 24 heures.

LABORATOIRES ZIZINE — GOUTTES — 24, Rue de Fécamp, PARIS-12e

TRINITRINE

ET ASSOCIATIONS

(DRAGÉES A NOYAU MOU)

TRINITRINE SIMPLE

TRINITRINE CAFÉINÉE DUBOIS

TRINITRINE PAPAVÉRINE LALEUF

TRINITRAL LALEUF

TRINIBAÏNE LALEUF

ANGINE DE POITRINE

CRISES VASCULAIRES SPASMODIQUES

LABORATOIRES LALEUF
Georges DUGUÉ, Docteur en Pharmacie
51, R. NICOLO, PARIS-16e
Téléphone : TROcadéro 62-24

ATOPHAN

Cruet

Remède classique de la GOUTTE *et du* RHUMATISME

LABORATOIRES CRUET
89, Avenue de La Bourdonnais, PARIS VIIe

COLLUSULFAMYD

COLLUTOIRE
GARGARISME
POLYVALENT

NOVAR
+
SULFAMIDES

LABORATOIRES
DEBARGE
(BRONCHOTONINE
CAMPHO-PNEUMINE)

SUPPOSITOIRES

Anusol



HÉMORROÏDES
FISSURES ANALES
RECTITES

LABORATOIRES SUBSTANTIA
M. GUÉROULT, Docteur en Pharmacie - SURESNES (Seine)

Sulfamidothérapie spécifique des INFECTIONS INTESTINALES

GANIDAN

Sulfaguanidine 2275. R.P.
(para-aminobenzène-sulfonylguanidine)

TUBE DE 20 COMPRIMÉS À 0g.50
8 à 12 comprimés par jour en 2 prises

SOCIÉTÉ PARISIENNE marques Poulenc frères 21, AVE JEAN GOUJON-PARIS-8e — Spécia — D'EXPANSION CHIMIQUE et Usines du Rhône TÉLÉPHONE : BALZAC 22-94

Vitamine B^2
(Lactoflavine)

BÉFLAVINE
"ROCHE"

Ophtalmologie, Peau et muqueuses
Gastro-entérologie
Troubles de croissance du nourrisson

PAR VOIE BUCCALE : DRAGÉES DOSÉES A 5 MILLIG. 2 A 4 PAR JOUR

PAR VOIE INTRAMUSCULAIRE : AMPOULES DE 2 CM3 DOSÉES A 10 MILLIG. UNE PAR JOUR

Produits "ROCHE" — 10 rue Crillon, PARIS 4e

Anémies · Asthénies
Amaigrissement
TOUTES DÉFICIENCES

ARSENOCRINE

AMPOULES BUVABLES AGRÉABLES A PRENDRE

LABORATOIRES DE SPÉCIALITÉS S.A. LASSA

LASSA - 31, R. Chardon-Lagache, Paris 16e

à dose faible (1.200 r.). Ils attirent aussi l'attention sur les difficultés du traitement dans le cas d'arthrite double de la hanche chez les femmes jeunes. Il ne paraît pas y avoir d'inconvénient à réduire à un dosage plus faible le traitement appliqué dans les cas de névrite sciatique et d'arthrite de la hanche en adjoignant à la roentgenthérapie quelques séances d'infra-rouges ou de diathermie.

Appendicite aiguë. Radiothérapie.

M. Durand-Dastes (de Tarbes)

L'auteur, qui a déjà publié divers cas d'appendicite chronique traités avec succès par la radiothérapie, selon la méthode de Flipo, communique un cas d'appendicite aiguë irradiée.

Il s'agit d'une jeune fille de 18 ans, sans antécédents abdominaux, qui a été prise subitement d'une violente douleur dans la fosse illiaque droite avec température à 39°. Le diagnostic ne faisant pas de doute, il est fait pendant 3 jours de suite une irradiation de 100 r. sur la région appendiculaire. Très rapidement la douleur disparaît pendant que la température tombe à 37,1. Le quatrième jour, l'état local et général est parfait et 8 jours après le début de la crise la malade peut reprendre ses occupations.

A propos d'un cas de pemphigus observé chez un enfant.

M. A. Bardier

L'auteur communique une observation de pemphigus aigu fébrile grave chez un enfant de deux ans. Cette affection habituellement mortelle a été rapidement guérie par la pénicillothérapie. C'est un des premiers cas français publiés avec celui de Cuillerel et Creyssel. Grâce à cette nouvelle thérapeutique, on peut envisager d'une manière plus favorable le pronostic de cette forme de pemphigus.

Traitement des diabètes graves avec une seule injection quotidienne de mélanges d'insuline.

M. C. Darnaud

L'auteur a repris les travaux d'Adlersberg et Dolger qui ont montré qu'en mélangeant en proportions convenables l'insuline normale et l'insuline protamine-zinc, on parvenait, même au cours des diabètes les plus graves, à assurer un équilibre convenable de la glycémie avec une injection unique quotidienne. Les résultats obtenus chez plus de 30 diabétiques atteints de formes graves, impossibles à traiter avec une seule injection d'insuline protamine-zinc, confirment les conclusions des auteurs américains. Le traitement de toutes les formes de diabète avec une injection unique quotidienne paraît donc désormais assuré. Cette publication est, à la connaissance de l'auteur, la première publication française consacrée à ce sujet.

J.-P. Tourneux.

LA PRESSE

Sciatiques discales et non discales. — D'après l'étude de S. de Séze, un très grand nombre de sciatiques dites banales ou essentielles reconnaissent pour cause une hernie du disque intervertébral. Cependant cette lésion anatomique n'est pas retrouvée dans tous les cas ; il y a des sciatiques sans hernie discale. Entre les deux groupes de sciatique, avec et sans hernie discale, il y a place pour un groupe intermédiaire comprenant une série de ces cas limites. Mais toutes ces espèces de sciatiques, avec ou sans hernie discale, ne doivent pas être considérées comme des maladies foncièrement différentes ; il y a entre elles des différences de degré plutôt que de nature. Pour les unes comme pour les autres, la maladie résulte d'un conflit entre disque et racine, dont les désordres anatomiques sont plus ou moins grossiers, plus ou moins apparents, plus ou moins faciles à mettre en évidence ; ils exigent de nouvelles recherches approfondies. (« La Semaine des Hôpitaux de Paris », 21 juin 1946.)

Les ombres radiologiques pulmonaires étendues, diffuses et fugaces de certaines pneumopathies aiguës. — L'absence de spécificité des images pulmonaires révélées par la radiologie est une notion bien établie à l'heure actuelle. **MM. Lagèze et Cahen** remarquent que nombreux sont les auteurs qui ont insisté sur les erreurs auxquelles on s'expose en affirmant sur le seul vu d'une radiographie pulmonaire, l'origine tuberculeuse ou inflammatoire de l'affection causale, sans attendre les résultats d'examens bactériologiques répétés de l'expectoration, et, chez le jeune sujet, sans rechercher systématiquement l'allergie cutanée tuberculinique. Il existe, en effet, différents types d'images que l'on rencontre électivement, mais non exclusivement, au cours de la tuberculose pulmonaire fibro-caséeuse commune ; le fait de les observer au cours de pneumopathies aiguës d'origine banale permet de les décrire sous le nom d'images pseudo-tuberculeuses. D'autre part, leur coexistence possible avec d'anciennes lésions fibro-cicatricielles des sommets chez des tuberculeux guéris ou stabilisés, vient encore compliquer le diagnostic étiologique du film.

L'essentiel est de bien connaître ces possibilités. On évitera ainsi d'alarmer à tort le malade ou son entourage, ou même, cela n'est pas exceptionnel, de pratiquer une collapsothérapie d'urgence, à laquelle on rapporterait ensuite la disparition des images radiologiques et l'heureuse évolution clinique. (« Lyon Médical », 24 juin 1946.)

Intérêt de l'électro-encéphalographie en clinique. — Au cours d'une étude d'ensemble de cette question, **P. Passouant** établit que cette méthode d'examen, entrée maintenant dans la clinique, offre un intérêt non seulement diagnostique et pronostique, mais encore médico-légal. On comprend, en effet, toute la valeur d'un tracé positif pour une crise nerveuse, pour un syndrome subjectif post-traumatique, l'absence de réaction d'arrêt pour une anesthésie hystérique. Cette question médico-légale a toute son importance dans les collectivités, notamment pour les expertises. Aussi serait-il utile que les grands centres régionaux soient dotés de cette méthode d'examen. (« Montpellier - Médical », avril 1946.)

PARTIE PROFESSIONNELLE

PROPOS DU JOUR

ACHTUNG ! MINEN.

Surmontés d'une tête de mort et de deux tibias entrecroisés, ces deux mots prolongent encore aujourd'hui sur maintes parcelles de maintes régions de France l'occupation allemande. Ils menacent effrontément des populations pacifiques et ravivent la répugnance qu'inspira la dernière guerre pour avoir perfectionné l'art de tuer par des engins aussi sournois. Ces écriteaux sont la honte d'une armée et jettent un jour sinistre sur la mentalité d'un peuple.

Or, ils me sont revenus à l'esprit non pas parce que, comme beaucoup d'estivants, je me suis heurté pendant les vacances à un certain nombre d'entre eux mais, si insolite que cela soit, en prenant connaissance des travaux de l'Assemblée Constituante. L'impression de dégoût fut identique et l'amertume accrue à constater qu'il y avait, parmi ceux qui se disent nos représentants, des ennemis en embuscade.

Le Parlement-croupion dont nous subissons la titubante tyrannie ne se contente pas de mal faire le travail pour lequel il fut expressément élu. Il se permet encore de prendre des initiatives à ce point néfastes qu'elles font sursauter tout citoyen un peu conscient du bien public.

Qu'on en juge !

Voici le texte d'une lettre qui vient d'être adressée au président de l'Assemblée Constituante et dont la vigoureuse teneur vaut d'être reproduite en entier :

Septembre 1946

Monsieur Vincent Auriol,
Président de l'Assemblée Nationale Constituante

Monsieur le Président,

Que la préparation de la Constitution soit votre principal souci, cela est légitime, puisque tout l'avenir de la France en dépend.

Mais, savez-vous qu'il dépend tout autant et peut-être même plus d'une discrète proposition de résolution présentée à l'Assemblée (et renvoyée à la Commission de l'Agriculture) le 8 août 1946 par :

MM. Masson, Maroselli, Hugues, Devinat, Ramonet et Billères, députés,

tendant à inviter le Gouvernement à rétablir le régime du forfait *pour les bouilleurs de cru.*

Cette mesure permettrait en effet aux producteurs une distillation sans contrôle et sans limite de quantités, *avec, pour conséquence inévitable, la dégénérescence définitive de la paysannerie bretonne et normande, déjà terriblement touchée.*

Si, comme il est probable, vous n'avez pas le temps de lire quelques pages de notre enquête (Une croisade médicale contre l'alcoolisme, p. 18 *et* 34*), souvenez-vous des résultats catastrophiques des conseils de révision en Bretagne et en Normandie avant cette guerre. Ce serait bientôt pire encore si cette mesure était adoptée.*

Au nom de 800 *médecins, et certains de l'approbation du Corps médical tout entier, nous vous demandons d'éclairer l'Assemblée sur la gravité de ce problème. Il ne servirait à rien de lutter âprement pour le relèvement de notre Patrie, si la population française devait continuer à dégénérer sous l'influence de l'alcoolisme rural.*

Qu'au moins aucune décision ne soit prise sans que ses répercussions sur la santé publique aient été étudiées par les services compétents ; sans qu'aient été consultés : Le Conseil Supérieur d'Hygiène, l'Académie de Médecine, l'Institut National d'Hygiène, l'Institut National d'Etudes démographiques, la Commission permanente d'Hygiène Sociale.

Espérant vous avoir persuadé de la gravité de la proposition de résolution soumise à l'Assemblée, et décidé à jeter le poids de votre haute autorité dans le débat, je vous prie d'agréer, Monsieur le Président, l'assurance de ma haute considération.

Professeur AUVIGNE,
Membre correspondant de l'Académie de Médecine,
Directeur de l'Ecole de Médecine de Nantes,
Président du Groupement médical d'Etudes antialcooliques.

Je crois que pas un confrère ne soulèvera d'objection lorsque le Pr Auvigne se dit certain de l'approbation du Corps médical tout entier, et que les 30.000 médecins français sont unanimes à protester,

Depuis cinq ans, ils ont dans leurs sociétés scientifiques, dans leurs journaux, dans la presse quotidienne, dans des livres, à la radio, commenté l'expérience cruciale due à la guerre. La disette de boissons alcoolisées a transformé la pathologie nationale en faisant disparaître l'imprégnation alcoolique d'un grand nombre d'adultes. Et la répercussion sur le domaine social a été immédiate : les asiles d'aliénés ont vu leurs effectifs qui jusqu'à la guerre s'accroissaient d'année en année, baisser brutalement et de façon durable. Budgétairement cela se traduit par un allègement des frais d'hospitalisation, socialement par une main-d'œuvre préservée pour les immenses travaux qui sont une nécessité vitale ; démographiquement, par la certitude que les nouveaux-nés seront de meilleure qualité.

Il était difficile de concevoir une expérience plus convainquante. Les conditions de guerre l'ont faite vaste et prolongée à souhait pour dissiper tous les doutes. La conclusion s'impose aux esprits soucieux d'objectivité : Il est capital pour le pays que la consommation d'alcool ne remonte pas au taux désordonné d'avant-guerre et que les Français ne reprennent pas les mauvaises habitudes qu'ils ont perdues par la force des choses.

Personne ne songe à les condamner à l'eau claire ; les plus fervents militants de l'anti-alcoolisme reconnaissent bien volontiers qu'il serait ridicule, et du reste illusoire, de prétendre priver toute une population d'une boisson qu'elle tire en abondance

de son sol. Personne ne conteste que la ration actuelle de vin doit être améliorée et la plupart des hygiénistes admettent la consommation de 1/2 litre à 1 litre par jour, selon les professions et l'effort fourni. De là aux 3, ou 4 ou 6 litres quotidiens, que certains travailleurs estimaient indispensables à leur bonne forme, il y a une marge ! Rien n'est plus désirable que de rendre impossible à ces amateurs trop fervents le retour à un régime qui tout à la fois ruinerait leur propre santé et l'équilibre financier de la famille.

Si le ravitaillement en vin n'est affaire que de bienséance et de modération, il n'en va pas de même de l'alcool, qu'il faut pourchasser avec persévérance puisqu'il multiplie proportionnellement à son degré la nocivité des liquides alcoolisés.

Il est inutile d'évoquer à des médecins les accidents gastro-hépatiques, nerveux, sensoriels, mentaux, qu'il provoque et auxquels fait allusion la lettre du Pr Auvigne. Au reste, la cause n'est-elle pas entendue parmi les gens de bonne foi, et n'est-il pas devenu de notoriété courante que le « petit verre » est un dangereux ennemi ?

De l'avis de tous ceux qui ont examiné le problème de l'alcoolisme, c'est le privilège des bouilleurs de cru qui a la plus grande part de responsabilité dans la consommation outrancière de l'alcool. La Bretagne et la Normandie lui doivent la déchéance progressive de leurs races, du fait que les paysans ont pris l'habitude néfaste, au lieu d'écraser leurs pommes pour en faire du cidre, de les distiller pour en tirer du calvados. Et le privilège des bouilleurs de cru consiste, on le sait, à exonérer le récoltant des droits sur l'alcool extrait de sa propre récolte. Ce sont là des notions d'une banalité telle que l'on est gêné de les exprimer même de façon cursive.

Ont-elles échappé aux auteurs de la proposition de résolution du 8 août ? On le souhaiterait afin de n'avoir à leur reprocher que leur ignorance. Mais il est hélas ! plus vraisemblable qu'ils ont un mobile très précis et agissent en parfaite connaissance de cause.

La lutte contre l'alcool n'est pas du goût des masses. Cela il est inutile de se le dissimuler, et des organismes comme le Groupement médical d'études anti-alcooliques ont précisément pour but d'éclairer l'opinion et d'obtenir d'elle une plus saine compréhension du bien public. Ce n'est pas une tâche nouvelle pour des médecins que d'avoir à lutter avec le malade, à l'arracher à des penchants néfastes. Tâche ingrate qui vaut plus souvent du ressentiment que de la reconnaissance et qui ne peut compter que sur l'approbation de la conscience.

C'est pourquoi elle est complètement inconnue des politiciens professionnels. Eux ont l'habitude de flagorner le peuple et d'en tirer tous les avantages personnels qu'ils peuvent, de vivre aux dépens de ceux qui les écoutent. Ils ont beaucoup plus de chances d'être approuvés, suivis... et payés.

Proposer de rétablir le régime du forfait pour les bouilleurs de cru, à la date du 8 août 1946, c'est une malice cousue de fil blanc. Les auteurs comptent sur le brouhaha et la hâte des fins de session pour faire voter à l'esbrouffe leur proposition par l'Assemblée et dépister les opposants, s'il s'en trouve. Et comme les élections approchent à grands pas, ils ne manqueront pas, au moment de rendre compte de leur mandat devant les électeurs, de faire valoir le tour de passe-passe qu'ils ont si ingénieusement monté. Les paysans des régions où abondent les bouilleurs de cru seront certainement sensibles à de tels titres. Les débitants qui, par-dessus leurs comptoirs, exercent une influence souveraine sur l'opinion publique, ne le seront pas moins. Avec de tels atouts en mains, un candidat a de bonnes chances de succès. Tel est, de toute évidence, le calcul de ces messieurs. Il est sordide, mais contrôlé par l'expérience.

Le Pr Auvigne a fait auprès du président de l'Assemblée Nationale une intervention certes vigoureuse et opportune. Portera-t-elle ses fruits ? Il ne faut faire crédit à nos hommes publics que selon leur taille, et compter d'abord sur les forces réellement capables d'imprimer au peuple une impulsion salutaire.

Les médecins sont une de ces forces. Ils sont étroitement mêlés au peuple ; ils sont répartis à travers tout le territoire. Nombre d'entre eux ont des relations personnelles avec les candidats ou peuvent facilement les atteindre. Les médecins connaissent les méfaits de l'alcool ; ils savent que la France, si dangereusement malade, ne survivra pas si elle est de nouveau minée par le toxique qui lui a déjà fait tant de tort.

Ils ont le devoir d'intervenir, de s'opposer aux flatteries néfastes qui séduiraient le peuple en masquant la vérité.

Que ceux qui sont au Parlement, que ceux qui sont dans les villes et dans les campagnes, veillent et fassent bonne garde. Tous les ennemis ne sont pas hors des frontières.

Il y a des traîtres dans la place.

G. Lavalée.

ORDRE DES MEDECINS

LES DÉLIBÉRATIONS DU CONSEIL NATIONAL DOIVENT-ELLES ÊTRE PUBLIQUES ?

S'il faut en croire un récent communiqué du Conseil national de l'Ordre (1), nous avons pris à l'égard du Corps médical une grave responsabilité, en l'alertant à propos de la publication prochaine du Code de Déontologie (2). Parce que nous sommes soucieux de nos responsabilités, et que nous ne les prenons point « d'un cœur léger », nous entendons aujourd'hui rendre à nos lecteurs des comptes sur une attitude qui a pour elle quelques sérieux motifs à invoquer — et soulève un problème qui mérite mieux qu'une réaction *ab irato*.

Nous est-il permis, au surplus, d'espérer que les Conseillers nationaux voudront bien ne plus avoir pour principe de s'offenser des critiques qui leur sont ou leur seront faites — dès lors qu'elles restent courtoises ? L'esprit qui nous habite, pour n'être point médical, n'en est point pour cela étranger au débat. Lorsqu'il s'agit de Code — fût-ce de Déontologie — le juriste estime pouvoir placer son mot sans impertinence et avec quelque utilité. N'oublions pas qu'il ne s'agit plus ici d'un simple recueil d'usages intéressant le moraliste et destiné à éclairer les consciences obscures, non plus que du règlement intérieur d'une compagnie où chacun est libre d'entrer ou de sortir, mais, le communiqué le rappelle, après nous, fort opportunément, d'un futur *décret d'administration publique*, dont l'inobservation peut entraîner pour son auteur des effets juridiques précis et graves tels que l'interdiction temporaire ou définitive du droit d'exercer sa profession, c'est-à-dire en bon français de gagner son pain et celui des siens !

Nous avons donc quitté les sphères supérieures de la morale ou de la métaphysique et pouvons aborder le sujet sans crainte d'être profanateur : tout en ne cessant point d'être à son sommet une sorte de droit canonique de la profession, la déontologie a pris pied dans la cité profane, dans la « Gesellschaft » quotidienne, et touche aujourd'hui aux intérêts les plus temporels.

Avant d'aborder le débat, précisons-le pour ne point risquer de nous égarer. *Nous réclamons la publicité des délibérations et des travaux du Conseil National de l'Ordre — et non seulement la publication de ses actes définitifs.* Mais en réalité le Conseil National est juridiquement une personne fort complexe. Chargé de surveiller la vie générale de l'Ordre — placé au sommet de sa hiérarchie, il est doté de certaines attributions d'ordre purement administratif et interne. Il joue également à l'égard des Pouvoirs publics le rôle d'un Conseil technique spécialisé — comme il en existe tant d'autres — et doit fournir un avis sur les questions qui lui sont soumises. Dans ces deux cas, nous serions mal venus à exiger une publicité qui n'existe pas encore pour les rouages de l'Administration publique elle-même.

Mais le Conseil a également deux autres fonctions — plus importantes encore :

1° Il nomme en son sein une Section disciplinaire et joue le rôle de Tribunal professionnel d'appel. Nous rappellerons que la publicité de la Justice fait partie de notre droit constitutionnel écrit et non écrit — et que le Conseil d'Etat, tribunal de cassation — lorsqu'il se réunit en Assemblée statuant au contentieux le fait publiquement depuis 1831.

2° Il établit la loi professionnelle c'est-à-dire les règles destinées à protéger tout à la fois l'honneur et l'indépendance de la médecine, ainsi que les institutions obligatoires de prévoyance et d'entr'aide. C'est particulièrement au Conseil national, pouvoir législatif et institutionnel de la profession que nous entendons nous intéresser aujourd'hui.

Une thèse pouvait être soutenue contre la nôtre : il existe déjà, créés par la loi, un certain nombre de Conseils, dont le plus proche du Conseil national serait le Conseil supérieur de l'Instruction publique — qui sont chargés d'attributions contentieuses, disciplinaires et même législatives — et dont pourtant, les délibérations ne sont point publiques. Mais c'est qu'à la vérité ces Conseils sont étroitement intégrés à l'Administration dont il préparent les décisions, et ne jouissent point d'une personnalité autonome.

Nous ne ferons pas l'injure au Conseil national de penser qu'il se fait de lui-même et de l'Ordre une telle conception. Elle est au reste juridiquement contraire au texte même et à l'esprit de la loi organisant l'Ordre. On ne voit point en effet comment la profession serait et resterait « indépendante » selon le vœu du législateur, si le gardien de cette indépendance était lui-même un rouage technique de l'Administration.

Quels arguments invoque donc le Conseil national pour s'opposer à la publicité de ses travaux dans le domaine dont nous avons tracé les limites ?

Ils sont de deux ordres :

— Un argument de *méthode* : la bonne édification de la loi professionnelle exige que les Conseillers travaillent « en médecin, c'est-à-dire sérieusement et en silence » et non « sur la place publique. »

— Un argument d'*ordre juridique* : la publicité des travaux serait une atteinte à l'autorité et au mandat que le Conseil tient de tous les médecins de France et qui fait de lui un « véritable Parlement ».

On voudra bien admettre tout d'abord que la nécessité pour un travail intellectuel sérieux de s'opérer en silence et non sur la place publique n'est point parti-

(1) V. Concours Médical 21 Septembre p. 1042.
(2) V. Concours Médical 7 Septembre p. 999.

culière aux médecins. Pascal disait, parlant de l'homme : « Ne vous étonnez point s'il ne raisonne pas bien à présent, une mouche bourdonne à ses oreilles, c'en est assez pour le rendre incapable de bon conseil... »

Il faut donc croire que ce qui a été résolu pour les hommes peut l'être aussi pour les médecins. Et la voie de la solution est selon nous assez simple à découvrir.

Le silence, le sérieux, la réflexion et surtout le travail et la création, toutes ces qualités rares et précieuses, un Conseil en est congénitalement incapable. Seuls quelques individus composant une Commission restreinte ou mieux encore un rapporteur peuvent dans la retraite studieuse du cabinet, méditer, élaborer, et mettre en forme une œuvre sérieuse et valable. Le Code civil, qui nous servira de modèle (comme nous voudrions qu'il eût servi de modèle aux rédacteurs des précédents Codes Déontologiques) fut à l'origine l'œuvre d'une Commission composée de quatre membres. Et l'on sait que le travail le plus fécond de nos divers Parlements est l'œuvre de ces Commissions dont les Assemblées ne font le plus souvent qu'enregistrer les travaux. Est-ce à dire cependant qu'en cette première phase de la procédure de création, le secret absolu soit nécessaire à sa fécondité ? En aucune manière. L'annonce que telle question est mise à l'étude permet à l'opinion, comme aux compétences, d'émettre, des vues dont il n'est point sûr que les Commissaires ne puissent tirer profit.

L'avant-projet ainsi préparé, qu'attend-on des 25 membres du Conseil national, comme de tout Conseil ou de toute Assemblée délibérative, sinon avant tout une réaction globale, favorable ou défavorable — suivie de certaines amodiations de détail qui sont déjà par elles-mêmes une acceptation de l'ensemble ? D'une telle réaction, d'un tel jugement, l'opinion comme chaque médecin sont tout aussi capables. Les exigences du travail intellectuel sérieux ne sauraient vraiment en souffrir. Rien ne s'oppose donc à la publicité à partir du stade de la délibération.

Entendons-nous d'ailleurs sur la technique même de cette publicité. Il y a tout d'abord la publicité *brute* qui s'apparente à cette « place publique » que le Conseil paraît redouter : tous les médecins inscrits à l'Ordre pourraient avoir accès à une tribune de la salle où le Conseil entend le rapport de sa Commission. Il y a aussi la *publicité organisée* qui, dans les régimes modernes, tend à prendre le pas sur la première. La délibération a lieu — comme en certains pays étrangers — devant des *témoins*, des représentants *qualifiés* du public en nombre restreint (dans notre cas, délégués spéciaux des Conseils départementaux et régionaux, des organisations professionnelles, représentants accrédités de la presse médicale). Mieux encore, la publicité peut se concilier avec le désir de calme et de recueillement des Conseillers, en recourant principalement au système de la *publication des documents officiels* par la presse. Un bulletin officiel donnerait le compte rendu sténographique de la réunion, tandis que des comptes-rendus analytiques officiels pourraient être très rapidement distribués aux journaux.

Rappelons que ce mode de publicité fut institué par le second Empire dès 1861 — et que le projet de Code civil, auquel le Premier Consul, qui n'était point particulièrement un démagogue, attachait un intérêt très vif, fut soumis non seulement à trois assemblées délibérantes (Tribunat, Corps législatif et Sénat), mais encore au tribunal de cassation et aux tribunaux d'appel « dont, nous dit PLANIOL, les observations furent souvent remarquables et contribuèrent utilement à la préparation du texte ».

Un immédiat rapprochement d'idées fait penser qu'une consultation des *Conseils régionaux* sur le projet de Code préparé par le Conseil national n'aurait pas été une entorse aux règles du « travail sérieux » dont ce dernier déclare s'inspirer. Enfin, il n'est point exagéré de demander aux Conseillers nationaux de faire preuve d'autant de libéralisme et de confiance dans l'opinion, que les deux Napoléons.

ABORDONS le second obstacle. Les médecins en élisant à deux degrés les Conseillers nationaux auraient aliéné entre leurs mains, pour la durée de leur mandat, à la fois tout esprit critique et toute liberté et seraient devenus pour quelques années les très fidèles sujets de ces souverains temporaires. C'est là, suivre jusqu'à l'excès certains doctrinaires du régime électif qui font des Assemblées élues de véritables dictateurs collectifs ou plutôt des monarques absolus. Mais cette doctrine n'est point et ne sera jamais celle du régime représentatif français.

Au reste, nous n'avons jamais nié que les Conseillers nationaux aient reçu un mandat valable. Nous nions encore moins que le Conseil national constitue « un véritable Parlement ». Nous lui demandons seulement d'être logique avec lui-même — et nous nous étonnonais qu'il n'ait point vu que le propre d'un Parlement, de un régime d'opinion publique, était de *délibérer publiquement* (dans les formes que nous avons définies plus haut). la te

« En régime représentatif, nous dit J. BARTHÉLÉMY, (1) la publicité des actes des gouvernants est une *institution essentielle* ».

C'est qu'en effet cette publicité a deux rôles éminents :

— Tout d'abord, elle vise à *associer le citoyen* à l'élaboration des actes accomplis par ses représentants, en lui permettant de suivre pas à pas leur genèse et, par la presse, la pétition, les réunions, de faire connaître son sentiment avant que l'acte soit déterminé. Elle constitue ainsi un excellent *moyen d'éducation*. Au contraire, avec le secret, le citoyen ne s'instruit pas, et ignore le pourquoi et le comment de la règle à laquelle il est soumis.

— En second lieu, la publicité seule permet à l'opinion publique de *contrôler l'exercice de la souveraineté* par les gouvernants. Le vote n'épuise pas les droits du citoyen, qui doit en outre être mis à même d'opérer un incessant contrôle préventif. Ainsi, s'institue une *collaboration*, entre l'électeur et son représentant, qui permet à ce dernier de savoir s'il travaille en harmonie avec l'opinion.

(1) Traité de droit constitutionnel.

Qu'il nous soit permis de rappeler aux Conseillers nationaux que nos constituants eux aussi ont reçu un mandat. Ils n'en sont point autorisés pour cela à s'entretenir en secret de notre future constitution, de nos futurs droits et de nos futurs devoirs de citoyens. Et il n'est pas d'article dont nous ne connaissions par la presse, les variations subies depuis les Commissions jusqu'au vote final. Dieu seul sait quel monstre fût sorti des travaux de nos représentants, s'il n'y avait eu ainsi, à chaque stade, le frein et le contrôle de l'opinion, et les conseils d'hommes personnellement éclairés ! Il n'est point bon que le législateur se réfugie dans un hautain isolement. Lui-même, et les règles qu'il institue, apparaissent comme étrangers aux hommes qui en relèvent, et qui s'estiment par là même autorisés à chercher les moyens de tourner ce qui est à leurs yeux une simple contrainte extérieure.

Une leçon devrait être tirée d'ailleurs de l'expérience de 1940. Le Code sorti tout armé du cerveau des Conseillers ne tarda point à perdre toute valeur et toute autorité. De leurs origines, du régime qui leur donna naissance, l'Ordre de 1940, puis de 1942, tenaient certains défauts constitutionnels, dont la conviction que l'autorité supposait, entre autres fondements, le secret des délibérations. Des conférences de presse qui avaient surtout pour but d'énoncer des têtes de chapitre et de faire connaître les décisions prises en mettant le Corps médical devant le fait accompli, ne sauraient constituer de véritables dérogations à cette règle. Nous avions espéré que la libération aurait guéri l'Ordre de cette « maladie infantile » des institutions. Nous sommes donc heureux que l'occasion nous ait été ainsi donnée de poser aujourd'hui la question dans toute son ampleur.

***

L'actualité politique la plus quotidienne et la plus brûlante nous enseigne que le Français, façonné, instruit par l'expérience et l'histoire, se défie des vérités révélées. S'il mandate des représentants, il n'entend point aliéner entre leurs mains tous ses droits d'homme sensé et désire conserver le contrôle continu de leur gestion. La loi aussi est une "contrainte", mais cette contrainte se fait légère, s'efface même dès lors que celui qui la subit la consent. Le médecin, en cela comme en beaucoup de domaines, est peut-être plus Français qu'aucun autre. Ses représentants ignoreraient-ils ses plus habituelles réactions ?

Il est possible que pour des raisons purement tactiques, il ait été opportun de faire, cette fois-ci, en une période encore exceptionnelle, une grave entorse au principe de la publicité. Dans ce cas nous serions heureux si le Conseil National voulait bien faire savoir que cette exception confirme une règle à laquelle il se réserve de donner, dans l'avenir immédiat, le plus complet droit de cité.

Jean Mignon.

DE LA NÉCESSITÉ IMPÉRATIVE DE LA CRÉATION EN FRANCE D'ÉCOLES D'INFIRMIERS D'ÉTAT

par Marcel Chaton

Professeur de Clinique chirurgicale à l'Ecole de Médecine de Besançon, Chirurgien-Chef de l'Hôpital.

Les Ecoles d'infirmières d'Etat ont fait leurs preuves. Grâce à elles nous disposons actuellement d'un corps d'auxiliaires précieuses, non seulement dévouées, mais aussi éclairées. Or, chose incroyable, en notre temps, il n'existe en France aucune organisation correspondante pour l'Education des Infirmiers !

Les Infirmiers dont nous disposons, en Province en particulier, n'ont en général que leur désir professionnel de soigner (ce qui est capital, mais nous devons tout leur apprendre de leur métier et il leur manque toujours l'instruction théorique élémentaire sans laquelle ils agissent sans comprendre le pourquoi des choses, ce qui en pratique peut présenter de graves inconvénients.

Aussi pensons-nous que la création d'un enseignement à l'usage d'infirmiers est une question d'importance capitale à caractère urgent.

Or : l'utilité des Infirmiers

Tout d'abord la présence d'infirmiers dans les milieux hospitaliers est indispensable.

La femme restera toujours la principale soignante. La bonté et la douceur naturelles qui émanent de sa personne, lui réservent au point de vue moral le premier rôle. La phrase de Percy est toujours vraie : « Ubi non est mulier ingemiscit aeger », disait le grand chirurgien de Napoléon, « Là où la femme n'est pas présente, le malade est gémissant. » Mais elle doit obligatoirement être assistée d'infirmiers auxquels incombent les manœuvres de force (déplacement et transport de malades) et certains soins spéciaux génito-urinaires chez l'homme qui de toute évidence ôtent, on le conçoit, toute sensation désagréable de gêne aux malades.

Nature de l'Enseignement

Ceci nous amène à dire un mot de l'orientation un peu particulière que devra revêtir l'enseignement des infirmiers.

Deux points semblent donc à priori devoir être plus spécialement développés dans l'éducation du futur infirmier.

Il doit être particulièrement rompu aux travaux de force que réclame la profession : savoir prendre avec fermeté et sans le faire souffrir un malade pour le changer de position, être rompu à la pratique du brancardage. A la salle d'opération, c'est à lui que doit incomber le soin de la position à donner à l'opéré sur la table et de sa fixation sur celle-ci.

C'est à lui aussi, nous l'avons vu, que doit incomber les soins intimes des génito-urinaires hommes. Dans certains cas, s'il est particulièrement doué, on pourra le laisser s'élever à la pratique du sondage et des lavages vésicaux.

Où donner cet Enseignement

Il faudrait dans les très grandes villes et centres uni-

versitaires et hospitaliers, créer des Ecoles Nationales d'Infirmiers à l'image des Ecoles d'Infirmières.

Mais pour aller plus vite, car c'est urgent, et plus économiquement, pourquoi dès maintenant ne déclarerait-on pas mixtes toutes les Ecoles d'Infirmières existantes. Il suffirait d'adjoindre au programme de ces Ecoles quelques cours et démonstrations pratiques de brancardage, quelques cours aussi sur les soins en urologie en même temps qu'on ferait faire à ces infirmiers un stage dans les services spécialisés.

La carrière d'infirmier est une belle et bienfaisante carrière, susceptible d'intéresser la jeunesse et d'assurer son existence. Il y a peut-être lieu d'attirer son attention sur elle et d'en faciliter l'accès pour le plus grand bien de cette jeunesse et des malades.

C'est une œuvre qui semble à priori digne de retenir l'attention du Ministère de la Santé Publique.

LIBRES CRITIQUES DES LIBRES OPINIONS

Des sacrifices singuliers seront-ils exigés de nous, auxquels nous n'aurions pu songer hier sans une sueur d'angoisse ?...

Si l'on doit subir quelque chose, ce n'est qu'à proportion de ce que l'on laisse croire à d'autres qu'ils peuvent faire subir.

(in Charentes et Poitou, déc. 1940).

J'admire les écrivains de notre profession. Ils sont surmenés et ils trouvent encore le temps de bâtir des portions de systèmes.

La rubrique de nos « Libres Opinions » s'est enrichie, le 3 août, d'un article que je pense bien être d'un confrère, quoiqu'il soit signé de deux initiales ambiguës.

Je n'y puis laisser passer, sans me récrier, certaines qualifications péjoratives, telle celle de la médiocrité du médecin de famille. Et quoi ! oublie-t-on si aisément qu'il n'y a pas que des villes tentaculaires et que nous avons aussi quelques douces ou dures campagnes, où le médecin doit savoir tout faire. Tout, et même diriger ses patients vers le spécialiste ? Et si le médecin de famille ne peut plus demeurer l'élément de base de notre profession, qui sera cet élément de base? Car mon interlocuteur n'avance pas encore qu'il n'y aura pas d'élément de base.

Le principe de l'égalité des soins pour tous, ce n'est pas d'hier qu'il a été proclamé, et, mieux que cela, mis en pratique.

Quant à la gratuité des soins, on peut se demander, sans aucunement faire l'âne pour avoir du son, on peut se demander pourquoi ne pas commencer par la libéralité totale du pain et du sel, dont la présence est nécessaire à la vie avant celle du médecin.

Dire que l'évolution politique et sociale dicte à notre orientation professionnelle certains objectifs précis, dire que l'exemple de tel ou tel pays nous permet de prévoir où nous allons, voilà de pures pétitions de principe. Comparaison n'est pas raison.

Et que cela fait plaisir d'entendre en termes de boursier, monnayer notre médecine, quand on vous prédit sa métamorphose en entreprise commerciale rentable !

Un seul argument a manqué de me toucher dans l'exposé auquel je m'en prends, car je pense aussi que la gratuité des soins est une condition de notre prestige moral. En vérité, qui de nous ne s'est senti respirer plus allègrement quand, à l'égard d'un homme abandonné, il a accompli son geste médical avec science, conscience, gentillesse et gratuité ? Mais cela est, quand nous avons choisi d'agir ainsi, pour l'amour du prochain, quand l'impératif est en nous. Outre, que la gratuité me paraît d'une immorale inutilité devant les bien pourvus de ce monde, je dis que la gratuité systématique, je dis que la gratuité obligatoire de l'acte médical ne nourrit pas le prestige du fonctionnaire ou du salarié qui le dispense. Agissant comme tel, le médecin, quoi qu'il en ait, sera fonctionnaire par définition, et médecin par spécialisation. Qui donc, aujourd'hui, est impressionné par le panache du postier, du douanier, de l'employé des contributions ? Pourtant, ils nous distribuent leurs offices en toute gratuité. Est-ce que l'administration est organisée pour que les administrés profitent souvent de la beauté du geste ?

***

Je reste confondu devant l'ardeur de ceux d'entre nous qui, la hache et le flambeau à la main, abordent des problèmes effrayants. Mais je reste toujours, ou presque toujours, déçu de voir que nulle solution lucide ne peut rallier la majorité des intelligences. Sans doute, dans cette forêt de la Belle au Bois dormant qui se referme sur les pas du Prince Charmant, sans doute notre bonne volonté s'enfonce-t-elle dans des fourrés sans cesse plus touffus... Il n'importe ; ne voulant ni ne pouvant être celui qui propose un nouvel évangile, je demande pardon d'avoir à mon tour joué à l'écrivassier. Individualiste et collectiviste tout à la fois, un praticien qui connaît les tâches sociales, et les plus gratuites, avait bien le droit de s'émouvoir ici, et a pris le droit de s'insurger.

Duhamel, le plus humain et le plus gratuit des médecins de notre pays, a dit naguère qu'« il ne faut pas trop redouter d'être au-dessous de la besogne quand on aborde les grands problèmes et les grandes œuvres. » Et aussi que « Mieux vaut passer pour un niais et devenir la risée des gens désabusés de tout, que manquer une occasion d'être l'apôtre de ses chères vérités ».

C'est à cette dernière pensée surtout que je m'attache, et je souhaite qu'elle donne la commune mesure entre la sincérité de mon refus et celle du propos que j'ai pris à partie.

Dr R. Dupond.
(*Niort*).

LE MOT DU LECTEUR

SUR RENDEZ-VOUS

« Docteur X, consultations tel et tel jour de telle à telle heure, et sur rendez-vous. » La formule est courante aux portes des cabinets médicaux de Paris et d'ailleurs. Pourtant, si la consultation a reçu l'admittatur de la nomenclature officielle, le rendez-vous, grand méconnu, lui a été injustement assimilé. Il ne mérite pourtant pas un tel oubli.

⁂

Le rendez-vous se définit, de toute évidence, comme une consultation donnée en dehors des heures habituelles. Tantôt, c'est le malade lui-même qui le demande, soit qu'il ne puisse ni ne veuille attendre son tour dans un salon plein, ou supposé plein (« Je dois être chez mon coiffeur à telle heure, je donne à dîner ce soir »...), soit qu'il pense que son cas, évidemment le plus intéressant de tous, nécessitera un examen approfondi du praticien. D'autres fois, c'est le médecin qui fixe le rendez-vous estimant, devant un diagnostic difficile, qu'il lui est nécessaire de revoir le patient plus longuement, plus tranquillement, en se soustrayant à l'obsession énervante de l'heure qui tourne et des clients qui se morfondent et s'impatientent.

⁂

Le rendez-vous a donc le double avantage de satisfaire les intérêts ou l'égocentrisme du malade, en même temps que la conscience et les nerfs du praticien. Il permet seul des examens approfondis, des interrogatoires minutieux, de longs conseils d'hygiène et de diététique, une psychothérapie patiente et vraiment efficace. C'est pourquoi tant de médecins et la presque totalité des maîtres, ne connaissent que lui. C'est même, à notre sens, le moyen idéal de pratiquer la médecine telle que nous la comprenons, médecine sérieuse et totale, qui vise à saisir tout l'individu « soma et psyché ».

⁂

Le rendez-vous a, par contre, pour le médecin qui pratique aussi la consultation, plusieurs inconvénients. Souvent, en effet, le malade qui sait ou croit savoir que nous sommes disposés à lui accorder près d'une heure, abuse de la situation, s'installe confortablement, sort ses « petits papiers », prodigue sur ses malaises et son curriculum vitæ les détails plus ou moins utiles et n'abandonne le terrain que s'il a conscience d'avoir été examiné « à fond » et « sur toutes les coutures ». Pour être exact au rendez-vous le médecin est très souvent obligé d'écourter son repas, de se priver d'un instant de repos ou d'une distraction, d'abréger le temps qu'il passe au chevet de ses malades, voire de remettre à plus tard une ou plusieurs visites. A qui d'entre-nous n'est-il arrivé de sacrifier l'agréable et même l'utile, de rentrer chez lui tout essoufflé à l'heure dite pour n'avoir qu'à jeter un coup d'œil sur le bobo de la-dame-qui-doit-aller-chez-son-pédicure-et-ne-peut-pas-attendre. C'est à notre flair, à notre tact de nous protéger de pareils avatars.

⁂

Le rendez-vous se présente donc comme un service rendu au client, comme une consultation d'une longueur, d'une minutie, et souvent d'une difficulté exceptionnelles, comme une perte de temps et une fatigue supplémentaire pour le médecin. A ces titres, il mérite d'être distingué de la consultation ordinaire à heures fixes et, si tarification il doit y avoir (mais ceci est une autre histoire), d'être « taxé » à un échelon supérieur.

Dr G. ROUX.

AU SUJET DES REMPLACEMENTS

Je suis bien de l'avis du Dr. C. (1) lorsqu'il constate qu'il est de plus en plus difficile de se faire remplacer ; mais je demeure stupéfait lorsque je considère les tarifs qu'il propose : par exemple, 200 francs de fixe, plus 10 % sur les recettes. Dix pour cent, le pourboire, comme un garçon de café.

A ce tarif là, cher confrère, nous les chercherons peut-être longtemps les remplaçants, et ils auront certainement moins d'égards, pour nous, notre auto, et le reste.

La moitié des honoraires, il n'y a, je pense, rien d'abusif. Supposons une recette de 1.600 francs, par un remplaçant actif, il y aura pour lui la somme de huit cents francs (il ne perd certes pas son temps) et huit cents francs pour moi, qui passe d'agréables vacances. Je m'y retrouve ce me semble.

Si, évidemment, certains se « font la main » sur nos malades à notre « détriment moral », combien encore nous en remontreraient et sont regrettés par la clientèle à leur départ.

Il ne s'agit par pour nous de réaliser un quelconque bénéfice grâce à eux, mais *uniquement* d'assurer le traitement de la clientèle pendant notre absence.

Et ils auront encore assez d'ennuis avec le « tacot » que je leur laisse...

Dr FOURNIER.

(1) Voir *Concours Médical*, 10 août 1946.

ÉCHOS & commentaires

Ou Syndicat et Confédération auraient peut-être intérêt à signer, a leur tour, un « modus vivendi » ?

Une polémique vient de s'instaurer entre notre centrale syndicale et l'un de ses membres à propos, bien entendu, du *modus vivendi* transitoire en matière d'assurances sociales. Personne ne s'étonnera, à la vérité, qu'une entente entre le Corps médical et les Caisses soit difficile à instaurer, dès lors que la manière de faire vivre en paix les médecins entre eux s'avère elle-même malaisée à trouver. On s'étonnera peut-être, par contre, de l'identité du Syndicat schismatique : il s'agit de la Somme et non plus de la Seine. Décidément, les temps ont changé !

En deux mots, il est reproché par le Président de la Somme, membre de la Commission des Dix, au Secétariat confédéral, de n'avoir point, par suite d'une expectative coupable, obtenu la reconnaissance du *modus vivendi* par les autorités compétentes qui sont en premier lieu la C. G. T. et à titre accessoire, pour confirmation, la Direction de la Sécurité Sociale. Par voie de conséquence, les syndicats médicaux auraient mené leurs troupes à l'action, sans être protégés, comme il se doit, par la préparation du terrain que l'on attend des états-majors. Au lieu d'une victoire facile, lesdites troupes se verraient menacées, sans défense efficace, des foudres légales, et parfois seraient — en d'autres départements — fort portées à composer non seulement avec l'adversaire, mais aussi avec les principes. Si bien que, parti en guerre contre les Conventions, le Corps médical en viendrait, sous le nom d'entente transitoire et par l'effet de machiavéliques desseins, à signer des « pseudo-conventions » !

A quoi le Secrétariat mis en cause, répondit en demandant aux Présidents de Syndicat de lire plus attentivement *Le Médecin de France*, même pendant les périodes de vacances. Il y serait noté, en effet, que C. G. T. et Direction de la S. S. auraient été saisis dans les délais les plus brefs,, des textes élaborés par la Commission des Dix. Hélas ! s'il est relativement (?) aisé de définir la « manière de vivre » des médecins, il est beaucoup plus difficile de l'imposer à des organismes qui n'en veulent point. Il était convenu seulement, de part et d'autre, que l'on rechercherait localement des « ententes » de fait, jusqu'à ce que la modification de la loi puisse être obtenue.

Le tout était agrémenté d'aménités réciproques qui provoquèrent, bien entendu, une nouvelle réponse de la Somme, chacun se défendant, au reste, de polémiquer. Nous noterons seulement, pour conclure provisoirement cette passe d'armes, que la Somme regretterait, non point tant l'absence de démarches, que leur caractère infructueux — et que son but serait, tout à la fois, d'exprimer l'impatience des ardents — et par là, de secouer la léthargie des inconscients.

Ne nous installons point dans le transitoire.

Malgré ces côtés de polémique personnelle, cette discussion n'était point inutile, en effet. Elle aide à mettre au point une situation qui — en se prolongeant — devient


DÉMANGEAISONS
PRURITS
LACTACYD
PÂTE STABILISÉE A pH : 5,2


ACTIPHOS
AMPOULES BUVABLES DE 3 CC
L'ALIMENT ÉQUILIBRÉ DE LA CELLULE NERVEUSE
Acide phosphorique en Synergie suractivée par les Phosphates métalliques et les Catalyseurs minéraux
LABORATOIRE ROGER BELLON
LOUIS FERRAND
(GAMBEOL, RECTOCALCIUM, HÉMOPTYLORE "3", GLOBIRON)
78bis, Avenue Marceau - PARIS (8e)

quelque peu confuse, et oblige à réfléchir sur des attitudes qui, par leur répétition, pourraient fort bien entrer dans les mœurs sans acceptation formelle, d'une manière aussi dangereuse qu'inconsciente.

Il serait certes injuste d'imputer cette stagnation aux représentants du Corps médical. Nous avons vu, en effet, que la Constituante ne s'était intéressée qu'à la réforme des Conseils d'administration des Caisses, mais n'avait point abordé le régime d'assurance-maladie. En sorte que les nouveaux Conseils — comme tout en ce pays en l'an de grâce 1946 — sont, eux aussi, purement transitoires et peuvent tout au plus gérer les « affaires courantes », ce qui ne prédispose pas les conseillers ou plutôt leurs mandants — c'est-à-dire les syndicats cégétistes — à trancher, dès maintenant, au fond le grave problème des rapports avec le Corps médical.

Mais il serait périlleux de s'endormir dans cette attente que les événements imposent. Pour qui suit les travaux de la Commission d'homologation, il est frappant de constater que l'institution même de l'homologation tend à s'installer, dans les faits comme dans les esprits. Certes, les honoraires médicaux sont, aujourd'hui encore, davantage déterminés par les décisions propres des médecins, que par les tarifs homologués. Mais, de plus en plus, les syndicats sont amenés à tenir compte, dans leur décision, des actes de la Commission tripartite et s'efforcent, pour assurer leurs derrières, de faire officialiser les situations de fait d'aujourd'hui. Prenons garde, pour avoir refusé l'ordonnance du 19 octobre et ses conventions, de ne point, tout simplement, en revenir à l'ordonnance du 3 mars — et pour éviter un mal, d'en accepter un pire. Il y a bien les « notes verbales », mais elles sont dangereusement proches, selon nous, des satisfactions « verbales ».

Méfions-nous du verbalisme, qui cache les défaites sous son masque trompeur. Regardons les faits en face : une position purement *unilatérale*, conduit, en réalité, la profession, par une pente douce mais savonnée, entre les mains de l'Etat. Certes, il y aurait (ou il y aura) des soubresauts — l'on se cabrera de part et d'autre — *mais le temps travaille pour l'étatisation, non pour la liberté.* Et la dépréciation accélérée de la monnaie, le hiatus croissant entre les tarifs et les barèmes et les prix, font toucher du doigt plus que jamais les dangers matériels et moraux d'un tel régime.

La vraie « défense » consiste selon nous (et cette polémique l'enseigne mieux encore que les théories), à rechercher l'entente avec les organismes d'assurances sociales — ou plutôt avec leurs véritables dirigeants — tant à l'échelon national qu'à l'échelon local. C'étaient, sous le régime du 4 octobre 1945, la C. G. T. et les syndicats ouvriers. Ce sera davantage, espérons-le, sous le régime projeté par le Gouvernement, selon le vœu de la Constituante, les assurés eux-mêmes groupés dans leurs Caisses. L'entente en sera sans doute facilitée, parce que les points de vue seront peut-être moins directement inspirés par une politique partisane. Et il restera, enfin, à reconnaître *de jure* le régime établi *de facto*, c'est-à-dire à faire, de ces ententes collectives, de véritables conventions. Il n'y a point, selon nous, de tierce solution.

La majoration des cotisations d'Allocations familiales.

Les craintes que nous manifestions de voir les cotisations d'allocations familiales majorées en raison de la dernière loi

ANEMIES
Ampoules buvables
Une ampoule avant chaque repas
HEPAMINE MAUCHANT
Acides aminés Hématogènes
Comprimés
Quatre comprimés avant chaque repas
LABORATOIRE MAUCHANT
GENNEVILLIERS (Seine)

VITAMINES
A. B. C. D. - HORMONES
SUBSTANCES ORGANO-MÉTALLIQUES
SUPPLÉVITINE
"Contrepoids des Restrictions"
Sous-Alimentation
Croissance, Grossesse
Laboratoires Pharma-France
43, rue de l'Ancienne Mairie
Boulogne-s-Seine - Mol 12-13

AIL SCILLE
PHENYLETHYLMALONYLURÉE
Comprimés glutinisés : ni intolérance, ni mauvaise haleine
TENSOPAN
"Hypotenseur constant"
Hypertension
Artério-sclérose, Angine de poitrine, Aortites, Asthme, Emphysème
Laboratoires Pharma-France
43, rue de l'Ancienne Mairie
Boulogne-s-Seine - Mol 12-13

sur les prestations familiales (*C. M.*, 7 septembre, p. 993), se sont réalisés.

Le taux de ces cotisations qui avaient été précédemment fixé, pour les travailleurs indépendants des professions médicales, à 10 % du salaire moyen départemental, vient d'être porté à 12,5 % (arrêté du 10 septembre, *J. O.*, 14 septembre ; *C. M.*, 28 septembre), et comme les salaires moyens départementaux ont été eux-mêmes majorés de 25 % depuis le 1er juillet, les cotisations qui seront prochainement réclamées aux médecins, seront donc beaucoup plus importantes que celles du 1er semestre qui n'étaient que de 9 % de l'ancien salaire moyen départemental. Selon le tableau publié au *Journal Officiel* du 20 septembre, les cotisations trimestrielles varieront de 2.120 francs pour la Seine, à 1,030 francs pour les communes rurales de certains départements. Aussi, les nouvelles cotisations atteindront presque le double des précédentes et, comme le nouveau régime supprime pratiquement les exonérations qui étaient jusqu'à présent accordées aux médecins âgés de plus de 70 ans, cette majoration sera lourde pour les vieux médecins n'ayant plus qu'une activité réduite.

Les organisations professionnelles ont signalé cette situation à l'attention des Pouvoirs publics par de nombreux Ordres du jour. Mais ces protestations ne semblent pas, jusqu'ici, avoir ému nos dirigeants. L'application prochaine des nouvelles dispositions exigerait cependant qu'une solution soit rapidement trouvée qui tiendrait compte des critiques faites au régime qui va être instauré.

Le nouveau régime des assurés assistés.

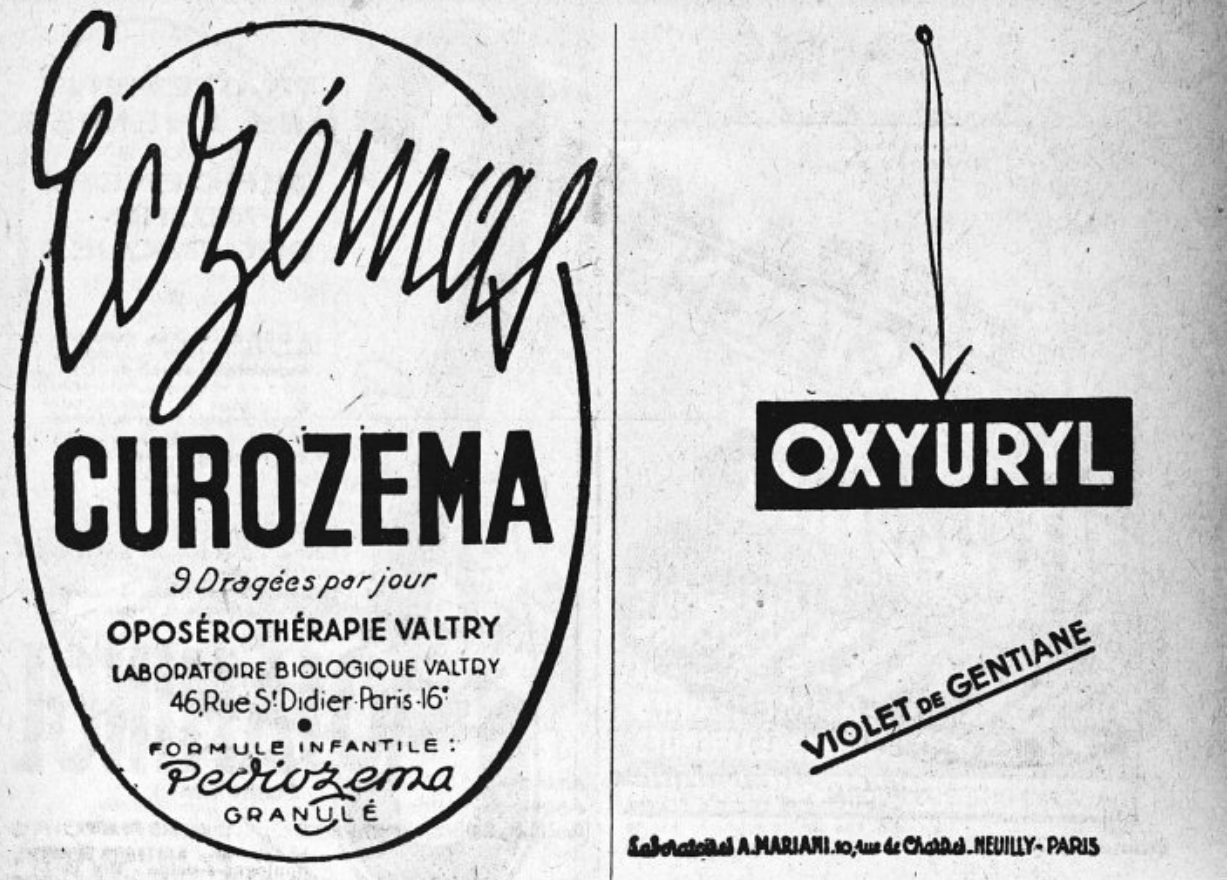
Nos lecteurs savent que les articles 85, 86 et 87 de l'ordonnance du 19 octobre 1945, ouvrent au Corps médical, en matière de soins aux assurés sociaux assistés, une triple option : ou la continuation du régime actuel, avec tous les inconvénients qu'il présente, surtout pour nos Confrères provinciaux ; ou l'assimilation des assurés sociaux assistés, aux assistés (contrôle de l'assistance, médecins de l'assistance) ; ou l'assimilation des assurés assistés aux assurés ordinaires, payant directement le médecin, sauf dans le cas ou celui-ci estime qu'ils sont dans l'impossibilité de supporter le ticket modérateur, la caisse d'assurances sociales se substituant alors à l'assuré pour payer le médecin.

Dans notre numéro du 10 avril 1946, nous avons objectivement exposé les avantages et inconvénients de chacun des systèmes, laissant percer, toutefois, nos préférences pour la troisième solution.

Dans le *Médecin de France*, nº 7 de juin-juillet 1946, une étude, également objective, conclut nettement en faveur de la première solution, soit la continuation du régime actuel.

Nous apprenons qu'une décision définitive doit être prise sur cette question, par le Conseil de la Confédération, le 5 octobre prochain. Nous serons heureux de connaître la solution adoptée.

Fidèle à son programme de défense du secteur libre en médecine, le Dr Filachet, président du Syndicat de la Somme, suggère d'adopter la troisième solution, c'est-à-dire : l'assimilation aux assurés sociaux ordinaires. Mais au cas où le médecin considérerait que le malade est dans l'impossibilité d'acquitter



une part quelconque des honoraires, le médecin le considérerait comme indigent total et ne réclamerait pas d'honoraires.

Ainsi, selon le Dr FILACHET, serait rétabli le secteur gratuit, qui fut, pendant longtemps, l'un des moyens les plus sûrs de défense de l'indépendance du Corps Médical. Cette générosité du Corps médical devant être compensée par la liberté de fixer souverainement ses honoraires pour tous les malades non économiquement faibles.

Aussi séduisante que puisse paraître cette suggestion, nous ne pensons pas qu'elle puisse être retenue. Elle aboutirait, en effet, à ce paradoxe de faire considérer les assurés sociaux, comme plus indigents que les assistés puisque ,à l'occasion de leur traitement, aucun honoraire ne serait perçu par le Corps Médical, ni des assurés sociaux ni de la collectivité d'assistance. Elle tendrait à faire considérer comme nul, l'effort d'assurance et de sécurité sociales réalisé au cours de ces dernières années dans notre pays.

TEMPÊTE DANS UN URINAL.

A la suite de l'écho publié sous ce titre dans notre numéro du 17 août 1946, nous avons reçu la lettre suivante :

Nous lisons avec surprise, dans le numéro 23, page 903 du CONCOURS MÉDICAL, paru le 17 août 1946, sous le titre « Tempête dans un urinal », un écho qui, pour vouloir être spirituel, n'en est pas moins absolument contraire à la vérité.

Nous ne doutons pas de votre bonne foi, mais, connaissant l'autorité et la diffusion de votre journal, nous vous serons obligés de vouloir bien, conformément à l'usage, faire paraître la rectification suivante dans votre plus prochain numéro.

C'est le 18 mars 1946 qu'a été constitué le « Syndicat des Médecins et Chirurgiens Urologues de France ». Il reçut un tel accueil de la part de ces spécialistes que 170 d'entre eux, parmi les plus qualifiés ont, en quelques semaines, demandé leur inscription.

Considérant qu'il devenait (vu son nombre) le plus représentatif de la Spécialité, notre syndicat demanda, en juin dernier, son habilitation à la Confédération.

Mais, dans le même temps, dans un large esprit de confraternité, l'Assemblée générale du 18 juin décidait d'entrer en contact avec le Syndicat des Urologistes afin, dans une conversation franche et loyale, d'envisager les moyens d'aboutir éventuellement à une entente et même à une fusion. Contrairement aux termes de votre écho, nous n'avons rien à redouter de la Confédération qui, du reste, va examiner notre demande d'habilitation.

C'est le *Syndicat des Urologistes* qui a proposé une réunion chez M. le professeur PORTES pour envisager les solutions possibles.

Notre Syndicat *n'a jamais demandé ni accepté un arbitrage*. Il a simplement autorisé son président, PÉRARD, à lui demander conseil et à recueillir son avis.

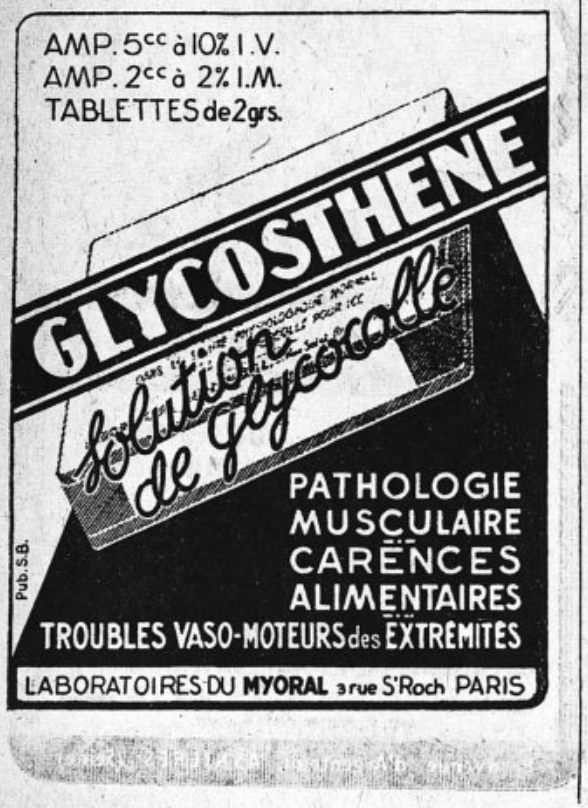
Il est donc inadmissible que le *Syndicat des Urologistes* cherche, depuis plusieurs semaines, à semer la confusion à ce sujet dans tous les esprits.

La manœuvre est trop claire ; il s'agit de tenter de briser l'essor d'un groupement dont la vitalité ne cesse de s'affirmer.

Non seulement notre Syndicat ne disparaît pas, mais déjà accrédité officiellement à la Chambre Syndicale de la Seine, il persiste à demander son habilitation.

Veuillez agréer...

Le Secrétaire général,
Dr CROUZAT.





CORRESPONDANCE

APPLICATION DE TARIFS D'HONORAIRES

3615. **Honoraires pour prises de sang.**

Pourriez-vous me dire quel P.C. je dois inscrire pour prise de sang et étude de la sédimentation globulaire ?

Dois-je compter une prise de sang simple ? Un laboratoire demande au moins 250 fr.

Dr L.

Réponse.

Il n'existe pas dans la nomenclature, de tarification en P.C. pour les actes de laboratoire. La tarification de ces actes doit être faite, pour le moment du moins, suivant les chiffres indiqués dans le Tarif Pharmaceutique national *et dans les arrêtés qui y sont annexés.*

Pour les actes de laboratoire, il s'agit d'un arrêté 13540 *paru au* Bulletin Officiel du Service des Prix, *en date du 5 octobre* 1945 *et, pour l'A.M.G. et soins aux pensionnés de guerre au* Bulletin Officiel du Tarif des Prix *du 2 novembre* 1945.

Les tarifs fixés par ces deux arrêtés sont les suivants :

Pour l'étude de la sédimentation globulaire,

prix au public ..... 180 fr.

A.M.G. et article 64 ..... 160 fr.

Ce prix comprend le prélèvement du sang.

★

QUESTIONS DIVERSES

4231. — **Consultations de nourrissons.**

Pour ma documentation professionnelle, pourriez-vous me faire connaître :

1° Comment doivent être organisées les consultations des nourrissons, dans les villes et les chefs-lieux de canton ?

2° De qui dépendent-elles aux points de vue administratif et médical?

3° Est-ce que cette fonction doit automatiquement passer au successeur du titulaire (comme celle de médecin de la S.N.C.F.), ce que je trouve illégal — et ce qui existe dans ce canton? Ici, par exemple, nous sommes 4 médecins : la consultation des nourrissons a été *léguée* par un confrère qui avait abandonné la clientèle pour raison de santé. Cette consultation, qui a eu lieu tous les mois, est une façon détournée d'attirer la clientèle: je m'en suis aperçu, ayant remplacé le confrère. Celui-ci s'oppose à ma participation à cette consultation, alors que Croix-Rouge et directeur de la Santé sont d'accord avec moi. Votre avis?

J'estime que ces consultations devraient être faites par des médecins *fonctionnarisés.*

Dr R.

Réponse

Les conditions dans lesquelles peuvent être créées et organisées les consultations de nourrissons et gouttes de lait, ont été fixées par le titre II du décret du 21 *avril* 1945, *relatif à la réglementation des pouponnières, des crèches, des consultations et des gouttes de lait. Vous trouverez d'ailleurs ci-après copie intégrale du titre II ayant trait aux consultations de nourrissons.*

ART. 9. — *Les consultations de nourrissons ont pour objet de surveiller la croissance et le développement des enfants de 0 à 3 ans, d'encourager l'allaitement maternel;*





de diriger le sevrage et l'ablactation. Elles doivent propager des notions d'hygiène, de diététique et de prophylaxie.

Elles peuvent servir d'intermédiaire pour la distribution des allocations d'assistance aux femmes en couches et des primes d'allaitement.

ART. 10. — *Les gouttes de lait ont pour objet d'assurer notamment la distribution d'un lait contrôlé au point de vue chimique et bactériologique, stérilisé et mis en biberons, tout préparés et dosés selon les besoins de chaque enfant.*

ART. 11. — *Les consultations de nourrissons et les gouttes de lait ne peuvent être ouvertes ou fonctionner sans l'autorisation du directeur régional de la Santé et de l'Assistance.*

Cette autorisation n'est accordée que si l'établissement est placé sous la responsabilité d'un médecin qualifié, si le personnel attaché à l'institution présente les garanties sanitaires, morales et professionnelles exigées et si les locaux satisfont aux conditions indispensables d'hygiène.

ART. 12. — *Toute consultation de nourrissons doit être assurée par un médecin agréé par le directeur régional de la Santé et de l'Assistance qui justifie de titres de puériculture et de pédiatrie ou, à défaut, d'une spécialisation de fait.*

Comme vous pouvez le constater, l'article 12 rend nécessaire que toute consultation de nourrissons soit confiée à un seul médecin agréé par le directeur régional de la Santé et de l'Assistance et qui en assume l'entière responsabilité.

Selon nous, la réglementation en vigueur s'oppose à ce qu'une consultation de nourrissons soit partagée entre plusieurs médecins.

DEMANDES & OFFRES

N° 593. — Vve médec. trentaine, très au cour. client. recherche situat. dans cabin. médic., clin. dispens. ou autre, de préfér. Paris ou banl.

N° 594. — Doct. libre jusqu'à fin octobre, ferait remplacement médec. génér., accouch. Références.

N° 595. — Très urg. A céder, pour fin novembre à 70 km. de Paris, bonne client. demi urb., médec. génér. Logem. très confort. Motif départ : impérieuse raison de famille. Ecr. Béraud, 8, rue de Porto-Riche. Paris-14e.

N° 596. — A.I.H.P., anc. chef clin. chirurg. Paris, disposant capitaux, cherche success. ou associat. chirurgie. région indiffér. si besoin secondé par sa femme A.I.H.P. Ecr. journ. qui transm.

N° 597. — Diplômé Ecole d'Arsonval, cherche place aide-radiol. Ecr. M. Th. Soularue, 13, rue du Petit-Val à Vitry (Seine).

N° 598. — Vends : Traité de médec. et thérap. de Brouardel et Gilbert (10 vol. brochés). Précis de radiolog. de Jangeas (1 vol. relié). Traité de chirurg. de Duplay et Rulus (8 vol. reliés).

N° 599. — Doct. vend 202 Peugeot, rodage, 5 pneus neufs. Téléph. Bot. 41-85.

N° 600. — Cherche rég. Deux-Sèvres, Vendée, Charentes, poste médic. génér. avec ou sans proph. à créer ou à reprendre.

N° 601. — Dans l'Yonne, 35 km. ch.-l. de départ, pour rais. famil. doct. céderait import. client. avec proph. et fixes, mais. agréable et grand jard. Urg.

N° 602. — A céd. Un poste portatif de diatherm. C.4 de Boulitte (diatherm. et bistouri électrique). Trousse d'utilisation et pédale interruptrice, état neuf.

N° 603. — Médec. cherche poste à créer ou reprendre Côte d'Azur, ou à défaut, logem. même camp., pourvu trouver conf. pour sa famille allant Midi, rais. santé.

N° 604. — A vendre : 1° Appar. de radio portat., mod. 1938, en bon état, avec chariot et access. permett. la scopie et la graphie au cabin. ; 2° Appar. ray. U.V. 1937, mod. Gallois, brûleurs nouveaux.

N° 605.— Cherche client. chir. génér. dans ville mont., alt. 800 m. minim. pour rais. de santé familiales.

Gérant : J. MIGNON Lang, Blanchong et Cie, 30, rue du Poteau - Paris (18e) — 31.1048
Février 1879 Dépôt légal : N° 8 4e trimestre 46

GRIMAULT
DELBIASE
Stimulant biologique général
Dermatoses - Prophylaxie du Cancer
★
LABORATOIRES GRIMAULT
51, RUE FRANÇOIS-Ier - PARIS

LE CONSEIL MEDICAL
CABINET BREITEL ET GORET
Fondé en 1903
1, rue Dante. Paris 5e ODE 36-46

Paris 8e : Magnif. appart. Confort. A remonter.
Paris 19e : Cab. Méd. Gle. 6 pièces. Confort.
Banlieue Nord : Ville agréable : propr. pouv. convenir p. maison de convalesc., repos. 20 lits.
Banlieue Ouest : Cab. méd. gle, gros ch., à échang. c. cab. phtisiol. Paris, avec ou sans logement.
Pas-de-Calais : V. 25.000 hab. Méd. Gle. Fixes.
Nord : V. 2.500 hab. Méd. Gle. Mais. Prix avant.
Aisne : Propharm. Gde maison. A remonter.
Est : Gde ville : cab. d'Ophtalmologie.
Marne : V. 8.000 hab. Lycées. Méd. Gle. Mais. meub.
Eure : 80 km. Paris. Propharm. Belle mais. cond. av.
Indre : V. 8.000 hab. Cab. ophtalm. Suisse déc.
Indre-et-Loire : Méd. Gle, 12 ans, anc. Bon chiffre.
Indre-et-Loire : 10 km. gde ville. Propharmacie.
Isère : Propharmacie. Belle maison. Conf. Gros ch.
Savoie : Préventorias importants en plein rapport.
Placements réservés à Médecins : parts de sociétés.

GASTRHÉMA
CONTRE LES ANÉMIES
ASTHÉNIE - ANOREXIE - HYPOPEPSIE
EXTRAIT DE MUQUEUSE D'ANTRE PYLORIQUE
1 à 3 amp. buvables, par jour
17, Avenue de Villiers — PARIS (17e)
FRÉNASMA
TROIS A QUATRE COMPRIMÉS PAR JOUR. UN A DEUX DÈS LE DÉBUT DE LA CRISE.
LABORATOIRES du GASTRHÉMA
17, AVENUE DE VILLIERS
PARIS (17e)
ASTHME - EMPHYSÈME - BRONCHITES CHRONIQUES - MÉDICATION PRÉVENTIVE, ABORTIVE ET CURATIVE DES CRISES

E.C.50

HYPERCHLORHYDRIE
— HYPERACIDITÉ —
DYSPEPSIES ACIDES

SEL DE HUNT

Granulé AGRÉABLE au goût, se prend délayé dans l'eau par cuillerées à café

PAR LE PARFAIT DOSAGE DE SON SEL ALCALIN **NEUTRALISANT** ET DE SES SELS NEUTRES **ABSORBANTS** ET **SATURANTS**, IL **SOULAGE** D'ABORD, PUIS **RÉGULARISE** ET **NORMALISE** LA SÉCRÉTION HYPERACIDE

LABORATOIRES ALPH. BRUNOT, 16, rue de Boulainvilliers, PARIS-16e

---

RÉMINÉRALISATION

OPOCALCIUM

du Dr Guersant

IRRADIÉ (GRANULÉ, CACHETS, COMPRIMÉS)

Vitamine D pure cristallisée et
Parathyroïde (extrait)
Sels minéraux directement assimilables

SIMPLE (GRANULÉ, CACHETS, COMPRIMÉS)

Parathyroïde (extrait)
Sels minéraux directement assimilables

Cachets **GAÏACOLÉS**

Cachets **ARSÉNIÉS**

Poudre

LABORATOIRES DE L'OPOCALCIUM
96, Rue Orfila PARIS (20e)

INTESTARSOL

Granulé

TOXI INFECTION INTESTINALE

PARASITOSES

Laboratoire H. CALAS
162, Rue de l'HAY
GENTILLY (Seine)

Thérapeutique artérielle et cardio-rénale

Artères

Spasmes artériels, Hypertension
TENSÉDINE 2 comprimés au début de chacun des 3 repas.

Scléroses vasculaires et viscérales
IODOLIPINE 1 capsule 2 ou 3 fois par jour, aux repas.

Cœur

Syndromes coronariens, Angor, Infarctus, Palpitations, Algies précordiales
COROSÉDINE 2 comprimés 2 ou 3 fois par jour, au début des repas.

Crises angineuses
TRINIVÉRINE 2 à 3 dragées à quelques minutes d'intervalle. Maximum : 10 par jour.

Reins

Insuffisance cardio-rénale, Oligurie
DIUROPHYLLINE 2 à 4 comprimés par jour, à la fin ou dans l'intervalle des repas.

MONAL, DOCTEUR EN PHARMACIE - 13, Avenue de Ségur, PARIS

BILAXYL

Le laxatif des hépatiques

1 A 2 COMPRIMÉS LE SOIR

LABORATOIRES ROLAND MARIE
191, RUE DU Fg St-ANTOINE, PARIS

CALCIUM CORBIÈRE

GLUCONATE DE CALCIUM PUR A 10 %
EN AMPOULES
DE 2cc. 5cc. 10cc

•

POUR INJECTIONS
ENDO-VEINEUSES OU
INTRA-MUSCULAIRES
INDOLORES

LABORATOIRES CORBIÈRE
27, Rue Desrenaudes, PARIS

Toutes les indications du Calcium et de la Vitamine D

ULTRACALCIUM

PHOSPHORE CALCIUM VITAMINE D

RECALCIFIANT
COMPLET ET
ÉQUILIBRÉ
EN COMPRIMÉS
OU DRAGÉES A
CROQUER

LABORATOIRES DEROL, 66 bis RUE St DIDIER, PARIS 16e

OPOBYL

Cholérétiques végétaux
Extraits hépatiques
et biliaires.

Affections hépatiques Constipation

1 à 2 pilules aux repas

LABORATOIRES A. BAILLY
SPEAB
15 RUE DE ROME — PARIS 8e

Opo. 12

LÉO BOUILLON

68e ANNÉE N° 41 12 OCTOBRE 1946

LE

CONCOURS MÉDICAL

37, RUE DE BELLEFOND - PARIS (9e) - TRU 33-66

379-381

SOMMAIRE

PARTIE SCIENTIFIQUE.

Traitement de l'incontinence essentielle des urines par l'appareil avertisseur (Dr Lepoutre) 1.147

Pigmentations faciales (Dr R. Barthélémy) .. 1.148

Sur le lait irradié (Dr Pierre Labignette) .. 1.150

A propos de l'article du Professeur Vanverts sur le traitement des fibromes utérins (Dr J. Fresnais) 1.151

Une cause insoupçonnée d'hypertension (Dr Yves Dhotel) 1.151

Les Congrès, 1.152. — Les Livres, 1.158. — La Presse, 1.158.

PARTIE PROFESSIONNELLE.

Propos du Jour. — Salut sans illusions à une utopie (Dr G. Lavalée) 1.161

Droit Professionnel. — La loi sur les loyers du 17 septembre 1946 (Henri Meillet) 1.163

Le Colloque médical et la confusion des langues (Pierre Mauriac) 1.165

De l'égalité des honoraires des médecins et des sages-femmes en matière d'accouchement (Dr Georges Mouthon) 1.166

La couleur dans les locaux pour malades (G. L.) 1.168

Chronique Automobile. — Les chargeurs d'accumulateurs (Henri Petit) 1.169

DEMI-COLONNES.

Dernières Nouvelles, 1.137. — A travers l'Officiel, 1.142. — Echos et Commentaires, 1.171. — Correspondance, 1.175.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

NATIBAÏNE
NATIVELLE

AFFECTIONS RHINO-PHARYNGÉES
BIPHEDRINE
AQUEUSE-HUILEUSE
GOUTTES
Laboratoires du Dr BOUCHARA
47, Rue de Bretagne PARIS 3e

Association Iode et Cttrate de Soude
(Pilules)
IODOCITRANE
Artériosclérose, Hypertension
Scléroses, Menopause
Labor. SCIENTIA
Dr PERRAUDIN
21, rue Chaptal, PARIS

Equilibre Phospho-calcique
TRICALCINE
Granulés IRRADIÉE Cachets
RECALCIFICATION de l'ORGANISME
Lab. SCIENTIA - Dr PERRAUDIN
21, rue Chaptal, PARIS

COLIBACILLOSE-BLENNORRAGIE-STREPTOCOCCIES
LYSOTHIAZOL
(640 M)
Comprimés 0 g., 56
de LYSOTHIAZOL.
Éts MOUNEYRAT
VILLENEUVE-LA-GARENNE (Seine)

Silicyl
Médication de BASE et de RÉGIME
des ÉTATS ARTÉRIOSCLÉREUX
et des carences siliceuses
18, Rue Ernest-Rousselle - PARIS-13e

TUBERCULOSES ET TOUTES DÉFICIENCES

OKAMINE

du Docteur DANI-HERVOUET

SIMPLE — CYSTÉINÉE — DRAGÉES

Laboratoire d'Oxyaminothérapie, 13, Rue Pavée, PARIS-4e

EXTRASYSTOLES des CARDIAQUES

Schéma d'Ordonnance

I Eviter la fatigue et proportionner les efforts et le genre de vie à la capacité cardiaque, en modérant l'activité habituelle, en s'imposant un repos suffisant, séjour au lit plus prolongé, séjour à la chambre, en évitant tout effort, toute fatigue inutiles.

II Régime normal, léger mais assez substantiel sous un petit volume, user volontiers de mets sucrés. Limiter le volume total des boissons qui ne devra pas dépasser 1200 cc. à 1500 cc. tout compris.

III Pour atténuer l'excitabilité neuro-cardiaque et faciliter le travail du myocarde par un médicament à la fois sédatif et toni-cardiaque indirect, prendre:

COROSÉDINE * : *2 comprimés avant chacun des trois repas 4 à 5 jours par semaine.*

* En cas de signes plus accusés d'insuffisance cardiaque, prendre les deux ou trois derniers jours de la semaine, un toni-cardiaque : strophantus, ouabaïne ou digitaline.

* La COROSÉDINE est une spécialité des Laboratoires MONAL, 13, av. de Ségur, PARIS

GLOBIRON

AMPOULES BUVABLES DE 3 C.C.

Combinaison des méthodes de WIP-LE, CASTLE & WILLS en association avec un complexe organo-métallique ferro-manganо-cuprique

Anémies hypochromes
Chlorose
Carences martiales

LABORATOIRE ROGER BELLON
LOUIS FERRAND
Ex-Interne, Lauréat des Hôpitaux de Paris
PHARMACIEN-GÉRANT
(GAMBÉOL, RECTOCALCIUM, ACTISPHOS, HÉMOPTYLORE "37")
78bis, Avenue Marceau - PARIS (8e)

PHOSPHAN CADUCIA



TRAITEMENT DES ASTHÉNIES ET DE L'ALCAROSE

DERNIÈRES NOUVELLES

LE DOCTEUR P. LACROIX
1872-1946

Une triste mission nous incombe aujourd'hui : celle d'annoncer la mort du plus ancien collaborateur de la Rédaction du « Concours Méd.cal », survenue le 2 octobre 1946 après une très douloureuse ma adie de quelques semaines.

A la fin de l'année 1895 le Dr P. Lacroix, coiffé du « haut de forme » de l'époque apportait un exemp'aire de sa thèse au Dr Cézilly, fondateur du « Concours Méd.cal ». Lacroix se spécialisait en oto-rh no-laryngologie ; Césilly avait jugé des qualités de l'homme qu'il devait attacher à la Rédaction scientifique du journal.

Dès l'année 1896, Lacroix publiait régulièrement dans le « Concours Médical », ses articles pratiques concernant sa spéc.alité. Peu à peu son activité journalistique se développa : il recueillit aux Hôpitaux des Conférences cl.niques, publia des comptes rendus des Sociétés Savantes, des Congrès, sut obtenir des interviews intéressants des Maîtres et des Prat.ciens, mettre au point des questions d'actualité, etc. Toujours ses exposés étaient empreints de clarté, de méthode. C'était un travai leur acharné, un esprit aussi modeste que distingué.

Tous nos lecteurs garderont le meil'eur souvenir des œuvres de P. Lacroix. Les Membres du Conseil de Direction du « Concours Médical » conserveront toujours vivante la mémoire de leur collaborateur et ami.

G. FISCHER.

Faculté de Médecine de Paris.

Les examens de la Session d'octobre auront lieu aux dates suivantes :

Examens écrits de 1re et 2e année :

1re *année :*

Anatomie : le lundi 14 octobre, à partir de 8 h., à la Bibliothèque.

Physiologie : le lundi 15 octobre, à partir de 8 h. à la Bibliothèque.

2e *année :*

Physiologie : le mercredi 16 octobre, à partir de 8 h. 30 à la Bibliothèque.

Histologie : le jeudi 17 octobre, à partir de 8 h. 30 à la Bibliothèque.

3e *année :* à partir du 14 octobre (affichage le 12).

4e *année :* écrit de pharmacologie, à partir du 12 octobre (affichage le 10) ; oraux en pharmacologie, à partir du 14 octobre (affichage le 12).

5e *année :* à partir du 24 octobre (affichage le 26).

Congrès français d'oto-rhino-laryngologie.

Le Congrès Français d'O.R.L. tiendra ses assises au Grand amphithéâtre de la Faculté de Médecine

Le Concours Médical

Hebdomadaire fondé en 1879 par A. Cézilly

Directeur honoraire : Docteur J. NOIR.

Directeur : Dr G. LAVALÉE.

Rédacteur en Chef : Dr G. FISCHER

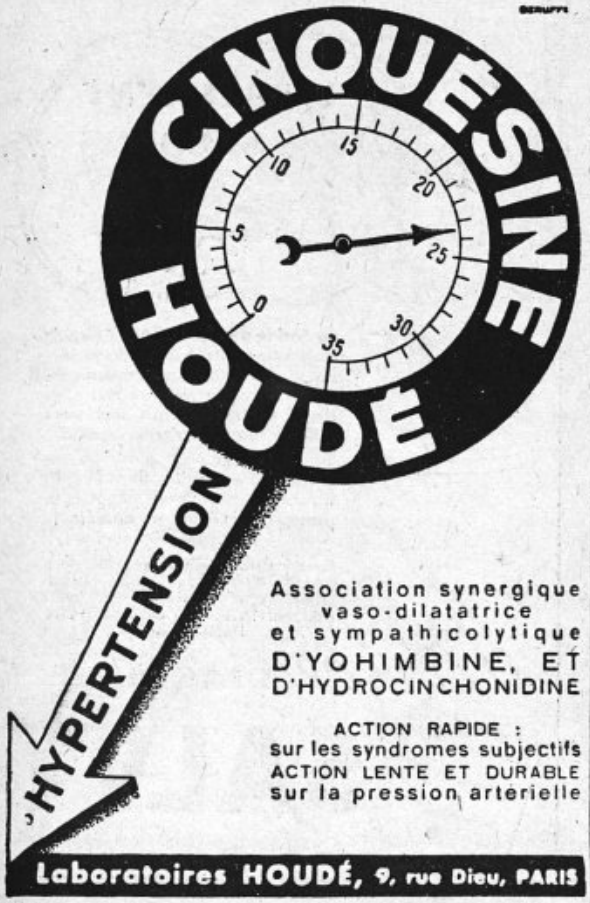
RÉDACTION, ADMINISTRATION ET PUBLICITÉ, 37, rue de Bellefond, Paris (9e).

Téléphone : TRU 33-66. R. C. Seine 76.579

Chèques postaux. Paris 167-95.

ABONNEMENTS

1 an, 400 francs - Etudiants, 200 fr. Le N° 15 fr. Changement d'adresse, 5 francs.



Association synergique
vaso-dilatatrice
et sympathicolytique
D'YOHIMBINE, ET
D'HYDROCINCHONIDINE

ACTION RAPIDE :
sur les syndromes subjectifs
ACTION LENTE ET DURABLE
sur la pression arterielle

Laboratoires HOUDÉ, 9, rue Dieu, PARIS

VINGT PEPTONES DIFFÉRENTES
Hyposulfites de Magnésium et de Sodium
Sels halogénés de Magnésium

ANACLASINE
RANSON

Comprimés — Granulé

Désensibilisation

Etats Hépatiques

Action Cholagogue

ANACLASINE INFANTILE

Granulé soluble

LABORATOIRES DÉ L'OPOCALCIUM
96, Rue Orfila PARIS (20e)

de Paris, les 21, 22, 23 octobre 1946, sous la présidence de M. le Dr A. MOULONGUET, avec la présidence d'honneur de M. le Pr Léon BINET, Doyen de la Faculté de Médecine.

Questions à l'ordre du jour :

1° *Coryza spasmodique, glandes endocrines et système neuro-végétatif.* — Rapporteurs MM. le Pr E. HALPHEN et R. MADURO.

2° *La pénicillinothérapie en O.R.L.* — Discussion libre.

Pendant la durée du Congrès :

Séances opératoires dans les services hospitaliers.

Exposition d'instruments et de spécialités O.R.L. dans le grand Hall de la Faculté de Médecine.

A l'issue du Congrès est organisée une série de conférences qui auront lieu :

Le matin : dans le service de M. le Pr Lemaître, Hôpital Lariboisière.

L'après-midi : au Petit amphithéâtre de la Faculté de Médecine.

Jeudi 24 octobre :

10 *heures :* M. le Pr LEMAITRE : Diagnostic et traitement des tumeurs du maxillaire inférieur.

11 *heures :* M. le Pr agrégé DEGOS : Acquisitions récentes dans le traitement antisyphilitique : arsénoxydes et pénicilline.

17 *heures :* M. le Pr REBATTUT : La paralysie de l'œsophage.

18 *heures :* M. MALLARMÉ : Manifestations buccopharyngées des grands syndromes hématologiques.

Vendredi 25 octobre :

10 *heures :* M. le Pr TERRACOL : La thérapeutique antibiotique en O.R.L.

11 *heures :* M. le Pr DEBRÉ : Le problème des otomastoïdites du nourrisson, divergences d'opinion parmi les pédiatres français,

17 *heures :* M. le Pr agr. DE SÈZE : Algies faciales, algies crâniennes.

18 *heures :* M. AUBRY : Chirurgie de la surdité.

Samedi 26 octobre :

10 *heures :* M. BOUCHET : Sinusites maxillaires chroniques latentes.

11 *heures :* M. le Pr agr. DE GENNES : Le traitement des insuffisances endocriniennes par les implants sous-cutanés de comprimés d'hormone.

17 *heures :* M. le Pr agr. TURPIN : Etude génétique de certains problèmes oto-rhino-laryngologiques.

18 *heures :* M. le Pr CALVET : La radiothérapie de contact dans le traitement de l'hypertrophie de l'amygdale palatine.

Pour tous renseignements, s'adresser au Dr H. FLURIN, secrétaire général, 19, avenue Mac-Mahon, Paris (17e), et Cauterets (Hautes-Pyrénées), ou au Dr H. GUILLON, secrétaire général adjoint, 6, avenue Mac-Mahon, Paris (17e).

Cours de révision des notions médico-chirurgicales nouvelles et pratiques.

Nous rappelons que ce cours est destiné aux médecins omni-praticiens qui sentent la nécessité de rajeunir tous les dix ou quinze ans leurs connaissances de diagnostic, de pronostic et de traitement. Organisé par le Pr LIAN, avec le concours de professeurs, agrégés, médecins, chirurgiens et spécialistes des hôpitaux, assistants, chefs de clinique, le cours aura lieu du 21 au 31 octobre dans les services hospitaliers des conférenciers, pour assurer aux démonstrations un caractère clinique et pratique. La première semaine sera consacrée à la médecine et aux spécialités médicales, puis quatre jours embrasseront la chirurgie et les spécialités chirurgicales : chaque jour trois conférences de 9 h. à midi, trois conférences de 15 h. à 18 h.

Droits d'inscription : 600 fr. pour la médecine, 400 fr. pour la chirurgie, 800 fr. pour la totalité du cours.

Adresser un chèque ou un mandat à la Clinique Médicale de l'Hôpital Tenon, 4, rue de la Chine, Paris (20e) dont le Secrétariat pourra, sur demande,



CHLORO-CALCION



La Farine diastasée SALVY depuis longtemps entrée dans la diététique courante du nourrisson sain occupe une place de premier plan dans l'alimentation toujours difficile du nourrisson malade. En cas d'intolérance lactée ou d'insuffisance du lait de vache, la farine diastasée SALVY est, dès le premier mois, l'aliment de secours du nourrisson.

Envoi sur simple demande adressée à SALVY, 4, Rue de Lambrechts à COURBEVOIE (Seine) du MEMENTO d'ALIMENTATION ET DE DIETETIQUE INFANTILES.

* Farine DIASTASÉE



SALVY

Préparée par BANANIA

donner tous renseignements concernant le séjour à Paris.

Un certificat sera délivré aux médecins ayant suivi le cours.

Un programme détaillé des Conférences sera remis aux auditeurs à l'ouverture du cours.

Assistants d'électro-radiologie.

Un concours pour la nomination à six places d'assistant d'électro-radiologie des hôpitaux de Paris sera ouvert le 22 novembre. Inscriptions 3, avenue Victoria, bureau du Service de Santé de l'Administration, du 28 octobre au 8 novembre.

Comité de Coordination des Conseils Départementaux et Comité Intersyndical de la Région parisienne.

HAUSSE DES INDICES.

La statistique générale de la France vient de publier les indices des prix en France, au cours du mois d'août 1946.

D'après cette statistique les indices des prix de détail à Paris, en prenant le chiffre 100 de 1938 comme base sont passés de juillet 1946 à août 1946 aux taux suivants :

29 denrées alimentaires ...	juillet 1946 576	août 1946 743
4 articles de chauffage...	juillet 1946 471	août 1946 471
34 articles divers	juillet 1946 576	août 1946 730

Les journaux qui publient ces chiffres officiels ne parlent pas de la hausse de l'indice des salaires. Il est probable que cet indice oscille aujourd'hui entre 5 et 6 (base 1 en 1938).

INTERPRÉTATIONS OFFICIELLES DE LA NOMENCLATURE.

Une circulaire du ministre du Travail en date du 24 août 1946 rapporte que la « Commission permanente de la Nomenclature a été amenée à fournir l'interprétation d'un certain nombre d'articles de la Nomenclature ». Nous en retiendrons deux qui intéressent plus particulièrement nos confrères spécialistes et médecins des hôpitaux et qui, surtout la première, ne seront sans doute pas sans soulever quelques protestations. Voici donc intégralement reproduites les deux « interprétations » :

1° Honoraires des spécialistes qualifiés et consultants. — *En ce qui concerne le cumul des dispositions des articles* 21 *et* 22 *et des articles* 22 *et* 23, *la Commission a précisé que le médecin, spécialiste qualifié, appelé en consultation par un confrère, ne peut combiner les dispositions des articles* 21 *et* 22 *et réclamer des honoraires égaux à* C × 1,5 × 1,5 soit C × 2,25. *Les médecins appelés en qualité de consultants ne peuvent réclamer des honoraires supérieurs à* C × 1,5 *ou* V × 1,5, *qu'il s'agisse d'omnipraticiens ou de spécialistes qualifiés. De même, les professeurs ou médecins des hôpitaux, spécialistes qualifiés, qui reçoivent en consultation un assuré social envoyé par son médecin traitant, doivent noter leur consultation ou visite* C × 3 *ou* V × 3 (*et non* C × 1,5 × 3 *ou* V × 1,5 × 3).

2° Phtisiologie. — *En dernier lieu, la Commission a estimé que la consultation d'un médecin phtisiologue, accompagnée d'une radioscopie pulmonaire, doit donner lieu au versement des honoraires afférents à la consultation et de ceux afférents à l'acte de radioscopie. En conséquence, un médecin phtisiologue spécialiste, effectuant, au cours d'une consultation, une radioscopie pulmonaire, peut calculer ses honoraires sur la base de* C × 1,5 + K × 2.

ALLOCATIONS FAMILIALES MÉDICALES.

Une nouvelle aggravation de nos cotisations d'allocations familiales est intervenue. L'arrêté interministériel du 2 août 1946 qui comportait déjà une très sérieuse augmentation des cotisations est remplacé par celui du 10 septembre 1946 qui porte à 12,5 % au lieu de 10 le taux de la cotisation des

NAÏODINE Logeais

NORMALE A & B
et
SURACTIVÉE

NAIODINE + VITAMINE B1



3 formes

A	B	B forte
INTRAMUSCULAIRE	INTRAVEINEUSE	INTRAVEINEUSE
NaI 1 %	NaI 5 %	NaI 10 %
Vitamine B1 : 2 mgrs.	Vitamine B1 : 10 mgrs.	Vitamine B1 : 25 mgrs.
1 à 3 ampoules par jour	1 à 2 ampoules par jour	1 à 2 ampoules par jour

toutes algies - névraxites et séquelles névrites et polynévrites infectieuses et toxiques

LABORATOIRES JACQUES LOGEAIS - ISSY-LES-MOULINEAUX - PARIS

allocations familiales due par les travailleurs indépendants de la Catégorie A (dont font partie les médecins) En conséquence, voici les chiffres des cotisations trimestrielles qu'auront à acquitter les médecins de la Seine, de Seine-et-Oise et de Seine-et-Marne. :

Seine		S.-et-O.	S.-et-M.
	1re zone	2.120	1.780
2.120	2e zone	1.780	1.500
	3e zone	1.500	1.560

Par ailleurs une réponse ministérielle à M. Joseph Denais, député, parue au *Journal Officiel* du 13 septembre 1946 (Débats parlementaires) nous montre qu'une plus grande rigueur interviendra désormais dans l'examen des demandes d'exonération que peuvent présenter les médecins âgés. Voici en effet le texte de la réponse ministérielle : « *Les conditions que doivent remplir les travailleurs indépendants pour être exonérés du paiement de la cotisation sont désormais déterminées par l'article 24 de la loi du 22 août 1946 fixant le régime des prestations familiales. Les dispositions de cet article dont la rédaction a été arrêtée par la Commission du Travail et de la Sécurité sociale doivent être interprétées, en ce qui concerne le « revenu », comme s'entendant de « l'ensemble des revenus professionnels ou non » du travailleur indépendant* ».

GÉNÉRALISATION DE L'ASSURANCE-VIEILLESSE A PARTIR DU 1er JANVIER 1947.

La loi du 22 mai 1946 portant généralisation de la Sécurité sociale ne devait entrer en application, en ce qui concerne l'assurance-vieillesse, que lorsque l'indice de la production industrielle aurait atteint 110 % de l'indice de 1938. Etant donné le délai qui, du fait de cette disposition, nous paraissait imparti, nous avions conservé l'espoir de voir aboutir les démarches déjà faites par le Conseil national de l'Ordre des médecins et la Confédération des syndicats médicaux pour obtenir un régime spécial de retraite, mieux adapté à notre profession que le régime général de Sécurité sociale.

L'Assemblée nationale constituante, sans attendre que la production industrielle ait atteint l'indice 110, vient de voter une loi promulguée le 13 septembre 1946 (*Journal officiel* du 14 septembre 1946) fixant la date d'application de la loi du 22 mai 1946 au 1er janvier 1947 pour la perception des cotisations et au 1er avril 1947 pour l'ouverture du droit à prestation.

Si le Parlement ne se déjuge pas une nouvelle fois avant le 1er janvier 1947, nous voici donc astreints à payer aux Caisses de Sécurité sociale, à partir de cette date, une cotisation de 9 % sur notre revenu professionnel, (en pratique sur 120.000 fr. plafond actuel). C'est un véritable impôt annuel de 10.800 fr. (auquel pour les médecins mariés viendra s'ajouter la cotisation moins élevée du conjoint) que les médecins, travailleurs indépendants, devront débourser chaque année. Cette nouvelle et importante ponction pratiquée dans le budget de chaque médecin n'aura comme contrepartie que des avantages bien médiocres : pour les médecins âgés de 65 ans au moins, 700 fr. par mois d'allocation jusqu'au 1er avril 1947, une quinzaine de mille francs par an après le 1er avril 1947.

INDEMNITÉ HORO-KILOMÉTRIQUE.

Circulaire SS 183/46 du 4 septembre 1946 relative à l'application des tarifs d'honoraires des praticiens en matière d'assurances sociales :

« *...Lorsque le praticien fait une « tournée de visites » dans une localité ou dans un hameau, et répartit le montant de ses frais de déplacement sur tous les clients visités au cours d'une même journée ; il indique sur la feuille de soins dans la colonne « Indemnité kilométrique » le montant des sommes effectivement perçues à ce titre et la Caisse base son remboursement sur ces sommes et non d'après la distance séparant le domicile du malade du domicile du praticien. Il serait souhaitable que les organismes de Sécurité sociale obtiennent des syndicats médicaux la généralisation de cette pratique qui est la seule vraiment équitable.*



« Je vous signale que les assurés ne doivent pas supporter de participation au montant des frais d'indemnités kilométriques. En effet, ces indemnités sont destinées à couvrir les frais supplémentaires résultant de la distance existant entre le domicile du malade et celui du praticien. Il n'y a donc pas lieu de prévoir une participation à ces frais à la charge des assurés qui supportent déjà 20 % des honoraires afférents à la visite.

« Je vous précise que, dans tous les cas, la Caisse doit calculer le remboursement des actes des praticiens, en faisant application du tarif en vigueur au lieu de la résidence du praticien le plus proche du domicile de l'assuré. Ainsi, lorsque le praticien appelé par l'assuré social réside dans un département autre que celui de l'assuré, la Caisse doit appliquer le tarif en vigueur dans le département du praticien si ce dernier est le plus proche du domicile de l'assuré. Au contraire, l'assuré aura à supporter éventuellement la charge de la différence d'honoraires, s'il fait appel à un praticien d'un département autre que celui où il réside, bien qu'il existe des praticiens plus rapprochés. J'ajoute que, dans tous les cas, les praticiens sont fondés à exiger les honoraires applicables au lieu de leur résidence. »

A LA COMMISSION NATIONALE D'HOMOLOGATION DES TARIFS D'HONORAIRES.

Le 17 septembre 1946, à la réunion de la Commission nationale d'homologation des tarifs d'honoraires, les représentants du Corps médical, avec l'accord de la Confédération des syndicats médicaux, ont présenté le document ci-dessous :

Le 15 mai 1946, le Conseil d'Administration de la Chambre Syndicale des Médecins de la Seine, en raison de l'élévation constante du coût de la vie et des frais professionnels, avait pris la décision de relever les honoraires médicaux minima pour la clientèle courante aux taux suivants :

C : 120 francs ; V : 150 francs ; VD : 200 francs ; VN : 300 francs ; PC : 80 francs ; K : 80 francs ; Accouchement simple : 3.500 francs ; Accouchement gémellaire : 4.500 francs.

« Ces nouveaux taux d'honoraires minima devaient être applicables à partir du 1er juillet 1946. Le 31 mai 1946, la Confédération des syndicats médicaux français et l'Union des Caisses de la Région Parisienne ont été informées de cette décision. Le 1er juillet 1946, les nouveaux taux d'honoraires minima fixés le 15 mai 1946 et qui correspondent au coefficient 4 par rapport aux honoraires de 1938, ont été effectivement appliqués par les médecins du département de la Seine. Le 4 juillet 1946, la Commission nationale d'homologation des tarifs d'honoraires n'a pas jugé opportun de modifier les anciens tarifs de responsabilité des Caisses, si bien que les assurés sociaux — qui font partie de la clientèle courante — se trouvent actuellement conserver à leur charge une part importante du prix des actes médicaux.

« Aujourd'hui, 16 septembre 1946, le bureau de la Chambre Syndicale des Médecins de la Seine croit devoir informer la Commission nationale d'homologation des tarifs qu'elle sera très probablement dans l'obligation de procéder, dans un avenir rapproché, à un nouveau relèvement du taux des honoraires minima pour la clientèle courante. Ce relèvement est légitimé par l'accroissement depuis le 1er juillet 1946 du coût de la vie en général et des frais professionnels en particulier.

« Le relèvement envisagé ne se fera d'ailleurs, comme toujours, que le plus tardivement possible. La Confédération des Syndicats médicaux une fois prévenue, la Caisse Régionale de Sécurité sociale de la Région de Paris sera avisée en temps utile de la décision de la Chambre Syndicale des Médecins de la Seine, lorsqu'elle sera devenue définitive. »

Nous croyons savoir qu'à sa séance du 17 septembre 1946, la Commission nationale d'homologation des tarifs n'a pris aucune décision, celle-ci devant être prise à la prochaine réunion qui aura lieu le 4 octobre 1946.

(*Communiqué* (*extraits*), 19 septembre 1946).

PRODUITS SPÉCIALISÉS DES ÉTABLISSEMENTS KUHLMANN
MARQUE R. A. L.
H. DELOMÉNIE
Docteur en Pharmacie
15, Rue de La Baume, PARIS (VIIIe)
BINIDIA
Antiseptique génito-urinaire local
BINOXOL
Antiseptique gastro-intestinal
CHLORALOSANE
Hypnotique
DITHIORAL
Antirhumatismal
SUNALCOL
Antiseptique cutané
SUNOXIDON
Fébrifuge - Anti-infectieux
SUNOXOL
Antiseptique pour usage externe

OPOTHÉRAPIE ASSOCIÉE
PANCRÉPATINE LALEUF
CAPSULES GLUTINISÉES
DIABÈTE
6 A 12 CAPSULES PAR JOUR
(AU COURS DES REPAS)
SUIVANT PRESCRIPTION MÉDICALE
LITTÉRATURE
LABORATOIRES LALEUF
51, RUE NICOLO, PARIS-16e

A L'OFFICIEL TRAVERS

ACCIDENTS DU TRAVAIL AGRICOLES

Arrêté du 10 septembre 1946 modifiant l'arrêté du 27 juillet 1946 fixant les tarifs de responsabilité des caisses mutuelles en matière d'accidents du travail agricole.

Article premier. — L'alinéa 2 de l'article premier de l'arrêté du 27 juillet 1946 précité commençant par ces mots : « Le ticket modérateur de 20 % prévu... » est modifié comme suit :

« Alinéa 2. — En ce qui concerne la consultation ou la visite, une réduction de 20 % est opérée sur les tarifs prévus à l'alinéa précédent sauf dans les cas suivants : »

Art. 2. — L'alinéa 5 de l'article premier de l'arrêté susvisé du 27 juillet 1946 commençant par les mots : « Le ticket modérateur de 20 % susvisé... » est modifié comme suit :

« Alinéa 5. — Ces consultations ou visites ne subissent pas la réduction prévue au deuxième alinéa du présent article. »

(*J. O.*, 15 septembre 1946.)

ASSURANCES SOCIALES

Décret du 17 septembre 1946 fixant la composition et le fonctionnement de la commission régionale d'action sanitaire et sociale.

Article premier. — La commission régionale chargée, en application de l'article 10 de l'ordonnance du 4 octobre 1945, de définir, conformément au plan général établi par le ministre de la Santé Publique, le cadre dans lequel peut s'exercer l'action sanitaire et sociale des organismes de sécurité sociale est composée ainsi qu'il suit :

Le directeur départemental de la Santé du département du siège de la direction régionale de la Sécurité sociale, président.

Le directeur régional de la Sécurité sociale, vice-président

Le médecin consultant régional de pédiâtrie ou en son absence un médecin désigné par ce dernier.

Un représentant des syndicats médicaux de la région désigné par entente entre les syndicats départementaux de la région ou, à défaut d'entente, un représentant du syndicat départemental du département où siège la commission.

Deux représentants des organismes de sécurité sociale désignés par le conseil d'administration de la caisse régionale de sécurité sociale.

En outre, la commission peut s'adjoindre, à titre permanent ou à l'occasion de questions définies, le médecin consultant régional de vénéréologie et des représentants :

Des directions départementales de la Santé des départements de la circonscription, autres que celui du siège de la direction régionale de la Sécurité sociale ; des offices d'hygiène sociale ; des administrations hospitalières et d'assistance et des centres anticancéreux ; des régimes spéciaux d'assurances ; des caisses d'allocations familiales.

Art. 2. — Chaque commission a son siège à la direction régionale de Sécurité sociale qui en assure le secrétariat. et elle se réunit au moins une fois par mois Le procès-verbal de chaque séance est adressé au ministre du Travail, au comité technique d'action sanitaire et sociale et au ministre de la Santé Publique.

INSULINOTHÉRAPIE
plus de démarches
plus de bons !
LA PRESCRIPTION
DE
L'ENDOPANCRINE
est libre
DEPUIS AVRIL 1946
LABORATOIRE DE L'ENDOPANCRINE
48, RUE DE LA PROCESSION. PARIS (15e)

OXYURYL
VIOLET DE GENTIANE
Laboratoires A. MARIANI, 10, rue de Chézy. NEUILLY-PARIS

Art. 3. — La commission établit chaque année et soumet pour avis au comité technique d'action sanitaire et sociale le programme prévu par l'article 119 (§ 2) du décret du 8 juin 1946 portant règlement d'administration publique pour l'application de l'ordonnance du 4 octobre 1945.

Art. 4. — La commission se prononce dans les deux mois sur les projets de réalisations dont elle est saisie en application des articles 121 (§§ 1er et 2), 123, 127, 131, 132 et 133 du décret précité du 8 juin 1946.

A défaut, le ministre du Travail et de la Sécurité sociale et, le cas échéant, le ministre de la Santé publique peuvent statuer dans les conditions de l'article 122 dudit décret, à la requête des caisses intéressées.

Le délai de trois mois peut être réduit dans tous les cas où le directeur régional de la Sécurité sociale estime qu'une procédure d'urgence doit intervenir.

(*J. O.*, 19 septembre 1946.)

Arrêté ministériel du 24 août 1946 fixant la composition du comité de gestion du fonds d'action sanitaire et sociale.

Article premier. — Le comité de gestion du fonds d'action sanitaire et sociale institué auprès du conseil d'administration de la caisse nationale de la sécurité sociale est composé ainsi qu'il suit :

Un président, désigné par le ministre du Travail et de la Sécurité Sociale.

Deux représentants du ministre du Travail et de la Sécurité Sociale. Un représentant du ministre des Finances. Un représentant du ministre de l'Economie Nationale. Un représentant du ministre de la Santé Publique. Un représentant du ministre de la Population.

Un représentant de chacune des caisses régionales de Sécurité sociale désigné par le conseil d'administration de la caisse.

Le président du comité technique d'action sanitaire et sociale ou son délégué.

Un médecin désigné par le comité technique d'action sanitaire et sociale.

Le représentant, au sein du comité technique d'action sanitaire et sociale, des organisations de praticiens.

Le président du conseil d'administration et le directeur de la caisse nationale de la sécurité sociale ou leurs délégués assistent aux séances avec voix délibérative.

Le contrôleur de la caisse nationale de la Sécurité sociale assiste également aux séances avec voix consultative.

Les membres suppléants destinés à remplacer les membres titulaires en cas d'absence de ceux-ci sont désignés dans les mêmes conditions.

Art. 2. — Le comité de gestion du fonds d'action sanitaire et sociale se réunit au moins une fois par trimestre. Il peut, en outre, être convoqué soit d'office, soit à la demande du ministre du Travail et de la Sécurité sociale et du ministre de la Santé publique

Les procès verbaux des séances sont signés par le président et le secrétaire.

Un exemplaire du procès-verbal est adressé au ministre du Travail et de la Sécurité sociale.

(*J. O.*, 20 septembre 1946.)

PENSIONS DE GUERRE

Arrêté ministériel du 16 septembre 1946 fixant la composition de la commission consultative de prothèse et d'orthopédie pour l'année 1946.

(*J. O.*, 25 septembre 1946.)

SANTE PUBLIQUE

Arrêté ministériel du 4 septembre 1946 sur le recrutement des infirmières des sanatoriums.

Article premier. — Les certificats délivrés par la collectivité gérante aux élèves de l'école du sana-

Contre l'épilepsie
et ses équivalents
Orténal
associe
LE GARDÉNAL
anticonvulsif
à
L'ORTÉDRINE
stimulant
AMÉLIORE LE TONUS MUSCULAIRE
ET LE PSYCHISME
sans diminuer l'effet sédatif
Comprimés dosés à (TUBES DE 20) | Gardénal : 0g10 Ortédrine : 0g005
Même posologie que le Gardénal
Littérature et échantillons sur demande
Société Parisienne d'Expansion Chimique — 21, rue Jean Goujon - Paris-8e — Specia — Marques Poulenc Frères et Usines du Rhône — Téléphone : Balzac 22-94

ACOLITOL
TOPIQUE INTESTINAL
COLITES, ENTÉROCOLITES, INTOXICATIONS, INFECTIONS
LANCOSME - 71, Av. Victor Emmanuel III, Paris (8e)

Maladies du Foie et des Voies biliaires
PANBILINE
Pilules et Solution
Laboratoire du Dr PLANTIER, à Annonay (Ardèche)

torium des Escales qui auront subi avec succès les épreuves de l'examen final confèreront à ces élèves le droit d'exercer la profession d'infirmière dans tous les sanatoriums fonctionnant régulièrement au regard de l'ordonnance du 31 octobre 1945 sur la lutte contre la tuberculose.

Art. 2. — Les certificats dont il s'agit seront visés par un représentant qualifié du ministre de la Santé Publique dans le trimestre qui suivra leur délivrance.

Ils devront être enregistrés par les préfectures compétentes dans les conditions définies à l'article 7 de la loi du 8 avril 1946 susvisée.

Art. 3. — Tout changement apporté, sans l'agrément du ministre de la Santé Publique, au régime de l'école, aux programmes des études ou à l'organisation des examens suspendrait les effets de l'article premier ci-dessus pour les certificats délivrés postérieurement audit changement.

(*J. O.*, 24 septembre 1946.)

Arrêté ministériel du 10 septembre 1946 organisant la répartition de la pénicilline.

Article premier. — Seuls sont autorisés à détenir de la pénicilline en vue de la vente au public, les pharmaciens d'officine disposant des moyens de conservation requis (frigidaires ou glacières en état d'utilisation).

Art. 2. — Les pharmaciens d'officine répondant aux conditions fixées à l'article premier pourront, à partir du 15 octobre 1946, délivrer de la pénicilline au public. Cette délivrance se fera exclusivement sur présentation d'ordonnances médicales.

Art. 3. — Les pharmaciens d'officine visés à l'article premier pourront recevoir de leur grossiste une attribution initiale de pénicilline pouvant atteindre vingt millions d'unités. Le remplacement des quantités de pénicilline qu'ils auront délivrées s'effectuera quantitativement contre remise des ordonnances médicales correspondantes.

Art. 4. — Les pharmaciens des hôpitaux recevront un stock initial sur bon d'attribution qu'ils doivent demander au service central de la pharmacie. Leur réapprovisionnement s'effectuera sur présentation d'une demande établie par eux. Ils doivent pouvoir justifier, à l'occasion de tout contrôle, de la bonne utilisation du médicament par la production des bons de prescription qu'ils conserveront pendant six mois.

Art. 5. — Le grossiste peut recevoir un stock initial de pénicilline sur bon du service central de la pharmacie. Il ne pourra obtenir son réapprovisionnement que sur présentation d'un bon de commande dont le montant ne doit pas être supérieur au total des fournitures effectuées par ledit grossiste, d'après les ordonnances et les demandes qui lui auront été transmises par les pharmaciens d'officine et les pharmaciens des hôpitaux. Le grossiste devra conserver les ordonnances pendant six mois pour être présentées à toute réquisition des inspecteurs des pharmacies.

Art. 6. — Toutes dispositions contraires à celles du présent arrêté sont abrogées.

(*J. O.*, 24 septembre 1946.)

Pourquoi s'affilier à la « MUTUALITE FAMILIALE ? »

Parce qu'il faut prévoir les revers du sort : la maladie, l'accident.

Parce qu'une société purement confraternelle est plus libérale et plus compréhensive qu'un vaste organisme nationalisé.

Parce que son budget est grevé de moins de frais généraux.

Parce qu'elle n'a pas le souci de faire des bénéfices.

Demandez la documentation concernant les indemnités journalières (jusqu'à 300 francs par jour), 37, RUE DE BELLEFOND, PARIS (9e).

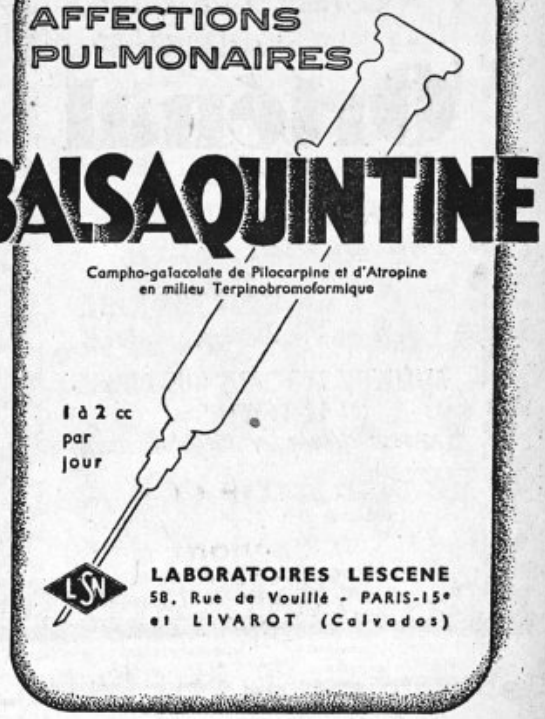
LE DÉFICIT EN CALCIUM ALIMENTAIRE
peut être comblé par
L'OPOTHÉRAPIE OSSEUSE
qui représente une méthode sûre de
RÉMINÉRALISATION



HOLOS
POUDRE D'OS OPOTHÉRAPIQUE VITAMINÉE
DESCHIENS, Docteur en Pharmacie, 9, Rue Paul Bandry - PARIS (8e)

CHLORO-MAGNESION
Asthénie - Modificateur du Terrain
DRAGEVAL
Insomnies - Anxiété
FER-OVARINE VITALIS
Insuffisances ovariennes
TENSORYL
Hypertension artérielle
FER-ANDRINE VITALIS
Infantilisme - Carence sexuelle
DESCOURAUX et Fils, 52, Boulevard du Temple, PARIS

AFFECTIONS PULMONAIRES



BALSAQUINTINE
Campho-gaïacolate de Pilocarpine et d'Atropine en milieu Terpinobromoformique
1 à 2 cc par jour
LSW
LABORATOIRES LESCENE
58, Rue de Vouillé - PARIS-15e
et LIVAROT (Calvados)

VERIANE BURIAT

LIQUIDE
2 à 5 cuillerées à café

COMPRIMÉS
2 à 5 comprimés

ENTÉRITES

aiguës et chroniques.
Putréfactions intestinales -
Colites gauches - Diarrhée -
Constipation - Dermatoses
d'origine intestinale.

BULGARINE

Culture pure de Bacilles Bulgares sur milieu végétal

•

3 Formes
Comprimés - Gouttes - Bouillon

•

LABORATOIRES THÉPÉNIER
10, rue Clapeyron - Paris (8e)



CRINEX
EXTRAIT OVARIEN TOTAL STANDARDISÉ — *stimule*

OREX
EXTRAIT ORCHITIQUE TOTAL STANDARDISÉ — *équilibre*

FRÉNOVEX
EXTRAITS MAMMAIRE ET LUTÉINIQUE — *freine*

la fonction ovarienne

LABORATOIRES 25 CRINEX-UVÉ
4, AVENUE DU DOCTEUR LANNELONGUE, PARIS (XIVe)

Micelliode

IODE COLLOIDAL MICELLAIRE ÉLECTRO-POSITIF

Toutes les Indications de l'IODE.
SANS IODISME POSSIBLE

GOUTTES

Laboratoires de l'HÉPATROL - 4, Rue Platon, PARIS (XVe)



SERUM ANTI-ASTHMATIQUE
DE HECKEL

AMPOULES de 5cc adultes. 2cc enfants. Injection sous cutanée indolore

PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAITEMENT DE L'INCONTINENCE ESSENTIELLE DES URINES PAR L'APPAREIL AVERTISSEUR

par le Prof. LEPOUTRE (Lille

LE traitement de l'incontinence essentielle des urines est toujours à l'ordre du jour. Si de nombreux traitements ont été proposés, et il s'en présente chaque jour de nouveaux, basés tantôt sur des opinions pathogéniques, tantôt sur un simple empirisme, les résultats obtenus sont des plus inconstants.

Personnellement, je commence toujours par prescrire un régime : suppression absolue des mets excitants ou épicés : bière, vin, café, salades, fromages faits, etc. ; réduction des boissons au repas du soir.

Je rappelle que si l'on veut faire lever l'enfant pour le faire uriner, vers 11 heures ou minuit, il faut avoir soin de s'assurer que l'enfant est bien éveillé. Faute de cette précaution, les parents habituent l'enfant à uriner en dormant, ce qui est à l'opposé de ce que l'on souhaite.

J'avoue que le traitement spécifique, souvent recommandé, ne m'a donné que des succès exceptionnels. Un traitement bromuré m'a plus souvent été utile, et quelques incontinences relèvent d'une épilepsie larvée.

Quand l'incontinence persiste, je conseille l'appareil avertisseur, qui a été préconisé par Genouville au XIIe Congrès d'Urologie (octobre 1908). J'ai fait construire, par une maison de Paris, (1) un appareil qui me paraît simple et pratique.

Il se compose essentiellement de deux toiles de cuivre grillagées (cuivre extra-souple, toiles bordées de peau), séparées par un tissu tétra. Le tout est enfermé dans un sac de toile et placé sous le siège du malade.

Les toiles métalliques sont en communication avec une pile sèche et dans le circuit est introduite une sonnerie puissante. La différence de potentiel doit être de 60 volts ; la sonnerie mise en série doit posséder une haute résistance ohmique et une grande souplesse de vibration du marteau. Nous avons réuni pile et sonnerie dans un petit coffret qu'il est facile de placer sur une tablette à côté du lit.

Il suffit de quelques fractions de seconde pour qu'un liquide, mettant en communication les deux grillages, aboutisse à un débit suffisant pour actionner la sonnerie. Cet appareil est peu encombrant et réalisable par tout électricien.

Dès les premières gouttes d'urine, le contact s'établit, la sonnerie éveille brusquement le patient et interrompt la miction à peine commencée. Le patient doit se lever, enlever le contact (ce qui interrompt la sonnerie) et terminer la miction de propos délibéré. On remplace le tissu mouillé par un tissu sec, et on remet l'appareil en place (pour le cas où le patient aurait une nouvelle miction).

Cet appareil a une efficacité remarquable. Il permet aux malades de rester propres, et ceci dès le premier jour. Il permet aussi de poursuivre en même temps un traitement étiologique, si on le souhaite. Il m'a été utile chez les jeunes enfants, mais surtout quand l'incontinence a persisté jusque dans l'adolescence.

J'ai présenté cet appareil au Congrès d'Urologie de 1934, et j'ai publié sur son emploi un petit article qui a paru dans le second volume de mes études cliniques de chirurgie urinaire (chez Doin, à Paris).

Je le dis très simplement, mes collègues ont manifesté au sujet de cet appareil un certain scepticisme : l'ont-ils essayé de bonne foi, c'est-à-dire avec une certaine persévérance ? Plus fréquemment, on l'a ignoré. Peut-être est-ce dû à la difficulté que l'on rencontre à le faire construire. Cette difficulté est réelle, surtout depuis la guerre. Et il est certainement plus facile d'ordonner un médicament, ou même de faire une piqûre, que d'ordonner un appareil, de veiller à sa construction, etc., quand on n'a qu'une foi peu solide. J'ai eu pour ma part des succès remarquables ; et bien souvent encore, on vient me demander l'appareil de la part d'enfants que j'ai vus une fois à ma consultation et qui sont définitivement guéris. Mais il faut obtenir la collaboration du petit malade.

Je dois signaler quelques écueils. Certains enfants éprouvent une frayeur très marquée à la pensée qu'ils vont être éveillés en sursaut par la sonnerie, et ils emploient tous les moyens pour ne pas accepter l'appareil. Certains parents finissent par se lasser.

D'autres, par espièglerie, laissent fonctionner la sonnerie jusqu'à ce que toute la maisonnée soit éveillée. Bien que je réprouve tout châtiment corporel dans le traitement de l'incontinence essentielle, il faut ici sanctionner l'espièglerie par une bonne correction.

De même, si l'enfant, éveillé par l'appareil, préfère rester bien au chaud dans son lit, plutôt que de se lever.

Comment agit l'appareil ? La suggestion, la rééducation du sphincter ? Certains malades qui ont pu s'observer, signalent qu'ils sont éveillés même avant que la sonnerie n'ait à fonctionner et prennent l'habitude de se lever spontanément avant que l'accident ne survienne. Je crois que cette frayeur de l'appareil n'est pas générale, et que d'autres malades, plus fréquents, sont réellement éveillés par la sonnerie. Mais il est possible que, grâce à l'action de l'appareil, leur sommeil soit moins profond, car on sait que les incontinents ont toujours un sommeil extrêmement lourd.

Un fait est certain, c'est qu'il est important de laisser l'appareil en place pendant quelques mois après la guérison apparente de l'incontinence. Il continue à agir : par suggestion (?).

Et je me demande si le mécanisme de la guerison

(1) Hennuy, 23 bis rue des Écoles.

par l'appareil enregistreur n'est pas l'établissement au moins momentanée, d'un réflexe acquis, sinon conditionné. Les premières gouttes d'urine éveillent les effets de la sonnerie et aboutissent au réveil ; la réplétion de la vessie, qui précède l'émission de ces premières gouttes, produit le même réflexe et quand elle atteint un certain degré, provoque le réveil.

En effet, le petit malade s'éveille ensuite avant que la miction involontaire ne se produise, et ce n'est que peu à peu qu'il est débarrassé de ces mictions supplémentaires.

Parfois l'appareil agit dès le premier accident : l'enfant est éveillé une fois en sursaut, puis est définitivement guéri. Plus souvent, sous l'influence de l'appareil, les accidents s'espacent pour disparaître au bout de quinze jours, un mois, rarement plus.

J'ai cru pouvoir rappeler cet appareil à mes confrères. J'espère qu'ils en obtiendront des succès dans le traitement d'une affection qui n'est pas grave, mais peut être extrêmement ennuyeuse, quand elle se prolonge au delà de la septième année.

PIGMENTATIONS FACIALES

par R. BARTHÉLEMY
Ancien Chef de Clinique à l'Hôpital St-Louis

SANS parler des couleurs empruntées qu'on voit à certaines Jézabels, on examinera ici, outre les pigmentations dûment pathologiques et circonscrites ou généralisées, les pigmentations, volontaires ou non, dues au soleil, aux ultra-violets, aux engins ou produits de beauté, de toilette ou d'hygiène (?).

Tout d'abord, la pigmentation peut être secondaire, non seulement à l'application d'un de ces produits, mais aussi à l'irritation, qui va parfois jusqu'à la dermite eczématiforme suraiguë, causée par eux.

C'est ainsi qu'une personne qui, voulant blanchir ou pâlir des " points noirs ", des taches nævi-ques, etc., se sera procuré et appliqué sans discernement, ni dilution, une eau oxygénée moderne à haute teneur, risquera une véritable " brûlure " avec vésiculation et souvent, surtout si le teint est déjà brun, pigmentation durable.

Des brûlures authentiques, à séquelles pigmentaires, sont d'ailleurs souvent produites sur le front, les tempes, les joues, par un fer à friser trop chaud ou maladroit. Elles n'ont d'ordinaire aucune gravité, mais peuvent laisser des traînées rectilignes de plusieurs centimètres qui persisteront des semaines ou des mois.

Divers produits, crèmes ou lotions astringentes contenant, même en faible proportion de l'alun, du sulfate de zinc, des extraits végétaux sont également susceptibles, chez de rares sujets, il est vrai, de donner par idiosyncrasie, une réaction inflammatoire à évolution pigmentaire, en nappe, en réseau ou en taches. C'est le cas aussi des teintures noires pour cheveux, barbe ou moustache à base de para (phénylènediamine).

Ce qu'on a vu souvent, par contre, et surtout dans ces dernières années où les substances de remplacement abondaient, ce sont d'une part les pigmentations dues à un composant directement photosensibilisateur comme l'essence de bergamote, d'autre part, celles dues à un corps gras minéral mal raffiné (huiles, graisses, paraffines, etc.).

L'essence de bergamote entre dans la formule de nombreuses eaux de Cologne ou de toilette. Elle est responsable des pigmentations **en coulée ou en breloque** observées à la poitrine ou au cou, mais également au visage chez des sujets qui s'en sont imprégnés abondamment avant ou pendant une exposition prolongée au soleil. Le ruissellement léger, souvent aggravé par la transpiration, concentre le liquide photosensibilisateur en certaines zones qui se pigmentent irrégulièrement et par traînées, selon l'action de la pesanteur et celle de la lumière.

Les lubrifiants d'origine carbo-minérale, qui avant la guerre étaient exclusivement réservés aux graissages mécaniques sont, faute de corps gras véritables d'origine animale ou végétale, devenus d'un usage courant en " cosmétique ", comme composants partiels ou exclusifs des brillantines, de lotions, de crèmes à maquiller ou démaquiller et autres artifices de beauté.

Les **huiles**, généralement dites de paraffine, au lieu d'être blanches et inodores comme celles qu'on réservait jadis à ces usages, sont jaunâtres, voire brunâtres, et sentent fortement la machine, " la vieille lampe ", comme disait une de mes clientes, ainsi qu'on peut facilement s'en rendre compte dans les lieux publics, au passage d'individus ondulés et calamistrés, de l'un ou l'autre sexe.

Or, il n'est guère douteux, bien que quelques auteurs l'aient récemment contesté, que ces huiles de machine soient pigmentogènes, au moins chez certains sujets et dans certaines conditions, encore actuellement remplies, de dénutrition, surmenage, avitaminose, troubles digestifs, endocriniens, etc. C'est en effet à des huiles authentiques de graissage ou de " coupe ", chez des travailleurs exposés à des projections par leurs machines-outils, que Riehl a attribué la mélanose de guerre qu'il décrivit en 1917.

De même que l'on a rencontré les boutons d'huile ou les comédons d'huile dus aux brillantines de mauvais aloi, de même j'ai observé depuis quelque temps, mais sans acné, des pigmentations temporales, frontales ou jugales dues au débordement sur ces régions de telles brillantines à fortes odeur et couleur. Dans un cas c'est une crème présentant les mêmes défauts qui, appliquée directement sur le visage, avait provoqué un début de réaction eczématoïde, avec œdème rouge, sans vésiculation toutefois, mais suivi de

desquamation et d'une pigmentation qui a persisté plusieurs mois dans une proportion fort déplaisante.

Gallerand et Juster viennent de signaler des faits analogues.

L'abus de l'insolation naturelle ou artificielle peut causer aussi des inconvénients au visage lorsque, par exemple, la teinte homogène acquise pendant une villégiature venant à baisser en ville, elle cesse de paraître homogène et laisse des taches et des bigarrures. Cela s'est produit chez une jeune fille que j'ai vue récemment, ainsi punie d'avoir poussé sa pigmentation faciale au point d'être prise par des gens de bonne foi pour une personne " de couleur ".

La thérapeutique externe ou interne peut causer des surprises : une pommade soufrée peut noircir temporairement l'épiderme de façon directe, surtout sous forme d'une ponctuation des orifices sébacés, une pommade à base de métal (iodure de plomb, chlorure ou oxyde de fer, de zinc ou de mercure, bismuth, etc.) peut le faire indirectement, si la peau elle-même élimine des composés sulfurés provenant de médicaments ingérés, ou de fermentations intestinales. Sans insister sur des **argyries** partielles ou totales pouvant être dues à l'ingestion prolongée de pilules de nitrate d'argent, traitement périmé (du tabès notamment), ou bien, pour la conjonctive, aux instillations excessives de collyres argentiques, on ne peut passer sous silence les pigmentations **arsenicales.** Celles-ci, rarement isolées, s'accompagnent d'ordinaire, à l'occasion d'un traitement prolongé par un composé arsenical **minéral,** d'altération de l'épiderme corné, qui desquamme, s'épaissit et s'assombrit, des ongles qui s'épaississent, se fendillent, se clivent, des poils qui se cassent et tombent. Il en est de même pour les pigmentations arsenicales **professionnelles.**

Les arsenicaux organiques, arsénobenzènes ou autres, donnent plutôt des pigmentations plus transitoires et très habituellement secondaires à une poussée érythro-dermique aiguë ou subaiguë ; celle-ci, on le sait, contre-indique tout usage ultérieur de ces mêmes produits.

On se gardera, chez des femmes à peau très brune, d'appliquer des topiques irritants sur le visage. Car on risquerait de voir se produire aux points d'application (**sinapismes** sur le cou ou le rebord maxillaire), des pigmentations inesthétiques et tenaces, sinon indélébiles.

Il arrive, sans cause externe ou interne appréciable, que le tégument facial, aux ailes du nez surtout, noircisse. C'est le fait d'une variété de **séborrhée** " nigricante " assez rare par son abondance et cette tendance spéciale. Le visage est alors comme balafré de traînées de poussière ou de crasse, adhérente et ne cédant pas à un simple frottement. Le grattage à la curette, en emportant la couche cornée superficielle, montre un épiderme normal sous-jacent. Mais sans cureter toute la surface, il suffit de frictionner vigoureusement avec un tampon imbibé d'alcool-éther ou d'éther de pétrole pour dissoudre l'enduit cellulo-sébacé de cette séborrhée " concrète " dont l'oxydation a produit la teinte pseudo-pigmentaire.

La **pellagre** et les états carentiels pellagroïdes peuvent donner aux parties découvertes une pigmentation véritable et plus ou moins intense, par photosensibilisation semble-t-il. L'on a alors affaire à un tégument de la face, et dorsal des mains, qui a subi ou subit encore une poussée érythémateuse avec œdème d'abord, atrophie, sécheresse et plissement ensuite. Outre ces signes et la pigmentation, à l'allure de coup de soleil chronique, les troubles digestifs habituels et les troubles mentaux légers, hébétude, paresse psychique, signent un diagnostic délicat, mais qui permet un traitement efficace et quasi spécifique par l'acide ou l'amide nicotiniques.

Nous ne reviendrons pas sur le **chloasma,** masque de grossesse qui semble plus rare qu'autrefois, soit que les carences endocriniennes auxquelles il pourrait être rattaché se trouvent mieux compensées, soit que l'équilibre organique des futures mères soit, malgré les circonstances, mieux assuré.

On rencontre, chez des femmes atteintes **d'affections utéro-ovariennes chroniques,** des pigmentations faciales assez comparables au chloasma et vraisemblablement dues aux troubles endocriniens associés, ovaro-surréno-thyroïdiens.

Et il en est d'analogues chez les basedowiennes, probablement grâce à des dysfonctionnements analogues que les traitements opothérapiques actuels arrivent à modifier parfois. Rapprochons-en, chez l'homme plutôt, cette fois, la rare et mystérieuse **poïkilodermie.** La pigmentation peut y être universelle, mais atteint surtout le haut du corps, tronc, épaules, cou, et toute la face. Elle n'est pas uniforme, mais bigarrée (poïkilos) et s'accompagne volontiers d'asthénie avec ou sans hypotension.

Dans le cas resté inédit d'un malade que nous avons suivi jadis à Broca avec M. Halbron, l'extrait surrénal par la bouche avait rapidement amélioré l'état général et la pigmentation, mais le sujet fut perdu de vue avant retour à la normale complète. Cette affection, sans signes locaux autres tels que prurit ou éruption, présente toutefois une histologie particulière dont Civatte a fait une magistrale étude, et qui confirme l'habituelle chronicité clinique.

Parmi les pigmentations faciales d'importance, on doit insister sur celles qui, par vieillissement sénile ou prématuré de la peau, font redouter un **état précancéreux.** Tout le monde connaît leur aspect : chez les vieux campagnards ou les vieux marins, les téguments du visage qui, à la maturité, étaient déjà " tannés ", prennent souvent l'aspect dénommé **peau de chagrin** par Prosser White. Ils perdent leur surface lisse, deviennent par places amincis ou plus épais, rugueux et verruqueux. Ils sont toujours très fortement pigmentés, sauf dans les rares zones atrophiques qui peuvent constituer des taches claires ou blanches. La pigmentation n'est donc, sur cette peau irrégulière, qu'un caractère accessoire. Mais elle peut et doit attirer l'attention sur les verrucosités, les érosions, leur prurit ou leur douleur, leur légère boursouflure marginale et durcissante, avant toute

réaction ganglionnaire, et faire imposer au sujet un traitement précoce et énergique.

Inutile de dire qu'un matelot navigant ou pêcheur, qu'un paysan ne se préoccupent guère d'une simple pigmentation. Les verrues séniles, saillantes et cornées, parfois les épithéliomes ulcérés, eux-mêmes sont négligés. Chez des sujets plus avertis et plus jeunes : chauffeurs, aviateurs, ouvriers de la culture ou de l'industrie (arsenic, goudron et dérivés, brai, produits radioactifs, etc.), l'avertissement médical peut et doit être mieux écouté.

De cette rapide et incomplète revue, que tirera-t-on de pratique ? Si le diagnostic positif est évident, encore qu'il ne faille pas prendre pour endogène une pseudo-pigmentation par fards ou fonds de teint, ni pour artificielle une pigmentation raciale authentique, le diagnostic étiologique peut mener, on l'a vu, vers quantité de problèmes : origine **externe** lumineuse de façon directe ou **indirecte** (coups de lumière même sans soleil comme, par exemple, sur la neige ou dans un reflet d'eau), avec ou sans intermédiaire photosensibilisateur lui-même externe (essence de bergamote, sucs d'herbes dans la dermite des bains de soleil sur prairies) ou interne (autotoxique par porphyrinémie d'origine humoro-digestive, médicamenteuse par usage de gonacrine entre autres).

Origine purement **interne** : ce sont les pigmentations d'origine endocrinienne dont le type est la maladie d'Addison, ou d'origine **digestive** (cirrhoses et diabète bronzés), ou **génitale.**

Origine **dermatologique,** par évolution plus ou moins régulière d'une dermatose : eczéma après vésiculation et desquamation, lichen plan à son déclin, dermite infectieuse (érysipèle, acné profuse, etc.), ou toxique par irritation externe (eczémas artificiels et professionnels des teintures capillaires, des métiers de la chimie du carbone : goudron, paraffine, huiles minérales, bakélites, etc.).

Le **traitement** devra donc d'abord supprimer les causes toxique, irritative, infectieuse, lumineuse, **et leur intrication.**

Il devra redresser le dysfonctionnement organique par le régime alimentaire, les laxatifs, les diurétiques, et par la cure directe des organes responsables (goître exophtalmique, métrite chronique, ovarite scléreuse, insuffisance surrénale, etc.), avec ou sans opothérapie adjuvante.

Le traitement **local** est assez décevant. Il est fort difficile de mobiliser le pigment installé au sein des cellules, et l'on n'est pratiquement pas parvenu à faire thérapeutiquement ce que des troubles trophoneurotiques opèrent, dans le vitiligo par exemple, c'est-à-dire la décoloration interstitielle par déplacement du pigment.

Aussi prescrit-on classiquement mais avec un peu de scepticisme les lotions mercurielles au sublimé ou à l'oxycyanure à 1 pour 200, avec un peu d'alcoolat de lavande ou de teinture de benjoin, dans l'eau distillée, l'eau de roses ou dans l'ancien lait d'amandes (lait antéphélique).

En crème ou en pommade ou glycérolé, on emploie le sublimé ou le calomel (précipité blanc) à 1 pour 30 environ, avec huile de vaseline, eau de roses et oxyde de zinc à parties égales ou avec un simple glycérolé d'amidon. On peut combiner le mercure et l'oxygène, ce dernier sous forme d'eau oxygénée à 12 ou 20 volumes, qui occupera, avec 15 grammes, la moitié de l'excipient ci-dessus.

Ces produits pouvant être irritants doivent être étudiés sur chaque peau et maniés avec prudence, en alternant avec des calmants ou une pâte couvrante comme : kaolin et glycérine, ââ 4 gr. — carbonate de magnésie et oxyde de zinc, ââ 2 gr. — vaseline, 16 gr. (Brocq).

Pour accentuer l'effet sur une peau peu irritable, on peut, au contraire, masser, faire de l'air chaud ou de l'étincelage. Les tentatives de " brassage du pigment " ne sont pas à la portée du praticien. La desquamation forcée ou **peeling** non plus. Elle n'est d'ailleurs pas exempte d'accidents.

On s'efforcera donc plutôt, toutes les fois que ce sera possible, d'**éviter** les surpigmentations. Pour la lumière, on peut, avec prudence, donner un antiphotocatalyseur comme la résorcine (1 à 2 cachets de 0,50 par jour) en surveillant les émonctoires. Des pommades protectrices sont actives, couvrantes d'une part, et en outre à base de quinine (bromhydrate) au dixième, d'esculine, de β méthyloesculétine ou de β méthylombelliférone, rares dans le commerce. Comme excipients, la lanoline cholestérinée, l'huile de sésame, le brou de noix huileux, avec les oxydes de zinc et de titane, la ceyssatite ou le kaolin en proportions variables, ou simplement une lotion avec 10 à 20 % d'huile de ricin et le reste d'alcool-parfumerie.

Certaines marques spécialisées, " antisolaires ", comportent des formules actives et très sérieusement étudiées.

En somme, ce sont les mesures préventives qui restent encore les plus valables, en supprimant ou réduisant les causes d'irritation (et sur ce point il faut insister sur la prophylaxie des pigmentations et irritations cutanées professionnelles : métiers de grand air et de hâle, irritants chimiques divers). Les pigmentations faciales, si diverses dans leur étiologie, sont d'ailleurs peu graves en elles-mêmes, si ce n'est — pour certaines classes — par leurs inconvénients esthétiques, mise à part leur valeur d'avertissement précancéreux ou pathologique général (maladie d'Addison, pellagre, cirrhose ou diabète bronzé).

SUR LE LAIT IRRADIÉ

Depuis un certain nombre d'années, l'usage du lait irradié est très répandu dans l'alimentation infantile en Amérique afin de prévenir l'apparition du rachitisme chez les nouveau-nés. C'est par millions de boîtes que, depuis 1937, il est livré à la consommation chaque jour. On le vend aussi bien sous forme de lait pasteurisé en bouteilles cachetées que sous forme de boîtes de lait condensé ou en poudre. On peut estimer que les neuf dixièmes des enfants américains sont actuellement élevés avec du lait irradié. En Allemagne, une vaste expérience d'alimentation infantile au lait irradié a été également tentée à Francfort-

sur-le-Mein, de 1939 à 1942. C'est le Professeur Scheer et M. Grasser qui en assurèrent l'exécution et le contrôle. Tout le lait distribué aux enfants, soit 45.000 litres par jour, fut irradié. Les résultats furent les suivants : En 1939, les enfants de Francfort étaient plus ou moins rachitiques dans la proportion de 75 %, chiffre évidemment élevé et important pour une période où la vie devait être normale ; en 1941, après consommation du lait irradié, la statistique indiquait que le nombre des rachitiques n'était plus que de 46 % ; en 1942, ce chiffre était tombé à 33 %. Le Professeur Scheer en concluait que « l'irradiation du lait laissait loin derrière elle tous les autres procédés de la lutte contre le rachitisme ».

En France des essais partiels ont été faits à Grenoble, dans le service du Professeur Roget et à Saint-Etienne dans celui de M. Dujol .Les résultats sont nettement favorables. Dans certaines consultations de Paris et de la banlieue, il a été également distribué des boîtes de lait irradié américain, mais d'une manière sporadique et irrégulière, de telle sorte qu'aucune conclusion utile et sérieuse ne peut en découler. En tous cas, aucun phénomène d'intolérance n'a été signalé.

Voilà des faits précis qui, joints à des expériences sur des animaux de laboratoire, permirent à M. P. Lassablière d'étayer solidement une enquête, dont il a donné les résultats à l'Académie de Médecine, au cours de la séance du 4 juin dernier. Et maintenant, voici les conclusions du rapporteur. Tout d'abord, aucune toxicité n'est à craindre de l'emploi du lait irradié qui, au contraire, serait d'une digestibilité renforcée. Il est particulièrement bien toléré par les enfants débiles et prématurés. C'est, de plus, le moyen le plus sûr, le plus régulier et le plus économique pour lutter contre le rachitisme.

Ces constations admises, M. Lassablière fit ensuite quelques remarques très judicieuses sur la mise en vente du lait irradié dans la population. Selon lui, il serait préférable que ce lait irradié soit distribué et vendu directement au public, comme en Amérique et en Allemagne, plutôt que vendu dans les pharmacies. Il n'y a pas de raison, en effet, que le lait stérilisé et le lait pasteurisé soient vendus librement et que le lait irradié ne le soit pas puisqu'il est simplement modifié par un procédé physique, l'actinisation. Or celui-ci doit être placé au même plan que la stérilisation, la pasteurisation et l'homogénisation qui sont, eux aussi, de simples procédés physiques.

Autre argument qui n'est pas non plus sans valeur : le lait irradié vendu dans les pharmacies serait plus cher que le lait irradié vendu directement au public. On risquerait donc de voir les enfants des classes populaires désavantagés par rapport aux enfants des milieux plus aisés.

Pour le moment, la question n'est pas encore là et c'est la Commission du Lait qui a maintenant les conclusions de l'enquête en mains pour une étude approfondie. Attendons donc encore un peu pour savoir si, pratiquement, les nourrissons de France auront, eux aussi, la possibilité d'être alimentés sans inconvénient par un lait préalablement actinisé.

Pierre LABIGNETTE,
Chef du Laboratoire de la Maternité de l'Hôpital Boucicaut.

A PROPOS DE L'ARTICLE DU PROFESSEUR VANVERTS SUR LE TRAITEMENT DES FIBROMES UTÉRINS

par le Docteur J. FRESNAIS
Ancien interne des Hôpitaux de Paris, Chirurgien à Rouen

J'ai lu avec étonnement dans le N° 32 du « Concours Médical » cette phrase du Professeur Vanverts : « L'hystérectomie présente le grave inconvénient de provoquer une ménopause précoce et suivant l'expression du Dr Blanchard de faire des vieilles femmes ».

Je tiens à protester contre cette affirmation de mon éminent confrère. Seule en effet l'hystérectomie classique mutilante avec ablation des annexes mérite de tels reproches. Au contraire l'hystérectomie sus-isthmique avec conservation des trompes et des ovaires n'entraîne aucun trouble dans 80 % des cas (cf. thèse Relier Paris 1936). J'ai fait personnellement en clientèle durant ces cinq dernières années 101 hystérectomies pour fibrome. J'ai eu 4 décès : 2 par embolie et 2 par occlusion post-opératoires. Chez toutes les malades ayant moins de 50 ans, j'ai toujours été conservateur le plus possible. Ainsi trente-six fois j'ai laissé les 2 annexes et quinze fois une annexe seulement. J'ai revu presque toutes mes malades un certain temps après l'intervention. La plupart ne présente aucun trouble ; certaines ont chaque mois des petites règles durant 24 heures.

En résumé, si l'on veut bien se donner la peine de pratiquer une chirurgie aussi conservatrice que possible, on guérira les malades atteintes de fibrome sans leur laisser tous les troubles qu'entraînent la chirurgie mutilante et la radiothérapie. Et parfois on aura la satisfaction de trouver des lésions permettant l'opération idéale, la myomectomie.

La chirurgie reste donc, à mon avis, le traitement de choix des fibromes chez toutes les femmes n'ayant pas atteint la ménopause. Après celle-ci on peut choisir selon les cas entre la chirurgie et la radiothérapie.

UNE CAUSE INSOUPÇONNÉE D'HYPERTENSION

Chez les fermières aux environs de la ménopause, la tension artérielle et la ligne de l'abdomen résistent mal à un régime dont les calories quotidiennes se chiffrent par milliers.

Si l'on veut restreindre leur alimentation, il ne faut pas oublier le lait.

Mme G..., 53 ans, cultivatrice, est traitée habituellement par des confrères urbains qui boivent probablement leur café à l'eau le matin. Ceux-ci étant en vacances, elle vient me consulter pour des troubles dus à une hypertension jamais inférieure à 25 ; elle me dit suivre parfaitement son régime, sauf pour les pâtisseries dont elle n'arrive pas à se passer entièrement ; mais, à ma question, elle avoue boire environ deux litres de lait par jour, ce qu'on ne lui a jamais demandé.

Je l'engage, malgré sa répugnance, à substituer au lait pur, le lait écrémé, faute de quoi, je pense que l'hypertension et l'obésité ne cèderont pas.

Docteur Yves DHOTEL.

LES CONGRÈS

LE XIVe CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

par le Dr Rémi COCHEMÉ
Ancien Chef de Clinique de la Faculté de Paris

L'organisation d'un Congrès est toujours une tâche laborieuse, mais encore peu de chose à côté des difficultés devant lesquelles s'étaient trouvés les membres du Comité du XIVe Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de langue française (Pr Porot, d'Alger, président ; Dr Hamel de Nancy, vice-président ; Pr Combemale de Lille et Dr Bovet de Lausanne, secrétaires).

On ne sait vraiment ce qui serait advenu sans une providentielle invitation des Sociétés Suisses de Neurologie et de Psychiatrie : la Suisse ouvrait à tous et largement son territoire privilégié.

Que dire, au lendemain de ces journées chargées de travail austère, mais délicieuses de charme et de cordialité, sinon qu'elles furent en toutes circonstances, l'expression même de l'amitié franco-suisse et de cette union culturelle des pays de langue française.

Ce fut au milieu de nombreux témoignages de bienvenue, de la part des médecins suisses aussi bien que des journalistes et des personnalités officielles, que le Congrès s'ouvrit le lundi 22 juillet : c'était l'événement du jour dans la Suisse romande.

La séance inaugurale eut lieu à l'Aula de l'Université de Genève.

Dans l'après-midi commencent les travaux avec les premiers rapports : „ Conscience et mémoire dans l'épilepsie ".

M. Braun (Zurich), après s'être efforcé de définir la conscience, en étudie les troubles chez les épileptiques : tout d'abord les aura surtout affective, sensitive ou végétative qu'il faut surtout ne pas confondre avec les équivalents non plus que les troubles psychiques postcritiques, ces derniers représentant pour l'auteur une sorte de psychose d'épuisement.

A propos des équivalents il met en garde contre la facilité avec laquelle sont établis à leur propos certains diagnostics d'épileptiques. Ils n'en sont point caractéristiques en eux-mêmes mais, et ce sera le leit-motiv du rapporteur : „ c'est l'attaque d'épilepsie qui est le centre de la maladie épileptique ".

L'auteur aborde l'étude de l'hystéro-épilepsie dont il n'accepte pas le concept : pour lui l'épilepsie est une maladie somatique.

Il étudie encore l'amnésie postcritique très importante, mais toutefois pas absolue d'après lui. Enfin, il pense que les modifications de l'humeur et les altérations de la personnalité chez les malades comitiaux sont dues à la maladie elle-même beaucoup plus qu'aux crises.

Il termine en souhaitant qu'apparaisse un jour le traitement étiologique de l'épilepsie.

***

M. J. Sutter (Alger) étudie les différentes théories pathogéniques de l'épilepsie.

Il expose les travaux expérimentaux sur l'agression épileptique, d'ordre physique ou chimique sur la diffusion du processus d'excitation dans le système nerveux. Il insiste sur l'origine variable de l'épilepsie dans l'organisme : localisée, généralisée, ou même extra-nerveuse (cardio vasculaire), sur le rôle important du diencéphale dans la diffusion de l'excitation et dans l'atteinte de la conscience. Mais on connaît maintenant des " crises électriques " sans traduction clinique indiquant une perturbation locale, encéphalique, sans réactions générales.

Après avoir ainsi exposé les théories organiques de l'épilepsie, M. Sutter parle des théories psychologiques à propos desquelles il s'élève contre l'artificielle distinction entre l'organique et le psychique dans les études concernant l'étiologie et la pathogénie.

Il en vient enfin aux travaux de Jackson et de ses continuateurs français Ey, Rouart, Delay, Delmas-Marsalet. L'attaque comitiale classique représente, comme l'indiquent ces auteurs une dissolution uniforme particulièrement profonde entraînant, du fait même de son intensité, une série de dissolutions locales, dont la traduction clinique apparaît sous forme de signes neurologiques (convulsions, troubles pupillaires vaso-moteurs, etc.) ; c'est le 4e degré de dissolution de Jackson, le seul qui ne soit pas accompagné de conscience.

L'auteur fait ensuite un essai de synthèse des différents syndromes de la maladie épileptique mais il centre le diagnostic sur la notion de crise, de rythme.

Il consacre un important chapitre aux syndromes névrotiques de l'épilepsie très fréquemment associés d'après lui et réagissant à la psychiothérapie. Toutefois, il rejette le dogme de l'hystéro-épilepsie.

De nombreuses discussions suivirent ces rapports. Le Pr Heuyer (Paris) s'élève contre les tentatives d'explication psychologiques de l'épilepsie. M. Tosquelles (Saint-Alban) préconise l'emploi du Cardiazol pour le diagnostic différentiel de l'épilepsie en milieu militaire. Enfin, plusieurs études expérimentales sur l'épilepsie de l'électro-choc sont exposées également.

Mardi 23 juillet. — La seconde journée, fut consacrée à la neurologie.

Le Pr Barré (Strasbourg) en un long rapport exposa ses travaux et théories sur " Les troubles nerveux, réflexes extenso-progressifs ".

L'auteur après avoir rapporté un cas princeps expose la symptomatologie clinique : une blessure périphérique minime détermine des accidents divers, en un temps plus ou moins rapide et qui s'étendent sur un territoire débordant largement la zone traumatisée. Il s'agit soit d'algies violentes qui passent à la chronicité, soit de phénomènes déficitaires du type hymiplégique ou monoplégique, de crises toniques et tonico cloniques, parfois d'épilepsie localisée ou généralisée ; enfin, fréquemment d'un syndrome atrophique, voire d'une sclérose latérale amyotrophique.

Toutes ces perturbations sont, pour l'auteur, trop fréquemment rattachées à des phénomènes purement fonctionnels et risquent d'entraîner de graves méprises au point de vue médico-légal. Aussi le Pr Barré insiste

sur leur origine organique et sur leur traitement qui dans bien des cas sera chirurgical : exérèse du foyer d'irritation ou novocaïnisation locale. Sédatifs et analgésiques généraux, bains chauds.

A son tour, le Pr de Morsier (Genève) expose, brièvement, une partie de l'important rapport qu'il a consacré à la question des troubles nerveux réflexes extenso-progressifs. Il insiste particulièrement sur les crises nerveuses réflexes, sur les troubles de même origine revêtant la forme d'un syndrôme parkinsonien ou de spasmes de torsion. Enfin le rapporteur parle de la pathogénie et des conséquences médico-légales de ces perturbations foncièrement organiques.

Ces deux rapports sont suivis de discussions où les avis sont partagés. M. Bourguignon parle de l'intérêt des chronaxies dans la mesure d'extension des troubles progressifs. Les Prs Porot et Roger appuient la thèse développée par MM. Barré et de Morsier, en faisant toutefois une réserve pour la question du " parkinson traumatique ".

Par contre, dans une intervention véhémente, M. Boisseau (Nice) se fait le défenseur de l'hystéro-traumatisme, dont il a une grande expérience, surtout lorsqu'il s'agit de troubles moteurs.

Après cette seconde séance, une légère détente avait été prévue : elle consista en visites d'établissements de cure.

Mercredi 24 juillet. — Le mercredi était consacré au troisième rapport, celui qui pratiquement offrait le plus d'intérêt puisqu'il était consacré aux actuelles thérapeutiques de la psychiatrie : il s'agissait des " Indications respectives de l'Insulinothérapie, de la Cardiazolthérapie et de l'Electrochocthérapie ".

M. Paul Cossa (Nice) a méthodiquement et très minutieusement analysé ces indications dans un long rapport. En voici les conclusions :

La cure de Sakel (Insulinothérapie) doit être réservée aux psychoses sévères, où seule elle peut guérir. Elle constitue le traitement de fond des démences précoces de la psychose hallucinatoire chronique et des formes hallucinatoires des psychoses résiduelles. Dans ces affections la convulsivothérapie ne trouve que des indications exceptionnelles.

Les chocs électriques moins pénibles et moins dangereux que les chocs au Cardiazol, trouvent leur indication majeure dans les mélancolies et les états dépressifs quelle qu'en soit la forme, dans les syndrômes anxieux et les paroxysmes dépressifs des psychasthéniques.

Une autre indication formelle est constituée par la confusion mentale primitive ou secondaire et par les formes à début excito-confusionnel de certaines démences précoces.

Le Cardiazol ne sera employé qu'avec précaution comme adjuvant d'une cure de Sakel.

Le Dr Cossa s'est enfin attaché à défendre la " légitimité morale " de ces méthodes thérapeutiques qui ont pu paraître aveugles ou brutales à certains.

Le Dr Muller (Müsingen-Berne) analyse surtout, à l'aide de très importantes statistiques, la valeur des résultats obtenus (en fonction de l'évolution spontanée des psychoses non traitées). Aussi est-il très prudent dans ses appréciations.

Il ne paraît pas établir de distinction entre les deux méthodes convulsivantes quant à leurs indications et considère qu'elles sont " loin d'être inoffensives ".

C'est également l'avis de M. Baruk (Paris). Pour lui, les thérapeutiques de choc violent la personnalité humaine. En outre, elles ne représentent qu'une thérapeutique symptômatique alors qu'il conviendrait avant tout de s'attaquer à l'étiologie des maladies mentales (infectieuse, vasculaire, endocrinienne, etc.).

Le Pr Delay précise les indications et contre indications : les chocs convulsivants trouvent leur indication majeure dans les états où dominent les troubles de la régulation thymique et les troubles de la régulation noétique. Par contre, dans tous les cas où la cohésion de l'édifice psychique se trouve menacée, le recours à la cure de Sakel devient indispensable.

M. Hesnard (Toulon) rappelle que la convulsivothérapie est contre indiquée dans les névroses.

Enfin le Pr Heuyer (Paris) parle des méthodes de choc en psychiatrie infantile : elles sont parfaitement bien supportées. On doit toutefois les réserver aux états dépressifs, aux confusions, aux accès maniaques et à certaines instabilités psycho-motrices. Elles seront proscrites dans les oligophrénies, les obsessions, les tics.

Jeudi 25 juillet. Dans la matinée se tint l'Assemblée générale du Congrès, avec les élections, la mise au point du programme du prochain Congrès, dont le Pr Fribourg-Blanc fut élu président.

Vendredi 26 juillet. — Dès le matin les travaux reprenaient. Il s'agissait de communications diverses pour lesquelles plusieurs séances avaient été déjà réservées.

Il est impossible de donner ici le compte rendu de toutes ces communications, inégales d'importance et d'intérêt. Certaines d'entre elles relatant d'importants travaux expérimentaux furent particulièrement appréciées: ainsi le film et l'exposé de M. Monnier, Priva-Docent à l'Université de Zurich, sur la physiologie du diencéphale et son importance en neuro-psychiatrie (expériences en collaboration avec W. R. Hess de Zurich, sur le chat).

Dans un domaine plus spéculatif, M. Ey (Bonneval) résuma, très clairement la doctrine de la psychiatrie moderne selon Huglings Jackson, et fit un parallèle entre les théories d'organicité de cet auteur et les théories psychogénétiques de Bleuler dont il exalta l'œuvre considérable.

M. Baruk, soutenu par Cossa, défendit âprement le principe de la " conscience morale " en psychiatrie, une des " fonctions régulatrices " de l'organisme humain. " Loin d'être une formation artificielle confondue avec les impératifs sociaux, comme l'estime Freud, la conscience morale est, selon M. Baruk, un des éléments les plus profonds et les plus anciens de la nature humaine. " On néglige trop son étude chez certains malades.

M. Hesnard craignant l'intrusion de la métaphysique en psychiatrie s'élève contre ces données nouvelles et propose le terme de " psychiatrie éthique ".

La thérapeutique des maladies nerveuses et mentales fit l'objet de nombreuses communications. On parla du traitement par la pénicilline de quelques cas de confusion mentale ou de névraxite, et encore de l'action de la pénicilline dans la neuro-syphilis (Talcon de Mexico). Il est encore trop tôt pour prendre partie dans ce dernier cas.

M. Delmas-Marsalet (Bordeaux) exposa les réels succès qu'il obtient dans le traitement du délire aigu par les injections intraveineuses de Novocaïne non adrénalinée à 1 %.

De nombreuses communications furent consacrées aux indications de la convulsivothérapie, sujet inépuisable.

Mais les méthodes " brutales " ne furent pas seules

à l'honneur, et M. Delay ainsi que M. Sutter parlèrent de la narco-analyse, qui a déjà suscité beaucoup d'intérêt et même quelque émotion. Ses indications restent limitées aux névroses récentes ou aux psychoses de choc, en pratique civile ou en psychiatrie de guerre.

M. Talcon (Mexico) préconisa enfin la psychochirurgie (lobotomie frontale) dans certaines psychoses invétérées et résistant à toute autre thérapeutique. Les statistiques qu'il donne sont intéressantes.

Remercions encore nos amis suisses de leur si cordiale hospitalité que nous espérons pouvoir leur rendre l'an prochain.

Xe CONGRÈS FRANÇAIS DE GYNÉCOLOGIE

(Lyon, 27-29 mai 1946)

Le Xe Congrès Français de Gynécologie a tenu ses assises à la Faculté de Médecine de Lyon, sous la présidence d'honneur du prof. Costa-Sacadura (de Lisbonne) et la Présidence du prof. Cotte (de Lyon).

La séance inaugurale a été ouverte par M. Allix, recteur de l'Académie de Lyon, entouré de MM. Hermann, doyen de la Faculté de Médecine de Lyon, et E. Douay, président de la Société Française de Gynécologie. Des discours furent prononcés par MM. Allix, Costa-Sacadura, Cotte et Maurice Fabre, secrétaire général du Congrès.

Parmi les personnalités étrangères présentes, notons : Pr Green-Armytage et miss Barnes (Londres), Kartan (Boston), Pr Bourg (Bruxelles), Schockaert (Louvain) Pr de Snoo (Utrecht), de Groot (La Haye), Dubuis (Lausanne), Gueissaz (Neuchâtel), d'Ernst (Genève), Jaameri (Helsinki), Cabral-Sacadura (Lisbonne). De nombreux gynécologues français participèrent à cette réunion.

***

Question à l'ordre du jour : **l'ovulation et ses troubles.**

1er Rapport. — L'ovaire féminin envisagé d'après les récentes acquisitions histologiques et histophysiologiques. M. G. Dubreuil (Bordeaux).

L'auteur, résume les conditions histologiques de l'ovulation, ou plutôt de la ponte folliculaire. Celle-ci, constituée par l'expulsion du liquide folliculaire en gelée, entraînant l'ovule en maturation, ne peut être le fait des muscles ovariens, limités au hile et aux gros vaisseaux, sans action sur une albuginée, qui n'existe pas. La déhiscence du follicule est due à une hypertension congestive rapide, conséquence de l'hypersécrétion du liquide folliculaire ; la ponte est due à l'expulsion du liquide par une exsudation sérofibrineuse, qui se coagule sur place en remplaçant les parties expulsées. Ces phénomènes sont sous la dépendance d'actions réflexes et humorales, insaisissables par l'histologie. Faute de congestion, faute d'exsudation : cycles anovulaires ou aprogestatifs inefficaces, follicules plissés.

2e Rapport. — Mécanismes de l'ovulation, standardisation des gonadotrophines. M. R. Moricard (Paris).

Il est aujourd'hui établi que les gonadotrophines qui passent dans la circulation générale accélèrent le développement folliculaire, déclenchent une modification du vacuome des cellules péri-ovocytaires suivie de maturation ovulaire et d'ovulation. Il est démontré que le mécanisme de la sécrétion hypophysaire est en partie sous la dépendance d'une régulation nerveuse qui semble avoir deux sièges importants : le ganglion cervical supérieur et le tuber.

L'équilibre hormonal quantitatif qui règle l'ovulation chez la lapine ou chez la souris est relativement bien connu. Ce problème posologique n'est pas résolu chez les Primates et chez la femme. Il est absolument nécessaire que dans les années à venir l'industrie française élève la concentration des ampoules commerciales qui sont mises à la disposition des gynécologues français. Les hormones contenues dans certaines ampoules commerciales sont actives, mais la concentration en est insuffisante. Il semble que l'ordre de grandeur des doses nécessaires pour provoquer l'ovulation chez la femme se place entre 1.000 et 50.000 U.I. de gonadotrophine sérique ou choriale ce qui est au moins de 10 à 15 fois supérieur aux doses actuellement utilisées en France.

3e Rapport. — Les tests de l'ovulation chez la femme. M. Raoul Palmer (Paris).

Il n'y a de certitude d'ovulation que par la constatation de l'ovule libre fécondé ou non, ou de la grossesse consécutive. En dehors de cela, il n'y a que probabilité d'ovulation, quand on constate des signes de rupture folliculaire et d'activité lutéinique consécutive.

La certitude d'un cycle lutéal peut être basée sur la constatation d'un endomètre prémenstruel typique, ou d'une courbe typique d'excrétion du pregnandiol ; une très grande probabilité peut être basée sur une courbe thermique typique. Une très grande probabilité, mais non une certitude absolue de cycle alutéal, peut être basée sur la constatation d'un endomètre prémenstruel folliculinique, ou d'une absence persistante du pregnandiol dans l'urine, ou d'une courbe thermique monophasique typique.

Normalement, l'ovulation survient le quinzième jour avant le début des règles suivantes.

Les signes d'une ovulation imminente ou très récente sont : la crise intermenstruelle quand elle est typique et brève hémorragie intermenstruelle, quand elle est typique et brève ; la glaire filante, quand elle est brève ou présente un maximum bref ; la courbe thermique passe par un minimum ou commence juste à remonter ; l'endomètre présente un début d'infiltration glycogénique discrète ; les dosages urinaires montrent un pic de folliculine et de gonadotrophine ; il peut y avoir un pic de potentiel abdomino-vaginal.

4e Rapport. — La crise intermenstruelle. M. Ernest Gueissaz (Neuchâtel, Suisse).

Après des considérations sur la pathogénie de la crise inter-menstruelle, l'auteur conclut que la crise ne peut être considérée comme une douleur d'ovulation parce que la ponte n'occupe qu'un instant dans la durée de la crise. C'est une perception anormale et douloureuse du mécanisme utéro-annexiel de préparation à la ponte et de réception de l'ovule. La C.I. est donc une douleur de préovulation, d'ovulation et de suite d'ovulation. La C.I. n'est pas un test d'ovulation certain. La C.I. peut se produire exceptionnellement sans ponte. L'auteur a pu avec d'autres déclencher le syndrome artificiellement en dehors du moment de la ponte. Une



CORYDRANE CRISTALLISE EN UNE MOLÉCULE LES VERTUS APAISANTES DE L'ASPIRINE ET LA FORCE TONIQUE DU NORÉPHÉDRANE.

AINSI LES TROUBLES S'EFFACENT AU MOMENT MÊME OU L'HOMME RETROUVE L'ÉNERGIE DE LES DOMINER.

L'INTELLIGENCE ET LA LIBERTÉ DE RESPIRER REVIENNENT A L'ENRHUMÉ, ET LE GRIPPÉ SENT FUIR SA FIÈVRE.

QUI SOUFFRE DANS SES NERFS OU DANS SES OS ACCUEILLE LE CORYDRANE AVEC GRATITUDE. GRACE A LUI LE MIGRAINEUX SE RÉJOUIT D'UNE LUCIDE DÉTENTE.

SOULAGER ET SOUTENIR, LOI IMMUABLE D'ÆSCULAPE QUI S'OPPOSE AU PRINCIPE D'EPICTÈTE

Ἀνέχου καὶ ἀπέχου

HIPPOCRATE APPLIQUAIT CETTE RÈGLE D'OR A SES ASTHÉNIQUES, GALIEN A SES RHUMATISANTS.

ET TOI-MÊME, UN JOUR, CLINICIEN AVERTI, SI QUELQUE MALAISE T'ASSAILLE, PRENDS PLUTOT UN COMPRIMÉ DE

CORYDRANE

LABORATOIRES DELAGRANGE
39, Bd. de LATOUR-MAUBOURG, PARIS - 7e

cérésine

Cachets, Comprimés, Granulés

SIMPLE ET SURVITAMINÉE

LABORATOIRES DEHAUSSY
50, rue Nationale - LILLE

POUR LA FRANCE SUD
21, Av. Saint-Sulpice, LAVAUR (Tarn)

Formule Jacquemaire n° 60

COMPOSITION

Milieu magnésien (magnésie calcinée) associé aux Glycérophosphates (de calcium, magnésium, fer, manganèse) et à la silice.

INDICATIONS

(Complément nutritif moderne indispensable).
Reminéralisateur à prépondérance magnésienne.
Toutes les débilités, Retard de croissance, Surmenage, Convalescence, Décrépitude, Papillomes, Végétations, Verrues, Terrain précancéreux.

POSOLOGIE

1 cachet à chacun des deux principaux repas.
Enfants : demi-dose.

LABORATOIRES FLUXINE
VILLEFRANCHE - RHÔNE

Pyri Pyridium

ANTI-INFECTIEUX

Cystites, Pyélonéphrites, Colibacillose.

ANALGÉSIQUE LOCAL

Douleurs, Pollakiurie, Dysurie.

4 à 8 dragées par jour

LABORATOIRES SERVIER-ORLÉANS

Désinfectant intestinal

sans contre indication

Pilules de

CHLORAMINE FREYSSINGE

1er Jour : 12 pilules en 3 fois
2me Jour : 9 pilules en 3 fois
3me Jour : 6 pilules en 3 fois

Les jours suivants : 3 pilules en 3 fois

LABORATOIRE FREYSSINGE - 6, RUE ABEL - PARIS

femme sur cent malades d'affections gynécologiques se plaint de C.I. Il y a presque toujours chez ces malades des altérations annexielles d'origine infectieuse ou dystrophique.

5e Rapport. — Le rôle des troubles de l'ovulation dans la pathologie gynécologique. MM. J.-A. Schockaert et J. Ferin (Louvain).

Nos connaissances sur les troubles de l'ovulation chez la femme sont encore très réduites : on peut distinguer la dysovulation, c'est-à-dire la rupture folliculaire sans expulsion de l'ovule ou avec expulsion d'un ovule immature ; la para-ovulation, c'est-à-dire l'ovulation se produisant en dehors du moment habituel, éventuellement au cours de la grossesse ; et l'anovulation, c'est-à-dire l'absence de rupture folliculaire. Cette dernière, qui est moins fréquente que les publications de vulgarisation gynécologique le disent, peut être suivie ou non de la transformation progestative du follicule non rompu. L'examen macroscopique et surtout histologique des ovaires enlevés, combiné à l'exploration complète échelonnée de tous les récepteurs hormonaux, spécialement l'endomètre, ainsi que des dosages hormonaux, sont indispensables pour établir la nature et la variété des troubles ovulatoires.

6e Rapport. — Les hémorragies d'origine folliculaire. M. Jean Figarella (Marseille).

Très rare, l'hémorragie folliculaire est l'apanage des femmes jeunes.

Survenant vers le milieu du cycle ou au début de la dernière semaine, elle se manifeste par une brusque crise douloureuse abdominale basse avec pâleur, lipothymies et accélération du pouls. L'absence de retard de règles élimine la rupture de grossesse extra-utérine, mais il faut écarter l'appendicite malgré un fréquent petit fébricule et une défense douloureuse d'une fosse iliaque, la droite en général. Une légère sensibilité du Douglas et sa ponction y aideront. A côté des formes hémorragiques pures prennent place des formes masquées (pseudo-appendiculaire, pseudo-salpingienne...).

L'hématome folliculaire semble se constituer à la faveur d'une brusque et courte hyperprolanémie, mais l'hémorragie intra-péritonéale paraît exiger un trouble ischémique de la paroi folliculaire. Quant au mécanisme de la ponte ovulaire hémorragique, il ne mérite pas d'être retenu.

Le traitement doit être à la fois chirurgical et conservateur.

7e Rapport. — Traitement des troubles de l'ovulation. M. G. Cotte (Lyon).

Dans son rapport, l'auteur envisage successivement les troubles résultant d'une absence d'ovulation, d'ovulations bloquées, d'ovulations douloureuses.

1. Absence d'ovulation. M. Cotte ne retient que les cas où les fonctions végétatives de l'ovaire sont conservées. Si l'ovaire était toujours réceptif, avec les gonadostimulines, on devrait obtenir le rétablissement de la ponte ovulaire. Mais nous ne connaissons pas encore l'unité-femme ; il semble que, par la voie intra-veineuse, on ait des effets meilleurs que par la voie sous-cutanée. Malheureusement, les hormones dont nous disposons ne sont pas assez purifiées pour être utilisées par voie intra-veineuse et elles ne sont peut-être pas assez concentrées.

Après avoir étudié la thérapeutique hormonale, l'auteur passe en revue les autres méthodes de traitement. En ce qui concerne les méthodes chirurgicales, il montre les heureux effets obtenus chez les femmes stériles par l'ablation d'une lésion annexielle unilatérale, ou bien à la suite d'une simple hystérométrie, d'une électrocoagulation superficielle du col, etc. Il semble que dans bien des cas le rétablissement de la ponte ovulaire soit le fait de réflexes neuro-hormonaux, tels que ceux que Foe et Parkes ont mis en évidence chez la lapine.

2. Dans les ovulations bloquées qui entraînent tantôt une aménorrhée plus ou moins prolongée, tantôt des métrorragies, la seule ablation du kyste, parfois même la ponction simple d'un kyste folliculaire au cours de l'intervention suffit à faire cesser les troubles. On peut souvent conserver l'ovaire.

3. Le traitement de la crise inter-menstruelle fait l'objet d'une étude très complète, car, là, on peut donner plus de précision que pour les ovulations absentes. Malgré leur fréquence, les douleurs de l'inter-menstruum sont mal connues de la plupart des chirurgiens qui, croyant à une appendicite, alors qu'il n'y a ni fièvre ni contracture, n'en font pas moins l'appendicectomie. Lorsque les phénomènes sont passagers, ne dépassant pas deux à trois jours, il est bien certain qu'il ne s'agit que de poussées congestives.

COMMUNICATIONS DIVERSES

La décapsulation précoce dans le traitement des anuries graves post-abortum. — MM. Masse, Mahon et Dax (Bordeaux).

Un nouvel œstrogène synthétique administré par voie buccale. — M. R. Wenner (Bâle).

L'origine et la réduction des endométrioses. — M. K. de Snoo (Utrecht).

H.G.K. postménopausique, le test de Cordier et l'origine de l'hyperfolliculinémie. — M. R. Bourg (Bruxelles).

Augmentation des déformations congénitales depuis la dernière année de guerre en Hollande. — M. J. de Groot (La Haye).

Posologie de l'activité thérapeutique comparée des œstrogènes de synthèse. — Mme F. Moricard (Paris).

La frigidité, effets aphrodisiaques des implantations de testostérone. — Mme Irène Bernard (Bordeaux).

Y aurait-il un processus d'infarcissement dans le mécanisme de la menstruation. — M. F. Cabral Sacadura (Lisbonne).

Flore vaginale et cycle menstruel. — M. K.E.U. Jaameri (Helsinki).

Analyse de 100 succès dans le traitement de la stérilité conjugale. — M. Breteche (Nantes).

Sur un cas de superfétation. Coexistence de deux grossesses intra et extra-utérine d'âge différent. — M. Ezes (Alger).

Augmentation du taux de la bilirubinémie après avortement provoqué par injection intra-utérine d'eau savonneuse. — MM. A. Aimes, P. Monnier et H. Estor (Montpellier).

Syndrome ictéro-azotémique post-abortum avec élévation considérable du taux de la bilirubinémie. — MM. A. Aimes, P. Monnier et H. Estor (Montpellier).

La résection ovarienne bilatérale subtotale. — M. Jean Villar (Bordeaux).

Etude gynécologique d'une rescapée des camps allemands. — M. J.-E. Marcel (Paris).

Un cas de pseudo-hermaphrodisme féminin. — M. Quichon (Besançon).

LES LIVRES

Le Livre du Praticien, par le Dr Clairville. 2e édition. 1946 (Librairie Maloine. Paris. Prix : 300 francs).

Les formulaires thérapeutiques usuels traitent surtout des médicaments du Codex et négligent généralement les spécialités pharmaceutiques, qui représentent pourtant à l'heure actuelle, la majeure partie des prescriptions médicales.

D'autre part, les recueils de spécialités les plus connus présentent les produits dans l'ordre alphabétique de leurs noms commerciaux. Pour retrouver un produit dont le nom n'a pas été retenu, il faut faire un effort de mémoire ou bien procéder à des recherches fastidieuses.

La classification des produits d'après le principe actif prédominant permet d'éviter ces inconvénients et de retrouver un produit, même lorsque son nom est inconnu. Cette méthode logique a été appliquée pour la première fois systématiquement dans le " Livre du Praticien ", que le Dr Clairville vient de publier en deuxième édition.

Le dictionnaire pharmaceutique est précédé d'un " Dictionnaire des Nouveautés thérapeutiques ", qui constitue un répertoire des médications nouvelles, dont la consultation sera extrêmement utile au praticien.

Nous les cobayes. Dr P. Chavanon. Edit. Médicis. 5, rue de Rome, Paris.

L'auteur reprend dans cet ouvrage les vives attaques qu'il avait dirigées avant la guerre contre l'anatoxine diphtérique et la vaccination antidiphtérique au nom de la doctrine homéopathique.

Traité de rééducation. Dr G. de Parrel. Ed. Les Ordres de la chevalerie, 10, rue de Rome, Paris.

Les déficiences infantiles, physiques et mentales, sont l'objet de ce gros travail qui s'adresse à la fois aux médecins, aux éducateurs et aussi aux parents. Il relève donc autant de la pédagogie que de la pédiatrie et rendra service à tous ceux qu'intéresse le développement de l'organisme infantile.

J.-B. Baillière et fils
19, rue Hautefeuille, Paris VIe

Jean Monnier. — Pénicilline. Toutes ses applications en médecine, chirurgie, spécialités. Préface de Sir Alexander Fleming. 1 vol. 200 pages, 16 fig.

L'Expansion scientifique française
23, rue du Cherche-Midi, Paris VIe

La syphilis viscérale tardive, 1 vol. des « Actualités dermato-vénéréologiques », 214 pages,

LA PRESSE

Le traitement des abcès du cerveau. — Le Dr J. Lereboullet fait un exposé complet de la question. Dans certains cas la simple ponction peut suffire. Un examen clinique précis, aidé de l'électro-encéphalographie et éventuellement de la ventriculographie, est alors indispensable pour préciser le siège du trou de trépan. Mais le plus souvent le traitement par la pénicilline n'est qu'un complément de l'acte chirurgical, qui pourra grâce à elle être réduit au minimum, et surtout est infiniment plus sûr. Les indications varieront suivant les cas :

1° En cas d'abcès aigu sans coque, la simple ponction peut suffire, et doit en tout cas être tentée. Des accidents menaçants d'œdème cérébral nécessitent la taille d'un volet décompressif. Si la ponction est inefficace, il peut être nécessaire de pratiquer une véritable amputation de la zone d'encéphalite suppurée.

2° En cas d'abcès chronique avec coque, l'ablation en masse voit s'étendre encore ses indications. On la conseille non seulement dans les formes classiques d'abcès régulier, mais encore dans les abcès mal limités, irréguliers, d'ailleurs les plus fréquents. Il est possible de les extirper en les fragmentant, comme une tumeur, en ouvrant si nécessaire le ventricule. Le traitement doit être précoce et intensif : 250.000 unités de pénicilline par 24 heures par voie générale, et 50.000 unités locales. Il est important d'éviter l'injection d'air dans la cavité de l'abcès ; celle-ci peut, en effet, provoquer des accidents hypertensifs. Un traitement pénicilliothérapique préventif permet d'éviter l'apparition de certains abcès, en particulier les abcès métastatiques, mais cette thérapeutique n'est pas toujours suffisante. On peut espérer que, réserve faite de la pénicillorésistance de certains germes, ces premiers résultats se confirmeront et que, grâce au traitement par la pénicilline, associé à un traitement neuro-chirurgical bien conduit, les abcès du cerveau, beaucoup plus rares, ne seront plus la redoutable affection qu'ils étaient encore il y a quelques années. (« Paris-Médical », 15 juin 1946.)

Les résultats éloignés des radicotomies sensitives pour sciatique par hernie discale postérieure. — S. de Sèze, J. Guillaume, N. Saloff et A. Massebœuf établissent que la radicotomie postérieure, employée comme complément de l'exérèse du noyau discal, ou parfois indépendamment de toute exérèse, est un bon traitement chirurgical des sciatiques rebelles dues à une hernie postérieure du disque intervertébral. Si les résultats de cette opération, pratiquée selon la technique décrite par ces auteurs, sont presque toujours bons, ils sont loin d'atteindre constamment la perfection. Ses suites opératoires ne sont pas toujours exemptes d'incidents. La reprise du travail n'est pas toujours rapide. Certains malades conservent à la suite de leur opération un certain reliquat de douleur ou de fatigabilité. La guérison n'est pas toujours obtenue dans la proportion de 100 %.

Mais la qualité des guérisons chirurgicales peut être améliorée par le perfectionnement des techniques. Faire progresser la chirurgie des sciatiques, c'est travailler à rendre l'acte opératoire aussi peu mutilant, aussi peu agressif que possible, tant pour les éléments musculaires et ostéo-articulaires de la charnière lombaire que pour le sac dural et ses racines ; des progrès sont en voie de réalisation dans cet ordre d'idées. (« La Semaine des Hôpitaux de Paris », 21 juin 1946.)

Thiodacaïne MIDY

SOUFRE ORGANIQUE – IODE ORGANIQUE – DUNACAÏNE

Traitement local de la DOULEUR rhumatismale

Arthrites et Périarthrites douloureuses - Algies rhumatismales
Sciatiques - Lumbagos - Algies cervico-brachiales

LABORATOIRES MIDY, 67, Avenue de Wagram, Paris.
Fournisseurs des Hôpitaux.

LES ÉTABLISSEMENTS **JACQUEMAIRE** à Villefranche (Rhône) RAPPELLENT LEURS PRODUITS *diététiques*

★ **LA BLÉDINE**
Aliment de préparation au sevrage, farine complète et équilibrée.

★ **LA DIASE CÉRÉALE**
Bouillie maltosée fluide. Assimilation totale.

★ **LE MALTOGIL**
Extrait de malt sec rigoureusement pur. Puissant reconstituant.

LES LABORATOIRES DU **GALACTOGIL** à Villefranche (Rhône) RAPPELLENT LEURS PRODUITS *pharmaceutiques*

★ **LE GALACTOGIL**
Puissant galactogène. A base d'extrait de galéga.

★ **LE PEPTOGIL**
Spécifique des anaphylaxies protéiques (peptones gastriques et pancréatiques)

Dudoy

MANDELIUM

AMPOULES BUVABLES - CACHETS

★

Infections urinaires

Alcaloses

THERAPLIX

98, RUE DE SÈVRES, PARIS-VIIe

DRAGÉES "YSE" Névrosthéniques

Phosphure de zinc 2 milligr.
Nux vomica
Kola guarana

Asthénie - Surmenage Intellectuel
Dépressions Physique et Cérébrale
forme B pour Diabétique

Médication iodo-arsénicale-phosphorée - Strychnique

HEMAGÉNINE GIRAUD

Lymphatisme - Rachitisme - ASTHME - Tous états infectieux et ganglionnaires

ZONE OCCUPÉE – **LABORATOIRES YSE** – ZONE NON OCCUPÉE
65, Rue Louis Blanc, Paris (X[e]) — — — Saint-Benoît du Sault (Indre)

SMP

COIRRE
Pharmaciens de l'Université de Paris
DEPUIS 1849
PROSPER COIRRE 1849
GASTON COIRRE 1889
Dr JEAN COIRRE 1909
ET
PAUL COIRRE 1933
SUCCESSEURS

ARGYROPHEDRINE
gouttes nasales

SÉDIBAÏNE
sédatif nerveux sans action dépressive

SOLUCALCINE
chlorure de calcium pur et stable

TITANE COIRRE
pansement gastro-intestinal

COIRRE, PHARMACIENS, PARIS — 5, Bd MONTPARNASSE, SEG. 02-79

PARTIE PROFESSIONNELLE

PROPOS DU JOUR

SALUT SANS ILLUSIONS A UNE UTOPIE

CLEMENCEAU, on s'en souvient, avait fait scandale, en 1919, en saluant avec une narquoise déférence la « noble candeur » du président Wilson. Celui-ci préconisait alors d'instaurer ce qui fut un moment la grande espérance des peuples et qui finit par s'effondrer sous les sarcasmes : la Société des Nations.

L'événement a montré que Clemenceau avait raison puisque l'institution n'a pu atteindre à la prééminence souveraine conçue par son fondateur. Mais il a tout aussi pertinemment montré que Wilson n'avait pas tort puisque, vingt-six ans après, couverts de blessures par une nouvelle guerre et désespérant d'eux-mêmes, les peuples n'ont trouvé d'autre recours que de ressusciter, sous le nom d'O.N.U., la défunte S.D.N. Ils ont transbordé d'une rive à l'autre de l'Atlantique leur rêve de paix universelle et ont caressé l'espoir que le changement de continent lui serait salutaire. Un an ne s'est pas encore écoulé et l'on peut dire avec amertume que l'O.N.U. a brûlé les étapes du discrédit. Non seulement, il n'est plus question de paix universelle, non seulement tous les présages concordent pour la croire plus irréalisable que jamais, mais encore, avant même que soient signés les traités clôturant la seconde guerre mondiale, on assiste aux préparatifs de la troisième. Récemment, à Tokio, un personnage officiel américain ne proclamait-il pas sans sourciller ; « Un nouveau Pearl-Harbour est imminent en Corée ou en Alaska. Il convient de ne pas être pris cette fois encore au dépourvu. »

Mais si certains Anglo-Saxons interprètent de façon aussi réaliste les conjonctures actuelles, d'autres gardent intacts en leur cœur le pouvoir d'illusion et la « noble candeur » propres à leur race. C'est ainsi qu'un médecin anglais, le Dr E. Pulay, prône la constitution d'un « Conseil international de médecine » dont il attend de grands bienfaits, parmi lesquels la disparition définitive de la guerre. C'est notre excellent confrère suisse MÉDECINE ET HYGIÈNE qui porte à notre connaissance cette entreprise de visionnaire. Elle est selon toute vraisemblance sans aucun avenir et a dû déjà recueillir plus de sourires que d'adhésions. Moi-même je m'accuse d'être assez désabusé pour ne pouvoir lui accorder qu'une sympathie toute formelle. Mais du moins il ne sera pas dit que je n'aurai pas fait de mon mieux pour l'aider à tenter sa chance. Qu'il se trouve des lecteurs pour faire écho à la généreuse homélie du Dr Pulay !

CELUI-CI exposera compendieusement sa doctrine dans un livre qui doit paraître sous peu sous le titre : *Destiny of to-morrow*(La destinée de demain). Il prétend que « la biologie et la médecine modernes ont contribué à nous mettre en état de juger les événements historiques en tenant compte davantage des aspects biologico-psychologiques de leur évolution que du côté purement politique. La médecine étant « supra nationale », il importe que la sphère d'activité des médecins ne soit pas soumise à des limitations trop strictes ». Et il conclut : « Etant donné qu'il y va de l'humanité même et de la vie, n'est-il pas évident que ces questions sont, ou devraient être, du ressort avant tout des médecins dont la tâche primordiale consiste précisément à s'occuper des phénomènes de la vie dans toutes leurs manifestations ? Aussi longtemps que le devoir du médecin sera de sauver et de protéger la vie, son premier but visera à lutter contre tout ce qui détruit ou tue les êtres humains. »

Sans doute ! et je ne pense pas qu'il existe au monde un médecin belliciste. Toutefois ne se souvient-on pas d'avoir vu en Allemagne des médecins occupés à de bien étranges besognes, dans les camps de concentration ?

« Les médecins, poursuit le Dr Pulay, devraient jouer un rôle direct au sein des conseils qui auront à discuter les problèmes se rapportant à la paix future. Il ne faut plus que les plans d'avenir et les décisions définitives soient uniquement l'œuvre des politiciens.

« Les politiciens qui ont pour tâche d'élaborer les plans d'après-guerre sont-ils conscients du fait qu'en l'absence d'une saine appréciation des principes essentiels de la biologie et de la psychologie, leurs débats et leurs résolutions aboutiront de nouveau à un échec, tout comme au lendemain de la première guerre mondiale... ? Aucun gouvernement ne saurait accomplir sa tâche, en temps de guerre ou en temps de paix, sans l'aide des médecins ».

Je ne contredirai pas à cette forte affirmation mais je ferai toutefois remarquer à l'auteur que les médecins ne peuvent prétendre jouer, en telle matière, que le rôle objectif et purement consultatif de conseillers sanitaires. Et la guerre et la paix posent hélas ! des problèmes qui ne sont pas tous sanitaires ; elles dépendent aussi de facteurs où la santé des peuples n'a qu'une fort petite place. « Que venez-vous faire ici ? objectera-t-on aux médecins dans les conciles qui prennent les décisions suprêmes. Nous nous occupons de trafic maritime, de bases navales, de minorités ethniques, de pétrole, et surtout de faire échec à une conception de la démocratie au profit d'une autre. Vous n'avez rien à dire de valable en tout ceci. »

Le Dr Pulay avance que « si tous les médecins du monde décidaient de s'unir dans une Ligue internationale aux fins de refuser toute collaboration et toute assistance aux œuvres de destruction et d'extermination de la vie, et s'ils prenaient en commun la décision de ne coopérer désormais qu'aux efforts pacifiques, une nouvelle guerre deviendrait impossible ».

Je pense, pour ma part, que même si tous les médecins du monde parvenaient à s'unir sur un si beauet si indiscutable programme, ils se désuniraient au moment de passer du général au particulier, lorsque les rivalités nationales se dévoileraient. Et même

s'ils demeuraient alors unis ils n'empêcheraient rien parce que les guerres dépendent non de ceux qui gardent la tête froide, mais des énervés qui propagent l'énervement. En août 1939, lequel l'emporta des sages, des solennels avertissements de Roosevelt et du Pape, ou des hurlements de Hitler ? Aujourd'hui même, en cette Europe encore chaude des massacres, ne sent-on pas le contrôle échapper peu à peu aux hommes réfléchis à mesure que les invectives grondent à Trieste, à Athènes, aux Dardanelles et autres lieux ?

Constatant ce fait indubitable que « nous sommes arrivés à une étape décisive et critique dans l'histoire de l'humanité et (que) l'heure est venue pour nous de choisir définitivement... », « le Dr Pulay préconise la création d'un Conseil International et d'une Cour Suprême de médecine..... chargée de surveiller et de contrôler les gouvernements pour toutes les questions intéressant l'humanité », et d'organiser le contrôle médical et d'hygiène selon les principes suivants, en tenant compte des plans d'après-guerre :

« Tout comme chaque représentation diplomatique possède à l'heure actuelle des attachés naval, militaire, de presse, etc., il devrait y avoir à l'avenir un attaché médical et un attaché scientifique. La tâche de l'attaché médical sera : *a*) de tenir son gouvernement au courant de tous les récents progrès de la médecine et, *b*) de veiller attentivement à ce que les principes moraux de la médecine soient observés dans le pays auprès duquel il est accrédité et d'aviser, en cas de manquement, le ministre de l'Hygiène publique de son propre pays. Pareillement les attachés scientifiques devront signaler à leurs gouvernements tous les cas où des découvertes scientifiques seraient abusivement utilisées pour des fins destructives.

« De cette façon aucun pays ne pourra plus se trouver en retard au point de vue de l'éducation médicale et des méthodes de traitement, car tous les récents progrès des connaissances médicales deviendront, par ce moyen, automatiquement accessibles à chaque nation. Une procédure analogue devra être instituée pour les découvertes récentes dans d'autres domaines de la science ».

Les publications savantes et les Congrès ne suffisent-ils pas, dès maintenant, à assurer cette diffusion universelle ?... sauf lorsque l'intérêt national est réputé s'y opposer comme dans les exemples récents de la bombe atomique et de la pénicilline. Est-il vraisemblable que les attachés médical et scientifique, fonctionnaires officiels, parviennent à percer des mystères contre lesquels s'escriment en vain les ressources sans frein de l'espionnage ?

Le Dr Pulay assigne comme fonctions à la Cour Suprême Internationale de Médecine « d'étudier tous les récents développements de la médecine ; d'examiner les diverses suggestions présentées par les délégués du Conseil National de la Santé publique.

« Toute décision de cette Cour Suprême sera considérée comme rendue en dernière instance et sans appel.

« Tout gouvernement portant atteinte aux principes d'humanité ou donnant son appui à des inventions qui visent à une œuvre de destruction ou à la préparation de la guerre sera déféré à cette Cour Internionale qui constituera la plus haute instance médicale internationale.

« En outre, chaque médecin aura le droit de recourir à la Cour Suprême s'il estime que l'une de ses découvertes est méconnue ou écartée. Il est indispensable, pour assurer une organisation convenable de la médecine, de supprimer toutes les « coteries » médicales.

« Enfin la Cour Suprême devra exercer un contrôle sur l'hygiène morale internationale, et tout gouvernement portant atteinte à celle-ci ou aux principes d'humanité sera déféré au Conseil international ».

Et après ? oserai-je dire irrévérencieusement. Croit-on qu'un gouvernement quelconque, dans l'ambiance de cynisme effronté où nous vivons, se sentira la moindre appréhension d'être déféré à la Cour Suprême de Médecine ? Si le seul désagrément qu'il encourt est d'être flétri comme un fauteur de trouble il lui suffira de crier plus fort que ses censeurs pour avoir raison d'eux car notre monde ne reconnaît plus les autorités purement morales. En politique internationale personne, sous peine d'être battu à tous coups, ne peut plus se permettre d'écouter les scrupules d'une bonne conscience. C'est bien pourquoi la paix n'est plus concevable que comme une pause physiologique, une reprise de souffle entre deux chocs. Puisque rien ne s'oppose plus aux empiètements de la force, c'est le plus fort seul qui doit subsister ; et le monde est devenu trop petit pour valoir encore d'être partagé.

Quelque sort que l'avenir réserve au généreux projet du Dr Pulay, il faut constater une fois de plus un fait : le seul espoir qui reste aux penseurs les plus acharnés à faire encore crédit aux hommes, c'est qu'ils mettent enfin en commun ce globe où de toute éternité ils ne se sont rencontrés que pour s'en disputer d'infimes parcelles arbitrairement délimitées par eux.

Depuis les temps reculés de la préhistoire où l'homme ne se reconnaissait tributaire que des proches appartenant au même clan, le sens de la solidarité s'est, par la force des choses, sans cesse élargi. Il a peu à peu atteint les limites de la peuplade, puis de la nationalité. Le temps est venu où il doit franchir un nouveau pas et se libérer de la superstition des frontières. Les nationalismes n'ont plus depuis longtemps de pouvoir de cohésion qu'autant qu'ils expriment des concepts d'opposition et de rivalité. Le « Herrenwolk » vient d'en fournir la plus décisive démonstration. La « Destinée de demain », pour reprendre le titre de notre confrère anglais, c'est pour l'homme d'étendre à l'échelle mondiale la notion qu'il a de ses proches et de ses égaux,... ou de sombrer dans un chaos sans issue.

Et c'est aussi d'accepter, chacun sur sa personnalité, la tutelle d'une doctrine morale, ou de subir à titre d'élément indistinct d'une masse, l'arbitraire méprisant d'un despote.

G. Lavalée.

LA LOI SUR LES LOYERS DU 17 SEPTEMBRE 1946

Le législateur, dans sa sollicitude infinie, vient de nouveau de nous gratifier d'une loi sur les loyers ! Il n'est peut-être pas de matière qui, depuis une trentaine d'années, ait plus excité la verve et le zèle de nos gouvernants de tout poil et de tout crin, avec les résultats amers et décevants que constatent chaque jour les malheureux assujettis en quête d'un gîte. Plus on légifère, et moins on trouve de logements disponibles, et ce n'est certainement pas la loi du 17 septembre 1946, relative, comme veut bien nous le dire le JOURNAL OFFICIEL, « à l'application des majorations édictées par l'ordonnance du 28 juin 1945 » qui apportera une solution à la crise actuelle.

D'ailleurs, en l'espèce, l'ambition du législateur était modeste et limitée. Elle se bornait à faire revivre au profit de certaines catégories de locataires l'action en réduction de leurs loyers au taux licite, dont ils avaient été privés par le jeu complexe de nombreux textes antérieurs.

A cet effet, la loi proclame, sous son article premier que : *les locataires, sous-locataires, cessionnaires, occupants de bonne foi, forclos postérieurement au 1er septembre 1939 dans leur action en réduction de prix, telle que celle-ci était instituée par l'article 14 de la loi du 1er avril 1926, modifiée par la loi du 29 juin 1929, auront, à dater de la publication de la présente loi, un nouveau délai de six mois, pour intenter cette action en réduction, conformément à l'article précité, aux fins de réduction au prix licite, tel que celui-ci était déterminé par les dispositions des articles 10 et suivants de la loi du 1er avril 1926, modifiée par les lois des 29 juin 1929, 31 décembre 1937, 24 juin 1941.*

La réduction du loyer prononcée aura effet, ajoute l'article premier, à dater du jour de la publication de la présente loi.

Et les articles 2 et 3 précisent, d'une part, que : *sont abrogées toutes dispositions contraires, et, en particulier, celles de la loi du 30 mai 1943*, et d'autre part, que : *les dispositions de la présente loi sont d'ordre public.*

Que dissimule cette phraséologie plutôt rébarbative pour les non-initiés, et quelles sont les catégories de locataires appelés à bénéficier de cette nouvelle action en réduction ? C'est ce que nous nous proposons d'examiner.

Il convient tout d'abord de retenir que la loi ne concerne pas l'ensemble des locations en général, mais seulement celles de locaux à usage d'habitation, professionnel ou mixte, construits avant 1914, situés dans les communes soumises à l'application de la loi du 1er avril 1926 et dont le loyer en 1914 ne dépassait pas un certain taux. En fait, elle intéresse essentiellement les locataires de locaux construits avant 1914 dans les villes et leur banlieue.

Pour faire respecter la taxation légale qu'elle avait instituée, la loi du 1er avril 1926 avait décidé, par son article 14, que les locataires auxquels un loyer supérieur de plus de 10 % à cette taxation aurait été imposé, seraient admis, sans préjudice des sanctions pénales pouvant frapper les bailleurs trop avides, à demander la réduction du loyer au prix licite et le remboursement des sommes qui auraient été versées en sus de ce prix. Mais l'exercice de l'action en réduction était enfermé dans un délai assez bref. Elle devait en effet être intentée par déclaration au greffe du tribunal compétent avant l'expiration des six mois ayant commencé à courir de la date de la première quittance de loyer majoré, présentée par le propriétaire et payée par le locataire, ou, en cas de non-paiement à l'échéance, de la signification du commandement de payer. Si le locataire laissait passer ce délai de six mois sans agir, le loyer stipulé et payé devenait définitif, sans aucun recours possible.

Ces mesures constituaient un ensemble cohérent et logique. Elles permettaient aux locataires, qui avaient dû se plier aux exigences illicites des propriétaires, pour obtenir un logement ardemment convoité, de se faire rendre justice s'ils estimaient devoir le faire, leur inaction dans le délai qui leur était imparti pour agir étant considérée comme une ratification *a posteriori* de la contrainte qu'ils étaient censés avoir subie et comme un aveu que le prix convenu correspondait à la valeur locative réelle. Pendant plus de dix-sept ans, du 1er avril 1926 au 30 mai 1943, cette procédure, qui semblait donner satisfaction à tout le monde, fonctionna sans que personne songeât à l'amender ou à la modifier. Il en résultait évidemment que, pour des locaux de même importance et de même composition, situés parfois dans le même immeuble, des loyers différents pouvaient avoir simultanément la même force légale. Mais, ni l'ordre public ni la paix sociale n'étaient troublés par cette conséquence d'apparence illogique, puisqu'aussi bien ne payaient plus cher que la taxation légale que ceux qui l'avaient bien voulu.

Primitivement, il était prévu que la loi du 1er avril 1926 prendrait fin le 1er juillet 1943 pour faire place au droit commun, dont elle aurait préparé progressivement le retour. Illusion dont les événements nous ont assez démontré la vanité ! Mais, pris de court par l'imminence de l'échéance et par l'ampleur du problème que posait la crise du logement, le Gouvernement de Vichy, par une loi du 30 mai 1943, se donna un nouveau délai d'un an pour chercher un remède à la crise. Il prorogea donc jusqu'au 1er juillet 1944 la loi du 1er avril 1926, mais en abrogeant les articles 10, 11 et 13 qui avaient trait à la taxation légale et l'article 14 qui réglementait l'action en réduction et en les remplaçant par de nouvelles dispositions aux termes desquelles était seul désormais considéré comme licite le prix du loyer et des charges effectivement perçu au 30 juin 1943, tout dépassement de ce prix étant frappé d'une nullité absolue. L'exercice de l'action, non plus en réduction de loyer, mais en répétition de l'indû, n'était plus enfermée dans aucun délai rigide.

Le délai d'un an que s'était ainsi octroyé le Gouvernement de Vichy ne fut pas suffisant pour lui permettre

de trouver une solution. Par une loi du 10 juin 1944, il prorogea de nouveau la taxation des loyers résultant de la loi du 30 mai 1943 jusqu'au 1er juillet 1945, ainsi que la loi du 1er février 1944 qui maintenait en jouissance indistinctement tous les locataires, sous-locataires, cessionnaires et occupants de bonne foi de locaux à usage d'habitation ou professionnels.

C'est dans cet état de la législation qu'intervint l'ordonnance du 28 juin 1945 qui, encore une fois, prorogea jusqu'au 1er avril 1946 la loi du 1er avril 1926, (prorogation elle-même prorogée jusqu'au 1er janvier 1947 par la loi du 28 mars 1946 !) en prescrivant une augmentation de 30 % à partir du 1er juillet 1945 sur les prix des loyers et des charges soumis à la réglementation de la loi du 1er avril 1926 modifiée, et tels qu'ils étaient déterminés par cette loi.

Mais, d'autre part, une loi du 28 février 1941 avait cristallisé, jusqu'à la cessation des hostilités, au prix effectivement payé au 1er septembre 1939, les loyers des locaux d'habitation ou professionnels non soumis à l'application de la loi du 1er avril 1926, en spécifiant dans son article 10 que l'action en réduction de loyer au prix licite qu'elle instituait serait applicable même aux locaux soumis en principe à l'application de la loi du 1er avril 1926, mais pour lesquels un loyer supérieur à celui qui était en vigueur au 1er septembre 1939 avait été effectivement convenu et perçu. Jusqu'au 30 mai 1943 les locataires de locaux sis dans des immeubles soumis à la loi du 1er avril 1926, entrés en possession depuis le 1er septembre 1939, disposaient ainsi d'une double action en réduction de leur loyer, s'il était excessif ; celle de l'article 14 de la loi du 1er avril 1926, enfermée dans un délai de six mois, celle de l'article 10 de la loi du 28 février 1941 qui pouvait s'exercer pendant cinq ans. Quand fut promulguée la loi du 30 mai 1943, qui abrogeait, entre autres dispositions, l'article 14 de la loi du 1er avril 1926 et rendait seul licite le loyer effectivement payé au 30 juin 1943, bien des locataires qui n'avaient pas encore agi n'étaient cependant pas encore forclos des droits que leur conférait l'article 10 de la loi du 28 février 1941. La question s'est donc tout de suite posée de savoir si l'action de l'article 10 de la loi du 28 février 1941 pouvait survivre à la modification du prix licite apportée par la loi du 30 mai 1943. Elle fut tranchée dans le sens de la négative par le très important arrêt de la Chambre Sociale de la Cour de Cassation du 26 juin 1946 (*Gazette du Palais*, 10 juillet 1946), qui a également décidé que l'augmentation des loyers prescrite par l'ordonnance du 28 juin 1945 s'appliquait aux baux et locations verbales encore en cours — dans les termes suivants :

Attendu que l'article 2 de l'acte dit loi du 30 mai 1943, en substituant à toute autre base de tarification des loyers et des charges, les prix de ces loyers et charges au 30 juin 1943 a, de ce fait et à partir de cette date, rendu inapplicable l'article 10 de la loi du 28 février 1941 qui permettait jusqu'alors aux locataires n'ayant pas usé du droit de demander la réduction de leur loyer au prix licite dans les six mois de la première quittance majorée, d'en obtenir la réduction au prix pratiqué le 1er septembre 1939, s'ils justifiaient de la non-conformité de ce loyer avec la réglementation résultant des dispositions antérieures de la loi du 1er avril 1926.

Cette décision faisait une application très juridique et très précise des textes passablement enchevêtrés qu'elle avait à interpréter, mais le résultat obtenu n'en était pas moins choquant, puisque des locataires qui ne s'étaient pas décidés à exercer leur action en réduction, en raison du long délai dont ils disposaient encore pour prendre parti, s'en trouvaient brusquement privés par une modification législative que rien n'avait pu leur faire prévoir. L'injustice dont ils étaient victimes se trouvait encore aggravée par le caractère général de l'augmentation de 30 % sur le prix du loyer effectif au 30 juin 1943, imposée par l'ordonnance du 28 juin 1945

A cette situation, la loi du 17 septembre 1946 apporte un remède en ressuscitant, en faveur des locataires ainsi frustrés, l'action en réduction de l'article 14 de la loi du 1er avril 1926, pour faire réduire leur loyer, non plus au prix pratiqué le 1er septembre 1939 — ce qu'aurait seulement permis l'action de l'article 10 de la loi du 28 février 1941 — mais au prix taxé par la loi du 1er avril 1926, modifiée par les lois des 29 juin 1929, 31 décembre 1937 et 24 juin 1941. Bien entendu, la réduction obtenue aura pour effet de réduire dans la même proportion la majoration de 30 % autorisée par l'ordonnance du 28 juin 1945.

Les bénéficiaires de la loi du 17 septembre 1946 ne disposent pour agir que d'un délai de six mois qui expirera le 18 mars 1947 et la réduction ne jouera que du 18 septembre 1946, sans effet rétroactif. Pour eux, le passé est bien mort, et ce qu'ils ont abusivement payé jusqu'au 18 septembre 1946 reste définitivement perdu. Par contre, les dispositions de la loi étant d'ordre public, tous accords contraires à celle-ci ou toute renonciation expresse ou tacite à une éventuelle action en réduction sont frappés d'une nullité absolue.

Attendons maintenant, après ces mesures de détails et de circonstance, la loi d'ensemble sur les loyers qui nous a été promise pour le 1er janvier 1947, après avoir été remise d'année en année depuis quatre ans, et qu'il semble bien difficile d'éluder encore !

Henri Meillet.

LE COLLOQUE MEDICAL ET LA CONFUSION DES LANGUES

par Pierre MAURIAC

Que le langage médical tourne trop souvent au jargon, c'est un trait que les médecins accueillent d'un sourire placide. Sous des formes diverses, depuis Montaigne et Molière, ils en ont été criblés ; mais ils savent l'utilité de ce ridicule, et que, si Hermès Trismégiste ne préside plus aux destinées de notre art, un certain hermétisme est la meilleure défense contre les profanes, maraudeurs, pillards de la médecine, qui n'en prennent que la coque et en laissent la noix.

« Le monde est plein de prétendus connaisseurs en médecine... et qui débitent effrontément les demi-idées qui leur sont familières », disait Gelibert au XVIIIe siècle ; et il ajoutait à leur adresse : « Le latin a un avantage évident dans la pratique ; il y a mille circonstances où nous sommes obligés de cacher notre marche au vulgaire, afin que par préjugé ils ne s'opposent pas à nos indications. » Afin aussi, ajouterons-nous, qu'ils ne les outrepassent pas.

La réceptivité du public pour les notions médicales confond l'entendement. Les vaccinations, les mesures prophylactiques d'isolement se heurtent toujours à l'inertie, à l'incompréhension. Au contraire, certaines précautions passent du premier coup au rang des vérités premières.

Il se croirait téméraire celui qui, parce qu'il a quelques centigrammes d'albumine dans les urines, ne supprimerait pas le sel de l'alimentation, et ne se vouerait pas à une alimentation insipide.

De même, tout le monde sait que le calomel et le sel font un mélange toxique et s'excluent l'un l'autre en thérapeutique. Et vous ferez figure de fantaisiste si vous affirmez qu'en trente ans d'exercice, vous n'avez jamais observé un seul accident de cette origine. Encore moins devez-vous essayer de démontrer que le chlorure de sodium est incapable de décomposer le calomel.

Les médecins ont leurs raisons de ne pas user d'une langue trop explicite. Ils savent ce qu'il en coûte de livrer au public un vocabulaire dont il a vite fait d'user, sans en connaitre le fondement ni le sens.

La vulgarisation, dans toute sa laideur étymologique, en médecine plus qu'ailleurs, est un monstre qui sait asservir le verbe à des fins dangereuses. Elle choisit les mots qui « font balle », et qui s'impriment dans l'esprit comme dans une cire molle, d'où rien ne les délogera. Ce sont des termes d'un sens assez vaste et assez imprécis pour contenir les données physiologiques ou pathologiques les plus diverses. Le public les adopte d'emblée du fait même de leur imprécision ; et quand l'individu malade s'interroge inquiet, ce vocabulaire à tout faire, ces mots qui ne signifient rien viennent au secours de sa curiosité, et passent un vernis de science sur son ignorance. Avant même de frapper à la porte du médecin, il sait la source de son mal, et compte bien diriger vers elle la marche de la consultation. Ce sont moins les troubles ressentis que leur mécanisme qu'il décrit. Il n'a pas pris le temps de dire ce dont il souffre qu'il dénonce la lune, les vers, la circulation ,les nerfs, le foie. La météorologie n'a pas plus de secrets pour lui, que l'anatomie ou la physiologie. Anatomie topographique imprévue comme un puzzle, qui ne connait que les gros viscères et leur confère une zone d'influence telle que le rein est accusé, non seulement de ses maladies propres, mais des douleurs vertébrales, radiculaires, sacro-iliaques, fessières etc. Physiologie de fantaisie dont le malade se grise, et qui lui fait tenir pour négligeable le récit de ses misères, mais seul vraiment important leur mécanisme. Il omettra souvent de décrire les maux de tête, les vapeurs, la frilosité dont il souffre ; et jugera suffisant de dire avec assurance : « Docteur, je viens pour « la circulation ».

En limitant ainsi le champ de son mal, il se flatte d'alléger la tâche du médecin pour qu'il le puisse mieux guérir ; il lui donne une indication avec d'autant plus d'assurance, qu'il ne sait rien de la circulation.

Pour le client, ou plus souvent pour la cliente, « la mauvaise circulation » ce sont les vapeurs, les rougeurs, de la face, le doigt mort et autres accidents acro-asphyxiques, les jambes violettes, les engelures, les varices et les troubles des règles.

Les maladies de cœur, l'artérite, la phlébite, n'entrent pas dans le circuit. Ce ne sont, ni la digitaline, ni l'ouabaine qui rétablissent la circulation embouteillée, mais l'hamamelis, le viburnum, l'hydrastis, le marron d'inde et autres jouvences.

La « radio » remplit bien son rôle et « enfonce bien ça dans la tête ».

Quoi de plus évocateur qu'un « dépuratif » ou un « fortifiant » ? Qu'importe à ce quinquagénaire vultueux et hypertendu, l'ordonnance que vous lui tendez si un « dépuratif » n'y trouve pas sa place. Bien sûr, vous pouvez lui expliquer que ce terme ne signifie rien, que les restrictions alimentaires, l'abstinence des vins et liqueurs assurent mieux et plus sûrement l'épuration que tous les remèdes. Mais le scepticisme soupçonneux du client, aura raison de votre rigueur, et en fin de compte vous concéderez que vos pilules et vos potions sont tout de même « épuratrices ».

L'extrait de foie n'a qu'à gagner à être qualifié de « fortifiant » : c'est un « fortifiant » que l'anémique est venu chercher ; peu lui chaut que ce soit du phosphore, de l'arsenic, du phényl-amino-propane. Vous lui affirmez que c'est un « fortifiant » ; c'est l'essentiel. La force, l'entrain, le goût à la vie ne se versent-ils pas en flacon, et ne se roulent-ils pas en pilules ?

Le pouvoir des mots n'est pas négligeable, même et surtout dans l'action des médicaments.

« Ainsi les médecins, même les plus savants connaissent cette fantaisie des hommes, se trouvent obligés de parler comme les affronteurs et les ignorants, et l'on ne doit pas toujours juger de leur capacité et de leur bon sens, par les choses qu'ils peuvent dire dans leurs visites. S'ils parlent grec quelquefois, c'est pour charmer le malade et non pas la maladie ; car ils savent bien qu'un passage grec n'a jamais guéri personne. » (MALEBRANCHE)

Aussi bien, et sans plus de raison qu'ils apportent l'espoir, les mots portent parfois avec eux la terreur. Prenons garde de parler inconsidérément de « lésion ». Dans l'esprit du public, c'est un terme chargé d'une signification indéfinissable, mais à coup sûr redoutable.

A ce tuberculeux que vous venez d'ausculter et de passer à l'écran, parlez de congestion, d'infiltration ; avouez même, comme c'est votre devoir, un début de tuberculose. — Mais la question suit, qui résume l'angoisse du malade et de la famille : « Au moins n'y a-t-il pas de lésion ? — Sur votre assurance que le mal est sérieux, mais « qu'il n'a pas de lésion », les voilà plus confiants et dociles.

Le mot « tumeur » est plus terrifiant aux yeux de beaucoup que le mot cancer : un cancer au début, ça s'opère, ça guérit parfois ; tout le monde le sait. Mais une tumeur... Et surtout, en présence d'un lipome, d'adenofibrome, ne vous laissez pas aller à parler de tumeur, même en ajoutant qu'elle est bénigne ; on vous en voudrait longtemps de l'inutile frayeur que vous avez causée.

La grande lassitude qui suit une consultation chargée n'est pas faite seulement de l'effort de réflexion scientifique, mais surtout de l'effort d'adaptation au malade. Il a fallu certes, débattre le diagnostic et le traitement. Mais il a fallu aussi comprendre l'individu pour mieux comprendre la maladie ; il a fallu se faire comprendre, traduire simplement pour lui, des choses compliquées, aérer sa prolixité, et refouler l'agacement que nous vaut une ignorance prétentieuse.

Gardons-nous d'être sévère. Hors de notre métier, sans doute faisons-nous même figure. L'imprécision, l'image, l'analogie règnent d'autant plus sur notre discours que nous parlons d'un sujet que nous connaissons moins, ou que s'y mêle un brin de vanité de bien disant.

Redevenus médecins, nous exigeons que soient bannis des mots toute indétermination, et prétendons en faire des chiffres invariables.

Le public ne peut avoir le même scrupule de rigueur et de précision. Il serait injuste de lui en vouloir ; nous sommes là pour le traduire, en nous répétant avec Joubert : « Les mots, comme les verres, obscurcissent tout ce qu'ils n'aident pas à mieux voir ».

DE L'ÉGALITÉ DES HONORAIRES DES MÉDECINS ET DES SAGES-FEMMES EN MATIÈRE D'ACCOUCHEMENT

par le Dr Georges MOUTHON

La Commission nationale tripartite d'Homologation des Tarifs médicaux, siégeant au Ministère du Travail, a étudié, dans sa séance du 4 juillet 1946, les honoraires respectifs des médecins et des sages-femmes en matière d'accouchement.

Voici un extrait important du compte rendu officiel :

« Lorsqu'une femme fait appel à un médecin, déclare le Dr Cibrie, il est normal qu'elle paye et que la Caisse rembourse, pour un accouchement, ce que j'appellerai la marge de sécurité. Quand une sage-femme fait un accouchement, il est bien entendu que, lorsqu'il y a une complication, on est obligé de faire appel à un médecin. Lorsque la femme fait appel au médecin, elle est couverte de cet inconvénient. Il est logique que l'accouchement soit payé plus cher au médecin qu'à la sage-femme ».

Le Dr Le Lorier, accoucheur, seul ayant le droit de vote comme représentant officiel de la Confédération des Syndicats médicaux, intervient alors :

« Le Dr Cibrie m'a informé que j'étais l'objet de très violentes attaques de mes confrères. Je vais reprendre la parole pour exposer mon point de vue. Il faut préciser que nous devons considérer en bloc l'accouchement et ses suites.

Si le médecin peut apporter un certain nombre de garanties techniques, il y a *tout de même, dans la qualité des soins donnés par la sage-femme, des catégories de soins que le médecin est incapable de donner. Il y a toute une surveillance étroite du petit enfant, de la mère de l'allaitement, les questions dentaires concernant le nouveau-né, soins qu'aucun médecin ne s'astreindra à faire.*

Le médecin a tendance a abréger le nombre des visites de suites de couches et fera rapidement ces visites, tandis que la sage-femme a l'habitude de les faire. Cela exprime une tendance qui est imposée au médecin par la nature de son exercice professionnel.

L'attitude du représentant de la Confédération des Syndicats médicaux est absolument inadmissible. Nous ne comprenons pas le Dr Le Lorier qui déclare que le médecin est incapable de donner certains soins.

M. Guibert, représentant M. le Ministre du Travail, souligne à ce moment : « Si la Commission admet le principe de l'égalité, il est bien entendu *que les médecins ne pourront jamais demander un tarif inférieur.*

La décision qui va être prise est de la plus haute importance. Nous arrivons aux conséquences suivantes :

1° Si on proclame l'égalité des tarifs des médecins et des sages-femmes, le Dr Mouthon ne nous a pas caché, qu'en fait, cette différence se reproduirait ;

2° Pour toutes les autres catégories de praticiens, nous nous retrouverons en présence des mêmes difficultés. »

M. Yung apporte le point de vue des Caisses de sécurité sociale : « En réalité, l'acte fait par la sage-femme et le médecin n'est pas le même. Ces deux personnes font des choses différentes et apportent des compétences différentes. Je ne veux pas comparer les deux actes. Mais je suis partisan d'une rémunération

égale, parce que, si la sage-femme est d'une compétence inférieure, j'estime *qu'elle apporte, après l'accouchement, des soins précieux, absolument nécessaires, que la plupart du temps, le médecin n'apporte pas.* »

M. Yung, homme aimable, reprend les arguments du Dr Le Lorier avec des restrictions. Il est *inadmissible, actuellement, de laisser insinuer qu'à un moment quelconque, l'immense majorité des médecins ne donne pas, comme toutes les sages-femmes, les soins précieux absolument nécessaire à la mère et à l'enfant.*

Le président met aux voix le principe d'égalité. Ce principe est adopté par 4 voix contre 2. En somme, vote pour l'égalité des honoraires des médecins et des sages-femmes en matière d'accouchement.

Votent pour : M. Duhem (conseiller d'Etat, représentant le ministre de l'Economie nationale), M. Yung (directeur de Caisse de Sécurité sociale), *le Dr Le Lorier (représentant officiel de la Confédération des Syndicats médicaux*, Mme Jay, secrétaire générale de l'Union des Sages-femmes.

Votent contre : M. Guibert, directeur au Ministère du Travail. M. Bazist, directeur de l'Union des Caisses familiales, représentant la Sécurité sociale.

M. Guibert souligne que la question sera reprise à la Commission de la Nomenclature.

En effet, dans sa séance du 11 juillet 1946, la Commission permanente de la Nomenclature a été obligée de préciser les soins supplémentaires qui devront être donnés obligatoirement par les sages-femmes à l'occasion d'un accouchement. La Commission nationale avait proposé de prévoir, dans ce cas, une surveillance de l'enfant pendant le mois suivant l'accouchement.

Mme Jay, secrétaire générale de l'Union des Sages-femmes, précise que celles-ci souhaiteraient assurer la surveillance de l'enfant pendant les six semaines qui suivent l'accouchement. Les soins consécutifs à l'accouchement comprendraient, en ce qui concerne les sages-femmes,

1° Les soins du post-partum pendant une période de 12 jours ;

2° Quatre ou cinq visites, à raison d'une par semaine, pendant les autres semaines suivantes.

Cela éviterait, à la jeune maman, les déplacements pendant la période d'un mois suivant la naissance, pour les consultations de nourrissons, déplacements qui, pour des raisons d'hygiène, seraient plutôt regrettables.

Dans tout ceci, pas un mot du médecin de famille qui utilisait la sage-femme comme auxiliaire en puériculture, mais sous son contrôle.

M. Guibert précise que les visites de la sage-femme pendant la période supplémentaire considérée, consisteraient surtout en conseils à la mère, surveillance de l'enfant et soins d'hygiène.

En conclusion à cette discussion, M. Guibert propose de compléter l'article 33 de la Nomenclature en ajoutant au 2°, 1er alinéa, accouchement simple, accouchement gémellaire :

« Cette surveillance de l'enfant est prolongée jusqu'au 30e jour qui suit l'accouchement, lorsque celui-ci est accompli par une sage-femme. »

Cette proposition, mise aux voix, est adoptée par 6 voix contre 4.

Ainsi donc, M, le Dr Le Lorier prenant position contre l'opinion de l'immense majorité des médecins, sans avis préalable, au nom de la Confédération des Syndicats médicaux, a entraîné l'opinion de non-médecins, pour faire adopter le principe : « à travail égal, salaire égal ». Ce qui supprime légalement à un médecin la possibilité de prendre des honoraires supérieurs à ceux d'une sage-femme. Ce principe voté par la Commission nationale d'Homologation a entraîné la Commission de la Nomenclature, pour justifier l'égalité d'honoraires sages-femmes-médecins, à prendre la décision que les sages-femmes surveilleraient l'enfant jusqu'au 30e jour.

Cette surveillance de l'enfant pendant quatre semaines, ne donne pas entièrement satisfaction aux sages-femmes, puisqu'elles réclamaient six semaines.

Pourquoi pas six mois ou un an !

Nous ne nous posons pas en adversaire de celles-ci, bien au contraire. *Nous les savons compétentes et dévouées. Mais préciser leur rôle, est la manière la plus simple d'éviter des luttes regrettables aussi préjudiciables aux médecins qu'aux sages-femmes.*

Nous désirons d'ailleurs, en Seine-et-Oise, inclure dans notre convention avec la Caisse régionale de Sécurité, après entente avec l'Union nationale des Sages-femmes, un tarif mixte consacrant, quand la parturiente le désire, la collaboration dans l'accouchement, de la sage-femme et du médecin, comme elle existe dans les cliniques ou les maternités.

En toute objectivité, il est nécessaire de définir ici, le rôle des sages-femmes.

La profession de sage-femme est régie par la loi du 30 novembre 1892.

La sage-femme a le droit de faire des accouchements normaux. Elle doit prévenir le médecin en présence d'une anomalie quelconque.

Elle a uniquement le droit de prescrire (extrait du *Bulletin de l'Académie de Médecine*, séance du 27 juin 1944, rapport de M. le Professeur Brindeau, sur la prescription des médicaments par les sages-femmes, rapport adopté à l'unanimité) :

1° Le collyre au nitrate d'argent à 1 % ;

2° La solution d'alcool iodé à 2 % 250 cc. ou la liqueur de Labarraque 250 gr., pour usage externe ;

3° Des ampoules de camphre soluble au 1/10e, en ampoules de 2 cc. ;

4° La solution de collargol à 0,25 %, pour instillation nasale.

Le droit de prescrire ces médicaments est limitatif en dehors, bien entendu, d'objets de pansement (coton et gaze hydrophiles, etc.). Elle ne peut donc, en aucun cas, sauf prescription par un médecin, utiliser l'Hypophyse, l'ergotine.

Il est question d'utiliser la sage-femme comme auxiliaire du médecin en puériculture et sous la surveillance de celui-ci.

Agissant comme auxiliaire du médecin, sa responsabilité est limitée.

Nous voyons ainsi apparaître la notion de responsabilité qui s'ajoute à celle de compétence et de travail.

La sage-femme doit être l'auxiliaire, la collaboratrice du médecin. Vouloir en faire un égal est une erreur. Si elle désire vraiment cette égalité, qu'elle s'engage alors résolument dans les sept années d'études médicales : elle deviendra docteur en médecine.

A travail égal, à compétence égale, à responsabilité égale, salaire égal. Nul ne le contestera.

A titre personnel, M. le Dr Le Lorier a parfaitement le droit de défendre vis-à-vis des médecins et des sages-femmes, la formule : à travail égal, salaire égal. Encore faudrait-il, et ceci sans humour, que M. le Dr Le Lorier, agrégé d'obstétrique, membre de l'Académie de Médecine, commence par appliquer le principe qu'il a voté, et qu'il prenne pour un accouchement, les honoraires d'une sage-femme et pour une application de forceps, les honoraires d'un médecin praticien de campagne.

Au titre de représentant de la Confédération des Syndicats médicaux, le Dr Le Lorier n'a pas le droit de soutenir le principe d'égalité des honoraires, principe non admis par la majorité des médecins français. Son attitude a considérablement gêné les médecins de Seine-et-Oise dans leurs rapports récents avec la Caisse Régionale de Sécurité Sociale.

En conclusion, deux faits s'imposent :

1° *M. le Dr Le Lorier ne peut demeurer l'accoucheur représentant la Confédération des Syndicats médicaux à la Commission Nationale d'homologation des Tarifs.*

2° *Cette Commission nationale tripartite, pour faire œuvre utile et durable, devra revenir dans un avenir prochain sur le vote du principe d'égalité d'honoraires des médecins et des sages-femmes en matière d'accouchement.*

LA COULEUR DANS LES LOCAUX POUR MALADES

Ce n'est pas d'aujourd'hui que l'on s'est occupé de l'influence des diverses couleurs sur l'organisme et l'on connaît, depuis longtemps, la vertu excitante du rouge et calmante du bleu. Mais, jusqu'ici, on ne s'est guère soucié, du moins de façon courante, de mettre ces notions à profit pour le bien des malades dans les locaux qui leur sont destinés.

Les architectes cependant, dans les nouveaux aménagements qu'ils étudient pour les hôpitaux, ont inclus la coloration intérieure des parois. Nous résumons ici un article de la revue américaine *The modern hospital* reproduit dans TECHNIQUES HOSPITALIÈRES. (1)

L'idée est d'apporter d'abord un élément de bien-être aux malades, de rendre l'hôpital plus attrayant aux yeux du public et, enfin, d'en faire, pour le personnel soignant, un lieu de travail plus agréable, où, par conséquent, le travail soit plus efficient.

Des notions élémentaires qui sont depuis longtemps acquises on peut déjà supputer que pour faciliter les convalescences, il y aura lieu d'employer des tons chauds et stimulants, dans les salles de chroniques des tons plus sobres et reposants et dans les chambres de malades des coloris lumineux et clairs.

Il est établi, en outre, que les femmes montrent une préférence marquée pour la partie la plus chaude du spectre solaire (rouge, pourpre, orange, vert). Les hommes préfèrent le bleu, ton froid. Viennent ensuite le rouge, le pourpre, le vert, le jaune. Mêmes goûts chez les enfants.

Ceci étant, dans les halls et lieux publics, on doit s'efforcer d'éliminer tout ce qui peut rappeler l'hôpital traditionnel avec ce que le mot comporte d'impopulaire. Le bleu et le vert sont très indiqués, ainsi que le jaune, couleur gaie par excellence. Dans les rez-de-chaussées, l'emploi du jaune nécessite l'adjonction d'or fin ou d'orangé qui le rendent plus vivant.

Le rouge ne sera employé qu'avec discrétion et dans des tonalités adoucies vers le rosé. Le gris et le chamois sont aussi des couleurs excellentes comme couleur de fond, et en ajoutant une note plus vive au moyen de tentures et de mobiliers convenables.

Il est possible de réaliser certains trompe-l'œil. Un ton très clair agrandira une pièce ; le même effet sera obtenu en peignant les boiseries d'un ton plus clair ou plus foncé que les murs.

Dans une pièce de hauteur moyenne, on peut peindre le plafond de même couleur mais en ton plus léger. Pour qu'elle paraisse plus haute, peindre le plafond en clair, et en tons foncés pour qu'elle paraisse plus basse. On peut encore diminuer la hauteur d'un plafond en décorant les murs de motifs horizontaux, ou bien en ayant recours à une plintne ou une corniche contrastantes.

Pour éclairer une pièce, peindre le plafond de couleurs claires : blanc, vert, chamois ou vert pâle.

Dans les chambres privées et les salles de malades les tons clairs et lumineux donneront une impression d'air et d'espace.

Pour les locaux exposés au nord conviennent les tons chauds : pêche, jaune et rouge-orange.

Pour les locaux exposés au Midi : les verts tendres, les gris mats qui absorbent la lumière. Pas de couleurs brillantes ou éblouissantes, ni plus de trois couleurs dans une même pièce.

Il est important de choisir des tons clairs et délicats afin de pouvoir changer sans inconvénient majeur les tentures ou le mobilier. De plus, les coloris trop accusés risquent de heurter violemment les goûts personnels de certains malades.

Prendre aussi en considération le revêtement du sol et choisir les couleurs soit en harmonie, soit en contraste. Se garder de contrastes exagérés.

Après le blanc, la terre d'ombre, naturelle ou cuite, est la couleur qui permettra d'obtenir les

(1) N° de Juin 1946.

nuances les plus variées. On peut aussi chercher des tons jaunes avec du jaune de chrome clair et moyen et du vert de chrome ou du vert clair.

On adoucit ce que le rouge a parfois d'irritant en ajoutant du blanc et une légère touche de noir. Le mauve, indescriptible et si divers, s'obtient en ajoutant progressivement du violet et du gris à un rouge initial.

Dans les chambres et salles de malades, la peinture des plafonds requiert plus d'attention encore que celle des murs car c'est la surface que le malade a devant les yeux la plus grande partie du temps. Le blanc en grandes surfaces fatigue les yeux du malade et peut produire, à la longue, des troubles visuels et nerveux.

Les perfectionnements obtenus au cours de ces dernières années dans l'éclairage ont modifié les données du problème des couleurs dans les hôpitaux. Il est possible de prévoir que l'on pourra sous peu changer la couleur d'une salle de malade selon les besoins de la thérapeutique, par projection de lumières colorées sur des murs de teinte neutre, chamois ou gris doux. Ainsi deviendra loisible au malade de se réchauffer dans la lumière jaune et or d'un bel après-midi d'automne ou de s'endormir dans l'atmosphère adoucissante et plus fraîche d'un bleu légèrement violacé.

Dans les corridors aussi il est avantageux que les murs soient clairs. Cependant, s'ils sont étroits et hauts l'emploi de couleurs foncées corrigera cet aspect défectueux ; traités dans le sens horizontal, les murs paraîtront plus bas et plus larges.

Un corridor bien conçu doit offrir un point de vue attirant à son extrémité. On obtient cet effet au moyen d'un panneau traité en contraste, soit avec de la peinture ombrée, soit par un motif décoratif ; soit, et mieux, par une fenêtre encadrée de tentures.

On voit que les bâtisseurs modernes se préoccupent de ménager par toutes sortes d'artifices, le confort et le bien-être des malades.

L'hôpital d'aujourd'hui s'achemine ainsi de plus en plus vers sa formule nouvelle : non plus l' « hôtel-Dieu » de fortune destiné à recueillir les sans-abri, mais l'établissement public où, quel que soit son rang social, le malade trouve sa place préparée. G. L.

CHRONIQUE AUTOMOBILE

LES CHARGEURS D'ACCUMULATEURS (1)

par M. HENRI PETIT

Ancien élève de l'École polytechnique Rédacteur en chef de la « Technique automobile »

Théoriquement et pour un usage normal de la voiture, la dynamo devrait suffire à entretenir la charge complète de la batterie d'accumulateurs. Malheureusement cette théorie d'une part, cet usage, considéré comme normal d'autre part, ne coïncident pas toujours avec l'utilisation pratique. Si bien que, principalement en hiver, il se trouve que la batterie d'accumulateurs doit débiter plus de courant qu'elle n'en reçoit de la dynamo.

Ce déséquilibre entre les recettes et les dépenses de la batterie d'accumulateurs est d'autant plus considérable qu'on circule à petite allure avec de nombreux arrêts, et pendant la nuit ; toutes conditions qui se trouvent réunies dans la voiture du médecin, principalement pendant l'hiver. Il faut donc de toute nécessité, pouvoir disposer au garage d'un appareil permettant de charger la batterie au moins une fois par semaine.

De très nombreux systèmes existent de ces appareils. Passons-les rapidement en revue. Deux cas doivent être considérés suivant que le courant de secteur qui alimente les appareils de recharge est continu ou alternatif.

Cas du courant continu

Avec le courant continu, on peut charger directement une batterie : il suffit de brancher cette batterie sur une prise de courant du secteur en interposant sur le trajet des fils des résistances qui limitent l'intensité du courant débité. Ces résistances peuvent avantageusement être constituées par des lampes à incandescence montées en parallèle en nombre suffisant pour laisser passer le courant dont on a besoin pour la recharge. Il est plus avantageux d'employer des lampes à filament de charbon qui, à puissance lumineuse égale, ont une résistance inférieure à celle des lampes à filament métallique. Une lampe de 50 bougies à filament de charbon a une résistance d'une centaine d'ohms et permet par conséquent de charger la batterie avec une intensité d'un ampère si on la monte sur un secteur à 110 volts. En montant deux ou trois lampes en parallèle, on peut charger à 2 ou 3 ampères quelle que soit d'ailleurs la tension de la batterie (6 ou 12 volts) : l'intensité du courant ne varie que très peu entre une batterie 6 et 12 volts. On aura naturellement soin d'observer pour le branchement de la batterie, la polarité des fils qui lui amènent le courant. Il est facile de connaître sans aucun instrument si le branchement est correct : on essaie le branchement avec lampes en série et on observe l'éclat des lampes. On inverse le sens (en tournant sens dessus dessous la prise de courant) et on regarde si les lampes éclairent plus ou moins. La bonne position est celle pour laquelle les lampes éclairent *le moins*.

Cette méthode de chargement n'est pas économique parce qu'on n'utilise pour une batterie 12 volts que la huitième partie de la puissance du courant dépensé, le reste étant absorbé en pure perte dans les filaments des lampes.

Il est plus économique d'utiliser sur courant continu un moteur attelé à une dynamo. Les

(1) Cet article est le dernier de ceux qu'avait écrits pour nous notre regretté collaborateur.

rechargeurs avec moteur et dynamo existent dans le commerce : lorsque le moteur est du type universel, on peut l'utiliser indifféremment sur courant continu ou courant alternatif. Il n'en est pas de même si le moteur est du type monophasé et dans ce cas, il ne convient que sur alternatif.

Cas du courant alternatif

C'est le cas le plus général. En France, le courant d'éclairage est distribué aux abonnés sous une tension qui est généralement de 110 volts et assez fréquement, à la campagne surtout, de 220 volts et dans les deux cas une fréquence de 50 périodes par seconde.

En dehors des chargeurs constitués par l'accouplement d'un moteur et d'une dynamo, les chargeurs d'accumulateurs sur courant alternatif comportent toujours deux éléments distincts : le transformateur et le redresseur.

Le redresseur dont il existe des modèles, de principe et d'exécution extrêmement variés, a pour rôle d'intercepter le passage du courant quand celui-ci est du sens opposé à celui qui convient pour la charge de l'accumulateur.

Très généralement, les appareils redresseurs sont combinés de telle sorte qu'ils permettent le passage des deux alternances, mais après redressement de l'une d'elles. De la sorte, au lieu d'avoir un courant de charge discontinu, on a un courant toujours de même sens, mais fortement ondulé.

Les chargeurs les plus courants utilisent comme appareils redresseurs des éléments à oxyde (cupoxyde) ou des éléments formés de métaux différents (sélénofer) ou enfin des valves thermioniques à filament incandescent.

Les premiers appareils sont dits du type sec. Les plus connus sont des appareils type Westinghouse à éléments à oxyde de cuivre et les appareils L.M.T. au sélénium dits Sélénofer. Les rondelles en cuivre, oxydées sur une face, sont mises en contact plus ou moins direct les unes avec les autres. L'oxyde de cuivre qui les recouvre a la propriété de ne laisser passer le courant que dans un seul sens. Si on monte un élément de ce genre dans un circuit alternatif, seules passeront les alternances de même sens. Dans la pratique, il y a toujours d'ailleurs un passage faible des alternances contraires qu'on appelle courant de retour. En un mot, les éléments à l'oxyde de cuivre jouent le rôle d'une résistance qui est presque nulle quand elle est traversée dans un certain sens par le courant et qui est au contraire extrêmement grande pour un courant la traversant dans l'autre sens.

Dans les appareils Sélénofer les éléments séparateurs sont constitués par des pastilles alternativement en fer ou en sélénium (ou en fer recouvert de sélénium) qui agissent de la même façon que les appareils à oxyde de cuivre.

On peut utiliser aussi comme redresseurs des valves thermioniques. Le type le plus connu est l'appareil Tungar. Ce sont des lampes du même type que celles qui sont utilisées pour l'alimentation des appareils de radio avec le filament chauffé au moyen d'un transformateur séparé (ou plutôt d'une prise convenablement aménagée sur le transformateur général) et porté à l'incandescence. Il est mis en contact avec un des fils d'arrivée du courant alternatif, tandis que l'autre pôle est constitué par la plaque de la valve.

Le courant passe dans le sens plaque-filament. En montant la batterie en série dans le circuit et en effectuant correctement les branchements, elle reçoit donc ce courant de charge. En groupant convenablement deux valves thermioniques (ou ce qui revient au même, en utilisant une valve double), on peut redresser les deux alternances.

Aux appareils secs, on peut rattacher les redresseurs à vapeur de mercure qui ne sont pratiquement utilisables avec un rendement convenable que pour des tensions plus considérables que celle des accumulateurs de voitures. La chute de tension dans un redresseur à vapeur mercure est en effet de l'ordre d'une trentaine de volts, quelle que soit la tension du courant redressé. Pour une tension utile aux bornes de l'accumulateur de 16 volts par exemple, il faudrait donc utiliser à l'entrée une tension de près de 50 volts d'ou très mauvais rendement. Pour cette raison, on ne les utilise pratiquement pas pour des accumulateurs à basse tension.

Une autre classe d'appareils est constituée par des groupes rotatifs comprenant en principe un moteur soit du type universel, soit du type monophasé (ou triphasé, si l'on dispose de courant triphasé) qui entraîne une dynamo génératrice, de tension appropriée à celle de l'accumulateur à charger. Les appareils de ce genre que l'on trouve dans le commerce (Paris-Rhône) comportent le moteur et la dynamo réunis dans le même bâti. Ils sont toujours complétés par un conjoncteur-disjoncteur automatique qui établit le courant de charge quand la vitesse de rotation de la dynamo est suffisante pour que la tension soit supérieure à celle de la batterie et qui coupe le courant quand cette tension devient trop faible et en particulier quand la machine s'arrête (cas de la panne de secteur).

Indiquons enfin, en terminant, un moyen de se tirer d'affaire si l'on a la possibilité d'utiliser soit un moteur soit une transmission tournante provenant d'une usine, d'un moulin, etc... On peut se servir dans ces conditions de la dynamo de la voiture qu'on attelle au moyen d'une courroie à l'arbre tournant. Il n'est pas indispensable d'enlever la dynamo de la voiture : en enlevant la courroie qui l'entraîne normalement et en faisant passer celle-ci sur une poulie de commande montée sur l'arbre du moteur ou sur la transmission, on réalise à peu de frais un rechargeur qui fonctionne avec l'équipement même de la voiture.

Evidemment, le plus difficile c'est de trouver le moteur...

ÉCHOS & commentaires

Au conseil d'administration de la Confédération.

Boulevard de Latour-Maubourg s'est réuni, les 5 et 6 oct. dernier, le Conseil d'Administration de la Confédération.

Après avoir pris contact, le samedi 5, avec les représentants de la Fédération Nationale des Organismes de Sécurité sociale, les hauts délégués syndicaux se sont préoccupés de fixer l'attitude du Corps médical devant les problèmes de Sécurité sociale, en fonction des événements survenus depuis la dernière assemblée générale de la Confédération de mars dernier.

Le Conseil a tout d'abord voté un blâme aux trois départements de la région girondine qui, enfreignant les consignes syndicales, ont cru devoir, depuis le mois de mars, signer des conventions, sans avoir même l'excuse d'arracher aux Caisses des avantages substantiels, puisqu'ils ont accepté le chiffre 75 pour la valeur du K. Ce blâme entraîna la démission de M. Micheleau, vice-président, délégué girondin, qui fut remplacé par le Dr Berche.

A l'unanimité, moins deux abstentions, il fut décidé d'inviter tous les syndicats signataires de conventions, à dénoncer celles-ci au cours du mois d'octobre, tout en continuant à les respecter scrupuleusement jusqu'à leur date d'expiration.

Enfin, à l'unanimité, fut émis le vœu qu'un texte soit rapidement élaboré qui permette au Corps médical d'apporter au système de Sécurité sociale une collaboration loyale et sans réserve. Dans le but de parvenir, sans fausse manœuvre locale à un résultat d'ensemble, il fut décidé d'interdire sinon toute prise de contact au moins tout accord précis entre Syndicat départemental médical et Organisme départemental de Sécurité sociale, et de centraliser les rapports médecins-Sécurité sociale à l'échelon national, par l'intermédiaire d'une Commission nationale bipartite, au sein de laquelle figurent du côté médical la majeure partie des membres de la fameuse Commission des Dix, nommée par l'Assemblée générale de mars dernier.

Ainsi peu à peu se précise la tendance du Corps médical à rechercher une entente avec les Organismes de Sécurité sociale. Nous reviendrons sur ces symptômes dans de prochains échos.

La récente séance de la commission nationale d'homologation des tarifs.

Le vendredi 4 octobre dernier, s'est réunie la Commission Nationale Tripartite.

1° Les tarifs autoritairement fixés, ont été portés aux chiffres suivants :

PHYTOMENSYL
médication toni-veineuse à base de vigne rouge
POSOLOGIE MOYENNE : 30 gouttes 2 fois par jour.
DOSES FORTES : 50 gouttes 6 fois par jour, durant 6 jours.
LABORATOIRES BLAQUE, 59 RUE BOISSIÈRE, PARIS (16e) KLE 88-70

FOIE ET REIN DEFICIENTS
CHOPHYTOL
AMPOULES INJECTABLES
DRAGÉES . GOUTTES "per os"
Laboratoires ROSA 11 Rue Roger Bacon – PARIS 17e

Pour les villes de Paris, Lyon et Marseille	C	V	Pc et K	Vn	Vd
	120	140	80	350	250
Pour l'ensemble des départements ayant passé convention.	90	110	70	300	200

	Forfait simple	Accouch. gemellaire
Pour les villes de Paris, Lyon et Marseille.	3.500 (1)	4.500 (1)
Pour l'ensemble des départements ayant passé convention	2.200	3.000

Les frais de déplacement sont reconnus dans leur intégralité.

2° Pour les départements suivants ayant passé convention, les chiffres ci-dessous ont été homologués :

En Seine-et-Marne, les tarifs d'accouchement sont :

	Médecin	Sage-femme
Accouchement simple	2.500	3.000
Acouchement gémellaire	—	4.000

On saisit là sur le vif les fruits de l'action persévérante menée au sein de la Commission par le médecin accoucheur chargé de représenter les Syndicats médicaux pour toutes les questions ayant trait aux sages-femmes.

En Seine-et-Oise	C	V	Pc et K	Vn	Vd
Zone I	130	150	90	350	250
		+ 10 (2)			

(1) Sans changement sur le tarif précédent.

(2) 150 fr. étant remboursés à 80 % et 10 fr. intégralement remboursés representant, somme toute, une indemnité de déplacement.

	C	V	Pc et K	Vn	Vd	Ik
Zone II	110	140	90	300	200	12

Les tarifs d'accouchement sont réservés pour le moment, le Syndicat de Seine-et-Oise n'ayant pas voulu consentir à ce que des tarifs inférieurs à ceux des sages-femmes soient alloués à ses ressortissants.

L'exemple de ces deux départements, ainsi que celui du Finistère auquel fut contestée la validité de la convention par lui passée autrefois, conduit certains adversaires des conventions à conclure que ces conventions ne procurent pas aux syndicats médicaux qui les ont signées une situation beaucoup plus favorable qu'aux autres. C'est là un point de vue sur lequel nous reviendrons.

Pour apaiser les réactions des représentants du Corps médical devant la modicité du relèvement de tarif obtenu, le Président de la Commission, représentant le ministre de l'Economie Nationale et des Finances, développa complaisamment une thèse selon laquelle la stabilité des tarifs médicaux était la pièce essentielle du système de défense générale des prix. Quoique légèrement sceptiques, nous en acceptons l'augure et nous sommes par conséquent absolument sûrs que les sacrifices consentis par les médecins le seront par toutes les autres professions et corporations françaises... à commencer par les fonctionnaires des Finances eux-mêmes qui tout récemment encore ont donné, dans une manifestation de masse, un exemple savoureux de sagesse et d'abnégation.



L'ACCOUCHEMENT ÉLECTRIQUE

Méthode du Docteur Frédéric BENOIT

RAPIDITÉ - ANALGÉSIE - LEVER PRÉCOCE

Il y a quatre années que l'Accouchement Electrique est connu en France.

Nombreux sont les expérimentateurs qui se sont servis de l'appareil du Dr BENOIT et ont écrit leur avis à ce sujet. Nous ne citerons pas les importants passages de ces différents articles qui ont déjà paru dans de nombreuses revues médicales françaises et étrangères. Nous nous bornerons à rappeler la conclusion d'un article qu'écrivait récemment un éminent Professeur d'obstétrique : «IL S'AGIT LA D'UN PROCÉDÉ TOUT A FAIT NOUVEAU, VALABLE SCIENTIFIQUEMENT ET QUI MÉRITE D'ÊTRE EXPÉRIMENTÉ».

C'est que les accouchées bénéficient non seulement d'une analgésie manifeste et d'une rapidité de dilatation importante, mais encore du **lever précoce à la 100e heure,** ce qui a permis à l'accoucheur en chef d'un des plus grands services hospitaliers de la Seine d'écrire : «NOS OBSERVATIONS SUR LES RÉSULTATS DE L'ÉLECTRISATION POST PARTUM ILLUSTRENT LE FAIT QUE L'INVOLUTION UTÉRINE EST TOUJOURS EXCELLENTE ET TRÈS RAPIDE».

OCEM-PARIS Société Capital 1.000.000 francs. 26, Rue du Quatre-Septembre

Les nouveaux tarifs d'honoraires pour accidents du travail agricole.

Un communiqué de la Confédération, publié dans notre numéro du 14 septembre 1946, a fait savoir au Corps médical, que l'arrêté du 27 juillet 1946, reproduit dans notre numéro du 24 août, était un texte mal établi et, par conséquent, incompréhensible. Un arrêté modificatif était annoncé comme imminent. Cet arrêté a été publié au *J. O.* du 15 septembre, et nous le reproduisons par ailleurs.

Nous attirons donc l'attention de nos lecteurs sur la régularisation de la question, et nous les engageons, pour la rédaction de leurs notes d'honoraires d'accidents du travail agricole, à se reporter au communiqué de la Confédération.

L'essentiel est qu'ils sachent que les tarifs d'A. S. agricoles sont applicables en matière d'A. T. avec réduction de 20 % pour la consultation et pour la visite. Cette réduction ne s'applique pas, toutefois, aux consultations et visites du médecin traitant, lors du contrôle de la victime.

La gratuité des soins aux prisonniers et déportés rapatriés.

Nous publierons dans notre prochain numéro le texte d'une circulaire adressée par le Ministre de la Santé Publique et le Ministre des Anciens Combattants et Victimes de la Guerre, aux préfets. Il est formellement recommandé à ceux-ci d'aiguiller sur l'A.M.G. tous ceux des rapatriés qui, après expiration du délai de protection d'une année au titre de l'A.M.T., ne peuvent bénéficier des dispositions de l'art. 64, de la loi du 31 mars 1919.

Sans vouloir contester le moins du monde que ces rapatriés soient dignes de la sollicitude de la nation, nous regrettons que les pouvoirs publics n'aient trouvé d'autre moyen de leur venir en aide que de les assimiler purement et simplement aux indigents.

Il eût été moins indigne d'eux, nous semble-t-il, et plus en rapport avec la nature des services par eux rendus au pays, de créer tout exprès une législation calquée sur celle des pensionnés de guerre, et de les traiter en conséquence comme les bénéficiaires de la Sécurité sociale.

La participation financière de l'Etat dans le contrôle médical sportif.

La rémunération du médecin chargé d'assurer le contrôle médical à l'intérieur des associations sportives est en principe, à la charge de ces associations. Mais l'Etat, au moyen de subventions, participe à ces dépenses. Ces subventions ne pouvaient jusqu'à présent dépasser 12 francs par sujet examiné (1). Le Ministère des Finances viendrait de décider que cette année une somme de 25 francs par sujet et de 15 francs par radioscopie pourrait être accordée.

Les subventions pourront ainsi être augmentées d'une manière substantielle et les rémunérations allouées aux

(1) Voir *Concours Médical*, 28 septembre 1946, p. 1090.

Eczéma
CUROZEMA
9 Dragées par jour
OPOSÉROTHÉRAPIE VALTRY
LABORATOIRE BIOLOGIQUE VALTRY
46, Rue St Didier - Paris-16e
FORMULE INFANTILE :
Pédiozema
GRANULÉ

Sulfamidothérapie
SO²NH²
1162. F.
Pulvo-Coccyl
POUDRE
Flacons 100 gr.
Flacons 10 gr.
Lance-Poudre doseur breveté
NH²
Laboratoires du Dr PILLET - 222, Bd Péreire, PARIS
ETOile 40-15 — Service de garde MOLitor 58-85

médecins examinateurs pourront donc se rapprocher quelque peu du prix normal des actes médicaux.

L'Etat marque qu'il attache un certain intérêt au contrôle médical des sportifs en consentant cet effort financier malgré la situation peu favorable du budget du pays.

Les maternités de la Marine Nationale.

Un de nos lecteurs de Brest nous confie sa perplexité en prenant connaissance de l'appel pressant que fait l'Etat aux médecins officiers de réserve pour qu'ils contractent un engagement en Extrême-Orient.

Il nous rappelle qu'une maternité dirigée par des médecins de la marine fonctionne déjà à Landerneau. Une autre est en voie d'organisation à Brest.

Et il suggère que si ces marins devenus sédentaires et accoucheurs étaient embarqués pour l'Indochine le besoin se ferait peut-être moins sentir de recruter du personnel parmi les médecins civils.

Chaque chose à sa place. On peut sans doute en dire autant des hommes.

Une heureuse intervention en faveur de l'essence a bon marché.

L'Union Routière de France, association déclarée, a adressé au Chef du Gouvernement provisoire de la République, à la date du 29 août 1946, une lettre dont nous extrayons ce qui suit :

C'est avec un profond étonnement que notre Association, fondée en 1935 pour « favoriser par tous les moyens appropriés la sécurité, l'amélioration et le développement de la circulation routière en France, en Algérie, aux Colonies et dans les pays de protectorat ou sous mandat français », a appris la décision de votre Gouvernement d'augmenter dans de très fortes proportions les droits de douane frappant la mise à la consommation de l'essence et du gas-oil.

Au moment où tous les Etats font les efforts que vous connaissez pour faire de la circulation routière un instrument de renouveau social et de progrès économique, il nous paraît étrange que votre Gouvernement prenne une mesure de cette importance dans un sens diamétralement opposé. La hausse de près de 70 % qui va ainsi frapper le prix du carburant (l'essence va passer de 11 fr. 40 à près de 20 fr. le litre sans préjudice des taxes locales) aura les plus graves répercussions sur l'avenir de l'Economie française :

— En empêchant toute stabilisation des prix par une majoration des charges imposées aux 900.000 Industriels, Commerçants Artisans, Médecins, etc., qui utilisent professionnellement l'Automobile. Un calcul rapide permet de chiffrer cette augmentation à près de 20 % de l'ancien prix de revient...

— En augmentant le malaise qui pèse lourdement sur la remise en route de notre industrie automobile déjà handicapée par une attribution systématiquement parcimonieuse de matières premières.

La considérable augmentation prévue du prix du carburan semble avoir été envisagée, une fois de plus, non pour compenser par un accroissement de ses recettes le rendement déficitaire

HÉMO CYTO SÉRUM CORBIÈRE
Thérapeutique Ferro-Cacodylique
ANÉMIES
LYMPHATISME
CHLOROSE
CONVALESCENCES
TROUBLES DE LA CROISSANCE
LABORATOIRE CORBIÈRE
27, Rue Desrenaudes, PARIS TÉLÉPH CARNOT 78-11

SILYMAR
Spécifique de l'Hypotension et des troubles liés aux états parasympathicotoniques
2 à 3 pilules
avant chacun des deux repas
LANCOSME, pharmacien, 71, Avenue Victor-Émmanuel-III Paris-8e

FAUTEUILS ROULANTS DUPONT
Cent ans de spécialisation dans le confort du malade
VENTE & LOCATION
10, Rue Hautefeuille - PARIS (6e)
Téléphone : DANTON 05-61 - 05-62
Succ. à LYON, 6, Place Bellecour

d'un moyen de transport, mais bien pour apporter au Trésor des ressources lui permettant de combler certains déficits. Une fois encore l'automobile, base de la circulation routière, est considérée par l'Administration comme un luxe et non comme un puissant moyen de production.

Devant la gravité des conséquences que la mesure envisagée ne manquerait pas d'avoir pour la reprise de la vie économique de notre Pays et pour son avenir, nous espérons, Monsieur le Président, que vous voudrez bien reconsidérer avec vos Ministres, le problème de la fixation des droits de douane et, par voie de conséquence, du prix du carburant.

Nous qui, dès le 7 septembre dernier, avons demandé « une essence médicale à bon marché », nous nous associons pleinement à l'Union Routière de France et réitérons en tous cas notre vœu de voir classer les médecins parmi les bénéficiaires d'une essence à tarif réduit.

Le Sou Médical.

Cette œuvre professionnelle a pour but de garantir ses adhérents contre toutes les difficultés qu'ils peuvent rencontrer au cours de l'exercice de leur profession.

Son action se manifeste :

1° En fournissant aux médecins tous renseignements ou consultations d'ordre juridique ou professionnel (Fisc, Assurances Sociales, Loyers, Automobile, Hospitalisation, etc.).

2° En prenant en charge la direction et les frais de tous procès d'ordre professionnel.

3° En procurant une garantie contre la responsabilité professionnelle jusqu'à 500.000 francs par sinistre (1.500.000 pour les abonnés au *Concours Médical*) ou 5.000.000 au gré de l'adhérent. Cotisation 1946 : 500 francs (dernier trimestre de l'année 1946 : 125 francs).

Garantie portée à 5.000.000 de francs : 100 francs en sus.

Garantie des risques de responsabilité résultant de la radiothérapie : 450 francs en sus.

CORRESPONDANCE

ACCIDENTS DU TRAVAIL

4606. — Morsure de vipère.

Un domestique de ferme qui avait été victime d'une morsure de vipère en moissonnant chez son employeur, avait entendu profiter de la loi des accidents du travail.

L'agent général de l'assurance à laquelle était assuré son employeur a écrit à celui-ci qu'il n'acceptait pas cet accident qui relevait, selon lui, des assurances sociales.

Depuis trente-six ans que j'exerce la médecine, toutes les compagnies ont accepté comme accidents du travail les morsures de vipère, je ne crois pas qu'il y ait rien de changé

Dr C...

Réponse :

La morsure d'une vipère doit être considérée comme un accident du travail lorsque c'est le travail lui-même ou les conditions dans lesquelles il a été effectué qui on été la cause déterminante de cette morsure.

En fait, c'est parce qu'il moissonnait que l'ouvrier dont il est question dans votre lettre ou l'outil qu'il employait ou conduisait, a dérangé le reptile et l'a incité à mordre. Il n'en aurait pas été de même si le blessé avait passé auprès de la vipère sans la réveiller.

Nous estimons donc que, en l'espèce, il y a eu accident du travail. En ce sens, nous pouvons vous citer un jugement du Tribunal Civil de Guéret, du 25 juin 1930 (Répertoire Commaille, août et septembre 1930).

Puisqu'il y a contestation sur la responsabilité de

LA CAISSE D'ESCOMPTE MÉDICO-PHARMACEUTIQUE (C.E.M.P.)
13, Rue Auber, PARIS (IXe)

Règle immédiatement toutes les notes d'honoraires d'Accidents du Travail.

Taux d'Escompte 10 % (dix pour cent) du montant des notes.

Demander Imprimés et documention à la C.E.M.P.
13, Rue Auber. PARIS (IXe) — Tél. : OPÉra 56-13

GASTRHÉMA
Anémies — Anorexie
Hémogénie — Hypopepsie
GASTRHÉMA
Asthénie — 1 à 3 ampoules buvables par jour
Méthode de Castle — 17, Av. de Villiers, Paris-17e
GASTRHÉMA

MÉDICAMENT DES ANGOISSÉS DU CŒUR
PRODUIT PHYTOTHÉRAPIQUE
EUPHYTOSE
Deux formes : Solution, Comprimés
LABORATOIRE MADYL
14, Rue de Miromesnil, PARIS (8e)

l'accident du travail, l'intéressé doit demander à la Caisse d'Assurances Sociales à bénéficier des prestations de l'assurance-maladie et engager contre son patron, devant le juge de paix du lieu de l'accident, une action en vue de faire reconnaître son droit aux réparations au titre de la loi sur les accidents du travail.

En cas d'échec de cette action, les prestations versées resteraient acquises à l'Assuré.

4583. — Tarif A. T. agricoles.

J'ai eu à donner mes soins à un garde-chasse, accidenté du travail. Conformément aux indications données par le bulletin de notre syndicat départemental, j'ai appliqué le tarif de Sécurité sociale A. S. avec abattement de 20 %, c'est-à-dire : visite à 80 francs et 10 francs le kilomètre parcouru et cela seulement à partir du 8 mai 1946.

La compagnie d'assurances opère une réduction sur mes honoraires en appliquant le tarif de septembre 1945 (40 francs la visite et 4 fr. 50 le kilomètre parcouru), en prétextant que le tarif de sécurité sociale n'est pas applicable aux accidents agricoles.

Je voudrais avoir votre avis à ce sujet.

Dr S...

Réponse :

L'ordonnance du 19 octobre 1945 sur les accidents du travail prévoyait, dans son article 66, que ses dispositions n'étaient pas applicables aux accidents du travail survenus dans le travail agricole ; en conséquence, à partir du 17 mai 1946, le tarif des assurances sociales pour les soins donnés aux accidentés du travail n'était pas applicable aux accidentés du travail agricole.

Mais, un arrêté du 27 juillet 1946, paru au Journal Officiel *du 31 juillet, et que vous trouverez reproduit dans le* Concours Médical *du 24 août, page 946, et qui a été rectifié par arrêté ultérieur, prévoit que les tarifs de responsabilité des Caisses mutuelles d'assurances sociales agricoles, sont applicables au paiement des honoraires dus aux praticiens pour les soins donnés aux victimes d'accidents du travail, avec réduction de 20 % sur les prix des consultations et visites, sauf dans certains cas exceptionnels.*

Le tarif des soins aux accidentés du travail n'est donc plus, depuis le 1er août, le tarif transitoire, mais bien le tarif des Caisses d'assurances sociales agricoles, tarif qui varie selon chaque département mais qui, en pratique, doit être le même que le tarif des Caisses d'assurances sociales ordinaires.

Mais nous vous précisons bien que entre le 17 mai et le 1er août 1946, les soins donnés aux accidentés du travail agricole, doivent être honorés suivant l'ancien tarif.

4690. — A. S. ou A. T. ?

Quel tarif appliquer dans les cas suivants et quelle ligne de conduite adopter :

1° Un malade consulte pour points de côté, toux, fièvre. Radio qui montre lésions des sommets et, au point douloureux, une tache nette, non interprétée par le radiographe. Je soigne et traite le malade comme bacillaire.

Mais, huit jours plus tard, le malade revient, avec son contremaître, me demandant un certificat accident du travail, le malade se souvenant maintenant d'un accident auquel il n'avait pas prêté attention. Laitier, il se serait heurté contre un bidon de lait et aurait souffert depuis cette date.

Accident ou maladie ??

Mais quel tarif appliquer ?

J'ai fait des feuilles de maladie et délivré un certificat pour l'A. T.

RECTOCALCIUM
CALCITHÉRAPIE INTENSIVE PAR VOIE RECTALE
SUPPOSITOIRES ADULTES 1 gr. de gluconate de chaux
SUPPOSITOIRES ENFANTS 0gr.50 de gluconate de chaux
Toutes les indications du Calcium
Tolérance et assimilation parfaites
Aucun des inconvénients de la Voie parentérale
LABORATOIRE ROGER BELLON
LOUIS FERRAND
Ex-Interne, Lauréat des Hôpitaux de Paris
PHARMACIEN-GÉRANT
(GAMBÉOL, ACTIPHOS, HÉMOPTYLORE "3", GLOBIRON)
78bis, Avenue Marceau - PARIS (8e)

CORYZA RHINITES
IDRIANOL
m-MÉTHYLAMINOÉTHANOLPHÉNOL LÉVOGYRE
EMULSION NASALE
Action intense et prolongée
Sans congestion secondaire
Emploi propre et agréable
LABORATOIRES M.R. BALLU
LABORATOIRES M.R. BALLU
104, RUE DE MIROMESNIL - PARIS 8e

J'ai avisé le médecin contrôleur de la Caisse d'A. S. Ai-je le droit de me faire régler par le malade, comme malade, quitte à lui de se faire rembourser par l'assurance A. T. ?

2° De même, pour une jeune fille, instutrice en vacances qui a été gravement brûlée par l'explosion de chlorate de soude qu'on avait mis sécher dans une cuisinière.

L'institutrice a été blessée en se séchant les cheveux au-dessus de la cuisinière.

Le père, agriculteur, m'a demandé un certificat d'accident du travail ? ? ? et, quelques jours plus tard, des feuilles d'assurances sociales, naturellement.

Suis-je libre de demander le tarif maladie: ne voulant pas contredire la déclaration du père, mais sachant, de façon sûre, qu'il ne s'agit pas d'accident du travail ?

3° Enfin, pour les patrons (agricoles ou autres), le médecin peut-il encore appliquer le tarif clientèle pour les accidents du travail ? certains abusant des déplacements ou visites de nuit et dimanche..,

Je sais que les compagnies d'A. T. répondront, mais dans un an, et par un refus certainement. Mais je voudrais avoir confirmation de ce qui me paraît logique.

Dr R. L...

Réponse :

1° *Evidemment, vous ne pourrez considérer votre client à la fois comme un A. S. et comme un A. T. et, en somme, c'est un peu ce que vous avez fait :* 1° *en signant sur une feuille de maladie ;* 2° *en signant un certificat d'A. T., vous avez mis que le malade* vous a déclaré *être victime d'un accident du travail, mais vous n'avez pas spécifié qu'il s'agissait d'un accident du travail. En tout cas, si vous en faites un A. T., vous ne pouvez pas lui réclamer des honoraires, le patron étant* seul, *dit la loi, responsable des frais de traitement.*

2° *Pour la jeune fille brûlée, si vous savez* de façon sûre *qu'il ne s'agit pas d'un accident du travail, vous n'avez pas à signer un certificat d'A. T., ou alors, vous vous faites complice de la fausse déclaration du père.*

3° *Pour les A. T. agricoles, le tarif des soins n'est plus, depuis le* 1er *août* 1946, *le tarif transitoire, mais bien le tarif des A. S. agricoles, tarif qui varie selon chaque département, mais qui, en pratique, doit être le même tarif que celui des Caisses ordinaires, avec la minoration de* 20 % *pour les visites et consultations simples.*

Dr F. Decourt.

★

APPLICATION DE TARIFS D'HONORAIRES.

4.425. — Consultation de nuit.

Le numéro 1.106 de votre rubrique : « Correspondance » me rappelle que bien d'autres cas sont laissés dans l'imprécision. En effet, la nomenclature générale des actes professionnels ne prévoit pas la consultation en dehors des heures de consultations fixes, ni la consultation de nuit, ni la consultation de dimanche. Or, il est fréquent qu'un malade soit obligé de consulter en dehors des heures de consultations (il s'agit le plus souvent de petits accidents de travail : corps étrangers oculaires, etc.). D'autre part, des consultations de nuit ou de dimanche (la première, s'entend), peuvent parfaitement être motivées par l'état du malade.

Y a-t-il lieu de majorer le prix de la consultation dans ces cas et le tarif de responsabilité de la Caisse se trouve-t-il augmenté ?







En pratique, j'ai l'habitude de majorer la consultation en dehors des heures fixes de 50 %, les consultations de nuit et de dimanche de 100 %.

Dr D.

Réponse :

La consultation s'entend pour acte pratiqué au cabinet du médecin, que ce soit à l'heure habituelle ou en dehors. Quant à la visite du dimanche ou la visite de nuit, elles sont indiquées à l'article 21, *mais, il n'est pas parlé, et ce ne fut pas un oubli, des consultations de nuit ou du dimanche. Il en fut ainsi dans les précédents tarifs d'ailleurs.*

En outre de la visite de nuit, il n'y a lieu de majorer dans ce sens que les actes effectués la nuit *(prix supplémentaire de K.* 5 *mais pour les actes seulement de cœfficient supérieur à K.* 12 *(voir art.* 18*).*

Dr F. Decourt.

4.440. — Gynécologie et radiographie combinées.

J'ai l'occasion de faire, dans ma clientèle, des hystérosalpingographies au lipiodol. Je fais moi-même l'injection intra-uterine de lipiodol et je prends les clichés ; faisant à la fois le rôle du gynécologue et du radiologiste. Je compte porter sur les feuilles de maladie d'assurances sociales, à la même date évidemment, d'une part : Gyn K 20, pour l'injection de lipiodol et, d'autre part, ERK 16, si je prends un cliché et ERK5 car cliché supplémentaire.

Cela ne pourrait donner lieu, évidemment, à aucune contestation si l'injection de lipiodol était faite par un médecin et les clichés pris par un radiologiste. Mais, du fait que les deux actes sont faits par le même médecin, les Caisses pourraient-elles prétendre m'obliger à une réduction de moitié sur l'acte au tarif le plus bas, en application de l'article 16, au sujet des actes multiples pratiqués dans une même séance

Dr C.

Réponse :

Vous avez à compter : 1° Gynécologie : Lipiodiagnostic, radio non comprise K. 20. *Puis, en plus (puisque radio non comprise),* E. R. K. 16 *cela va tout seul. Evidemment, il y a l'article* 16 *que l'on peut vous opposer pour diminuer de* 50 % *l'un des deux actes,* mais *vous aurez à faire remarquer* l'alinéa 3 *de cet article* 16 *où il est dit : « certaines exceptions à cette règle sont formulées au tarif d'électro-radiologie* ; d'autres peuvent être appréciées par le contrôle médical de la Caisse. » *Il vous est donc possible de vous entendre à ce sujet avec le médecin conseil de la Caisse, une bonne fois, pour éviter tous ennuis ultérieurs.*

Dr F. Decourt.

★

ASSURANCES SOCIALES

4548. — Prestations pour l'enfant de l'assuré.

Je me permets de vous adresser le dossier G..., afin de savoir s'il n'est vraiment pas possible de la faire bénéficier des prestations des assurances sociales ?

La loi ne prend pas en charge les enfants des assurés au delà de 16 ans.

Mais, en la circonstance, M. G... ne pourrait pas, seul, exercer ses fonctions. Sa fille remplace sa femme qui a quitté le domicile conjugal depuis 1942, et Mme G... était couverte par l'assurance sociale de son mari.

Cette jeune fille, qui tient au foyer la place que sa

PULMONE
ELIXIR - CACHETS - AMPOULES
VOIES RESPIRATOIRES

GOUTTES IONISÉES
ALCALOSE

CARBONEX
ESTOMAC-FOIE-INTESTIN

LABORATOIRES BIOS
10, RUE VINEUSE PARIS
TRO. 57-44

RHUMATISMES
MAGSALYL
Association Soufre Salicylate
Solution de goût agréable
Comprimés glutinés
Laboratoires du MAGSALYL
8, rue Jeanne Hachette, IVRY (Seine)
TÉL. : ITA 16-91

CARDIALGINE
CAMPHO-SPARTEINE
COLLO-IODE • IODOTENSYL
Laboratoires DUBOIS
— R. DUBOIS, Docteur en Pharmacie —
52, rue Montesquieu, ASNIÈRES (Seine)
Téléphone : GRÉ. 03-92

mère a abandonnée, ne peut donc pas poursuivre ses études ni entrer en apprentissage.

Par analogie, ne serait-il pas possible de la faire bénéficier des prestations assurance-maladie dont aurait profité sa mère qu'elle remplace? Elle a besoin d'un traitement à l'hôpital.

Dr G...

Réponse :

Pour aussi pénible que soit, pour votre client, la décision de la Caisse de Sécurité sociale, elle est malheureusement juridiquement fondée.

En effet, aux termes de l'article 23 de l'ordonnance du 19 octobre 1945, les membres de la famille qui sont appelés à bénéficier de l'assurance maladie du chef de l'assuré, sont le conjoint et les enfants de moins de 16 ans, non salariés. Sont seuls assimilés aux enfants de moins de 16 ans, ceux de moins de 17 ans placés en apprentissage, ceux de moins de 20 ans qui poursuivent leurs études, et ceux de moins de 20 ans qui sont, par suite d'infirmités ou de maladies incurables, dans l'impossibilité permanente de se livrer à un travail salarié.

Tel ne parait pas être le cas de votre jeune malade, car si elle a besoin actuellement d'un traitement à l'hôpital, il ne semble pas qu'elle soit dans l'impossibilité permanente de se livrer à un travail. Pour qu'elle puisse bénéficier des assurances sociales, comme elle a dépassé l'âge de 16 ans, il faudrait qu'elle soit personnellement salariée.

★

AUTOMOBILISME

Peut-on employer de l'eau verdunisée pour l'entretien des accumulateurs ?

Dans votre numéro du 20 avril, votre collaborateur pour l'automobilisme répond à la question 698 que l'on peut employer de la bonne eau potable pour l'entretien des accumulateurs.

Mais *quid* pour l'eau verdunisée distribuée par certaines municipalités ?

Dr L.

Réponse.

L'eau verdunisée ne contient qu'une quantité très faible d'eau de javel, quantité insuffisante pour apporter des troubles dans la tenue des accumulateurs. Vous pouvez donc, je crois, si vous n'en avez pas d'autre, l'utiliser

H. Petit.

5834. — Le glycol peut-il être utilisé comme anti-gel ?

L'hiver va ramener la question des anti-gel.

La glycérine étant introuvable, du moins en grande quantité, pourriez-vous me faire savoir s'il serait possible de la remplacer par du *Glycol* facile à obtenir (et qui remplace en pharmacie la glycérine) pour réaliser un mélange anti-gel.

Ce mélange serait-il sans grand inconvénient pour le moteur et dans quelles proportions devrait-il être fait pour des froids de — 10° à — 20° ?

Dr C.

Réponse

Vous pouvez utiliser le glycol pour réaliser un mélange anti-gel. Il n'y a aucun inconvénient à le mettre pur. Son point de congélation lui permet de supporter largement toutes les températures d'hiver de notre climat.

Henri Petit.

THÉRAPEUTIQUE ACIDE DE LA PEAU
DERMACIDE
pH 3,6
Liquide — Pain
VITA-DERMACIDE
Pâte acide grasse
soluble à l'eau
LABORATOIRES PORCHER, 35, R. Blancs-Manteaux, PARIS-4e

Vitamine B2
(Lactoflavine)
BÉFLAVINE
"ROCHE"
Ophtalmologie, Peau et muqueuses
Gastro-entérologie
Troubles de croissance du nourrisson
PAR VOIE BUCCALE : DRAGÉES DOSÉES A 5 MILLIG. 2 A 4 PAR JOUR
PAR VOIE INTRAMUSCULAIRE : AMPOULES DE 2 CM3 DOSÉES A 10 MILLIG. UNE PAR JOUR
Produits "ROCHE" 10 rue Crillon, PARIS 4e

DEMANDES & OFFRES

N° 606 . — Maison accouch. gde ville Alpes, 6 lits, belle client. excell. réput. gros rapp., belle install. à vendre, cause famil.

N° 607. — Médec. 34 ans très au cour. client. aiderait confr. Paris.

N° 608. — A céd. gros. client. médec. génér. ds ch.-lieu cant, rég. Anjou, mais. neuve tt conf. gr. jard.

N° 609. — A vendre microscope marque Seibert Wetzlar inclinable, platine ronde, chariot mur mobile, 3 object. gr. 8 : 1,40 : 1,95 : 1,100 : 1-2 oeul. interch. condens.

N° 610. — Médec. 38 ans, dés. créer poste méd. génér. et proph. rég. Ouest et prox. d'un centre de préf. dans localit. dépour. méd., gr. mais., avec jard. nécess.

N° 611. — Dame seule possèd. pavill. prox. Bois de Vincennes, louer. une chamb. à j. fille étud. de préf. Ecr. journ. qui transm.

N° 612 — Apr. déc. poste médical à céd. dans la rég. de l'Isère. Ecr. journ. qui transm.

N° 613. — Urg. : à céd. nord Deux-Sèvres, gros poste de médec. proph. facilit. paiem.

N° 614. — A céd. petit stéril. électr. neuf, 110 v. (ébull. ou air chaud) 280 × 100 × 65 mm. Danton 45-45 de 18 à 19 h.

N° 615. — 1° A vendre apr. décès excell. état : matér., instrum. médic. appar. métall., diathermie 1939, efflu-vation, électro-coagulation, etc. 2° Vve médec. 30 ans cherche occupat. chez médec. ou dans clin. très au cour. client. de préfér. Paris ou banl.

N° 616. — A vendre 1° table d'exam. à renvers. plian-te et portat., dess. laqué blanc, avec cuv., paire épaul. et talon nickel., état neuf. 2° 1 lit. d'accouch. avec partie mobile sur roul. caoutch., avec paire talonn. nickel. et disposit. porte seau. état neuf. S'adres. Clinique du Lac : 22, rue André Theuriet à Annecy (Ilte Savoie).

N° 617. — Confr. louer. chambre meublée à étudiante ou étudiant, proche banl. 300 m. métro.

N° 618. — A vendre cause double emploi Poupinel électr. grd modèle (48 × 61 × 51) ent. neuf. 110 v. alt. avec régulat. autom. Prix à prop. S'adr. Dr Huy Lé à Mireval (Hérault).

N° 619 — J. médec. cherche succession poste import. médec. génér. aux envir. Bordeaux, avec remplac. préalable 1 mois.

N° 620. — A céd. ch. lieu S. E. belle client. avec fixes import.

N° 621. — Médec. diplômée d'hyg., de bactériol., de médec. du trav., cherche place médec. dans entrepr., assist. clin. prévent. mais. d'enf., assist. chez confr. ou trav. laborat.

N° 622. — Cède, rais. de santé, gros poste médec. génér. rég. riche Ouest, auto si néces.

N° 623. — Cherche voiturette Peugeot électr., même sans moteur, ou en mauv. état. Ecr. journ. qui transm.

N° 624 — Clin. de Villers-Cotterets (Aisne) demande infirmière soign., avec référ.

N° 625. — Vve ayant fait études infirm. prendrait enf. 5 à 10 ans, aném., défic., stat. d'enf., Villard de Lans (Isère). S'adres. Mme Dezaux, 12, rue des Dardanelles, Paris 17e.

N° 626. — 80 km. de Paris, dés. céd. bon poste médec. rur. avec propharm. mais. agréable.

N° 627. — A vendre Encyclop. Méd. Chirurg. rel. parchem. neuve. Malad. infect. 3 tomes. Obstetr. 2 tomes Dermatol. 3 tomes. Urgences avec mises à jour.

N° 628. — A vendre collect. compl. « Æsculape », ann. 1923 à 1937 incl. état neuf.

N° 629 — A vendre : Biblioth. médic. et Littér. Divers instrum. méd. et chirurg., microscope, colorimètre de bureau, appar. à air chaud. Ecr. Dr Daniel à Roquefort-les-Pins (Alpes-Marit.).

N° 630. — Doct. recom. instam. jeune homme ancien déporté, désir. trouver représent. spécial. pharmaceut. Paris ou prov. Ecr. P. Larrouy, 6, rue F. Sarcey, Paris (16e).

N° 631. — A vendre : Fiches pratiques médicales (fichier Desfour) dans fichier métal, entièrem. à jour. Thérapeutique clinique Savy.

N° 632. — A vendre fauteuil dentaire à pompe 35.000 fr. à prendre sur place. M. Cossard, St-Aubain-sur-Yonne par Cézy (Yonne).

N° 633. — Vve médec. cherche pour étud. fils, 2 p. et cuis. meubl ou non à Paris ou proche banl. Mme Dechy à Beaugency (Loiret).

N° 634. — Médec. réfugié disposant de matériel électr. import (diatherm., U.V., basse fréqu., infra-rouges) recherche associat avec confr., région parisienne

Gérant : MIGNON Lang, Blanchong et Cie, 30, rue du Poteau - Paris (18e). — 31 1044
Février 1879 Dépôt légal : N° 8 4e trimestre 16

Révulsif Fouchère



DEUX FORMES :
EMULSION : Adultes
POMMADE : Bébés, Enfants et Adultes à épiderme sensible
LABORATOIRES FOUCHÈRE
RIVE-DE-GIER (Loire)

TUBERCULOSE
VITADONE
INJECTABLE
Vitamines A et D physiologiquement titrées
BOITES DE 6 AMPOULES DE 2 cc.
chaque ampoule contient :
20.000 unités int. de Vitamine A
20.000 unités int. de Vitamine D
2 injections intra musculaires par semaine
Littérature aux Etablissements BYLA
26, avenue de l'Observatoire, à PARIS (14e)

SEPTICARBONE



Antiseptique intestinal
LABORATOIRES DU Dr DEBAT - 60, RUE DE MONCEAU - PARIS (8e)

NÉVRITES ESSENTIELLES - RHUMATISMES DÉGÉNÉRATIFS

apivène

venin d'abeilles

Laboratoires H. PORSIN, 39, rue Claude Bernard — PARIS (V')

LE LAIT CONCENTRÉ SUCRÉ, ARME DE CHOIX POUR LA LUTTE CONTRE LA MORTALITÉ INFANTILE.]

« Depuis quinze ans, le Lait concentré sucré a progressivement remplacé le lait de vache, depuis plusieurs années déjà il est seul employé pour le plus grand profit des nourrissons et de la lutte contre la mortalité infantile. »

(Prof. Dr Leenhardt et Dr Jeanjean, Montpellier).

« Grâce à l'emploi de plus en plus fréquent du Lait concentré sucré dans les milieux populaires, le nombre des gastro-entérites aiguës est en forte diminution à l'heure actuelle ».

(Prof. Dr Giraud, Marseille).

« Il n'est pas exagéré de dire que la fabrication industrielle du Lait concentré sucré fut un réel progrès une victoire remportée sur les troubles digestifs dus aussi bien à l'impureté et à l'altérabilité du lait ordinaire qu'à sa mauvaise assimilation par beaucoup de nourrissons. Elle contribua, pour une part très importante, à la diminution rapide de la mortalité infantile ».

(Dr Paisseau, Méd. Hon. Hop., Paris).

●

Dosage : Pour fournir à l'enfant 100 calories, donner 30 gr. de Lait concentré sucré, dilués dans 150 gr d'eau bouillie ou de décoction farineuse.

les 3 Hormo...

HORMO-PROSTINE
(Extraits opothér. + Chlor. de Magnésium)
★
Association opothérapique préventive et curative des troubles de la PROSTATE
COMPRIMÉS
SUPPOSITOIRES

HORMO-HÉPATINE
(Extraits opothér. + Boldo, Artichaut, etc...)
★
Médication polyvalente de l'insuffisance hépatique et de toutes les déficiences du FOIE

HORMO-LAXOL
(Extraits opothér. + Ferm. lactique, Exonym., Poudre podophyllotoxique, Phénolphtaléine et Extraits végétaux)
★
Synergie médicamenteuse. Spécifique actif et complet de toutes les formes de la CONSTIPATION

du LABORATOIRE H. CHAUZEIX
31 bis, Rue de Villejust, PARIS-16e - Kléber 85-26 85-27

ÉTABLISSEMENTS SOUDAN

48, rue d'Alésia - PARIS-XIVe

NITRITE D'AMYLE BOISSY

EUONYMINE PAUL THIBAULT
(Pilules)

GRAINS MIRATON
(Laxatif)

VIN GIRARD
Iodotannique phosphaté

SIROP GIRARD
Iodotannique phosphaté

BIOPHORINE GIRARD
(Granulé)

IODOMAISINE Globules

IODOMAISINE Pommade

LACTAGOL

Toutes ces spécialités sont enregistrées au Laboratoire National de Contrôle des Médicaments et peuvent être prescrites aux Assurés sociaux.

COMBEY-LAX

Le délicieux laxatif pour les enfants

SIROP PUR SUCRE ET POMMES DE REINETTE
= PAR CUILLERÉES A CAFÉ =

LABORATOIRES ROLAND MARIE
191, RUE DU Fg St-ANTOINE, PARIS

SPASMORYL
"ANA"

SYNERGIE CALCO-MAGNÉSIENNE ACTIVÉE
ÉQUILIBRANT MINÉRAL, PLASMATIQUE ET NERVIN

TRAITEMENT SYMPTOMATIQUE ET DIATHÉSIQUE
DU TERRAIN SPASMOGÈNE

★

Spasmes des Voies Digestives
Respiratoires, Urinaires
Crises Anaphylactiques
Syndrômes Neuro-Psychiatriques
Crises Glaucomateuses

DÉMINÉRALISATION CALCIQUE
ALCALOSE - VAGOTONIE

INTRAMUSCULAIRES
INTRAVEINEUSES

LABORATOIRES "ANA" - Dr VENDEL & Cie
PARIS, 16, 18, Avenue Daumesnil. 18, Rue Lafon, MARSEILLE

VALS SOURCE LA REINE

ARTHRITISME - DYSPEPSIE
DIARRHÉE INFANTILE
GASTRO-ENTÉRITES
DIABÈTE

—



Cure de boisson dans les Maladies infectieuses

—

Eau de table remarquable

—

Sté VALS-REINE
à Vals-les-Bains
(Ardèche)

68e ANNÉE — Nº 42 — 19 OCTOBRE 1946

379a-381

LE CONCOURS MÉDICAL

37, RUE DE BELLEFOND - PARIS (9e) - TRU 33-66

SOMMAIRE

PARTIE SCIENTIFIQUE.

A propos de l'épidémie actuelle de poliomyélite (Dr R. Liège) 1.191

Indications respectives de l'impaction et de l'enclouage dans le traitement des fractures du fémur (Georges Pascalis) 1.193

Les opérations du Pr Glauber (P. Lacroix) .. 1.195

Les Livres, 1.195. — Les Sociétés Savantes, 1.196. — La Presse, 1.199.

PARTIE PROFESSIONNELLE.

Propos du Jour. — Séance d'ouverture du 49e Congrès français de chirurgie (G. Lavalée) 1.200

Organisation Professionnelle. — La juridiction disciplinaire est insuffisamment réglementée (P. Douriez) 1.202

Le centenaire de la Société de Chirurgie (G. Fischer) 1.204

La lutte contre la tuberculose à la S.N.C.F. (Dr Evesque) 1.205

Pages sans médecine. — Chronique économique et financière (M. Pezeu) 1.206

DEMI-COLONNES.

Dernières Nouvelles, 1.185. — A travers l'Officiel, 1.188. — Echos et Commentaires, 1.207. — Correspondance, 1.210.



NATIROSE

Dragées de Trinitrine

Laboratoire NATIVELLE

...orat. Jacques LOGEAIS, Issy-les-Moulineaux, PARIS

ENTÉROSPASMYL

Simple et Mucilagineux

Existe à nouveau sous ses 2 formes

Traitement Spécifique de l'Acné

SACNEL

Laboratoires DUMESNIL, 10, Rue du Plâtre, Paris 4e

Toux *Coqueluche*

ÆTHONE

Laboratoire de l'ÆTHONE 35, rue Boissonnade, PARIS (XIVe

Antianaphylaxie polyvalente

PEPTALMINE

Migraine - Urticaire

Eczéma - Asthme

Lab. SCIENTIA
Dr PERRAUDIN
21, rue Chaptal, PARIS

Equilibre Phospho-calcique

TRICALCINE

Granulés IRRADIÉE *Cachets*

RECALCIFICATION de l'ORGANISME

Lab. SCIENTIA - Dr PERRAUDIN
21, rue Chaptal, PARIS

CALME LES MAUX D'ESTOMAC
MODIFIE LA VISCOSITÉ DU SANG

CITROSODINE

Vitamine B^2
(Lactoflavine)

BÉFLAVINE
"ROCHE"

Ophtalmologie, Peau et muqueuses
Gastro-entérologie
Troubles de croissance du nourrisson

PAR VOIE BUCCALE : DRAGÉES DOSÉES A 5 MILLIG. 2 A 4 PAR JOUR
PAR VOIE INTRAMUSCULAIRE : AMPOULES DE 2 CCS DOSÉES A 10 MILLIG. UNE PAR JOUR

Produits "ROCHE" 10 rue Crillon, PARIS 4e

HEMOPYLORE 3

AMPOULES BUVABLES DE 5CC ET 2CC

La 1ère Combinaison des méthodes de WHIPPLE, CASTLE & WILLS

Anémies
Anorexie

LABORATOIRE ROGER BELLON
LOUIS FERRAND
Ex-interne, Lauréat des Hôpitaux de Paris
PHARMACIEN-GÉRANT
(GAMBÉOL, RECTOCALCIUM, ACTIPHOS, GLOBIRON)
78bis, Avenue Marceau - PARIS (8e)

MORRHUËTINE VITAMINÉE JUNGKEN

Toutes les vitamines de l'Huile de Foie de Morue

Véritable **SUCRE VITAMINÉ**

Laboratoires **BRACQUEMOND & Cie**, 105, Rue de Normandie, **Courbevoie** (Seine)

DERNIÈRES NOUVELLES

L'épée d'honneur du Professeur Leriche

L'épée d'honneur des membres de l'Institut a été offerte au Professeur LERICHE par ses élèves et ses amis. Elle lui a été remise au Collège de France le 10 octobre 1946 par le Professeur ROUSSY, Recteur de l'Université. Celui-ci a rappelé la brillante carrière de René LERICHE, ainsi que les perfectionnements, dont ses travaux ont fait bénéficier la chirurgie. Le Professeur FARAL, administrateur du Collège de France, le Professeur BERARD de Lyon assistaient à cette cérémonie ainsi que de nombreux chirurgiens français et étrangers.

Société médicale d'assurance et de défense professionnelle « Le Sou Médical ».

Société d'Assurance à forme mutuelle.
Entreprise privée régie par le décret-loi du 14 juin 1938,
Siège social: 37, *rue de Bellefond, Paris* (9e).

Les sociétaires sont convoqués en Assemblée générale ordinaire, le vendredi 8 novembre 1946, à 14 h. 30 au siège social 37, rue de Bellefond, à Paris (9e) (2e assemblée).

Ordre du jour : 1° Fixation des cotisations et du montant des garanties pour l'exercice 1947 ;
2° Modalités de la garantie des risques de responsabilité résultant de la radiothérapie ;
3e Questions diverses.

Le Conseil d'administration.

Internat en pharmacie.

Un concours pour la nomination aux places d'internat en pharmacie vacantes en 1947 dans les hôpitaux et hospices civils de Paris sera ouvert le 18 décembre. Inscriptions 3, avenue Victoria, du 25 octobre au 13 novembre.

Groupement de phtisiologie infantile.

La première réunion aura lieu le lundi 18 novembre à 9 heures, dans le service de Polyclinique Infantile du Pr DEBRÉ, à l'Hôpital des Enfants-Malades.

Le Pr DEBRÉ ouvrira la séance et parlera de l'aspect radiologique du thorax au cours de la tuberculose initiale ; des rapports seront présentés sur le même sujet. Le Pr SORREL traitera des erreurs de diagnostic du mal de Pott chez l'enfant. L'après-midi, la séance sera consacrée à la discussion des rapports et à des communications sur d'autres sujets.

S'inscrire avant le 1er novembre, auprès du Dr LOWYS, le Roc-des-Fiz (Haute-Savoie), pour les communications à présenter ainsi que pour participer éventuellement au repas en commun.

Un numéro spécial de la revue *Pédiatrie*, donnera le compte rendu de cette journée médicale. En vue d'établir une bibliographie de phtisiologie infantile, les auteurs de travaux sur ces sujets sont priés d'adresser les références voulues.

Le Concours Médical
Hebdomadaire fondé en 1879 par A. Cézilly.
Directeur honoraire : Docteur J. NOIR.
Directeur : Dr G. LAVALÉE.
Rédacteur en Chef : Dr G. FISCHER.
RÉDACTION, ADMINISTRATION ET PUBLICITÉ,
37, rue de Bellefond, Paris (9e).
Téléphone : TRU 33-66. R. C. Seine 76.579.
Chèques postaux, Paris 167-95.
ABONNEMENTS
1 an, 400 francs - Etudiants, 200 fr. Le N° 15 fr. Changement d'adresse, 5 francs.

BISMUTH TULASNE
NÉO-PANSEMENT TULASNE
LACTO PANSEMENT TULASNE
BISMU-CÔNES
FUCHELMINE
IODULANE
LABORATOIRES BOUILLET
7, SQUARE THIERS - PARIS 16e
TÉL. PASSY 14-12

BILAXYL
Le laxatif des hépatiques
1 A 2 COMPRIMÉS LE SOIR
LABORATOIRES ROLAND MARIE
191, RUE DU Fg St-ANTOINE, PARIS

Cours supérieur de Gynécologie et de Biologie appliquée.

Ce cours aura lieu du 4 au 30 novembre prochain dans le service du Pr Mocquot à l'Hôpital Broca.

Il s'adresse aux médecins désirant être mis au courant des méthodes récentes de diagnostic et de traitement en gynécologie.

Un certificat d'assiduité pourra être délivré à la fin du stage. Prix d'inscription : 1.000 fr.

Cours de service social antivénérien pour les infirmières et assistantes sociales.

Du 4 novembre au 9 novembre à l'Institut Alfred-Fournier, 25, boulevard Saint-Jacques, Paris, et à la Clinique Baudelocque. Droit d'inscription : 60 fr.

Centre hospitalier régional de Besançon.

Un concours sur épreuves et sur titres aura lieu à Nancy, à partir du mardi 10 décembre à 8 h. 30 pour le recrutement du personnel médical suppléant :

Un chirurgien titulaire ;
Un stomatologiste titulaire ;
Un oto-rhino-laryngologiste suppléant ;
Un ophtalmologiste suppléant ;
Un phtisiologue suppléant ;
Un neuro-psychiatre titulaire ;
Un dermato-vénérologiste titulaire.

Les dates de chaque concours seront notifiées individuellement à chaque candidat.

Les candidats devront faire parvenir à l'Inspection divisionnaire de la Santé, 3, rue Audra, Dijon, leur dossier, comprenant :

1° Une demande mentionnant leurs nom, prénom, adresse ;

2° Un extrait d'acte de naissance et toutes pièces justificatives de la nationalité française ;

3° Un extrait du casier judiciaire ayant moins de trois mois de date ;

4° Un exposé de leurs titres scientifiques, ainsi que des services antérieurs qu'ils pourraient faire valoir accompagné de toutes pièces justificatives.

Les inscriptions seront closes le 25 novembre 1946.

Dispensaire antituberculeux de Dax. — Avis de vacance du poste de médecin.

Un concours sur titres est ouvert à la Direction Départementale de la Santé des Landes, en vue de la nomination d'un médecin phtisiologue de l'Office départemental d'Hygiène Sociale en résidence à Dax. Traitement assimilé à celui des médecins adjoints de sanatoriums publics.

Hôpital de Prades (P.-O).

Un concours sur titres pour 2 places de médecins aura lieu le 8 décembre 1946 à la Direction de la Santé à Perpignan.

Caisse primaire de Sécurité Sociale de la Vendée.

Demande un médecin contrôleur.

4, place de la Préfecture à la Roche-sur-Yon.

Académie Duchenne de Boulogne.

Le prix annuel de dix mille francs décerné par l'Académie Duchenne de Boulogne, à un travailleur indépendant, dont l'œuvre ou la création ayant trait aux sciences médicales sera jugée la meilleure, sera attribué le premier jeudi de février 1947.

Les mémoires, inédits et non encore récompensés (dactylographié en double exemplaire) devront être adressés au Secrétariat de l'Académie, 60, boulevard Latour-Maubourg, à Paris, avant le 1er janvier 1947. (*Communiqué.*)

Inspection médicale Scolaire.

Deux concours seront ouverts à la mairie de Marseille : 1° *Le 6 novembre* 1946 *pour le recrutement d'un médecin au Service Social* ; 2° *Le* 19 *novembre* 1946 *pour le recrutement d'un médecin inspecteur des écoles.*

Il s'agit de postes à plein temps, ouverts aux candidats des deux sexes. Pour tous renseignements complémentaires, s'adresser à la mairie de Marseille (Service des Concours), 6, rue Briffaut.

RECTOCALCIUM
CALCITHÉRAPIE INTENSIVE PAR VOIE RECTALE
SUPPOSITOIRES ADULTES 1 gr. de gluconate de chaux
SUPPOSITOIRES ENFANTS 0gr.50 de gluconate de chaux
Toutes les indications du Calcium
Tolérance et assimilation parfaites
Aucun des inconvénients de la Voie parentérale
LABORATOIRE ROGER BELLON
LOUIS FERRAND
Ex-interne, lauréat des Hôpitaux de Paris
PHARMACIEN-GÉRANT
(GAMBÉOL, ACTIPHOS, HÉMOPTYLORE n° 3, GLOBIRON)
78bis, Avenue Marceau - PARIS (8e)

MYRTINE BÉRAL
contre
la MUCO-PURULENCE
BRONCHO-PULMONAIRE
AMPOULES (2 cc hypod ou muscul indolore) 2-4 cc
SUPPOS (Adultes et Enfants) 1-2
GOUTTES X à XL dans un peu de lait
LABORATOIRE BERAL 36, Avenue Hoche - Paris

La bactériothérapie lactique rénovée
FERMENT LACTIQUE INTESTINAL VIVANT
VIVACIDOL
(VIVANT + ACIDO PHILUS)
Ampoules buvables 1 à 4 par jour
LABORATOIRES F. BOUCHARD
83, RUE DUTOT, PARIS-15e

Hospices civils de Nancy.

Un poste d'*Interne au Sanatorium de Lay-Saint-Christophe* (*Meurthe-et-Moselle*) vient d'être créé. Les candidats éventuels à ce poste sont priés de s'adresser au Directeur Général des Hospices, 29, avenue de Strasbourg à Nancy, qui leur donnera tous renseignements utiles.

Naissances.

On annonce la naissance de :
Yves, fils du Dr Michel, Elven (Morbihan). Thierry, sixième enfant du Dr *Piédallu*, Le Raincy (S.-et-O.). Chantal, fille du Dr Auguez-Dhuim, Rosendaël (Nord). Thérèse, fille du Dr Cavelier, Villebon-sur-Yvette (S.-et-O.). Jean, fils du Dr Usunier, Jaulconne (Aisne).

Nous sommes heureux d'annoncer la naissance de Elisabeth, quatrième enfant des Dr Jeannine et Jacques Moncany, de Corbeil, et douzième petit-enfant de notre excellent confrère et ami le Dr Charles Moncany.

On nous fait part de la naissance d'*Alain Kessler*, troisième fils du Dr Kessler, Labry (M.-et-M.) ; d'*Olivier Lebettre*, troisième enfant du Dr Lebettre, Nesles-la-Vallée (S.-et-O.) ; d'*Alain Hau*, troisième enfant du Dr A. Hau, Méru (Oise) ; de *Michel Montagne*, troisième enfant du Dr P. Montagne, 12, bd St-Michel (Paris) ; de *Jean-Yves Fraboulet*, fils du Dr J. Fraboulet, Pontivy (Morbihan) ; de *Marie-Christine Bailly*, quatrième enfant du Dr J.-M. Bailly, Marle (Aisne) ; de *Marie-José Husset*, fille du Dr J. Husset, Avallon (Yonne) ; de *Anne Desbonnets*, sixième enfant du Dr G. Desbonnets, Lille (Nord) ; de *Jean-François Colin*, fils du docteur Albert Colin, et treizième petit-enfant du Dr J. Colin de Lyon, Chedde (Hte-Savoie).

Fiançailles.

Le docteur *Michel Tulle* fait part de ses fiançailles avec Mlle *Huguette Martin* (Lille).

Mariages.

Mlle Marie-Thérèse Constant, fille du Dr Ed. Constant, chevalier de la Légion d'Honneur, croix de guerre, président du Syndicat des médecins du Lot, sœur des Drs G. et H. Constant, avec M. G. Fénelon, industriel à Cahors.

Le Dr J. Vialard, Fougères (I.-et-L.), avec Mlle A Borrot.

Le 19 septembre ont été célébrées les noces de platine du Dr Pillot (Epernay). Celui-ci qui fonda, dès avant la loi de 1884, le syndicat d'Epernay, était entouré de 26 enfants et petits-enfants. Il exerce encore et 3 générations du même nom se trouvent ensemble autour de la table d'opérations.

Toutes nos félicitations à notre vieil abonné et à sa belle lignée.

Nous avons le plaisir d'annoncer le mariage du docteur *France Gayneul* avec *Mlle Jeanne Roux*, Bertignat (Puy-de-Dôme) ; du docteur *Roger Castéran*, fils du docteur A. Castéran avec *Mlle Odette Gabrion*, Tournay (Htes-Pyrénées).

Le docteur M. Ryckewaert fait part du mariage de sa fille *Marie-Anne Ryckewaert* avec *M. Jean Goetgheluck*, Steenworde (Nord).

Nécrologie.

Nous apprenons avec une vive émotion la mort du Dr *René Beckers*, administrateur du « *Bruxelles-Médical* ». R. Beckers était le grand animateur des « Journées Médicales de Bruxelles », fondées il y a 25 ans avec un succès que les membres les plus optimistes du Comité organisateur ne pouvaient espérer ; pareille réussite brillante s'était poursuivie au cours des années, et la XXe session de ces journées avait pu, grâce à ce grand organisateur, revivre en juin 1946 aussi grandiose et intéressante que jadis, malgré d'énormes difficultés surmontées avec un dynamisme sans pareil.

R. Beckers était un grand ami de la France, ami sincère également du *Concours Médical*. Se rappelle-t-on avoir lu dans notre journal, il y a une dizaine d'années, son « Ode à la France », si vibrante de patriotisme et d'admiration pour notre pays ?

Les membres du Conseil de direction du *Concours Médical* prient leurs amis de « *Bruxelles Médical* » de vouloir bien agréer l'expression de leurs très vives et bien sincères sympathies attristées.

Nous avons le regret d'annoncer la mort du Dr *Pierre Duquesne*, de Ham, décédé accidentellement à Saint-Raphaël (Var) ; du Dr *Gaston Gruber*, de Mulhouse (Ht-Rhin) ; de Mlle *Suzanne M.-E. Gontan*, fille du docteur Gontan, nièce du Dr Jacob, Morienval (Oise).

INFANGYL CARLIER
TOUX BRONCHITES INFANTILES
COLLUTOIRE INALTÉRABLE AU NOVARSENOBENZOL
COLARSENOL
ANGINES STOMATITES GINGIVITES
LABORATOIRES CARLIER - 43, RUE DE CRÉTEIL - JOINVILLE-LE-PONT (SEINE)

MÉTHODE DE WHIPPLE
TECHNIQUE DE MINOT ET MURPHY
SYNDROMES ANÉMIQUES
INSUFFISANCES HÉPATIQUES
HÉPATHÉMO
DESCHIENS
EXTRAIT CONCENTRÉ DE FOIE DE VEAU FRAIS
Hémoglobine, Vitamines Hépato-Sanguines
Ampoules buvables de 10 cc. et 3 cc. - Sirop
DESCHIENS, Docteur en Pharmacie, 9, Rue Paul-Bandry - PARIS (8e)

Régulateur du Système Nerveux Sympathique
FREINOSPASMYL
2 à 4 comprimés par jour
Laboratoires du Dr. M. LEPRINCE
62, rue de la Tour — PARIS (XVIe)

A L'OFFICIEL TRAVERS

ASSURANCES SOCIALES.

Circulaire N° 195, du 21 septembre 1946 fixant les tarifs médicaux établis par des conventions et approuvés par la Commission Nationale.

Le Ministre du Travail et de la Sécurité Sociale à MM. les Directeurs régionaux de la Sécurité Sociale.

J'ai l'honneur de vous faire connaître que la Commission Nationale des tarifs prévue à l'article 10 de l'ordonnance du 19 octobre 1945 vient, dans sa séance du 17 septembre courant, d'approuver les tarifs inclus dans les conventions intervenues entre la caisse régionale de sécurité sociale de Toulouse et le syndicat des médecins du Tarn, entre la Caisse régionale de sécurité sociale de Paris et le Syndicat des médecins de l'Oise, entre la Caisse régionale de sécurité sociale de Bordeaux et le Syndicat des médecins de la Gironde. Ces tarifs figurent au tableau I ci-annexé.

. . . . . .

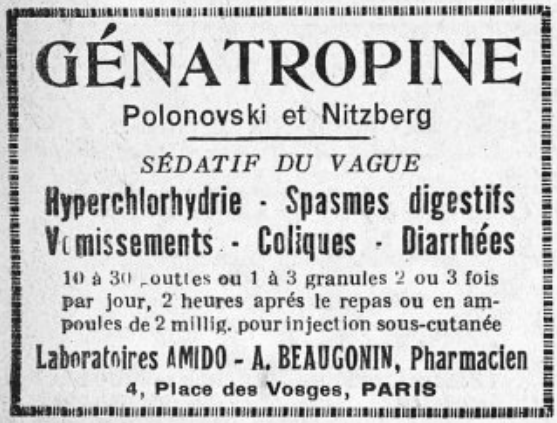
Je vous serais obligé de vouloir bien porter les

TABLEAU I

Tarifs médicaux fixés par des conventions et approuvés par la commission nationale dans sa séance du 17 septembre 1946

DEPARTEMENTS	C	V	VD	VN	PC	K	IK	Accouchement Simple	Accouchement Gémellaire	Date d'effet
	francs	francs	francs	francs	francs	francs	francs	francs	francs	
Tarn	80 »	100 »	175 »	250 »	65 »	75 »	10 » plaine / 12 » mont	2.200 »	2.600 »	3 oct. 1946.
Oise	90 »	110 »	200 »	250 »	75 »	75 »	10 »	2.800 »	3.800 »	3 oct. 1946.
Gironde :										
1° Bordeaux et agglomération bordelaise	100 »	130 »	200 »	300 »	80 »	75 »	10 »	2.750 »	3.250 »	3 oct. 1946.
2° Arcachon et Libourne	100 »	120 »	200 »	300 »	80 »	75 »	10 »	2.400 »	3.000 »	3 oct. 1946.
3° Reste du département	100 »	110 »	200 »	300 »	80 »	75 »	10 »	2.400 »	3.000 »	3 oct. 1946.







décisions dont il s'agit à la connaissance des organismes de sécurité sociale intéressés en leur recommandant de donner aux tarifs approuvés ou fixés d'office le maximum de publicité.

(*J. O.*, 1er octobre 1946.)

Arrêté ministériel du 26 septembre 1946 fixant les conditions d'attribution des prestations pour les assurés cotisant sur vignettes et le mode de calcul des indemnités journalières pour cette catégorie d'assurés.

(*J. O.*, 3 octobre 1946.)

Décret du 24 septembre 1946 fixant les sanctions à appliquer aux bénéficiaires des prestations d'assurances sociales qui ne se conformeraient pas aux mesures de protection maternelle et infantile.

Article premier. — Lorsque l'assurée ou la femme de l'assuré ou l'ayant droit visé à l'article 23 (2°) de l'ordonnance du 19 octobre 1945 n'ont pas justifié auprès de la caisse primaire de sécurité sociale de la première constatation de la grossesse par un médecin ou une sage-femme, quatre mois au plus tard, avant la date présumée de l'accouchement, la participation de la caisse dans les frais d'accouchement doit être réduite à 80 % de sa participation normale, à moins qu'il y ait eu empêchement qu'il appartient à la caisse d'apprécier.

Les indemnités journalières de repos peuvent être supprimées pendant la période où la caisse a été dans l'impossibilité d'exercer son contrôle.

Art. 2. — La prime, dont le montant est inscrit dans le règlement intérieur de la caisse intéressée, en application de l'article 49 de l'ordonnance du 19 octobre 1945, est supprimée à la bénéficiaire de l'assurance maternité qui n'aura pas subi avant la fin du quatrième mois de la grossesse, le premier examen prénatal prévu par l'article 11 de l'ordonnance du 2 novembre 1945.

La prime afférente au deuxième examen prénatal sera supprimée à la bénéficiaire qui n'aura pas subi cet examen avant la fin du sixième mois.

La prime afférente au troisième examen prénatal sera supprimée à la bénéficiaire qui n'aura pas subi cet examen avant la fin du huitième mois.

La prime afférente à l'examen postnatal sera supprimée si celui-ci n'est pas subi dans les huit semaines qui suivent l'accouchement.

Art. 3. — Les indemnités journalières de repos de l'assurance maternité peuvent être supprimées, à la demande du médecin conseil de la sécurité sociale ou du directeur départemental de la santé, si la mère omet de se présenter à une consultation de nourrissons dans les huit semaines qui suivent l'accouchement

Art. 4. — Les primes d'allaitement et bons de lait peuvent également être supprimés à la demande du médecin conseil de la Sécurité sociale ou du directeur départemental de la Santé en cas de non fréquentation des consultations de nourrissons et de non-soumission aux prescriptions du titre IV de l'ordonnance du 2 novembre 1945 consacrée à la surveillance des enfants.

(*J. O.*, 25 septembre 1946.)

AVORTEMENT

Arrêté ministériel du 10 juillet 1946 instituant une commission chargée d'étudier et de proposer au gouvernement les mesures propres à combattre et à réprimer l'avortement.

(*J. O.*, 24 septembre 1946.)

PENSIONS.

Arrêté ministériel du 25 septembre 1946 fixant le montant des indemnités mensuelles des médecins secrétaires des commissions départementales de surveillance et de contrôle.

Article premier. — L'article 1er de l'acte dit arrêté du 2 juin 1943 est modifié et l'indemnité

MIGRAINES — GRIPPES
DOULEURS CATAMÉNIALES
ALGIES
ALGOCRATINE
Un cachet dès la première sensation de douleur
LANCOSME, 71, Avenue Victor-Emmanuel III — PARIS

KAOSYL
DESLEAUX
PANSEMENT GASTRO-INTESTINAL
LANCOSME 71 Av Victor Emmanuel III Paris

GASTRHÉMA
CONTRE LES ANÉMIES
ASTHÉNIE - ANOREXIE - HYPOPEPSIE
EXTRAIT DE MUQUEUSE D'ANTRE PYLORIQUE
1 à 3 amp. buvables, par jour
17, Avenue de Villiers — PARIS (17e)
FRÉNASMA
TROIS A QUATRE COMPRIMÉS PAR JOUR. UN A DEUX DÈS LE DÉBUT DE LA CRISE.
LABORATOIRES DU GASTRHÉMA
17, AVENUE DE VILLIERS
PARIS (17e)
ASTHME - EMPHYSÈME - BRONCHITES CHRONIQUES - MÉDICATION PRÉVENTIVE, ABORTIVE ET CURATIVE DES CRISES

mensuelle allouée aux médecins secrétaires des commissions départementales de surveillance et de contrôle est fixée aux sommes indiquées ci-dessous :

Indemnités de 1.200 fr. — Ariège, Aube, Basses-Alpes, Hautes-Alpes, Ardennes, Belfort, Calvados Cantal, Doubs, Eure, Eure-et-Loir, Gers, Indre-et-Loire, Jura, Lozère, Loir-et-Cher, Haute-Marne, Maroc, Mayenne, Meuse, Nièvre, Orne, Haute-Saône, Tarn-et-Garonne, Tunisie, Vaucluse.

Indemnité de 1.300 fr. — Ain, Aisne Alger, Ardèche, Aude, Charente, Charente-Maritime, Cher, Constantine, Corrèze, Creuse, Drôme, Hérault, Indre, Landes Haute-Loire, Loiret, Lot, Lot-et-Garonne, Maine-et-Loire, Manche, Marne, Moselle, Oise, Oran, Hautes Pyrénées, Pyrénées-Orientales, Bas-Rhin, Haut-Rhin, Sarthe Savoie, Haute-Savoie, Seine-et-Marne, Somme, Deux-Sèvres, Tarn, Var, Vendée, Vienne, Vosges, Yonne.

Indemnité de 1.500 fr. — Allier, Aveyron Corse, Côtes-du-Nord, Dordogne, Gard, Haute-Garonne, Ille-et-Vilaine, Isère, Loire-Inférieure, Meurthe-et-Moselle, Morbihan, Saône-et-Loire, Seine-Inférieure, Haute-Vienne.

Indemnité de 1.600 fr. — Alpes-Maritimes Finistère, Loire, Pas-de-Calais, Basses-Pyrénées, Puy-de-Dôme, Rhône.

Indemnité de 1.800 fr. — Bouches-du-Rhône, Gironde, Nord.

Indemnité de 2.000 fr. — Seine-et-Oise.

Indemnité de 2.200 fr. — Seine (pour chacun des deux médecins secrétaires).

Art. 2. — Les présentes dispositions auront effet du 1er janvier 1946. (*J. O.*, 1er octobre 1946.)

SANTE PUBLIQUE.

Arrêté ministériel du 16 septembre 1946 créant une commission consultative de la transfusion sanguine et de réanimation.

(*J. O.*, 1er octobre 1946.)

Décret du 1er octobre 1946 portant ouverture d'un concours pour l'emploi de médecin inspecteur stagiaire de la Santé.

Article premier. — Il est ouvert un concours pour le recrutement de médecins inspecteurs stagiaires de la santé.

Les épreuves écrites auront lieu le 3 décembre 1946, à Paris et, éventuellement, dans un centre qui sera désigné ultérieurement.

nombre de places mises au concours est de trente.

Peuvent être admis à concourir les candidats de l'un et l'autre sexe remplissant les conditions fixées par le décret du 4 octobre 1945. (« Journal

Les épreuves orales auront lieu à Paris. Le officiel » du 7 octobre.)

Art. 2. — Les candidats reçus au concours, et nommés médecins inspecteurs stagiaires, suivront l'enseignement de l'Ecole Nationale de la Santé Publique, conformément aux dispositions de l'article 7 du décret n° 46-1194 du 24 mai 1946 (« Journal officiel » du 25 mai 1946).

Les candidats dispensés de produire le diplôme d'hygiène en vertu des dispositions du décret du 4 octobre 1945 pourront être, à la sortie de l'Ecole, exemptés de l'obligation prévue au dernier alinéa de l'article 1er du texte susvisé, après avis favorable du Comité scientifique et pédagogique de l'Ecole Nationale de la Santé Publique.

Art. 3. — Un jury dont les membres sont nommés par arrêté est chargé de procéder au concours.

.. ..

PARTIE SCIENTIFIQUE

A PROPOS DE L'ÉPIDÉMIE ACTUELLE DE POLIOMYÉLITE

par le Dr R. LIÈGE, Chef de Clinique médicale infantile à la Faculté.

En 1930 une épidémie de poliomyélite atteint l'Alsace. En 1943 l'épidémie paraît avoir commencé au mois de juin dans la région de Montluçon. Elle atteint successivement le Puy-de-Dôme, l'Aveyron, le Centre et l'Est de la France. De juillet à novembre, 1.250 cas sont enregistrés. La région parisienne ne reste pas indemne. Dans son rapport au Conseil d'Hygiène et de Salubrité du département de la Seine, Cambessédès en signale 76 cas de juillet à fin septembre avec une mortalité de 6,7 %. A cette époque la poussée épidémique ne fut pour Paris et sa banlieue qu'un retentissement des foyers de province.

L'été 1946 nous a ramené une nouvelle épidémie.

Il paraît difficile à l'heure actuelle d'en évaluer l'importance exacte.

Son début, précoce, remonte au mois de mai où des cas apparaissent dans l'Eure, l'Orne, la Seine-et-Oise, la Vienne, les Vosges, la Côte-d'Or, les Alpes-Maritimes, les Landes, le Lot-et-Garonne, le Rhône, la Seine.

En juin, juillet, août, le nombre des cas observés augmente.

Voici les chiffres fournis par le Ministère de la Santé Publique.

Du 1er au 10 mai	6 cas	2 décès
Du 10 au 20 —	4 —	0 —
Du 21 au 31 —	14 —	2 —
Total	24 —	4 —
Du 1er au 10 juin	12 cas	0 décès
Du 10 au 20 —	23 —	0 —
Du 21 au 30 —	16 —	2 —
Total	51 —	2 —
Du 1er au 10 juillet	29 cas	2 décès
Du 10 au 20 —	55 —	5 —
Du 21 au 31 —	71 —	5 —
Total	155 —	12 —

Pour le seul département du Maine-et-Loire, on compte en juillet, 17 cas.

Du 1er au 10 août	92 cas	5 décès
Du 10 au 20 —	106 —	9 —
Du 20 au 30 —	137 —	4 —
Total	335 —	18 —
Du 1er au 10 septembre	120 cas	8 décès
Du 10 au 20 —	120 —	8 —
Du 21 au 30 —	119 —	12 —
Total	359 —	28 —

Le Maine-et-Loire totalise pour le mois de septembre : 9 cas dans la première décade, 16 dans la deuxième, 22 dans la dernière soit 47 cas, c'est-à-dire 13 % de l'ensemble du territoire.

Le total des cas observés du 1er mai au 30 septembre s'élève à 927 avec 64 décès, soit une mortalité de 6,7 %.

Pour la région parisienne de l'avis du Dr Boyer lui-même, médecin de la Préfecture, il semble, cette fois encore, s'agir beaucoup plus d'une poussée endémique que d'une épidémie, car aucun foyer n'a pu être décelé.

Vingt-neuf cas sont authentifiés dans le courant du mois d'août dans Paris et sa banlieue, alors que la moyenne habituelle est d'environ dix cas. Pendant ce mois d'août il a donc été enregistré à peine trois fois plus de cas de poliomyélite qu'en l'absence d'épidémie. Il s'agit d'ailleurs ou de cas sporadiques, ou de sujets, adultes ou enfants qui paraissent avoir contracté la maladie dans les départements, ou qui ont été en contact avec des sujets atteints de la maladie et sont rentrés à Paris en période d'incubation. Les bains de Seine ne peuvent être considérés comme source de contagion.

Des études détaillées qui ont été faites lors des précédentes épidémies, des recherches expérimentales poursuivies sans relâche pouvons-nous retirer quelques notions d'ordre pratique susceptibles de modifier nos connaissances sur l'épidémiologie et le concept clinique de la maladie, de faire varier notre ligne de conduite thérapeutique, et de changer nos méthodes de prophylaxie ?

Nous envisagerons successivement ces différentes questions.

I. Epidémiologie. — Le caractère contagieux de la maladie depuis longtemps reconnu pose des problèmes dont le plus important est incontestablement le mode de contamination. L'expérimentation et les constatations faites sur ce sujet ont quelque peu modifié nos idées.

Pour certains auteurs, tel Flexner, les animaux, chiens, chats et surtout mouches, moustiques, pourraient véhiculer le germe de la poliomyélite. Ce rôle et en particulier celui des moustiques est infirmé par l'expérimentation.

La question du passage à l'homme des maladies analogues pouvant sévir sur les animaux a retenu l'attention d'observateurs qui signalent des épizooties frappant les animaux domestiques et surtout les animaux de basse-cour, caractérisées par des paralysies souvent mortelles précédant dans les campagnes l'apparition d'un cas de paralysie infantile et faisant songer à l'identité de germe. Rien de démonstratif n'a été fait dans ce domaine.

La thèse de la " contagion interhumaine " reste la plus conforme à la réalité, et deux théories se partagent actuellement le mode de transmission de la maladie. Elles ne s'opposent d'ailleurs pas, mais se complètent.

La théorie de **la contagion respiratoire** repose sur des constatations cliniques et des bases expérimentales solides.

Elle est la plus ancienne, mais on a de plus en plus tendance à l'heure actuelle à considérer que la contagion par le rhinopharynx est l'exception.

La théorie de la **transmission hydrique**, explique

le caractère estival des épidémies et leur diffusion.

Des constatations faites par Levaditi au cours de l'épidémie de 1930, il ressort que les foyers de poliomyélite ont montré une prédilection marquée pour les cours d'eau avec une tendance manifeste pour les localités de plaine à région humide, à nappes d'eau superficielles. Cette théorie trouve un robuste point d'appui dans l'expérimentation et dans les recherches de laboratoire.

Kling, Levaditi et Lépine ont démontré la possibilité de transmission de la poliomyélite par voie digestive chez le macaccus cynomolgus.

Les selles des sujets atteints de poliomyélite contiennent le virus de la maladie. Howe et Bodian ont inoculé cinq chimpanzés avec un mélange de sept selles humaines reconnues virulentes, tous les animaux sauf un sont contaminés, et leurs selles virulentes permettent de reproduire la maladie chez d'autres chimpanzés.

Chez l'homme, dans plusieurs cas mortels de poliomyélite, le virus a été trouvé dans les ganglions mésentériques.

La preuve expérimentale est donc faite aujourd'hui, d'une part : de **la possibilité de transmission de la poliomyélite par voie digestive**, d'autre part, de la **virulence des matières fécales des sujets infectés.**

Elles constituent l'une des sources les plus capables de diffuser le virus dans le milieu extérieur. De là est née la théorie hydrique. C'est par l'eau des égoûts provenant des zones infectées que se transmet la maladie. La présence du virus dans l'eau des égoûts a été démontrée par Paul, Trask lors de l'épidémie de Charleston en 1939.

Dans ce milieu, le virus rencontre les conditions optima de chaleur et de nourriture propres à son développement, enfin, des micro-organismes flagellés joueraient le rôle d'hôtes intermédiaires.

Kling a été jusqu'à incriminer l'eau d'alimentation. La maladie pourrait également être transmise par le lait ,le beurre, les légumes, du fait de souillures accidentelles ou de culture dans des terrains d'épandage.

La filiation de la maladie et sa contagiosité ne sont pas toujours faciles à mettre en évidence au cours des épidémies. Tandis que dans un pays certains sujets sont atteints, d'autres restent indemnes, et les anomalies de répartition peuvent laisser rêveur. A lui seul, le contact ne suffit pas et Levaditi dit : " D'autres facteurs géographiques, géologiques, hydrographiques et météorologiques s'y ajoutent pour constituer tout un faisceau d'influences agissantes ". A ces facteurs s'ajoutent sans doute des causes prédisposantes inhérentes à l'individu lui-même, ou des facteurs favorisants parmi lesquels les auteurs allemands rangent l'exposition prolongée au soleil après les bains de rivière, et la fatigue musculaire.

II. Le Concept clinique. — Il s'est modifié parallèlement aux acquisitions nouvelles faites au cours des dernières épidémies. Celles-ci ont trait au nombre considérable de formes frustes, abortives, atypiques.

Dans la statistique établie par Rohmer (1) les formes méningées pures dont la proportion était de 2,5 % en 1930 atteignent 22 % en 1943.

Certaines formes prennent l'allure d'une simple angine, d'une rhinopharyngite, d'une entérite aigue fébrile ou d'une gastro-entérite.

Rohmer rapporte l'histoire d'un jeune homme de 17 ans chez qui, la maladie se traduit par un syndrome gastro-intestinal aigu dont il guérit en quelques jours, mais dont la sœur présente deux jours plus tard un syndrome analogue suivi rapidement de paralysie avec atteinte des centres respiratoires et mort.

Ces faits modifient actuellement le concept clinique de la poliomyélite. De plus en plus on a tendance à considérer qu'en temps d'épidémie le nombre des formes abortives et des sujets contaminés est infiniment plus grand que celui des formes paralytiques.

La maladie est une infection due à un virus filtrant. Celui-ci pénètre dans l'organisme, soit par la voie respiratoire, soit plus souvent et surtout l'été par voie digestive, d'où la variété des manifestations auxquelles il donne lieu (rhino-pharyngites, angines, gastro-entérites, etc.).

Ce syndrome infectieux polymorphe résume le plus souvent à lui seul toute la maladie.

Ce n'est que dans certaines conditions, sous la dépendance de facteurs héréditaires, constitutionnels ou accidentels que le virus devient neurotrope, gagnant les centres nerveux et ses enveloppes, déterminant alors la symptomatologie classiquement connue.

En somme, on considère les paralysies comme une complication de la maladie susceptible d'évoluer en deux phases : une phase **extra-neurale**, et une phase **neurale.**

Du point de vue pratique en temps d'épidémie, il convient donc d'avoir la ponction lombaire facile si l'on veut être en mesure d'isoler précocement les sujets disséminateurs de la maladie, et de se méfier, en particulier, d'un diagnostic trop facile de méningite lymphocytaire curable que certains auteurs tels Netter et Comby n'hésitaient d'ailleurs pas et depuis longtemps à rattacher à la poliomyélite.

Précocement faite, la ponction lombaire permet de constater un taux de glucose normal, et outre la polynucléose, de grosses cellules mononucléaires à noyau rond et à cytoplasma abondant et vacuolaire.

L'albuminorachie est d'autant plus élevée que l'on se rapproche du début clinique. A la polynucléose du début fait suite une formule mixte contenant des lymphocytes et des polycucléaires et enfin, à partir du cinquième jour, presque exclusivement des lymphocytes.

Thérapeutique. — Les contributions cliniques apportées par l'étude des dernières épidémies tendent à accentuer le polymorphisme d'une maladie sur laquelle le Pr P. Nobécourt avait insisté à maintes reprises. Celui-ci s'étend des formes bulbaires à évolution rapide amenant la mort

(1) P. Rohmer, R. Sacrez et P. Kerer. Remarques sur l'épidémie de poliomyélite du centre en 1943 Arch. française de Pédiatrice T. III n° 1, 1946.

en vingt-quatre ou quarante-huit heures, aux formes extra-nerveuses.

Il explique la tiédeur et le scepticisme de certains auteurs vis-à-vis des différentes thérapeutiques proposées et l'engouement de certains autres également dignes de foi qui se laissent aller à la joyeuse illusion d'une action trop facilement peut-être qualifiée d'efficace.

La critique est ici facile, et l'art dans sa pratique beaucoup plus difficile.

Tout en considérant l'intérêt extrême que l'on doit porter aux discussions scientifiques sur l'action de ces différentes thérapeutiques, qu'il s'agisse de sérum de Pettit, de sérum de convalescents ou de radiothérapie, force est cependant de reconnaître qu'aucun de ces traitements n'est dangereux. Aucun d'entre eux judicieusement appliqué ne pose la question du " primum non nocere ".

Il y a intérêt à associer les différents traitements, pour, la chance aidant, mettre tous les atouts dans son jeu. On évitera ainsi d'encourir le reproche que pourrait susciter aux parents d'un malade gravement atteint et soigné sans conviction la connaissance d'un cas heureux, où la guérison sera considérée non pas comme relevant d'une évolution normalement favorable, mais comme la conséquence d'une thérapeutique d'efficacité certaine précocement mise en œuvre.

Pour ces raisons, il semble bien, qu'il y ait tout intérêt à utiliser ou le sérum de Pettit ou le sérum de convalescents (1) ou à associer ces deux sérums lorsque la chose est possible. Conjointement la radiothérapie médullaire sera mise en œuvre dès l'apparition des paralysies. Ses partisans considèrent que les résultats sont surtout à attendre lors de la période inflammatoire, avant la constitution des lésions de sclérose de la moelle et qu'il y a intérêt à commencer ce traitement dès que le diagnostic est posé.

Dans ce schéma thérapeutique on ne perdra toutefois pas de vue : l'action très manifestement bienfaisante de la balnéothérapie chaude, le danger d'employer la sérothérapie par voie intra-rachidienne, l'absence d'action de la pénicilline, l'action adjuvante de l'acide ascorbique à petites doses, et des antiseptiques généraux tels que uroformine, salicylate de soude.

Les formes cardio-respiratoires sont justiciables des injections intraveineuses de lobéline, des toni-cardiaques et surtout du poumon d'acier.

IV. Prophylaxie. — Des modifications de nos conceptions sur l'épidémiologie de la maladie découlent naturellement des modifications des méthodes de prophylaxie.

Les règles de la déclaration obligatoire, et les règlements en vigueur en ce qui concerne les milieux scolaires gardent toute leur valeur.

On accorde plus d'importance à l'heure actuelle aux méthodes suceptibles d'éviter la propagation de la maladie par voie hydrique qu'à celles ayant pour but d'éviter la contagion par voie respiratoire. Certes celles-ci doivent être préconisées, mais on se contentera de prescrire la désinfection du rhinopharynx par l'huile eucalyptolée ou mentholée à 1 p. 500, de l'eau bouillie salée additionnée de formol, à 1 p. 400 ou on utilisera la formule du Dr Vincent (eau salée à 1 p. 100 additionnée de III gouttes d'eau de javel par 40 cm).

Les pulvérisations selon les méthodes de Armstrong officiellement préconisées en 1943, à l'aide d'un mélange de solutions à base d'acide picrique et d'alun, de même que celles faites avec du chlorure de zinc réalisant un tannage de la muqueuse sont actuellement rejetées, en raison des nausées, céphalées et risques d'anosmie qu'elles entraînent sans que leur pouvoir prophylactique soit certain.

Par contre, on attachera un gros intérêt à la désinfection par l'eau de javel, le chlorure de chaux, des selles des malades et de leur entourage avant leur envoi à l'égoût. L'élimination du virus par les selles est longue, vingt-cinq à soixante jours et plus.

Les mesures d'interdiction de bains de rivière dans les régions atteintes paraissent légitimes. On conseillera de faire bouillir l'eau de boisson, le lait, d'éviter les crudités.

L'injection de sérum spécifique, ou de sérum de convalescents peut-être faite dans l'entourage immédiat des malades lorsque l'on dispose de quantités suffisantes, ou à défaut, l'injection du sang total d'adultes.

10 Octobre 1946.

(1) A l'heure actuelle, il n'est pas toujours aisé de se procurer du sérum de convalescents ou du sérum de Pettit. Signalons que le Ministère de la Santé Publique, est à même, sur demande, de fournir aux praticiens un sérum d'origine américaine.

INDICATIONS RESPECTIVES DE L'IMPACTION ET DE L'ENCLOUAGE DANS LE TRAITEMENT DES FRACTURES DU COL DU FÉMUR

George PASCALIS

Le traitement des fractures du col du fémur est commandé par l'âge et l'état général du blessé, d'une part, le siège et le caractère du trait de fracture, d'autre part.

Un même traitement ne peut convenir à des sujets âgés et fatigués ou à des hommes robustes.

Il est de grands vieillards tarés, chez qui la fracture du col est une façon de mourir, et qu'il faut laisser finir en paix. Il en est d'autres, moins atteints, qu'il est prudent de mettre dans un fauteuil le plus tôt possible et de faire marcher sur des béquilles, s'ils en sont capables. D'autres chez qui l'engrènement des fragments, véritablement providentiel, commande l'abstention. D'autres enfin, qui, atteints d'une fracture flottante, relèvent de l'impaction et, en cas d'échec, d'un enclouage fait à l'anesthésie locale en réduisant l'intervention à un minimum de temps et de gestes.

Chez les sujets plus jeunes et encore robustes, j'ai renoncé depuis longtemps au plâtre à la manière de Whitmann. Cet appareillage est pénible à supporter et je n'ai point oublié que je lui dois une mort par pneu

monie. Je tente l'impaction ou j'enclone selon la localisation du trait.

La fracture par décapitation échappe à l'impaction ; sa réduction exacte est fort difficile à réaliser du fait de l'extrême mobilité du fragment capital, et la percussion du trochanter, par suite de cette mobilité, exposerait à provoquer une pénétration en mauvaise position avec infirmité entraînant l'apparition progressive d'une arthrite coxo-fémorale.

La fracture transcervicale oppose l'une à l'autre deux surfaces dures et résistantes. J'ai pu cependant réussir deux impactions. L'une d'elles, sur la femme d'un médecin, n'était point en position anatomique parfaite. Elle a cependant permis une marche aisée, sans boiterie, ni canne.

Les cervico-trochantériennes flottantes sont le type de fractures dont il faut tenter l'engrènement, puisqu'elles mettent en face d'un trochanter creusé de géodes, par conséquent fragile, un éperon de Merckel résistant qui va aisément pénétrer dans les travées du massif externe. Mais les cervico-trochantériennes sont à l'ordinaire engrenées et mal engrenées. La pénétration se fait surtout aux dépens de la face postérieure des surfaces fracturées, ceci entraîne un raccourcissement de la face postérieure du col qui met la cuisse en rotation externe. C'est une déformation qu'il faut savoir accepter chez les grands vieillards. Chez les autres, il faut désengrener, remettre en attitude correcte, et essayer l'impaction.

Lorsque la cervico-trochantérienne présente plusieurs fragments, de bons films dicteront la conduite à tenir : petits, les fragments ne seront point un obstacle ; gros, ils feront échouer la tentative la mieux conduite. Voyons maintenant comment réduire et comment engrener.

La réduction doit toujours être rigoureusement exacte, lorsque l'on a rétabli l'articulé de la fracture, le reste n'est plus rien. On l'obtient aisément et rapidement au lit du malade — une planche étant placé entre matelas et sommier — en utilisant la gouttière que Mme Navarre a conçue pour le traitement des phlébites. Simple cadre métallique, qu'un infirmier adroit peut construire, elle permet de monter un hamac sur quoi repose le membre atteint, cuisse fléchie sur le bassin, jambe fléchie sur la cuisse. On exerce une extension continue dans l'axe du membre en augmentant rapidement les poids jusqu'à 8 kg., le bassin étant équilibré. L'orientation de la gouttière sur le plan du lit, donne l'abduction voulue ; la rotation interne est obtenue à l'aide d'une bande adhésive en ?, placée à l'union du tiers moyen et du tiers supérieur de la cuisse, et perpendiculairement à elle, de haut en bas, et de dedans en dehors. Cette bande peut être fixée à la gouttière, ou donner attache à une corde chargée de poids qui va se réfléchir sur le dossier d'une chaise.

La réduction est généralement obtenue après 24 ou 48 h. Un cliché exécuté sur place en montrera la qualité. Si elle est bonne, sans déplacer le blessé, à l'aide d'un gros maillet de bois, emmailloté d'ouate, on percutera fortement le grand trochanter à trois ou quatre reprises, pour tenter de faire pénétrer l'éperon de Merckel dans le massif osseux externe, en position exacte. Un film montrera le résultat. Il ne faut pas oublier que la solidité est souvent relative. Un sujet très âgé sera mis immédiatement dans un fauteuil après application d'une bande plâtrée, prenant point d'appui sur le grand trochanter. Le plus souvent on pose un caleçon plâtré et on laisse le blessé au lit pendant trois mois, après quoi, une radiographie sera exécutée pour décision. Ce caleçon doit s'arrêter à un bon travers de main au-dessus de la base de la rotule (limite approximative du cul-de-sac sous quadricipital), si l'on ne veut pas s'exposer à des raideurs articulaires du genou. On peut laisser impunément au lit un fracturé âgé, s'il est confié à une bonne infirmière qui saura prévenir les complications habituelles, cutanées, vésicales, pulmonaires, par des soins minutieux.

La qualité des guérisons par impaction, est égale à celle dues aux meilleurs enclouages et elle a sur eux l'avantage de ne pas abandonner une importante prothèse métallique qui provoque de l'ostéite raréfiante.

Lorsque l'impaction échoue (une fois sur deux), il faut, comme dans les fractures sous-capitales, et dans beaucoup de transcervicales, recourir à l'enclouage. L'opération n'est rien, tout, ici encore, est question de réduction.

Je pratique celle-ci sur ma table orthopédique, tant de fois reproduite, dont on sait la puissance de traction, en utilisant s'il y a lieu l'écarteur inter-crural. Il faut d'abord désengrener, puis réduire en multipliant les films jusqu'à parfait résultat. L'anesthésie générale ou rachidienne est ici nécessaire. Ce qui suit va aller très vite, en utilisant une incision économique. J'ai renoncé depuis longtemps à tout appareil de visée. Le pouce sur la crête sous-trochantérienne, je glisse l'index sous la lèvre cutanée interne jusque sur la tête fémorale. J'ai ainsi l'axe du col où j'introduis une sorte de trocart à hydrocèle, dont la pièce femelle laisse juste place à une broche de Kirschner — qui plie et dévie sans ce guide — un contrôle radiographique montre si le tracé est bon, et il l'est neuf fois sur dix avec autant de rigueur qu'en utilisant n'importe quel appareil de visée, et sans les inconvénients de ceux-ci. On retire la pièce mâle que l'on remplace par une broche graduée, et sur celle-ci on fait avancer le clou de Smith-Petersen jusqu'à mise au contact des fragments, qu'on doit éviter de télescoper. On termine en plaçant quelques brins de catgut sur les muscles et l'aponévrose après hémostase attentive, et quelques fils sur la peau. Le tout demande un quart d'heure. Je mets sans grande conviction un caleçon plâtré. Je ne suis pas certain qu'il serve à grand'chose, mais j'ai appris, aux dépens de quelques malades, quels pouvaient être ses inconvénients.

L'enclouage est une excellente méthode, mais le clou est une mauvaise chose. L'os qui est déjà atteint d'ostéite raréfiante se résorbe autour de lui. Il m'est arrivé plusieurs mois après l'opération d'aller en cueillir un sous la peau où il était venu se loger. Il serait cependant facile, au niveau de sa tête, de placer trois crampons escamotables (ceux-ci existent sur certaines clefs), qu'un simple mouvement de rotation ferait pénétrer dans la corticale du trochanter. Le fabricant à qui j'ai soumis cette idée, l'a trouvée sans intérêt commercial.

L'impaction ne laisse point de prothèse métallique, je l'ai d'abord considérée comme un procédé d'exception réservé aux vieillards déficients. Les blessés qui en ont bénéficié, ne me démentiront pas lorsque je dirai que je la tiens aujourd'hui comme le temps initial obligatoire de tout traitement. A mesure que nous saurons mieux la pratiquer, nous la réussirons plus souvent, mais son succès, comme celui de l'enclouage tient à une exacte réduction rétablissant l'articulé de la fracture.

LES OPÉRATIONS DU PROFESSEUR GLAUBER

M. Funck-Brentano a examiné, à la consultation de l'hôpital Saint-Antoine, une jeune polonaise de 30 ans, rapatriée d'Auschwitz, venue demander conseil parce qu'elle a subi dans ce camp une injection intra-utérine expérimentale.

Cette injection lui fut faite au Bloc 10 par le médecin-chef du camp, le professeur Glauber (de Breslau). L'injection fut très douloureuse et entraîna des douleurs pelviennes intenses, une fièvre élevée et des pertes verdâtres. Pendant cinq mois, tant qu'ont duré fièvre et douleurs, la jeune femme fut hospitalisée avec de la glace sur le ventre.

Actuellement, indolence pelvienne, règles normales. A l'examen, on trouve un utérus petit, mobile. L'hystérographie montre une cavité utérine petite, irrégulière, une oblitération totale de l'**ostium utérinum**, d'un côté, une simple amorce filiforme tubaire de l'autre côté. On peut en déduire qu'il a dû être injecté un liquide caustique sclérosant, la manœuvre ayant abouti a une oblitération tubaire bilatérale complète. Aucune espérance de maternité n'est possible pour cette femme à laquelle le professeur Glauber a dit, d'ailleurs, après l'opération : « Tu n'as jamais eu d'enfant. Eh bien, tu n'en auras jamais. »

***

En communiquant cette observation à l'Académie de chirurgie (séance du 20 mars 1946), M. Funck-Brentano remarque qu'il s'agit là d'un des nombreux cas de stérilisations féminines pratiquées par les médecins nazis à Auschwitz. Les modes opératoires dans les différents Blocs de ce camp étaient divers : castrations ovariennes chirurgicales au Bloc 21, stérilisations par les rayons X et autres procédés au Bloc 10 (bloc expérimental). Les résultats des observations étaient régulièrement consignés par le professeur Glauber, Sturmbanführer, et par le Dr Wirths, Hauptsturmführer.

M. Funck-Brentano tient ces précisions d'un de ses élèves, déporté à Auschwitz. Ces renseignements rejoignent les dépositions reçues par l'Office des Réfugiés de guerre à Washington et ils viennent à l'appui des conclusions de la Commission d'Etat, nommée par le Gouvernement de Moscou. Ce sont ces faits qui ont permis au délégué français près le Tribunal international de Nuremberg, M. de Menthon, d'affirmer dans son réquisitoire : «Les déportés servirent de cobayes pour de nombreuses expériences médicales, chirurgicales ou autres, qui les conduisaient en général à la mort. A Auschwitz, au Struthof, à Ravensbrück, Cologne, Neungramme, de nombreux hommes, femmes et enfants furent stérilisés. « Les stérilisations servaient dans un but d'expérimentation et faisaient partie d'un vaste plan destiné à l'extinction de populations jugées non assimilables par le Grand Reich ».

La stérilisation féminine, conclut M. Funck-Brentano, appartient à la série des crimes scientifiques allemands.

P. LACROIX.

LES LIVRES

L'Année médicale pratique, XXVe année, édition 1946, publiée sous la direction de **C. Lian**, P[r] de clinique médicale, médecin de l'hôpital Tenon, un vol. in-16 couronne, 500 pages. Prix : 162 fr. Éditions R. Lépine, 39, rue d'Amsterdam, Paris (8e). C. Chèque postal : Paris 712-04.

" L'Année médicale pratique " fête ses noces d'argent. 1946 est sa 25e année. C'est dire le sérieux, la solidité de ce volume annuel qui a marqué définitivement sa place dans la littérature médicale française.

Les nombreux médecins qui le lisent chaque année, attendent toujours avec impatience sa publication, car ils savent que cet ouvrage renferme toutes les notions nouvelles et pratiques en médecine, chirurgie et dans toutes les spécialités : petits articles faciles à consulter puisqu'ils sont classés par ordre alphabétique.

MASSON ET Cie, EDITEURS
120, Boulevard Saint-Germain, Paris

Dr Charles Lesur. — Manuel de gymnastique corrective et de gymnastique orthopédique. Préface du Dr M.-S. Oberlin. Un vol. 138 p. avec 161 fig. Prix : 100 fr.

Du point de vue de leur attitude 20 % des enfants sont tout à fait normaux et la gymnastique qui leur convient n'est pas traitée dans ce livre ; 70 % se tiennent mal et sont justiciables de la gymnastique corrective ; 10 % présentent des déformations très nettes, difficiles à réduire, parfois irréductibles, et ils auront besoin concurremment avec d'autres traitements d'une gymnastique vraiment médicale, dite orthopédique.

L'auteur étudie d'abord la gymnastique corrective qui a pour but de développer, de tonifier un certain nombre de muscles ou groupes musculaires bien définis. Il passe ensuite à la gymnastique orthopédique destinée aux enfants dont la déviation est impossible ou difficile à réduire, tout ou moins extemporanément ; c'est ainsi qu'il est appelé à étudier les déviations les plus fréquemment rencontrées : lordose lombaire-cyphoses, scolioses, et les mouvements susceptibles de les corriger. Un chapitre donne les détails d'organisation pratique des cours de gymnastique orthopédique.

Ce manuel s'adresse plus spécialement aux moniteurs d'écoles ou de grandes administrations. Il est intéressant à plus d'un titre pour le médecin qui doit conserver le contrôle médical des enfants et à qui il appartient de dicter l'ordonnance gymnastique que le moniteur n'aura qu'à appliquer. Une illustration personnelle de 150 figures, faite de silhouettes stylisées, dessinées par l'auteur, et de photographies, achève de donner à ce livre une valeur très originale.

J.-B. JANIN, EDITEUR
4, rue Hautefeuille, Paris

L'Aliénation poétique. — Dr Jean Fretet. L'auteur analyse le phénomène de l'inspiration chez quelques-uns de nos plus grands écrivains : Rimbaud, Mallarmé, Proust.

LES SOCIÉTES SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

Deux ans de vaccinothérapie intraveineuse systématique dans 200 dothienentéries.
(M. R. Le Blaye, de Poitiers. — Présentation par M. Aubertin ; 25-6-1946)

Peu connue en France, la vaccinothérapie intra-veineuse de la fièvre typhoïde a fait l'objet, à l'étranger, de nombreuses publications presque toutes favorables à la méthode.

Depuis quelques années, M. Le Blaye emploie systématiquement le vaccin intra-veineux dans les fièvres typhoïdes et paratyphoïdes et il présente une statistique portant sur deux ans et 200 cas traités dans le service de Clinique médicale de Poitiers.

On utilise de préférence un vaccin spécifique et même un auto-vaccin, bien que l'on puisse obtenir des succès d'un vaccin non spécifique. Le vaccin est injecté dans la veine à des doses beaucoup plus réduites que par voie sous-cutanée (moins de 30 millions par piqûre), en fractionnant les doses au besoin pour atténuer la violence du choc vaccinal. Surveiller d'heure en heure les réactions du thermomètre. Si l'on tient compte de la nécessité d'un diagnostic bactériologique précis préalable, d'une surveillance étroite des réactions vaccinales (choc, hyperthermie, plus rarement tendance au collapsus), on comprend que ce traitement soit à réserver autant que possible à un service hospitalier spécialisé.

Sur 200 cas, M. Le Blaye a noté : 40 guérisons sans vaccination (formes bénignes), 4 décès sans vaccination (décès à l'entrée), 120 guérisons brusques après la première, la deuxième ou la troisième vaccination, 36 échecs (dont 20 guérisons et 6 décès). La proportion des guérisons brusques a été plus grande pour la paratyphoïde B que pour la fièvre éberthienne.

P. L.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX DE PARIS

Les réactions d'hyperglycémie provoquée dans les hypoglycémies spontanées.
(M. D. Mahoudeau ; 7-6-1946)

Certains auteurs ont cru voir dans le type de la réaction de l'hyperglycémie provoquée un test permettant d'entrevoir l'origine cortico-surrénalienne, hypophysaire ou pancréatique de l'hypoglycémie. A la lumière de certains faits personnels et de ceux qu'il fut possible de retrouver dans la littérature, l'auteur estime que cette épreuve ne permet pas de déceler l'origine de l'hypoglycémie.

Pénicilline en aérosols dans les suppurations bronchiques.
(MM. R. Benda et R. Gally ; 7-6-1946)

Plusieurs chercheurs américains et anglais ont déjà préconisé cette technique dans les infections broncho-pulmonaires en général. Ils ont même procédé dans le même sens à divers travaux d'ordre expérimental et clinique.

On conçoit à priori que l'emploi de la pénicilline sous forme d'aérosols permette une action plus directe, donc plus efficace, en même temps qu'une économie relative du produit.

Parmi les cas qu'ils ont eu l'occasion de traiter par cette méthode, à l'exclusion de tout autre mode d'administration de la pénicilline, MM. Benda et Gally rapportent deux cas d'abcès du poumon où la chûte rapide de la température, la disparition de la fétidité des crachats, suivie quelques jours plus tard du tarissement complet de l'expectoration elle-même, leur paraissent suffisamment démonstratifs.

— M. Weissmann-Netter. — Au Congrès de la pénicilline, le pourcentage de guérison des abcès du poumon par la pénicilline est très variable, selon les auteurs.

— M. Even. — Si l'on veut vraiment connaître l'action de la pénicilline, il faut s'adresser à une statistique importante.

— M. Jacob. — Le traitement des abcès du poumon reste chirurgical. La pénicilline agit surtout sur des suppurations mal localisées, diffuses, non enkystées, mais qui ne sont pas des abcès du poumon.

— M. Ameuille. — Le chirurgien intervient sur des lésions anatomiques, le médecin essaie d'en traiter la cause. Or, sauf dans quelques cas, celle des abcès du poumon reste inconnue, et tant qu'elle le restera on ne pourra savoir pourquoi certains abcès sont pénicillo-résistants et d'autres pénicillo-sensibles.

Nanisme, trouble du fonctionnement rénal et rachitisme chez un enfant soumis à l'action du radium au 3e mois de la vie intra-utérine.
(MM. M. Lamy, P.-Y. Paley, Mlle Jammet 7-6- 1946)

Les auteurs ont observé un enfant nain, microcéphale, arriéré, dont la mère avait subi au troisième mois de sa grossesse une application intra-utérine de radium. A ce syndrome s'est ajoutée une déficience progressive des fonctions rénales, manifestée dans les premières années par une polydipsie très notable. A 3 ans 1/2 s'est installé rapidement un rachitisme important qui a guéri sous l'influence de vitamines D administrées à fortes doses. Une observation tout à fait comparable de rachitisme rénal a été publiée chez un « enfant des rayons » par J. S. Glass. D'autre part, Maddox a pu réaliser chez le jeune chien par l'irradiation d'un rein suivie d'une néphrectomie du côté opposé, une déficience rénale avec retard de la croissance et des lésions osseuses du type rachitique. Il y aurait intérêt à étudier le fonctionnement rénal chez les enfants soumis pendant la vie intra-utérine à l'action du radium ou des rayons X

J. Chevrolle.

SOCIETE D'ELECTRO-RADIOLOGIE MEDICALE DE FRANCE
(9-4-1946)

Incidents du développement radiographique pouvant entraîner des erreurs de diagnostic en radiologie pulmonaire.
(MM. Robert Coliez et A. N. Loiseau)

Parmi les causes d'erreur qui peuvent apparaître sur les films par suite de leur manipulation ou de leur développement, il y a lieu d'insister sur les phénomènes de « hapnage » susceptibles de se produire lorsque deux films trop join-

Les 3 Cyto Corbière

CYTO-SÉRUM

MÉDICATION CACODYLIQUE INTENSIVE ET INDOLORE

LYMPHATISME - CONVALESCENCES
ASTHÉNIES - LEUCÈMIES

HÉMO CYTO-SÉRUM

MÉDICATION FERRO-CACODYLIQUE INTENSIVE ET INDOLORE

ANÉMIES DE TOUTE ORIGINE
CHLOROSE - HÉMORRAGIES
CONVALESCENCES POST-OPÉRATOIRES

CYTO-MANGANOL

MÉDICATION MANGANO CALCIQUE ARSÉNIÉE

AMAIGRISSEMENT - LYMPHATISME
TROUBLES DE LA CROISSANCE

MODE D'EMPLOI

Une injection intramusculaire dans la région fessière tous les jours ou tous les deux jours.

LABORATOIRE **CORBIÈRE** 27, R. DESRENAUDES. PARIS

GADEOL 20

1 ampoule buvable de 5 cc.

THÉRAPIE DES TROUBLES DU MÉTABOLISME PHOSPHOCALCIQUE ET DES ÉTATS INFECTIEUX PAR DOSE MASSIVE DE VITAMINES A & D

OPO-VEINOGENE

1 ampoule buvable par jour

THÉRAPIE PHYSIOLOGIQUE DES TROUBLES DE LA CIRCULATION A BASE DE FEUILLE DE VIGNE ROUGE ET PLURI-OPOTHÉRAPIE

HEPANOVA

1 à 2 ampoules buvables par jour

TRAITEMENT DES ANÉMIES ET ÉTATS DE CARENCE PAR LES VITAMINES B^1 B^2 ET LE FER ASSIMILABLE ASSOCIÉS A L'OPOTHÉRAPIE HÉPATO-SPLENIQUE

SYMPATHOCRINE

Sédatif et Tonique

GADERMYL

Pansement chimiobiologique
la Vitamine B^6 associée aux Vitamines A et D

LABORATOIRE BIOSEDRA

60, RUE DE ROME, PARIS - LABORDE 19-13 - 14

USINE A MALAKOFF

tifs restent en contact prolongé au cours du développement. Les auteurs présentent un cas où une large « tache » pulmonaire simulait d'une manière si parfaite une lésion pulmonaire avec marbrures qu'un médecin non spécialisé avait pu s'y tromper et conseiller à la malade un repos absolu. Or, un examen attentif du cliché et une deuxième radiographie comparative prise le lendemain montra un hémi-thorax tout à fait normal. Dans le cas particulier, la qualité purement artificielle du « défaut » fut prouvée par l'existence, au niveau même de la tache, d'un aspect brillant de la gélatine sur l'une des faces du film, et tranchant très fortement avec l'aspect mat de tout le reste du cliché.

Les auteurs donnent également une série d'autres exemples où des accidents purement artificiels des films ont été pris pour des lésions pulmonaires par des médecins non spécialisés. Ils attirent l'attention sur la nécessité de bien connaître toutes ces causes d'erreur pour ne pas risquer d'affoler inutilement des non-malades et y voir ensuite de « belles guérisons ». R. C.

SOCIETE DE MEDECINE, CHIRURGIE ET PHARMACIE DE TOULOUSE

Abcès sus-phrénique avec réaction pleurale au cours d'une fièvre typhoïde.

M. R. Sorel, Mme Enjalbert, MM. A. Bardier, Gouzy et Bouissou

Il s'agit d'un enfant de 8 ans et demi, qui, le 60e jour d'une fièvre typhoïde est atteint d'un point de côté douloureux dans la région vésiculaire. Température hectique, état général mauvais. Un plastron dur et douloureux s'installe dans la région vésiculaire, puis un syndrome pleural réactionnel se créé. Polynucléose importante. A l'intervention par voie abdominale, gros abcès sus-phrénique, inter-hépato-diaphragmatique à bacille d'Eberth pur. Drainage par mèche et drain. Réanimation par plasma intraveineux et sérum. Bon état 15 jours après l'opération, réalimentation, température régulière, diarrhée stoppée.

Chorée aiguë avec phlegmon de l'avant-bras. Traitement par la pénicilline, guérison.

MM. R. Sorel, A. Bardier et Pigassou

Observation d'une fillette de 14 ans, présentant au troisième jour d'une chorée régulière, type de Sydenham, un épisode typique de chorée aiguë avec manifestations psychiques intenses, agitation réalisant le tableau classique de folie musculaire et signes généraux importants avec fièvre de 39 à 40.

L'agitation difficilement calmée par les barbituriques entraîne des ulcérations traumatiques qui déclenchent un début de phlegmon de l'avant-bras, avec aggravation de l'état général. La pénicillinothérapie (20.000 unités toutes les trois heures par voie intra-musculaire) amène une amélioration rapide de la suppuration qui aboutit à la résolution. Cette amélioration coïncide avec la chûte de la température à 37 et la régression rapide de l'agitation psychique et musculaire.

J.-P. Tourneux.

LA PRESSE

Certaines affections du cuir chevelu sont actuellement en recrudescence. — L. Gallerand et E. Juster confirment que les conditions anormales de la vie subies depuis plusieurs année ont retenti sur les maladies du cuir chevelu : réapparition fréquente de l'alopécie syphilitique (soit alopécie en clairières, soit alopécie monosymptomatique du type alopécie infectieuse banale) ; augmentation de la pédiculose dans toutes les classes sociales, des teignes dans les agglomérations d'enfants ; fréquence accrue des pelades en rapport avec les perturbations endocrino-sympathiques. Enfin la mauvaise qualité actuelle des produits hygiéniques détermine de nombreuses trichoptiloses (cheveux cassants) et les acnés polymorphes des brillantines. Par contre, les alopécies, dites séborrhéiques n'ont pas été modifiées. (« La Presse Médicale », 6 juillet 1946.)

La question de la tuberculose conjugale. — Le Professeur F. Bezançon rend compte d'une enquête réalisée par MM. Toulou et Parrigue ; celui-ci montre combien, dans un grand nombre de milieux, on semble ignorer le danger de la contagion familiale, qui atteint 12 % de tuberculoses ouvertes sur 2.300 ménages soigneusement étudiés. Or, il est regrettable de constater l'habituelle absence de prophylaxie. A défaut d'un isolement souvent difficile à réaliser, on ne saurait trop souligner l'importance de l'éducation sanitaire et de la surveillance systématique du conjoint sain. (« La Presse Médicale », 13 juillet 1946.)

Le diagnostic du sexe de l'enfant pendant la grossesse. — W. Geisendorf, reprenant à la maternité de Genève l'étude du test de Darn et Sugermann, injecte à des lapins mâles, en période de migration testiculaire, de l'urine ou de sérum de femmes enceintes de plus de cinq mois ; lorsque les testicules du lapin augmentent de volume, se congestionnent et présentent au microscope une accélération de la spermatogénèse, on présume que la femme est enceinte d'une fille ; lorsque les testicules ne sont pas modifiés par rapport à ceux d'un lapin témoin, on présume qu'il s'agit d'un garçon. Sur 32 cas, le diagnostic macro et microscopique n'a été mis en défaut qu'une fois ; dans 5 cas, l'aspect macroscopique ne concordait pas avec le microscope. Si le test ne paraît pas devoir avoir une valeur pratique considérable, il présente un intérêt scientifique incontestable, car il implique l'existence dans les urines de la femme enceinte d'hormones gonadotropes non spécifiques et d'hormones ou de vitamines variables suivant le sexe de l'enfant à naître. (« Rev. Française Gynécologique », février 1946.) G. F.

PARTIE PROFESSIONNELLE

PROPOS DU JOUR

SÉANCE D'OUVERTURE DU 49e CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

Le 49e Congrès français de chirurgie s'est ouvert le lundi 7 octobre 1946, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de Médecine, devant une nombreuse assistance où, pour la première fois depuis la guerre, figuraient d'importantes délégations étrangères — belges, suisses, anglaises. C'est notre ami et éminent collaborateur DE FOURMESTRAUX, de Chartres, qui, cette année, avait été appelé à la présidence : honneur suprême qui consacre la carrière d'un chirurgien et dont le CONCOURS MÉDICAL est heureux d'avoir à le féliciter. Le recteur ROUSSY exerçait la présidence d'honneur, et le doyen BINET rehaussait cette cérémonie de sa présence. L'élite de la chirurgie française les entourait.

La séance inaugurale du Congrès de chirurgie est traditionnellement revêtue d'une solennité académique que les protagonistes s'efforcent de réchauffer par des fastes décoratifs, et la chirurgie française fait volontiers appel, pour patronner ses assises, à une célébrité littéraire, politique ou militaire. Cette année l'ambiance optima fut assurée par les moyens du bord : les orateurs se livrèrent à une joute où l'éclat métallique des lames transparaissait sous une pluie de fleurs.

Le président DE FOURMESTRAUX exprime d'abord sa naturelle émotion à se retrouver assis au fauteuil présidentiel en cet amphithéâtre qui lui évoque ses lointaines années d'étude. L'aspect des lieux a quelque peu changé mais pas suffisamment pour que les vieux souvenirs ne se lèvent pas en masse.

Et à ce propos il brosse à grands traits l'histoire du grand amphithéâtre de la Faculté depuis sa fondation.

Louis XVI, reconnaissant à son chirurgien d'avoir, en l'opérant, permis la pérennité de la Maison de France, en posa la première pierre en 1774, et l'inauguration solennelle eut lieu en avril 1775.

A travers les péripéties de la Révolution Française, l'amphithéâtre connut, tour à tour, la disgrâce et l'abandon, puis le réveil pour accueillir sur ses bancs les Elèves de la Patrie, destinés à remplacer les médecins et officiers de santé tombés sur les champs de bataille. Et depuis cent-cinquante ans, les paisibles travaux de l'enseignement s'y donnent libre cours.

On n'y voit pas, certes, de professeurs aussi brillamment parés qu'au temps où était prescrit le port de l'habit gris bleu, la culotte ornée d'un liseré jaune, et le chapeau haut de forme, retroussé d'un côté d'une ganse et d'un bouton d'or, tandis que de l'autre, il s'adornait d'une cocarde tricolore. Ce seyant uniforme ne dépassa pas le stade de projet ; mais le décret du Premier Consul eut plus de vertu effective, et la robe rouge au devant de soie noire couronnée de la toque cramoisie ornent encore aujourd'hui les pompes officielles.

Le vaste tableau allégorique qu'ont contemplé tant de générations d'étudiants, et l'inscription célèbre : *Ad caedes hominum...* ont traversé toutes les vicissitudes et semblent abolir le cours irrésistible du temps. Ne va-t-on pas voir surgir l'exact et consciencieux Mathias Duval ou la silhouette clopinante de Farabeuf ?

La première fois qu'un jeune étudiant pénètre en ce lieu austère, peut-être n'a-t-il encore qu'une confuse vision de ce qu'il veut faire de sa vie. S'il n'a pas hérité d'une tradition de famille, ses projets peuvent être encore bien flous. Pour DE FOURMESTRAUX, le branle déterminant fut donné le jour où, accompagné de DE MARTEL, il pénétra dans la salle où opérait PÉAN. Et, dans une peinture aux tons surannés et mélancoliques, il campe le grand homme, revêtu d'un habit de cérémonie, brandissant des mains énormes qu'il plongeait rituellement dans une cuvette pleine d'antiseptique, et exécutant avec une aisance admirable l'ablation d'un goître. A la minute où le juvénile DE FOURMESTRAUX sortit, mis assez mal en point par ces émotions fortes et inaccoutumées, et respira un peu d'air frais, il savait ce que cette matinée signifierait pour lui : sa vocation chirurgicale était née.

L'empreinte du premier maître est souvent ineffaçable. « Sans doute, nous ne pensons qu'avec une partie de notre passé, mais c'est avec notre passé tout entier que nous agissons. Les morts gouvernent les vivants. »

Les maîtres de DE FOURMESTRAUX furent BERGER, SEGOND, PICQUÉ et le grand Charles NICOLLE. Il reçut l'éducation qui était alors celle du chirurgien avec, pour inébranlable assise, l'anatomie jusque dans ses plus infimes détails. L'anatomie est, bien entendu, indispensable au chirurgien mais DE FOURMESTRAUX conteste qu'il faille en faire une idole comme il était de mode il y a quarante ou cinquante ans. Les temps ont changé, et DE FOURMESTRAUX donne avec alacrité l'assaut au traditionalisme. La médecine opératoire a, selon lui, ancré en beaucoup de cerveaux beaucoup d'idées fausses ; il cite à titre d'exemple la forme de cornemuse longtemps attribuée à l'estomac d'après des constats cadavériques et que l'examen radiographique a rudement. démentie. Aujourd'hui c'est surtout au laboratoire de physiologie que le futur chirurgien doit passer de longues heures, et aux fructueuses recherches de la chirurgie expérimentale. « TUFFIER en avait autrefois ébauché la réalisation dans le laboratoire de Dastre et Strasbourg, avant la guerre, avait ouvert la voie vers des réalisations fécondes. Des essais isolés ont donné des résultats incertains. Le succès n'est pas toujours le salaire du précurseur ! Et cependant n'est-il pas certain qu'il faut vivre avec son temps et ne pas garder le culte des formules périmées. Le cinéma, le dessin animé succédant à l'observation, livre en main, des préparations anatomiques, serait singulièrement plus utile que la besogne fastidieuse qui consiste à débarrasser

pendant de longues heures un misérable cadavre de la graisse superflue de son creux axilliaire ».

La personnalité du chirurgien doit se compléter d'une forte éducation morale et s'enrichir d'une croissance harmonieuse de toutes ses possibilités. La culture générale, une large compréhension de l'humanisme déterminent l'homme d'une façon souveraine, et s'il vaut mieux pour le chirurgien ne pas être maladroit il lui est tout autant nécessaire d'avoir l'esprit ouvert aux aspects multiples du monde.

Et ici de Fourmestraux s'insurge contre les concours qu'il accuse d'épuiser les concurrents à l'âge où ils devraient donner le plein de leur fécondité. Le procès n'est pas nouveau mais dans cette enceinte et devant cette docte assemblée les anathèmes jetés par DE FOURMESTRAUX grincent comme des sacrilèges. Le professeur LERICHE, assis non loin de l'orateur, sourit rêveusement. D'autres fronts se rembrunissent.

Décidément déchaîné, DE FOURMESTRAUX décrit de terribles moulinets et les poncifs volent en éclat. Ainsi du culte voué depuis quelque temps au travail en équipe. Le travail solitaire a bien ses mérites, aussi, et même ses bénéfices. Ne répétons pas par habitude que l'effacement de la personne et son absorption par les forces collectives est une nécessité impérieuse. L'an dernier, à l'Académie de Médecine, FLEMING ne rappelait-il pas que si, au moment où se produisit l'accident heureux qui fut à la genèse de la pénicilline, il avait travaillé en équipe, ce n'est certainement pas lui qui aurait fait la découverte ; car il aurait abandonné la voie que lui ouvrait le hasard pour suivre docilement celle que lui assignait l'équipe.

Pour terminer, DE FOURMESTRAUX, avec la légitime satisfaction d'un solitaire qui a su rallier les autres à lui, rappelle le mot d'EMERSON : « Celui qui construit le meilleur piège à rats, qui prononce le meilleur sermon, peut aller habiter au plus profond de la forêt, les hommes construiront une route pour parvenir jusqu'à lui . »

Le Secrétaire général adjoint, le professeur BROCQ, prenant la parole aux lieu et place du professeur MONDOR, empêché, rend l'hommaget raditionnel au président et loue sa carrière chirurgicale. Mais il émet des réserves concernant ses idées. Les réformes souhaitées par DE FOURMESTRAUX sont déjà réalisées en partie dans l'enseignement de la chirurgie. Quant aux concours, le professeur BROCQ ne les croit pas aussi néfastes qu'on le proclame un peu partout depuis quelque temps. Ils n'éteignent pas, affirme-t-il, les fortes personnalités et il ne semble pas mécontent de la place que tient aujourd'hui dans le monde la médecine française. Saluant du fleuret son adversaire, il exalte cette « féodalité de province » qui, par tout le territoire, incarne la chirurgie éclairée et bienfaisante.

Le recteur ROUSSY prend à son tour la parole. L'évocation historique à laquelle les souvenirs de jeunesse ont amené DE FOURMESTRAUX et la tendresse qu'il a exprimée pour les vieilles pierres ont-elles paru au recteur contenir d'implicites reproches ? Il se défend vivement de méconnaître les grâces du passé : ce n'est pas sans regrets qu'il a vu tomber sous la pioche des démolisseurs le vieil hôpital de la Charité. Comme ce n'est pas sans regrets non plus que les habitants du quartier ont vu s'élever, sur l'emplacement, un affreux building, déjà noir et triste avant d'avoir été achevé, on peut dire que les regrets ont été unanimes.

Le recteur ROUSSY se souvient d'avoir été professeur et doyen en cette Faculté, et il rend hommage à la médecine, à la fois art, métier et science. Art par ce qu'elle comporte d'inexprimé et de seulement accessible à l intuition, métier par la technique à laquelle un milieu de chirurgiens se doit d'être particulièrement attentif, science par l'observation et l'expérimentation qui accompagnent chacun de ses pas. Les phénomènes physico-chimiques conditionnent la vie, la maladie et la mort, terrains usuels de la spéculation médicale. Ils demeurent l'ultime explication dans les domaines les plus récemment conquis, l'endocrinologie, la neurologie végétative, et donnent si large accès de l'un à l'autre qu'on peut hardiment parler de neuro-endocrinologie. A ce moment le philosophe surgit derrière l'anatomo-biologiste qu'est le professeur ROUSSY et l'on perçoit sa foi tenace dans un déterminisme aujourd'hui battu en brèche de toutes parts. La passe d'armes déborde l'assistance qui l'écoute et englobe des contradicteurs absents.

L'ensemble harmonieux et insécable que forme la médecine en tant qu'objet de connaissance comporte des conséquences pédagogiques : il apparaît nécessaire de préserver l'unité de l'enseignement médical.

Le recteur parle ici ès qualité et rappelle les impies qui rêvent de dissidence au giron de l'*alma mater*. Créer, comme l'ont proposé certains, des écoles de chirurgie extra-universitaires serait une entreprise néfaste : le recteur ne verrait pas sans tristesse aboutir ce projet. Autrement dit, il s'y opposera de toutes ses forces.

Ainsi il n'apparaît pas que les divers plans de réforme des études médicales, en ce qu'ils avaient du moins d'innovation et d'audace, aient de grandes chances pour le moment. La médecine française ne connaîtra vraisemblablement pas les grandes réformes de structure. La tradition est sur ses gardes et résolue à se défendre. Les revendications de de Fourmestraux trouveront à qui parler.

On le voit, cette séance inaugurale du 49e congrès français de chirurgie n'a pas été une solennité compassée. Les amples périodes de la rhétorique n'ont pas dissimulé les épisodes d'un corps à corps qui, sous d'autres auspices, eussent été tumultueux.

G. LAVALÉE.

ORGANISATION PROFESSIONNELLE

LA JURIDICTION DISCIPLINAIRE EST INSUFFISAMMENT RÉGLEMENTÉE

PARMI les professions libérales étrangères aux disciplines juridiques, la profession médicale est l'une des premières qui ait été dotée du périlleux honneur de mettre seule de l'ordre chez elle. Il lui incombe, somme toute, « d'essuyer les plâtres » d'une juridiction professionnelle presque neuve ; (six années à peine se sont écoulées depuis le premier essai d'Ordre des Médecins tenté par le Gouvernement de Vichy). C'est dire que si quelques flottements ou fausses manœuvres se produisent dans la mise en place et le fonctionnement de cette juridiction, ces erreurs sont grandement excusables de la part de médecins qui, à la différence des avocats ou officiers ministériels, ne sont pas familiers des principes du droit ni de la procédure, et n'ont pas pour référence l'expérience accumulée par plusieurs générations de devanciers.

Déjà, du temps de l'Ordre formule 1940 ou 1942, nous avons eu l'occasion d'attirer l'attention des conseillers départementaux ou régionaux sur la portée morale et économique des sanctions qu'ils étaient appelés à prononcer, sur les risques d'arbitraire à dejouer, sur le caractère tutélaire de règles qui, relevant pour des non initiés du formalisme le plus désuet, sont cependant essentielles à la sauvegarde des droits de la défense, c'est-à-dire à l'administration d'une bonne justice. Que ce soit en matière d'inscription au Tableau ou en matière disciplinaire pure, nous avons dû critiquer certaines décisions qui péchaient sérieusement par le fond ou par la forme et qui furent d'ailleurs réformées ou annulées par la juridiction supérieure ou par le Conseil d'Etat. Peu à peu cependant, instruit par l'expérience, le législateur mit au point, dans la cadre de l'Ordre de 1942, une réglementation complète. Il prévit, sous forme de règlement d'administration publique, la publication d'un Code de Déontologie et de règles pratiques de fonctionnement des organismes disciplinaires. Si le Code de Déontologie ne put voir le jour avant la libération du territoire, par contre un décret du 10 juin 1944 vint fixer par le détail la procédure à suivre en matière d'inscription au tableau comme en matière disciplinaire, devant les Conseils régionaux et devant le Conseil national. Dans un commentaire de ce texte, rapidement périmé, Me Bernard AUGER, avocat au Conseil d'Etat et à la Cour de cassation, a pu écrire : « Le statut de la profession médicale est maintenant fort bon ; dans la jungle législative de ces cinq dernièret années, quelques textes méritent d'émerger ou de survivre : ceux qui concernent les médecins sont de ceux-là. »

LA législation actuelle — force est de le constater — est inférieure à celle que nous venons de rappeler. Si elle prévoit la publication par décret du Code de Déontologie, elle est presque totalement muette sur la procédure à suivre en matière disciplinaire. Seules quelques dispositions éparses dans les articles 36, 37, 38, 39 et 44 de l'ordonnance du 25 septembre 1944 donnent aux juges comme aux justiciables des directives trop vagues et incomplètes : *possibilité* d'enquête soit par le Conseil, soit par un membre délégué et nécessité d'indiquer les faits sur lesquels elle doit porter ; délai de huitaine imposé pour les convocations, assorti de quelques délais de distance ; nécessité d'un registre des délibérations et de la rédaction de procès-verbaux de chaque séance ou de chaque interrogatoire ou audition ; obligation de motiver les décisions ; procédure et délais de notification des décisions et des voies de recours... et c'est tout. Aussi conçoit-on l'embarras dans lequel peuvent se trouver les Conseillers régionaux appelés dès maintenant à juger des cas épineux, et doit-on modérer son étonnement devant certaines décisions déconcertantes. Quelques exemples illustreront l'importance du problème et l'urgence qu'il y a à lui apporter solution.

Le Dr A..., demeurant dans une petite commune, est convoqué pour le 29 septembre, par lettre recommandée en date du 21 septembre, devant le Conseil régional siégeant au chef-lieu du département voisin, distant de 100 km. de son domicile, pour répondre d'une plainte déposée contre lui. Il est fort obligeamment averti qu'il peut déposer des conclusions écrites, appuyées d'observations orales, et se faire assister d'un confrère ou d'un avocat ; qu'il peut également prendre connaissance des pièces du dossier à compter du 24 septembre. La brièveté du délai laissé au confrère pour organiser sa défense, et surtout pour prendre connaissance des faits qui lui sont reprochés nous laisse rêveurs. Y a-t-il eu instruction ou enquête préalable ? L'examen du dossier ne révèle rien, sauf l'existence d'un litige qui intéresse deux médecins autres que celui qui nous occupe ! ! Comment dire que les droits de la défense sont ainsi sauvegardés ? Imagine-t-on, en matière correctionnelle, (sauf en cas de flagrant délit), un prévenu convoqué directement à l'audience pour être jugé, sans savoir le délit qui lui est reproché, sans avoir au préalable été entendu par le Parquet ou par un juge d'instruction ?

Autre exemple : un conflit oppose un médecin, le Dr A..., et son ex-remplaçant, le Dr B..., qui s'est installé sans l'autorisation du remplacé dans la commune même où celui-ci exerce. Le Conseil régional saisi décide que le remplaçant a commis une faute déontologique, mais, pour l'appréciation du préjudice causé au remplacé, proclame à bon escient son incompétence. Il commet cependant l'erreur de décider que ce point particulier doit être tranché par le Conseil de famille du Syndicat dont les deux parties en cause sont membres. Cette saisine du Conseil de famille syndical par le Conseil régional est pour le moins curieuse : aucune juridiction digne de ce nom, s'étant déclarée incompétente, ne se permet de désigner aux parties la juridiction devant laquelle elles doivent faire valoir leurs droits. Si le Conseil régional les avait renvoyées devant le Tribunal civil, juridiction de droit commun ayant

plénitude de compétence en la matière, il n'y aurait eu que moindre mal ; mais les renvoyer obligatoirement devant une juridiction qui, en semblable matière, ne peut intervenir que comme juridiction arbitrale et sur accord exprès des deux parties, est une faute. Erreur encore plus grave : le Conseil de famille syndical, fort de l'investiture reçue du Conseil régional, se saisit spontanément du litige et rend, à l'encontre même des intentions d'une des parties en cause, une décision dont il faut bien dire qu'elle n'a aucune valeur. On voit dans quel imbroglio l'initiative imprudente du Conseil régional a poussé les deux confrères.

Enfin, touchant la conception même que se font de leur rôle certains Conseils régionaux, voici un autre cas édifiant : le Dr A... est cité par son confrère, le Dr B..., devant le Conseil régional pour prétendues fautes professionnelles à l'égard d'une malade. Après instruction poussée, audition des parties et de la prétendue victime, le Dr A... est absous par décision régulière du Conseil régional. Le Dr A..., convaincu que le Dr B... a agi contre lui par intention malveillante, se pourvoit devant le Tribunal correctionnel contre le Dr B... en dénonciation calomnieuse, en se basant sur la décision d'acquittement du Conseil régional. L'instruction traîne. Après plusieurs mois d'attente, le Dr A..., pour vaincre l'inertie du parquet, se constitue partie civile. Un juge d'instruction est commis, qui se trouve alors dans l'obligation d'instruire. Son premier acte est de demander au Conseil régional communication de la décision d'acquittement rendue par lui et qui sert de fondement à l'action du Dr A... contre le Dr B... Pour des raisons sur lesquelles nous glisserons, après un retard considérable, le Conseil régional informe le juge d'instruction que le dossier A.B. ne peut plus être retrouvé. Ainsi, pense-t-on, la plainte en dénonciation calomnieuse sera-t-elle bloquée... La gravité de la faute du Conseil régional se passe de commentaire. Le Dr A... se préoccupera de la faire sanctionner. Ce dont il faut s'étonner, c'est qu'un tribunal professionnel investi d'une fraction des pouvoirs de l'autorité judiciaire croit pouvoir se permettre impunément une telle attitude à l'égard du juge d'instruction comme à l'égard d'un de ses ressortissants.

De ces quelques cas pris au hasard, nous nous garderons de conclure hâtivement au défaut radical d'organisation et de méthode, à une conception du métier de juge nuancée à la fois d'arbitraire, d'autoritarisme excessif et de favoritisme, à l'ignorance et à l'oubli systématiques des règles élémentaires de procédure. Nous ne voulons pas, non plus, souscrire à l'appréciation sévère formulée, avant la libération, sur l'activité de certains Conseils de l'Ordre par Me Bernard Auger, qualifié pourtant pour parler en connaissance de cause : « Leur juridiction est un tantinet fantaisiste ; leur filet faisant figure tantôt de filet contre sous-marin et tantôt de havenet pour enfants de crevettes. » Nous ne voudrions retenir que la nécessité de créer ou de préserver chez tous les médecins chargés de fonctions juridictionnelles une psychologie aussi proche que possible de celle du bon magistrat : indépendance, objectivité, prudence, conscience de l'étendue et de la gravité de ses pouvoirs, et souci de motiver solidement, en fait comme en droit, les sentences qu'il prononce. Ces qualités existent chez la plupart de nos juges professionnels. Pour parer à quelques défaillances comme pour épauler et étoffer les bonnes volontés néophytes, des stages prolongés, l'enseignement des anciens rompus aux questions contentieuses, l'étude soigneuse des quelques textes législatifs ou réglementaires qui s'imposent, l'analyse consciencieuse des dossiers, les suggestions des juristes attachés aux Conseils régionaux, en un mot une éducation attentive et progressive, donneront d'excellents résultats. Les juges consulaires de nos tribunaux de commerce ne sont pas autrement formés. En définitive, sur ce plan très particulier de la « conscience » juridictionnelle, la question essentielle est une question d'hommes. Il est certain que le corps médical foisonne de personnalités de la qualité requise.

Mais, outre la « conscience », il faut aussi la « science » des règles de bonne juridiction ; et comme elle ne peut être infuse dans des esprits totalement étrangers au Droit, il est essentiel de donner à ceux-ci des règles précises à suivre pour acheminer le litige vers une solution inattaquable. Ces règles s'imposent aux juges de carrière ; pourquoi des juges à temps partiel en seraient-ils exempts ?

Le législateur de 1942 et de 1944, nous l'avons vu, en avait reconnu la nécessité. Bien plus, les juges professionnels de 1940-1941 l'avaient eux-mêmes perçue, car, sous le nom de Réglement intérieur du Conseil supérieur et des Conseils départementaux, toute une procédure disciplinaire avait été à l'époque bâtie par le Conseil supérieur. L'Ordre actuel, devant la carence des directives législatives, pourrait être tenté de suivre ce précédent et d'élaborer lui aussi son règlement intérieur. Certes, une telle réglementation, soigneusement étudiée, publiée avant application pour être soumise au crible de la critique, constituerait une sérieuse amélioration par rapport au néant actuel. Mais la procédure publiée sous forme de Règlement intérieur ne constituerait pas une véritable garantie pour les médecins justiciables, car ce que l'Ordre a fait un jour, il peut le modifier ou le défaire le lendemain, sans que le corps médical ait un recours quelconque contre ces variations.

Le mieux serait donc que le Conseil de l'Ordre voulût bien intervenir auprès des pouvoirs publics pour obtenir au plus tôt, et si possible en même temps que celle du Code de Déontologie, la publication d'un décret reprenant en substance les dispositions du décret du 10 juin 1944 (1).

A titre provisoire, une mesure moins radicale pourrait être employée : le président du Conseil national a, nous fut-il dit, l'intention de convoquer, après la publication du Code de Déontologie, les présidents des Conseils régionaux pour leur en faire un commen-

(1) *J. O.* 30 Juin 1944. *C. M.* 15 et 31 Juillet 1944).

taire officieux et leur suggérer une orthodoxe interprétation de ses principales dispositions. Le but ? Uniformiser la jurisprudence, éviter que la même infraction soit sanctionnée comme peccadille au nord de la Loire, et comme crime au sud ou vice-versa. Cette réplique des « conférences du Parquet » nous semble pratiquement heureuse, encore que des esprits chagrins pourraient y voir une atteinte à l'indépendance et à la liberté d'appréciation des magistrats professionnels. Mais si le président du Conseil national juge utile de commenter le Code pénal de la profession, combien plus encore lui apparaîtra nécessaire de doter les juges d'un Code d'instruction criminelle. Il serait donc intéressant, à notre avis, que fût expressément recommandé aux présidents des Conseils régionaux, en attendant la publication du décret de procédure réclamé, de se reporter, au moins à titre indicatif, pour instruire les litiges dont ils sont saisis, au texte du décret du 10 juin 1944 et de s'inspirer en fait de ses directives. Ainsi serait obtenue une uniformité de procédure, résultat immédiat appréciable.

Faut-il aller plus loin et souhaiter la publicité des débats afin de donner au public professionnel la possibilité de contrôler la correcte administration de la justice ? La crainte de ce contrôle pourrait être pour les juges le commencement de la sagesse, et les inciterait à une scrupuleuse observance des règles. Malgré ces avantages, nous ne pensons pas qu'il faille aller jusque-là ; les audiences disciplinaires dans toutes les professions déjà pourvues d'organismes de ce genre ne sont pas publiques, notamment chez les avocats du barreau de Paris. En principe même, à Paris, la communication et la divulgation des arrêtés disciplinaires sont rigoureusement interdites. Pareille interdiction n'existe pas dans certains barreaux de province, où un registre spécial contient (mais dans leur dispositif seulement et non dans leurs motifs) le texte de tous les arrêtés rendus en matière disciplinaire, et est tenu à la disposition des avocats inscrits au tableau. Pareille publicité réduite pourrait être donnée aux décisions des Conseils régionaux dans le but de permettre aux médecins de connaître toute condamnation qu'aurait pu encourir un confrère avec lequel ils sont appelés à avoir des contacts. Mais la publicité des audiences aurait le grave inconvénient d'étaler sur la place publique des défaillances qu'il est préférable de tenir secrètes.

Les dirigeants de l'Ordre sont, paraît-il, soucieux de mettre rapidement à l'épreuve les pouvoirs disciplinaires qui sont leurs attributs essentiels. Cette hâte, parfaitement légitime, ne saurait exclure la préoccupation de créer un outil aussi parfaitement adapté que possible aux exigences de la fonction. Pour flatteur que puisse être, aux yeux de certains, le rapprochement, il serait, pensons-nous, regrettable que, faute de garanties indispensables, la justice de l'Ordre puisse être trop étroitement assimilée dans l'esprit des justiciables à la justice divine, dont les voies terrestres sont hélas ! souvent impénétrables.

P. Douriez.

LE CENTENAIRE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Le mercredi 9 octobre 1946, une brillante réception avait été organisée dans les salons somptueux de l'Hôtel-de-ville de Paris pour fêter le centenaire de la Société de Chirurgie. Parmi une nombreuse assistance, composée notamment des Maîtres de la Chirurgie de Paris et de Province, se distinguaient les délégués étrangers, Angleterre, Canada, Belgique, Danemark, Etats-Unis. Egypte, Espagne, Portugal, Grèce, Pays-Bas, Pologne, Tchécoslovaquie, Suisse, Turquie, etc., etc...

Au cours d'un discours d'ouverture, le Docteur **Rouquès** adresse ses souhaits de bienvenue à l'Assemblée au nom du Président du Conseil municipal. Puis il expose les intéressants projets de la Ville de Paris en ce qui concerne l'équipement sanitaire de la Capitale. Celui-ci, dit-il, était jadis cité en exemple à l'Etranger ; il n'en est malheureusement plus de même aujourd'hui ; mais tous les efforts vont être mis en œuvre incessamment en vue de leur réalisation rapide. C'est d'abord la réforme et l'organisation des Services hospitaliers. L'Hôpital pour tous, économiquement faibles et riches. La grande salle commune a vécu ; il y aura des chambres pour quatre au maximum et des chambres particulières, des salles à manger, des salles de lecture avec bibliothèque ; la cuisine sera soignée. Le service d'urgence sera développé, et comprendra au moins quatre formations, et non plus une seule comme Marmottan, un seul chirurgien de garde pour toute l'agglomération. Des transports d'urgence seront institués, avec appels analogues à celui des Sapeurs-Pompiers. Un Institut de traumatologie, un corps d'anesthésistes seront créés.

On déchargera les hôpitaux des nombreux chroniques et des convalescents.

Les médecins des hôpitaux consacreront tout leur temps à l'hôpital, et cela sans fonctionnarisation. Le sort matériel des internes sera amélioré ; on envisagera aussi l'institution d'une retraite honorable pour le personnel médical.

Enfin seront créées des Ecoles de Perfectionnement pour les chirurgiens de Paris.

M. le Professeur **Basset**, Président de l'actuelle Académie de Chirurgie prend ensuite la parole. Il explique que, s'il a désiré fêter le centenaire de la Société de Chirurgie de Paris dans les locaux de l'Hôtel de Ville, c'est que ces mêmes locaux ont servi de siège à l'Académie royale de Chirurgie, dès sa création en 1731, sous Louis XV. Celle-ci, ayant été dissoute aux époques troublées, a été reconstituée par Bérard sous la forme de Société de Chirurgie, après cinquante ans d'interruption, le 25 août 1843. Son cinquantenaire fut célébré en 1893 sous la présidence de Verneuil. Le centenaire est fêté avec quelque retard, puisque le 25 août 1943 nous vivions sous l'occupation ; ce qui n'avait pas empêché, rappelons-le, les chirurgiens de la Résistance de chercher encore un abri dans les locaux de l'Hôtel de Ville.

Depuis 1935, la Société de Chirurgie est devenue l'Académie de Chirurgie.

G Fischer.

LA LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE A LA S.N.C.F.

Sous le titre : *Le Train Radiologique de la S.N.C.F. (Région Nord)*, le *Concours médical* du 7 septembre dernier a publié un documentaire qui témoigne parfaitement, comme dit l'auteur avec juste raison, du rare degré d'organisation et de perfection qu'a atteint à la S.N.C.F. la lutte contre la tuberculose.

Mais outre que cette réalisation n'est pas particulière à la Région Nord, la Région Est ayant également son train radiologique, le train radiologique ne constitue que l'un des aspects de cette lutte antituberculeuse.

Afin de rendre également un juste hommage à la Région Est qui, sous l'impulsion de son médecin en chef, le Dr Bédermann, et de son médecin adjoint, le Dr Alibert, a entrepris depuis plusieurs années, sur son réseau, une lutte contre la tuberculose qui ne le cède en rien à celle qui est menée sur celui du Nord, permettez-moi d'exposer brièvement pour les lecteurs du *Concours* qu'il ne peut manquer d'intéresser un autre aspect de cette lutte incessante et fructueuse.

Je veux parler de la *Primo Infection Tuberculeuse chez les apprentis et agents mineurs de la S.N.C.F.* dont la recherche et le traitement ont fait l'objet sur les *Informations Médicales de la S.N.C.F.* de janvier 1946 d'un très instructif article, auquel ,avec l'autorisaiton des auteurs MM. les Drs Bédermann et Alibert, auxquels je tiens ici à adresser tous mes remerciements, j'emprunte ces quelques lignes tout à fait édifiantes.

***

Après avoir rappelé que les recherches systématiquement entreprises sur un grand nombre de jeunes sujets d'âge compris entre 14 et 21 ans ont permis de réviser la conception autrefois admise que les cas de tuberculose juvénile ne constituaient en général que le réveil d'une infection primitive de l'enfance à la faveur de facteurs anergisants. MM. Bédermann et Alibert admettent que la primo-infection tuberculeuse est en réalité fréquente chez l'adolescent, mais demande à être recherchée, car elle est souvent latente ou ne se manifeste que par une symptomatologie très réduite.

***

Voici comment à la S.N.C.F. région Est s'effectue cette recherche. — Au cours des examens médicaux semestriels qu'ils subissent régulièrement, tous les apprentis et agents mineurs sont soumis deux fois par an à un examen général, destiné à surveiller leur croissance et à un examen phtisiologique qui comporte une radioscopie du thorax et une cuti-réaction.

Au cours du premier examen phtisiologique ils doivent tous être éprouvés à la tuberculine.

Les sujets positifs ne font l'objet d'aucune mesure spéciale si leur état général est satisfaisant et leurs poumons radiologiquement normaux. On ne leur fait plus à l'avenir aucune nouvelle cuti-réaction.

Les sujets négatifs par contre sont éprouvés à la tuberculine lors de chaque examen semestriel jusqu'à ce que la réaction devienne positive. — A ce moment les examens clinique et radioscopique, complétés au besoin par une radiographie permettent de faire un bilan exact et de fixer la conduite à tenir.

En dehors des examens semestriels, les agents mineurs dont la cuti-réaction n'a pas encore viré sont tout spécialement surveillés par les médecins de section qui doivent renouveler ou faire renouveler cette réaction lors de tout épisode morbide mal déterminé.

Si à cette occasion la réaction est trouvée positive pour la première fois, c'est la preuve presque certaine de la nature tuberculeuse des troubles observés. — Le malade est alors adressé au phtisiologue.

***

La mise au repos systématique préconisée par certains auteurs ne paraît pas s'imposer aux Drs Bédermann et Alibert, aucun trouble dans la plupart des cas n'accompagnant ni ne suivant le virage.

Si le sujet se maintient en bonne santé apparente, s'il en maigrit pas et si l'examen radiologique ne révèle aucune anomalie, on peut autoriser la continuation du travail, mai il faut renforcer la surveillance médicale.

Si le virage de la cuti-réaction s'est accompagné de troubles, même légers, et *a fortiori* si la primo-infection a été décelée entre deux examens semestriels de santé, la mise au repos immédiate s'impose.

***

Ces mesures thérapeutiques devront toujours être complétées par la recherche de la source de contamination.

Si dans un centre d'apprentis ou agents mineurs le pourcentage des cuti-réactions devenues positives est anormalement élevé, il est à présumer qu'ils ont été contaminés sur le lieu même de leur travail.

Cette éventualité n'est toutefois pas à craindre à la S.N.C.F., tout le personnel, qui, de par ses fonctions se trouve en contact fréquent avec les apprentis ou les mineurs, subissant une visite phtisiologique avant sa désignation et étant revu tous les ans.

***

Au même titre que le train radiologique, le dépistage et le traitement de la primo-infection tuberculeuse chez ses apprentis et agents mineurs atteste le constant souci de la S.N.C.F. de maintenir son personnel dans les meilleures conditions physiques possibles.

Qu'il nous soit permis de l'en féliciter et de l'en remercier en souhaitant que d'autres s'inspirent de son noble exemple.

Dr Evesque (*Châlons-s.-Marne*).

CHRONIQUE ÉCONOMIQUE ET FINANCIÈRE

Paris, le 14 octobre 1946

Après le référendum, la bourse reste ferme.

La victoire des « OUI » au referendum du 13 octobre (victoire relative il est vrai) n'a eu aucun effet perceptible sur la Bourse, et les cours du lundi 14 ont été sensiblement les mêmes que ceux du vendredi 11 : la tendance est restée ferme.

Après une période d'hésitation qui a duré jusqu'au 20 septembre environ, la Bourse s'était, en effet, résolument tournée à la hausse, comme le montrent les exemples suivants :

	Fin août	Milieu septembre	Actuel
Crédit Foncier	6.185	6.050	7.100
Suez	49 675	47.950	57 900
Chargeurs Réunis	5.095	4.900	5.900
Air Liquide	1.699	1.635	1.740
Damoy	6.200	6.300	7.900
Association Minière	1.600	1.565	1.910

Bien que cette tendance n'ait pas été uniforme (certaines valeurs ayant fait preuve de faiblesse), les indices de la Statistique générale de la France sont en hausse (base 100 fin 1938) :

	20 septembre	4 octobre
Ensemble valeurs-françaises, revenu variable	888	962
Banques	293	310
Métallurgie	565	604
Textiles	1.700	1.848
Industries chimiques	597	647
Sociétés coloniales	918	968
Valeurs étrangères	379	395

Les motifs de ce mouvement en avant sont, avant tout, d'ordre psychologique : les bilans hebdomadaires de la Banque de France font état d'un accroissement continu de la circulation monétaire qui passe de 633 milliards le 29 août à 654 le 16 septembre, 667 le 26 septembre et 681 le 3 octobre.

Car, en définitive, c'est à cela que se ramène l'avenir de la Bourse : le prochain gouvernement réussira-t-il, oui ou non, à résoudre le problème financier ? S'il peut le faire, s'il peut ainsi mettre un terme à l'inflation, la situation du marché n'en sera qu'assainie. Ce qui ne veut nullement dire que la période de hausse sera close : la hausse psychologique et malsaine serait simplement remplacée, le cas échéant, par une hausse technique n'atteignant qu'un certain nombre de valeurs. Il ne suffira plus alors d'acheter n'importe quoi pour être sûr de pouvoir prendre son bénéfice quelques semaines après. Il faudra savoir ce qu'on achète (ou ce qu'on vend), et pourquoi on le fait.

Les valeurs d'électricité nationalisées rapportent au moins du 5 %.

Aux épargnants qui veulent conserver en portefeuille des titres à revenu fixe, les valeurs nationalisées offrent d'intéressantes possibilités.

Prenons, par exemple, le cas des sociétés d'électricité. On sait que la base de l'indemnité est constituée par le cours moyen 1er septembre 1944-28 février 1945, modifié suivant les distributions de réserves ou augmentations de capital intervenues depuis le 1er mars 1945. Cette indemnité sera représentée par des obligations négociables et amortissables en 50 ans par tirage au sort ou rachat, portant un intérêt fixe de 3 % et un intérêt complémentaire variable avec les recettes. D'autre part l'Etat restituera aux sociétés nationalisées la gestion de leur actif qui n'est pas affectée à la production, au transfert ou à la distribution de l'électricité.

Des calculs, dans le détail desquels nous ne pouvons entrer ici, montrent que les cours de la plupart des valeurs d'électricité nationalisées n'ont pas encore atteint la valeur théorique actuelle des obligations qui seront remises aux porteurs (en tenant compte) d'un taux moyen du marché de 4 ½ %).

L'acquéreur de ces titres s'assure pratiquement un revenu d'au moins 5 % net, taux nettement plus avantageux que le taux moyen du marché.

Valeurs	cours actuel	valeur théorique approximative
C.P.D.E.	1.302	1.550
El. et Gaz du Nord	525	650
El. de Marseille	425	500
El. de Paris	617	800
El. de la Seine	606	710
El. Loire et Centre	405	550
En. Hte-Garonne	202	250
En. Lit. Médit.	1.115	1.350
En. Nord de la France	437	550
En. Industrielle	1.320	1.600
Est Electrique	1.325	1.500
Est Lumière	245	300
Force et Lumière	750	950
F.M. Rhône	1.460	1.750
F.M.de la Truyère	2.591	2.900
F.M.de la Vienne	760	900
Havraise d'Energie	1.000	1.100
Hydro Elect. d'Auvergne	1.400	1.700
Nantaise d'Elect.	709	820
Nord-Lumière	937	1.100
Pyrénéenne En. Elect.	1.630	1.900
Sud-Electrique	480	570
Union d'Electricité	620	750
Union Hydro-Elect.	695	850
Union Elect. Centre	162	200

Les textiles artificiels ne semblent pas exagérément appréciés par la bourse.

Liées étroitement entre elles par des administrateurs ou des participations communes, les valeurs de textiles artificiels forment un groupe homogène dont la gestion s'entoure d'un certain mystère.

Ces affaires ont tout d'abord réalisé d'importants bénéfices au début de la guerre, surtout pour les années 1941-1942; ceux-ci ont ensuite décru pour tomber presque à rien en 1944, mais l'exercice 1945 marque une reprise parfois très vive.

Le tableau suivant donne pour quelques unes des principales Sociétés de textiles artificiels un certain nombre de renseignements relatifs à la marche des affaires elles mêmes et à la carrière boursière de leurs actions. On peut ainsi remarquer que ces valeurs se tiennent à des niveaux inférieurs à ceux des textiles naturels dont le coefficient moyen de hausse (base : 1938) dépasse 1.800. D'autre part, des comparaisons portant sur les chiffres d'affaires et les capitalisations boursières pourraient être faites utilement entre ces différents titres.

Signalons enfin que les textiles artificiels viennent de bénéficier d'une récente « queue de hausse » qui augmente de 20 % le prix de la rayonne et de la fibrane.

Chiffres en millions de francs

Sociétés	chiffres d'affaires 1943	capit. moyenne 1938	capit. moyenne actuelle	cœf. de hausse (base 100 1938)
Givet Izieux	107	75	825	1.100
Viscose Française	170	85	934	1.100
Text. Art. Besançon	55	13	211	1.620
Viscose Albigeoise	65	26	213	820
Nat. de la Viscose	190	100	500	500

M. PEZEU.

ÉCHOS & commentaires

Bon sens et fair play

Les organismes de Sécurité Sociale manifestent un très vif désir de conclure des conventions avec les Syndicats Médicaux. Certains d'entre eux se laissent séduire. La grande majorité renâcle. Les échos qui nous parviennent de la Commission Nationale d'Homologation des Tarifs nous semblent constituer autant d'excuses à une attitude réticente : les revendications médicales ne trouvent que peu de compréhension auprès des membres non médecins de cette commission et encore moins d'esprit sportif ou de fair play.

1er exemple : le Finistère, premier département en la matière, a signé une convention avec les A.S. Il semblerait donc que ce pionnier de la convention doive être l'objet de soins spéciaux de la part de la Sécurité Sociale. Il demande le relèvement de l'indemnité kilométrique de 10 francs à 15 francs. La Commission refuse de discuter une telle demande, parce que la convention a été signée entre le Syndicat Médical et la Caisse Départementale et non la Caisse Régionale comme le demande une loi survenue depuis la signature ; donc « juridiquement » la convention n'existe pas et le droit commun sera appliqué comme aux départements réfractaires : 12 francs du kilomètre, selon les dernières décisions. Le Finistère. méditera certainement sur une telle marque d'ingratitude

2e exemple : La Seine-et-Marne signe une convention. L'accouchement est fixé à 2.500 francs ; on a omis de mentionner l'accouchement gémellaire qui, d'après les chiffres pratiqués ailleurs, aurait pu être coté de 3.000 à 3.500 francs.

Quelques semaines plus tard, le Syndicat Régional des Sages-Femmes passe une convention qui fait régler les accouchements faits par sage-femme en Seine-et-Marne sur la base de 3.000 ou 4.000 francs, selon qu'il s'agit d'un accouchement simple ou gémellaire.

Le principe, si discutable, de l'égalité de traitement entre les médecins et les sages-femmes aurait pu inciter la Commission à supprimer d'elle-même, par la voie d'autorité qu'elle prise tant, l'incohérence d'une telle situation. Ne lui en demandez pas trop : les médecins ont passé convention à 2.500 francs l'accouchement simple ou gémellaire, tant pis pour eux ; qu'ils dénoncent et après on verra. Pendant de longs mois, nous verrons les accouchements simples remboursés en Seine-et-Marne à 3.000 et 4.000 francs, pour les gémellaires s'ils sont faits par une sage-femme et avec un rabais de 500 ou 1.500 francs s'ils sont faits par un médecin.

Si le ridicule tuait encore en France, nous aurions un bel et copieux enterrement en perspective, mais nous n'aurions plus de Commission Nationale d'Homologation des Tarifs. Vive la liberté !

La Commission d'Homologation, danger n° 1

Tirant les enseignements de la controverse instituée entre la Somme et la Confédération, à propos de la difficile entrée en vigueur du *modus vivendi*, et du danger d'une acceptation

Vitamine P.P.
Vitamine de protection neuro-cutanéo-muqueuse
nicotamide specia
RÉGIMES DE RESTRICTIONS
ASTHÉNIES · DYSPEPSIES
SYNDROMES PELLAGREUX FRUSTES
APHTES · GASTRITE · CÔLITE
DÉPRESSION MENTALE
ÉRYTHÈMES SOLAIRES
ENGELURES
PYORRHÉE · SÉBORRHÉE
Traitement adjuvant de la sulfamidothérapie et de la radiothérapie
PRÉSENTATION flacons de 40 comprimés à 0gr05 | POSOLOGIE Dose moyenne 0gr50 à 1gr par jour
Société Parisienne d'Expansion Chimique SPECIA marques Poulenc Frères et Usines du Rhône
21, rue Jean Goujon · Paris-6e

OXYURYL
VIOLET DE GENTIANE
Laboratoires A. MARIANI, 10, rue de Châtillon · NEUILLY · PARIS

de facto du régime actuel, nous disions que la véritable solution consistait à rechercher directement une entente avec les dirigeants réels des nouvelles Caisses, c'est-à-dire à revenir à un régime conventionnel.

Les récentes décisions de la Commission tripartite nationale sembleraient infirmer notre point de vue puisque les départements ayant conclu convention avec les Caisses ont été traités sans aucune faveur par la Commission, et que les chiffres acceptés par les Caisses n'en ont pas moins été revisés ou réduits.

Nous estimons cependant que le régime conventionnel, le régime de l'entente entre les Syndicats et les dirigeants des Caisses de S.S. constitue le meilleur ou plutôt le moins mauvais, et voici pourquoi :

Tout d'abord il importe de ne pas confondre le régime que nous préconisons avec les conventions prévues par l'ordonnance du 19 octobre qui n'ont de conventions que le nom. Rappelons en effet le cadre rigide de la Convention-type et surtout le fait que ces conventions ne se suffisent point à elles-mêmes, et ne peuvent entrer en vigueur qu'après avoir été homologuées par la Commission nationale, tout comme un simple barème médical préparé par décision unilatérale d'un Syndicat départemental.

En réalité l'ordonnance du 19 octobre n'a fait que déguiser sous un aspect conventionnel, le régime de fixation étatique des tarifs de l'ordonnance du 3 mars. Sous ce masque se cachent les mêmes et déplaisantes réalités. Trompés par cette apparence, bien des médecins ont cru, en échappant à ces fausses conventions, retrouver la liberté : ils glissent en réalité dangereusement vers le régime d'une homologation dont l'Etat, l'Administration restent les grands maîtres.

C'est ce principe même de l'homologation qu'il faut combattre en premier lieu. Tous les méfaits en ont été décrits à l'avance. Mais ils prennent un singulier relief depuis qu'il est donné aux médecins de les subir dans leur réalité. Quelques chiffres suffiront : n'ayant pu obtenir encore l'homologation de tarifs calculés au coefficient 4, certains Syndicats hésitent à appliquer en réalité un nouveau tarif au coefficient 5. Dans le même temps la grande presse publie les indices des prix de détail qui viennent de passer de 5,76 en juillet à 7,85 en septembre. Une circulaire fort bien faite du Syndicat de l'Eure montre que pour des produits essentiels (alimentation, vêtements, etc.), le coefficient réel est aux alentours de 10. Enfin le taux moyen des salaires avoisine 6 à 7 et le plafond de cotisation a été porté à 150.000 fr.

Nul doute que des conversations poursuivies sur le plan national entre Confédération et dirigeants de Caisses, lorsque les nouvelles élections auront eu lieu, ne permettent d'aboutir à une entente globale sur des prix de base conformes à la vie réelle. Il importerait seulement que disparaisse cet obstacle à une entente sincère que constitue une Commission où les soucis administratifs ou monétaires de l'Etat prédominent sur le souci d'une organisation viable de l'assurance maladie. Des conventions, oui, mais dans la liberté.

Le secret dans la mutualité

Nous recevons la lettre suivante :

Je conseille à une de mes clientes, femme de cheminot, de se faire radiographier. Elle me demande si, pour raison d'économie, elle ne peut s'adresser à la Mutuelle des Cheminots. Encore que je n'aime guère l'anonymat des actes médicaux

Eczéma
CUROZEMA
9 Dragées par jour
OPOSÉROTHÉRAPIE VALTRY
LABORATOIRE BIOLOGIQUE VALTRY
46, Rue St Didier Paris-16e
FORMULE INFANTILE :
Pediozema
GRANULÉ

INSTRUMENTS de Précision
pour la Médecine
et la Chirurgie
Établissements SPENGLER
— 16, Rue de l'Odéon, PARIS-6e —
Tous les Appareils
pour la Mesure
de la Tension Artérielle

Vaccin contre la VARIOLE
Service Vaccinal du « Concours Médical »
assuré par
L'INSTITUT DE VACCINE
8, Rue Ballu
PARIS (IXe)
Téléph : TRInité 46-15

j'accepte cette façon de faire et je reçois la réponse radiologique accompagnée de la lettre ci-dessous :

La Protection Mutuelle

Mon cher Docteur,

Comme suite à la demande formulée par l'une de vos clientes, Mme X..., nous avons l'avantage de vous adresser, ci-joint, le résultat de l'examen radioscopique qu'elle a subi à notre Institut d'Hygiène Sociale le 3 *septembre* 1946.

Pr Le Conseil d'Administration,
Le Président, Illisible.

Les problèmes posés par la coexistence de l'Ordre et des Syndicats.

Le protocole d'accord signé au mois de juillet dernier par le président du Conseil National de l'Ordre et par le président de la Confédération des Syndicats Médicaux vint mettre fin à des conflits d'attribution qui, sur le plan national, avaient jusque là opposé Ordre et Syndicats, ainsi d'ailleurs que sur le plan parisien. Ce protocole fit l'objet dans le corps médical d'un accueil chaleureux. La sagesse de leurs dirigeants permettait aux deux organismes d'œuvrer, chacun dans un secteur bien défini, pour le plus grand bien de la profession.

Pour apprécier plus encore les bienfaits de cette entente, rien ne vaut mieux que de regarder ce qui se passe chez les architectes, dotés comme les médecins d'un Ordre et de Syndicats, le législateur s'étant machiavéliquement ingénié, plus encore que dans les institutions médicales, à y organiser la confusion des fonctions.

Le malaise dont souffre la profession d'architecte est lucidement exposé dans un article de la revue L'Actualité Juridique d'octobre 1946. L'origine de l'âpre lutte qui oppose aux Syndicats d'Architectes l'Ordre des Architectes, est l'article 6 de la loi du 31 décembre 1940 créant l'Ordre des Architectes, qui est encore provisoirement applicable. Cet article donne au Conseil supérieur de l'Ordre la garde des intérêts matériels de celui-ci, et en fait « l'interprète des architectes auprès des Pouvoirs publics ». On voit tout de suite ce que ces termes peuvent avoir d'inadmissible pour les syndicats reconstitués qui, tenant des textes organiques sur le syndicalisme, l'étude et la défense des intérêts matériels de leurs membres, en concluent à juste titre qu'ils sont ainsi qualifiés pour représenter ces intérêts auprès des Pouvoirs publics. Chacun des organismes rivaux trouve dans les textes des raisons qu'il juge excellentes pour se qualifier le « seul » interprète des architectes auprès de l'autorité publique. (Nous répétons que, fort heureusement pour la profession médicale, la confusion légale des pouvoirs y était moindre et la lutte par conséquent moins ardente, le seul élément de discussion étant le mot « indépendance de la profession » que l'Ordre des Médecins était chargé d'assurer).

Toujours est-il que chez les malheureux architectes le ton de la dispute va sans cesse haussant. La solution, voici en quels termes L'Actualité Juridique la suggère :

Nous sommes en présence de deux catégories de personnes juridiques condamnées (si l'on peut dire !) à vivre côte à côte, attelées à la même tâche, poursuivant le même but par des moyens semblables. Aucune n'a le droit de se dérober à cette tâche, de s'écarter de ce but... Dès lors, la seule solution pratique est l'établissement, entre l'Ordre et les Syndicats, d'un modus vivendi *honorable, non dans un cadre juridique, mais sur le plan d'une collaboration amicale, et si l'on peut s'exprimer ainsi, sur le*

PROVACS
(TRAITEMENT DES INFECTIONS FUSO-SPIRILLAIRES, SPIROCHETES ET BACTERIES ANAEROBIES DE LA FLORE BUCCO-DENTAIRE)
Vaccinothérapie des infections aiguës.
Désensibilisation immunisante des infections chroniques
ANGINE/, ANGINE DE VINCENT, /TOMATITE/, PHLEGMON/ DE/ MAXILLAIRE/, et ACCIDENT/ DE LA DENT DE /AGE/S/E
POSOLOGIE { cas aigus : doses fortes de 1 à 3 cc. par jour
cas chroniques : doses faibles espacées et croissantes
en injections sous-cutanées. Pas de contre indications.
LABORATOIRES DAUFRESNE 42, rue Thiers-LE HAVRE

SULFURYL MONAL
MÉDICATION SULFUREUSE par l'Hydrogène Sulfureux naissant, principe actif des eaux minérales sulfureuses
8 Formes

SULFURYL MONAL	1	Pastilles	Pharyngites · Angines · Rhumatismes.
	2	Granulé	
	3	Comprimés inhalants	Rhinites · Sinusites · Bronchites chroniques · Otites.
	4	Bain	Dermatoses · Gale · Rhumatisme.
	5	Savon	Toilette de la peau · Affections cutanées.
RHINO - SULFURYL	6	Gouttes	Coryza · Sinusites · Rhino-pharyngites · Otites.
DERMO - SULFURYL	7	Pommade	Maladies de la peau et du cuir chevelu · Gale.
LAXO - SULFURYL	8	Dragées	Constipation · Hémorroïdes · Colibacillose.

Laboratoires MONAL, 13, Avenue de Ségur, PARIS

plan des rapports de bon voisinage. L'Ordre et les Syndicats poursuivent un même but : la défense des intérêts professionnels. Cette communauté de but doit créer une communauté de volonté, et même de bonne volonté. Est-il vain d'espérer de leur part une émulation efficace, pour le salut d'une profession menacée, pour le plus grand bien de ses membres ? Telles sont, en l'état actuel de la législation, les réflexions que semble suggérer, en dehors de toute considération politique, du seul point de vue juridique et pratique, la coexistence de l'Ordre et des Syndicats d'architectes.

Pour les médecins, de tels conseils n'ont plus, fort heureusement, qu'un intérêt rétrospectif. Grâce aux qualités diplomatiques et au sens aigu des réalités des chefs, l'harmonie est maintenant établie entre les différents organismes chargés de les encadrer professionnellement.

LE DÉCALAGE DE L'HEURE.

Un de nos lecteurs émet le vœu que l'heure légale soit désormais avancée d'une heure sur le G.M.T. en hiver, et de deux heures en été : le retour, en somme, à ce que nous avons connu pendant l'occupation.

Il assure que c'est là le régime idéal pour les villes : économie de lumière artificielle et meilleure utilisation des loisirs de fin de journée.

Cet aspect hygiénique de la question devrait, ajoute-t-il, inciter les médecins à donner leur avis.

Ils le donneront bien volontiers ; mais les raisons économiques étant seules déterminantes en notre monde, tiendra-t-on compte de leur avis ?

CORRESPONDANCE

HOSPITALISATION PUBLIQUE.

4610. — Soins aux assistés à l'hôpital.

Je vous serais très obligé de me donner quelques renseignements concernant le traitement des médecins d'hôpitaux de petite ville pour soins donnés aux indigents.

Il existe, dans la localité de T... (chef-lieu de canton, d'environ 1.100 habitants), un petit hôpital de 20 lits (hôpital-hospice) dont je suis le médecin (étant, d'ailleurs, le seul médecin du pays).

Je suis honoré de la façon suivante : un chiffre fixé par journée de malade payant *hospitalisé* (A. S. ou non) et un traitement fixe annuel de 1.000 francs pour soins aux indigents.

Ayant fait récemment une demande de réajustement de ce traitement fixe auprès de la Commission administrative, il me fut répondu par une fin de non-recevoir, cette Commission estimant que je suis suffisamment honoré par les malades payants, que, d'autre part, la Caisse est en déficit et, qu'enfin, je devrais me contenter du chiffre de 1.000 francs pour les indigents en ajoutant les beaux mots de : dévouement, charité, etc., etc.

Or, à 40 kilomètres d'ici, existe un petit hôpital de même importance, et les deux médecins de la localité, faisant le service 6 mois chacun, reçoivent l'un et l'autre, 8.000 francs pour soins aux indigents hospitalisés.

ORGANOTHÉRAPIE
ET
CHIMIOTHÉRAPIE

DRAGÉES DE
PLEXALGINE
LALEUF

RÉGULATEUR CIRCULATOIRE ET VAGO-SYMPATHIQUE
SÉDATIF DES PLEXUS DOULOUREUX

LABORATOIRES LALEUF
Georges DUGUÉ, Docteur en Pharmacie
51, Rue NICOLO, PARIS-16e
Téléphone : TROcadéro 62-24



Asthénies, Suites post-opératoires, Carences, Croissance, Puberté
Laboratoires Pharma-France
43, rue de l'Ancienne-Mairie Boulogne-s.-Seine. Mol. 12-13



Infestations intestinales
Laboratoires Pharma-France
43, rue de l'Ancienne-Mairie
Boulogne-s.-Seine. Mol. 12-13

N'existe-t-il pas une loi pouvant fixer un barème pour les soins donnés aux indigents d'un hôpital, ou bien le chiffre doit-il en être fixé par une Commission administrative omnipotente ?

Dr P...

Réponse :

Aux termes de l'article 132 du règlement d'administration publique du 17 avril 1943, pris en application de la loi du 21 décembre 1941 relative aux hôpitaux et hospices publics, les médecins des hôpitaux ont droit, pour les soins qu'ils donnent aux bénéficiaires de la loi du 15 juillet 1893 sur l'assistance médicale gratuite, ou de la loi du 7 juillet 1877, sur l'admission des militaires et marins dans les hôpitaux civils, ou des articles 10 et 64 de la loi du 31 mars 1919 sur les pensionnés de guerre, à une indemnité forfaitaire annuelle, dont le taux est fixé par délibération de la Commission administrative, approuvée par le préfet, après avis du Directeur Régional de la Santé et de l'Assistance.

Pour les soins que vous donnez à l'hôpital aux bénéficiaires de la loi du 15 juillet 1893, vous devez donc, obligatoirement, être rémunéré par une indemnité forfaitaire fixe. Toutefois, cette indemnité doit être fixée, compte tenu du temps que vous devez consacrer aux soins à donner à cette catégorie de malades, et il est bien évident que l'indemnité symbolique qui vous est attribuée est loin de correspondre à la somme de travail que vous devez fournir.

Sans doute un médecin doit-il être inspiré par des sentiments de dévouement et de charité dans l'accomplissement de sa tâche, surtout vis-à-vis des indigents ! Mais la loi du 15 juillet 1893 fait peser sur les collectivités d'assistance et non sur les médecins cette obligation de procurer aux indigents les soins médicaux qui leur sont nécessaires. La charge incombe donc à ces collectivités d'assistance, et il n'y a pas de motifs pour que les médecins fassent la charité, non pas aux indigents, mais à ces collectivités.

Puisqu'en fait, la Commission administrative refuse de prendre l'initiative d'une majoration de votre indemnité forfaitaire, vous pourriez faire une démarche auprès du préfet et du directeur régional de la Santé et de l'Assistance, pour qu'ils s'intéressent à votre cause, et interviennent auprès de la Commission administrative pour qu'elle modifie son point de vue.

★

HOSPITALISATION PRIVÉE.

4582. — Traitements des médecins d'hôpitaux privés.

Est-il fixé un salaire minimum de base pour les médecins résidents des sanatoria ou établissements médicaux ou chirurgicaux privés ? Ce salaire peut-il et doit-il être proportionnel au nombre de lits que comprend l'établissement ; proportionnel aussi aux divers services accessoires remplis éventuellement par ce médecin (laboratoire-radiologie...) ?

Ces médecins sont-ils enfin assujettis aux Assurances Sociales et jusqu'à quel plafond ?

Dr D...

Réponse :

Le J. O. du 2 août 1946 a publié un arrêté ministériel du 27 juillet 1946 qui fixe les traitements des

LIT MÉCANIQUE DUPONT
Cent ans de spécialisation dans le confort du malade
POUR SOULEVER ET SOIGNER LES MALADES
NOUVEAU MODÈLE PERFECTIONNÉ RECOMMANDÉ PAR LE CORPS MÉDICAL
10, Rue Hautefeuille PARIS (VIe Arr.)
Téléphone : Danton 05-61 et 62
Succ. à Lyon, 6, Place Bellecour
VENTE ET LOCATION

GRIMAULT
DELBIASE
Stimulant biologique général
Dermatoses - Prophylaxie du Cancer
★
LABORATOIRES GRIMAULT
51, RUE FRANÇOIS-Ier - PARIS

SUPPOSITOIRES
RECTOQUINTYL
DEUX FORMES
ADULTES-ENFANTS
ASSOCIE LES INDICATIONS DE L'ORTHOFORMIATE D'ETHYLE AUX AVANTAGES DE LA VOIE RECTALE
COQUELUCHE - QUINTES NOCTURNES
TOUX POST OPÉRATOIRES
AFFECTIONS BRONCHO-PULMONAIRES
Echantillons et Littératures sur demande
LABORATOIRES A. MARIANI
10, Rue de Chartres, NEUILLY (Seine)
TÉL : MAILLOT 61-09

médecins et pharmaciens des établissements d'hospitalisation privés.

Cet arrêté est très précis et très détaillé. Le principe général qu'il fixe, c'est que les traitements minima des médecins d'hospitalisation privée sont établis pour chaque catégorie, par le nombre de consultations au tarif applicable aux assurances sociales.

Pour les médecins à temps plein, le traitement doit être au minimum égal à la valeur de 260 consultations par mois pour un médecin adjoint en cours de spécialisation.

— A 300 consultations par mois pour un médecin adjoint spécialisé.

— A 345 consultations par mois pour un médecin chef de service.

— Et à 390 consultations par mois pour un médecin chef directeur.

D'autre part, une prime d'ancienneté est attribuée aux médecins à temps plein dans les conditions suivantes :

9 consultations par mois pour chaque période de 3 ans avec un maximum de 45 consultations. Les avantages en nature sont déduits du montant du traitement.

Les médecins liés envers des établissements d'hospitalisation privés par un contrat de louage de service, doivent, en principe, être assujettis aux assurances sociales depuis le 1r juillet, quels que soient leurs salaires. Toutefois, la cotisation n'est perçue que sur un plafond de 150.000 francs par an.

★

DEMANDES & OFFRES

N° 634. — 100 km. de Paris. Seul médec. proph. confr. les plus rapproch. 7 et 9 km., pas de sage-femme. Mais. 7 p., 2 gar. Loy. 5.000 fr. Bail 3, 6, 9. Bon chiff. avec proph. 12 comm. à desserv.

N° 635. — On dem. surveillante générale s'occupant aussi de l'économat, ravitaill., comptab., fais. fonct. de sous-directr., infirmière ou non, pour clin. Ouest.

N° 636. — Dame infirm. famille médecin désirerait place dans famille, de préfér. Côte d'Azur.

N° 637. — On dem. infirmière-secrétaire ayant quelques notions urolog., désir. partag. vie de famille Paris et prov. Sér. référ. exig.

N° 638. — J. méd. cherche cabin. méd. gén. avec appart. Paris ou banl.

N° 639. — A vendre : vitrine métall., vitrée sur 4 faces avec 4 tablettes ; guérid. avec 2 tabl. verre ; un laveur sur pied à haut. régl. avec 2 cloches à couvercles. Un spiromètre modernc de Rogné. Dr Thévenin, à Juvisy (S.-et-O.).

N° 640. — A échang. avec différ., très bonne client. Bourgogne, gr. maison, tout conf., log. 4.500 fr., bail 9 ans, contre client. simil. Paris ou banl. Paris de préfér. Écr. journ. qui transm.

N° 641. — Rais. santé, vends clin. accouch. install. dans ville confort. 9 p., local. conviendr. également pour bon poste médic. Prix : 180.000 fr.

N° 642. — A céd. rég. Centre, canton demi-mont., import. client. médec. génér. et accouch. Appartem. conf. avec jard. et dépend. S'adr. au journ. qui transm.

N° 643. — Dem. pour fillette, grand baigneur, taille nouveau-né d'occas. Peut échanger contre bébé jumeau, tête porcelaine. Préfér. sans éch.

N° 644. — A vendre cabin. ophtalm., proche banl.

N° 645. — Chirurg. cherche remplaçant, novembre à février, pet. ville industr. Centre. Ecr. journ. qui tranm.

N° 646. — Le Docteur Percheval de Neaufles-St-Martin (Eure), tél. N° 15, informe ses confrères qu'il fait des remplacements toute l'année.

Gérant : MIGNON Lang, Blanchong et Cie, 30, rue du Poteau - Paris (18e). — 31.1044
Février 1879 Dépôt légal : N° 8 4e trimestre 46

SMP

Pansement gastro-intestinal

ULCERES GASTRO-DUODENAUX - DYSPEPSIES - DIARRHEES - COLITES AIGUES ET CHRONIQUES - DIARRHEES DES NOURRISSONS

Aucune toxicité

2 à 5 cuillerées à café par jour
Echantillon sur demande

TITANE COIRRE

COIRRE - PHARMACIENS
5, Bd MONTPARNASSE, PARIS-6e
TEL. SEG. 02-79

Anhydride titanique pur (Ti O2)

OVULES

Paraminophénylsufmide . . . 1 gramme
Oxyquinoléine . . . . . 0 gr. 05
Beurre de cacao véritable Q.S.P. un ovule

LEUCAGINE

SULFAMIDÉE

Prescrivez ces petits ovules fabriqués sans restriction, Ils fondent parfaitement et tapissent les muqueuses génitales d'un pansement

anti-inflammatoire
anti-pyogène (cocci)
anti-mycosique

Dans toutes les pharmacies

LABORATOIRES TORAUDE

22, Rue de la Sorbonne, PARIS (Ve)

COLLUSULFAMYD

COLLUTOIRE
GARGARISME
POLYVALENT

NOVAR
+
SULFAMIDES

LABORATOIRES
DEBARGE
(BRONCHOTONINE
CAMPHO-PNEUMINE)

CONSTIPATION

Lactolaxine

COMPRIMÉS DE
FERMENTS LACTIQUES
LAXATIFS

1 à 3 comprimés par jour

Labos André PARIS, 4, rue de la Motte-Picquet - PARIS XVe

OPOFERRINE

VITAMINÉE

Fer et manganèse organiques
Extraits hépatique et splénique
VITAMINE A
Chlorophylle

STIMULE L'HÉMATOPOIESE

GRANULÉ
1 à 3 cuillerées à dessert par jour

LABORATOIRES DE L'OPOCALCIUM
96, rue Orfila, PARIS (20e)

ARHEMAPECTINE

GALLIER

Prévient et arrête les HEMORRAGIES de toute nature

Laboratoire R. GALLIER, 1 *bis*, Place du Président-Mithouard, PARIS (7e)

granulés
CAS AIGUS

Choléfluine

CHOLAGOGUE - ANTIANAPHYLACTIQUE
(HYPOSULFITE DE SOUDE)

comprimés
CAS CHRONIQUES

LABORATOIRES LECONTE, 29, rue Duret, PARIS-16e

Boldolaxine

LABORATOIRE EMILE CHARPENTIER
7, RUE DU BOIS DE BOULOGNE PARIS.XIVe

HYPERCHLORHYDRIE
TOUTES DOULEURS GASTRIQUES

GASTROSEDYL

GOUTTES

Le grand remède de toutes les
GASTRALGIES

COMPOSITION INCHANGÉE

Teinture Dausse de belladone.....	46
Teinture Dausse de jusquiame.....	20
Liqueur ammoniacale anisée.....	20
Bromure de Sodium..	13
Phosphate de codéine:	1

Antispasmodique certain

Régulateur de l'acide gastrique

Sédatif à effet immédiat

POSOLOGIE

10 à 30 gouttes dans un peu d'eau sucrée après les repas et au moment des douleurs

LABORATOIRES J. LANDRIER
— Coulange-sur-Yonne (YONNE) —

Micelliode

IODE COLLOIDAL MICELLAIRE ÉLECTRO-POSITIF

Toutes les Indications de l'IODE,
SANS IODISME POSSIBLE

GOUTTES

Laboratoires de l'HÉPATROL _ 4 Rue Platon. PARIS (XVe)

68e ANNÉE — Nº 43 — 26 OCTOBRE 1946

LE

CONCOURS MÉDICAL

37, RUE DE BELLEFOND - PARIS (9e) - TRU 33-66

379-381

SOMMAIRE

Remise d'une médaille au Docteur J. Noir. 1.229

PARTIE SCIENTIFIQUE.

L'actualité thérapeutique. — Les méfaits du charlatanisme. Le remède ? (G. Fischer). 1.233

Principales indications de l'électrocardiographie (Dr R. Couespel) 1.235

Saignée et affections cérébrales vasculaires (Dr. Pierre Ferrand) 1.236

Action du thiouracil chez la femme enceinte (Dr Pierre Labignette) 1.237

Actualités d'Angleterre. — L'iode et la pathologie du corps thyroïde (P. Lacroix) 1.238

Les Sociétés Savantes, 1.241. — La Presse, 1.242.

PARTIE PROFESSIONNELLE.

Propos du jour. — Introduction à l'ère atomique (G. Lavalée) 1.245

Actualité professionnelle. — Le passé de l'Association Générale des Médecins de France et ses possibilités d'avenir (Dr R. Jodin). 1.247

La conférence médicale internationale de Londres des 25, 26 et 27 septembre 1946 (Dr F. Decourt) 1.249

Pages sans médecine. — Chronique littéraire 1.252

DEMI-COLONNES.

Dernières Nouvelles, 1.217. — A travers l'Officiel, 1.222. — Echos et Commentaires, 1.253. — Correspondance, 1.256.

VÉRITABLE HUILE DE
HAARLEM
G. de KONING TILLY
GOUTTES — CAPSULES
Laboratoires THOMAS, 2, rue Ste-Cécile, PARIS 9e

Infangyl
Carlier
TOUX INFANTILES

Toux *Coqueluche*
ÆTHONE
Laboratoire de l'ÆTHONE 35, rue Boissonnade, PARIS (XIVe

RÉGÉNÉRATEUR ÉNERGIQUE
VIOXYL
Élixir - Granulé
Comprimés.
Éts MOUNEYRAT
VILLENEUVE-LA-GARENNE (Seine)

PYRÉTHANE
Antinévralgique Puissant
18, Rue Ernest-Rousselle - PARIS-13e

Silicyl
Médication de BASE et de RÉGIME
des ÉTATS ARTÉRIOSCLÉREUX
et des carences siliceuses
18, Rue Ernest-Rousselle - PARIS-13e

ANÉMIES - ANOREXIE - AMAIGRISSEMENT
SURMENAGE INTELLECTUEL ET PHYSIQUE
CARENCES MARTIALE ET CALCIQUE
CONVALESCENCE

FERVALÈNE

Comprimés dragéifiés

Calcium et Fer assimilables + Kola

MODE D'EMPLOI

Adultes : 2 comp. avant chaque repas 2 à 3 fois par jour
Enfants : 1 comp. avant chaque repas 2 à 3 fois par jour

INSUFFISANCE RÉNALE - NÉPHRYTES - AZOTÉMIE
ALBUMINURIES - HYPERTENSION - ŒDÈMES
MANIFESTATIONS ANAPHYLACTIQUES
ÉPANCHEMENTS SÉREUX
MALADIES INFECTIEUSES - DÉMINÉRALISATION

NÉPHRALBINE

Cachets et comprimés

MODE D'EMPLOI | **Adultes :** 3 à 6 par jour
Enfants : 1 à 3 par jour

La NÉPHRALBINE est, dans la plupart des cas, supérieure à la théobromine

LABORATOIRE ROBERT FAURE, 2, rue Carnot, MELUN (S.-et-M.)

ENTEROBYL



DRAINE
DÉSINFECTE
DÉSENSIBILISE

CACHETS ET GRANULÉS

TRIPLÉ...

LAB. DEHAUSSY, 50, Rue Nationale, LILLE. Pour la France sud : 21, Av. St-Sulpice, Lavaur (Tarn)

RECTOCALCIUM

CALCITHÉRAPIE INTENSIVE PAR VOIE RECTALE

SUPPOSITOIRES ADULTES
1 gr. de gluconate de chaux

SUPPOSITOIRES ENFANTS
0 gr. 50 de gluconate de chaux

Toutes les indications du Calcium
Tolérance et assimilation parfaites
Aucun des inconvénients
de la Voie parentérale

LABORATOIRE ROGER BELLON
LOUIS FERRAND
Ex-interne, lauréat des Hôpitaux de Paris
PHARMACIEN-GÉRANT
(GAMBÉOL, ACTIPHOS, HÉMOPYLORE "3", GLOBIRON)
78bis, Avenue Marceau - PARIS (8e)

Sulfamidothérapie spécifique
des **INFECTIONS INTESTINALES**

GANIDAN

Sulfaguanidine 2275 R.P.
(para-aminobenzène sulfonylguanidine)

TUBE DE 20 COMPRIMÉS À 0g50
8 à 12 comprimés par jour en 2 prises

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
marques Poulenc frères et Usines du Rhône
21, RUE JEAN-GOUJON-PARIS-8e
TÉLÉPHONE : BALZAC 22-94

Specia PR

DERNIÈRES NOUVELLES

Clinique médicale propédeutique de l'hôpital Broussais (Pr Pasteur Valléry-Radot)

« *Quelques-unes des grandes découvertes françaises en biologie depuis soixante ans.* » Tel est le sujet de conférences qui auront lieu à l'amphithéâtre de l'hôpital Broussais les mercredis à 10 h. 45. 6 novembre 1946 : Pr Binet : Découverte de l'opothérapie. — 13 novembre : Pr Gastinel : Découverte des toxines et des anatoxines. — 27 novembre : Pr Sénèque : Découverte de l'asepsie. — 4 décembre : Pr Molaret : Découverte de l'agent du paludisme. — 11 décembre : Pr Ch. Richet : Découverte de l'anaphylaxie.

Dans les locaux de cette clinique, à 9 h.15 à 10 h.15: Tous les jours, sauf le mardi et le samedi, enseignement à l'amphithéâtre sur la sémiologie et la pathologie élémentaires avec exercices pratiques. A 10 h.15: Sauf le mardi et le vendredi, visite dans les salles.

Lundi à 11 h. : Présentation de malade à l'amphithéâtre.

Vendredi à 10 h. 15 : Présentation de malade à l'amphithéâtre suivie d'une leçon sur le même sujet.

Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu

Sous la direction du Pr Bénard, l'enseignement clinique se poursuivra le samedi à 10 h. 30 à l'amphithéâtre Trousseau ; première leçon, le 9 novembre 1945. Les autres jours de la semaine, présentations de malades, leçons de séméiologie, confirmées de pneumologie (Prof. agr. Bariéty). Consultations diverses, chaque jour à 9 h. 30.

Le dimanche à 10 h. 30, amphithéâtre Trousseau, *Cours de perfectionnement* sur l'endocrinologie génitale et l'endocrinologie hypophysaire.

Tous les jours, l'après-midi, au laboratoire Dieulafoy, *recherches de physiopathologie expérimentale*, sous la direction du Pr Bénard.

Cours supérieur de gynécologie et de biologie appliquée

M. le Pr Pierre Mocquot, MM. R. Moricard et R. Palmer, chefs des travaux de gynécologie feront ce cours du 4 au 30 novembre 1946, à la Clinique gynécologique Broca. Il s'adresse aux médecins désirant être mis au courant des méthodes récentes de diagnostic et de traitement en gynécologie. Le stage clinique pourra être prolongé au delà de la fin du cours. Un certificat d'assiduité pourra être délivré à la fin du stage.

Programme : Méthodes d'application. — Biologie. — Stérilité. — Maladies gynécologiques. — Syndromes fonctionnels. — Physiothérapie.

Inscriptions (limitées à 30) : 1.000 fr. — Les internes des Hôpitaux de Paris et les étudiants de 6e année, inscrits dans le service pour le stage de spécialité, sont autorisés à suivre gratuitement ce cours.

S'inscrire à la Faculté de Médecine, au Secrétariat, les lundis, mercredis et vendredis (guichet n° 4, de 14 h. à 16 h.).

Un *Cours de morphogénèse chimique* sera fait

Le Concours Médical

Hebdomadaire fondé en 1879 *par A. Cézilly.*

Directeur honoraire : Docteur J. Noir.

Directeur : Dr G. Lavalée.

Rédacteur en Chef : Dr G. Fischer.

Rédaction, Administration et Publicité, 37, rue de Bellefond, Paris (9e).

Téléphone : TRU 33-66. R. C. Seine 76.579. Chèques postaux, Paris 167-95.

Abonnements

1 an, 400 francs - Etudiants, 200 fr. Le N° 15 fr. Changement d'adresse, 5 francs.





ensuite par M. R. Moricard, directeur à l'Ecole des Hautes Etudes, à partir du 2 décembre 1946, au Laboratoire d'hormonologie, à la Clinique gynécologique de l'hôpital Broca ; 16 leçons, avec démonstrations pratiques sur les problèmes de morphogénèse expérimentale.

Hôpitaux de Paris

ELECTRO-RADIOLOGISTES

Un concours spécial pour la nomination à trois plàces d'*électro-radiologiste des Hôpitaux de Paris* sera ouvert le 8 novembre 1946. Les inscriptions pour ce concours seront reçues au Bureau du Service de Santé de l'Assistance publique, 3, avenue Victoria, du 17 au 28 octobre 1946 de 15 à 17 heures. On trouvera à cette adresse tous renseignements, notamment sur les conditions de ce concours.

Un concours pour la nomination à quatre places d'*électro-radiologistes* des hôpitaux de Paris sera ouvert le jeudi 5 décembre 1946. Inscriptions du mardi 12 au vendredi 22 novembre 1946, 3, avenue Victoria, bureau du Service de Santé. Même référence pour tous renseignements complémentaires.

OTHO-RHINO-LARYNGOLOGISTE

Un deuxième concours pour la nomination à une place d'*oto-rhino-laryngologiste* des hôpitaux de Paris, sera ouvert le mercredi 27 novembre 1946. Inscriptions du 25 octobre au 7 novembre 1946, 3, avenue Victoria, bureau du Service de Santé, où l'on trouvera tous renseignements complémentaires.

ASSISTANTS EN MÉDECINE.

Le vendredi 20 décembre 1946, concours pour la nomination d'*assistants en médecine* des hôpitaux de Paris. S'inscrire et se renseigner du 15 au 27 novembre 1946, 3, avenue Victoria, bureau du Service de Santé de l'Assistance Publique, Paris.

EXTERNES DES HOPITAUX

Un concours pour la nomination aux places d'*externes* vacantes le 1er mai 1947 dans les hôpitaux et hospices de civils Paris, aura lieu le 12 décembre 1946 à la Salle Wagram. S'inscrire à l'Administration centrale de l'Assistance Publique, bureau du Service de Santé, 3, avenue Victoria, du 28 octobre au 14 novembre 1946. Les candidats absents de Paris pourront demander leur inscription par lettre recommandée.

Le 49e Congrès de Chirurgie a tenu sa dernière réunion à Chartres le dimanche 13 octobre 1946. Son Président le *Docteur J. de Fourmestraux* avait voulu mettre à profit les trésors inestimables de la cathédrale de cette ville pour les faire connaître ou mieux apprécier par les Congressistes, grâce à un exposé fort intéressant et documenté, que leur fit le Président des amis de la cathédrale. Puis, le Dr et Madame J. de Fourmestraux offrirent un déjeuner gastronomique, qui réunissait plus de cent convives à l'Hôtel du Monarque ; des toasts d'amitié furent échangés entre les médecins français et étrangers.

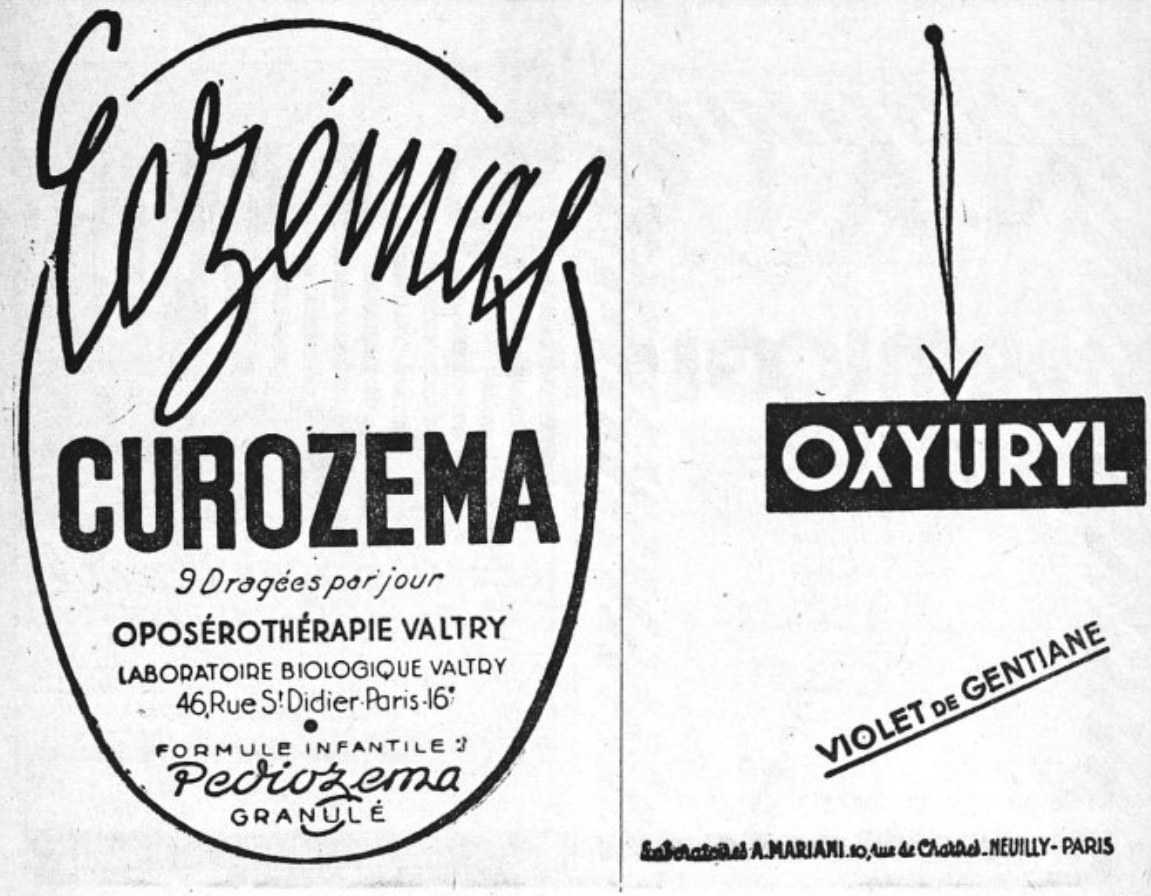
Hygiène scolaire et universitaire

On demande pour le département de la *Moselle*, plusieurs médecins examinateurs scolaires « plein temps », traitement : 180.000 francs, plus augmentation en cours, différentes indemnités et allocations familiales, le cas échéant. S'adresser à la direction de l'Hygiène scolaire et universitaire, 1, quai Dietrich, Strasbourg.

Des postes de médecins examinateurs scolaires à temps plein sont immédiatement vacants dans quatre départements de l'*Académie de Grenoble* : Ardèche, Haute-Savoie, Isère, Savoie. Traitement annuel : 190.000 à 225.000 suivant l'ancienneté, indemnités diverses en plus (familiales, déplacements, tournées, résidence).

Pour tous renseignements, s'adresser au Médecin inspecteur régional de l'Hygiène Scolaire et Universitaire, Rectorat de l'Académie, place Bir-Hakeim, à Grenoble (Isère).

Des médecins examinateurs à temps plein pour l'Inspection médicale scolaire toutes recherches



dans le ressort de l'*Académie de Rennes* : Ille-et-Vilaine, Finistère, Loire-Inférieure, Côtes-duNord, Morbihan, Maine-et-Loire, Mayenne.

D'autre part, certains de ces médecins seraient placés au chef-lieu des départements auprès de l'Inspecteur d'Académie et prendraient le titre de Médecin délégué départemental de l'Hygiène scolaire. Ils seraient chargés de l'organisation de l'Inspection médicale scolaire sur le plan départemental et consacreraient une autre partie de leur temps à des inspections médicales scolaires. Trois postes restent à pourvoir dans l'Académie de Rennes : Rennes, Saint-Brieuc, Quimper. Traitement annuel de 180.000 francs, dans l'un comme dans l'autre cas.

Fédération Nationale des Médecins du Front

I. Le Comité Directeur Provisoire de la F.N.M.F. convie tous les médecins qui pourront se rendre libres à assister aux *Cérémonies du Souvenir*, qui auront lieu aux dates suivantes : 1° *le mercredi 6 novembre* 1946 *à* 18 h. 30. La flamme sous l'Arc de Triomphe sera ravivée par un médecin ancien déporté (rassemblement sous la voûte côté avenue Friedland à 18 h. 15) ; 2° *le lundi* 11 *novembre* 1946 à 14 h. 15. Une couronne sera déposée au pied du monument élevé à la mémoire des médecins morts pour la France au cours de la guerre 1914-1918 (Grand Hall de la Faculté de Médecine).

II. *La première Assemblée Générale statutaire* d'après-guerre des Associations des médecins anciens combattants, anciens prisonniers, anciens déportés qui font partie de la Fédération Nationale des Médecins du Front, aura lieu le *lundi* 11 *novembre* 1946 à 14 h. 30, au petit amphithéâtre de la Faculté de Médecine pour la révision des statuts et l'élection des membres du bureau.

Le Comité Directeur Provisoire : Gérard de Parrel, Jacques Grasset, Georges Rimé.

Syndicat médical des Deux-Sèvres.

La Commission des Médecins propharmaciens du Syndicat Médical des Deux-Sèvres, réunie le 5 septembre 1946, sous la présidence du Président du Syndicat Médical des Deux-Sèvres assisté de M. Charles Moreau, docteur en médecine, médecin propharmacien à Mougon, secrétaire de la dite Commission, a repris les termes de l'étude faite par M. Moreau en 1936 à l'occasion du projet de loi Amat et a fait siennes les conclusions de ce rapport encore d'actualité dans les circonstances présentes qui constituent une nouvelle menace pour l'exercice de la propharmacie.

ORDRE DU JOUR :

— Après avoir pris connaissance du décret Vichyssois de 1942 limitant le libre exercice de la propharmacie ;

— Après avoir constaté que l'obligation dans laquelle se trouvent un grand nombre de leurs malades de faire 10 à 20 kilomètres supplémentaires pour quérir leurs médicaments à l'officine la plus proche après *consultation* à leur cabinet médical est désastreuse ;

— Après avoir remarqué que le décret de 1942 a été décidé dans des conditions n'ayant pas permis aux médecins ruraux de défendre l'intérêt de leurs malades utilement et efficacement comme ils avaient pu le faire en 1936 sous la IIIe République lors de l'offensive déplorable du projet de loi Amat.

Décident d'adresser un rapport et l'ordre du jour ci-dessus *aux parlementaires du département et aux notabilités compétentes.*

Leur demandent d'agir pour le retour intégral de l'exercice de la pharmacie dans les termes de l'article 27 de la loi du 21 Germinal An XI.

Et considérant, avant tout intérêt corporatif, l'intérêt supérieur de la population rurale, demandent dès maintenant la suppression immédiate du scandaleux décret de Vichy, ce qui permettrait d'envisager déjà la solution de chaque problème sous un régime plus libéral.

La Commission souligne aussi le vœu du Conseil d'Administration du Syndicat des Médecins des

NAÏODINE Logeais
NORMALE A & B
et
SURACTIVÉE
NAIODINE + VITAMINE B1
3 formes
A — INTRAMUSCULAIRE — NaI 1 % — Vitamine B1 : 2 mgrs. — 1 à 3 ampoules par jour
B — INTRAVEINEUSE — NaI 5 % — Vitamine B1 : 10 mgrs. — 1 à 2 ampoules par jour
B forte — INTRAVEINEUSE — NaI 10 % — Vitamine B1 : 25 mgrs. — 1 à 2 ampoules par jour
toutes algies - névraxites et séquelles
névrites et polynévrites infectieuses
et toxiques
LABORATOIRES JACQUES LOGEAIS - ISSY-LES-MOULINEAUX - PARIS

Deux-Sèvres, émis dans sa réunion du 27 août 1946 et dont le texte suit :

« Le Conseil d'Administration du Syndicat des Médecins des Deux-Sèvres, à l'unanimité, émet le vœu que soient conservés dans la plus grande intégralité possible, les droits des médecins propharmaciens et ceci dans l'intérêt des populations.

« Beaucoup de postes médicaux, dans les localités qui ne sauraient faire vivre un pharmacien, disparaîtront si les titulaires sont privés de l'indispensable appoint de ressources que leur apporte la fourniture des médicaments. Ils reflueront sur des centres plus importants.

« Il en résultera deux conséquences, que ne saurait se proposer le législateur :

« La pléthore médicale urbaine ;

« L'abandon de la clientèle rurale.

« Elle décide de poursuivre l'action que M. Charles Moreau a déjà entreprise auprès des parlementaires des Deux-Sèvres qui ont tous reçu communication de son étude. »

(*Communiqué.*)

Chambre syndicale des Médecins de la Seine

La Chambre Syndicale des Médecins de la Seine remercie son confrère Georges Duhamel de l'Académie Française d'avoir attiré à deux reprises l'attention du public, et du Gouvernement sur la pauvreté de l'attribution aux médecins de voitures automobiles.

La Seine a reçu exactement 5 voitures dans le premier trimestre, 22 dans le deuxième et rien depuis trois mois.

Les demandes, à notre prise en charge des produits contingentés, étaient de 1.400, elles sont de 3.500 maintenant depuis que, à la Constituante, au Conseil des Ministres, il a été fait des promesses sans effet.

Ces chiffres comprennent des sinistrés totaux ou partiels : 150 ; — des déportés, expulsés : 70 ; — des anciens prisonniers 250 ; — des médecins de banlieue ayant des périmètres importants à parcourir : 400 ; — des accoucheurs, chirurgiens, oto-rhino-laryngologistes plus de 200 ; — des médecins assurant des services publics importants : 180 ; — des médecins ayant une infirmité ou réformés de guerre 60.

Ces chiffres dans chaque secteur s'augmentent chaque semaine, et il reste encore tous les médecins, et ils sont nombreux, qui ont des voitures à bout de course. En plus les bons de pneus sont difficilement ou pas honorés.

Cette situation devient intolérable, la province est aussi mal partagée que Paris. Le Conseil Confédéral, aura à envisager des mesures qui seront diffusées en temps utile.

(*Communiqué*).

Naissances.

On annonce la naissance d'*Yves Léon*, troisième enfant du Dr Léon, Pacé (I.-et-V.) ; de *Michèle Strée*, septième enfant du Dr Strée-Laflèche, Fougères (I. et-V.) ; de *Patrick Parsy*, troisième enfant du Dr Parsy, Angers ; de *Paul-Marc Laymond*, cinquième enfant du Dr Laymond, Fontenay-sous-Bois (Seine).

Mariages.

Le Dr *André Dupire* fait part de son mariage avec Mlle *Marguerite Bollengier*, Hasnon (Nord) ; le Dr *Maurice Mordelet* épouse Mlle *Andrée Miot*, Saint-Loup (L.-et-Ch.).

Nécrologie.

Nous avons le regret d'annoncer la mort du Dr *P. Haller*, directeur de l'Etablissement thermal de Vichy, ancien élève des Facultés de Nancy et de Lyon ; il était le dernier survivant de la Mission Foureau-Lamy.

Le Dr Denis Augé nous fait part du décès de son frère, le médecin-général *Augustin Augé*, Millau (Aveyron).

Le docteur André Baranger fait part du décès de sa fille, *Mlle Hélène Baranger*, Beauvais (Oise).





Secours d'urgence aux blessés et accidentés.

Nous publions ci-dessous le texte d'une Circulaire ministérielle du 12 août 1946

Le ministre de la Santé Publique à MM. les Préfets (directions départementales de la Santé) :

J'ai été amené à constater que les secours d'urgence aux personnes qui, à la suite d'accidents, d'agressions, de sinistres ou de leur état de santé, risquent de succomber faute d'une aide médicale ou hospitalière immédiate, ne sont pas toujours organisés avec toute la célérité et toute la méthode désirables.

Si le médecin, si les soins appropriés (intervention chirurgicale, transfusion sanguine, réanimation des asphyxiés) n'interviennent pas assez rapidement, les efforts tentés pour sauver la victime demeurent vains.

Il importe donc que, dans les villes et, d'une façon générale sur le territoire de chaque département, des services soient institués qui permettent, lorsque la vie d'une personne quelconque est mise subitement en danger, d'alerter un médecin, de réaliser sans retard le transport de l'intéressé à l'hôpital ou au poste de secours.

J'ai l'honneur de vous prier de vouloir bien m'indiquer les mesures qui ont été prises par vous pour l'organisation de ces secours d'urgence et de me faire part des propositions et suggestions qui vous paraissent susceptibles de les rendre particulièrement efficaces.

Les soins gratuits aux prisonniers et déportés rapatriés.

Nous publions ci-dessous le texte d'une Circulaire ministérielle du 6 août 1946

Le ministre de la Santé Publique et le ministre des Anciens Combattants et Victimes de la guerre, à Messieurs les Préfets, Directeurs départementaux de la Population, etc...

Notre attention a été appelée sur les difficultés que vont rencontrer certains rapatriés dont l'état de santé a été particulièrement compromis par suite de mauvais traitements subis dans les camps d'Allemagne.

La loi du 1er mars 1946 avait prorogé, en faveur des déportés, pour une durée supplémentaire de trois mois, le délai réglementaire de neuf mois pendant lequel ils avaient droit à la gratuité des soins, conformément aux dispositions de l'ordonnance du 26 mai 1945 instituant une aide médicale temporaire en faveur des prisonniers et déportés rapatriés. De même, par une circulaire du 22 février 1946 ce délai avait été prorogé d'une durée égale en faveur des prisonniers, dans certains cas exceptionnels.

Pour beaucoup de rapatriés, le délai d'un an susvisé est maintenu venu à expiration. Si certains malades peuvent bénéficier des dispositions de la circulaire 20-26 S.M.G. en date du 6 juin 1946 émanant du Ministère des Anciens Combattants et Victimes de la guerre et obtenir par anticipation, le bénéfice de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919 relative aux pensions de guerre, il n'en demeure pas moins que ceux qui ne remplissent pas les conditions prescrites par ce texte, sont ou vont être à bref délai, privés de l'aide de la collectivité.

En raison des lourds sacrifices que les rapatriés n'ont pas hésité à consentir, en faveur de la France, il serait choquant de ne pas leur faciliter le rétablissement de leur santé.

Aussi vous serais-je obligé de vouloir bien faire conseiller aux rapatriés dont les ressources personnelles ne semblent pas leur permettre de poursuivre un traitement, de solliciter le bénéfice de l'assistance médicale gratuite ; par ailleurs, il vous appartiendra de signaler cette situation aux membres des commissions cantonales et départementales d'assistance en vue d'un examen bienveillant des demandes présentées par des postulants qui sont particulièrement dignes de la sollicitude des pouvoirs publics.

ISOGEV
GARGARISME ou BAIN DE BOUCHE ISOTONIQUE
ANTISEPTIQUE PUISSANT — NON IRRITANT
à base de Phenylarsinate de sodium - Cuivre colloïdal - Borate de soude - Bleu de methylène
1 sachet dans un verre d'eau chaude pour un gargarisme ou un bain de bouche
ANGINES - GINGIVITES - STOMATITES
ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE
LABORATOIRES GEV, 5, rue Brézin, PARIS (14e) - Téléphone : SÉGUR 84-49

PHLÉBOGEV
Affections veineuses : HÉMORROIDES, VARICES, PHLÉBITES
à base d'Argyrine, nouveau glucoside actif du Marron d'Inde
Vaso-constricteur à action plus prolongée que l'adrénaline et ne provoquant pas d'hypertension artérielle.
TROIS FORMES :
GRANULES : 3 à 6 par jour — Dose massive : 25 à 30 granules par jour
POMMADE : en onctions, le soir — SUPPOSITOIRES : un le soir, au coucher
ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE
LABORATOIRES GEV, 5, rue Brézin, PARIS (14e) - Téléphone : SÉGUR 84-49

A L'OFFICIEL TRAVERS

ALLOCATIONS AUX VIEUX TRAVAILLEURS.

Une loi du 7 octobre 1946 augmente le taux des allocations aux vieux travailleurs salariés, des pensions de vieillesse révisées et des pensions d'invalidité fixé par la loi du 3 janvier 1946.

(*J. O.*, 7 octobre 1946.)

ASSURANCES SOCIALES.

Un décret du 11 octobre 1946 fixe les frais de procédure en matière d'assurances sociales.

(*J. O.*, 12 octobre 1946.)

Décret du 7 octobre 1946 portant relèvement du salaire limite prévu pour le calcul des cotisations de sécurité sociale.

Article premier. — La rémunération maximum prévue par l'article 31 de l'ordonnance n° 45-2250 du 4 octobre 1945 portant organisation de la sécurité sociale, est portée à 150.000 francs par an.

En conséquence, les chiffres fixés par l'article 147 du décret du 8 juin 1946 portant règlement d'administration publique pour l'application de ladite ordonnance, sont respectivement modifiés comme suit :

37.500 fr. si le salaire est réglé par trimestre ;
12.500 fr. si le salaire est réglé par mois ;
6.250 fr. si le salaire est réglé par demi-mois ;
5.750 fr. si le salaire est réglé toutes les deux semaines ;
4.125 fr. si le salaire est réglé par décade ;
2.875 fr. si le salaire est réglé par semaine ;
575 fr. si le salaire est réglé par jour ;
285 fr. si le salaire est réglé par demi-journée de travail ne dépassant pas cinq heures ;
75 fr. par heure si le salaire est réglé pour une durée de travail inférieure à cinq heures.

Art. 2. — Les rémunérations par jour ouvrable, par mois ou par trimestre prévues par l'article 148 du décret susvisé, sont portées respectivement à 575 fr., 12.500 fr. et 37.500 francs

(*J. O.*, 8 octobre 1946.)

CONTRAT DE TRAVAIL.

Loi du 8 octobre 1946 relative à la résiliation du contrat de travail.

Article unique. — Le chapitre II, section première (§ 1er) du titre II du livre Ier du code du travail est complété ainsi qu'il suit :

« Art. 24 a. — L'accord constaté par le reçu pour solde de tout compte souscrit par un salarié lors de la résiliation de son contrat de travail ne met obstacle à une action ultérieure du salarié fondée sur ce contrat que si le salarié n'a pas dénoncé ledit accord par lettre recommandée adressée à l'employeur dans un délai de sept jours à compter de la signature. Cette dénonciation n'est toutefois valable qu'à condition de préciser les droits dont le salarié entend se prévaloir ».

(*J. O.*, 9 octobre 1946.)



EXERCICE DE LA MEDECINE.

Loi du 11 octobre 1946 permettnt l'accession au diplome d'Etat de médecins étrangers ayant rendu des services à la France.

Article premier. — Les titulaires du diplôme d'université ou d'un diplôme étranger de docteur en médecine, de chirurgien-dentiste ou les étudiants en cours d'études pour ces diplômes pourront être admis par décision du ministre de l'Education Nationale, à postuler le diplôme d'Etat sous réserve :

1° Qu'ils justifient de services effectifs rendus à la France dans la guerre ou dans la résistance ;

2° Qu'ils soient de nationalité française d'origine ou acquise, ou qu'ils se soient mis en instance de naturalisation ;

3° Qu'ils possèdent les titres initiaux français réglementaires ou leurs équivalents étrangers et qu'ils justifient d'une culture générale française suffisante.

Art. 2. — Les titulaires d'un diplôme d'université ou d'un diplôme étranger et les étudiants en cours d'études visés à l'article premier ci-dessus et remplissant les conditions fixées par cet article et qui ne justifient que des titres initiaux étrangers devront satisfaire à un examen de culture générale française

Tous les titulaires d'un diplôme d'université ou d'un diplôme étranger devront, en outre :

1° Soit subir les examens cliniques et soutenir la thèse pour les candidats au diplôme d'Etat de docteur en médecine ;

2° Soit subir un examen récapitulatif spécial, dont le programme et les conditions seront ultérieurement déterminés pour les candidats au diplôme d'Etat de pharmacien ou de chirurgien-dentiste.

Des dispenses partielles ou totales d'examens de culture générale, cliniques et des dispenses de soutenance de thèse pourront, en raison de leurs titres scientifiques, être accordées à certains candidats par le ministre de l'Education Nationale, après avis de la commission chargée d'examiner l'équivalence des diplômes des facultés étrangères.

Art. 3. — Sans préjudice, le cas échéant, de l'admission à l'examen de culture générale française prévu à l'article précédent, les étudiants en cours d'études passeront dans l'année correspondante en vue du diplôme d'Etat.

Art. 4. — Un décret contresigné du ministre de la Santé Publique et du ministre de l'Education Nationale fixera les modalités d'application de la présente loi.

Art. 5. — L'ordonnance n° 45-1765 du 8 août 1945 relative à certaines conditions d'accès aux diplômes d'Etat de docteur en médecine, de chirurgien-dentiste et de pharmacien est abrogée.

(*J. O.*, 12 octobre 1946.)

Arrêté ministériel du 4 octobre 1946 accordant ou refusant le droit d'exercer la médecine à des praticiens étrangers.

Article premier. — Les autorisations provisoires d'exercer la médecine accordées aux praticiens étrangers dont les noms suivent, titulaires du diplôme d'Etat français de docteur en médecine, sont renouvelées à compter de leur expiration pour une durée de six mois renouvelable :

M. le docteur Chenciner (Jacob), né le 20 octobre 1904 à Varsovie, demeurant 9 bis, rue des Me-



TOPIQUE INTESTINAL
COLITES, ENTÉROCOLITES, INTOXICATIONS, INFECTIONS
LANCOSME. 71, Av. Victor Emmanuel III, Paris (8e)

DIGIBAÏNE
remplace avec avantage
digitale et digitaline
LABORATOIRES DEGLAUDE
15, Boulevard Pasteur — PARIS-XVe

LES LABORATOIRES
BOUCHET
KALANOSE
LAXATIF DOUX
Rééducateur des Fonctions Intestinales & Biliaires
SANS ACCOUTUMANCE
SANS CONTRE-INDICATION
ENTÉROKINASE · HÉPATINE · BILE
BOURDAINE · ISATINE · LEPTENDRA · BELLADONE
1 À 3 DRAGÉES AU REPAS DU SOIR
153-155 · AVENUE DU ROULE · NEUILLY/SEINE
TEL. MAILLOT 05-17-58-36

nées à Garges-les-Gonesse (Seine-et-Oise). M. le docteur Froim (Salomon), né le 22 novembre 1911 à Roman (Roumanie), demeurant 23, rue de la Mairie, à Ivry-sur-Seine. M. le docteur Chelber (Léon), né le 19 juillet 1908, demeurant place de la Gare, à Arcueil (Seine). M. le docteur Gherstenstein né le 16 juin 1906 à Croinaz (Roumanie), demeurant 14, rue de la Mauvendière, Limoges. M. le docteur Marcovitch (Mathieu), né le 18 décembre 1908 à Richon-le-Zion (Palestine), demeurant 39, rue des Saules, Paris. M. le docteur Marian (Marcus), né le 7 avril 1909 à Campuling (Roumanie), demeurant 7, avenue Eugénie, à Saint-Cloud. M. le docteur Sierra (Marcel), né le 31 mars 1908 à Alexandrie (Egypte), demeurant 25 boulevard de la Buffardière, à Evreux. M. le docteur Stern (Joseph), né le 1er janvier 1909 à Lodz (Pologne), demeurant 18, rue du Charolais, Paris.

Art. 2. — Les praticiens étrangers dont les noms suivent, titulaires du diplôme d'Etat français de docteur en médecine, sont autorisés à exercer la profession de médecin pour une durée de six mois renouvelable dans les conditions des articles 1er et 4 de l'ordonnance du 6 août 1945 et sur toute l'étendue du territoire français métropolitain :

M. le docteur Froussis (André), né le 30 novembre 1910 au Caire, demeurant 2, rue de la Pierre-Levée, à Paris. Mlle le docteur Georgin (Elina), née le 28 octobre 1910 à Bazargic (Roumanie), demeurant 2 rue Charles-Gilles, à Tours. M. le docteur Kopclowsky (Isaj), né le 2 août 1914 à Lodz (Pologne), demeurant à Blond (Haute-Vienne). M. le docteur Moscovici (Lazar), né le 14 juin 1914 à Falticeni (Roumanie), demeurant à Vernoil-le-Fourrier (Maine-et-Loire). M. le docteur Nemegyci (Paul), né le 1er janvier 1921 à Jiboli (Roumanie), demeurant à Celou (Orne). M. le docteur Saubermann (Oscar), né le 26 mars 1911 à Zalozer (Pologne), demeurant à Clairvivre (Dordogne). M. le docteur Szwarc (Joseph), né le 5 janvier 1898 à Chelm (Pologne), demeurant à Salies-du-Salat (Haute-Garonne). M. le docteur Zwillinger (Alfred), né le 30 novembre 1909 à Craïova (Roumanie) demeurant 18, rue de Tournon, à Paris. M. le docteur Youchnovetsky (Aron), né le 28 novembre 1893 à Bialystock (Pologne), demeurant 40 bis, rue de Rivoli, à Paris.

Art. 4. — Les demandes présentées par les praticiens ci-après sont rejetées :

M. le docteur Rennert (Berl), né le 27 juillet 1907 à Milie (Roumanie), demeurant 13, passage du Clos-Bruneau, à Paris. M. le docteur Sethian (Armenah), né le 4 juin 1916 à Bagdad (Irak), demeurant 22, boulevard Saint-Germain, à Paris. M. le docteur Steiner (Avram) né le 14 mai 1910 à Dorohoï (Roumanie), demeurant 2, rue Lacépède, à Paris. M. le docteur Welt (Joseph), né le 11 juillet 1905 à Cernauti (Roumanie), demeurant 43-45, rue de Fécamp, à Paris.

Art. 5. — Toutes dispositions antérieures contraires sont abrogées.

(*J. O.*, 5 octobre 1946.)

Arrêté ministériel du 24 juillet 1946 accordant ou renouvelant le droit d'exercer la médecine à des praticiens étrangers.

Article premier. — Les praticiens étrangers dont les noms suivent, titulaires du diplôme d'Etat français de docteur en médecine, sont autorisés à exercer la profession de médecin pour une durée de six mois renouvelable dans les conditions des articles 1 et 4 de l'ordonnance du 6 août 1945 et sur toute l'étendue du territoire français métropolitain.

M. Adrian (Emeric), né le 28 mai 1912 à Baiahare (Roumanie), demeurant à l'hôpital complémentaire, Saint-Maurice (Seine).

M. Bartman (Henry), né le 8 octobre 1914 à Den-

AFFECTIONS PULMONAIRES
BALSAQUINTINE
Campho-galacolate de Pilocarpine et d'Atropine en milieu Terpinobromoformique
1 à 2 cc par jour
LSV
LABORATOIRES LESCENE
58, Rue de Vouillé - PARIS-15e
et LIVAROT (Calvados)

LES ÉTABLISSEMENTS JACQUEMAIRE à Villefranche (Rhône) RAPPELLENT LEURS PRODUITS diététiques
★ LA BLÉDINE
Aliment de préparation au sevrage. Farine complète et équilibrée.
★ LA DIASE CÉRÉALE
Bouillie maltosée fluide. Assimilation totale.
★ LE MALTOGIL
Extrait de malt sec rigoureusement pur. Puissant reconstituant.

LES LABORATOIRES DU GALACTOGIL à Villefranche (Rhône) RAPPELLENT LEURS PRODUITS pharmaceutiques
★ LE GALACTOGIL
Puissant galactogène. A base d'extrait de galéga.
★ LE PEPTOGIL
Spécifique des anaphylaxies protéiques (peptones gastriques et pancréatiques)
Dudut

blin (Pologne), demeurant 9, rue Papillon, Paris (9e).

M. Biznbauz (Bernard), né le 28 septembre 1914 à Bucarest (Roumanie), demeurant quartier Pajol. Melun (Seine-et-Marne).

M. Brucher (Avram), né le 11 mars 1910 à Ocna (Roumanie), demeurant 12, passage Doisy, Paris (17e).

M. Froim (Adolphe), né le 25 novembre 1910 à Roman (Roumanie), demeurant 66, boulevard Jean-Bourrat, Perpignan.

M. Gingold (Israël), né le 19 août 1907 à Galatz (Roumanie), demeurant 2, rue de Bordeaux, Tours.

M. Leibovici (Adolf), né le 21 décembre 1913 à Borohoi (Roumanie), demeurant au sanatorium Français Mercier-Trougat (Allier).

M. de Montès (Louis), né le 4 juillet 1910 à Tunis (Tunisie), demeurant 17, rue Hamelin, Saint-Mandé (Seine).

M. Russak (Hertz), né le 16-29 août 1910 à Plock (Pologne), demeurant 1, rue Edgar-Poë, Paris (19e).

Art. 2. — L'autorisation provisoire d'exercer accordée par arrêté du 9 janvier 1946 (« Journal Officiel » du 12 janvier 1946) aux praticiens étrangers dont les noms suivent, titulaires du diplôme d'Etat français de docteur en médecine, est renouvelée pour une durée de six mois, à partir du 9 juillet 1946 :

M. Bejian (Allahverdi), né le 12 août 1900 à Choucha (Caucase), demeurant à Chagny-Pin-aux-Haras (Orne).

M. Grodzenczyk (Davis), né le 16 février 1905 à Wilno (Pologne), demeurant 12, rue des Arsins, Rouen.

M. Zilberman (Oscar), né le 10 mars 1901 à Botosani (Roumanie), demeurant à Chomerac (Ardèche).

(J. O., 28 juillet 1946.)

MÉDECINE DU TRAVAIL.

Loi du 11 octobre 1946 relative à l'organisation des services médicaux du travail.

Article premier. — Les établissements énumérés à l'article 65 du livre II du code du travail, ainsi que les offices publics et ministériels, les établissements relevant des professions libérales, les sociétés civiles, les syndicats professionnels et les associations de quelque nature que ce soit occupant des salariés devront organiser des services médicaux du travail.

Ces services seront assurés par un ou plusieurs médecins qui prennent le nom de « médecins du travail » et dont le rôle exclusivement préventif consiste à éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail, notamment en surveillant les conditions d'hygiène du travail, les risques de contagion et l'état de santé des travailleurs.

Art. 2. — Suivant l'importance des entreprises, les services médicaux du travail pourront être propres à une seule entreprise ou communs à plusieurs.

Les dépenses afférentes aux services médicaux du travail seront à la charge des employeurs ; dans le cas de services communs à plusieurs entreprises, ces frais seront répartis proportionnellement au nombre des salariés.

Des décrets pris sur le rapport du ministre du Travail et de la Sécurité Sociale et du ministre de la Santé Publique détermineront les conditions d'organisation et de fonctionnement des services médicaux du travail.

Art. 3. — A partir d'une date qui sera fixée par décret pris sur le rapport du ministre du Travail et de la Sécurité Sociale et du ministre de la Santé Publique, le diplôme de médecin hygiéniste du travail sera obligatoire pour l'exercice des fonctions de médecin du travail.





Un décret pris dans les mêmes formes déterminera les conditions dans lesquelles les fonctions de médecin du travail pourront être déclarées incompatibles avec l'exercice de certaines autres activités médicales.

Chaque fois que la chose sera possible, le médecin du travail sera un médecin spécialisé, employé à temps complet, qui ne pourra pratiquer la médecine de clientèle courante.

Art. 4. — La procédure de mise en demeure prévue à l'article 68 du livre II du code du travail sera applicable aux prescriptions de la présente loi et des décrets prévus aux articles 2 et 3 ci-dessus qui visent les chefs d'établissements.

Le délai minimum des mises en demeure est fixé à un mois.

Art. 5. — Les infractions aux dispositions de la présente loi et des décrets pris pour son exécution seront constatées par les inspecteurs du travail.

Elles seront passibles des sanctions prévues aux articles 173 et 176 du livre II du code du travail.

Art. 6. — Est expressément constatée la nullité des dispositions contenues aux articles premier à 8 inclus de l'acte dit loi du 28 juillet 1942 relative à l'organisation des services médicaux et sociaux du travail.

Cette constatation ne porte toutefois pas atteinte aux effets résultant de l'application dudit acte antérieurement à l'entrée en vigueur de la présente loi.

(*J. O.*, 12 octobre 1946.)

ORDRE DES MEDECINS.

Réponse ministérielle.

61. — M. André Mutter demande à M. le ministre de la Population si un conseil régional de l'Ordre des médecins, statuant par défaut et prononçant envers un praticien une interdiction d'exercer la médecine pendant une durée de trois mois, doit ou peut notifier, avant l'expiration du délai d'opposition, cette décision non exécutoire par provision, aux autorités prévues par la loi ; dans l'affirmative, si le Conseil de l'Ordre, en cas d'opposition, ne doit pas notifier alors l'opposition aux autorités indiquées, afin de permettre au praticien d'exercer jusqu'à la décision définitive. (*Question du 2 décembre* 1945.)

Réponse. — Quelles que soient les conditions dans lesquelles la sanction a été prononcée, celle-ci, conformément à l'article 38 de l'ordonnance du 24 septembre 1945 doit être notifiée au président du conseil départemental, lequel la notifie lui-même, dans les dix jours, au médecin qui en a été l'objet. Elle est également notifiée au préfet, au procureur de la République et au conseil national de l'Ordre. Lorsque la décision a été rendue par défaut, il doit en être fait mention, cela va de soi, dans toutes les notifications visées ci-dessus. L'intéressé peut faire opposition dans un délai suspensif soit de cinq jours, soit de trente jours, suivant que la notification a été faite ou non à sa personne. C'est dans les dix jours après l'expiration de ce délai variable, que l'appel, également suspensif, peut être formé devant le conseil national de l'Ordre : il arrivera donc, parfois, que les diverses autorités auxquelles la sanction est notifiée en même temps qu'à l'intéressé ignoreront si ce dernier a fait opposition ou appel dans les délais qui lui étaient impartis ou même seront inexactement renseignés sur la durée de ces délais. Mais, comme l'ordonnance précitée n'a pas prévu d'autres notifications que celles dont il vient d'être question, c'est à l'intéressé lui-même qu'il appartient de produire toutes justifications utiles lorsque lesdites autorités feront prématurément état de la sentence. (« J. O. » du 19 décembre 1945. Débats de l'Assemblée Constituante. Séance du 18 décembre 1945, p. 254.)

calcithérapie
stimulante
CAMPHO CALCIUM
CAMPHOSULFONATE DE CALCIUM
AMPOULES DE 5cc — IV — IM —
LES LABORATOIRES BRUNEAU & Cie
DÉPOT J. BRUNEAU PHARMACIEN
17bis RUE DE BERRI - PARIS VIII

HYPERCHLORHYDRIE
TOUTES DOULEURS GASTRIQUES
GASTROSEDYL
GOUTTES
Le grand remède de toutes les
GASTRALGIES
COMPOSITION INCHANGÉE
Teinture Dausse de belladone..... 46
Teinture Dausse de jusquiame..... 20
Liqueur ammoniacale anisée..... 20
Bromure de Sodium.. 13
Phosphate de codéine : 1
Antispasmodique certain
Régulateur de l'acide gastrique
Sédatif à effet immédiat
POSOLOGIE
10 à 30 gouttes dans un peu d'eau sucrée après les repas et au moment des douleurs
LABORATOIRES J. LANDRIER
— Coulange-sur-Yonne (YONNE) —

Micelliode

IODE COLLOIDAL MICELLAIRE ÉLECTRO-POSITIF

Toutes les Indications de l'IODE, SANS IODISME POSSIBLE

GOUTTES

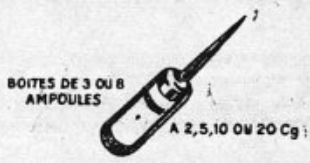
Laboratoires de l'HÉPATROL _ 4 Rue Platon, PARIS (XVe)

CHLORURE D'ACÉTYLCHOLINE
EN SOLUTION ANHYDRE ET STABLE

ACÉCOLINE

"L'Acécoline dilate les artérioles et lève les spasmes vasculaires"

RAMOLLISSEMENT CÉRÉBRAL
Hypertension artérielle
SPASMES RÉTINIENS
Artérites, Gangrènes
CLAUDICATION INTERMITTENTE
Syndrome de Raynaud
ANGINE DE POITRINE
Coliques de plomb
SUEURS DES TUBERCULEUX



LABORATOIRES LEMATTE ET BOINOT
52, RUE LA BRUYÈRE, PARIS

SUPPOSITOIRES

RECTOQUINTYL

DEUX FORMES
ADULTES-ENFANTS

ASSOCIE LES INDICATIONS DE
L'ORTHOFORMIATE D'ETHYLE
AUX AVANTAGES DE LA VOIE RECTALE

COQUELUCHE - QUINTES NOCTURNES
TOUX POST OPÉRATOIRES
AFFECTIONS BRONCHO-PULMONAIRES

Echantillons et Littératures sur demande

LABORATOIRES **A. MARIANI**
10, Rue de Chartres, NEUILLY (Seine)
TÉL : MAILLOT 61-09

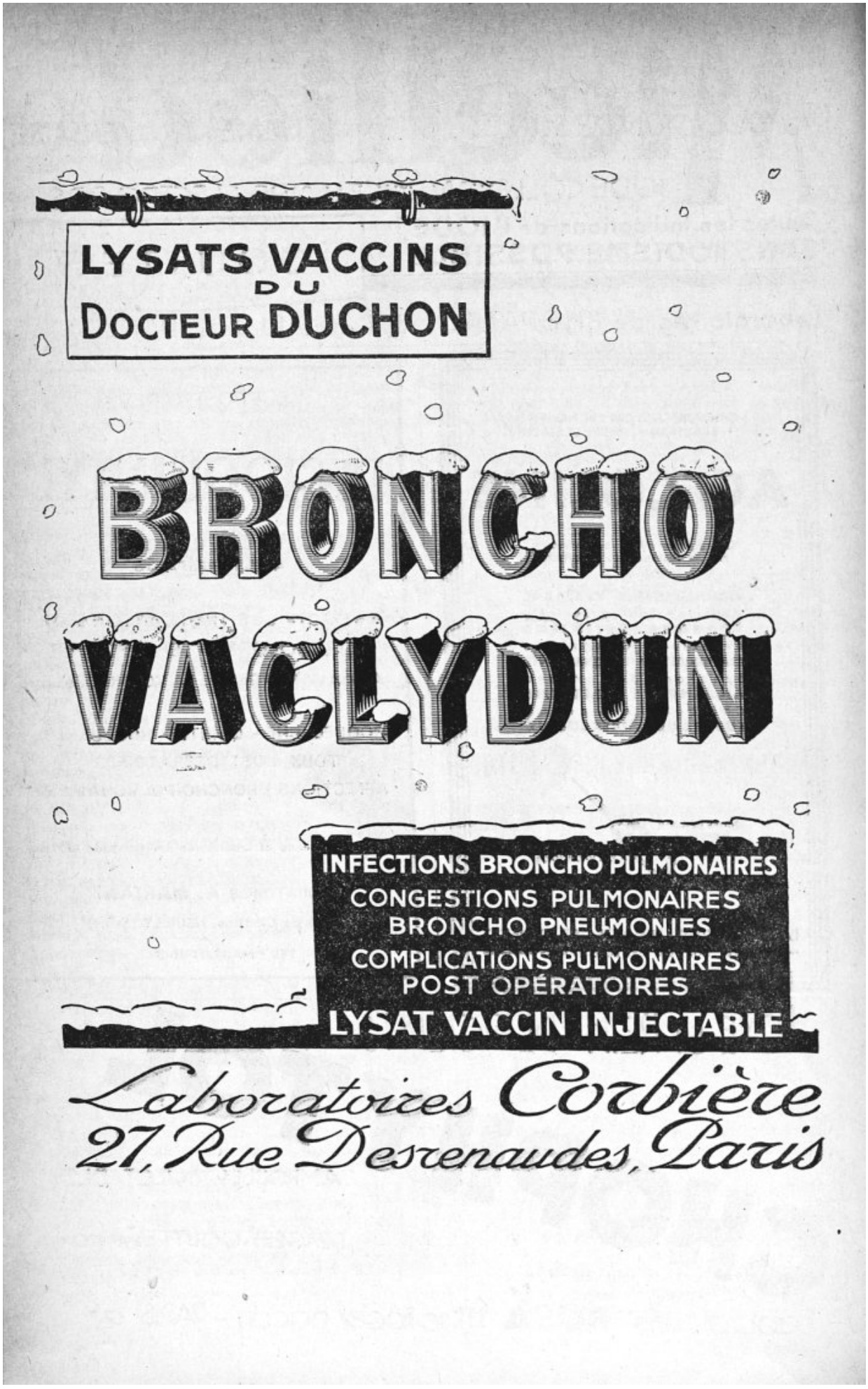
FOIE ET REIN DEFICIENTS

CHOPHYTOL

AMPOULES INJECTABLES

DRAGÉES . GOUTTES "per os"

Laboratoires **ROSA** 11 Rue Roger Bacon – PARIS 17^e


LYSATS VACCINS
DU
DOCTEUR DUCHON
BRONCHO
VACLYDUN
INFECTIONS BRONCHO PULMONAIRES
CONGESTIONS PULMONAIRES
BRONCHO PNEUMONIES
COMPLICATIONS PULMONAIRES
POST OPÉRATOIRES
LYSAT VACCIN INJECTABLE
Laboratoires Corbière
27, Rue Desrenaudes, Paris

A L'OCCASION DE SON QUATRE-VINGTIÈME ANNIVERSAIRE

UNE MÉDAILLE EST REMISE AU Dr J. NOIR

Le dimanche 6 octobre 1946, *au siège du* Concours Médical, *a eu lieu une cérémonie intime pour fêter le quatre-vingtième anniversaire du Dr Noir, et lui remettre une médaille commémorative. Seuls y assistaient les membres de sa famille, quelques amis, les membres du Comité de direction et le personnel du journal, ainsi que les membres du Conseil d'administration des œuvres filiales du* Concours Médical.

La salle des délibérations du premier étage avait pris à cette occasion un air de fête : le héros du jour y recevait paternellement les hommages et les souhaits et, dans le fond, un buffet indiquait discrètement que l'ambiance n'était pas celle d'une solennité protocolaire.

La médaille, œuvre du graveur Simon, dont la frappe avait été retardée par des difficultés techniques, était exposée sous la forme d'une maquette.

Notre directeur adressa au Dr Noir cette allocution :

Mon cher Monsieur Noir,



Nous voici assemblés aujourd'hui, vos proches, vos amis, vos collaborateurs du Concours, pour commémorer et fêter dans l'intimité d'une commune affection, votre quatre-vingtième anniversaire.

C'est un jour en effet mémorable, d'une haute signification et pour nous, vos cadets, plus encore peut-être que pour vous-même.

Pour vous, cet anniversaire marque une étape d'où vous contemplez d'un peu plus haut qu'hier, avec une indulgence souriante, les vaines agitations des hommes. Et Dieu sait si, en ce moment, rien qu'à la lecture matinale des journaux, vous avez de quoi sourire et de quoi exercer votre indulgence.

Pour nous, c'est tout autre chose : cet anniversaire, par l'accomplissement qu'il exprime, nous incite à prendre exemple, à recevoir et méditer une leçon.

De vos quatre-vingts années, Monsieur Noir, vous avez fait une vie harmonieuse, une vie exemplaire d'homme, de citoyen, de médecin, de journaliste.

Votre vie d'homme, elle se résume sous nos yeux, dans cette famille unie, serrée à vos côtés, enfants et petits-enfants, et à laquelle ne manquent que les deux chères figures qui vous furent ravies prématurément. Nous associons leur mémoire à cette célébration.

Votre rôle de citoyen, vous l'avez joué loin du forum, à l'écart de la politique. Vous ne vous êtes guère, je crois, mêlé de politique ; vous n'avez jamais, à ma connaissance, brigué de mandat électif. Vous n'aviez pas la fibre politicienne, Monsieur Noir : ce n'est pas un reproche ! C'est d'une autre façon que vous avez servi la Cité : à la Commission du Vieux-Paris, à la Société de la Montagne-Sainte-Geneviève, vous avez veillé sur les reliques du passé, vous les avez disputées à ces démolisseurs impies que sont trop souvent les urbanistes. Par l'action, et par la plume aussi, vous avez sauvegardé les souvenirs des grands siècles dont abonde la rive gauche. Je me souviens d'une plaquette que vous m'aviez fait l'amitié de m'offrir ; elle était consacrée à la glorieuse histoire de votre quartier, et l'on y apprenait, non sans stupeur, que François Rabelais, Jean Calvin et Ignace de Loyola furent, un temps, condisciples aux cours de grec des Lecteurs Royaux, première ébauche du Collège de France. Après quoi ils divergèrent quelque peu !

Ce n'est pas seulement dans l'érudition que s'est exercé votre civisme : voisin du Muséum, vous l'aviez inclus dans votre agissante amitié et ne manquiez jamais l'occasion, en commentant les travaux de ses savants, de rappeler sur lui l'attention du public.

A la Caisse des Ecoles, vous vous êtes consacré au bien-être de l'enfance scolaire. Et combien d'autres œuvres ont bénéficié de votre activité !

Votre carrière de médecin praticien, c'est dans le Ve arrondissement qu'elle s'est toute entière déroulée et pendant une cinquantaine d'années. Les habitants du Ve la retraceraient sûrement mieux que moi : ils doivent être nombreux, aujourd'hui, ceux qui, vous voyant passer, vous

adressent un salut déférent et reconnaissant pour quelque mauvais moment que vous les avez aidés à franchir. Pendant cinquante ans, vous avez arpenté les parages pittoresques de la place Maubert, de la vieille Pitié, de la place de la Contrescarpe. Vous avez monté, pour le compte du Bureau de Bienfaisance, les escaliers branlants de la rue de la Huchette et de la rue Mouffetard. Et vous vous délassiez en jetant au passage un coup d'œil amical à Saint-Séverin, à Saint-Julien-le-Pauvre, aux arènes de Lutèce. Ainsi, tout en exerçant votre profession, vous rendiez vos devoirs aux vieilles pierres, et vous aviez trouvé le moyen de transformer l'ingrate tournée du praticien de quartier en promenade archéologique.

Mais sitôt installé, vous avez aussi pris ardemment part à la vie syndicale. C'était l'époque héroïque des Syndicats de Médecins ; ces deux mots accolés agaçaient certaines oreilles susceptibles qui prétendaient y entendre des discordances révolutionnaires. Vous n'avez pas craint de braver ces puristes et vous êtes devenu, pendant quinze ans, Secrétaire général de l'Union des Syndicats Médicaux. Vous n'avez rendu votre tablier que pour aggraver votre cas en prenant la présidence du Syndicat des Médecins de la Seine. Vous étiez un précurseur, Monsieur Noir, un de ces doux téméraires qui donnent l'impulsion de leur foi aux idées nouvelles.

Un doux téméraire qui, à l'occasion, se jetait dans la bagarre. Ne m'avez-vous pas conté que certain jour de manifestation à la Faculté de Médecine, vous aviez bien failli passer la nuit au poste ?

Quant aux œuvres d'entraide et de prévoyance professionnelles auxquelles vous avez donné ce qui vous restait de temps (il faut croire qu'il vous en restait encore !), je renonce à les énumérer : elles sont trop !

Le journaliste, lui, appartient à peu près en entier au CONCOURS MÉDICAL. C'est ici que depuis 1908, d'abord comme rédacteur en chef, ensuite comme directeur, vous avez, chaque semaine, livré aux lecteurs vos « Propos du jour ». Sur chaque problème qui se posait à la profession, vous donniez le mot de votre sagesse, le bon conseil de votre expérience. Vous êtes de ceux qui imposèrent leur marque à l'évolution de notre vie professionnelle, et de cela, de nombreux médecins français, ceux qui sont d'âge à s'en souvenir, vous savent gré.

Nous, nous n'oublions pas que vous êtes des quelques hommes qui, à la force du poignet, malgré les difficultés matérielles, malgré les oppositions et les embûches, propulsèrent le CONCOURS à la place où il est aujourd'hui, qui lui ont assuré le prestige et l'autorité dont il jouit. Et nous associons pieusement à votre nom le nom des disparus : Boulanger, Duchêne, Boudin.

Nous, vos cadets, au moment de recueillir de vos mains le flambeau, nous ne méconnaissons pas le risque que nous courons ni les responsabilités dont nous nous chargeons.

Par bonheur, nous formons une équipe unie et qui, sous votre égide, a pu déjà faire ses essais. Par bonheur, il nous reste toujours la ressource, si nous nous sentions en difficulté, d'aller vous demander conseil.

La seule assurance que nous puissions vous donner, mais nous vous la donnons de grand cœur, c'est de faire de notre mieux, de ne pas perdre de vue la tradition de rectitude spirituelle et de vigilance à l'écoute des échos du monde que vous avez établie.

Monsieur Noir, au nom de tous vos amis ici présents, au nom des nombreux absents qui se sont joints à nous par la pensée, permettez-moi de vous souhaiter un heureux anniversaire et, en souvenir de ce jour, de vous offrir cette médaille

* *

Le Dr Moulin, ancien maire du Ve arrondissement, rendit alors hommage aux longues années de dévouement que le Dr Noir dépensa comme médecin du Bureau de Bienfaisance et des autres œuvres charitables du quartier du Panthéon.

L'assistance, unanime, tint à s'associer par ses applaudissements, aux paroles du Dr Moulin.

Le Dr Noir, très ému, fit la réponse suivante :

* *

Je veux remercier ceux qui furent mes collaborateurs, et leur rendre justice. Directeur, rédacteurs, administrateurs, attachés à un titre quelconque au fonctionnement de nos filiales, employés de nos bureaux, tous à mon avis, ont leur part dans la prospérité de la Maison.

Le CONCOURS MÉDICAL peut faire sienne la fière devise parisienne : *fluctuat nec mergitur.*

Je remercie notre ami Lavalée des mots si affectueux qu'il a bien voulu prononcer à mon égard, et dont je lui suis très reconnaissant.

Placé à la tête du journal par la confiance de nos associés, obéissant à la dure nécessité de l'âge, je vous remercie tous du témoignage d'affection que vous me donnez, et en revanche, permettez-moi de vous consacrer les derniers restes d'une pensée qui meurt et d'une ardeur qui s'éteint.

* *

Cet après-midi d'anniversaire fut pour tous les collaborateurs anciens et récents du CONCOURS un moment précieux à la faveur duquel ils se sentirent plus que jamais solidaires dans la même œuvre et unis pour un commun effort.

A la devise de Paris citée par le Dr Noir, il leur est permis de joindre celle qui se lit sous les ombrages du Luxembourg :

Ex praeterito spes in futurum.

DIGESTION

du pain et des féculents. Fermentations et gaz gastro-intestinaux - Colites droites - Dyspepsie salivaire ou pancréatique - Maladies par carence

AMYLODIASTASE

DIASTASES & VITAMINES
de l'Orge et des céréales germées

•

2 Formes
Comprimés — Sirop

•

LABORATOIRES THÉPÉNIER
10, rue Clapeyron - Paris (8e)

PRODUITS SPÉCIALISÉS DES ÉTABLISSEMENTS KUHLMANN
MARQUE **R. A. L.**

H. DELOMÉNIE
Docteur en Pharmacie
15, Rue de La Baume, PARIS (VIIIe)

BINIDIA
Antiseptique génito-urinaire local

BINOXOL
Antiseptique gastro-intestinal

CHLORALOSANE
Hypnotique

DITHIORAL
Antirhumatismal

SUNALCOL
Antiseptique cutané

SUNOXIDON
Fébrifuge - Anti-infectieux

SUNOXOL
Antiseptique pour usage externe

Oui, les sulfamides font des prodiges...
Oui, la penicilline fait des miracles...

... cependant le vieux

NÉOL

a conservé ses modestes mais classiques propriétés

en **gargarismes** dans les angines
en **lavages** dans les affections et les ulcérations bucco-pharyngées

LABORATOIRES BOTTU
115, Rue Notre-Dame-des-Champs, PARIS VIe



TRAITEMENT DES ANÉMIES ET DES DÉFICIENCES NEURO-ORGANIQUES

•

SOJAMINOL, complexe d'acides aminés : histidine, tryptophane, extrait du SOJA, riche en vitamines naturelles du groupe B associé aux gluconates de Fer et de Cuivre et à un neurotonique atoxique de synthèse : l'Ambotolyl.

•

MODE D'EMPLOI :
Adultes : 2 comprimés à chacun des trois repas.
Enfants : 2 comprimés à chacun des deux principaux repas.

SOJAMINOL

COMPRIMÉS

LABORATOIRES du NEUROTENSYL
72, Bd Davout - PARIS (20e)

PHYTOJAVA

Affections hépatiques et hépato-arthritiques

Comprimés : 1 à 3 ou *Gouttes :* 20 à 60 avant chaque repas

LABORATOIRES **LONGUET**, 34, RUE SEDAINE - PARIS

AÉROCID Aérophagie Aérocolie
CACHETS ET COMPRIMÉS

AQUINTOL Coqueluche Toux spasmodique
EN GOUTTES

HEP'ACTI Méthode de Whipp'e et de Castle Tréphones embryonnaires am no-acides
anciennement HEPASÉRUM
AMPOULES DE 10 cc.

OPOCÉRÈS Simple et vitaminé Fortifiant biologique général
AMPOULES BUVABLES
COMPRIMÉS FRIABLES

LABORATOIRES DE L'AÉROCID
20, rue de Pétrograd, PARIS (8e)



GLUCALCIUM

GLUCONATE DE CALCIUM
Ampoules injectables, buvables. Granulé vitaminé

LABORATOIRES CLÉVENOT
3, RUE LAMBLARDIE - PARIS — TÉL. : DORIAN 56-38

PHYTOMENSYL

médication toni-veineuse à base de vigne rouge

POSOLOGIE MOYENNE : 30 gouttes 2 fois par jour.
DOSES FORTES : 50 gouttes 6 fois par jour, durant 6 jours.

LABORATOIRES BLAQUE, 59 RUE BOISSIÈRE, PARIS (16e) KLE 88-70

PARTIE SCIENTIFIQUE

L'ACTUALITÉ THÉRAPEUTIQUE

LES MÉFAITS DU CHARLATANISME. LE REMÉDE ?

UN nouveau cri d'alarme vient d'être jeté à l'Académie de Médecine, le 18 juin 1946, par Mme Simone Laborde qui a fait une communication intitulée : " Cancers et charlatans ". Déjà, dans sa séance du 26 mars 1946, l'Académie avait émis un vœu demandant aux Pouvoirs Publics d'empêcher, par tous les moyens de droit, la diffusion dans l'opinion publique de médicaments qui n'ont pas fait leurs preuves.

A LA même date nous recevions d'un confrère établi en Bretagne une lettre dont nous extrayons quelques lignes en soulignant les passages qui méritent d'être retenus.

« Réfugié et sinistré, j'ai trouvé ici, comme voisin, un phénomène qui se fait appeler, selon les circonstances : Docteur A. H., le Guérisseur ou le Prophète ! Celui-ci, instituteur laïque, **sort de l'asile d'aliénés** de X... Est-ce pendant son séjour à l'asile qu'il s'est reconnu des talents de thérapeute ? Je l'ignore ; mais je puis vous assurer qu'il ne chôme pas. Connu dans tout le département, les clients lui arrivent par cars entiers. Son procédé est bien simple. Au moyen d'un **pendule**, il vous dit en une minute : c'est le foie, ce sont les os... et vous remet une petite fiole contenant de l'**eau salée**, vous ajoutant : c'est cent francs ; vous serez guéri avant d'avoir fini la bouteille. Il voit, à de certains jours, **plus de 80 clients à 100 fr. chaque.** Malgré cela, il est sale, vit seul, couche sur un grabat. Sous sa table de travail vit, jour et nuit, une chèvre paralysée depuis deux ans. Naturellement, il ne paie ni patente, ni impôt sur le revenu.

« Ses délits d'exercice illégal et d'escroquerie sont connus depuis longtemps de la police, du Conseil de l'Ordre et du Syndicat médical, mais **personne ne bouge.** Les gens instruits du voisinage, et qui se gardent bien de le consulter, surpris de la longue impunité dont il jouit, vous l'expliquent en affirmant qu'il verse une forte somme à la caisse de l'Ordre et à celle du Syndicat. Bien mieux, un capitaine au long cours m'a soutenu *mordicus*, l'autre jour, qu'il fait partie du Syndicat des médecins, et qu'il tenait le fait du personnage lui-même.

« Ne croyez-vous pas cependant que, pour l'honneur du Corps médical, il serait bon d'y mettre fin ? Je ne puis songer à le signaler moi-même aux autorités compétentes ; elles ne bougeraient sans doute pas, et, de toutes façons, j'en serais la principale victime. J'ai pensé que le **Concours Médical** qui, depuis si longtemps combat les illégaux, voudra bien s'intéresser au cas présent. »

POUR rechercher les bases rationnelles d'un remède à cette situation, considérons les principaux éléments de la question : le mysticisme du guérisseur ; la crédulité générale des foules ; l'inertie des Pouvoirs publics ; l'action déficiente des tribunaux, et peut-être quelques complaisances des juges, qui participent consciemment ou inconsciemment à la crédulité générale ; et, comme résultantes du charlatanisme, une faveur accrue du guérisseur, une aggravation de l'état de santé des malades.

Oui, depuis plus de vingt années, le **Concours Médical** s'est efforcé de dénoncer le mal ; ses dirigeants, rompus aux difficultés de la pratique médicale, ou juristes qualifiés, ont mis à l'épreuve bien des moyens : il n'est pas inutile de faire aujourd'hui le point.

SE rappelle-t-on le fameux pulsocone de Maccaura et Mac Laughin, les célèbres spécialistes américains condamnés à la prison, puis expulsés de France vers 1911. Et puis la « ceinture électro-médicale » d'un certain philanthrope, qui guérissait aussi toutes les maladies ; l'histoire du fameux Béziat d'Avignonet, poursuivi par les syndicats médicaux, et qui tira une gloire formidable de son procès ; il fallait, chez lui, faire antichambre et attendre son tour, durant plusieurs jours, dans les hôtels du voisinage ; des entreprises de transport avaient organisé des services réguliers pour transporter les malades chez ce guérisseur ; rappelons aussi le zouave Jacob, l'abbé Chaupitre, sortis du prétoire, glorifiés, grandis, célèbres ; condamnés avec mansuétude à des peines ridicules, ces guérisseurs ont été auréolés.

Les tuberculeux ont toujours fait l'objet d'une exploitation éhontée de la part des guérisseurs. Ceux-ci leur offrent de prétendus remèdes secrets, mais souvent inefficaces. Comme le disait le Pr Rist, les malades sont incités à quitter le sanatorium, cela à leurs tristes dépens ; les sujets ainsi traités sont vite abandonnés par leurs guérisseurs « parce qu'ils sont venus trop tard », et s'ils ne sont pas tuberculeux, cette promesse de guérisson constitue une véritable escroquerie.

Les mêmes remarques s'appliquent aux cancéreux ; on leur vend, par exemple, des ceintures au radium, et l'on va même jusqu'à y joindre un certificat signé par un authentique institut, qui atteste la valeur du radium incorporé. Malheureusement, il s'agit là d'une quantité infime de ce corps, incapable d'agir avec la moindre efficacité (S. Laborde).

QUANT à leur mentalité, le Dr Igert sépare les guérisseurs des exploiteurs vulgaires et des charlatans.

Les guérisseurs s'inspirent d'un sentiment mystique ; celui-ci répond au **mysticisme collectif** ; ils sont, les uns, débiles intellectuels et sentimentaux ; les autres intellectuels ; ceux-là se livrent à des superstitions incohérentes ; ceux-ci, les plus nombreux, ne dédaignent pas les avantages matériels qui, la sottise humaine aidant, peuvent devenir considérables. Il y aurait donc lieu, à l'occasion, de faire subir, aux premiers, un examen médico-légal psychiatrique avec toutes ses conséquences logiques.

A noter que l'action des guérisseurs ou charlatans est grandement facilitée par la **crédulité des foules**, entretenue et développée par la **réclame.** Se rappelle-t-on notamment les fameuses affiches apposées, il y a déjà quelques années, sur les murs : " Défends ta peau contre ton médecin " ? Et puis, il y a aussi les articles de propagande, au besoin... édités à l'étranger, puis expédiés en France. Il faut encore incriminer une **certaine presse.** Celle-ci, d'ailleurs, suit l'opinion, plus qu'elle ne la dirige ; or, comme le dit fort justement

le Dr Péquignot (La Semaine des Hôpitaux,, 24 juin 1946), le charlatanisme médical est une des lignes de moindre résistance du public. Cet auteur incrimine à cet égard les médecins eux-mêmes, en ce qu'ils privent le public d'une bonne littérature médicale, destinée à lui exposer les méthodes de la science, à lui faire comprendre que le fonctionnement de leur cerveau, en présence d'un malade, est basé sur l'étendue de leurs connaissances et la rigueur de leur raisonnement. Le goût des foules pour le mystère fera qu'ainsi elles donneront leur foi au premier bateleur venu, qui saura, beaucoup mieux que le médecin honnête, utiliser toutes leurs lignes de moindre résistance, entrer plus profondément dans leurs goûts avoués ou inavoués. Le guérisseur Béziat, dénigrant une fois de plus l'action du médecin, ne disait-il pas un jour : " Ne vous y trompez pas ; le public aime le merveilleux, l'inattendu, et, du jour où l'on me sentirait couvert par un docteur, je n'aurais plus le même prestige, mes clients diminueraient. "

Pour redresser cette opinion publique égarée, il faudrait que, comme aux Etats-Unis, où n'importe qui peut pratiquer l'art de guérir, il y eut des organisations médicales puissantes, qui agissent sur l'opinion et qui aient l'oreille du public. Lorsqu'un malade meurt, après un traitement charlatanesque, on placarde sur les murs, à côté de la publicité coupable, l'acte du décès (Dr Boelle, président du Comité international contre le charlatanisme, 1936).

DEJA, en 1906, un Congrès avait réuni à Paris de nombreux médecins français et étrangers, ainsi que des juristes, qui dénoncèrent les dangers que faisait courir à la Santé publique cette variété de l'exercice illégal. Des vœux furent émis, des textes modifiant la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine, furent étudiés et portés aux Pouvoirs Publics. **Aucun résultat ne fut acquis.**

PASSONS à l'**action de la Justice.** Souvent le guérisseur ne prescrit pas de traitement ne réclame pas d'honoraires ; sur l'attestation de témoignages, le tribunal reconnaît parfois même que celui-ci rend service à des populations éloignées de tout secours médical.

Ces faits aboutissent facilement à l'acquittement du charlatan, ou à sa condamnation à des peines infimes (en première instance, 1 franc de dommages-intérêts, ou 200, 300, 500 fr. d'amende) pour exercice illégal à un guérisseur qui gagne quelques centaines de mille francs. En appel, ces 500 francs se réduisent facilement à 25 francs, et souvent avec sursis. N'a-t-on pas vu, le 31 mars 1927, lors du procès intenté à La Rochelle au guérisseur de la Couarde, le maire de sa commune faire l'éloge de sa probité et de sa bonté inépuisable ; son avocat, bâtonnier de l'Ordre, réclamer toute l'indulgence du tribunal ; puis le substitut du procureur, représentant de l'intérêt public, après quelques paroles empreintes de bonhomie et de sagesse, attendre du tribunal une condamnation légère. En effet, ce guérisseur fut condamné à une amende de 200 francs, tempérée par la loi de sursis. Que penser de ces magistrats, de ces officiers, de ces ecclésiastiques, qui n'échappent pas au mysticisme des foules, et témoignent en faveur des guérisseurs et célèbrent leurs vertus ?

Et pour arriver à ces tristes résultats dans la poursuite des guérisseurs ou des illégaux, **quelles sommes ne faut-il pas tout d'abord engager ?** Certains syndicats médicaux, pour s'y lancer, ont dû faire appel à la solidarité pécuniaire des autres syndicats, ou à la caisse du " **Sou médical** ". Les dommages-intérêts alloués ne couvrent d'ailleurs pas les dépenses, engagées en vue des poursuites ; d'autant que, se portant partie civile, le syndicat médical doit avancer les frais, quitte à se retourner contre l'illégal condamné ?

Le remède ?

LES guérisseurs mystiques et sentimentaux devraient relever de la psychiatrie. Les intellectuels et les charlatans seraient poursuivis selon le droit commun.

Les syndicats médicaux ne pouvant faire les frais de justice s'en rapporteraient aux pouvoirs que possède l'Ordre des médecins.

D'une façon générale, il faudrait pouvoir démontrer que ces poursuites, suivies de condamnations, ont entraîné le renoncement définitif des coupables à leur fâcheuse industrie.

Mais, puisque chacun est maître de sa peau et peut la faire soigner par qui il veut, nous dirons : pourquoi imposer aux malades la science officielle, déterminée par l'obtention d'un diplôme de faculté ? Par ces temps de détresse financière du Gouvernement, voici un nouvel impôt à proposer à notre Grand Argentier : il faut exiger que quiconque exerce l'art de guérir, d'une manière ou d'une autre, officielle ou non, soit imposé et paie la patente ; la patente, en effet, ne confirme pas l'exercice légal de la médecine. Resteraient applicables les dispositions des articles 1382, 1383 et 1384 du Code civil et 519 du Code pénal : chacun serait responsable de ses fautes, tant au civil qu'au correctionnel.

On imposerait ainsi l'application stricte de certaines dispositions légales, qui existent dès à présent.

AVANT tout, il conviendrait, à notre avis, d'agir sur la crédulité générale des foules, en exerçant une action efficace sur ses moyens d'information. Pourquoi le ministre de l'Information, ne déléguerait-il pas ses pouvoirs à la Santé publique afin d'exercer une censure sur les articles de propagande médicale, avec éventuellement un avis demandé à l'Académie de Médecine. Mêmes dispositions pour la publication de prospectus, d'affiches, etc.

Enfin, une organisation médicale puissante et étendue serait chargée (pourquoi pas sous l'égide de l'Académie de Médecine) de donner tous renseignements utiles sur les recherches scientifiques ayant abouti à des résultats reconnus effectifs, et estimés utiles à la santé publique.

G. FISCHER.

PRINCIPALES INDICATIONS DE L'ELECTROCARDIOGRAPHIE

par le Dr R. COUESPEL (Evreux)

Parmi les trois méthodes d'examen du cœur : la clinique, la radiologie et l'électrocardiographie, aucune ne fait double emploi ; chacune donnant des résultats différents, elles se complètent mutuellement.

Cependant la clinique est en général suffisante pour juger des lésions orificielles. La radiologie donne une plus juste approximation du volume et des déformations du cœur et de l'aorte. L'électrocardiogramme est utile pour l'élaboration d'un bilan lésionnel exact au cours d'une cardiopathie orificielle congénitale ou non, mais il faut surtout lui demander des précisions sur :

— Les troubles du rythme.

— Et les altérations myocardiques d'origine coronarienne.

Arythmies. — Les troubles du rythme, au nombre de trois (extrasystole, tachycardie et bradycardie) nécessitent un électrocardiogramme pour préciser le diagnostic topographique ; en effet, de celui-ci découleront le pronostic et le traitement.

En présence d'une **extrasystole** il est impossible sans tracé de préciser son origine auriculaire ou ventriculaire ; parmi ces dernières il est intéressant de connaître leur forme, les extrasystoles polymorphes comportant un pronostic beaucoup plus fâcheux.

Les **tachycardies** peuvent revêtir différentes variétés : sinusales, nodales, ventriculaires ou par flutter auriculaire. Toutes ne montrent à l'auscultation qu'une accélération du rythme et cependant leur pronostic et leur traitement sont différents.

Enfin les **bradycardies** relèvent de deux causes. La bradycardie sinusale reconnaissant habituellement une origine extra-cardiaque, est bénigne. La bradycardie par dissociation auriculo-ventriculaire est au contraire caractérisée par le fait qu'il y a interruption partielle ou complète de la conduction entre oreillette et ventricule ; elle est très grave puisqu'elle comporte le risque de mort subite.

Il est évident que selon leur cause toutes ces diverses anomalies commandent une **thérapeutique** différente. S'agit-il d'une origine sinusale, il faut penser à un déséquilibre vago-sympathique parfois dû à une simple dyspepsie. Il en est tout autrement en cas de lésion du myocarde.

Si dans certaines tachycardies la quinidine est efficace, son emploi doit être particulièrement délicat en cas d'altération grave du myocarde.

La digitaline présente aussi ses contre-indications (que seul l'électrocardiogramme peut prévoir en cas de simple allongement de l'espage P. R. par exemple). Je viens d'examiner un malade chez qui XXXV gouttes de solution de digitaline au 1/1.000e, prises en sept jours, avaient provoqué des accidents nerveux de Stokes-Adam.

Il faut donc avant de prescrire une thérapeutique active à un cardiaque faire le bilan exact de ses lésions et l'électrocardiogramme est alors un guide très précieux. Bien plus, au cours d'un traitement étiologique des tracés enregistrés régulièrement permettront de juger de l'efficacité de celui-ci.

Syndromes coronariens. — Une douleur de la région précordiale qui éveille même de loin la crainte d'une angine de poitrine doit faire pratiquer un examen complet du cœur ; cependant l'électrocardiogramme tient la première place comme le montre une observation récente.

M. O., âgé de 64 ans, m'est adressé pour des crises douloureuses post-prandiales à siège épigastrique et thoracique, calmées par les vomissements et les éructations. L'absence de signes cliniques, l'action pratiquement nulle de la trinitrine, l'hypersalivation font penser à des crises d'aérophagie, ou hésiter entre une affection gastrique et cardiaque. L'examen ne montre aucun signe clinique, la tension artérielle est de 14-9 ; la radioscopie met en évidence une sclérose aortique avec gros ventricule gauche, mais aussi de nombreux gaz intestinaux et gastriques. Par contre l'électrocardiogramme est formel, il montre une onde T, négative en I et en CB4 et positive en CF4 avec absence d'onde Q en cette dérivation : il y a indiscutablement une lésion coronarienne.

Sans doute la réponse de l'électrocardiogramme n'est-elle pas toujours décisive, car s'il y a des signes de certitude, il n'y a parfois que des signes de probabilité. On doit donc s'aider de toutes les données possibles en particulier des dérivations thoraciques et de certaines épreuves clinico-physiologiques. La radiologie et la clinique ont aussi leur place dans l'élaboration du diagnostic ; mais pratiquement c'est l'électrocardiogramme qui juge de la gravité des algies précordiales. Grâce à lui on classe ces malades en trois catégories.

— Celle ou les déformations du tracé traduisent avec certitude une atteinte coronarienne ;

— Celle que l'on peut rattacher à la neurotonie ;

— Celle intermédiaire qui s'observe au cours des aortites et qui constitue le groupe des malades à surveiller.

Cette classification est très importante car non seulement la thérapeutique en découle, mais aussi la **mise au repos** ou le **changement de profession.** Ceci constitue parfois un problème si sérieux que seules les déformations électrocardiographiques nettes permettent une telle décision.

***

Comme on le voit les ressources de l'électrocardiographie ne sont pas illimitées, elles présentent toutefois un très gros intérêt diagnostic, pronostic et thérapeutique. Il est certain que beaucoup de cardiaques gagneraient à y recourir : leur traitement étant plus judicieusement établi et le repos prescrit d'une façon plus rationnelle.



SAIGNÉE ET AFFECTIONS CÉRÉBRALES VASCULAIRES

par le Docteur Pierre FERRAND (Guéret)

Depuis une vingtaine d'années, la circulation cérébrale tant du point de vue physiologique que pathologique a fait l'objet de recherches multiples et approfondies aux Etats-Unis, en France et en Allemagne en particulier ; et l'intérêt qui s'attache à ce problème a été pour ainsi dire consacré par la discussion qui fut développée à la réunion internationale annuelle qui eut lieu sous les auspices de la Société de Neurologie de Paris en 1936.

Grâce aux nombreux apports qui nous ont été fournis, l'on peut dire que bien des points qui demeuraient obscurs ou mystérieux ont été éclairés, et que, pour ce qui est des proccessus pathologiques qui se déroulent sous le réseau vasculaire de l'encéphale. bien des interprétations ont été corrigées ou amendées.

Certes, il est bien certain que tout n'a pas été dit sur la pathogénie et les conditions étiologiques qui président au développement des foyers vasculaires du cerveau, mais, ainsi que nous le disions plus haut, sur bien des points un sérieux progrès de nos connaissances a été réalisé.

Nous n'en voulons pour preuve que les notions nouvelles qui ont été introduites dans la conception des ramollissements et de l'hémorragie du cerveau et qui ont été exposées dans deux rapports présentés l'un à la réunion plénière de la Société anatomique en 1934, l'autre à la séance commémorative du cinquantenaire de la Société d'ophtalmologie en 1938 par notre Maître le Professeur Jean Lhermitte.

L'on trouve dans ces deux exposés le résumé des recherches les plus récentes sur l'encéphalomalacie et l'hémorragie cérébrale.

Notre dessein n'est pas d'entreprendre une révision semblable de nos connaissances sur la pathologie vasculaire de l'encéphale mais seulement de mettre en lumière certains faits qui ne sont pas encore suffisamment connus et dont l'intérêt tout ensemble théorique et pratique ne peut être négligé. Nous aurons surtout en vue, ici, le rôle de la déplétion sanguine dans la pathogénie de l'encéphalomalacie, les conditions physiologiques et pathologiques de la circulation cérébrale dominant les indications de la saignée dans les affections vasculaires cérébrales.

Données anatomiques, physiologiques et pathologiques relatives à la circulation sanguine de l'encéphale

Les vaisseaux des centres nerveux contrairement aux axes vasculaires des viscères possèdent une structure particulière. En effet, entre la tunique musculaire (la média) et l'adventice conjonctive, se situe un espace dit lymphatique, espace de Virchow-Robin au sein duquel peuvent fuser des hématies, émigrer des leucocytes, ou proliférer des histiocytes chargés de phagocyter les déchets qui résultent de la désintégration des lipoïdes cérébraux. Entre le réseau artériel et le réseau veineux s'interpose un lacis capillaire particulièrement abondant en raison de la nécessité pour les centres nerveux d'une oxygénation spécialement importante.

Dans l'esprit des auteurs classiques les artères cérébrales étaient comptées parmi les artères dites terminales, de telle sorte que l'on entendait que si un axe artériel était oblitéré il en résultait une nécrose de tout le territoire que ce vaisseau irriguait.

Aujourd'hui, cette conception a dû être abandonnée et si l'on reconnaît que les artères du réseau pie-mérien sont riches en anastomoses, on reconnaît aussi que les artères parenchymateuses non seulement possèdent des artérioles, de liaison, mais encore qu'il existe des communications directes entre quelques artères et quelques veines.

De ceci on peut déduire, à priori, que l'oblitération d'une artériole ou même d'une artère relativement importante ne suffit point pour entraîner la survenance d'un foyer de ramollissement.

Du point de vue physiologique, une autre donnée doit retenir l'attention : le peu d'effet des stimulations directes du sympathique sur la circulation cérébrale, alors que l'excitation directe des parois vasculaires entraîne des phénomènes de vaso-constriction des plus évidents. Ainsi que le démontrent les recherches de Riser, de Villaret et de leurs collaborateurs l'attouchement d'un vaisseau pie-mérien ou le cheminement d'un petit corps étranger dans la lumière vasculaire entraîne un spasme prolongé et intense.

Mieux qu'en aucun autre organe la circulation sanguine cérébrale apparaît soumise aux fluctuations de la circulation générale et se montre conditionnée par des modifications de celle-ci. Nous voulons dire par là que toute perturbation qui atteint la circulation générale déterminera immédiatement un retentissement dans la circulation encéphalique.

L'on devine tout de suite les conséquences qui peuvent résulter soit d'une bouffée d'hypertension artérielle, soit d'un affaissement soudain de la tension intracarotidienne, puisque, nous l'avons indiqué, le cerveau s'adapte assez mal aux variations brusques de la tension sanguine.

Les effets de l'hypotension artérielle spontanée ou conditionnée par la saignée

Les accidents cérébraux que peut entraîner la déplétion sanguine telle que la réalise la saignée en sont un des plus saisissants témoignages.

Ainsi que l'ont fait voir Ch. Foix, Vincent et Darquier, Stanislas de Seze, Fleming et Naffziger, la pratique de la saignée copieuse, dont on sait la pérennité, s'est montrée responsable parfois de la survenance de l'encéphalomalacie.

En général voici comment les choses se déroulent : un sujet est frappé de parésie soit limitée à un membre, soit généralisée à la moitié du corps ; le médecin appelé constate la réalité de l'organicité des phénomènes hémiplégiques et hésite à incriminer le spasme, le ramollissement ou l'hémorragie. La mensuration de la tension artérielle fournit des chiffres relativement élevés, = 20—10 par exemple ; ou même davantage. Dans le but de supprimer ce que l'on croit être une hypertension dangereuse, une saignée est pratiquée : et quel n'est pas, l'étonnement du médecin de constater que non seulement cette soustraction sanguine n'a pas apporté l'amélioration à laquelle on s'attendait mais encore a été suivie dans le plus bref délai par une hémiplégie. La parésie s'est transformé en paralysie.

Un autre exemple nous a été fourni récemment par l'hémorragie chirurgicale : une malade de 68 ans, qui présentait un épithélioma du sein gauche traité par radiothérapie, est opérée de mamectomie complète de la glande gauche avec curage axillaire : anesthésiée à l'éther, elle se réveille une demi-heure après l'intervention, mais le lendemain état comateux profond avec paralysie faciale gauche, Babinsky bilatéral, pouls dur et vibrant, tension artérielle 22-12, élévation thermique et mort.

Comment comprendre cette influence désastreuse de la saignée?

Rappelons d'abord que les cas que nous citons ont trait à des sujets généralement âgés, artério-scléreux, et hypertendus avérés ou méconnus; sous l'influence d'une légère défaillance du tonus cardio-artériel la tension sanguine subit un abaissement grâce auquel le cheminement du sang dans les artères cérébrales scléreuses et rétrécies se ralentit. En une certaine région marquée par un processus artério-scléreux plus poussé un engorgement, un stase vasculaire (artério-veineuse) se produit qui a pour effet immédiat une réduction de l'oxygénation d'un territoire cérébral, et, par conséquent, la diminution ou la suspention de la fonction dont celui-ci est doté. Si par l'effet d'une amélioration spontanée du tonus cardio-vasculaire la tension sanguine regagne son chiffre positif, la circulation compromise se rétablit ; mais si, tout au contraire, la tension sanguine fléchit davantage, la circulation se trouve bloquée dans un secteur plus ou moins étendu de l'encéphale. Ceci pour une double raison : l'absence de contraction des artères cérébrales rendues encore plus décisive par la sclérose des parois et ensuite la déficience de la propulsion sanguine, laquelle exige pour sa réalisation une tension d'autant plus élevée que la lumière vasculaire est plus réduite et que les parois se montrent plus rigides.

Les faits de ce genre appellent une conclusion pratique : savoir que devant un sujet atteint de trouble paralytique ou parétique et présentant une hypertension artérielle relative, il faut se garder de pratiquer une déplétion sanguine dont l'effet le plus immédiat et le plus dangereux sera l'effondrement de la tension et l'arrêt définitif de la circulation dans le territoire atteint par la stase. Ce qu'il convient de faire c'est, tout au contraire, de relever la tension vasculaire générale par la médication toni-cardiaque en même temps que l'on s'efforcera de rendre au sang une fluidité indispensable au cheminement des colonnes hématiques dans les vaisseaux dont la sclérose pariétale a réduit à la fois l'extensibilité et la contractilité.

Ce bref exposé suffira à faire rejeter par le médecin-praticien, en présence d'un ictus, un geste devenu symbolique et trop souvent réclamé, et même apprécié, par l'entourage du malade. Avant de l'exécuter il conviendra d'en bien poser les indications et de ne pas omettre la place prépondérante du spasme et de ne pas imposer au malade une aggravation de ses troubles en déséquilibrant son système vasculaire : le plus souvent ventouses scarifiées et sangsues suffiront.

Quelques fois cependant une saignée modérée (100-200 gr.), pourra être permise lorsque l'état cardio-vasculaire du sujet s'y prêtera, malade congestif, brightique avec bruits de galop ; tension artérielle élevée avec signes d'aortite et de néphrite chronique...

Facteur de déséquilibre circulatoire, comme d'ailleurs la classique injection d'acétylcholine et la ponction lombaire, susceptibles elles aussi de rompre un processus naturel de défense, les indications de la saignée dans les affections vasculaires cérébrales doivent être des plus restreintes si l'on ne veut pas, par un geste inutile, mais spectaculaire, lui donner un caractère nuisible dont Trousseau à son époque signalait déjà les dangers.

De notre temps, il demeure préférable devant toute hémorragie cérébrale de songer aux formes chirurgicales, certes exceptionnelles, mais susceptibles d'être améliorées radicalement par des techniques et indications appropriées.

ACTION DU THIOURACIL CHEZ LA FEMME ENCEINTE

Depuis quelque temps déjà, on se sert volontiers du thiouracil et les succès thérapeutiques obtenus incitent évidemment à en faire un usage de plus en plus étendu. Cependant, il en est de cette nouvelle substance thérapeutique comme de beaucoup d'autres : il ne faut pas en faire un usage systématique et on doit savoir en limiter parfois les indications. A ce sujet, MM. L.-J. Davis et William Forbes ont rapporté dans « The Lancet », du 8 décembre dernier, une observation qui mérite de retenir l'attention.

Une femme enceinte était traitée par le thiouracil et mourut pendant le sixième mois de sa grossesse. On put faire l'autopsie et les constatations sont intéressantes à connaître. Macroscopiquement, on trouva un corps thyroïde d'un volume double de celui d'un corps thyroïde normal. L'examen des coupes histologiques montra qu'il existait une hyperplasie très nette de la glande. Les constatations, faites sur le fœtus de six mois, ne sont pas moins intéressantes. Macroscopiquement, le corps thyroïde était assez sensiblement modifié, les deux lobes de la glande étant nettement augmentés de volume. Histologiquement on trouva une hyperplasie thyroïdienne semblable à celle que l'on trouve chez des sujets atteints de thyrotoxicose. Ajoutons que le poids du fœtus était inférieur à celui d'un fœtus normal du même âge. Il faut rapprocher cette observation de celle de MM. Hughes et Goldsmith. Ces deux auteurs ont noté transitoirement, chez de jeunes rats, un retard pondéral et statural ainsi qu'une hyperplasie thyroïdienne.

La conclusion pratique de ces faits semble devoir être la suivante : l'emploi du thiouracil chez des femmes enceintes et même chez des femmes allaitant leur enfant doit être prudent. D'ailleurs, on peut raisonnablement penser que, bientôt, d'autres observations relatant l'action du thiouracil chez les femmes enceintes et les nourrices ne tarderont pas à nous renseigner d'une manière plus complète et encore plus précise sur l'action de ce nouvel agent thérapeutique dans ces cas-là.

Pierre LABIGNETTE,
Chef du Laboratoire de la Maternité de l'Hôpital Boucicaut.

ACTUALITÉS D'ANGLETERRE

L'IODE ET LA PATHOLOGIE DU CORPS THYROIDE

Sous le titre " Iodine Facts ", le Bureau d'études de l'Iode, de Londres, vient de publier (avril 1946) un consortium de plus de 100 articles consacrés au rôle de l'iode dans la pathologie du corps thyroïde, en particulier dans la génèse et la prophylaxie du goître. Y sont envisagées également quelques applications du médicament dans la prévention du crétinisme, du myxœdème et dans le traitement du goître exophtalmique.

***

Le goître est une affection extrêmement répandue, qui s'observe dans tous les pays et dans toutes les races. La carte géographique du goître montre sa diffusion en Asie, en Europe, en Afrique, en Amérique. Le goître simple, parenchymateux ou colloïde, de beaucoup le plus commun, bien qu'il ne comporte ni signes d'hyperthyroïdisme, ni signes accusés d'hypothyroïdisme, n'en est pas moins un indice de désordre constitutionnel. On a signalé son accompagnement par de l'anémie, du rhumatisme, des troubles auriculaires et aussi, souvent, un certain degré d'hypothyroïdisme avec ses conséquences pathologiques, une intellectualité et une courbe de croissance amoindries, chez l'enfant, etc.

L'origine du goître simple est généralement attribuée à une insuffisance d'iode dans l'alimentation, dans l'eau de boisson en particulier, le corps thyroïde ne trouvant plus alors dans l'organisme la quantité d'iode qui lui est nécessaire pour maintenir normales sa structure et sa fonction. L'insuffisance d'iode entraîne, comme l'a montré Marine (de New-York), une hyperplasie thyroïdienne, peut-être de compensation pour maintenir le pourcentage iodé dans la glande, sans y parvenir d'ailleurs. Ce pourcentage, de 0,2 % du poids de la glande (séchée), descend progressivement dans le goître à 0,1 %, la quantité totale d'iode arrivant toutefois habituellement, pour la glande normale et la glande hypertrophiée, au voisinage du chiffre de 8 à 10 mgr.

La prophylaxie du goître simple tient principalement dans une administration préventive de l'iode par les aliments ou l'eau alimentaire. L'iode constitue aussi un traitement du goître simple chez les enfants, mais son action n'est plus, bien des fois, appréciable chez l'adulte.

Beaucoup de méthodes ont été recommandées au titre de prophylaxie générale du goître : l'addition d'iode à l'eau des canalisations urbaines, l'usage d'un sel de cuisine légèrement iodé, etc. Le chimiste français Boussingault fut le premier, en 1831, à préconiser l'usage du sel de cuisine additionné d'iode dans les districts goîtreux. Depuis, la méthode s'est généralisée et a été adoptée par de nombreux Etats, en Suisse (1924), en Italie (1928), en Hollande, en Allemagne, et tout récemment (1944) en Angleterre et aux Etats-Unis. Le sous-comité du goître du Medical Research Council de Grande-Bretagne a instamment demandé, pour prévenir l'extension du goître, l'addition de traces d'iode au sel de consommation dans les Iles Britanniques. L'Association médicale américaine, de son côté, a recommandé une mesure similaire aux Etats-Unis où, avec un résultat appréciable dans la réduction du goître, l'iode est déjà ajouté à une proportion importante du sel de table consommé dans ce pays.

En France, où l'iode a été découvert par Courtois en 1811, étudié par Gay-Lussac en 1813, et appliqué déjà en thérapeutique par Lugol dès 1930, la question de son rôle dans la genèse du goître et du crétinisme a fait l'objet de nombreux travaux (Boussingault, Chatin, Baillarger, etc.). La décroissance de cette affection dans notre pays, résultat de l'amélioration des conditions sanitaires alimentaires, n'a pas rendu nécessaires les mesures de prévention pratiquées dans d'autres pays.

L'iode est ajouté au sel de cuisine sous la forme d'iodure de potassium à des doses variables selon les Etats : 1 p. 10.000 aux Etats-Unis, 1 p. 100.000 en Suisse, en Angleterre. Un sel ainsi iodé à 1 p. 10.000, à raison d'une consommation de sel de cuisine estimée à 5-6 gr. par jour donne un apport approximatif de 200 mgr. d'iode par personne et par an.

***

En dehors du goître simple, l'iode peut jouer un rôle utile dans la prévention du crétinisme endémique et du myxœdème. Le traitement du myxœdème par l'extrait thyroïdien est classique, depuis qu'il a été institué par Murray (de Manchester). L'extrait thyroïdien et l'iode qu'il contient permettent à des malades condamnés à une existence extrêmement amoindrie de reprendre une vie assez active. Murray rapporte le cas de son premier myxœdémateux ainsi soigné en 1891, à l'âge de 46 ans. Il mourut vingt-huit ans plus tard, en 1919, à 74 ans, ayant consommé dès extraits préparés avec les glandes de plus de 870 moutons.

L'iode peut-il présenter des indications dans le goître exophtalmique, encore appelé aujourd'hui goître toxique, la maladie de Graves-Basedow ? Le goître toxique, signalé déjà par Parry en 1786 avec sa symptomatologie de goître-exophtalmie-troubles cardiaques, décrit par Graves (1835) et Basedow (1840), relevant d'une sécrétion excessive d'hormone thyroïdienne, il était logique de penser que l'administration de l'iode dans cette affection devait entraîner non une amélioration, mais des conséquences fâcheuses. Cette opinion a longtemps prévalu. Trousseau, en 1865, dans ses cliniques de l'Hôtel-Dieu, conseillait dans le goître exophtalmique de ne pas donner d'iode. On raconte, toutefois, qu'un jour Trousseau reçut à sa consultation une jeune femme atteinte de goître exophtalmique très accentué. Il prescrivit l'hydrothérapie, et contre les troubles cardiaques 15-20 gouttes de teinture de digitale. Mais, pensant à l'iode qu'il convenait d'éviter, il commit la faute d'écrire sur son ordonnance : teinture d'iode. La malade prit 15-20 gouttes de teinture d'iode chaque jour et revint quinze jours plus tard consulter à nouveau. Trousseau constata que la tachycardie avait baissé notablement, le pouls étant tombé de 150 à 90 battements à la minute. Reconnaissant la confusion faite, il remplaça la teinture d'iode par la teinture de digitale et le pouls remonta à 150. Il revint à la teinture d'iode, mais précisa qu'il regardait ce cas comme exceptionnel. C'est une des premières observations où l'iode a été administrée avec un succès momentané dans la maladie de Basedow. Dans la suite, l'iode a été recommandé pour le traitement du goître toxique par Cheadle (1869), Waller. D. M. Lyon, Plummer et Boothby (1923-1924) avec des résultats intéressants mais seulement temporaires. Il n'apparaît donc utile de recourir à l'iode, dans le goître toxique, qu'au titre préparatoire à une intervention chirurgicale,

P. LACROIX.

CORYZAS - SINUSITES
RHINO-PHARYNGITES
AFFECTIONS GRIPPALES



BALSAMO-RHINOL

Huile balsamique - Essences végétales à action élective sur la flore microbienne du nez et du rhino-pharynx

●

S'emploie en instillations (bouchon compte-gouttes très pratique) et en pulvérisations.

LABORATOIRE FIDES, 14, Rue de la Comète, PARIS

ANIODOL
LE PLUS PUISSANT ANTISEPTIQUE — NON TOXIQUE
Laboratoires de l'ANIODOL, 3 à 9, Rue des Alouettes — NANTERRE (Seine)
R. C. Seine 340534
ANIODOL EXTERNE
Désodorisant Universel
Chirurgie - Obstétrique
Hygiène privée
Gynécologie
ANIODOL INTERNE
Gastro-Entérite
Fièvre typhoide
Diarrhées vertes des nourrissons
Furonculose

LES SOCIÉTES SAVANTES

ACADEMIE DE CHIRURGIE

A propos d'un millier d'injections intra-artérielles dans la lymphangite éléphantiasique et l'ulcère phagédénique.

(M. Tourenc. — Rapport de M. René Leriche ; 22-5-1946)

M. Tourenc a appliqué à certaines maladies coloniales les méthodes de traitement étudiées en France par M. René Leriche dans la lymphangite aiguë et dans les ulcères chroniques infectés. Il a obtenu avec l'injection intra-artérielle de mercuro-chrome (10 cc. de la solution aqueuse à 2 p. 100) et les infiltrations sympathiques des résultats remarquables dans deux maladies fréquentes et redoutables à la Guadeloupe où il se trouvait : la lymphangite éléphantiasique et l'ulcère phagédénique. L'injection est faite dans la fémorale au triangle de Scarpa avec une aiguille à biseau court ; huit fois seulement sur 283 cas, il fallut découvrir l'artère pour faire l'injection.

Un « fusillé » guéri.

(M. P. Huet ; 29-5-1946)

M. Huet présente, guéri, un « fusillé » rescapé des balles allemandes. Un soir, au cours de la libération, il fut avec un de ses camarades fusillé par les Allemands. Laissé pour mort sur le lieu de l'exécution, il y séjourna toute la nuit et, 14 heures après le drame, il fut transporté à l'hôpital Necker dans l'état suivant : coma, perte des réflexes cornéen et photomoteur, absence de pouls, hypothermie telle que la température était imprenable. Seuls étaient conservés les mouvements respiratoires à la cadence de 4 à 5 par minute.

M. Huet le fit placer sous le cerceau chauffant et lui fit en abondance une perfusion de sérum adrénaliné intra-veineux, complétée par deux transfusions de 250 cc. Vers 17 heures, soit 20 heures après la blessure, le pouls était revenu en même temps que la conscience. Les blessures (plaies du thorax, de la racine de la cuisse, du genou) furent alors soignées. Il guérit et a repris son service à la Préfecture de police.

Chez ce blessé, le mécanisme du shock fut certainement dû au refroidissement, car il avait peu saigné. Il est intéressant aussi de voir qu'un genou, une plèvre et un foyer de fracture comminutive de la cuisse, atteints par balle il est vrai, peuvent rester aseptiques si aucune main bienveillante, mais parfois involontairement malfaisante, n'est venue les infecter.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX DE PARIS

Surrénalectomie pour état angineux subintrant chez un hypertendu artériel.

(MM. Riser, Becq, Dardienne et Lazorthe ; 12-7-1946)

Malade de 25 ans qui a présenté dès l'âge de 19 ans, une hypertension artérielle durable et progressive, avec Mn à 11-12 cm., sans atteinte rénale apparente, ni papillite. Malgré régime et traitement médical, il subit à partir de janvier 1945, des crises d'angor coronanien à l'effort, devenant subintrantes et nécessitant une immobilité absolue ; les effets de la novocaïne intra-veineuse, des infiltrations stellaires ,au début très calmantes, s'épuisent rapidement. Une surrénalectomie unilatérale totale s'est montrée immédiatement et absolument efficace, supprimant les crises, abaissant Mn et améliorant l'E.C. ; ces bons résultats se maintiennent depuis dix-huit mois.

Faillite des traitements non chirurgicaux des abcès du poumon.

(MM. R. Even, J. Lecœur et C. Sors ; 12-7-1946)

Se basant sur 89 observations publiées à la Société Médicale des Hôpitaux en 25 ans par 37 auteurs, et sur 44 observations personnelles, les auteurs concluent que le traitement non chirurgical est la règle, le traitement chirurgical l'exception. C'est là un fait assez paradoxal dans la thérapeutique des collections purulentes circonscrites.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX DE LYON

Syndrome de Libman-Sachs (Lupus érythémateux, manifestations infectieuses d'allure rhumastimale.

(MM P. Ravault, P.-J. Michel, P. Guinet, J. Gallet et P. Carrier ; 12-2-1946)

A propos d'un cas suivi dans le service du Professeur Ravault, les auteurs rappellent la symptomatologie générale du syndrome de Libman-Sachs et en discutent la pathogénie.

Le syndrome individualisé en 1911 par Libman et décrit par lui conjointement avec Sachs en 1924 comporte les éléments constitutifs suivants: une période de début peu marquée, à laquelle succèdent, sur un fond plus ou moins fébrile, une série de manifestations cutanées (lupus érythémateux), articulaires (arthralgies), viscérales (pleurésies, péricardites, endocardites). L'évolution se fait par poussées, la durée de l'affection étant en général de 6 à 10 mois, aboutissant à la mort par broncho-pneumonie ou coma terminal. Chez la malade dont les auteurs rapportent l'observation, cependant, une tendance à l'amélioration est notée qui ferait porter plutôt un pronostic favorable.

La pathogénie de ce syndrome reste encore indéterminée. On a mis en avant plusieurs origines : tuberculose, avitaminose C, endocardite infectieuse, maladie de Bouillaud. M. Ravault admettrait volontiers l'assimilation avec la fièvre rhumatismale aiguë de Bouillaud.

— M. Gaté se demande si les manifestations séreuses ne sont pas ici, ainsi que le lupus érythémateux, d'origine tuberculeuse plutôt que rhumatismale.

Résultats éloignés favorables de la décapsulation rénale dans deux cas de néphrite chronique.

(MM. J. Cibert, A. Vachon, F. Rolland et M. Pacaud 19-2-1946)

Depuis quelques années, à la suite des travaux de Chabanier et de ses collabortaeurs, on parle beaucoup à nouveau de la chirurgie des néphrites chroniques. M. le Prof. Cibert a pratiqué un

certain nombre d'opérations pour néphrites, dont les observations ont été rapportées dans la récente thèse de Pacaud, où l'on peut trouver à côté d'échecs, des résultats symptomatiques encourageants. Quelquefois même l'évolution de la maladie paraît avoir été favorablement influencée.

Les deux cas rapportés par les A. rentrent dans cette dernière catégorie. Il s'agit de deux jeunes femmes atteintes de néphrite hématurique, chez lesquelles la persistance des hématuries conduisit à une intervention chirurgicale sur le rein. Une décapsulation rénale fut suivie de résultat favorable qui persiste depuis quatre ans.

— M. Ravault estime la décapsulation inefficace dans le cas de mal de Bright évolutif et bien classé. Dans les cas de néphrite subaiguë récidivante ou hématurique récidivante, la décapsulation peut être utile. Il faut essayer d'agir avant que la néphrite chronique soit installée.

SOCIETE FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

(Filiale lyonnaise)

Séance du 25-1-1946

Végétations vulvaires au 4e mois d'une grossesse disparues spontanément après un traitement intercurrent par une préparation saline.

MM. J. Gaté et J. Coste ont observé une femme atteinte, au 4e mois d'une grossesse, de végétations vulvaires, qui ont disparu à la suite d'un traitement par une préparation saline (carbonates de magnésium, de sodium, de calcium) prescrit contre des troubles gastriques (pyrosis). Les végétations ont diminué quelques jours après le début de la médication et avaient complètement disparu après un mois. On sait que les préparations salines semblent parfois donner des résultats contre les verrues, mais le fait reste exceptionnel pour les végétations vulvaires.

A propos de l'étiologie des nodosités sous-cutanées.

MM. H. Thiers, J. Racouchot et Gonnet, sur cinquante cas de nodosités sous-cutanées, ont noté quarante-cinq cas relevant de la polyarthrite déformante de Charcot, deux d'une mycose, un de la bacillose, et deux cas d'étiologie inconnue.

Chancre syphilitique de l'aile du nez.

M. G. Massias a observé un chancre syphilitique de l'aile du nez. Ce chancre, volumineux et déjà assez ancien, a guéri rapidement par un traitement arsenical, mais la cicatrice a déterminé une atrésie accentuée de la narine.

Cette localisation de l'accident primaire de la syphilis est assez rare. La constatation du signe de l'induration rencontre ici une difficulté : le plan sous-jacent est en effet cartilagineux.

LA PRESSE

L'infiltration sinu-carotidienne. — **J. Ducassou** rappelle que le corpuscule carotidien et les gros vaisseaux qui l'entourent ont un rôle important dans la régulation de la tension artérielle et qu'ils interviennent dans le déclenchement de réflexes vaso-moteurs à distance. A propos de plusieurs observations cliniques, il démontre qu'en effet l'infiltration anesthésiante de la région sinu-carotidienne donne une hypertension immédiate et modérée, due à plusieurs facteurs : 1° En améliorant la circulation sanguine dans les centres nerveux, elle stimule les centres régulateurs diencéphaliques et hypophysaires ; 2° elle déclenche indirectement, par l'intermédiaire de ces centres, une décharge des hormones surrénales, adrénaline et cortine ; 3° elle intervient pour couper le cycle des réflexes nocifs en cascade, tels que ceux que l'on rencontre dans le choc, et permet aux centres vaso-moteurs de se ressaisir en quelque sorte.

Ainsi son action cardio-tensionnelle permet d'en faire un bon agent thérapeutique de tous les états de déséquilibre intense de la vaso-motricité : choc obstétrical, choc opératoire, collapsus infectieux. A ce dernier point de vue, il est admis que le collapsus de certaines péritonites aiguës est d'origine nerveuse et reconnaît comme point de départ les incitations douloureuses recueillies au niveau du péritoine, et transmises aux centres par l'intermédiaire des splanchniques. Il s'agit là d'une méthode facile et rapide dans ses résultats, alors que souvent les moyens usuels ont échoué. (*Journ. de Méd. de Bordeaux*, juin 1946.)

Lymphomatose aleucémique chez une femme de 26 ans. — Dans le cas signalé par **MM. Girard, Bertrand et Castelain,** l'éventualité d'une maladie de Hodgkin et celui d'une tuberculose classique pouvait être facilement éliminée ; mais seule la biopsie a permis de rejeter d'une façon formelle le diagnostic de lymphome tuberculeux ; la splénomégalie, la formule sanguine et le myelogramme ne suffisent pas toujours. Si l'évolution de la lymphomatose aleucémique varie entre 6 et 10 ans, ici la maladie a pu atteindre 10 ans, et elle semble devoir se prolonger encore, car les aires ganglionnaires se prennent progressivement après une longue période de latence ; il est intéressant de noter que l'ablation précoce du ganglion primitivement atteint n'a pas empêché la généralisation de l'affection. Enfin, il faut noter le jeune âge de la malade, car ces subleucémies ou cryptoleucémies se rencontrent plutôt chez les gens âgés; or l'observation relatée montre qu'elles sont susceptibles de se voir également chez les sujets jeunes, et d'y affecter la même évolution lente.

Enfin, les séances de radiothérapie, qu'on a pratiquées chez cette malade, ont été relativement peu fréquentes ; il ne semble donc pas que ces formes doivent être irradiées d'une façon massive et répétée ; l'état du sang ne peut servir de critère puisqu'il est normal ou subnormal ; c'est la régression des troubles fonctionnels qui doit avant tout être obtenue. (« Revue Médicale de Nancy », 15 juin 1946.)

G. F.

PHOSCAMINE

PHOSPHORE CALCIUM
ACIDES AMINÉS
GRANULÉ
RECALCIFIANT HÉMATOGÈNE
ACTIVATEUR DE L'ASSIMILATION

LIPOVITA

VITAMINES LIPOSOLUBLES A et D
Granulé à base
de CAROTÈNE
et d'ERGOSTEROL irradié

LABORATOIRE MAUCHANT
J. EURY, Dr en Pharmacie, Ex-Interne des Hôpitaux de Paris
GENNEVILLIERS (Seine)

INTESTARSOL

Granulé

TOXI INFECTION INTESTINALE
PARASITOSES

Laboratoire H. CALAS
162, Rue de l'HAY
GENTILLY (Seine)



APSORA

POMMADE

★

GALE
PSORIASIS

★

LABORATOIRES DU DOCTEUR F. DÉBAT - 60 RUE DE MONCEAU - PARIS 8e

ovules secs
STÉRIGYNE

Désodorisent. Calment le prurit.

Ne coulent pas. Ne tachent pas.

Leucorrhée, hygiène intime

LABORATOIRES SERVIER - ORLÉANS

PYUROL

Antiseptique le plus actif et le moins toxique

sur l'appareil Urinaire,
l'appareil Digestif,
sur le Foie et sur le Diurèse

ORTHOPHORINE

Acide phosphorique granulé (Formule de Joulie)

TROUBLES DE LA NUTRITION
TONIQUE DU SYSTÈME NERVEUX

ORTHO-GASTRINE

TROUBLES D'ORIGINE GASTRIQUE
OU INTESTINALE

Laboratoires A. LE BLOND
Docteur en Pharmacie
15, rue Jean-Jaurès, PUTEAUX (Seine)

VITADIASE

PRODUIT NATUREL

INOSITO de Ca - Mg PHOSPHATE

COMPLEXE VITAMINES B



Equilibre la santé

CACHETS - DRAGÉES - GRANULES

LABORATOIRES GEORGES TIXIER - 18 RUE HAMELIN - PARIS-16e

FRANCALCIUM

ACETYLGLYCOCOLLATE DE CALCIUM



AMPOULES INJECTABLES I-V ET I-M

COMPRIMÉS

SOLUTION BUVABLE

LABORATOIRES DU MYORAL
3, RUE S'-ROCH, PARIS

PASSIFLORINE

Le médicament des cœurs instables

La PASSIFLORINE
par sa composition atoxique
PASSIFLORE, AUBÉPINE, SAULE
est un calmant
du Système végétatif
et un
Régulateur toni-cardiaque

La PASSIFLORINE
est le grand remède phytothérapique
de l'Eréthisme cardiaque
avec
Palpitations et Tachycardie

Laboratoire G. RÉAUBOURG, Dr en Phie
115, Rue de Paris - BOULOGNE-sur-SEINE

PARTIE PROFESSIONNELLE

PROPOS DU JOUR

INTRODUCTION A L'ÈRE ATOMIQUE

Tel est le titre suggestif que le professeur Jean Thibaud, directeur de l'Institut de physique atomique de l'Université de Lyon, avait choisi pour la conférence inaugurale qu'il prononça au IVe Congrès des médecins électro-radiologistes de langue française.

La spécialisation et la formation scientifique de ses auditeurs l'avaient incité à des considérations savantes dont il est particulièrement difficile et périlleux de rendre compte. Mais il tira de son exposé doctrinal des considérations philosophiques qui ne peuvent manquer, je crois, d'intéresser tout homme vivant notre époque de transition. Changer d'ère n'est pas une aventure de tout repos ; si nos ancêtres l'ont courue sans vraisemblablement en prendre conscience, nous avons, nous, ce désagrément d'être avertis et de réaliser pleinement le risque.

En réalité, fait remarquer le Pr Thibaud, rien n'est changé sinon le degré de notre ignorance, et la bombe atomique s'insère dans le plan général de l'Univers. Nous n'avons fait que démasquer sous la monotonie apparente des aspects naturels, le rythme et l'impétuosité latents. Nous avons identifié l'unité de structure qui, par une harmonie si ample qu'elle confond l'esprit, se répète inaltérée jusqu'aux dernières limites perceptibles des deux infinis.

On ne fait pas un monde avec des protons et des électrons jetés au hasard comme des billes dans un sac. Il faut encore qu'interviennent entre eux des antagonismes et des attractions mesurés par des forces. Si les forces de gravitation règlent les rapports réciproques entre grosses masses matérielles elles n'ont qu'un rôle secondaire dans la structure spongieuse de la matière vue à l'échelle atomique. Sur ces forces « à longue distance » prennent ici le pas des forces dites « à courte distance », d'atome à atome. Les premières rassembleraient des atomes épars en un nuage, les secondes les soudent en un roc ou un cristal.

Ainsi la notion abstraite d'énergie est devenue un des aspects du réel ; l'on conçoit des points de condensation de l'énergie aux deux extrêmes de l'échelle des dimensions, d'une part dans l'atome, d'autre part dans l'étoile. On admet depuis Einstein que cette énergie est douée des attributs de la masse, et que masse et énergie sont peut-être des aspects différents d'une même entité énergético-matérielle plus subtilement douée que la matière que nous imaginions antérieurement.

Mais tandis que la masse d'un rayonnement électro-magnétique ou autre, nous paraît infime, calculée selon la relativité, inversement la quantité d'énergie mise en circulation sous forme de rayonnement à la suite de l'annihilition d'un seul gramme de matière nous apparaît prodigieuse. Les échanges énergétiques sont incessants au sein de la matière, et la bombe atomique n'a fait qu'illustrer de façon spectaculaire l'énergie en puissance récélée dans la matière que, par ignorance, nous appelions inerte.

Par sa forme énergétique, la matière se glisserait de points en points de l'espace, échappant à la fixation définitive, et les étoiles ne seraient que concentrations momentanées d'où la matière s'écoulerait lentement, sous la forme moins dense de chaleur et de lumière.

L'hydrogène et l'hélium sont les deux termes d'un cycle de transformation de noyaux d'atomes dont le résultat est la production de cette chaleur qui, à des températures de dizaines de millions de degrés règne au centre des étoiles. L'hydrogène est l'agent initial des réactions nucléaires et l'hélium le résidu final, stable. En sorte que lorsque le spectroscope montre dans l'atmosphère d'une étoile une abondance d'hydrogène, cette étoile a de fortes chances d'être au début de son cycle évolutif ; une étoile riche en hélium est vieille et s'assombrit peu à peu.

On conçoit aujourd'hui l'étoile comme un immense laboratoire de transmutations atomiques.

Or, quelles pièces maîtresses rencontre-t-on dans les laboratoires de nos modernes alchimistes ?

Des enceintes étanches où l'on produit un vide très poussé ; des ajutages fins par lesquels on introduit dans ce vide de l'hydrogène atomique (c'est-à-dire réduit à ses seuls noyaux) ; un générateur à très haute tension dont le champ répulsif aura pour effet de repousser électrostatiquement l'hydrogène en communiquant aux noyaux une vitesse voisine de celle de la lumière.

Tel est l'armement, la matière à désintégrer étant la cible.

Quelques rares noyaux d'hydrogène atteindront le but ; la plupart, à cause de leur petitesse, passeront à côté. Les coups heureux font pénétrer les noyaux d'hydrogène dans ceux de l'espèce atomique à transmuter qui reçoivent de ce fait une surcharge d'énergie et se décortiquent en émettant très souvent une quantité d'énergie supérieure à celle que portait le projectile d'hydrogène.

L'étoile, masse gazeuse à haute température, dispose de masses invraisemblables d'hydrogène atomisé puisque c'est l'élément prédominant d'un astre en pleine activité. Les atomes des autres types présents en même temps que l'hydrogène, lithium, carbone ou azote, seront donc soumis à un bombardement autrement nourri que dans les laboratoires terrestres.

Le générateur de tension que les physiciens emploient pour imprimer aux atomes d'hydrogène la vitesse nécessaire est remplacé par la haute température.

Les divers corps simples entrant dans la composition du soleil trouvent ainsi un dispositif puissant propre à les désintégrer.

Ce sont particulièrement le carbone et l'azote qui fournissent l'énergie capable d'entretenir la vie de l'astre et de pourvoir à ses prodigalités en radiations lumineuses pendant des milliards de siècles. Et cela

par une série cyclique de réactions ; d'abord production d'un élément momentanément instable, isotope radioactif, lequel soumis à son tour au bombardement de l'hydrogène se transforme en hélium, lequel, inerte, ne réagit pas au bombardement. Mais, en cours de route, les noyaux primitifs de carbone et d'azote qui avaient été désintégrés, se trouveront régénérés. En sorte que la quantité totale de carbone et d'azote demeure inchangée ; ils ont joué un rôle de catalyseurs.

Il semble abusif de présenter la haute température stellaire comme nécessaire aux transmutations et en même temps comme produite par elles. A la vérité la gravitation intervient au début pour agir sur les couches superficielles de la masse gazeuse, les tasser sur les couches sous-jacentes, produisant une contraction, laquelle entraîne un développement de chaleur.

Une fois les désintégrations amorcées, le rayonnement vers l'espace extérieur s'accroît et finit par contre-balancer les forces centripètes de gravitation ; la contraction stellaire est alors brutalement arrêtée et la température reste stable aussi longtemps du moins qu'il reste de l'azote à transformer.

Ainsi ces phénomènes monstrueux sont soumis à une véritable régulation avec oscillations autour d'une valeur d'équilibre.

Telle est l'évolution, répartie sur des milliards de siècles, d'une étoile « naine », comme notre soleil.

L'univers lui-même aurait aussi une évolution de même nature, avec périodes successives de contraction et de dilatation. A l'échelle universelle le temps n'est plus cet élément subjectif, fonction de la mémoire ni cet élément physiologique qui se résout dans le vieillissement des glandes endocrines, ni même le temps physique, arbitrairement évalué par un pendule. Ce sera par exemple la durée d'expansion de l'univers, ou l'intervalle entre deux états énergétiques différents d'un noyau atomique, peut-être un temps à structure discontinue comme sont la matière et l'énergie.

Les événements qui affectent l'individuel, avec la notion de temps discontinu, ne nous apparaitraient plus comme jetés au hasard, mais en proie au contraire à un fatum rigide, leur imposant presque leur « heure ». Il ne serait plus loisible à un événement atomique de se produire à une époque quelconque ; il ne pourrait avoir le choix qu'entre des valeurs numériques parfaitement déterminées.

•

Poursuivant le cours de ses spéculations audacieuses et singulièrement élevées, le Pr Thibaud en vint à la notion d'entropie, qui définit en quelque sorte le désordre ou l'imperfection que comporte un assemblage d'atomes donné. Par exemple la chaudière d'une locomotive qui désunit les molécules d'eau et les rejette au hasard de l'espace en fumée diminue l'harmonie de l'état liquide : l'entropie augmente.

Or, l'étude de l'univers dans son ensemble enseigne que l'entropie a plutôt tendance à augmenter, que l'évaporation tend à disséminer les molécules dans l'espace, sans retour possible de chacune à sa place primitive dans une matière harmonieusement organisée. L'évolution de l'univers, dans sa place actuelle pour le moins, nous conduit-elle inéluctablement au désordre ?

« L'irréversibilité du temps est liée intimement à cette tendance cosmique au désordre : le passé correspondant à une plus grande régularité des dispositions atomiques, le futur étant l'état moins harmonieux de brassage, de diffusion accrue des molécules dans l'espace : toujours, comme dans les populations humaines, la même tendance vers des masses diffuses échappant à une direction. »

Se retenant de céder à un pessimisme à l'extrême bord duquel sa pensée l'a conduit, l'orateur, en terminant, jette un regard sur l'univers et s'émerveille d'y constater un rythme, une harmonie qui nulle part n'est en défaut.

Quelle peut y être la place de l'être vivant ? Parce qu'il sait maintenant disposer à son profit des forces intrinsèques de la matière, faut-il saluer l'homme comme un démiurge ? Ou plutôt ne le voit-on pas s'identifier de plus en plus avec le monde physique et s'estomper ces caractères à part, dont on avait arbitrairement affublé la substance matérielle, pour l'opposer à l'esprit ? L'étoile s'alimente du cycle de l'azote et du carbone, comme un être vivant est sous la dépendance d'une fonction de nutrition et d'une fonction respiratoire.

La vie n'est-elle que combinaison et décomposition d'albumines choisies ?

« Si vous refusez tout embryon de conscience à l'amibe qui se hâte, en se contractant, vers sa proie infinitésimale, au spermatozoïde inéluctablement polarisé par l'ovule, il faudra bien ne voir dans la vie elle-même, qu'une classe particulière d'imbrications atomiques... Et, telle pourrait bien être notre destinée : exister n'est que le résultat d'une harmonie spécialement heureuse d'atomes, jointe à des conditions favorables momentanément établies. »

Cette magistrale « Introduction à l'ère atomique » s'achève ainsi sur une béante, sur une poignante incertitude. On croit entendre, traduit en mots d'aujourd'hui, le monologue d'Hamlet au cimetière d'Elseneur.

La vie pourrait donc n'être que la durée arbitraire concédée entre deux hasards, celui de la naissance et celui de la mort ! Au terme de raisonnements aussi prestigieux il ne peut être question que de consulter la raison ; et la raison n'objecte rien à cette hypothèse qui nous déçoit.

Mais il n'en demeure pas moins que, sur ce court moment, où l'être vivant bénéficie d'une architecture atomique favorable, il a pris conscience de lui-même et du monde extérieur. Car, nous ne nous reconnaissons plus aujourd'hui le privilège exorbitant que s'arrogeait Malebranche de tracer à travers le monde animé des limites à la conscience. Et, parmi ces êtres vivants l'édifice atomique qui s'appelle l'homme, parvient à scruter la matière, à la dominer et à jouer lui-même le rôle du hasard pour certains agrégats d'atomes qu'il rassemble ou disperse à son gré.

Ainsi l'intelligence vient-elle d'empiéter gravement sur le domaine qui semblait réservé au hasard. Et peut-être, en fin de compte, serait-il temps, au moment où nous pénétrons dans l'ère atomique, de réviser notre conception de ce dieu aveugle pour admettre que parfois il sait ce qu'il veut et où il va.

G. Lavalée.

ACTUALITÉ PROFESSIONNELLE

LE PASSÉ DE L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE ET SES POSSIBILITÉS D'AVENIR

Au hasard de recherches de bibliothèque, j'ai eu la bonne fortune de parcourir un ouvrage passionnant pour qui s'intéresse quelque peu à l'organisation de notre profession. Il fourmille d'enseignements et de sujets de méditation, il suggère aussi une saine modestie aux novateurs qui se laisseraient entraîner par la présomption. Par la plume sans emphase du Dr LEPAGE, auteur du « Livre du Cinquantenaire », nous apprenons l'essentiel de la très vaste et fructueuse activité de l'*Association des Médecins de France* au cours du premier demi-siècle de sa vie, de 1858 à 1908. Avec 40 ans de recul, l'auteur nous confirme la permanence des problèmes, sinon le recommencement de l'histoire.

Conçue au Congrès Médical de 1845, elle voit le jour en 1858 grâce au Comité de Bordeaux dont le seul appel réunit bientôt 1.300 adhérents. Ce Comité demande alors à l'*Association des Médecins de la Seine*, présidée par ORFILA, d'être le point de ralliement des sociétés de province. Cette proposition fut repoussée malgré l'esprit avisé et conciliateur d'ORFILA. Depuis 100 ans cette Association, par ailleurs si efficacement bienfaisante, ne s'est pas départie de cette attitude.

RAYER, médecin de l'Empereur, fut nommé président de l'A.G. A côté de noms dont la postérité n'a pas suffisamment gardé le culte, nous voyons ceux de CLAUDE BERNARD et LITTRÉ figurer parmi ceux des membres actifs de la première heure.

Des difficultés administratives n'empêchent pas l'A.G. de rayonner sur toute la France par l'intermédiaire de ses sociétés locales. Trois principes généraux : Assistance, Protection, Moralisation sont les lignes de force de son action.

Il faut vaincre les incompréhensions, les particularismes : le Secrétaire Général Amédée Latour y parvient. Au delà de la distribution de secours pécuniaires, apparaît la nécessité de défendre les intérêts généraux de la profession, son honneur et sa dignité.

En 1900, l'Association devient une « Société de Secours Mutuels approuvée ». Dans son organe directeur, le Conseil Général, vers cette époque, nous trouvons à côté de praticiens de la ville et des campagnes, des personnalités telles que BUCQUOY, BROUARDEL, TARDIEU, H. ROGER et LANNELONGUE.

A Paris le refus de l'*Association des Médecins de la Seine* rend nécessaire la fondation de la *Société Centrale* qui jouera dans l'A.G. un rôle prépondérant. Elle unit en son sein, outre les médecins de la Seine, les médecins militaires, les médecins résidant hors de France ou dans un département dépourvu de Société locale.

Dès 1860, 53 Sociétés locales réunissent 3.102 membres. En 1908, 94 sociétés groupent 9.514 membres. Actuellement, les adhésions dépassent le chiffre de 12.000, près de la moitié du Corps médical.

Tout n'alla pas toujours pour le mieux dans la meilleure des Associations, des dissidences se produisirent : l'Indre-et-Loire réclamait en 1900 la création « d'œuvres de droit » et s'éloigna de l'A.G. La riche et puissante Association du Rhône ne resta à l'A.G. que de 1860 à 1894. Souhaitons que, convaincus des bienfaits de l'union, ces groupements rejoignent bientôt leurs sœurs au foyer commun.

La fortune de l'A.G. lui vient des cotisations des Sociétés adhérentes, et plus encore des dons et legs parfois très importants. Cet élément pondérable de sa puissance figure aux bilans pour environ 12 millions.

L'entr'aide fut la préoccupation essentielle de l'A.G. pendant de nombreuses années : dès 1860, est créée la Caisse des pensions viagères ou des allocations annuelles ; puis en 1896 la Caisse des Veuves et Orphelins : 84.000 fr. — francs or de Germinal — étaient ainsi distribués en 1908. A titre indicatif l'A.G. compte distribuer 600.000 francs de secours en 1946, compte non tenu des allocations servies par les sociétés locales.

Dans l'orbite de l'A.G., souvent en liaison étroite avec elle, se créent à cette époque héroïque et heureuse à la fois, des œuvres comme l'*Association amicale des Médecins français pour l'indemnité en cas de maladie* et la *Caisse de retraite du Corps médical français*, qui tendent à développer les prestations de droit. Nous devons citer le nom du Dr CEZILLY, fondateur du *Concours Médical* comme de ces œuvres qui devaient par la suite former la *Mutualité Familiale*. LANNELONGUE préconisait l'indépendance des œuvres, avec le seul contrôle financier de l'A.G., ce qui répondait à la notion très polyvalente que l'on se faisait de l'A.G. à cette époque. Dès sa fondation, l'A.G. se considère en effet comme tenue d'intervenir pour protéger le médecin et sa famille en toutes circonstances, quand honneur et intérêt sont en cause, qu'il s'agisse de responsabilité ou d'exercice illégal.

De cette notion de défense individuelle est issu le *Sou Médical*. De la notion d'aide à apporter à la famille est né le *Comité d'Assistance par le travail pour les veuves et orphelins*, et secondairement la *Société F.E.M.*

C'est à l'A.G. qu'est apparue l'utilité d'un asile de retraite pour les médecins, idée d'où est née la *Maison du Médecin*.

Un *Centre d'Information pour le placement et le remplacement des médecins* ne connut qu'un relatif succès, mais l'idée fut reprise à la *Confédération* qui créa un *Office* qui subsiste à l'ombre de l'Ordre.

Un Tableau des Médecins fut demandé par l'A.G. dès 1904 et obtenu, en principe, en 1908.

L'A.G. peut être considérée en cette période comme une véritable Mère Gigogne : il est peu de réalisations ou de conceptions qui n'aient peu ou prou leur origine dans son activité magnifiquement créatrice.

L'APPARITION des syndicats médicaux, dès 1882, crée des remous : réaction réticente à l'origine, d'autant que la légalité de ces formations de défense professionnelle est contestée ; mais bientôt l'A.G. réclame leur constitution et les soutient.

La moralisation est une des grandes tâches que, dès la fondation, s'est assignée l'A.G. : elle ne recrute alors qu'une élite jalousement sélectionnée, et des exclusions pour manque de rigueur professionnelle sont annoncées à l'annuaire. Cette conception du rôle de l'A.G. allait amener le Dr LEREBOULLET à proposer en 1904 un Code de Déontologie essentiellement axé d'ailleurs sur la dichotomie et le compérage.

De même, dès 1885, le Dr SURMAY, de Saint-Quentin propose la création d'un Ordre des Médecins. Il s'appuie sur une motion votée par le Congrès médical de 1845 sur proposition du Dr CERISE, réclamant la création de Collèges médicaux obligatoires dans chaque arrondissement. Il faut effectivement reconnaître que la majorité des Sociétés, plusieurs fois consultées, se révéla défavorable à cette création : « l'Ordre ayant toujours été présenté sous une forme qui permettait de craindre qu'il ne devînt, entre les mains de quelques-uns et même du Gouvernement, un instrument d'oppresssion ». Une proposition d'Ordre libre n'eut guère plus de succès.

La pléthore médicale est déjà dénoncée par l'A.G., ainsi que l'indulgence coupable des examinateurs.

La défense matérielle du médecin, concurremment avec l'*Union des Syndicats*, s'exerça vigoureusement sur le plan des Accidents du Travail, aussi bien pour un relèvement des tarifs que pour la défense du libre choix. A propos de l'A.M.G., dès 1878, BROUARDEL proteste contre la rémunération « peu convenable » des médecin des Bureaux de Bienfaisance. L'A.G. a marqué de son activité les questions de certificats médicaux, de déclaration de maladies contagieuses; celle du diplôme d'Université, celle de l'organisation de l'enseignement comme de l'exercice de la médecine légale ou illégale. En matière d'honoraires, c'est elle qui obtint que la prescription d'un an fût portée à deux. Elle touche à l'inspection scolaire et à l'inspection des eaux minérales, à la nomination au concours des médecins d'hôpitaux, à la patente et aux rapports avec les pharmaciens, et bien entendu au secret professionnel. Elle intervint avec bonheur dans les rapports entre médecins et Sociétés de secours mutuels, ce qui préfigurait nos actuels rapports avec la Sécurité sociale... Mille autres questions furent étudiées par l'A.G. qui, au début de ce siècle, faisait figure d'Ordre et de Syndicat, d'organisme de défense et de prévoyance.

LE développement souvent anarchique de nombreuses organisations a amené une restriction et une spécialisation des activités : celle de l'A.G. s'est concentrée sur l'assistance et la prévoyance. C'est ainsi qu'elle a mis à la disposition de ses 12.000 adhérents une gamme complète de formules de retraite, et qu'elle a perfectionné sans cesse l'entraide et le secours aux déshérités.

La structure fédérale de l'A.G. est toujours respectée : chacune des 92 Sociétés locales a ses statuts, son capital, son budget, sa commission administrative, ses assemblées générales. Profondément enracinées dans la vie professionnelle, elles jouissent auprès des praticiens d'une vieille réputation et d'un solide crédit, héritage du prestige de l'organisation unique et respectée, aux multiples attributions, que représentait l'A.G. aux alentours de sa cinquantaine : elle avait su réagir contre l'individualisme forcené du praticien français, et avait librement créé des institutions indiscutables, elle avait constitué des équipes solides formées de personnalités de classe ; nombre d'entre elles d'ailleurs ont fourni les cadres des Syndicats, puis de l'Ordre. Leur grande expérience en matière d'Assistance, Protection, Moralisation, rend leurs conseils précieux à tous ceux qui s'occupent maintenant d'Entraide, de Défense professionnelle et de Déontologie .

Une bonne part de ces Sociétés locales manifestent toujours une activité très satisfaisante en groupant la presque unanimité du Corps médical local. Certaines hésitent à demander une cotisation en rapport avec le coût de la vie et conservent un taux qui n'avait de valeur qu'à l'époque du louis à 20 fr. Très peu font preuve d'une apathie regrettable.

Les Sociétés locales distribuent des secours qui, en moyenne, proviennent à part égale des ressources locales et des subventions de l'organisme national. Quoiqu'elles en aient la possibilité, elles ne s'occupent pas de retraites de droit et se cantonnent dans l'entraide.

L'organe fédératif, l'Association Générale proprement dite, est géré par un Conseil général ; il réunit chaque année l'assemblée générale des délégués départementaux. Il assure une juste répartition des ressources d'entraide entre les diverses Sociétés par des subventions. Ses revenus lui sont assurés par les legs capitalisés dont l'A.G. a été bénéficiaire, et par les cotisations des Sociétés adhérentes. Sa fortune, constituée par un important portefeuille-titres et des propriétés immobilières, en fait d'ores et déjà une Société aux assises solides, regardant l'avenir avec une relative sécurité.

Les exigences du Ministre du Travail, et aussi un souci judicieux de répondre plus pleinement à toutes ses obligations, a fait procéder en 1945, sous la haute impulsion du Pr BAUDOIN, à une complète refonte des statuts.

L'A. G. est maintenant une Union mutualiste dont les membres sont, à l'heure actuelle, les Sociétés locales. Les portes sont grandes ouvertes à toutes autres sociétés mutualistes médicales, quels qu'en soient le cadre et l'objet, c'est-à-dire pratiquement la presque totalité des œuvres médicales existantes. Pourraient adhérer aussi à cette Union toutes sociétés mutualistes que Conseils départementaux ou Syndicats pourraient créer, pourvu que leur but soit l'entraide et la prévoyance.

Dans la nouvelle organisation il a été prévu un large développement des services de prestations de droit, c'est-à-dire des assurances que peuvent librement souscrire les médecins, selon leurs goûts, leurs moyens et le but visé : indemnités journalières maladie ou accident, retraites individuelles, assurance-décès.

On remarque aisément qu'il a été fait un effort consi-

dérable dans le sens de la cohésion, ce qui n'exclut pas une grande souplesse de fonctionnement. Les bases sont solides, les murs sont bons. Le recrutement a pu présenter ces dernières années un certain degré de flottement. L'incertitude de la situation politique, et aussi de la situation monétaire, y sont certainement pour beaucoup. Y sont pour plus encore les à-coups subis par notre organisation professionnelle depuis 1939 : suppression des syndicats, instauration d'un Ordre en 1940. Réforme de cet Ordre (1942), rétablissement théorique des syndicats et suppression non moins théorique de l'Ordre (Alger 1944) ; remplacement de l'Ordre par les Comités médicaux de la libération ; reconstitution des syndicats difficultueuse au début, puis triomphante, avec attribution de la défense professionnelle ; instauration d'un Ordre avec attributions juridictionnelles et d'assistance.

A chaque épisode miroite la promesse d'une retraite substantielle, les ayants-droit éventuels se manifestant beaucoup plus volontiers que les volontaires du financement. Les jeunes, menacés par les formules obligatoires, attendent d'être éclairés avant de s'engager volontairement dans telle ou telle formule de prévoyance.

L'HEURE est venue de généraliser l'application de principes depuis longtemps énoncés et pratiqués par l'A. G. La construction devra englober tout le Corps médical. Nos guides, en l'espèce le *Conseil National de l'Ordre*, vont-ils vouloir utiliser ce qui existe, ce qui a fait ses preuves, ce qui s'est librement préparé à toutes les évolutions nécessaires et qui demain, après une simple entente, peut fonctionner sans à-coup aucun ?

Ou, imitant les auteurs de notre « Plan de sécurité sociale, vont-ils vouloir bâtir un building écrasant, à l'image de tant de constructions de notre époque, constructions théoriquement magnifiques mais pratiquement inhabitables, parce qu'il faudra réunir les matériaux, c'est-à-dire le plan, les critiques, les accords et les signatures d'un nombre imposant de ministres; ensuite mettre en place le dispositif, le faire admettre par les routiniers que nous sommes ; se livrer au rodage indispensable — et recommencer si cela ne va pas, si la *vox populi* dit non. Mais alors les anciennes constructions auront été rasées, et nous risquerons fort de n'avoir comme réconfort que le souvenir de nos illusions perdues. Il est toujours aisé de détruire — il l'est beaucoup moins de bâtir.

Fière de son glorieux passé, forte de son expérience, l'A. G. n'a jamais déçu la confiance de nos confrères. Elle est prête à affronter, avec le concours moral et financier de l'Ordre et des Syndicats, le vaste problème de la Sécurité sociale du médecin.

Dr R. JODIN.

LA CONFÉRENCE MÉDICALE INTERNATIONALE DE LONDRES des 25, 26 et 27 septembre 1946

Par le Dr Fernand DECOURT

Ce fut une manifestation solennelle et grandiose de la solidarité médicale mondiale. Trente et une nations avaient envoyé des délégués de leur Groupement national, à savoir : Australie, Autriche, Belgique, Bulgarie, Canada, Danemark, Egypte, Eire (Irlande), Espagne, Etats-Unis, France, Grande-Bretagne, Grèce, Hollande, Hongrie, Iran, Irak, Islande, Luxembourg, Norvège, Nouvelle-Zélande, Palestine (Juifs), Palestine (arabes), Perse, Pologne, Portugal, Afrique du Sud (Cap), Suède, Suisse, Tchécoslovaquie, Turquie.

J'ai tenu à donner ici l'énumération ci-dessus pour montrer toute l'étendue prise par cette Conférence réunie par les soins de la B.M.A (1). au nom de l'A.P.I.M. (2), ce groupement international fondé en 1925 sur l'initiative du signataire de ces lignes et qui en fut jusqu'ici le secrétaire général. J'ajoute que diverses nations avaient envoyé plusieurs délégués et des « observateurs » ainsi que le proposait le programme, en sorte qu'il n'y eut en séance guère moins d'une centaine de membres présents. A signaler néanmoins l'absence de délégués de l'U.R.S.S. ainsi que de certains peuples « des Balkans », tels que la Roumanie et la Yougoslavie.

(1) *B.M.A.* British Medical Association.
(2) *A.P.I.M.* Association professionnelle internationale des médecins.

***

La première question examinée fut de savoir si le futur Groupement mondial resterait exclusivement d'ordre *professionnel* comme l'était l'A.P.I.M., ou s'il comprendrait également les questions d'ordre *scientifique*. Le délégué français, le Dr Cibrie, et moi-même représentant l'A.P.I.M., nous élevâmes vivement contre l'inclusion des questions scientifiques, celles-ci devant être laissées à l'étude des Groupements internationaux scientifiques existant déjà depuis de longues années. Nous fûmes suivis dans cette action par un nombre notable de délégués et il fut décidé que le nouvel organisme continuerait à s'occuper spécialement des questions professionnelles et de médecine sociale sauf quelques rares exceptions en cas de problèmes médico-sociaux.

Le second point fut de décider quel serait le *titre* du nouveau Groupement et d'abord si on continuerait à l'appeler l'A.P.I.M. Evidemment, cette appellation, essentiellement de langue française, n'était guère goûtée du bloc

anglo-saxon : la Grande-Bretagne, tous ses dominions, les Etats-Unis et un certain nombre de pays se solidarisant avec le dit bloc. Parmi « les anciens de l'A.P.I.M. », les « latins » et les nations de l'Europe occidentale, se prononcèrent pour la plupart, pour le titre ancien... De justesse, ce fut le premier groupe qui l'emporta et, après de multiples propositions, fut choisi le nouveau nom, bien anglo-saxon celui là de **World Medical Association**, soit, en abrégé **W.M.A.**, moins euphonique à coup sûr que notre A.P.I.M. et dont la traduction littérale est « : **Association Médicale Mondiale**, en bref **A.M.M.** Nous lui souhaitons (et l'avons proclamé en séance) une carrière aussi brillante et surtout aussi utile que celle de l'A.P.I.M. pour l'ensemble des médecins praticiens.

***

Je ne ferai pas défiler les diverses questions de principe examinées durant ces trois journées de conférence. Cibrie, le délégué français en rendra compte officiellement à la Confédération française qu'il représentait. Je veux seulement donner un aperçu d'ensemble sur la physionomie de cette assemblée durant laquelle, si l'A.P.I.M. fut enterrée, ce ne fut pas « sans fleurs ni couronnes ». Son représentant que j'étais fut toujours placé à la droite du Président et je pus entendre des manifestations oratoires qu'il m'est difficile, on le comprendra, de rapporter ici... « Fleurs et couronnes », vous dis-je, d'autant plus spontanées que j'avais déclaré, plus de six mois auparavant, que je me retirais « pour laisser la place aux jeunes »...

Durant les trois jours de débats, il n'y eut en réalité, qu'un seul accrochage sérieux. Ce fut à propos du secrétariat de l'Association médicale mondiale, qui venait de naître. A l'A.P.I.M., le secrétariat était à Paris, d'essence française évidemment, puisque statutairement, tous les travaux, toutes les discussions, toutes les résolutions prises, toutes les publications étaient formulées exclusivement en français. En juin 1945, quand eut lieu la Conférence préparatoire préparée par la B.M.A., celle-ci avait mis dans son programme que les discussions « auraient lieu en langue anglaise ». Mais, devant notre insistance, il avait été décidé qu'il y aurait *deux langues de travail :* l'anglais et le français. Cette fois, il en fut de même évidemment et deux interprètes se chargeaient de redire en anglais ce qui venait d'être dit en français et vice-versa. Mais, quant au Secrétariat, le bloc anglo-saxon, après sa victoire au sujet du titre nouveau du Groupement international, aurait trouvé naturel de déposséder la France de ce secrétariat international qu'elle possédait depuis vingt et un ans. Mais alors cette partie de l'assemblée se heurta à un énergique « Non possumus » de Cibrie. Le délégué français (non seulement en séance mais hors séance) s'éleva, avec sa ténacité habituelle contre de telles prétentions et leur opposa la proposition suivante : *Deux secrétariats : l'un anglais, à Londres, l'autre français,à Paris ;* les deux secrétaires, sur le pied de la plus complète égalité et répondant ainsi aux deux langues de travail. Ils s'entendraient ensemble, durant le cours de l'année, pour toute proposition à faire, pour toute explication, pour toute réponse suivant la langue choisie par le délégué national. Et cela non seulement suivant la langue choisie, mais aussi suivant la *mentalité* si différente chez les Anglo-Saxons d'une part et chez les Latins d'autre part et une grande partie des Slaves (Polonais, Tchécoslovaques, etc. ainsi que de pays tels que, par exemple, la Grèce, la Belgique, le Danemark, la Suisse, l'Autriche, la Hollande, etc. qui ont une mentalité analogue).

A propos du changement de titre du Groupement international, l'assemblée s'était révélée divisée en deux blocs. N'était-il pas équitable de mettre sur pied un double secrétariat répondant aux idées et aux habitudes de penser de chacun de ses groupes ?... La bataille, toute courtoise n'en fut pas moins assez vive, mais Cibrie sut se montrer si persuasif qu'avec l'aide de quelques-uns « d'entre nous » il entraîna dans le sillage français, si je puis dire, un grand nombre de délégués. Il alla même, tout en gardant un euphémisme de circonstance, jusqu'à faire comprendre que si sa proposition était rejetée, il pourrait fort bien se faire que la Confédération française n'acceptât pas cette dépossession totale de la France dans un Groupement international médical créé, en somme, par un Français.

Nous fûmes un certain nombre à appuyer sa proposition et se firent entendre ainsi les délégués Belges, Hollandais, Suisse, Polonais, Tchécoslovaque, Espagnol, Portugais, etc., venant défendre « la liberté du médecin ». Cette expression revint souvent et ceci mérite explications sur la différence des deux mentalités en présence au sujet de l'exercice individuel de la médecine journalière.

« Mais que nous importe, s'écrieront certains médecins, ce qui se passe et se passera dans l'avenir, dans les milieux internationaux ? Nous avons assez à faire chez nous pour nous défendre contre les empiètements de l'Etat ! » Confrères à courte vue, c'est là une grave erreur. Prenez garde que la mentalité des Groupements médicaux, si différente de la nôtre, ait sur les autres pays une influence dangereuse pour tous et pour nous-mêmes en particulier. Voici précisément un exemple à propos des Assurances Sociales et de la lutte actuelle entre le Gouvernement anglais et la B.M.A., au sujet du paiement des honoraires médicaux.

Sur quoi porte le désaccord ? La liberté dans l'exercice journalier de la profession ? L'entente directe ? Le paiement à l'acte médical et tout ce qui est inscrit dans notre cnarte française ?... Pas du tout ! Nos confrères anglais sont payés depuis de longues années *à l'abonnement annuel par tête d'inscrit,* abonnement qui comprend non seulement les soins mais encore les déplacements dans un rayon de trois kilomètres. Or, l'Etat anglais veut leur payer une somme fixe, un traitement mensuel

comme à tout fonctionnaire, *à côté* de l'abonnement diminué en conséquence. C'est ce traitement fixe, partie de leurs honoraires, dont ne veut pas la B.M.A. désirant conserver la modalité de l'abonnement antérieure que nos confrères anglais estiment le mode le meilleur de l'exercice de la médecine. Déjà, à l'A.P.I.M., à propos de notre Enquête internationale sur les Assurances sociales, le délégué anglais voulait nous convaincre, lors de notre session annuelle, des beautés de l'abonnement et comme la charte française était votée par tous, seul il avait déclaré voter contre et que son vote soit inscrit au procès verbal. *Ab uno, disce omnes...* Où nous entraînerait, même nous Français, dans l'avenir, une influence anglaise devenue prépondérante ?...

Les Anglo-Saxons comprirent, au cours des conversations particulières, que, décidément, Cibrie, avec sa proposition, était un morceau trop « coriace » pour être avalé et digéré. En beaux joueurs, ils s'inclinèrent devant cet ultimatum à peine déguisé sous des dehors aimables et, le matin de la dernière journée, quand on en arriva au vote sur la question du secrétariat de la W.M.A. (ou A.M.M.) ce fut le Dr Hill lui-même, le secrétaire de la B.M.A. qui proposa le *double secrétariat : français et anglais.* Ce qui fut alors voté à l'unanimité.

Restait la question de la rédaction des Statuts et du Règlement intérieur. Ce n'était pas dans une Assemblée d'une centaine de membres qu'il était matériellement possible de discuter des détails. Il fut donc décidé de nommer un **Comité provisoire d'Organisation**, chargé de mettre ces questions au point et *qui se réunirait à Paris*, en fin novembre prochain après études — par correspondance — du projet présenté par les deux secrétaires : le Dr Hill et le Dr Cibrie. En 1947, aurait lieu une *Conférence* plénière nouvelle qui voterait définitivement Statuts et Règlement intérieur. Le Comité d'organisation fut nommé sur le champ, au bulletin secret ; il devait se composer de *neuf membres* (non compris les deux secrétaires) et bien que démissionnaire, je dus accepter d'en faire partie. Mais ce ne fut pas tout : L'influence française ayant fortement grandi au cours des débats, il fut voté, sur la proposition du Dr Routley, délégué du Canada, que la prochaine Conférence *aurait lieu à Paris.* Cibrie accepta la proposition — en principe — l'acceptation définitive ne pouvant être effective que suivant l'approbation de la Confédération française, évidemment.

Comme on le voit, nous avions ainsi allègrement remonté la pente.

***

Je ne voudrais pas terminer cet aperçu, sans dire avec quelle amabilité touchante les délégués des Groupements médicaux nationaux du monde furent reçus par la B.M.A.

Le premier jour de la session, un banquet confraternel, offert par la B.M.A. réunissait les délégués au « Savoy Hôtel » le grand établissement au bord de la Tamise. Le lendemain, nous fûmes conviés à un déjeuner, offert cette fois par le ministre de la Santé au « Dorchester Hôtel » en face Hyde Park. Le ministre dans son discours célébra l'union et la confraternité du Corps médical mondial, « désireux, sans aucun doute, de collaborer avec les Gouvernements en vue de l'amélioration de la santé publique, etc ». Le troisième jour, la session terminée, nous allâmes visiter au centre de Londres, le *Middlesex Hospital.* Là, par petits groupes, suivant les préférences techniques de chacun, nous fûmes conduits par quelques-uns des 40 médecins attachés à ce grand hôpital. Pour chacun de nos déplacements, des grands « Cars privés » étaient mis à la disposition des congressistes qui n'avaient qu'à se laisser conduire... Comme on le voit, tout avait été minutieusement réglé à l'avance dans un ordre remarquable et chacun de nous gardera pour la B.M.A. et nos confrères anglais le meilleur souvenir.

Et maintenant nous ne pouvons plus que souhaiter longue vie et prospérité au nouvel organisme médical international — filial successeur de l'A.P.I.M., et qui n'en est (on nous l'a assez dit et répété) que la continuation sur un plan plus vaste.

N.D.L.R. A la suite de l'article de notre ami Decourt, nous croyons devoir ajouter — pour l'édification de nos lecteurs — quelques extraits d'un journal **Suisse** *Médecine et Hygiène* du 1er octobre 1946. Sous le titre : *Conférence médicale internationale*, il traite de la question même dont on vient de nous entretenir, ou plutôt des intentions dans lesquelles la *British Medical Association* avait pris l'initiative de cette réunion internationale *en commun avec l'A.P.I.M.*, ainsi qu'il est reconnu en cet article évidemment conçu et inspiré par la B.M.A. Voici quelques passages caractéristiques qui montrent bien le désir de la B.M.A. de supplanter totalement le Groupement international qu'avait fondé, en 1925, un Français : notre confrère Fernand Decourt.

«... Les médecins britanniques peuvent donner un « mot d'ordre » (a lead) au monde médical... Si les médecins britanniques veulent prendre cette initiative, ils contribueront non seulement à augmenter le prestige de la Grande-Bretagne (1) *mais encore... Il y a là une grande occasion pour les médecins britanniques de venir en aide à leurs confrères étrangers... Les médecins libérés de l'Europe orientale et septentrionale sont dans une attente anxieuse.* Comme l'anglais est assez répandu en ces régions (1), *il sera possible à la Grande-Bretagne de combler cette lacune... Entre les deux grandes guerres, un travail de pionnier a été effectué par l'A.P.I.M. pour établir des relations médicales internationales... le moment est venu d'élargir son champ de travail et de coopérer avec la nouvelle organisation de santé mondiale créée par l'O.N.U., etc.* ».

(1) C'est nous qui soulignons.

RAFALES. — *Roger Vercel.* Edit. Albin Michel, 22, rue Huyghens, Paris.

Série de nouvelles dont la première, de beaucoup la plus importante, donne son titre à l'ouvrage. De race et de goûts, Roger Vercel est un homme de la mer. et c'est en parlant d'elle qu'il atteint sa pleine puissance. Les navigations dans les mers froides du Nord. les bordées de matelots dans les bars interlopes qui, sur toutes les latitudes, font le décor clinquant des quais ont en Vercel un narrateur de dilection. Il suggère en quelques mots l'ambiance précise où ses personnages mènent leur dure vie Ils luttent contre les intempéries, besognant d'arrache-pied tant que le travaille commande, se saoûlent pour trouver un moment de détente et, sans transition, font face au danger avec le flegme de gens que rien ne surprend plus. La grandeur et l'héroïme alternent comme d'un mouvement naturel avec l'abjection. Mais n'est-ce pas là le rythme de l'humanité

Les mondanités ont une faune plus policée et plus sournoise. C'est pourquoi la plume qui sait peindre les gens de mer devrait laisser à leurs mesquines occupations les gens du monde. Ne serait-ce que par respect d'elle-même.

L'ÉTONNANTE AMÊRIQUE. *Georges Détrechy.* Editions de la Nouvelle France. Paris.

Il n'y a plus rien à dire sur la place que tient l'Amérique (au sens usuel : Etat-Unis) dans le monde d'après-guerre. Par contre combien de gens ont des notions précises et actuelles sur le « pourquoi » et le « comment » de cette ascension au zénith ? Le livre de M. Détrechy a le mérite de retracer en peu de pages, d'une lecture facile et attachante, comment l'histoire et la géographie se sont liguées pour donner à ce peuple une vitalité capable de soutenir un tel train. La révélation la plus inattendue à mon sens c'est que avant de tirer de leur terre les richesses multiples et fabuleuses qu'ils y trouvent aujourd'hui les Américains ont passé par bien des moments difficiles, et que leur optimisme n'est pas le fait d'une réussite due à une chance providentielle mais bien le fruit d'une indomptable énergie.

M. Détrechey met la connaissance de l'Amérique à jour jusqu'en avril 1946. C'est dire qu'on trouvera difficillement un guide plus averti pour interpréter les conjonctures actuelles. et situer les données selon lesquelles se fera ou ne se fera pas la paix. Au terme de cette lecture un des deux rivaux du moins est connu dans toutes ses potentalités.

SAVOIR LIRE. *Gonzague Truc.* Collection Les Savoirs du Temps Présent. Edit. Albin Michel. Paris.

En quelques pages fort avisées l'auteur, grand amoureux des livres, condense sa propre expérience. La lecture n'est pas, ou, du moins, n'est pas seulement ce que beaucoup de gens pensent : un délassement, un moment d'abandon. Il y a beaucoup à demander à la lecture et, en premier lieu, la formation de sa propre personnalité. On sera différent selon ce que l'on aura lu : la nourriture de l'esprit exige un choix et une préparation comme la nourriture du corps.

Il faut donc lire en connaissance de cause et selon un plan judicieux. En d'autres termes le régime doit être équilibré. Je gage que Gonzague Truc doit penser qu'il y a aussi des vitamines intellectuelles et que, sous peine de débilité ou de malformation, toute carence est à éviter.

Ce n'est pas suffisant de savoir exactement ce qui est à lire. Encore faut-il le lire avec fruit et de façon à l'assimiler au mieux. La façon de lire mérite aussi en elle-même une étude.

Gonzague Truc est sensible à ce reproche que l'on adresse parfois à la lecture d'être plate devant la vie, et il l'en disculpe vivement. Il soutient même « que la lecture informe et instruit de la vie mieux que la vie elle-même ». Je le crois ici emporté par son sujet au delà du vraisemblable : les romans romanesques sont-ils de sûrs guides pour les jeunes filles qui s'en abreuvent ? Et le rat de bibliothèque, lorsqu'il s'aventure dans la réalité, a-t-il le pas tellement assuré ? L'expérience de la vie, c'est-à-dire la connaissance des hommes, ne s'acquiert qu'au contact des hommes. On ne goûte Montaigne et on n'en fait son profit qu'à l'âge où l'on reconnait en lui l'expression parfaite de ses propres expériences.

Mais c'est une autre querelle qu'il me tarde de chercher à l'auteur. Il ne fait allusion dans ses propos qu'à la littérature ancienne et moderne. On en vient à croire que selon lui le domaine de la lecture se borne là et que l'on forme de nos jours un « honnête homme » selon les mêmes recettes qu'au XVIIe siècle. Il s'en faut de beaucoup, à mon avis du moins. La culture d'un contemporain ne doit pas avoir pour limites extrêmes et exclusives Homère et Marcel Proust ou même Sartre. L'homme qui, de nos jours, ignorerait tout des mathématiques, de la chimie, de la physique, de la biologie, aurait une conception singulièrement affaiblie et erronée du monde. Il vivrait à proprement parler dans la lune. J'irai plus loin et soutiendrai que l'homme cultivé d'aujourd'hui ne peut faire sans lire les journaux et suivre les sinuosités des politiques nationales et internationale. La connaissance des hommes est à ce prix ; le présent et le futur de l'humanité ne peuvent se comprendre qu'en interprêtant les conjonctures qui se succèdent et s'interfèrent sous nos yeux. La culture littéraire est certes estimable, mais c'est un objet de vitrine. Nous vivons à une époque où une grande part de la formation de l'homme s'acquiert dans les remous et les hurlements de la foule. Et c'est tant pis pour nous !

ÉCHOS & commentaires

LA NOUVELLE LOI SUR LES MÉDECINS ÉTRANGERS.

Le 9 août 1945 était promulguée une ordonnance donnant accès au diplôme d'Etat *aux titulaires de diplômes d'universités françaises*. Elle fit scandale à l'époque sans autre résultat. MM. les Ministres de l'Education Nationale et de la Santé, loin d'être effrayés par l'inflation croissante des inscriptions aux Facultés de Médecine, la trouvent insuffisante. Car une loi du 11 octobre 1946 — passée à l'esbrouffe en fin de session, sans l'ombre de la discussion exigée par un véritable esprit démocratique — fait appel à l'aide des facultés d'Andrinople, Scutari et Poznan et autres vieux foyers de culture française pour fournir à la population française les praticiens appelés à la soigner, de façon fort objective, puisqu'ils ne seront pas plus compris d'elle qu'ils ne la comprendront. La loi du 11 octobre 1946 permet, en effet, de transformer en diplômés d'Etat français *les titulaires de diplômes étrangers*, pourvu qu'ils aient rendu, bien entendu, des services effectifs dans l'armée et la résistance.

Encore une fois, et nous voyons tous les jours qu'il n'en est rien, les services rendus en temps de guerre — en admettant qu'ils aient été effectifs, car le critérium n'en est pas fixé — préparent-ils de façon valable aux services d'un tout autre ordre : ceux du temps de paix ? On a créé des distinctions pour les premiers, qu'on les distribue ; mais de grâce, laissez aux universités le soin de disposer des diplômes. Nous voyons ici la pleine justification des humoristiques paroles du regretté Pr FIESSINGER, adressées à des stagiaires de 1re année : « Que faites-vous ici, Messieurs ? Vous perdez votre temps, allez en Albanie ; en trois ans, vous aurez votre diplôme, vous reviendrez ici ; en trois mois de démarches, vous serez transmutés en docteurs français et vous aurez gagné quatre ans d'études... »

Nous ne pouvons qu'envier nos frères inférieurs qui auront sur nous la grosse supériorité d'être soignés exclusivement par des docteurs vétérinaires français, authentiquement diplômés en France.

Les meilleures paroles n'empêcheront pas les médecins français de voir là une atteinte très grave au bon renom de la médecine française. Ces importations massives ne peuvent, si nous en croyons le passé, en relever la qualité. A quelles fonctions sont destinés les appelés que nous pourrons difficilement baptiser du nom de confrères, sinon aux fonctions officielles de médecins de caisse (conseils et soins)?... Ce qui n'est pas fait pour accroître aux yeux des praticiens l'attrait de ces fonctions...

L'approche des nouvelles élections va peut-être nous valoir, comme les dernières, les promesses de partis politiques, spécialement destinées aux médecins. Souhaitons qu'ils nous promettent et obtiennent : la révision de dispositions dont les bénéficiaires ne peuvent être ni la population française ni la médecine française.

le premier pansement biologique français

MITOSYL

stimule les mitoses cellulaires

PATE AUX VITAMINES A & D

HUILE DE FOIE DE MORUE ET DE FLÉTAN

CICATRISANT ESTHÉTIQUE RAPIDE

plaies brûlures ulcères

dermatoses prurigineuses
dermatoses croûteuses

eczéma du nourrisson
érythème fessier

Laboratoires DELAGRANGE, 39, Boulevard de la Tour-Maubourg, PARIS (7e)

Le nouveau statut de la médecine du travail

La loi relative à l'organisation des services médicaux du travail destinée à remplacer la loi du 28 juillet 1942, provisoirement applicable jusqu'à présent, vient de paraître à l'Officiel. Nous en publions le texte d'autre part.

Ainsi que nous l'avions prévu, cette jeune loi pose seulement des principes généraux. Il faudra attendre les règlements d'administration publique qu'elle annonce pour connaître le détail de la nouvelle organisation.

Quelques points importants peuvent d'ores et déjà être mis en lumière. A l'avenir, *tous les établissements* énumérés à l'article 65 du Livre II du Code du Travail, c'est-à-dire en fait *tous les établissements industriels et commerciaux*, quel que soit le nombre du personnel employé, devront organiser des services médicaux du travail. Jusqu'à présent, seuls ceux de ces établissements qui occupaient de façon habituelle plus de 50 salariés étaient tenus à cette obligation. La nouvelle loi y assujettit en outre « les offices ministériels les établissements relevant des professions libérales, les sociétés civiles, les syndicats professionnels et les associations de toute nature », en d'autres termes, tous les employeurs de personnel.

La loi met l'accent sur le « rôle exclusivement préventif » que devront jouer les médecins du travail. Sera donc par conséquent rigoureusement interdite toute médecine de soins.

Enfin, si les dispositions de la loi du 28 juillet 1942 relative aux services *médicaux* du travail sont abrogées, celles relatives aux services *sociaux* demeurent en vigueur.

Dans un prochain article, l'une des personnalités particulièrement qualifiées en la matière exposera à nos lecteurs l'esprit dans lequel la loi du 11 octobre 1946 a été rédigée et publiée. Nous croyons savoir que l'organisation qu'elle instaure s'inspirera des données fournies à la fois par la loi du 28 juillet 1942 et par les différentes circulaires ministérielles qui ont interprété et complété cette loi. La nouvelle législation sera donc vraisemblablement plus complète que ne l'était la loi du 28 juillet 1942, et plus compréhensive des légitimes préoccupations des médecins praticiens.

Le Corps médical et la sécurité sociale

La Commission bipartite nationale formée des représentants des organismes de Sécurité sociale et des représentants des Syndicats médicaux, s'est réunie le vendredi 25 octobre dans l'après-midi.

Y prenaient part du côté médical : M. le Pr Marquis, MM. les Dr Bergougnan, Cossa, Filachet, Mouthon, Muller, Petit, Rouèche et Cibrie.

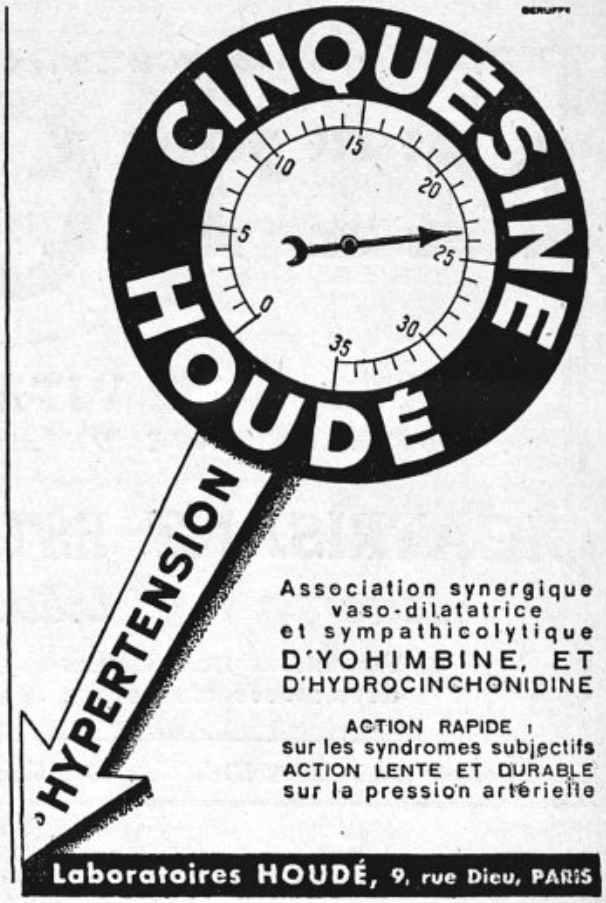
Ce fut une réunion de prise de contact. Nous en donnerons un compte rendu plus substantiel dans un prochain numéro.

Au conseil d'administration de la confédération.

Nous *avons reçu de notre confrère le Dr J. C. Micheleau, de Coutras, (Gironde), la lettre suivante que nous nous faisons un plaisir de publier* :

Je viens de lire dans le Concours un article qui mérite quelques rectifications.





Je relève d'abord une inexactitude manifeste : votre rédacteur écrit : *Le Conseil a tout d'abord voté un blâme aux trois départements de la région girondine... etc...*

Trois départements ont bien été blâmés mais il n'y en a qu'un de la région girondine : la Gironde elle-même. Les deux autres, qu'il ne m'appartient pas de désigner de façon plus précises, sont l'un d'une région du Nord et l'autre d'une région du Centre.

Un peu plus loin je relève : *...sans avoir même l'excuse d'arracher aux Caisses des avantages substantiels puisqu'ils ont accepté le chiffre 75 pour la valeur de K.*

La Gironde n'ayant pas passé Convention avant le mois de mars s'était vu imposer les chiffres suivants : V = 100 ; C = 80 ; K et PC = 60.

Après l'entente blâmée les chiffres sont devenus : V = 110 120 et 130 (selon les régions ou départements) C = 100 ; K = 75 ; PC = 80.

Ces avantages sont je crois substantiels surtout si l'on sait qu'en Gironde l'Assistance médicale gratuite s'aligne sur ces chiffres.

Votre rédacteur dit enfin : *Ce blâme entraîne la démission de M. Micheleau, vice-Président, délégué girondin...*

Il pourrait y avoir ici confusion et l'on pourrait croire qu'après cette démission je ne fais plus partie du Conseil. Je précise que j'ai donné ma démission de vice-Président mais que je reste membre du Conseil.

Une dernière remarque : En signant un accord avec les Organismes de Sécurité sociale, la Gironde n'a pas cru signer « une Convention » dans le sens que nous attribuons depuis quelque temps à ce mot, sens péjoratif pour les syndicalistes.

En effet le protocole d'accord porte ces précisions : « La Fédération des Syndicats Médicaux de la Gironde, qui estime urgent de permettre aux assurés sociaux de bénéficier des avantages de la loi, et *en attendant les modifications que nous avons demandées a cette loi*, a l'honneur de vous adresser en annexe, *nos tarifs syndicaux* ... Sur ces bases *et en attendant la modification de la loi*, nous sommes disposés à signer *un accord provisoire.* »

En Bretagne occupée.

On sait, on commence à savoir, qu'un fort contingent allemand continue, deux ans après la libération, à occuper la Bretagne. Il s'y signale particulièrement par ses activités dans le service de santé.

A l'hôpital maritime de Lorient, nous l'avons déjà dit, le service de laryngologie est assuré par un médecin allemand.

Un de nos lecteurs nous signale qu'il a vu à la clinique de Quimperlé une femme se présentant au chirurgien avec une radiographie émanant du même hopital maritime de Lorient, faite par un médecin allemand avec compte-rendu, sur imprimé allemand, tapé à la machine en caractères allemands.

Nous conjurons les signataires du traité de paix de ne pas oublier d'y insérer une clause prévoyant le rattachement de la Bretagne à la France.

VITTEL
GRANDE SOURCE
Spécifique des
VOIES URINAIRES
Manifestations arthritiques
Goutte - Gravelle
Infections urinaires
Hypertension

SOURCE HÉPAR
Spécifique des
VOIES BILIAIRES
Lithiase Biliaire
Cholécystites
Insuffisance biliaire
Congestion vésiculaire

Envoi gratuit de toute documentation sur simple demande à la
SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE VITTEL (Service) à VITTEL (Vosges).



CÉRÉRIF
FARINES COMPOSÉES MALTÉES SUCRÉES
Le traitement thermique que subissent les céréales de ces farines leur assure un goût agréable et une grande digestibilité.
Ets RIFF. Laboratoire et Usine à Valenciennes (Nord)

CORRESPONDANCE

HOSPITALISATION PUBLIQUE

3336. — **Traitement de l'interne d'un hôpital.**

Je suis actuellement interne à l'hôpital d'X.

Je suis seul, alors que nous devrions être deux.

Il y a deux chirurgiens qui s'aident mutuellement. Lors de l'absence de l'un d'eux ou en cas d'urgence, j'aide. — Autrement, je donne les anesthésies. Je fais également les petites choses pour lesquelles je ne pense pas nécessaire de déranger le chirurgien de garde (panaris, plaies diverses de la main nécessitant ou non anesthésie générale et amputation, etc...).

Enfin j'assure la garde 24 heures sur 24, et 7 jours sur 7, sauf de temps en temps; je prends un dimanche ou un jeudi tous les 15 ou 21 jours.

Il n'y a pas de clinique en ville, mais des chambres particulières à l'Hôpital.

Avant mon arrivée, on faisait ainsi le décompte pour frais chirurgicaux :

K 60 (par exemple).	N.
Aide	120 à 250 fr.
X jours à Z.....	—

etc...

Actuellement, on compte, en plus, anesthésie générale (et seulement depuis mon arrivée) au même tarif que l'aide (120 à 250).

Le K est tarifé à un chirurgien, l'aide et l'anesthésie au second (alors qu'évidemment, il n'a pu en faire que la moitié).

Ce dernier est-il légalement tenu à me rembourser l'anesthésie ou l'aide lorsque je donne l'une ou l'autre ? Ou, au contraire, en est-il empêché par la loi ?

D'autre part, l'hôpital ne pourrait-il pas me décompter personnellement les actes faits par moi en un mandat spécial Il y a quelques mois, paraissait, dans le CONCOURS, une annonce de l'Hôpital de Y... demandant un interne. Traitement : 3.000 francs plus participations aux recettes de l'Hôpital. Il paraît donc que cette dernière forme est possible.

P. M.

Réponse :

Vous savez que la législation concernant les hôpitaux et hospices publics a été refondue par une loi du 31 *décembre* 1941, *dont un réglement d'administration publique du* 17 *avril* 1943 *a fixé les modalités d'application.*

Aux termes de l'article 149 *de ce réglement, les internes reçoivent une indemnité annuelle, dont le montant est fixé par délibération de la Commission administrative, approuvée par le préfet, après avis du directeur régional de la santé et de l'assistance. En outre, ils sont logés dans l'établissement, et ont droit gratuitement à la nourriture, au chauffage, à l'éclairage et au blanchissage. Ces règles s'appliquent également dans les hôpitaux de la* 3e *catégorie, celle à laquelle appartient certainement l'hôpital d'X.*

D'autre part, les articles 132 *et suivants du même règlement d'administration publique du* 17 *avril* 1943 *fixent quels sont les honoraires qui sont dus aux médecins, chirurgiens, spécialistes, assistants et assistants d'anesthésie et chefs de clinique titulaires, pour les soins donnés aux malades et blessés hospitalisés ; et l'article* 133 *précise que, dans chaque spécialité, les ayants-droit aux honoraires sont : les médecins, chirurgiens ou spécialistes des hôpitaux, les assistants, et assistants d'anesthésie des hôpitaux, les chefs de clinique titulaires.*

Or, bien qu'en fait vous pratiquiez l'anesthésie sous

TRINITRINE

ET ASSOCIATIONS

(DRAGÉES A NOYAU MOU)

TRINITRINE SIMPLE

TRINITRINE CAFÉINÉE DUBOIS

TRINITRINE PAPAVÉRINE LALEUF

TRINITRAL LALEUF

TRINIBAÏNE LALEUF

ANGINE DE POITRINE

CRISES VASCULAIRES SPASMODIQUES

LABORATOIRES LALEUF

Georges DUGUÉ, Docteur en Pharmacie

51, R. NICOLO, PARIS-16e

Téléphone : TROcadéro 62-24

TRAITEMENT rationnel

de toutes les formes

de l'OBÉSITÉ

et des troubles annexes

DELLOVA

à base d'extraits opothérapiques renforcés par un laxatif

2 FORMES

Cachets..... 1 à 2 par jour

Comprimés... 2 à 4 par jour

Lab. C. LAFOSSE, 48, Av. de la République, PARIS

l'autorité et la surveillance du chef de service, vous agissez comme interne, et non avec le titre d'assistant d'anesthésie. Vous n'avez donc pas un droit personnel au partage des honoraires perçus par l'établissement. Toutefois, l'avant-dernier § de l'article 133 contient les dispotions suivantes. « Les chefs de service et adjoints pourront, s'ils le jugent opportun, allouer une part d'honoraires aux internes, mais aucune ne peut-être attribuée aux externes des hôpitaux. » C'est donc à votre chef de service que vous devez vous adresser pour obtenir de celui-ci qu'il vous alloue une part de ses honoraires pour les services que vous lui rendez.

A propos du fonctionnement du service chirurgical d'une petite ville.

Je lis avec intérêt le CONCOURS MÉDICAL et m'étonne des articles consacrés à la manière dont on peut étendre les possibilités de la chirurgie dans les petites villes (articles du 24-8-46 et du 28-9-1946).

Cette formule ne peut être bien intéressante. Je ne doute pas des intentions excellentes de nos confrères, ni de leurs qualités techniques. Mais je trouve que cette diffusion de la chirurgie est nuisible à elle-même, aux malades et au caractère scientifique de notre art.

La chirurgie doit être pratiquée par des chirurgiens et les malades suivis de bout en bout par le même chirurgien qui prend seul ses responsabilités envers le malade et sa famille. Les suites opératoires sont plus importantes souvent que la technique elle-même, et un chirurgien ambulant ne peut s'y appliquer : que dire d'un opérateur, si adroit soit-il, si minutieux qu'il ait été, qui laisse derrière lui une gastrectomie, une laminectomie, un rectum sans le revoir de plusieurs jours? Je sais bien qu'il peut venir le revoir facilement en cas de besoin, mais alors quelle vie compliquée s'il lui faut courir la campagne constamment et quitter son centre principal à chaque instant !

Ou alors le chirurgien n'acceptera pas de faire dans ces conditions de la grosse chirurgie et ne fera que des hernies ou des appendicites : mais ceci n'est pas la vraie chirurgie.

Je reste intimement persuadé que la vraie chirurgie, la seule utile aux malades ne peut être faite que dans des centres spécialisés, bien outillés, par des chirurgiens dits « Full Time ». L'intérêt scientifique de ces centres est intéressant, et ce n'est qu'ainsi que le chirurgien peut vraiment travailler et se perfectionner.

Nous avons déjà assez de raisons superflues de perdre notre temps, assez de besognes stérilisantes et d'activités dispersées pour ne pas courir à droite et à gauche, opérer çà et là et diminuer ainsi nos chances de sécurité. Toute une chirurgie de facilité a donné l'impression fausse que la vraie chirurgie pouvait être faite impunément et aisément. La diffusion de cet art ne peut lui être que nuisible ; elle est contraire à son esprit scientifique et satisfait au seul côté technique dont l'importance est négligeable ; elle risque de nous ramener aux temps anciens de l'empirisme seul.

Dr V.

SÉCURITÉ SOCIALE

2985. — Droits et charges du médecin membre du Conseil d'administration d'une caisse de Sécurité sociale.

Je viens d'être désigné comme membre de la Caisse départementale de Sécurité sociale en même temps qu'un chirurgien-dentiste. Nous avons déjà

ROMARANTYL

2 à 3 cuillerées à café aux repas dans un peu d'eau

Cholérétique

Antispasmodique Diurétique

Laboratoires TROUETTE-PERRET, 61, Avenue Philippe-Auguste, PARIS (XIe)



L'ACCOUCHEMENT ÉLECTRIQUE

Méthode du Docteur Frédéric Benoit

Technique d'accouchement Rapides et Analgésiques

Épreuve du travail

LEVER PRÉCOCE

Appareil fonctionnant automatiquement

Modèle clinique : sur pied — Modèle praticien : en mallette

Nombreuses références

Pour toute documentation et références s'adresser à :

Tél. Ric. 94-34 / Ric. 32-81 — O. C. E. M. OMNIUM CHIRURGICAL & MÉDICAL 26, rue du Quatre-Septembre, 26 — PARIS (2e)

eu une première réunion ; là j'ai pu lire le *Journal Officiel* où il est dit que les praticiens ont voix *délibérative* et non consultative comme vous avez imprimé deux fois dans le CONCOURS, page 814 de 1945 et page 523 de 1946.

Quelle est exactement cette fonction ?

D'autre part, la circulaire N° 27/SS/1946 du 15 février 1946 relative à l'assurance de longue maladie dit que dès l'accord intervenu entre les médecins, le médecin-conseil transmet ses conclusions au Conseil d'Administration de la Caisse ou au Comité délégué par ce Conseil qui prend une décision...

Il est probable qu'un peu partout ce sera ce Comité qui prendra les décisions ; c'est une bien grosse responsabilité et cela prend aussi beaucoup de temps ; je crains fort d'en faire partie ; est-ce que ces fonctions d'administrateur sont gratuites ou non.

Dr L.

Réponse.

« Disposer d'une voix délibérative » veut dire que l'on peut influer par son vote sur les décisions du Conseil. La voix délibérative est, en effet, comptée parmi celles qui participent au vote. La voix consultative, au contraire, ne permet que de faire entendre des conseils, des suggestions, mais non pas de participer au vote.

En ce qui concerne la seconde question que vous nous posez, nous vous confirmons que les fonctions d'administrateur de Caisse de Sécurité sociale sont gratuites en vertu de l'article 9 de l'Ordonnance du 4 octobre 1945, lequel dispose que les Caisses sont constituées et fonctionnent conformément aux prescriptions de la loi du 1er avril 1898 sur les Sociétés de secours mutuels. La loi du 1er avril 1898, notamment depuis sa réforme récente, prévoit expressément que les fonctions d'administrateur sont gratuites.

QUESTIONS DIVERSES

4580. — **Loyers.**

Je vous serais reconnaissant de bien vouloir m'éclairer sur le point suivant :

Dans quelles proportions, mon propriétaire a-t-il le droit d'augmenter mon loyer ?

J'ai commencé un bail de 3-6-9 le 1er janvier 1944, et le 31 décembre 1946, je me trouverai à la fin d'une période de 3 ans.

Mon loyer est actuellement de 6.000 francs.

Dr M...

Réponse :

Une loi du 28 février 1941 avait interdit, pour la durée de la guerre, toute augmentation du loyer et des charges des locaux échappant à l'application de la loi du 1er avril 1926, par rapport au prix effectivement payé au 1er septembre 1929. Cette loi avait simplement autorisé les propriétaires à percevoir les majorations subies par les prestations en nature fournies comme accessoires du contrat, telles que l'eau, le chauffage, l'électricité, etc...

L'ordonnance du 28 juin 1945, dans son article 4, a majoré de plein droit de 15 %, à compter du 1er juillet 1945, les loyers ainsi taxés. Suivant un récent arrêt de la Chambre sociale de la Cour de cassation, cette augmentation joue de plein droit, même pour les baux en cours.

Si donc votre propriétaire s'est maintenu dans les limites fixées par la loi du 28 février 1941, lorsqu'il a conclu le bail, il était fondé, depuis le 1er juillet 1945, à vous réclamer cette augmentation de 15 %.

Mais l'ordonnance du 28 juin 1945 ne doit produire effet que jusqu'au 31 décembre 1946. Au 1er janvier 1947, elle sera remplacée par une nouvelle loi sur les loyers, non encore promulguée, et qui, très certainement, accordera de nouvelles augmentations, au profit des propriétaires, dans certaines limites.

RECONSTITUANT GLOBULAIRE
MÉTHODES de WHIPPLE et de CASTLE
OPOFERROL
Extraits hémoïétiques de FOIE DE VEAU
d'ANTRE PYLORIQUE de PORC, de RATE
OXYHÉMOGLOBINE
★
TOUTES LES ANÉMIES
de l'ENFANT et de l'ADULTE
quelles qu'en soient les origines
★
AMPOULES BUVABLES
ENFANTS . . . 3 cc. 1 à 3 par jour
ADULTES . . . 10 cc. 1 à 3 par jour
LABORATOIRES DE L'OPOCALCIUM
96, Rue Orfila — PARIS-XXe

COIRRE
ARGYROPHEDRINE
gouttes nasales
SÉDIBAÏNE
sédatif nerveux sans action dépressive
SOLUCALCINE
chlorure de calcium pur et stable
TITANE COIRRE
pansement gastro-intestinal
COIRRE, PHARMACIENS, PARIS — 5, Bd MONTPARNASSE, SÉG. 02-79

Il est donc encore trop tôt pour vous dire quel loyer vous aurez à payer à partir du 1er janvier 1947, tout dépendra de la loi future, encore en préparation. Lorsque cette loi aura été promulguée, vous pourrez à nouveau nous soumettre votre cas, et nous vous ferons savoir alors quels seront vos droits et vos obligations.

3278. — **Le titre d'ancien interne.**

Pouvez-vous me dire si la protection des titres médicaux est vraiment efficace ; et si oui, seriez-vous assez aimable pour me donner les références. Dans le cas qui intéresse le Conseil départemental, il s'agit de savoir si un médecin est autorisé à se dire ancien interne des hôpitaux sans ajouter à cette indication le nom de la ville.

Dr R.

Réponse.

Vous savez que les hôpitaux ont été divisés en trois catégories, par le décret du 17 avril 1943 pris en application de la loi du 21 décembre 1941.

La première catégorie comprend les hôpitaux et groupements hospitaliers des villes, où siège une Faculté de médecine ou une école de plein exercice.

La seconde catégorie : les hôpitaux et groupements hospitaliers situés dans des villes où ne siège pas une Faculté de médecine ou une école de plein exercice, mais soumis, en raison de leur importance à des prescriptions spéciales.

La troisième catégorie : les hôpitaux et services hospitaliers de moindre importance.

Suivant l'article 144 du règlement : les internes nommés après concours dans les hôpitaux de la première catégorie, portent le titre d'interne des hôpitaux suivi obligatoirement du nom de la ville, siège de la Faculté ou école. Les anciens internes nommés dans les mêmes conditions et ayant effectué au moins trois années d'internat, ont droit au titre d'ancien interne des hôpitaux, suivi obligatoirement du nom de la ville où ils ont exercé leurs fonctions.

Suivant l'article 199, les internes nommés après concours dans les hôpitaux de la seconde catégorie, portent le titre d'interne de l'hôpital suivi du nom de la ville, siège de l'hôpital où ils exercent leurs fonctions. Les anciens internes nommés dans les mêmes conditions et ayant effectué au moins trois années d'internat, ont droit au titre d'ancien interne de l'hôpital, suivi du nom de la ville où ils ont exercé leurs fonctions. Dans le cas où ils ont rempli ces fonctions dans plusieurs villes, ils peuvent faire suivre leur titre du nom de deux ou plusieurs de ces villes, à condition de ne retenir que les noms de celles où leurs fonctions ont duré au moins un an.

A l'effet d'établir leur droit au titre ainsi défini, les internes peuvent demander au Directeur Régional de la Santé et de l'Assistance, à l'expiration de leur fonction, un certificat mentionnant les divers hôpitaux dans lesquels ils ont exercé et la durée de leurs services dans chacun d'eux.

Enfin, suivant l'article 223, les internes nommés dans les hôpitaux de la troisième catégorie par décision du Directeur de l'hôpial, et non par concours, ne peuvent prétendre à aucun titre.

Voici quelle est actuellement la réglementation extrêmement rigoureuse concernant l'utilisation du titre d'ancien interne des hôpitaux ; elle ne s'applique évidemment qu'aux internes nommés depuis l'entrée en vigueur du règlement du 17 avril 1943, mais, déontologiquement, il est nécessaire que les internes ayant exercé leurs fonctions avant l'entrée en vigueur de ce règlement, fassent accompagner leur titre du nom de la ville où ils ont exercé leurs fonctions.


Poudre alcaline
CAL-MAG-NA

Hyperchlorhydrie
Pyrosis, Ulcus
LABORATOIRES SUBSTANTIA, M. Guéroult, Docteur en Pharmacie, SURESNES (Seine)

FAUTEUILS ROULANTS DUPONT
Cent ans de spécialisation dans le confort du malade
VENTE & LOCATION
10, Rue Hautefeuille - PARIS (6e)
Téléphone : DANTON 05-61 - 05-62
Succ. à LYON, 6, Place Bellecour

Jécol
L'auxiliaire physiologique du foie
LAB. JÉCOL, COURBEVOIE

DEMANDES & OFFRES

N° 647. — Méd. pour propagande scientifique est recherché par import. Laborat. spécialités pharmac. Ecrire avec curriculum vitæ au bureau du journ. qui transmettra.

N° 648. — 2 Laborat. demandent un visiteur médic. exclusif. rég. de Lyon.

N° 649. — Très urgent. Anc. ext. Hôp. habit. client. cherche pour novembre, à Paris, soit assoc., soit assist. avec confr. âgé ou surch. Excell. référ.

N° 650. — Urg. cède bon poste avec matériel, logem. à reprendre ch.-lieu de cant. Bourgogne. Ecr. journ. qui transmettra.

N° 651. — Dame méd. habit. client. assurer. direct. clinique, aide chirurg., ou aide de confr. S'adr. au journ. qui transmettra.

N° 652 — Méd. dispon. cherche poste médec. génér. rég. Lorraine, Bourguignonne, Franc.-Comtoise, Lyonn. et Sud-Est France.

N° 653. — A vendre : 1° Bulletin de la Société de Chimie Biologique de 1914 à 1946 ; 2° Trav. et publicat. de l'Institut Prophylact. (collect. compl.) ; 3° Bullet. et mem. de la Société Méd. des Hop. de Paris de 1907 à 1946 ; 4° Bullet. de Société Nation. de Chirurg. de 1931 à 1946. Faire offre : La Publiceutique, 42, rue Beaujon, à Paris (8e).

N° 654. — A céd. œuvres Ovide Opéra Ommia. Editions 1613, parfait état. Dr Duin, Aire-sur-Adour (Landes).

N° 655. — A vendre électrocardiographe portatif Bouliitte à amplificateur. Etat parf. Ecr. journal qui transmettra.

N° 656. — Médecin cherche remplacement, Paris ou banlieue proche, libre du 25 oct. au 1er juillet.

N° 657. — Cause spécialisat. à vendre excell. poste de médic. gener. pays riche et agréable.

N° 658. — Méd. cherche Paris, pied-à-terre, deux pièces ou studio, salle de bains, cuisine. Accept. reprise justifiée.

N° 659. — Méd. cherche poste demi-repos seul méd. rég. paris. (max. 100 km.) ou situation administ. assur. usine, etc... Ecr. journ. qui transmettra.

N° 660. — A vendre fauteuil Dupont articulé en très bon état. Ecr. journal qui transmettra.

N° 661. — Echang. très bon poste Méd. génér. dans ville agréable Sud-Ouest, climat doux, région de cocagne, villa avec grand jardin, contre poste méd. génér. Paris ou proche banlieue.

N° 662. — A vendre : Table d'opérations, état neuf. Téléph. Gobelins 38-31.

N° 663. — A céder cause spécial. bon poste méd. génér. dans chef-lieu de cant. à 50 km. de Toulouse.

N° 664. — Cherche achat cabinet méd. génér. Toulouse.

N° 665. — Céderais : 1 manche galvano-cautère bois, 1 manche galvano-cautère métallique. Stérilisateur par ébullition avec lampe à gaz 40×15. Chassis-presse 36×45. Collection compl. « Journ. de Radiologie ».

N° 666. — Cherche remplacer méd. Paris ou proche banl. approxim. du 15 déc. 46 au 15 mars 47. Dr Gallant, à Aïn-Abid (Algérie).

N° 667. — A vend. cuve à huile G.G.P. compl. avec tube et table à pompe Guyot. Ecr. Dr Viel, 15, quai Charcot, à Nantes.

N° 668. — A céder Bretagne, poste méd. propharm. Bon rapport, campagne 30 km. mer. Chasse et pêche. Maison, garage, jardin. Facilités paiem. Ecrire journ. qui transmettra.

N° 669. — A céder client. méd. génér. camp. Touraine Maison long bail, dépendances et jardin. Urgent.

N° 670. — Méd. client. campagne et estivale Côte d'Azur, à céder pour raison de famille. Ecr. journ. qui transmettra.

N° 671. — A vendre radiothérapie 150 kv. 1 kénotron, avec tube Philips, bon état.

N° 672. — Doct. dispose pour étud. en médec. chambre meublée, confort. exposit. midi, quartier sain. S'adr. 44, rue de la Pompe, Paris (16e).

N° 673. — Praticien, fin de carrière, très ingambe, cherche Paris situat. médicale ou para-médic., envisager. associat. ou toute autre combinaison, soit avec confr., soit labor. ou clinique. Références premier ordre.

N° 674. — Achèterai à Avignon ou Marseille, cabinet de médec. génér.

N° 675. — Dans imp. chef-lieu de canton I.-et-V. clientèle gros rapp. à céder d'urg.

Gérant : MIGNON Lang, Blanchong et Cie, 30, rue du Poteau - Paris (18e). — 31.1040
Février 1879 Dépôt légal : N° 8 4e trimestre 46



CHLORO-CALCION

LE CONSEIL MEDICAL
Cabinet BREITEL ET CORET
Fondé en 1903
1, rue Dante, Paris (5e) : ODE : 36-46

Paris (9e) : Belle clientèle physiothérapie.
Porte Paris : Bon cab. Derm. Vénér. Urol. Gynéc. App.
Banlieue Nord-Est : Exc. cab. méd. gle. Achat villa.
Banlieue Sud-Est : Gros cab. méd. gle, achat villa.
Seine-et-Oise : Clientèle Y.O.R.L. Mais. bas prix.
Seine-et-Marne : Superbe hôtel de repos, week-end meublé style, parc. Prix intéressant.
Seine-et-Marne : Préventorium d'enfants. 80 lits pourr. conv. colonie d'enf. Bas prix.
Aisne : B. 1.600 h. Méd. gle avec logem. Bon rapp.
Indre : Cab. ophtalm. Logement. Prix minime.
Indre-et-Loire : Bon cab. méd. gle avec logement.
Puy-de-Dôme : Cadre pitt. Méd. gle. Belle mais.
Jura : 1.200 h. Méd. gle, avec belle propriété.
Ile litt. Atlantique : Cab. méd. gle. Ach. Maison.

Hôtels particuliers et immeubles p. cliniques.

Nombreuses client. propharm. ttes régions, av. log.

LES
Gouttes B.O.P
(*synergie du bouleau et de l'olivier dans l'hypertension artérielle*)
AGISSENT LENTEMENT
MAIS NE DÉÇOIVENT JAMAIS.
PROCHAM
LABORATOIRES PROCHAM. 5 rue d'ALEMBERT - ISSY (SEINE)

Thérapeutique artérielle et cardio-rénale

Artères

Spasmes artériels, Hypertension
TENSÉDINE 2 comprimés au début de chacun des 3 repas.

Sclérooses vasculaires et viscérales
IODOLIPINE 1 capsule 2 ou 3 fois par jour, aux repas.

Cœur

Syndromes coronariens, Angor, Infarctus, Palpitations, Algies précordiales
COROSÉDINE 2 comprimés 2 ou 3 fois par jour, au début des repas.

Crises angineuses
TRINIVÉRINE 2 à 3 dragées à quelques minutes d'intervalle. Maximum : 10 par jour.

Reins

Insuffisance cardio-rénale, Oligurie
DIUROPHYLLINE 2 à 4 comprimés par jour, à la fin ou dans l'intervalle des repas.

MONAL, DOCTEUR EN PHARMACIE - 13, Avenue de Ségur, PARIS

STAPHYLASE
ACNÉ, ANTHRAX
FURONCULOSE

MYCOLYSINE
MALADIES INFECTIEUSES

GERMOSE
TOUX SPASMODIQUES
COQUELUCHE

VEINOSINE
AFFECTIONS VEINEUSES

LABORATOIRES LEBEAULT
BESINS & Cie
5, Rue Bourg-l'Abbé, PARIS - Tur. : 69-50

PULMONE
ELIXIR - CACHETS - AMPOULES
VOIES RESPIRATOIRES

GOUTTES IONISÉES
ALCALOSE

CARBONEX
ESTOMAC-FOIE-INTESTIN

LABORATOIRES BIOS
10, RUE VINEUSE PARIS
TRO. 57-44

SOLUTION HEPATOUM

SOLUTION DANS LES EAUX DU BASSIN DE VICHY, PRISES DIRECTEMENT AUX SOURCES, D'EXTRAITS DE PLANTES HÉPATIQUES

SPÉCIFIQUE DES AFFECTIONS DU **FOIE**, DES **REINS**, DE LA **VÉSICULE BILIAIRE**

ACTION RAPIDE DANS LES CRISES DOULOUREUSES **HÉPATIQUES, NÉPHRÉTIQUES MENSTRUELLES**

LABORATOIRE HEPATOUM • Saint-Yorre (Allier)

NEO-CODION

— Gouttes et Dragées —

PUISSANT
SÉDATIF
DE LA TOUX

- Le Camphosulfonate de Codéine
- Le Camphosulfonate de Dionine

Laboratoires du
D' BOUCHARA
47, Rue de Bretagne
PARIS-3e • Arch. 94-65

Boldolaxine

LABORATOIRE EMILE CHARPENTIER
7, RUE DU BOIS DE BOULOGNE PARIS. XIVe

On désinfecte
avec le
FUMIGATOR
GONIN



60, Rue Saussure
PARIS (17e)



CRINEX stimule
EXTRAIT OVARIEN TOTAL STANDARDISÉ

OREX équilibre
EXTRAIT ORCHITIQUE TOTAL STANDARDISÉ

FRÉNOVEX freine
EXTRAITS MAMMAIRE ET LUTÉINIQUE

la fonction ovarienne

LABORATOIRES CRINEX-UVÉ
1, AVENUE DU DOCTEUR LANNELONGUE, PARIS XIVe

68e ANNÉE — N° 44 — 2 NOVEMBRE 1946

LE

CONCOURS MÉDICAL

37, RUE DE BELLEFOND - PARIS (9e) - TRU 33-66

379-381

SOMMAIRE

PARTIE SCIENTIFIQUE.

Traitement et technique opératoire des fractures ouvertes avec plaies pénétrantes du crâne (Dr Daniel Ferrey) 1.271

Le rhumatisme articulaire aigu. Pratique médicale infantile (Dr R. Liège) 1.274

A propos de l'érythème noueux 1.275

Les Sociétés Savantes, 1.276. — La Presse, 1.279.

PARTIE PROFESSIONNELLE.

Propos du jour. — Conférence de presse du Ministre de la Santé (G. Lavalée) 1.280

Organisation professionnelle. — La sécurité du médecin doit être à la fois sociale et professionnelle (Jean Mignon) 1.282

La conférence du lait (Dr Henri Rouèche). 1.284

Le mot du lecteur. — Médecin traitant et sécurité sociale (Dr Ratié) 1.286

DEMI-COLONNES.

Dernières Nouvelles, 1.265. — A Travers l'Officiel, 1.286. — Echos et Commentaires, 1.289. — Correspondance, 1.289.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DIGITALINE NATIVELLE

Rhumatismes chroniques — Carences soufrées

THIONAÏODINE

INJECTABLE — COMPRIMÉS

Laborat. Jacques LOGEAIS, Issy-les-Moulineaux, PARIS

Infangyl Carlier

TOUX INFANTILES

Equilibre Phospho-calcique

TRICALCINE

Granulés IRRADIÉE *Cachets*

RECALCIFICATION de l'ORGANISME

Lab. SCIENTIA - Dr PERRAUDIN

21, rue Chaptal, PARIS

Opothérapie Hématique (amp. buv.)

GLOBEXINE

Anémies - États infectieux

Misère physiologique

Labor. SCIENTIA

Dr PERRAUDIN

21, rue Chaptal, PARIS

OUABAÏNE

ARNAUD

PHLÉBOGEV

Affections veineuses : **HÉMORROIDES, VARICES, PHLÉBITES**

à base d'Argyrine, nouveau glucoside actif du Marron d'Inde

Vaso-constricteur à action plus prolongée que l'adrénaline et ne provoquant pas d'hypertension artérielle.

TROIS FORMES :

GRANULES : 3 à 6 par jour — Dose massive : 25 à 30 granules par jour
POMMADE : en onctions, le soir — SUPPOSITOIRES : un le soir, au coucher

ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE

LABORATOIRES GEV, 5, rue Brézin, PARIS (14e) - Téléphone : SÉGUR 84-49

INNOVATIONS innothéra THÉRAPEUTIQUES

MUCINUM

LAXATIF DOUX

1 à 2 comprimés par jour

INNOTHÉRA, 54, AVENUE PAUL-DOUMER, ARCUEIL (SEINE)

CARBONEX

MAGNÉSIE SOUFRÉE



ESTOMAC ★ FOIE ★ INTESTIN

NOUVELLE SYNERGIE PHARMACO-DYNAMIQUE

LABORATOIRES BIOS 10, Rue Vineuse PARIS 16e



OXYURYL

VIOLET DE GENTIANE

Laboratoires A. MARIANI, 10, rue de Chatou - NEUILLY - PARIS

DERNIÈRES NOUVELLES

Faculté de Médecine

AVIS AUX ÉTUDIANTS

1° *Remplacement d'Externes.*

Les étudiants faisant fonctions *d'externes* et désirant être autorisés à remplacer par ces fonctions certains stages de la Faculté sont informés qu'ils doivent fournir au Secrétariat (guichet n° 5) la proposition du Directeur de l'A P. (la demander au Bureau du Personnel Médical, 3, avenue Victoria).

Cette proposition devra être déposée au Secrétariat dans le plus bref délai après la prise des fonctions.

A la fin de ces fonctions, les intéressés devront se faire délivrer un certificat par leur Chef de Service, contresigné par le Directeur de l'Hôpital.

Ces certificats seront exigés lors de la prise des 3e et 4e inscriptions de l'année scolaire.

2° *Internes ou faisant fonctions d'Internes.*

Les étudiants Internes titulaires ou suppléants des Hôpitaux ne dépendant pas de l'A.P., doivent adresser à M. le Doyen une demande sur papier timbré à 10 francs, accompagnée d'un certificat du Directeur de l'établissement ,afin d'obtenir la même autorisation.

Pour la délivrance de la 3e et de la 4e inscriptions de l'année scolaire, ils devront fournir des certificats de leur chef de service contresignés par le Directeur de l'Hôpital.

3° *Les étudiants de* 1re *année* ne sont pas autorisés à remplacer leurs stages hospitaliers par des fonctions.

Cours de technique hématologique et sérologique.

Ce cours sera fait par le Dr G. Peyre, Chef du laboratoire de thérapeutique ; il comprendra 16 leçons et commencera le mardi 16 novembre 1946 à 14 h. 30, pour continuer les jours suivants.

Droit à verser : 1.000 francs. Nombre d'auditeurs limité.

Diplôme de Kinésithérapie.

Sous la direction du Pr Jacques Leveuf, un cours préparatoire au diplôme d'Etat de *Kinésithérapie* sera organisé à partir de cette année dans le cadre de l'enseignement de la Clinique Chirurgicale Infantile et Orthopédique de la Faculté de Médecine de Paris. Renseignements à l'Hôpital des Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres, chaque jour de 14 à 16 heures.

Hopitaux de Bordeaux.

M. R. Mathey-Cornat, radiologiste des Hôpitaux, reprendra à la date du mercredi 13 novembre ses conférences de *radio-diagnostic*. Elles auront lieu les lundi, mercredi et vendredi à 10 h. 30, à l'amphithéâtre des Cliniques de l'Hôpital du Tondu à Bordeaux. *Sujet du Cours* : Affections pulmonaires et de la plèvre.

Le Concours Médical

Hebdomadaire fondé en 1879 par A. Cézilly

Directeur honoraire : Docteur J. Noir

Directeur : Dr G. Lavaléx.

Rédacteur en Chef : Dr G. Fischer.

RÉDACTION, ADMINISTRATION ET PUBLICITÉ, 37, rue de Bellefond, Paris (9e).

Téléphone : TRU 33-66. R. C. Seine 76.579. Chèques postaux, Paris 167-95.

ABONNEMENTS

1 an, 400 francs - Etudiants, 200 fr. Le N° 15 fr. Changement d'adresse, 5 francs.





Ministère des Armées.

La Direction du Service de Santé Colonial renouvelle son appel aux médecins désireux de contracter un engagement au titre du *Service de Santé de l'Indochine* dans le Corps de Liaison Administrative d'Extrême-Orient. Cet appel s'adresse plus particulièrement aux chirurgiens et aux médecins spécialistes (notamment électro-radiologistes).

Il est rappelé que ce recrutement est ouvert aux médecins civils remplissant, entre autres, les conditions suivantes : être titulaire du Doctorat en Médecine ; avoir moins de 55 ans à la date de l'engagement ; être physiquement apte au Scrivce Colonial ; être citoyen, sujet ou protégé français. La durée de l'engagement est de 18 mois.

Le temps passé sera compté comme temps de service militaire actif, sans que cela puisse changer en quoi que ce soit le grade des intéressés dans la Réserve.

Les engagés bénéficient d'avantages matériels substantiels : grade d'assimilation, en fonction des titres universitaires ou scientifiques de l'intéressé ; il a été décidé que le grade d'assimilation qui sera conféré ne sera pas inférieur à celui de capitaine ; indemnité de départ colonial égale à deux mois de solde ; solde mensuelle, non compris les allocations familiales et les suppléments, s'élevant, au taux de la piastre indochinoise à 17 francs, à :

Capitaine (4e échelon) de 29.690 à 38.998 ;
Commandant (2e échelon) de 40.834 à 44.976 ;
Lt-colonel (3e échelon) de 48.264 et 52.411 ;
Colonel (2e échelon) de 58.218 et 62.900.

Adresser les candidatures au Ministère des Armées, Direction des Troupes coloniales, Bureau du Personnel, 3e section.

Les XXes Journées dentaires de Paris se dérouleront du 21 au 24 novembre, 1946 dans les locaux de l'Ecole Odontotechnique de Paris, 5, rue Garancière, Paris (6e), sous la Présidence effective de M. le Pr J. Sénèque, Professeur de Clinique et de Thérapeutique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Paris.

Afin de faciliter la venue de nos Confrères de Province qui manifestent le désir de prendre part à cet important Congrès, le Comité d'Organisation vient d'obtenir de la Société Nationale des Chemins de Fer, une réduction de 20 % pour les Congressistes se rendant aux XXes Journées Dentaires de Paris.

En participant à cette manifestation professionnelle internationale, ils offriront ainsi un témoignage intangible de solidarité confraternelle.

Le Banquet aura lieu à la Maison des Alliés, 33, rue du Faubourg-Saint-Honoré, Paris (8e). A l'issue de ce dernier, un film sera projeté par la Section Cinématographique de l'Armée Américaine, sous le haut patronage de S. E. l'Ambassadeur des Etats-Unis à Paris.

Pour les adhésions s'adresser à : M. R. Sudaka, Secrétaire général des XXes J.D.P., 143, avenue Emile-Zola, Paris (15e), Tél. SEG. 40-99. Pour les envois de mandats ou versements s'adresser à : M. J.-M. Blaisot, Trésorier des XXes J.D.P., 5, place Voltaire, Paris (11e) — C. C. Post. 2676-48 Paris.

Association des Médecins de la Seine.

L'Association des Médecins du département de la Seine, Œuvre de Charité fondée en 1833 par Orfila, a tenu son Assemblée générale, le 13 juin 1946 sous la présidence du Pr Loeper.

Après un discours du Président, qui montra tout l'intérêt de l'Association, M. le Pr Justin-Besançon évoqua fort délicatement le souvenir des disparus.

L'Assemblée a décidé de porter à 200 francs minimum la cotisation annuelle.

Versement au compte des chèques postaux Paris 232-50, Association des Médecins du Département de la Seine, 85, boulevard Saint-Germain, Paris (6e), ou par chèque au nom du Dr Fège, trésorier, 5, rue Lauriston, Paris (16e).

(*Communiqué.*)

VALS SOURCE LA REINE

ARTHRITISME - DYSPEPSIE
DIARRHÉE INFANTILE
GASTRO-ENTÉRITES
DIABÈTE

—

Cure de boisson dans les Maladies infectieuses

—

Eau de table remarquable



Sté VALS-REINE
à Vals-les-Bains
(Ardèche)

HÉMOGLOBINE DESCHIENS
FER VITALISÉ
VITAMINES DU SANG

Opothérapie Hématique
Syndrômes Anémiques - Déchéances Organiques

DESCHIENS, Docteur en Pharmacie, 9, Rue Paul-[illegible] PARIS (6e)

LIT MÉCANIQUE DUPONT
Cent ans de spécialisation dans le confort du malade

POUR SOULEVER ET SOIGNER LES MALADES
NOUVEAU MODÈLE PERFECTIONNÉ
RECOMMANDÉ PAR LE CORPS MÉDICAL
10, Rue Hautefeuille
PARIS (VIe Arr.)
Téléphone : Danton 05-61 et 62
Succ. à Lyon, 6, Place Bellecour

VENTE ET LOCATION

Caisse régionale de Sécurité Sociale de Paris.

Un certain nombre de postes de médecins-conseils de la Sécurité Sociale sont actuellement vacants dans la région parisienne (Paris et banlieue). — Adresser les candidatures avec *curriculum vitae* au Médecin-conseil régional, 11, rue Boudreau, Paris (9e qui donnera tous renseignements utiles.

Valeur des tickets pour propharmaciens.

4e TRIMESTRE 1946

23.	Ampoules de morphine, héroïne ou alcaloïdes en nature	1 gr.
25.	Atropine sulfate	0,25 gr.
27.	Bismuth sels	100 gr.
28.	Cocaïne chlorydrate	1 gr.
29.	Essence de térébenthine	250 cm³
30.	Farine de moutarde	100 gr.
31.	Glycérine	200 gr.
32.	Huile fluide ou médicamenteuse	250 cm³
33.	Huile de ricin	500 cm³
34.	Huile de vaseline	3 litr.
36.	Oxyde de zinc	100 gr.
37.	Phosphate de soude	100 gr.
38.	Poudre d'opium ou équivalent en préparations galéniques d'opium ou de pavot	15 gr.
40.	Quinine (sels de)	20 gr.
41.	Rhum	1 litr.
41.	Rhum	1 litr.
43.	Sirop médicamenteux	2 litr.
44.	Thermomètres	1 uni.
45.	Vaseline	500 gr.
46.	Vins médicamenteux	3 litr.
47.	Coton hydrophile	5.000 gr.
48.	Coton cardé	300 gr.
49.	Tissus pansements	300 gr.
50.	« «	300 gr.
51.	Alcool	2 litr.
52.	Tissus pansements	200 gr.
53.	« «	200 gr.
	Sucre	5 kg.

Naissances.

On nous annonce la naissance de : *Marie-Christine Lobrichon*, quatrième enfant du Dr P. Lobrichon, Vannes (Morbihan) ; *Bernadette Tricot*, neuvième enfant du Dr Tricot, Meursault (Côte-d'Or) ; *Daniel Herrmann*, troisième enfant du Dr Herrmann, Saint-Michel (Aisne) ; *Frédéric-Roger Lerich*, deuxième fils du Dr N. Lerich, Ambert (Puy-de-Dôme) ; *Geneviève-Elisabeth Marx*, Cinquième enfant du Dr J. Marx, Avignon (Vaucluse) ; *Frédéric Brulin*, sixième enfant du Dr Brulin, Reims (Marne).

Mariages.

Le docteur *G. Panis* fait part du mariage de sa fille Michelle Panis avec M. Jean Tagliapiétra, Commercy (Meuse). Le Dr *Ed. Lefèvre* annonce le mariage de sa fille Annie Lefèvre avec M. François Ramm, Girécourt-sur-Durbion (Vosges). Les Drs *A. Lop* et *A. Lombard* font part du mariage de leur petite-fille, Mlle Janine Lombard, avec M. Maurice Bastaert, interne à l'hôpital Saint-Joseph, Marseille.

Nécrologie.

Nous avons le regret d'annoncer la mort du docteur *Q. Delbès*, dans sa 76e année. Il exerçait l'ophtalmologie à Périgueux depuis près de cinquante ans. Nous prions sa famille de bien vouloir agréer nos condoléances sympathiques et attristées.

Nous avons le regret d'annoncer la mort du docteur *Bellencontre*. Ancien Président de l'Association Générale et du Syndicat de la Seine. C'est à lui que revient le mérite d'avoir créé les Caisses de Secours de l'Association Générale. Grand ami du *Concours Médical*, il s'intéressait beaucoup au Sou Médical et à la Mutualité familiale ; il avait longtemps rempli les fonctions d'administrateur dans ces Sociétés, les faisant profiter de ses avis éclairés. Les membres du Conseil de direction du *Concours Médical* prient sa famille de bien vouloir agréer leurs sentiments de sympathie profonde et attristée.

VITAGAR à base de VITAMINE B
Traitement rationnel de la CONSTIPATION
Mucilage végétal d'action physiologique
Régénère la musculature intestinale
Laboratoires UROMIL - PARIS

PARAMINO-PHÉNYLÈNE SULFO 2 AMINOPYRIDINE
SULFAPYRIDINE
ZIZINE
POSOLOGIE : DE 3 A 10 COMPRIMÉS DE 0 gr. 30 PAR 24 HEURES SUIVANT L'AVIS DU MÉDECIN
LABORATOIRES DU DOCTEUR ZIZINE
24, RUE DE FÉCAMP — PARIS-12e
PAUL-MARTIAL — PARIS

A L'OFFICIEL TRAVERS

ACCIDENTS DU TRAVAIL

Une loi du 16 octobre 1946 porte réajustement des rentes et allocations attribuées aux victimes d'accidents du travail ou à leurs ayants droit.

Elle fixe notamment à 75.000 fr. la partie du salaire annuel qui entre intégralement en ligne de compte pour le calcul de rente. La partie comprise entre 75.000 fr. et 125.000 fr. est comptée pour un tiers et la partie excédant 125.000 francs pour un huitième.

(*J. O.*, 17 octobre 1946.)

MEDECINE DU TRAVAIL

Arrêté ministériel du 12 octobre 1946 modifiant l'article 3 de l'arrêté du 15 mars 1946 concernant les rémunérations des médecins du travail.

Article premier. — L'article 3 de l'arrêté du 15 mars 1946 est modifié comme suit :

« Art. 3. — Les appointements des médecins du travail seront au minimum calculés sur la base d'un nombre variable, suivant la catégorie, de consultations au tarif fixé dans chaque département par la convention intervenue entre le syndicat des médecins et la caisse régionale de sécurité sociale, et approuvée par la commission nationale visée à l'article 10 de l'ordonnance du 19 octobre 1945 fixant le régime des assurances sociales applicable aux assurés des professions non agricoles.

« Par vacations forfaitaires de trois heures et demie, le nombre de consultations sera le suivant :

« 1re catégorie : 6 consultations.
« 2e catégorie : 7 consultations.
« 3e catégorie : 8 consultations.
« 4e catégorie : 9 consultations.

« Le nombre de vacations de trois heures et demie ne peut excéder dix par semaine.

« Pour une vacation de deux heures, les appointements seront fixés aux deux tiers de ceux d'une vacation de trois heures et demie.

« Pour une vacation d'une heure, les appointements seront fixés au tiers de ceux d'une vacation de trois heures et demie avec majoration de 10 p. 100 ».

(*J. O.*, 17 octobre 1946.)

HOSPITALISATION PRIVEE

Arrêté ministériel du 12 octobre 1946 modifiant l'arrêté du 27 juillet 1946 concernant les traitement des médecins et pharmaciens des établissements d'hospitalisation privée.

Article premier. — L'article premier de l'arrêté du 27 juillet 1946 fixant les traitements des médecins et pharmaciens des établissements d'hospitalisation privée est modifié comme suit :

« Article 1er. — Le présent arrêté a pour objet de fixer les appointements des médecins et pharmaciens des établissements d'hospitalisation privée, à l'exception des médecins bénéficiaires de bourse, occupés dans les instituts de recherches scientifiques annexés à des établissements hospitaliers. »

Le reste sans changement.

Art. 2. — L'article 4 de l'arrêté susvisé du 27 juillet 1946 est modifié comme suit :

CONSTIPATION
TRAITEMENT PHYSIOLOGIQUE
TAXOL
ACTION RÉGULIÈRE ET CONSTANTE
1 à 6 comprimés par jour aux repas ou au coucher. Commencer par 2 comprimés.
AUCUNE ACCOUTUMANCE
Laboratoires LOBICA
25, RUE JASMIN, PARIS-16e

VINGT PEPTONES DIFFÉRENTES
Hyposulfites de Magnésium et de Sodium
Sels halogénés de Magnésium
ANACLASINE
RANSON
Comprimés — Granulé
Désensibilisation
Etats Hépatiques
Action Cholagogue
ANACLASINE INFANTILE
Granulé soluble
LABORATOIRES DÉ L'OPOCALCIUM
96, Rue Orfila PARIS (20e)

« Art. 4. — Les appointements minima des médecins d'hospitalisation privée sont établis, pour chaque catégorie, par un nombre de consultations, au tarif fixé dans le département le plus favorisé entre le syndicat des médecins et la caisse régionale de sécurité sociale et approuvé par la commission nationale visée à l'article 10 de l'ordonnance du 12 octobre 1945 fixant le régime des assurances sociales applicable aux assurés des professions non agricoles ».

Le reste sans changement.

Art. 3. — L'article 5 de l'arrêté susvisé du 27 juillet 1946 est modifié comme suit :

« Art. 5. — Les appointements minima des médecins des établissements d'hospitalisation privée sont fixés comme suit : »

Le reste sans changement.

.....

(*J. O.*, 17 octobre 1946.)

SOINS AUX PENSIONNES DE GUERRE

Arrêté ministériel du 14 octobre 1946 modifiant l'arrêté du 12 décembre 1944 relatif aux contrôles médicaux.

Article premier. — L'article 5 de l'arrêté provisoirement applicable du 6 janvier 1944 relatif aux contrôles médicaux est abrogé et remplacé par le texte suivant :

« Art. 5. — Il est attribué aux médecins contrôleurs, compte tenu des titres et services de chacun d'eux, une allocation mensuelle dans la limite d'un maximum de 10.000 fr., sans toutefois que l'allocation moyenne puisse excéder 8.330 francs.

« Cette allocation n'est pas soumise aux retenues pour le service des pensions civiles et est exclusive de toutes indemnités à l'exception de l'indemnité de résidence familiale, des indemnités prévues à l'article 8 ci-après et des allocations familiales. »

Art. 2. — Le présent arrêté aura effet du 1er janvier 1946.

(*J. O.*, 18 octobre 1946.)

SANTE PUBLIQUE

Un décret du 19 octobre 1946 portant règlement d'administration publique fixe les modalités d'application de l'ordonnance du 3 juillet 1945 relative à la protection sociale des aveugles.

(*J. O.*, 20 octobre 1946.)

Un décret du 16 octobre 1946 pris en application de la loi du 17 mars 1943 modifié par la loi du 24 avril 1944 fixe les conditions d'entrée aux écoles de sages-femmes, le régime des études et des examens.

(*J. O.*, 18 octobre 1946.)

Carte professionnelle de pédicure.

Par arrêté en date du 16 octobre 1946, le modèle de la carte professionnelle de pédicure est établi. Elle est délivrée sous l'autorité du préfet du département du lieu d'exercice de la profession par le directeur départemental de la Santé.

(*J. O.*, 19 octobre 1946.)

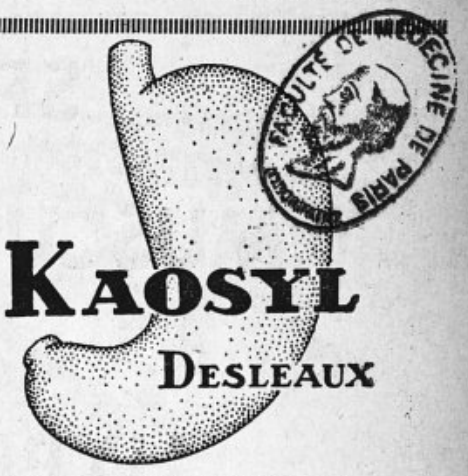
Avis relatif au concours pour le recrutement de médecins des services antituberculeux publics.

Le concours ouvert pour le recrutement de médecins des services antituberculeux publics (annoncé au « Journal Officiel » du 21 septembre 1946) est reporté du 4 au 11 décembre 1946.

Les inscriptions seront reçues au ministère de la Santé publique (direction de l'administration générale, du personnel et du budget, 3e bureau), 7, rue de Tilsitt, Paris (17e), jusqu'au 20 novembre 1946, dernier délai.

(*J. O.*, 15 octobre 1946.)

MIGRAINES — GRIPPES
DOULEURS CATAMÉNIALES
ALGIES
ALGOCRATINE
Un cachet dès la première sensation de douleur
LANCOSME, 71, Avenue Victor-Emmanuel III — PARIS



KAOSYL
DESLEAUX
PANSEMENT GASTRO-INTESTINAL
LANCOSME, 71, Av. Victor Emmanuel III, Paris

COLLUSULFAMYD
COLLUTOIRE
GARGARISME
POLYVALENT
NOVAR
+
SULFAMIDES
LABORATOIRES
DEBARGE
(BRONCHOTONINE
CAMPHO-PNEUMINE)

TRINITRINE - SCILLE

PHÉNYLÉTHYLMALONYLURÉE



SPASMES
DE LA
MUSCULATURE LISSE

•

HYPERTENSION

LABORATOIRE PERRIER
12, rue Henner, PARIS-9e

PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAITEMENT ET TECHNIQUE OPÉRATOIRE DES FRACTURES OUVERTES AVEC PLAIES PÉNÉTRANTES DU CRANE

par le Dr Daniel Ferrey (Saint Malo)
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

CET article, purement pratique, est surtout un plan destiné à simplifier la conduite à tenir dans les fractures ouvertes du crâne, les plus fréquemment rencontrées.

1° Lorsqu'un blessé est amené au lieu d'hospitalisation, la première chose est d'établir le bilan de ses lésions.

Il faut traiter d'abord les plaies, les fractures des membres, les lésions viscérales s'il y en a, et toujours terminer par les lésions cérébrales, pour les raisons suivantes :

La plaie cérébrale se défend assez bien pendant douze, dix-huit, vingt-quatre heures. Les autres lésions nécessitent souvent une intervention plus précoce et leur traitement se fait la plupart du temps sous anesthésie générale, alors que les lésions cérébrales peuvent et doivent être opérées sous anesthésie locale.

2° Les autres lésions ayant été traitées, ou s'il n'existe que des lésions cérébrales, on devra d'abord soigner le choc suivant les techniques habituelles de la réanimation : réchauffement du blessé, sérum, plasma, transfusions, toni-cardiaques, etc.

3° Tous ces blessés seront rasés complètement, le cuir chevelu lavé au savon, décapé à l'éther, et ensuite badigeonné à l'alcool iodé. A ce moment, on pourra déjà noter l'étendue de la lésion cutanée, découvrir par la pression le trajet douloureux d'une fissure, constater s'il y a ou non de la bouillie cérébrale dans la plaie.

Dès que l'état général se sera amélioré, des radiographies de profil et de face seront faites pour déceler l'étendue et la direction d'une fissure, l'existence d'une embarrure, la profondeur d'un enfoncement.

S'il s'agit d'une plaie par balle ou par éclat d'obus ou de bombe, la radiographie permettra de connaître son trajet, sa situation, sa forme, la profondeur où elle se trouve. Elle permettra d'établir un plan d'attaque, elle sera utile pour décider à l'avance de la largeur, de l'étendue, et de la situation du volet osseux à pratiquer. En moyenne, il sera de la largeur d'une paume de main au moins.

5° Toutes les fractures ouvertes du crâne doivent être opérées, sauf peut-être celles trop graves qui ont peu de chance de réussir. Ces contre-indications sont **l'augmentation progressive de la température**, à 39°, 40°, 41°, **l'accélération progressive du rythme respiratoire** qui, au delà de 35 par minute, est d'un pronostic très sévère, **le pouls à** 130 ou incomptable, **l'hypertension** à 25 et au-dessus chez un sujet jeune, car on n'est plus maître de l'hémostase cérébrale, **l'apparition de stertor, de mousse** au coin des lèvres, **l'aggravation progressive du coma.**

Et cependant, il est des cas limites où une intervention chirurgicale a pu sauver des blessés qui paraissaient perdus surtout lorsqu'on peut, dans des régions relativement muettes comme les zones frontales et occipitales, enlever largement les tissus contus. C'est dire que dans les traumatismes cérébraux ouverts, après avoir traité le choc, **après avoir laissé le malade quelques heures au repos, il faudra être très largement interventionniste.**

6° Préparation à l'intervention. Il faut à sa disposition un minimum d'instruments spéciaux : un bistouri électrique, un aspirateur électrique avec des suceurs en verre, une ou deux pinces à électro-coagulation, un trépan à main ou mieux une instrumentation de de Martel, des scies de Gigli, de la cire, de fines aiguilles courbes avec porte-aiguilles, des clips avec porte-clips.

L'anesthésie locale se fera à la novocaïne à 1/200 avec adrénaline. Si le malade est très agité, faire avant l'opération une injection de 2 centigrammes de morphine, et une injection de gardénal. Si, malgré cela, l'agitation continue, on pourra être contraint de lui donner un peu de chloroforme à la reine ; quelques gouttes toutes les minutes à travers les champs. Il s'agit là d'une pratique très rarement nécessaire, mais qui peut rendre de grands services.

7° Technique opératoire. On peut surtout, grâce aux sulfamides et à la pénicilline, opérer, sans grand danger d'infection, douze, dix-huit et même vingt-quatre heures après l'accident. **Cependant nous ne sommes pas d'avis d'attendre plus longtemps, car il y a des microbes qui résistent et aux sulfamides et à la pénicilline.** Il est donc non seulement inutile d'attendre trop mais dangereux.

A) **Plan cutané.** — On peut traiter la plaie accidentelle soit au début, se servir alors d'instruments que l'on ne mélangera pas aux autres, et que l'on jettera dans un plateau spécial dès l'épluchage fini ou encore réserver pour la fin le nettoyage de cette plaie. De toute façon, il faut conserver au maximum tous les lambeaux de peau vivants ou viables. Il faut éplucher au ras des lésions, être très économe du cuir chevelu, on n'en a jamais trop, souvent ; très souvent même, on n'en a pas assez.

On dessinera un lambeau, on fera un scalp en prenant autant que possible la plaie accidentelle comme centre, et en gardant une large base d'implantation pour la vascularisation. Cette base sera autant que possible à la partie inférieure de la boîte crânienne pour utiliser au maximum les vaisseaux. Le lambeau ne comprend que la peau et la galéa, **mais respecte l'épicrâne.**

B) **Plan osseux.** — Si l'orifice osseux est petit, son pourtour sera carbonisé à l'électro-coagula-

tion, et un volet sera fait en gardant à sa base, si possible, un fragment musculaire nourricier. Le volet osseux est taillé suivant la technique habituelle. Plusieurs trous de perforation sont réunis soit à la scie de Gigli, soit à la scie circulaire. Il faudra toujours faire au moins un des ponts osseux, le supérieur particulièrement à la scie de Gigli et couper en biseau de dedans en dehors, pour faciliter la remise en place du volet, et éviter qu'il ne vienne plus tard comprimer le cerveau. Quatre petits trous peuvent être perforés, deux sur le crâne même ; deux autres exactement en face sur le volet, pour être utilisés à la fin pour sa suture. Ces trous sont faits après que l'os a été scié avant qu'il ne soit relevé. Il faut les faire très près du trait de scie surtout du côté fixe pour éviter tout décollement de la dure-mère, au moment du passage du fil de bronze ou de la soie montée sur une aiguille courbe. Dans ce dernier cas, pour ne pas piquer la dure-mère, on fait passer l'aiguille non par la pointe, mais par le chas. Si l'orifice osseux est grand, s'il y a beaucoup de fragments, s'ils représentent une surface de la moitié d'une paume de main, il sera encore très utile de faire un volet qui servira de cadre à la reconstitution de l'os.

Si, enfin, le délabrement osseux est vraiment très important, on essaiera de conserver les fragments adhérents à l'épicrâne, ceux qui se seront déjà détachés seront précieusement lavés et conservés dans du sérum chaud et mis de côté pour la fin de l'opération.

C) **Dure-mère.** — La dure-mère sera réséquée très économiquement au niveau des bords contus, déchiquetés, puis ouverte suffisamment pour explorer la zone cérébrale contuse. L'hémostase en sera faite aux clips, car l'électro-coagulation a tendance à rétracter la dure-mère dont on aura très grand besoin à la fin de l'intervention.

D) **Substance cérébrale.** — Il faudra inspecter soigneusement tout le champ traumatisé et sucer à l'aspirateur électrique toute la bouillie cérébrale, tout le " cône d'attrition " sur lequel nous, et d'autres auteurs, avons déjà tellement insisté ; ne pas hésiter à aller nettement en zone saine (sauf si l'on est trop près de zones importantes) **car elle conditionne l'avenir de ces opérés.**

Dans ce cône d'attrition, on aspirera encore les graviers, les fragments osseux, les débris de cheveux et, en cas de blessures par armes à feu, les balles ou débris d'éclats d'obus, de bombe, de grenade, de casque. Un très bon signe, qui indique que le nettoyage a été bien fait et est complet, est **la disparition en quelques instants de l'œdème cérébral qui existait dans toute la limite du champ opératoire.** Nous insistons beaucoup sur ce témoin : **si l'œdème ne disparaît pas, l'opération n'a pas été complète,** ou **alors le pronostic reste très sombre.**

L'hémostase se fera sur les gros vaisseaux au moyen des clips ; sur les vaisseaux moyens, à l'électro-coagulation à courant faible ; sur les capillaires au sérum chaud, à l'eau oxygénée au 1/3. Dans la cavité laissée par l'ablation de toute la zone d'attrition, il sera bon de déposer un gros coton imbibé d'eau oxygénée au 1/3 et de l'y laisser quelques minutes ou mieux encore des éponges perdues de gélatine imbibées de thrombine. Si le malade est conscient, on lui demande de tousser, de pousser, de gonfler le ventre, afin de déceler une hémostase veineuse incomplète.

Des sulfamides en poudre, ou de la pénicilline seront déposés dans la cavité opératoire.

Fermeture. — Il faut à tout prix fermer la dure-mère. Si la résection des bords contus est minime, il suffira soit d'un petit surjet, soit de quelques points séparés à la soie. Si, par contre, il existe une perte de substance, on reconstruira l'enveloppe dure-mérienne en utilisant soit une membrane d'amnios, toute prête dans son tube, et conservée comme du catgut, soit un fragment de fascia lata. Dans ce cas, un aide prendra, sous anesthésie locale, à la face externe de la cuisse, un fragment de fascia lata, suffisamment long et large pour permettre l'obturation complète de la dure-mère. On suturera soit l'amnios, soit le fascia lata à la dure-mère par un surjet à la soie fine, ou par des points séparés à la soie.

Par précaution, il sera bon de faire environ six à huit points de suspension dits d'Olivecrona, pour empêcher le décollement de la dure-mère et la création d'un hématome. Il s'agit pour cela de suturer l'épicrâne à la dure-mère près du rebord osseux. On se sert d'aiguilles courbes très fines enfilées de catgut n° 00 ou 000. La dure-mère ainsi suspendue résiste à une certaine pression d'une hématome secondaire toujours possible et surtout évite un décollement avec risque d'hématome au delà de la zone opératoire.

Le volet osseux sera rabattu simplement, ou fixé par deux points, soit à la soie, soit au fil de bronze fin. Quand il y a plusieurs esquilles assez larges, les suturer les unes aux autres avec des soies fines en perforant de petits orifices dans chacune d'elles et en rattachant le tout au cadre osseux délimité par le volet. Lorsqu'il n'y aura pas eu de volet osseux et que la perte de substance sera importante, on pourra remplacer l'os manquant par une plaque de Tantale découpée à la demande et fixée à l'os par de petites pointes spéciales en tantale également. Si l'on n'a pas de plaque, on pourra plus tard faire une greffe ostéo-périostique. La plaie sera suturée en deux plans : un sur la galéa et un sur la partie superficielle de la peau.

Le lambeau cutané sera refait en deux plans. La plupart des neuro-chirurgiens font la galea à la soie à points très rapprochés. Nous croyons utile de faire les points de suture assez éloignés sur la galéa, ainsi que sur la peau superficielle, de façon à éviter le plus possible un hématome sous le lambeau cutané. Nous préférons voir saigner, les deux premiers jours, dans les compresses que sous le lambeau cutané.

Mais ce qu'il faut à tout prix, c'est obturer complètement la zone traumatisée, peau et dure-mère. Il ne faut pas qu'il y ait à ce niveau la moindre solution de continuité. Si la peau manque, il faut faire des lambeaux, quitte à laisser découvert loin de la plaie accidentelle une surface plus ou moins grande **d'os recouvert de périoste.** C'est la seule

façon d'éviter l'infection, et surtout la hernie cérébrale. J'insiste sur ces deux points : toujours fermer la dure-mère, toujours bien suturer la peau dans la région traumatisée, d'où aussi l'importance du volet qui est cent fois préférable à l'agrandissement à la pince-gouge, tant pour les suites immédiates que tardives.

Cas particuliers.

1° Fractures avec fissure soit du sinus frontal, soit des cellules ethmoïdales, soit du rocher.

a) S'il s'agit d'une fracture avec ouverture du sinus frontal, bien étudier sur la radiographie de face faite occiput sur plaque, la hauteur et la largeur des sinus frontaux ;

b) S'il s'agit d'une fracture au niveau des cellules ethmoïdales, faire un volet frontal, mais en évitant que la branche antérieure du fer à cheval ne descende pas au delà de l'extrémité supérieure du sinus. Il faut éviter l'ouverture de ce dernier.

La dure-mère, prudemment refoulée, est explorée, la décnirure en sera soit suturée si cela est possible, ou bien un fragment de fascia lata remplacera la portion manquante et sera cousue le plus soigneusement possible aux deux bords de la dure-mère déchirée. En plus, lors de la prise à la face externe de la cuisse du malade du fascia lata, on aura prélevé un fragment de muscle. Celui-ci, bien étalé, aminci au moyen d'un marteau par exemple et ne présentant plus qu'un ou deux millimètres d'épaisseur, étalé comme une mince escalope, large de 2 ou 3 millimètres, et de la longueur de la fissure, sera appliqué soit sur la fissure du sinus, soit sur le trait de fissure des cellules ethmoïdales. S'il s'agit d'une fracture du rocher, on recherchera la fissure, vers la pointe de ce dernier ; la suture dure-mérienne sera souvent impossible, la simple application du fragment de muscle bien aplati, bien étalé suffira à obstruer la fissure. Bien entendu, l'intervention sur le rocher sera très exceptionnelle. La dure-mère sera ensuite fixée à l'épicrâne par quelques points séparés.

2° Si le sinus frontal est ouvert par la blessure, on réséquera complètement la muqueuse et on électrocoagulera son pédicule. Cette technique semble être la meilleure pour éviter toute infection secondaire.

3° Fractures ouvertes du cervelet. On peut faire soit un demi-volet, soit surtout agrandir l'orifice à la pince gouge. A ce niveau, il y a beaucoup de muscles, on peut mieux se protéger contre une hernie cérébrale par la suture en plusieurs plans des muscles épais de la nuque.

3° Fractures ouvertes par balle, éclat de bombe ou d'obus, etc.

Le corps étranger, entré au niveau d'un lobe, est allé se loger dans le lobe du côté opposé, ou bien encore entré par le lobe frontal, il est allé se loger dans le lobe occipital du même côté. Il faut traiter aussi loin que possible dans la région de la porte d'entrée le **cône d'attrition** comme nous l'avons dit plus haut, et dans un deuxième temps, qui peut varier de quelques jours à plusieurs semaines, on repérera le projectile et on l'opérera par un volet différent, du premier temps de l'intervention, et par une voie d'abord qui protégera les voies cérébrales principales.

Soins post-opératoires.

Ce sont des malades à surveiller de très près ; il faudra, toutes les deux heures le premier jour, toutes les trois heures dans les jours suivants, prendre : le pouls, la température, la respiration, la pression ; toute modification importante et brusque devra être signalée au chirurgien.

Toute fracture ouverte du crâne est une plaie souillée, infectée. C'est dire que tous les anti-infectieux habituels devront être utilisés en commençant par le sérum anti-tétanique et en continuant par les sulfamides et la pénicilline pendant les quatre ou cinq premiers jours. Sulfamides de 6 à 8 grammes par jour en une ou deux fois ; la pénicilline, toutes les trois heures, à raison de 100.000 à 120.000 U.O. par jour.

En cas d' œdème cérébral.

Sulfate de magnésie, toutes les trois, quatre heures, de 10 à 20 cc. à 15 %, ou mieux encore en perfusion lente jusqu'à 60, 80, 100 cc. passée lentement en plusieurs heures.

Si on ne peut faire d'intra-veineuse, donner le sulfate de magnésie en lavement. En l'absence de ce médicament : injection de sérum glucosé hypertonique, aux mêmes doses.

En cas d'obnubilation.

Sulfate neutre de strychnine, ampoules de 1 mmg. De 8 à 10 mmg., réparties sur les vingt-quatre heures.

Ortédrine. Ampoules de 1 cc. à 5 mmg., une à trois par jour.

Comprimés à 5 mmg. s'il peut avaler, un à trois par jour.

En cas d'agitation, de crises épileptiformes.

Gardénal per os, ou en piqûre. 0 g. 10, ou 0 g. 20 deux fois par jour.

Bromure de sodium intra-veineux. De 1 à 5 g. par vingt-quatre heures.

Chloral. Soit en ampoules pour injection intra-veineuse, soit en lavement.

Morphine. Pantopon.

En cas de collapsus vasculaire.

Syncortyl. Adrénaline. Ephédrine. Injection de novocaïne à 1/100 sans adrénaline au niveau du sinus carotidien.

En cas d'élévation de la température.

Aspirine. Un, 2 et même 3 grammes par vingt-quatre heures, soit en comprimés, soit en suppositoires.

Glacer le malade par deux ou trois vessies de glace sur le ventre, ou sur le haut des cuisses.

En cas d'œdème pulmonaire.

Novocaïne à 1/200 sans adrénaline, 5 ou 10 cc. intra-veineux.

Mettre le malade à plat ventre, tirer le matelas de façon à ne laisser reposer la tête que par le front et placer au niveau de la bouche, par terre,

une grande cuvette pour recevoir le liquide mousseux qui s'écoule par la bouche.

Enfin, ce sont des malades qui devront avoir la tête immobilisée pendant trois à quatre jours. S'ils sont agités, fixer le pansement de tête au lit par une ou deux bandes attachées au matelas. On ne devra pas les faire lever avant le 11e, 12e jour et ne les laisser voyager avant le 15e, 18e jour ou alors tout de suite après l'opération. Pour des raisons militaires ou par destruction d'un de mes hôpitaux pendant la libération, j'ai dû, faute de place, faire transporter directement ces blessés en ambulance, de la salle d'opérations équipée pour la neuro-chirurgie, à 4 kilomètres de là, sans inconvénient.

P. S. — J'ai volontairement laissé de côté les embarrures, les plaies tangentielles sans ouverture de la dure-mère et sans perte osseuse, pour les réunir avec les traumatismes fermés du crâne qui feront l'objet d'un autre article.

PRATIQUE MEDICALE INFANTILE

LE RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU

Dr R. LIEGE

Ex-chef de clinique médicale infantile à la Faculté

Le rhumatisme articulaire est rare chez le nourrisson, toutefois la pratique de la médecine des enfants montre que de temps à autre la maladie de Bouillaud se rencontre chez les tout petits, à trois ans et même au-dessous de cet âge. Quatre observations en ont jadis été rapportées par Mamerto Acuna chez des enfants âgés de six semaines, sept mois, vingt mois, vingt-deux mois. D'autres auteurs étrangers (Deneer, White, Intost et Wood, Rothman et Léonard) ont également publié des observations dont l'âge s'échelonne entre seize mois et demi et trente-quatre mois. Cathala (1) en a rapporté un cas chez un enfant de vingt-deux mois.

L'étude d'un enfant, qui nous fut récemment adressé, un mémoire richement documenté paru sur cette question sous la signature de R. Poinso et J.-M. Laugier (2), nous incitent à rapporter ici notreobservation et à rappeler ici les caractères habituels de la maladie de Bouillaud dans la petite enfance.

Voici tout d'abord cette observation :

S... Jean-François est né à terme le 21 septembre 1943 avec un poids de 3 kg. 850, de parents bien portants. Il contracte une scarlatine légère au début de sa seconde année.

Régulièrement suivi par le Dr Klein, il ne présente aucune complication imputable à cette maladie.

A Pâques 1945, vers **l'âge de 19 mois,** il fait un séjour à la campagne en Loir-et-Cher.

L'apparition d'une stomatite bientôt suivie de douleurs articulaires, siégeant au niveau des genoux gonflés et rouges, avec petites poussées de température fait porter, par le médecin qui le voit à ce moment, le diagnostic de rhumatisme articulaire aigu.

L'enfant reçoit en quelques jours une dose globale de 1 gr. 25 de salicylate de soude. Les douleurs articulaires disparaissent ainsi que les poussées thermiques. Aucune anomalie cardiaque n'est constatée.

Ce n'est que quelques mois plus tard que l'auscultation révèle une atteinte cardiaque. Nous avons l'occasion d'examiner l'enfant le 11 mai 1946 c'est-à-dire plus d'un an après la première atteinte rhumatismale.

L'enfant qui ne présente pas de température se plaint cependant de douleurs dans les jambes, de fatigue à la marche. L'examen ne montre ni modifications ni douleurs des articulations, le pouls est régulier, mais l'auscultation révèle un **énorme souffle en jet de vapeur se propageant dans l'aiselle, et manifestement caractéristique d'une insuffisance mitrale.**

Le foie n'est pas augmenté de volume.

Nous revoyons l'enfant quelques semaines après ce premier examen. Un orthodiagramme du cœur a été fait entre-temps, et permet d'apprécier son volume très sensiblement voisin de la normale.

Cette observation paraît une heureuse exception à la physionomie clinique habituelle, et jusqu'à plus ample informé, à l'évolution courante de la maladie de Bouillaud à cet âge. Elle se rapproche, trait pour trait, du rhumatisme articulaire aigu de la seconde enfance dans son schéma classique, atteinte articulaire suivie d'atteinte cardiaque avec création d'une lésion valvulaire.

Il en est ainsi dans certains cas de rhumatisme articulaire aigu des tout petits, mais, en pratique, et parmi les observations publiées, ce sont les plus rares.

A cette période de l'enfance, à relire les observations et le mémoire de R. Poinso et J.-M. Laugier, la maladie s'écarte par plus d'un point de ce schéma classique.

Elle se caractérise surtout par :

1° La rareté des manifestations articulaires.

Celles-ci peuvent faire totalement défaut.

L'endocardite apparaît au cours d'un syndrome infectieux et c'est l'absence d'une étiologie minutieusement recherchée qui permet, en raison de l'affinité bien connue du virus rhumatismal pour l'endocarde de lui donner sa signature la plus habituelle et la plus logique.

Dans d'autres cas, au bout d'un certain laps de temps, une contre-signature est donnée à l'endocardite par l'apparition d'arthralgies.

Dans le cas où elles existent, et même dès le début, les arthralgies n'ont pas toujours le caractère franchement articulaire que l'on observe chez les enfants plus âgés.

Elles se présentent, suivant l'expression de Poinso et Laugier, sous un " déguisement remarquable " atteignant les membres inférieurs et paraissant se produire dans l'intimité des masses

(1) Cathala. Société de Pédiatrie, 16 mars 1936.

(2) R. Poinso et J.-M. Laugier. La maladie de Bouillaud chez les tout petits. „ Pédiatrie ", n° 1 et 2, janvier-février 1946.

musculaires, type de douleurs dont se plaignait notre jeune malade lors de notre examen.

En pratique, on doit considérer que le début de la maladie de Bouillaud chez les tout petits par arthralgies est exceptionnel.

2° La dominante cardiaque.

C'est fréquemment l'apparition d'une endocardite qui ouvre la scène et dans neuf cas sur dix c'est la valvule mitrale qui est touchée.

Comme dans notre observation, le souffle est violent, en jet de vapeur, couvrant toute l'aire précordiale avec irradiation importante dans l'aiselle. On se gardera de la confondre avec le souffle dû à une communication interventriculaire.

La dilatation cardiaque suit rapidement l'apparition du souffle et se traduit radiologiquement par ce que les uns appellent " cœur monstrueux " et les autres " cœur soufflé ", voulant stigmatiser par ces expressions l'importance de l'augmentation du volume du cœur.

L'asystolie, lorsqu'elle survient, est caractérisée par l'absence de signes périphériques, son type hépatique et la fréquence de l'œdème aigu pulmonaire. Nous-même avons d'ailleurs insisté jadis à la suite de Lutembacher sur l'origine rhumatismale de l'œdème pulmonaire chez l'enfant (1), et la rapidité de sa survenue. La fréquence de l'atteinte cardiaque chez les tout petits atteint 100 pour cent.

3° Gravité du pronostic.

Malgré les heureuses exceptions dont notre observation, jusqu'à plus ample informé, est un témoignage, la maladie de Bouillaud des tout petits est une forme maligne de la maladie et se termine le plus souvent par asystolie aiguë ou subaiguë.

(1) R. Liége. „ Vingt études pratiques de Médecine infantile ", chapitre XVIII. L'œdème aigu du poumon chez les enfants. Doin et Cie, Edit. Paris.

Traitement. — Que faire en présence de ces maladies de Bouillaud des tout petits ?

Le repos au lit, la vessie de glace sur le cœur s'imposent ici comme chez l'enfant plus âgé.

On prescrira également du **salicylate de soude**, mais il semble que cette prescription doive être faite avec prudence, qu'il faille, dans le jeune âge, s'abstenir d'injections intraveineuses, souvent difficiles à faire, et redouter du fait de doses trop élevées l'**acidose**. On agira prudemment en ne dépassant pas la **dose classique de 0 gr. 25 par six mois d'âge.**

L'**antipyrine** est le médicament à essayer lorsque le salicylate paraît sans action sur la courbe thermique. Il est habituellement bien toléré par les jeunes enfants ; on l'associe également au bicarbonate de soude qui en favorise la tolérance.

On le donnera à la dose de 0,05 à 0,10 par six mois d'âge, en lavement ou en potion :

Antipyrine	0 gr. 40
Bicarbonate de soude.	1 gr.
Sirop de fleurs d'orangers	10 gr.
Eau distillée	30 cc.

Pour un enfant de 2 ans, on donnera deux à trois cuillères à entremets par vingt-quatre heures.

Le régime n'est pas à négliger ; il doit être riche en glucides, lait et fruits en étant la base, répartis en petits repas, et en réduisant la quantité habituelle de liquides donnés à l'enfant.

Le **calcium** est utile au muscle cardiaque qui, bien souvent, nécessite l'emploi de toniques. On utilise le camphre soluble, ou l'ouabaïne. Celle-ci est alors injectée par voie intraveineuse, si la chose est possible, à la dose de 1/8 de mmgr. répétée pendant plusieurs jours, ou à dose plus élevée par voie intramusculaire.

Enfin, dans les cas heureux où les enfants auront échappé à l'insuffisance cardiaque, l'alternance des cures salicylées et iodées, dans les périodes qui suivent les crises, s'associeront à une surveillance attentive des jeunes malades.

A PROPOS DE L'ERYTHÈME NOUEUX

Partout. dans les revues, on lit que l'érythème noueux est, pour ainsi dire, toujours une manifestation de l'allergie tuberculeuse (« La Presse-Concours Médical » numéros 9 et 10 du 10 mars 1946).

On affirme même que de nombreux cas de rhumatisme articulaire aigu seraient une même manifestation, au détriment de l'ancienne pathogénie de la maladie rhumatismale de Bouillaud (« La Presse-Concours Médical », numéro 25 du 22-6-16).

Or, il existe encore des E. N. et des R. A. A. chez des sujets à réaction tuberculinique négative antérieurement et postérieurement à leur affection, et chez lesquels le salicylate de soude fait merveille.

Une de mes clientes a présenté quatre poussées successives d'E. N. fébrile typique des jambes et des avant-bras avec réactions articulaires, depuis 3 ans, dont trois poussées en 18 mois.

Chaque fois, une association d'iode, de formol, et de salicylate de soude en injection I-V journalière a jugulé les crises en un temps record.

Récemment encore, une jeune fille a été rapidement guérie par la même méthode.

Chez toutes deux, les cutis étaient négatives avant et après la maladie, et chez toutes deux l'E. N. avait été précédé et accompagné de réactions articulaires.

Dr WATERLO.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX DE PARIS

Streptococcémie traitée par sulfa-méthyldiazine. Agranulocytose. Traitement par la pénicilline. Guérison.

(MM. Duvoir, Pollet, M. Gaultier et Woimant ; 7-6-1946)

Les auteurs rapportent un cas de streptococcémie traitée sans résultat par la sulfaméthyldiazine (104 g. en B jeun), puis par la pénicilline, qui se complique 5 jours après l'arrêt de la sulfamidothérapie d'une agranulocytose brutale et rapidement absolue. Elle guérit cependant en quelques jours, avant même la streptococcémie, par les transfusions, les nucléotides de pentose et la pénicilline. Les A. insistent sur les caractères de cette agranulocytose qu'ils attribuent aux sulfamides. Elle fut retardée, brutale, imprévisible, transitoire. Ils insistent sur les effets favorables de la pénicillinothérapie, qui ne leur paraît cependant avoir qu'une action indirecte sur l'agranulocytose en améliorant les troubles infectieux, fréquents, même dans les agranulocytoses exclusivement toxiques comme les réalise le benzol.

— M. Lemierre. — Les sulfamides n'agissent pas sur les septicémies à strepto, alors que la pénicilline agit.

— M. Tzanck. — Le fait que la pénicilline guérisse l'agranulocytose serait en faveur de son origine infectieuse, mais non obligatoirement.

— M. Flandin. — Il ne semble pas que la pénicilline agisse sur la formule sanguine de l'agranulocytose. Les sulfamides ont, en plus, une action telle sur les phénomènes d'immunité que, après sulfamidothérapie, la vaccinothérapie reste sans effet.

— M. Decourt. — Il semble que ce soit surtout les traitements réitérés qui soient les plus toxiques.

— M. Lereboullet. — N'y a-t-il pas dans la genèse de l'agranulocytose un élément toxique et infectieux ?

— M. Lambling n'a jamais vu de troubles sanguins dans le traitement de la maladie de Nicola-Favre, où les sulfamides sont données de façon prolongée. N'y a-t-il pas plutôt une intolérance individuelle qu'une intoxication ?

Néphrite mercurielle aiguë a forme polyurique.

(MM. L. Pollet, P. Cheramy, M. Gaultier et R. Rouy ; 7-6-1946)

Les auteurs rapportent un cas d'intoxication mercurielle aiguë volontaire avec polyurie d'emblée et durable de 2 à 3 litres par jour. Malgré l'existence d'une diarrhée initiale profuse et de signes de néphrite. La préparation extemporanée de méthylènesulfoxylate de soude exposant à la perte d'un temps précieux, ils estiment désirable l'étude de la conservation de cet antidote en ampoules préparées à l'avance. L'injection I. V. de ce produit leur a paru utile, mais pour éviter l'irritation veineuse, ils préconisent l'emploi de solution glucosée dont le titre ne dépasse pas 5 % et dont l'injection I. V. ne soit pas poussée trop lentement.

Intolérance à l'aminothiazol.

(M. Layani ; 7-6-1946)

M. Layani rapporte le cas d'une malade atteinte de Basedow et qui 9 jours après le début du traitement par l'aminothiazol (1,20 gr. au total) présenta de la fièvre. Arrêt du traitement. Reprise de la fièvre à chaque tentative de traitement par l'aminothiazol. A la troisième poussée fébrile, l'examen du sang a montré 1.500 leucocytes avec 37 % polynucléaires. Moelle osseuse normale. Guérison.

— M. Tzanck montre le rôle fondamental de la sensibilisation.

J. CHEVROLLE.

SOCIETE DE MEDECINE, CHIRURGIE ET PHARMACIE DE TOULOUSE

Septico-pyohémie à staphylocoques avec granulopénie. Rôle des sulfamides dans la genèse de l'agranulocytose.

MM. Tapie, Laporte, Pinel et Mlle Gontier

Les auteurs rapportent l'observation d'une malade atteinte de staphylococcémie, chez laquelle à la suite d'un traitement sulfamidé s'est développée une agranulocytose mortelle, alors que les phénomènes infectieux avaient cédé à un traitement ultérieur par la pénicilline.

Ils communiquent une série de cas analogues dans lesquels le rôle agressif des sulfamides vis-à-vis du système hématopoiétique est mis en évidence d'une façon saisissante, tel par exemple ceux de deux jeunes gens atteints de blennorragie. L'un mourut de cryptoleucémie, et l'autre fit une anémie aplastique qu'aucune thérapeutique ne put enrayer.

Les auteurs insistent sur ce grave danger de la sulfamidothérapie, et s'élèvent contre l'emploi abusif de ce médicament. Ils montrent l'intérêt d'une surveillance régulière de la formule sanguine au cours de la sulfamidothérapie.

Les perforations pulmonaires à symptomatologie abdominale.

MM. Gadrat et Bezoles

Un malade de 20 ans, tuberculeux pulmonaire bilatéral, porteur d'un pneumo-thorax thérapeutique gauche, est pris brusquement, à l'occasion d'une selle, d'un très violent point de côté abdominal gauche avec lipothymies, contracture précoce de l'hypochondre correspondant, hyperesthémie cutanée et arrêt des matières et des gaz, sans modification des signes cliniques pulmonaires antérieurs. La radio, montrant un affaissement total du poumon gauche avec refoulement du médiastin permet de corriger le diagnostic. Les signes thoraciques cliniques n'apparaissent que 24 heures plus tard. Les auteurs pensent que l'explication de cette symptomatologie peut être cher-


ovules secs
STÉRIGYNE
Désodorisent.
Calment
le
prurit.
Ne coulent
pas.
Ne tachent
pas.
Leucorrhée, hygiène intime
LABORATOIRES SERVIER - ORLÉANS

ISOGEV

GARGARISME ou BAIN DE BOUCHE ISOTONIQUE

ANTISEPTIQUE PUISSANT — NON IRRITANT

à base de Phenylarsinate de sodium - Cuivre colloïdal - Borate de soude - Bleu de methylène

1 sachet dans un verre d'eau chaude pour un gargarisme ou un bain de bouche

ANGINES - GINGIVITES - STOMATITES

ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE

LABORATOIRES GEV, 5, rue Brézin, PARIS (14e) - Téléphone : SÉGUR 84-49

RECTOCALCIUM

CALCITHÉRAPIE INTENSIVE PAR VOIE RECTALE

SUPPOSITOIRES ADULTES
1 gr. de gluconate de chaux

SUPPOSITOIRES ENFANTS
0gr.50 de gluconate de chaux

Toutes les indications du Calcium
Tolérance et assimilation parfaites
Aucun des inconvénients
de la Voie parentérale

LABORATOIRE ROGER BELLON
LOUIS FERRAND
Ex-interne, Lauréat des Hôpitaux de Paris
PHARMACIEN-GÉRANT
(GAMBÉOL, ACTIPHOS, HÉMOPTYLORE "3", GLOBIRON)
78bis, Avenue Marceau - PARIS (8e)



CRINEX
EXTRAIT OVARIEN TOTAL STANDARDISÉ — *stimule*

OREX
EXTRAIT ORCHITIQUE TOTAL STANDARDISÉ — *équilibre*

FRÉNOVEX
EXTRAITS MAMMAIRE ET LUTÉINIQUE — *freine*

la fonction ovarienne

LABORATOIRES 25 «CRINEX-UVÉ

1, AVENUE DU DOCTEUR LANNELONGUE, PARIS (XIVe)

SARCOPTOL

LABORATOIRES DE SPÉCIALITÉS S.A. LASSA

LOTION (Formule d'avant-guerre) — GALE - PARASITOSES DIVERSES - PITYRIASIS - SÉBORRHÉES, etc.

POMMADE — ECZÉMAS - PRURITS - ACNÉS - FURONCULOSES - DÉMANGEAISONS - TOUTES DERMATOSES

LASSA - 31, RUE CHARDON-LAGACHE - PARIS 16e

chée dans les connexions existant entre le sympathique pulmonaire et l'innervation cérébro-spinale de la paroi abdominale.

Un cas de fièvre boutonneuse dans le Tarn.

M. L. Campan (de Réalmont)

Malade ayant présenté une fièvre boutonneuse avec chancre d'inoculation du cuir chevelu dominant le tableau clinique, grosse réaction ganglionnaire cervicale mastoïdienne et œdème de la joue, mais éruption minime apyrétique. Séro-agglutination typique à la convalescence. Premier cas signalé dans le Tarn. Cas autochtone, malade habitant une ferme assez reculée où aucun chien nouveau n'a été introduit depuis longtemps.

Le traitement des bronchopneumonies chez les enfants par la pénicilline.

MM. R. Sorel et A. Bardier

A propos de 25 bronchopneumonies traitées par la pénicilline, chez des enfants, après échec des sulfamides et autres traitements classiques, constatent un nombre important de guérisons : 19 guérisons, 6 échecs. Les résultats ont été surtout brillants dans les bronchites capillaires et les bronchopneumonies pseudolobaires. La forme lobulaire à foyers disséminés paraît moins sensible que les deux autres. Les auteurs insistent sur l'intérêt de grosses doses pour le traitement d'attaque : 20.000 unités toutes les 3 heures pendant la première année, 30.000 unités au-dessus de un an. En aucun cas, la dose totale ne fut supérieure à 400.000 unités, pourvu que l'on associe les sulfamides au moment où l'on diminue la pénicilline.

Le traitement de la céphalée occipitale des hypertendus par les injections de gaz thermaux de Royat.

M. P. Mériel

L'auteur rapporte des cas de céphalées occipitales chez des hypertendus qui ont été définitivement supprimés et cela d'une manière durable par des injections sous-cutanées de gaz thermaux au niveau de la région deltoïdienne (méthode de Romeuf). Cette sédation s'accompagne d'une dilatation des vaisseaux du fond d'œil du côté correspondant au côté injecté.

Encéphalite morbilleuse.

MM. Andrieu, Douste et Mme Enjalbert

Les auteurs relatent un cas d'encéphalite survenant au décours d'une rougeole simple. Très brutalement, la complication prend le type foudroyant de coma apolectiforme et emporte la jeune malade en 3 jours sans qu'aucune amélioration n'ait suivi le début de traitement pénicillinique.

J. P. Tourneux.

LA PRESSE

Perfusion de pénicilline par voie sternale. — La perfusion de ce produit par voie générale est fréquemment d'une pratique difficile, au moins chez l'adulte, en raison de la difficulté où l'on se trouve de maintenir pendant le temps nécessaire en état d'immobilité le bras d'un sujet. D'autre part, elle demande souvent la dénudation de la veine et des ligatures de fixation. Aussi **G. Giraud et T. Desmonts** se sont-ils demandés si la voie sternale ne pourrait pas être avantageusement utilisée ; au cours de leurs essais, et grâce à une asepsie rigoureuse ils n'ont jusqu'à présent constaté aucun phénomène inflammatoire du côté du sternum, et la perfusion sternale a paru très aisément supportée par le malade. (« Montpellier-Médical », avril 1946.)

Sur les fractures du maxillaire inférieur et les indications d'un nouveau moyen chirurgical de contention : le brochage. — **M. Maronneaud** démontre que cette méthode, utilisée selon le mode transversal (Delay), ou le mode longitudinal, qu'il préconise personnellement, permet de réaliser des traitements, dans lesquels la réduction est plus parfaite, les temps d'immobilisation fonctionnelle notablement réduits, ou, mieux, supprimés (brochage transversal des fractures antérieures) ; il évite donc au malade le pénible blocage intermaxillaire et hâte, grâce à la mobilisation précoce et active de la mandibule, la soudure de l'os. Ces avantages résument ceux qu'assure l'ostéosynthèse en général, sans en avoir les inconvénients. Seul, le fixateur externe de Ginestet, plus compliqué et plus encombrant pour le malade, garde son indication dans les fractures pluri-fragmentaires ou à perte de substance du maxillaire inférieur. (« Journ. de Médecine de Bordeaux », juin 1946.)

A propos de l'accouchement dirigé. — Les différentes méthodes d'accouchement dirigé tendent d'une façon générale à accélérer le travail, tout en le rendant moins pénible pour la femme ; certaines visent même à supprimer complètement les sensations douloureuses. Cependant **P. Morin** met en garde les praticiens contre certains dangers, que ce procédé peut faire courir à la mère comme à l'enfant ; il ne doit pas devenir une attitude systématique, et cet auteur insiste sur ses indications comme sur ses contre-indications (dystocie mécanique notamment). Les dystocies fonctionnelles (en particulier, les anomalies de dilatation du col par troubles de la dynamique utérine) sont souvent parmi les plus difficiles en pratique obstétricale, pour aboutir à des solutions, qui sont loin d'être toujours satisfaisantes. Il est impossible de codifier cette méthode en des principes précis. Une seule règle générale s'impose : ne jamais recourir d'emblée à de fortes doses d'ocytociques ; de petites doses répétées sont préférables ; d'autre part, ne jamais employer les ocytociques sans antispasmodiques associés ou sans anesthésie. (« Journ. des Praticiens », 20 juin 1946.) G. F.

PARTIE PROFESSIONNELLE

PROPOS DU JOUR

CONFERENCE DE PRESSE DU MINISTRE DE LA SANTE

Au cours d'une conférence de presse tenue le 16 octobre dernier, le Ministre de la Santé a développé le bilan de son activité ministérielle.

Il a souligné que, dès son arrivée à la rue de Tilsitt, la nécessité de tenir compte des possibilités monétaires du pays lui était apparue dans toute sa rigueur, et qu'il avait délibérément rejeté les plans trop grandioses pour s'en tenir aux actions urgentes et immédiatement réalisables.

Le programme que, dans cet esprit, il s'était tracé, a été réalisé ou est en bonne voie de réalisation.

La réorganisation des services du Ministère a comporté la création d'une direction de l'enfance, ayant dans ses attributions les questions d'assistance, les organismes s'occupant des enfants déficients, le contrôle du lait, des crèches et des pouponnières. A cet égard le Ministre rappelle que ses services n'ont pas à assurer le ravitaillement en lait, mais seulement le contrôle de cette denrée au point de vue sanitaire.

Les bureaux municipaux d'hygiène ont été réorganisés sur de nouvelles bases. Ils sont obligatoires dans les villes comptant plus de 20.000 habitants et dans celles où se produit périodiquement un afflux de population, comme les stations thermales.

La surveillance sanitaire aux frontières a été renforcée ; des postes de surveillance ont été créés sur les principaux aérodromes : Marseille-Marignane, Orly, Le Bourget.

Une première dotation de 600.000 carnets de santé a permis d'en munir les jeunes enfants qui suivent les consultations de nourrissons. Ce chiffre de départ, assurément insuffisant, a été imposé par la disette actuelle du papier. Dès que l'approvisionnement en papier s'améliorera, la distribution des carnets sera reprise sur une plus grande échelle.

La lutte antituberculeuse a été vivement menée. Un décret a fixé les conditions de recrutement des médecins phtisiologues départementaux. L'achat de camions radiologiques a été réalisé afin de donner au dépistage systématique toute l'ampleur nécessaire : le deuxième examen, prévu par la loi, des rapatriés d'Allemagne, a montré, en effet, que de nouveaux cas s'étaient déclarés depuis le premier examen au moment de la rentrée en France de ces rapatriés. Il y a donc lieu de poursuivre la mise en observation de ceux-ci et de déceler dans le plus court délai possible les premières manifestations de la maladie.

Des établissements nouveaux de cure ont été créés en Saône-et-Loire, en Dordogne et à Coubert, en Seine-et-Marne, où un centre vient de s'ouvrir pour accueillir les rapatriés du Nord.

Un sanatorium d'altitude a été ouvert en Forêt-Noire, et plusieurs remis en état parmi lesquels l'hôpital maritime de Berck.

En ce qui concerne la lutte contre le cancer, il y a lieu de noter l'aide apportée à la Fondation Curie. Les difficultés financières que le Ministre avait rappelées au cours d'une précédente conférence de presse ont été conjurées temporairement. Le public est en droit d'espérer qu'une institution où se conjuguent, comme dans celle-ci, les intérêts de la santé publique et de la recherche scientifique sera mise de façon décisive en état de travailler avec quiétude. C'est un devoir urgent qui incombe au Ministère de la Santé.

La lutte contre les maladies mentales a été marquée par l'ouverture de services libres où sont admis les malades mentaux non arriérés et par la création de services de réadaptation sociale où les mentaux récupérables sont mis en état de reprendre leur place dans la collectivité et de lui apporter leur contribution. Enfin un projet actuellement en cours d'étude se préoccupe de réorganiser l'ensemble de l'armement psychiâtrique du pays pour le mettre en harmonie avec l'état d'avancement actuel de la science, et les exigences de l'état social.

Assurer aux enfants un lait propre et sain a été une des préoccupations constantes du Ministère de la Santé ; c'est dans cet esprit qu'à plusieurs reprises il est intervenu auprès de l'administration du ravitaillement. Afin d'obtenir des fermiers des livraisons substantielles et régulières, il a prôné une revalorisation du lait. Enfin il a apporté son aide aux « Gouttes de lait » ; un projet prescrit la création d'une « Goutte de lait » dans tous les centres comprenant au moins 10.000 habitants.

La question de l'équipement hospitalier du pays est actuellement posée : elle est vaste et difficile à résoudre du fait des destructions de la guerre.

Dans la mise sur pied du plan de rééquipement hospitalier il fallait tenir compte des besoins et des suggestions des Caisses d'assurances sociales. Celles-ci, en effet, du fait du prix élevé de journée actuel, pouvaient être tentées d'édifier pour leurs ressortissants des hôpitaux qu'elles géreraient elles-mêmes. Laisser

se poursuivre parallèlement un plan étudié par le Ministère de la Santé et un plan dû aux Caisses d'assurances sociales c'était compliquer encore la carte hospitalière du pays déjà très embrouillée. Les initiatives privées, s'exerçant en particulier par donations ou legs, ont provoqué, en effet, en maints endroits la construction de petits hôpitaux, comptant parfois à peine une dizaine de lits, dépourvus de tout agencement moderne, et presque inutilisables pour assurer à la population des soins efficients. Du reste, dans cette lutte, c'était le Ministère de la Santé qui était voué à la défaite car il dispose de beaucoup moins de ressources que les A.S. C'est donc un plan établi en commun qui a prévalu, avec centres locaux, départementaux et régionaux.

La réparation des ravages causés par la guerre est en cours : les hôpitaux viendront en priorité dans l'œuvre de reconstruction. Ceux de Nantes, de Toulon, de Saint-Dié ont déjà leurs emplacements fixés et la mise en train des travaux est proche. En d'autres points le réaménagement se poursuit : Lorient (100 lits), Brest, Rouen, Rennes, Nancy, Vallauris, Paris et Lyon.

La distribution du matériel acquis à l'Amérique est en voie d'achèvement : il permettra d'équiper 50.000 lits, 3 hôpitaux américains seront réimplantés.

Enfin la création est projetée d'écoles d'infirmiers, d'infirmières et de personnel des services sociaux.

En ce qui concerne la pharmacie toute diligence a été apportée pour un approvisionnement facile et abondant du pays en pénicilline. Dès maintenant, elle est délivrée contre ordonnance dans toutes les pharmacies qui, possédant une glacière, peuvent assurer la conservation du produit.

Les officines ont été recensées et un plan de répartition selon les besoins de la population est en cours d'étude.

La publicité sera réglementée et la lutte contre la publicité charlatanesque sera intensifiée.

La question des propharmaciens sera appelée à recevoir une solution.

Le Ministère de la Santé s'est aussi soucié d'élargir l'éducation sanitaire et d'en porter l'enseignement dans tout le pays.

L'aviation sanitaire est un puissant moyen de diffusion des secours dans certaines régions particulièrement déshéritées ou dans le cas d'urgence survenant brusquement sur certains points du territoire. Un avion sanitaire est en voie d'équipement à Toussus-le-Noble.

Tel est le schéma du travail accompli depuis quelques mois par le Ministère de la Santé. Le ministre exprime le vœu que ce travail soit poursuivi lorsque sera constitué le prochain gouvernement. Sans doute le public exprimera-t-il à son tour le vœu que la réalité corresponde aux perspectives qui lui sont ainsi dépeintes. Car il sait d'expérience que l'approche des élections incite les Pouvoirs Publics à des promesses qui ne sont pas toujours tenues et à des révisions dont l'euphorie est parfois outrée pour des besoins tactiques.

Chemin faisant le ministre a affirmé sa tendresse pour la profession médicale et fait allusion aux interventions qu'il a faites en faveur de celle-ci, en particulier en matière de transports automobiles.

Il est d'usage qu'après l'exposé ministériel les assistants soient invités à poser des questions et demander des éclaircissements sur tel ou tel point.

Profitant de cette licence, il m'a paru intéressant de demander au ministre de préciser quels peuvent être les espoirs des médecins en ce qui concerne leur ravitaillement en voitures neuves et en pneus.

On sait que le chiffre de 240 voitures promis originellement pour le 3e trimestre de cette année par l'Economie nationale fut ramené à 160. Sur ces 160 un contingent de 11 % exactement fut prélevé par le Ministère de la Santé pour les besoins de son administration. Et comme le reste devait satisfaire aussi aux besoins des pharmaciens, des sages-femmes et des médecins du travail, on se rend compte que les syndicats médicaux ne purent satisfaire qu'un fort petit nombre de prétendants. Une amélioration peut, paraît-il, être espérée pour le 4e trimestre. Acceptons-en l'augure !

Mis en face de la misère des automobiles médicales, M. Michelet, Ministre des Armées, aurait eu un bon mouvement : il aurait consenti à se dessaisir d'un certain nombre de voitures militaires désaffectées. Celles-ci sont en nombre respectable puisque le chiffre de 20.000 a été prononcé. Sur ce nombre 1.500 à 2.000 auraient pu être mises à la disposition des médecins. Mais M. Michelet, Ministre des Armées, n'a malheureusement pas persévéré dans ses bonnes intentions. Une commission devait rituellement être constituée pour aboucher ses représentants et les représentants des syndicats médicaux. « Malgré mon insistance, dit le Ministre de la Santé, cette commission n'a pu voir le jour. » Le Ministère des Armées a dû se souvenir qu'il n'était pas dans ses glorieuses traditions de lâcher prise, et que les 20.000 voitures désaffectées font encore un très imposant spectacle dans les parcs militaires.

Enfin une dotation de 5.000 pneumatiques nous est promise pour le 4e trimestre 1946.

Nous en reparlerons en janvier prochain.

G. Lavalée.

ORGANISATION PROFESSIONNELLE

LA SÉCURITE DU MEDECIN DOIT ÊTRE A LA FOIS SOCIALE ET PROFESSIONNELLE

I. — LA SÉCURITÉ SOCIALE DU MÉDECIN

La récente loi du 13 septembre 1946 fixant au 1er janvier prochain l'entrée en vigueur de la Sécurité sociale pour tous les Français, n'a pas été accueillie par nos lecteurs avec une particulière faveur. Il apparait immédiatement que les vieux médecins, peu soucieux de se satisfaire des allocations promises, continueront à exercer, et par suite à verser pour eux et leur femme des cotisations annuelles très lourdes et dont on cherche vainement la contre-partie. La question est donc grave et mérite d'être étudiée de près.

Mais pour comprendre le jeu des mécanismes prévus, il est bon, une fois encore, de revenir aux sources et d'indiquer à nouveau l'esprit qui anime les textes actuels. L'exposé (non publié officiellement) des motifs de l'ordonnance du 4 octobre 1945 organisant le plan de Sécurité Sociale en France, précise qu'il s'agit de « redistribuer le revenu national en prélevant sur le revenu des individus favorisés, les sommes nécessaires pour compléter les ressources des travailleurs ou familles défavorisés... La Sécurité sociale appelle l'aménagement d'une vaste organisation d'entraide obligatoire, qui ne peut atteindre sa pleine efficacité que si elle présente un caractère de très grande généralité quant aux personnes qu'elle englobe... »

Ce même esprit de solidarité (non d'assurance) nationale obligatoire est apparu fort nettement lors de l'interpellation du Ministre du Travail devant la Constituante, le 8 août dernier, à propos de l'intégration des cadres dans la Sécurité sociale. Un orateur socialiste, rappelant aux représentants des cadres « ce devoir de solidarité nationale auquel ils ne pourraient se soustraire, *pas plus d'ailleurs qu'aucune partie de la nation*, » déclara « si l'on veut assurer la retraite des vieux, il faut absolument que chacun y participe, non seulement les petits, mais *aussi les gros* ».

Que le médecin soit un « gros » aux yeux de l'orateur, un « individu favorisé » aux yeux du rapporteur, il n'en faut point douter. Dans ces conditions, il apparaît dès maintenant pratiquement improbable que le législateur laisse le Corps médical organiser dans le seul cadre de sa profession l'entr'aide aux vieux médecins. L'effort d'entr'aide du médecin doit d'abord, *en premier lieu, bénéficier à la masse des Français*. Ce dogme est fondamental.

Mais objecte-t-on, il existe des *régimes spéciaux* pour certaines professions. Pourquoi pas pour les médecins ? Nous avions nous-mêmes déjà noté que la « Recommandation » adoptée à Philadelphie par la Conférence générale du B.I.T. le 20 août 1944, et concernant l'organisation dans tous les pays d'un service national de soins médicaux, se préoccupait elle-aussi des « conditions de travail » et du statut particulier des médecins. Il y était notamment déclaré que ces « conditions de travail » devaient leur assurer « un revenu suffisant pendant les périodes de maladie, ainsi que dans la retraite, et garantir des pensions à ses survivants ». Elles « ne devaient pas être telles que l'attention du médecin soit détournée de sa tâche, consistant à maintenir et à améliorer la santé des bénéficiaires. »

Or, actuellement, le médecin est vivement sollicité de contribuer à garantir à ses concitoyens la sécurité de leur vieux jours, mais le problème de sa propre sécurité reste encore à résoudre. Ne serait-il point juste au moment de l'institution d'un plan de sécurité-maladie, de lui réserver en matière d'assurance vieillesse un sort favorable, donc un régime particulier ?

Cette thèse est équitable. Elle n'est point juridique. En effet, l'article 17 de l'ordonnance du 4 octobre, relatif aux « régimes spéciaux » contient deux stipulations distinctes : la première assure aux professions agricoles le maintien de leur *régime particulier*. La deuxième déclare « sont *provisoirement* soumises à une organisation spéciale les branches d'activité... énumérées par le règlement d'administration publique *parmi celles jouissant déjà d'un régime spécial* ». L'article 61 du R.A.P. du 8 juin 1946 accorde effectivement le bénéfice du régime spécial à un certain nombre de professions limitativement énumérées (fonctionnaires, marins, mines, chemins de fer, etc) qui échappaient déjà antérieurement au droit commun des assurances sociales.

Les médecins, eux, n'ayant point encore mis sur pied une organisation propre de prévoyance et de retraite au 4 octobre 1945, ne peuvent donc invoquer une règle qui vise seulement à maintenir *provisoirement* des droits antérieurement acquis. Au reste le régime spécial n'est point un régime d'avenir, le retour au droit commun étant inscrit dans les textes.

Certains invoquent qu'une loi n'a plus aujourd'hui le caractère immuable et sacré de jadis, et que ce qu'un texte a fait, un autre peut le défaire. Cela est vrai des dispositions accessoires ou secondaires du régime, non des principes de base. Nous avons vu que, politiquement et financièrement, le régime unique est justement de ceux-là.

Il faut donc aujourd'hui se rendre à l'évidence, et, tout en conservant l'espoir d'échapper au régime général, songer à s'y installer au mieux, en le dotant s'il y a lieu (et il y a lieu) d'un *régime complémentaire*.

L'extension du régime commun de la Sécurité sociale à des « travailleurs indépendants » (c'est le terme juridiquement admis) comme le médecin appelle des modalités particulières. Elles sont déterminées par les deux lois de base du 22 mai et du 13 septembre 1946. Nous allons rechercher quelles charges et quels « avantages » elles apportent aux médecins.

Les charges tout d'abord, puisque c'est sous cet angle surtout, en raison du caractère solidarité de la loi, que la question se présente : le taux de la cotisation est *en principe* égal à la double cotisation patronale et ouvrière des Assurances sociales, majorée de la contribution prévue par l'ordonnance du 30 décembre 1944 sur le financement de l'allocation aux vieux travailleurs, soit en chiffre : 6+6+4=16 %. Et cette cotisation est due non pas seulement par le professionnel, mais également par son conjoint, même si ce dernier n'exerce aucune activité.

La base de calcul de la cotisation diffère cependant dans l'un ou l'autre cas. En ce qui concerne le médecin, les 16 % sont appliqués au *revenu professionnel fiscal*, c'est-à-dire en pratique au forfait, dans la limite d'un maximum déterminé par décret. Il y a quelques chances de supposer que ce maximum sera voisin sinon égal au salaire-plafond fixé pour l'asujetissement des travailleurs salariés. Ce plafond est actuellement fixé à 150.000 fr. et suit naturellement la hausse légale des salaires ; il est donc assez mobile.

En ce qui concerne au contraire le conjoint n'exerçant aucune activité professionnelle, le taux de la cotisation n'est appliqué qu'au *maximum* de la pension vieillesse accordée aux assurés sociaux de plus de 65 ans, soit, si nous comprenons bien, actuellement 40 % de 150.000 fr. = 60.000 fr.

D'autre part, le taux de 16 % ne constitue encore, qu'un *maximum*. Il correspond en effet au régime parfait, c'est-à-dire à l'extension totale. Or, l'extension ne doit être que progressive. Pour l'heure, seule une date est certaine, c'est celle du 1er janvier 1947, fixée par l'article premier de la loi du 13 septembre 1946 pour l'extension générale de l'assurance-vieillesse. Ne nous dissimulons pas cependant que c'est là l'objet primordial de la loi et le « gros morceau » au point de vue financier. La ventilation de la cotisation totale, en ce qui concerne la part revenant au risque vieillesse, a été faite par la loi elle-même : 9 % du revenu de base, est consacré à ce risque (soit plus de 56 % de la cotisation totale (1). En sorte qu'au 1er janvier prochain, un médecin marié, aura à faire face à une charge nouvelle de 9 % de 150.000 fr. = 13.500 fr. plus 9 % de 60.000 fr. = 5.400 fr., soit au total 18.900 fr.

La cotisation croîtra au fur et à mesure des extensions ultérieures, qui seront décidées selon la loi du 22 mai, par des décrets interministériels, pris après consultation des organisations représentatives des catégories intéressées. Il faut noter toutefois que le législateur du 13 septembre a purement et simplement ignoré les prescriptions du législateur du 22 mai, et que des extensions brusquées par voie législative pourront intervenir également dans l'avenir, dès lors que cette extension sera utile à l'équilibre financier de la Sécurité sociale.

Mais d'un autre côté, la loi du 22 mai exclut formellement du bénéfice des indemnités journalières maladie et maternité les travailleurs non salariés, et limite le droit des conjoints aux prestations-vieillesse. Dans ces conditions, la cotisation prévue ci-dessus pour le conjoint est à la fois un minimum et un maximum. Quant à la cotisation maximum du médecin, après extension, de l'assurance maladie-maternité (prestations en nature seulement) de l'assurance invalidité-décès peut être évaluée (d'après les coefficients de ventilation, en usage actuellement) à environ 13,6 % du revenu de base, soit sur la base de 150.000 fr., 20.400 fr. Au total la cotisation du ménage ressortirait à 25.800 fr.

Des *exonérations de cotisations* sont prévues par l'article 6 de la loi du 22 mai. Mais elles sont limitées principalement aux personnes âgées de plus de 65 ans *n'exerçant aucune activité professionnelle*, ou aux travailleurs indépendants de plus de 65 ans, *dès lors qu'ils bénéficient*, soit d'une *pension* vieillesse, soit de l'*allocation* aux vieux, instituées par la loi du 22 mai et du 13 septembre (et dans ce cas l'exonération ne s'étend qu'à la cotisation vieillesse). En sorte que pratiquement, n'échapperont à la nouvelle charge, que les vieux médecins jouissant de revenus suffisants pour cesser tout exercice, ou au contraire ayant des revenus n'excédant pas le maximum (45.000 fr. pour un célibataire, 60.000 fr. par ménage et par an) prévu pour avoir droit à l'allocation vieillesse. Dans tous les autres cas, qui constituent la très grosse généralité des vieux médecins, *la loi nouvelle apportera une charge nouvelle sans aucune contre-partie.*

Examinons de plus près cependant cette question des contre-parties, c'est-à-dire des prestations.

Elles ne peuvent exister pour l'instant, que dans le cadre de l'assurance-vieillesse, qui seule, est étendue au Corps médical à compter du 1er janvier.

Elles sont de deux catégories différentes, et qu'il importe au départ, de ne point confondre : la *pension vieillesse* d'une part, les *allocations* aux vieux d'autre part.

1° La *pension-vieillesse* diffère de l'allocation en ce qu'elle constitue pour l'intéressé un droit personnel fondé sur son propre effort d'épargne, et indépendant par suite du montant de ses autres revenus, ou de la cessation de son activité au jour de la retraite. Cette pension est prévue par la loi du 22 mai au bénéfice des nouveaux assurés. Toute personne visée par ladite loi a en effet droit, selon son article 7, « aux prestations prévues par l'ordonnance du 19 octobre 1945 » sur les Assurances sociales non-agricoles.

C'est donc aux articles 63 et suivants de cette ordonnance qu'il y a lieu de nous reporter. Le principe en est le suivant : l'assurance vieillesse garantit à l'intéressé une pension de retraite égale, à 60 ans, à 20 % du revenu ayant servi de base au calcul des cotisations par année d'assurance. Ce taux est porté à 40 % si la retraite est prise à 65 ans (1). Mais cette pension ne peut être constituée et versée qu'*après trente années d'assurances*. Elle est réduite d'un trentième par année d'âge, si l'intéressé a cotisé moins de trente ans, mais plus de quinze ans. Elle n'est plus égale qu'à 10 % du total des cotisations versées si l'assuré a cotisé moins de quinze ans, mais plus de cinq ans.

La gestion de l'assurance-vieillesse est confiée à des *Caisses régionales à forme mutualiste*, dont le Conseil d'administration doit comporter une représentation proportionnelle de chaque catégorie de bénéficiaires. Il est évident que, malgré cette règle de stricte équité, les représentants du Corps médical seront une petite minorité au sein du Conseil.

D'autre part, nous sommes assez sceptique sur la constitution des réserves nécessaires pour tenir les promesses légales. En effet, il y a tout lieu de penser que les règles de ventilation et d'emploi des fonds suivies en matière d'A. S. ordinaires seront appliquées en ce nouveau domaine. Or, les 9,04 % du salaire consacrés

(1) Ce chiffre correspond à quelques décimales près, à la ventilation des cotisations ordinaires des A. S. Rappelons qu'elles comportent pour le fonds d'allocation vieillesse 4 % (sur 16 %) et 42 % de la cotisation de 12 % restante, soit au total 9,04 % du salaire de base.

(1) Soit sur les bases actuelles — et sans nous dissimuler le caractère très théorique de ce chiffre — environ 60.000 fr. en supposant que les versements ont tous eu lieu sur la base du revenu-plafond.

à l'assurance vieillesse sont versés soit directement (pour les 4 %), soit indirectement par la Caisse nationale, au fonds chargé de financer l'allocation pour les vieux travailleurs salariés. — qui est uniquement un organe de répartition. La constitution des pensions vieillesse est confiée, par la loi, aux Caisses régionales (avec, en outre, le risque invalidité). Pour cet ensemble de risques, ainsi que pour assurer la compensation de cette Caisse primaire, la Caisse reçoit 1,2 % du salaire — ce qui est infime cemparé aux 9 %. Bien plus, pour les travailleurs indépendants, c'est sur les 9 % eux-mêmes qu'il faudra prélever le pourcentage nécessaire à la constitution des pensions futures. Ce pourcentage ne peut donc être qu'extrêmement réduit.

En conclusion :

a) La pension vieillesse ne peut intéresser que les jeunes médecins ayant encore devant eux une longue période de cotisation ;

b) Les promesses faites par l'ordonnance du 14 octobre restent extrêmement aléatoires, la quasi-totalité de la cotisation vieillesse servant à alimenter la Caisse de répartition des allocations-vieillesse.

2° *Les allocations-vieillesse.* — Elles ont l'incontestable avantage d'entrer en vigueur immédiatement, c'est-à-dire, à compter du 1er avril 1947. Encore la loi du 13 septembre 1946 a-t-elle institué, à compter du 1er septembre, un système d'allocation temporaire, dont le montant est fixé à 700 francs par mois.

Elle est, d'autre part, extrêmement générale, puisqu'elle est versée à toute personne de nationalité française, âgée de 65 ans au moins, et résidant sur le territoire métropolitain.

Mais l'allocation n'est point versée automatiquement. Ayant un caractère d'entr'aide, possédant un système de financement fondé sur la solidarité nationale obligatoire, elle n'est attribuée (ce qui est rationnel) qu'aux personnes *privées de ressources suffisantes.*

La définition des « ressources suffisantes » est donnée par l'ordonnance du 2 février 1945, modifiée. L'allocation n'est due que si le total de cette allocation et des ressources personnelles de l'intéressé, de quelque nature qu'elles soient, n'excède pas 45.000 francs par an (60.000 francs s'il est marié).

Quand au montant de l'allocation, il dépend du lieu de la retraite. Il est actuellement (depuis la loi du 7 octobre 1946) de 18.000 fr. à Paris (22.000 fr. pour un ménage), de 16.000 fr. dans les villes de plus de 5.000 habitants (18.000 fr. pour un ménage) et de 12.200 dans les autres communes (15.200 fr. pour un ménage).

Cette allocation peut donc tout au plus pallier les misères et les détresses les plus criantes du monde médical, mais ne saurait prétendre résoudre — même dans l'immédiat — le vrai problème de la retraite du médecin.

Les autres prestations se réduisent à trois catégories : les prestations maladie-maternité, les prestations-invalidité et les prestations-décès.

1° *Prestations maladie-maternité.* — Elles se bornent, nous l'avons dit, pour les travailleurs indépendants, aux seules *prestations en nature*, c'est-à-dire, au remboursement des honoraires médicaux, des fournitures pharmaceutiques et des frais d'hospitalisation pendant une durée de six mois ou, en cas de longue maladie, pendant une période de trois ans.

Il est évident que, pour les médecins, seuls comptent les frais pharmaceutiques et d'hospitalisation. Il est intéressant, à cet égard, de rechercher quelle pourrait être la fraction de cotisation correspondant à ces risques.

La ventilation officielle accorde 40 % de la double cotisation, soit 4,8 % du salaire aux Caisses primaires ; mais ces 4,8 % couvrent également la gestion du risque décès. Ce risque déduit, il resterait pour les risques qui nous intéressent, 4,65 %.

Mais, il y a lieu d'en déduire la valeur des indemnités journalières maladie et longue maladie, soit, d'après les travaux préparatoires, au total 2,3 % du salaire. Il subsisterait donc, pour les prestations en nature proprement dite, environ 2,35 %.

D'après les derniers comptes financiers des A. S. et certains travaux ultérieurs, on peut évaluer la part des frais médicaux et chirurgicaux à environ le tiers du total des prestations en nature (longue maladie comprise). La *cotisation résultante* ressortirait donc, pour le corps médical, à *environ* 1,6 % *du revenu de base.*

La gestion du risque serait confiée aux Caisses primaires ordinaires. Il est précisé, enfin, que les indemnités prévues seront versées qu'il s'agisse ou non de maladie ou d'accident professionnels.

2° *Prestations invalidité-décès.* — La pension d'invalidité est versée, dès lors que l'assuré est atteint d'une invalidité réduisant au moins des deux tiers sa capacité de travail. La pension est égale à 30 % du revenu annuel moyen, si l'invalide est absolument incapable d'exercer une profession quelconque, et à 20 %, s'il est capable d'exercer une activité rémunérée (1),

Le capital, au décès, ne peut être supérieur à 30.000 fr. Il en constitue bien évidemment qu'un secours immédiat, mais n'assure en aucune manière l'avenir — fût-ce à brève échéance — de la veuve ou des orphelins.

La cotisation correspondant à ces deux risques est évaluée à 1,25 % du revenu de base.

La gestion du risque décès est confiée aux Caisses primaires-maladie. Quant au risque invalidité, il est géré par les Caisses régionales de droit commun.

Nous nous excusons auprès de nos lecteurs de l'aridité de cet exposé. Il nous a cependant paru nécessaire afin, d'une part, que le médecin cotisant puisse connaître dans quelle mesure il accomplit un geste de solidarité, et dans quelle mesure un geste de prévoyance ; afin, d'autre part que les dirigeants de la profession puissent étudier l'effort qui reste à faire par le Corps médical lui-même, pour compléter la Sécurité sociale et mettre sur pied un régime de prévoyance vraiment digne de lui.

C'est à cette étude que nous nous proposons de contribuer par notre prochain article.

Jean Mignon.

(1) Sur la base théorique de 150.000 francs, la rente invalidité pourrait donc atteindre de 30 à 45.000 francs par an.

LA CONFERENCE DU LAIT
11-28 septembre 1946

par le Dr Henri ROUÈCHE

La conférence du Lait, réunie par le ministre du Ravitaillement, vient de terminer ses travaux. Elle avait réuni une élite des représentants de la Science, de la Technique laitière, des Producteurs, de l'Industrie laitière, du commerce du Lait et des produits laitiers, et des consommateurs. C'est à ce titre qu'y participait la C.G.T. avec diverses formations d'obédience politique. Les travaux, après la séance inaugurale présidée par le Dr Théroine et le discours, assez retentissant, prononcé par M. Yves Farge, furent répartis entre plusieurs commissions, chargées d'étudier séparément la quantité ou production, la collecte, la transformation, la qualité, enfin le prix du lait. Il faut rendre hommage au sérieux, à la bonne volonté, à l'objectivité scientifique avec lesquels ces diverses commissions ont conduit leurs travaux. Les rapports des commissions forment un volume important, résumé d'une façon nerveuse et claire par M. Bezot, Président de la Fédération Nationale des Producteurs de Lait (C.G.A.), dans un rapport général adopté à l'unanimité dans la séance plénière du 28 septembre.

***

Le problème national du lait en France est complexe, et il n'a pas besoin d'être obscurci par des préoccupations doctrinales de politique pour dérouter les réflexions du public consommateur. Le fait brutal est que, trois ans après la libération, nous manquons encore de lait et que nous n'avons guère que du lait mauvais. M. Yves Farge accuse notre lait d'être la cause principale de la mortalité infantile élevée qui nous afflige et, si cela était vrai, nous déshonorerait.

Avant la guerre on estimait notre production à 140 millions de quintaux : en 1945 elle serait d'un peu plus de la moitié de ce chiffre. Avant la guerre nous nous suffisions. Aujourd'hui nous manquons de lait. Pourtant avec nos six millions de vaches laitières nous sommes presque revenus à l'effectif d'avant guerre. Notre cheptel avait été à demi détruit par cinq ans de régime militaire, c'est-à-dire de réquisitions plus ou moins aveugles, et surtout par la guerre de libération. Or, il faut trois ans pour faire une laitière. Ce n'est qu'en 1947 que les premières génisses nées en 1944 donneront du lait. Que vaudront-elles ? Quelle a été leur sélection ? Elles ont été élevées dans des conditions très précaires, en disette de foin, et de ces aliments concentrés que nous ne pouvons plus acheter. Que sera l'avenir ? Le passé, fait d'incompréhension du problème laitier, et d'une politique qui se résumait dans le slogan démagogique du lait bon marché, nous accule à la triste échéance où nous nous débattons : toute la population adulte privée de lait, complètement et partiellement privée de beurre et de fromage, les enfants privés presque partout de bon lait. Voilà le problème.

Il faudrait éduquer d'abord le consommateur : lui apprendre, par exemple, qu'un litre de lait vaut à tous points de vue beaucoup plus qu'un litre de vin. Eduquer aussi le producteur, lui apprendre ce que c'est que le lait propre, et quelles sont les méthodes très simples pour le produire. Il y faut seulement du soin et de la volonté, c'est-à-dire de la *bonne volonté*. Il nous faut aussi, pour avoir du lait, des vachers. Or, personne ne veut plus l'être. Personne ne veut plus de ce métier dur et sale, et qui demeurera sale tant que les nouvelles méthodes de stabulation et d'attachage des vaches laitières n'auront pas pénétré en France.

Il est plus facile de critiquer les conditions du travail agricole que de trouver une main-d'œuvre qui s'évade vers les professions urbaines, et à qui les prédications imprudentes des réformateurs sociaux inspirent un complexe d'infériorité irrésistible. Même les petites fermières, propriétaires de quelques vaches, qui nous fournissent la plus grande proportion de notre lait, en ont assez de cette besogne dure et qui vous tient 365 jours dans l'année. Toute amélioration au sort de la main-d'œuvre agricole, si désirable et inéluctable qu'elle soit, augmentera le prix du lait. Et pour en avoir, au total, il faudra *le payer*.

La commission des prix a conclu à une élévation assez substantielle des prix du lait. Il est clair que devant un prix suffisant, le lait fera comme le blé, il ne sera pas produit, ou il s'écoulera vers des emplois plus avantageux, comme il n'en manque pas. En résumé, une politique intelligente pourrait doubler notre production d'avant guerre. Nous en sommes à la moitié, au vingtième de celle des Etats-Unis.

***

Le problème de la qualité est encore plus angoissant que celui de la quantité. Notre mode antédiluvien de distribution du lait, la plupart du temps non pasteurisé, mais même, comme à Paris, pasteurisé, à la jarre, baignoire de mouches, et à la mesure, est une honte, et un défi à toutes les règles de l'hygiène. Pasteuriser du lait pour le distribuer de cette manière, est une sinistre plaisanterie. On veut accuser les sociétés distributrices. Elles ont fait de leur mieux et nous en ont donné largement pour notre argent. La qualité se paie. Avant la guerre, le paysan, en l'absence de tout encouragement et de toute propagande éducative, considérait un peu le lait comme un sous-produit de la production de son fumier. Rien d'étonnant que l'on en retrouve dans l'autre, et que nous ayions du mal à trouver un lait indemne de bactéries coliformes. Pendant ce temps, aux Etats-Unis, le lait pasteurisé s'appelle le « lait en bouteilles », et dans toutes les villes, la bouteille de lait est distribuée partout, glacée et prête à mettre au frigidaire, à la porte de

chaque consommateur. Il y coûte environ le même prix qu'une boîte de lait évaporé, soit 25 de nos francs le quart, soit environ 900 cm³. La moitié de ce prix est donnée au producteur.

Comment rattraper ce retard ? Si l'on part du bon pied, il y faudra combien d'années ? La Commission de la Qualité, présidée avec une autorité et une bonne grâce parfaites par le Dr Renaudeaux, et à laquelle MM. les Dr Martel, Lesné, Portes, Rouèche, ont collaboré, a déterminé les normes du lait cru, puisqu'il y a encore du lait cru, du lait pasteurisé, notamment du lait pasteurisé en bouteilles, qui a enfin, grâce aux sociétés laitières de distribution, fait son apparition à Paris. En ce qui concerne le lait en boîte, elle a signalé « qu'il serait recommandable d'orienter les fabrications et de prescrire le lait concentré non sucré, dont la stérilisation permet une meilleure conservation ».

La conférence a fait le bilan de nos besoins et de nos ressources en lait concentré. Là encore, notre retard est grand. Que sont nos 7 usines à côté des 150 usines américaines de lait concentré non sucré, qui ont produit pendant la guerre plus de 5 milliards par an de boîtes de lait ? Nos ressources en laits concentrés ne couvrent guère que le tiers de nos besoins, de ceux du moins qui se sont révélés depuis la libération, et auxquels nous subvenions grâce aux apports américains. Il paraît que ces apports vont disparaître. Pourtant, il semble que nous avons plus besoins de lait que d'essence... Mais le dirigisme a ses raisons, auxquelles le vulgaire n'entend rien...

La conférence de la qualité a dû conclure que si nous sommes maintenant réduits à nos seules ressources en lait en boîtes, il sera nécessaire de restreindre les attributions de lait concentré à une période plus courte de la vie du nouveau-né, et que d'autre part, le Corps médical devait apporter une discrimination plus attentive et plus sévère à l'attribution des cartes de lait concentré, qui ne devraient être accordées que dans les cas de réelle intolérance du lait ordinaire. C'est en dernier lieu l'Académie de Médecine qui doit donner ladessus son avis.

***

C'est maintenant au gouvernement qu'il appartiendra de donner aux vœux émis par la Conférence du Lait, la suite qu'il jugera bonne et possible.

Les vœux proposés au cours de la séance finale par la C.G.T. ne pouvaient manquer de susciter un grand intérêt en même temps qu'ils obscurcissaient par des nuées politiques l'atmosphère jusque-là purement technique et objective des travaux de la conférence. La C.G.T. ne veut à aucun prix, d'une élévation du prix du lait : en même temps, elle assure le producteur de toute sa sollicitude. Elle ne voit pas à quoi chantent ces diverses qualités de lait établies avec tant de peine par la commission du lait : pourquoi pas une seule qualité : la meilleure ? Voilà en effet un argument d'une grande simplicité et à quoi on n'avait pas songé : établir une seule qualité standard, et abandonner par conséquent toutes ces qualités différentes, susceptibles de différences de prix, laits en boîtes, en poudre, en bouteilles... Pourtant il faudrait encore un contrôle pour assurer cette qualité unique... Et du lait qu'on ne pourrait pas y admettre, qu'en ferait-on ? Cela ferait tout de même deux qualités. Mais du moins on serait débarrassé des laits en bouteilles et des laits en boîtes. Et alors on n'aurait même plus besoin de demander la nationalisation des sociétés de distribution et des condenseries, puisque les produits qu'elles mettent en vente seraient supprimés.

Il semble qu'aujourd'hui la liberté nous fait horreur. On voudrait que ceux qui parlent si légèrement de ce qu'il ignorent aillent faire un tour dans les pays civilisés, je veux dire aux U.S.A. d'abord, mais aussi dans tous les pays nordiques, où la liberté et l'esprit d'entreprise peuvent s'épanouir à l'aise, et où, en particulier dans l'industrie laitière, la forme coopérative et la forme capitaliste de production font si bon ménage. Parmi les boîtes de lait qui nous sont venues des Etats-Unis, un bon nombre sont fabriquées par des Coopératives de Producteurs. Qui empêche donc les nôtres d'en faire autant ? Ou même de fonder de grandes sociétés de distribution scientifique d'un lait parfait ? S'il y a des règlements qui s'opposent à l'esprit d'initiative et d'entreprise des Coopératives de Producteurs ou de Consommateurs, vite qu'on les abroge ! Ne faisons plus rire de nous !

LE MOT DU LECTEUR

MÉDECIN TRAITANT ET SÉCURITÉ SOCIALE

Le rôle du médecin traitant dans la Sécurité sociale est mal posé. C'est pourquoi le problème est prodigieusement confus et insoluble. Voulez-vous soumettre à la critique des lecteurs du Concours ces brèves réflexions :

1° Il n'existe pas « d'acte médical » :

Le rôle du médecin traitant est un complexe d'intelligence, de technique, de jugement, de responsabilité, d'affectivité, d'individualité, etc.

L'inclure dans des coefficients, des P.C., des K, des Nomenclatures, est tout simplement ridicule et témoigne d'une mentalité primaire qui est la négation même d'un esprit médical digne de ce nom.

2° L'eau et l'huile ne sont pas miscibles. Le magistrat n'est pas payé par le voleur. Il est contradictoire, inhumain et anti-psychologique de transformer le médecin traitant en gendarme et en policier à l'égard des malades qui l'honorent.

Conclusion : Ou la fonctionnarisation, ou la liberté.

3° La liberté médicale nous paraît préférable. L'organisation de la Sécurité sociale est indispensable ? La solution est simple : la sécurité sociale doit être réalisée par un Organisme d'Assurances complet, avec ses experts, *et indépendant* du Corps médical traitant.

Le médecin traitant doit se borner à certifier son avis et ses honoraires.

Pour tout le reste, qu'on lui laisse enfin la paix : les malades et la sécurité sociale y gagneront.

Dr Ratié, *Annecy*.

Thérapeutique artérielle et cardio-rénale

Artères

Spasmes artériels, Hypertension
TENSÉDINE 2 comprimés au début de chacun des 3 repas.

Scléroses vasculaires et viscérales
IODOLIPINE 1 capsule 2 ou 3 fois par jour, aux repas.

Cœur

Syndromes coronariens, Angor, Infarctus, Palpitations, Algies précordiales
COROSÉDINE 2 comprimés 2 ou 3 fois par jour, au début des repas.

Crises angineuses
TRINIVÉRINE 2 à 3 dragées à quelques minutes d'intervalle. Maximum : 10 par jour.

Reins

Insuffisance cardio-rénale, Oligurie
DIUROPHYLLINE 2 à 4 comprimés par jour, à la fin ou dans l'intervalle des repas.

MONAL, DOCTEUR EN PHARMACIE - 13, Avenue de Ségur, PARIS

BACTERAMIDE

PARA – AMINO – BENZÈNE – SULFAMIDE

comprimés à 0 gr. 50 - Dose moyenne : 10 par jour.

SULFAMIDOTHÉRAPIE
STREPTO
MENINGO
PNEUMO
GONO
coccies
POLYVALENTE

LABORATOIRES A. BAILLY
(SPÉAB) 15, RUE DE ROME - PARIS (8e)

SUPPOSITOIRES

RECTOQUINTYL

DEUX FORMES
ADULTES-ENFANTS

ASSOCIE LES INDICATIONS DE
L'ORTHOFORMIATE D'ETHYLE
AUX AVANTAGES DE LA VOIE RECTALE

COQUELUCHE - QUINTES NOCTURNES
TOUX POST OPÉRATOIRES
AFFECTIONS BRONCHO-PULMONAIRES

Echantillons et Littératures sur demande

LABORATOIRES **A. MARIANI**
10, Rue de Chartres, NEUILLY (Seine)
TÉL : MAILLOT 61-09

GASTRHÉMA

CONTRE LES ANÉMIES
ASTHÉNIE - ANOREXIE - HYPOPEPSIE
17, Avenue de Villiers — PARIS (17e)

EXTRAIT DE MUQUEUSE D'ANTRE PYLORIQUE
1 à 3 amp. buvables, par jour

FRÉNASMA

TROIS A QUATRE COMPRIMÉS PAR JOUR. UN A DEUX DÈS LE DÉBUT DE LA CRISE.

LABORATOIRES DU GASTRHÉMA
17, AVENUE DE VILLIERS
PARIS (17e)

ASTHME - EMPHYSÈME - BRONCHITES CHRONIQUES - MÉDICATION PRÉVENTIVE, ABORTIVE ET CURATIVE DES CRISES

ÉCHOS & commentaires

CONFÉRENCE DE PRESSE DU MINISTRE DU TRAVAIL.

LE 23 octobre dernier, M. Ambroise CROIZAT, ministre du Travail, convoqua les représentants de la presse pour les entretenir une fois de plus du Plan de Sécurité Sociale et des répercussions pratiques, sur la vie des citoyens, des différentes lois votées par l'Assemblée Constituante, de funambulesque mémoire.

Après avoir rappelé les fondements du Plan de Sécurité Sociale : sécurité de l'emploi, du gain, de la capacité de travail, de l'indemnité de remplacement du salaire en cas d'interruption du travail, M. CROIZAT énumère et commente brièvement les principales dispositions législatives publiées depuis un an dans le domaine des Assurances sociales, des prestations (ex-allocations) familiales, des accidents du travail, des allocations aux vieux.

Rien de nouveau ne ressort de ces déclarations, si ce n'est l'annonce de la promulgation imminente d'une loi du 5 octobre 1946 intégrant au Plan de Sécurité Sociale une nouvelle réglementation des A.T., marquée du souci de la prévention et de la récupération plutôt que de la réparation. Le ministre insiste sur la notion de prévention : les Caisses de Sécurité Sociale pourront contraindre les entreprises à prendre des mesures préventives ; des cotisations supplémentaires pourront être mises à la charge des défaillants et des avances de caisse et des subventions pourront être consenties à certains industriels pour aider à la réalisation des mesures jugées nécessaires, un fonds de prévention étant créé pour financer cette organisation. En matière d'allocations aux vieux, le ministre rappelle que dès le 1er janvier 1947 tous les Français seront immatriculés, que dès le 1er avril 1947, le droit aux allocations s'ouvrira pour les intéressés et que le premier paiement d'allocations sera effectué au 1er juillet 1947. Le règlement des allocations d'attente de 700 fr. par mois s'effectuera, pour un trimestre, le 1er décembre prochain. Les questionnaires nécessaires, dont un exemplaire nous fut remis, seront dans toutes les mairies et Caisses départementales de Sécurité sociale à compter du 27 ou 28 octobre.

AYANT ainsi retracé le Plan, non sans une visible satisfaction d'auteur, le ministre convient que cette œuvre ne compte pas que des laudateurs. De divers côtés, des résistances se manifestent. Aux cadres, d'abord, M. CROIZAT entreprend de démontrer éloquemment que, bien qu'ils en aient, aucun des contrats-groupes dont ils bénéficiaient jusqu'alors ne leur fournit d'avantages aussi substantiels que ceux du Plan de Sécurité Sociale. La Commission nationale nommée en juillet dernier pour apaiser le conflit Cadres-Travail poursuit, paraît-il, ses travaux ; le ministre espère qu'elle les mènera à bien...

Les artisans et les cultivateurs sont à leur tour pris à partie par le Ministre.

C'est la résistance « de certains éléments du Corps médical » qui fut gardée pour la bonne bouche. Une fois de plus le ministre proclame qu'il ne veut pas attenter au caractère libéral de la

DRAGÉES "YSE" Névrosthéniques

Phosphure de zinc 2 milligr.
Nux vomica
Kola guarana

Asthénie - Surmenage Intellectuel
Dépressions Physique et Cérébrale
forme B pour Diabétique

Médication iodo-arsénicale-phosphorée - Strychnique

HEMAGÉNINE GIRAUD

Lymphatisme - Rachitisme - ASTHME - Tous états infectieux et ganglionnaires

ZONE OCCUPÉE — LABORATOIRES YSE — ZONE NON OCCUPÉE
65, Rue Louis Blanc, Paris (Xe) — — — Saint-Benoît du Sault (Indre)

TIODINE COGNET

IODE + SOUFRE
par la
THIOSINAMINE IODÉE

Rhumatismes Chroniques
et toutes Scléroses

ANTISEPTIQUE, SULFAMIDO-CHLORÉ
NON-IRRITANT, PUISSANT, STABLE

CLONAZONE

10 comprimés dans un litre d'eau donnent une liqueur de Dakin

LABORATOIRES DAUFRESNE 42, rue Thiers-LE HAVRE

profession, à la différence de ce qui se passe en Angleterre. Il informe que trois des principes de la Charte médicale sont, non seulement préservés par son Plan, mais consolidés : ainsi notamment pour le libre choix et la libre prescription, dont le malade bénéficiera d'autant plus qu'il sera assuré d'être effectivement remboursé à 80 %. Seule l'entente directe subit une atteinte. Mais les médecins doivent, dans la conjoncture économique et sociale actuelle, admettre « la substitution à l'entente directe individuelle d'une entente collective ». Le régime des conventions est, selon le ministre, dans la plus pure ligne du libéralisme orthodoxe. Il n'entraîne pas le blocage des honoraires, puisqu'une clause de variation en fonction du coût de la vie est prévue dans la convention-type ; cette clause a d'ailleurs déjà joué. Le ministre se déclare convaincu que le Corps médical, ainsi dûment éclairé et chapitré, apportera au Plan de Sécurité sociale « une collaboration loyale et inconditionnelle ».

En conclusion, le ministre exprime la certitude que sa création connaîtra une heureuse fortune « malgré le particularisme de certains groupes sociaux et de certaines professions », et la presse fut chargée de donner à cette manifestation de propagande électorale la plus large diffusion possible... Nous le faisons dans notre modeste sphère...

Mais nous posons la question : si les groupes et professions réfractaires se croient comme il peut apparaître à certains, numériquement ou fonctionnellement en droit de bloquer la réforme parce qu'ils l'estiment, telle quelle, insuffisamment mûrie, que va-t-il donc bien se passer ?

La définition du spécialiste.

Au cours de l'Assemblée générale du Syndicat National des Médecins Stomatologistes qualifiés, sur laquelle nous reviendrons, fut discuté le texte d'un projet de définition et de qualification du spécialiste, mis au point par la Commission compétente du groupement des médecins spécialistes projet qui sera soumis à l'approbation de la prochaine Assemblée générale de la Confédération des Syndicats médicaux. En dépit de quelques observations portant sur certains détails de terminologie, l'Assemblée générale a adopté les grandes lignes de ce projet, dont nous donnons ci-dessous le teneur pour l'information de nos lecteurs. Nous répétons qu'il ne s'agit, que d'un projet non définitif.

Définition de la spécialité.

On appelle exercice de la spécialité la pratique habituelle et exclusive d'une branche de la médecine.

Sont actuellement reconnues comme spécialités : chirurgie, oto-rhino-laryngologie, stomatologie, dermatologie, urologie, électro-radiologie.

Définition du spécialiste.

Le spécialiste est le médecin qui, renonçant à la médecine générale, se consacre exclusivement à la pratique de l'une des spécialités ci-dessus énumérées.

Est admis le cumul de deux spécialités connexes, là où l'usage en est accepté.

Justification du spécialiste.

Pour être reconnu comme tel par la Confédération des Syndicats Médicaux Français, le spécialiste doit justifier de sa qualification technique :

1° *Par le diplôme universitaire de la spécialité en cause, lorsque e diplôme existe ;*

CACODYLINE
JAMMES
A : 10 cgs.
B : 20 cgs. D : 50 cgs.
C : 30 cgs. E : 1 gr.
ET
MAGNÉSIO-CACODYLINE
IODINJECTOL
3 FORMES { SIMPLE, SALICYLÉ, GOUTTES
Une injection intramusculaire ou intraveineuse par jour. 60 à 100 gouttes par jour.
Laboratoires JAMMES
86, Rue Michel-Ange, 86
PARIS (16e)

Eczéma
CUROZEMA
9 Dragées par jour
OPOSÉROTHÉRAPIE VALTRY
LABORATOIRE BIOLOGIQUE VALTRY
46, Rue St-Didier-Paris-16e
FORMULE INFANTILE :
Pédiozema
GRANULÉ

2° *Pour les autres spécialités, par deux années de stage effectif dans des services hospitaliers de la spécialité, officiels ou privés.*

A titre transitoire et pendant une durée de deux ans, la justification du spécialiste pourra être fondée sur cinq années de pratique exclusive et continue de la spécialité.

QUALIFICATION DU SPÉCIALISTE.

Le spécialiste est qualifié dans l'ordre syndical par le Conseil d'administration de la Confédération des Syndicats Médicaux, après avis donné :

a) *du point de vue technique, par le Syndicat national de la spécialité en cause ;*

b) *du point de vue du fait, par le Syndicat départemental*

Les conseils de l'Ordre règleront les cas litigieux.

LE MOT DE LA FIN.

UN quotidien publiait récemment, une information en première page, sur un « trafiquant » qui vendait à l'étranger des médicaments dont manquaient, cruellement, les malades français. Enflammé d'indignation, il expliquait que nombre de nos compatriotes, atteints d'angine de poitrine, étaient morts au cours de leurs crises par la faute de ce trafiquant qui vendait, au marché noir en Belgique, la *tricalcine* fabriquée dans son laboratoire.

Le médecin qui, ayant lu ces lignes, ouvrait de grands yeux, ne tardait pas à comprendre, par la suite du texte, qu'il s'agissait en réalité de trinitrine.

Trinitrine, tricalcine, tripartisme : drogues également salvatrices, pour le journaliste, et interchangeables.

CORRESPONDANCE

APPLICATION DES TARIFS DE SÉCURITÉ SOCIALE

5339. — **Honoraires des spécialistes en A.T.**

1° Quel est le tarif d'une consultation d'un spécialiste pour un accident du travail ? Le Syndicat des Ophtalmologistes dans une circulaire donnait le chiffre de 108 fr. Certaines Administrations et certaines Compagnies d'assurances ont réglé d'après ce tarif ; d'autres, par contre, n'acceptent que le prix de 96 fr.

2° Pour une intervention K 60 ophtalmologiste, comprenant une anesthésie générale et un aide, quel tarif appliquer ? Les honoraires de l'anesthésiste et de l'aide doivent-ils être prélevés sur le K 60, ou être tarifés à part ? Quel en est le montant ? Dr C.

Réponse :

1° *Les honoraires en A.T. sont alignés sur la nomenclature A.S., sauf pour la consultation et la visite qui sont l'objet d'une minoration de 20 %. Or, les spécialistes qualifiés ont C* 1,5. *Comme dans votre département le prix de C est de* 80 *fr.* + 40 *fr.* = 120 *fr.* —, *ceci donne avec la minoration de* 20 % 120 — 20 % = 96 *fr.*

2° *Pour une intervention notée K* 60 (*donc au-dessus de K* 50) *l'assistance du médecin traitant est de Pc* 5. *Mais l'anesthésiste et l'aide ont leurs honoraires compris dans le prix de l'acte global (voir article* 10 *de la nomenclature, alinéa* 1er).

Dr F. DECOURT.

GLOBIRON
AMPOULES BUVABLES DE 3 CC
Combinaison des méthodes de WIPPLE, CASTLE & WILLS en association avec un complexe organo-métallique ferro-manganо-cuprique
Anémies hypochromes
Chlorose
Carences martiales
LABORATOIRE ROGER BELLON
LOUIS FERRAND
Ex-interne, lauréat des Hôpitaux de Paris
PHARMACIEN-GÉRANT
(GAMBÉOL, RECTOCALCIUM, ACTIPHOS, HÉMOPYLORE "3")
78bis, Avenue Marceau - PARIS (8e)

OPOTHÉRAPIE ASSOCIÉE
Hormones folliculaires ovariennes
+
Lobe antérieur hypophysaire
= FOLLI-LOBINE
DU Dr FRAYSSE
DÉCLANCHE ET RÉGULARISE LE FLUX MENSTRUEL
2 FORMES : PILULES ACTIVES PAR VOIE BUCCALE
AMPOULES INJECTABLES 2cc INDOLORES
LABORATOIRE FRAYSSE ET Cie NANTERRE (SEINE)

2267. — Radioscopie de plusieurs points d'une même région.

Maintenant que tout acte médical est nomenclaturé, quand au cours d'un examen général il est pratiqué un examen radioscopique pulmonaire et un examen radioscopique cardio-aortique sans orthodiagramme, quel numéro de la nomenclature doit-on porter?

Est on obligé de faire systématiquement un orthodiagramme pour tout examen radioscopique cardio-aortique? Sinon quel chiffre doit-on porter à la place de K 8 ?

Quand on fait un examen radioscopique de l'hypocondre gauche pour des troubles de cette région et que l'on examine à l'écran le cœur, la base du poumon et le fonctionnement de l'hémidiaphragme gauche et le cul-de-sac en même temps que l'on examine la poche à air gastrique et l'angle colique gauche, quels numéros de la nomenclature doit-on porter ?

Dr G.

Réponse

Si vous pratiquez à la fois un examen radioscopique du poumon et du cœur, sans orthodiagramme pour ce dernier viscère, je ne vois pas sur quoi vous pourriez vous baser pour compter deux radioscopies distinctes. Il n'y a pas en effet, de notation dans la nomenclature pour une radioscopie du cœur sans *orthodiagramme. De même, je ne vois nulle part que vous puissiez compter des* scopies diverses *en ayant examiné* une seule région *du corps, en somme, telle que hypocondre gauche, hémidiaphragme gauche et base du poumon gauche. D'après ce que vous signalez je ne vois pas comment vous pourriez* scoper *de tels points séparément.*

Dr F. Decourt.

QUESTIONS DIVERSES

5398. — Contrôle médical scolaire.

Quelles sont pour une école primaire privée les obligations légales en ce qui concerne l'inspection médicale scolaire? Une inspectrice réclame à la Directrice d'une école dont je suis le médecin :

1° Un examen médical de tous les enfants deux fois par an ;

2° Une radioscopie pulmonaire de ces enfants une fois par an.

Ne dépasse-t-elle pas ses pouvoirs ?

Et n'ai-je pas le droit de réaliser la prévention tuberculeuse de ces enfants, comme il me semble bon, par exemple par la pratique de la cuti-réaction répétée?

Dr T.

Réponse :

Le contrôle médical scolaire n'est actuellement réglementé, pour les écoles primaires, que par l'Ordonnance du 18 octobre 1945, texte qui est rédigé en termes généraux, et qui prévoit seulement que des soins périodiques sont effectués pendant le cours de la scolarité.

L'article 9 de cette Ordonnance prévoit que les décrets d'application, déterminant les conditions d'organisation et de fonctionnement du service médical, concernant la population scolaire, doivent être pris notamment après avis de l'Académie de Médecine. Mais ces décrets d'application ne sont pas encore parus.

A titre documentaire, nous pouvons seulement vous indiquer qu'un arrêté du 20 novembre 1945, fixant l'organisation provisoire du contrôle médical, dans les établissements publics du second degré, prévoit dans son article 6 que le contrôle médical comporte deux visites annuelles, l'une pendant le premier trimestre, l'autre au début du troisième trimestre de l'année scolaire.

En ce qui concerne le dépistage de la tuberculose,

EXOSEPTOPLIX
(1162 F)
★
Toutes les applications de la sulfamidothérapie locale
THERAPLIX
98, RUE DE SÈVRES, PARIS-VII•

PHENEGIC
PAQUETS - COMPRIMÉS
A base de PHÉNOTHIAZINE
actif contre :
OXYURES - ASCARIS
L'EQUILIBRE BIOLOGIQUE S. A.
(Association Technique Pharmaceutique et Equilibre Biologique réunis)
à COMMENTRY (Allier) R. C. Montluçon 10416 B

PERVOSINE
GOUTTES
A base de plantes indigènes fraîches
Médication générale contre :
TROUBLES de la CIRCULATION

l'article 23 du même arrêté, prévoit une cuti-réaction annuelle, et un examen radioscopique ou radiologique. Bien que ce texte ne soit pas applicable aux écoles primaires privées, il est vraisemblable que les textes ultérieurs qui doivent paraître, fixeront des conditions analogues pour les examens médicaux scolaires.

5541. — **Propharmacie.**

Etant installé dans un pays où il existait, voici quinze ans, un médecin-pro-pharmacien, ai-je le droit de faire de la pharmacie ? Quelles sont les conditions pour le faire, les formalités à remplir ? Les pharmacies les plus près de ma localité étant à 9 km. Dr C.

Réponse :

L'exercice de la pro-pharmacie est actuellement réglementé par l'article 28 de la loi du 11 septembre 1941.

Aux termes de cet article 28, les docteurs en médecine établis dans une agglomération où il n'y a pas de pharmacien ayant une officine ouverte au public, peuvent être autorisés par le Préfet, après avis du directeur de la Santé et de l'Assistance, à avoir chez eux un dépôt de médicaments et à délivrer aux personnes auxquelles ils donnent leurs soins, les médicaments simples et composés inscrits sur une liste établie par le ministre de la Santé publique. Cette autorisation mentionne les localités dans lesquelles la délivrance des médicaments par le médecin est autorisée, elle est toujours révocable, et doit notamment être retirée dès la création d'une officine ouverte au public dans le secteur intéressé.

Puisqu'en fait, la plus proche officine est située à 9 km. de la commune où vous résidez, il semble que l'autorisation ne puisse vous être refusée. Vous devez donc adresser une demande officielle d'autorisation au Préfet qui vous notifiera ensuite sa décision.

DEMANDES & OFFRES

N° 676. — Radio « table autonome bascul. » Gaiffe, mod. 1927, scopie et graphie, minuterie, parf. état de marche. S'adr. Hôpital de Chaumont-en-Vexin (Oise).

N° 677. — Corrèze. A céder bon cabinet O.R.L.

N° 678. — Achèter. appar. R. X. fixe ou portatif.

N° 679. — Directrice maison d'enfants, cherche place similaire région paris.

N° 680. — Demandons médecins désirant faire des recherches dans laboratoire de spécialités, laboratoire d'analyses, publicité médicale. Ecr. Speab, 19, rue du Rocher, Paris (8e).

N° 681. — A vendre à Saint-Cloud, maison composée de 35 p., beau sous-sol, jardin 2.500 m., libre à la vente, pouvant faire clinique. Voir Sivrais, 36, rue Gounod, à St-Cloud.

N° 682. — Serai obligé à confr. qui pourr. disposer d'un ou plus. pneus, chambre 600 × 17 ou 600 × 19. Indiquer prix.

cherche trav. médic. pour l'après-midi.

N° 683. — Etudiant, instance thèse, marié, 1 enfant,

N° 684. — Ménage médec. pharmac., cherche poste double ou situat. dans clinique, laborat. Peut fournir trav., dipl., capit.

N° 685. — Urg. A céd. cause départ, ville Faculté du Midi. Belle client. avec ou sans installat. radio, appartem. 10 p. Bail. Ecr. journ. qui transm.

N° 686. — Jeune médec. fam. nombr cherche poste à créer ou à repr., gr. ville ou banl. Préfér. Sud-Est, grand logem.

N° 687. — A vendre gros lot pinces neuves. Richer-Museux, etc. Clinique Vaugirard, 8 *bis* rue Léon-Delhomme, Paris (15e).

N° 688. — Chirurgien cherche poste maison de santé en vue succession ou association, région parisienne ou Midi.

N° 689. — Jeune chirurgien, anc. int. hôpit. Tourcoing et anc. assist. chirurg. demande remplacem. chirurgical, quelques mois. Paris ou province. Ecr. Journ. qui transmetttra.

N° 690. — Appareil de diathermie à vendre.

Gérant : MIGNON Lang, Blanchong et Cie, 30, rue du Poteau - Paris (18e). — 31.1040
Février 1879 Dépôt légal : N° 8 4e trimestre 46

Micliode
IODE COLLOIDAL MICELLAIRE ÉLECTRO-POSITIF
Toutes les Indications de l'IODE, SANS IODISME POSSIBLE
GOUTTES
Laboratoires de l'HÉPATROL _ 4 Rue Platon. PARIS (XVe)

E.C.O
HYPERCHLORHYDRIE — HYPERACIDITÉ — DYSPEPSIES ACIDES
SEL DE HUNT
Granulé AGRÉABLE au goût, se prend délayé dans l'eau par cuillerées à café
PAR LE PARFAIT DOSAGE DE SON SEL ALCALIN NEUTRALISANT ET DE SES SELS NEUTRES ABSORBANTS ET SATURANTS, IL SOULAGE D'ABORD, PUIS RÉGULARISE ET NORMALISE LA SÉCRÉTION HYPERACIDE
LABORATOIRES ALPH. BRUNOT, 16, rue de Boulainvilliers, PARIS-16e

THÉRAPEUTIQUE RHINO-PHARYNGÉE A DOSE FAIBLE

KIDARGOL

LABORATOIRE R. GALLIER, 1 bis, Place du Président-Mithouard, PARIS-VI.

AMP. 5cc à 10% I.V.
AMP. 2cc à 2% I.M.
TABLETTES de 2grs.



OPOTHÉRAPIE ASSOCIÉE

PANCRÉPATINE LALEUF

CAPSULES GLUTINISÉES

DIABÈTE

6 A 12 CAPSULES PAR JOUR
(AU COURS DES REPAS)
SUIVANT PRESCRIPTION MÉDICALE

LITTÉRATURE
LABORATOIRES LALEUF
51, RUE NICOLO, PARIS-16e



Toujours Active ... Jamais Nocive

La

NÉVROSTHÉNINE FREYSSINGE

convient à

DÉPRIMÉ
SURMENÉ
CÉRÉBRAL

INTELLECTUEL
CONVALESCENT
NEURASTHÉNIQUE

tout

LABORATOIRE FREYSSINGE - 6, RUE ABEL - PARIS

LYSATS VACCINS du Dr DUCHON

GYNÉCO VACLYDUN



LYSAT VACCIN POLYVALENT EN AMPOULES DE 2 cc
VOIE BUCCALE ou SOUS-CUTANÉE
Injections de 1 cc les premiers jours, 2 cc ensuite

Laboratoires **CORBIÈRE**, 27, R. Desrenaudes PARIS (XVII e)

Restauration du Terrain

pendant et après

LES MALADIES INFECTIEUSES
LES INTOXICATIONS

chez tous les Asthéniques

VITASCORBOL

(Acide ℓ ascorbique)

VITAMINE DES RÉPARATIONS CELLULAIRES

VOIE BUCCALE :
COMPRIMÉS dosés à 0g.05 *(tubes de 20)*

VOIE INTRAVEINEUSE & PARENTÉRALE :
SOLUTION à 5 % (ampoules de 1 et 2 cm³) *boîtes de 10*
SOLUTION à 10 % (ampoules de 5 cm³) *boîtes de 3*

POSOLOGIE

VOIE BUCCALE : ENFANTS : 1 à 2 comprimés *pro die*
ADULTES : 2 à 4 comprimés *pro die*

VOIE PARENTÉRALE : 0g.10 à 0g.50 *pro die*

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE — spécia — MARQUES "POULENC FRÈRES" & "USINES DU RHÔNE"
21, RUE JEAN GOUJON, PARIS (VIII e)

HYPERCHLORHYDRIE
TOUTES DOULEURS GASTRIQUES

GASTROSEDYL

GOUTTES

Le grand remède de toutes les
GASTRALGIES

COMPOSITION INCHANGÉE

Teinture Dausse de belladone	46
Teinture Dausse de jusquiame	20
Liqueur ammoniacale anisée	20
Bromure de Sodium	13
Phosphate de codéine	1

Antispasmodique certain

Régulateur de l'acide gastrique

Sédatif à effet immédiat

POSOLOGIE

10 à 30 gouttes dans un peu d'eau sucrée après les repas et au moment des douleurs

LABORATOIRES J. LANDRIER
— Coulange-sur-Yonne (YONNE) —



CHLORO-CALCION

68e ANNÉE — Nº 45 — 9 NOVEMBRE 1946

LE

CONCOURS MÉDICAL

37, RUE DE BELLEFOND - PARIS (9e) - TRU 33-66

374-381

SOMMAIRE

PARTIE SCIENTIFIQUE.

Le traitement d'attaque de la syphilis par le bismuth (Et. Lortat-Jacob) 1.307
Remarques à propos de la cuti-réaction 1.308
L'auto-analgésie obstétricale à la campagne et... partout (Dr Jules Regnault) 1.309
Epidémie familiale de fièvre typhoïde (Dr Roger Klein) 1.310
Cancer : ennemi public nº 1 (Albert Daniel et Mme A. Daniel) 1.311
Nouvelles d'Amérique 1.313
Les Thèses, 1.313. — Les Sociétés Savantes, 1.314. — La Presse, 1.318.

PARTIE PROFESSIONNELLE.

Propos du jour. — La protection de la mère et de l'enfant en U.R.S.S. (G. Lavalée) 1.321
Organisation professionnelle. — La Sécurité du médecin doit être à la fois sociale et professionnelle (Jean Mignon) 1.323
Le rôle des médecins-conseils de la Sécurité sociale française. Son évolution (Dr André Grot) 1.325
Faut-il supprimer les concours dans le recrutement des élites médicales ? (Dr J. Guyot) 1.327
Honoraires hospitaliers (Dr Woimant) 1.328
Le mot du lecteur. — Fidélité (Dr Vaillant) 1.329

DEMI-COLONNES.

Dernières Nouvelles, 1.297. — A Travers l'Officiel, 1.301. — Echos et Commentaires, 1.333. — Correspondance, 1.337.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
BIBLIOTHÈQUE

NATIBAÏNE
NATIVELLE

Chl. de Ca. Gluconate de Ca. phosph. di-acide de Ca.
(Gouttes)
POLYCALCION
Antihémorragique
Déchlorurant
Neuro-Sédatif
Labor. SCIENTIA
Dr PERRAUDIN
21, rue Chaptal, PARIS

Huile de Foie de Morue - Calcium - Vitamines A. B. D.
CALCOLEOL
AVITAMINOSES— RACHITISME
DÉMINÉRALISATION
Laboratoires SCIENTIA, 21, Rue Chaptal PARIS-9

Toux Coqueluche
ÆTHONE
Laboratoire de l'ÆTHONE 35, rue Boissonnade, PARIS (XIVe)

VÉRITABLE HUILE DE
HAARLEM
G. de KONING TILLY
GOUTTES — CAPSULES
Laboratoires THOMAS, 2, rue Ste-Cécile, PARIS 9e

Infangyl
Carlier
TOUX INFANTILES

BAUME THOMAS

Douleurs de la première dentition

Véritable Huile de Haarlem G. de Koning Tilly
Cachets Pachaut - Valériane Pachaut - Phosphogène Pachaut - Terbinthiol

Laboratoires THOMAS, 2, rue Ste-Cécile, 31, Fg Poissonnière, PARIS-9

Maladies du Foie et des Voies biliaires

PANBILINE

Pilules et Solution

Auto-intoxication intestinale - Constipation

RECTOPANBILINE

Suppositoires, Solution

Anémies - Convalescence

HÉMOPANBILINE

Comprimés et Solution

Lab. du Docteur PLANTIER, à Annonay (Ardèche)



GLUCALCIUM

GLUCONATE DE CALCIUM
Ampoules injectables, buvables. Granulé vitaminé

LABORATOIRES CLÉVENOT
3, RUE LAMBLARDIE - PARIS — TÉL. : DORIAN 56-38

MORRHUËTINE VITAMINÉE JUNGKEN

Toutes les vitamines de l'Huile de Foie de Morue

Véritable **SUCRE VITAMINÉ**

Laboratoires **BRACQUEMOND & Cie**, 105, Rue de Normandie, **Courbevoie** (Seine)

DERNIÈRES NOUVELLES

Faculté de Médecine.

CLINIQUE MÉDICALE DE L'HOTEL-DIEU

Des *conférences de pneumologie* auront lieu le mercred , à 10 h. 30, à l'amphithéâtre Trousseau. 13 novembre 1946. Dr Bar ety : Comment concevoir la maladie tuberculeuse. — 20 novembre. Dr Bar ety : La primo-infection tuberculeuse. — 27 novembre. Dr Brouet : Les pleurésies tuberculeuses. — 4 décembre. Dr Brouet : Les tuberculoses miliaires. — 11 décembre. Dr Brouet : Les tuberculoses aiguës. — 18 décembre. Dr Bariety : Les hémoptysies. — 8 janvier 1947. Dr Bariety : Les cavernes. — 15 janvier. Dr Brouet : Le pneumothorax spontané. — 21 janvier. Dr Brouet : Les débuts de la tuberculose pulmonaire chronique. — 28 janvier. Dr Brouet : L'évolution de la tuberculose pulmonaire chronique. — 4 février. Dr Bariety : Les éléments du diagnostic radiologique en pathologie pulmonaire. — 11 février. Dr Bar ety : Les indications thérapeutiques dans la tuberculose pulmonaire.

CHAIRE DE TECHNIQUE CHIRURGICALE.

Professeur : M. P. Moulonguet.

Cours destiné aux internes nouvellement nommés et portant sur les éléments de la technique opératoire. — Mardi 12 novembre 1946. Mise en place du champ opératoire. — Mercredi 13 novembre. Matériel de suture et de ligature. — Jeudi 14 novembre. Sutures du tube digestif. — Vendredi 15 novembre. Sutures du tube digestif. — Samedi 16 novembre. Sutures du tube digestif. — Lundi 18 novembre. Sutures du tube digestfi. — Mardi 19 novembre. Gastrostomie ; iléostomie, colostomie. — Mercredi 20 novembre. Incision et fermeture de la paroi abdominale. Drainage. — Jeudi 21 novembre. Hémostase. — Vendredi 22 novembre. Ostéosynthèse. — Samedi 23 novembre. Ostéosynthèse.

Les cours auront lieu à 18 heures au Laboratoire de la Chaire. Les techniques seront répétées sur le chien par les internes.

Mutualité Familiale.

L'Assemblée générale extraordinaire prévue pour délibérer sur une modification des statuts aura lieu le vendredi 29 novembre à 17 heures.

Réunion du Conseil d'Administration du 14 octobre 1946. — Présents : MM. O'Followell, président ; H. Mignon, vice-président ; Lavalée, secrétaire général ; J. Mignon, trésorier-adjoint ; Chevallier.

La séance est ouverte à 17 heures.

Le procès-verbal de la précédente séance est approuvé à l'unanimité.

Aucune réclamation ne s'étant élevée contre les admissions proviso res prononcées en juillet dernier, celles-ci deviennent définitives.

Sur le rapport du secrétaire général, les admissions provisoires suivantes sont prononcées :

Le Concours Médical
Hebdomadaire fondé en 1879 par A. Cézilly.
Directeur honoraire : Docteur J. Nepa
Directeur : Dr G. LAVALÉE.
Rédacteur en Chef : Dr G. FISCHER
RÉDACTION, ADMINISTRATION ET PUBLICITÉ, 37, rue de Bellefond, Paris (9e).
Téléphone : TRU 33-66. R. C. Seine 76.579.
Chèques postaux. Paris 167-95.
ABONNEMENTS
1 an, 400 francs - Etudiants, 200 fr. Le N° 15 fr. Changement d'adresse, 5 francs.





MM. Bertin (M.-et-M.) ; Blanc (Lozère) ; Boiron (Jura) ; Cahen-Paschoud (Haute-Savoie) ; Darbord (Dordogne) ; Delahousse (Nord) ; Hinschberger (Moselle) ; Leraillez (Isère) ; Menguy (Cher).

Le secrétaire général propose de relever à 300 fr. les honoraires alloués aux examinateurs. Adopté.

Le Conseil confirme sa décision, afin de réduire les frais généraux, de ne plus adresser de quittance pour le paiement des cotisations, les talons de mandats et de chèques pouvant valablement en tenir lieu.

M. Jean Mignon expose ensuite les modalités de certaines modifications aux statuts qui seront proposées à l'Assemblée générale extraordinaire prévue pour le vendredi 29 novembre prochain.

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée à 18 h. 15.

Le secrétaire général,
G. LAVALÉE.

Un Syndicat National des Médecins experts près les tribunaux de première instance et les Cours d'Appel de France vient d'être constitué. Il a l'intention de demander son affiliation à la Confédération des Syndicats médicaux français, et a élu comme bureau provisoire : Président : Pr Mazel, Lyon ; vice-présidents : Pr Piedelièvre, Dr Coutela, Paris ; secrétaires généraux : Pr Muller, Lille ; Dr Desplats, Paris.

Les demandes d'inscription doivent être envoyées d'urgence au Pr Muller, 14, rue de Friedland, Lille.

Chambre Syndicale des Médecins de la Seine.

QUESTION DU LAIT.

La Chambre Syndicale des Médecins de la Seine a été informée que les Services du Ravitaillement ne pourraient mettre à la disposition des mères, pour leurs nourrissons, qu'un nombre réduit de boîtes de lait de conserve, et particulièrement de lait concentré sucré, étant donné l'approvisionnement et les stocks insuffisants pour les mois à venir.

La Chambre Syndicale des Médecins de la Seine, en présence de cette situation, se permet d'inviter les médecins à conseiller, pendant les premiers mois au moins, l'allaitement maternel, sauvegarde de la santé des nourrissons, et à n'ordonner qu'avec des indications médicales précises, des laits de conserve ou de régime en cas d'insuffisance absolue pour le lait naturel.

Elle regrette que, deux ans après la Libération, les pouvoirs publics n'aient pas eu une politique du lait correspondant aux nécessaires besoins de sécurité de la population infantile.

(*Communiqué.*)

Syndicat médical de Seine-et-Oise.

TARIFS :

a) *Honoraires minima de Pratique courante :* A dater du 1er octobre 1946, le tarif de responsabilité des Caisses (honoraires minima de pratique courante), applicable au département de Seine-et-Oise, a été augmenté pour les zones urbaine et rurale.

Cette augmentation ayant eu lieu en accord avec les représentants de la Sécurité sociale, les malades assurés sociaux bénéficieront d'un remboursement égal à 80 % du nouveau tarif.

b) *Accidents du Travail agricole :* Un arrêté en date du 27 juillet 1946 (*J. O.* du 31 juillet 1946) stipule :

Article premier : Les tarifs de responsabilité des caisses mutuelles d'assurances sociales agricoles sont applicables dès leur entrée en vigueur au payement des honoraires et frais accessoires dus aux praticiens et aux auxiliaires médicaux pour les soins de toute nature donnés aux victimes d'accidents du travail.

Une circulaire de la Caisse centrale d'Assurances mutuelles agricoles précise :

Quant à la date d'application de ce tarif au régime des Accidents du travail agricole, elle sera *celle de*

Vitamine B2
(Lactoflavine)
BÉFLAVINE
"ROCHE"
Ophtalmologie. Peau et muqueuses
Gastro-entérologie
Troubles de croissance du nourrisson
PAR VOIE BUCCALE : DRAGÉES DOSÉES A 5 MILLIG. 2 A 4 PAR JOUR
PAR VOIE INTRAMUSCULAIRE : AMPOULES DE 2 CM3 DOSÉES A 10 MILLIG. UNE PAR JOUR
Produits "ROCHE" 10 rue Crillon, PARIS 4e

OPOTHÉRAPIE SÉRIQUE
DÉCHÉANCES ORGANIQUES, ANÉMIES.
SPECTROL
SÉRUM HÉMOPOIÉTIQUE FRAIS DE CHEVAL
(Sirop)
Agent de Régénération hématique, de Leucopoièse et de Phagocytose
DESCHIENS, Docteur en Pharmacie, 9, Rue Paul Baudry, PARIS (8e)

CALMOPELVINE
Dragées
ANTISEPTIQUE URINAIRE
LABORATOIRES FERGANT
81, Rue Réaumur, PARIS - Tél. : Central 37-91

l'entrée en vigueur dans chaque département du nouveau tarif de responsabilité des Caisses d'Assurances sociales.

c) Art.-64 : (*Soins aux Victimes de Guerre*) : Un arrêté en date du 20 août 1946 (*J. O.* du 24 août 1946) stipule :

Article premier : Les honoraires et tarifs homologués ou fixés par la Commission nationale instituée à l'article 10 de l'ordonnance n° 42-2454 du 19 octobre 1945, et siégeant en matière de sécurité sociale au Ministère du Travail, sont applicables aux soins donnés aux bénéficiaires de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919 sous réserve d'un abattement forfaitaire de 20 % sur les honoraires de la consultation et de la visite.

VACCINATIONS OBLIGATOIRES ANTIDIPHTÉRIQUES, ET ANTITÉTANIQUES :

Selon des instructions du Ministre de la Santé publique et de la Population, le taux de rémunération concernant les vaccinations obligatoires antidiphtériques et antitétaniques sera à compter du 1er octobre 1946 :

a) Médecins conventionnés : 8.000 par mois.

b) Médecins praticiens :

Pour les séances ne comprenant pas plus de 10 enfants :

Première injection	20	»
Injections suivantes, par injection	10	»

Pour les séances de 10 à 20 enfants :

Première injection	20	»
Injections suivantes, par injection	8	»

Pour les séances de plus de 20 enfants:

Première injection	16	»
Injections suivantes, par injection	8	»

QUALIFICATION DES SPÉCIALISTES :

Nous rappelons que l'arrêté du 9 août 1946, paru au *J. O.* du 23 août dernier, dispose en son article 2 que la liste des médecins spécialistes qualifiés prévue à l'article 22 de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels est établie par le Directeur Régional de la Santé, sur proposition du Syndicat médical départemental après avis du Conseil Régional de l'Ordre et du *Syndicat National de chaque catégorie de spécialistes intéressés.*

HOPITAUX DE SEINE-ET-OISE : AVIS DE VACANCES.

A l'Hôpital Hospice de Rambouillet : poste d'Ophtalmologiste et d'O.R.L. ;

A l'Hôpital Hospice de Versailles : poste de Médecin phtisiologue ;

A l'Hôpital Stell de Rueil-Malmaison : poste de Chirurgien-chef.

A l'Hôpital Général d'Eaubonne : poste de Chirurgien.

A l'Hôpital Hospice de Dourdan : poste d'O.R.L.

Les demandes des candidats éventuels, accompagnées de leur état-civil et d'une notice précisant leurs titres et qualités, devront être adressées à la Direction départementale de la Santé, 25, boulevard du Roi, à Versailles. (*Communiqué.*)

La nouvelle réglementation de la pénicilline.

I. COMMUNIQUÉ DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE.

— Actuellement, tout malade, quelle que soit l'affection dont il est atteint, peut être traité à domicile par le médicament s'il est justiciable de cette thérapeutique. Il peut se procurer le produit dans une officine de ville et non plus dans un hôpital, sans avoir à demander aucune autorisation de l'Administration. La pénicilline lui sera délivrée sur production de l'ordonnance médicale que le pharmacien conservera. Les Maisons de Santé ne sont plus astreintes, pour la fourniture du médicament, à s'adresser exclusivement aux officines qu'elles avaient choisies en application de la circulaire n° 117, du 15 mai, et qui avaient reçu un contingent de pénicilline destiné à leur usage. Des dispositions particulières ont été prises

ENTEROSPASMYL
Logeais
FOIE
SIMPLE
HÉPATIQUE
MUCILAGINEUX
INTESTINAL
INTESTIN
GRANULÉ VITAMINÉ
n'est pas un charbon
LABORATOIRES JACQUES LOGEAIS - ISSY-LES-MOULINEAUX - PARIS

pour que le médicament soit détenu dans les conditions voulues de température.

D'autre part, les pharmacies des hôpitaux légalement gérées et disposant des moyens de conservation requis sont autorisées à recevoir de la pénicilline, mais elles ne peuvent obtenir leur stock initial que sur attestation du Ministère de la Santé publique (Service central de la Pharmacie, 45, rue Cardinet) auquel elles doivent adresser leur demande.

II. COMMUNIQUÉ DE LA CONFÉDÉRATION DES SYNDICATS MÉDICAUX FRANÇAIS (22 OCTOBRE 1946).

A. *Répartition de la pénicilline.*

La pénicilline sera confiée en stock à des pharmacies pourvues de frigorifiques. Dans les grandes villes, ces pharmacies constitueront 25 % environ du chiffre des pharmacies de la ville. Les autres pharmaciens pourront délivrer la pénicilline par entente avec ceux d'entre eux qui possèdent un frigidaire. La distribution, de ce fait, devient pratiquement libre sous réserve de l'ordonnance médicale.

B. *Composition de la pénicilline.*

La pénicilline actuelle comprend au moins 90 % de pénicilline G, la plus active.

C. *Conservation de la pénicilline.*

La pénicilline actuelle peut être conservée au moins dix jours sans être mise dans la glace.

Il est cependant indiqué de ne pas la mettre dans un endroit chaud. Un simple garde-manger est parfaitement suffisant.

La pénicilline, une fois dissoute, se conserve dans les mêmes conditions, environ quarante-huit heures. Au bout de ce temps, elle n'a perdu que 10 % environ de son activité. Si les médecins veulent bien prendre la précaution d'employer, dans la journée, la pénicilline après l'avoir fait dissoudre, on peut considérer que la conservation dans un endroit simplement frais tel qu'un garde-manger est tout à fait suffisante.

La Société amicale des Médecins alsaciens se réunira le dimanche 10 novembre à 12 h. 30. La réunion sera suivie d'un déjeuner auquel assisteront les membres de la Société des Alsaciens de Paris et des principales sociétés alsaciennes, chez Jenny, 39, boulevard du Temple. Métro : République. Adhésions : Dr Schmitt, Les Charmilles, Valenton (Seine-et-Oise).

Naissances.

On nous annonce la naissance de : *Claude Brun*, deuxième enfant du docteur Brun, Saint-Gervais-les-Bains (Haute-Savoie) ; *Dominique Darbord*, seconde fille du docteur Darbord, Thénon (Dordogne) ; *Janine Samsœn-Descarpentries*, quatrième enfant du docteur M. Samsœn-Descarpentries, Roubaix (Nord) ; *Jean-Baptiste Glotin*, fils du docteur Glotin (Ingrandes (Maine-et-Loire) ; *Michelle Journoud*, troisième enfant du docteur Journoud, Saumur ; *Claude* et *Alain Fortin*, quatrième et cinquième enfants du docteur Fortin, Lambézellec (Finistère).

Nous apprenons la naissance de :

Odile, deuxième enfant du Dr M. Deveau, Pouzauges (Vendée) ; Dominique, fils du Dr M. Dumas, Verrières (Vienne) ; François, troisième fils du Dr A. Morel, Romans (Drôme) ; Michel, deuxième enfant du Dr Perrimond, Briouze (Orne).

Mariage.

Le docteur *Roger Diala* fait part de son mariage avec Mlle *Anny Corbière*, Saint-Céré (Lot).

Nécrologie.

Le docteur *Cadier* a la douleur d'annoncer la mort de sa fille *Liliane*, à l'âge de 8 ans, Pau.

Décès.

Nous apprenons le décès de :

Mme Charles Lacoste, épouse du Dr Ch. Lacoste, mère du Dr H. Lacoste (Bagnères-de-Bigorre).

M. Et. Robin, de la part du médecin-lieutenant-colonel A. Robin et du Dr M. Robin (Limoges).

IPECOPAN
Calme la toux
Facilite l'expectoration
LABORATOIRES SANDOZ
15, Rue Galvani et 20, Rue Verdier, PARIS (17e)

POMMADE VACCIN AUX ANTIVIRUS
MÉTA-VACCIN
Ne lèse pas les tissus — N'engendre aucune réaction de défense des Agents bactériens.
ACTION DU REMÈDE / RÉSISTANCE DES MICROBES = K. CONSTANTE
Le MÉTA-VACCIN évolue dans son action en même temps qu'évoluent les moyens de défense des germes pathogènes.
LABORATOIRES PAUL MÉTADIER, Dr Ph. — TOURS

OXYURYL
VIOLET DE GENTIANE
Laboratoires A. MARIANI, 10, rue de Chézy, NEUILLY - PARIS

A L'OFFICIEL TRAVERS

ASSURANCES SOCIALES

Décret du 16 octobre 1946 fixant la composition du comité technique d'action sanitaire et sociale.

(*J. O.*, 18 octobre 1946.)

Une loi du 24 octobre 1946 réorganise les contentieux de la sécurité sociale et de la mutualité sociale agricole.

Nous consacrerons prochainement un article à l'exposé et au commentaire des dispositions de cette loi.

(*J. O.*, 25 octobre 1946.)

CONTROLE MEDICAL SCOLAIRE

Arrêté ministériel du 18 octobre 1946 sur le financement du contrôle médical dans les établissements d'enseignement du second degré et technique.

(*J. O.*, 23 octobre 1946.)

EDUCATION PHYSIQUE

Arrêté ministériel du 15 octobre 1946 désignant une commission chargée d'examiner les thèses et travaux se rapportant à la médecine appliquée à l'éducation physique et aux sports et susceptibles de recevoir des récompenses sous forme de prix.

(*J. O.*, 26 octobre 1946.)

INFIRMIERES

Décret du 16 octobre 1946 rendant applicable à l'Algérie la loi du 8 avril 1946 relative à l'exercice des professions d'assistantes ou d'auxiliaires de service social et d'infirmières ou d'infirmiers.

Article premier. — La loi du 8 avril 1946 relative à l'exercice des professions d'assistantes ou d'auxiliaires de service social et d'infirmières ou d'infirmiers est rendue applicable à l'Algérie sous réserve des modifications suivantes :

« Art. 2. — 1° Les personnes titulaires soit de l'un des brevets d'infirmières ou d'infirmiers délivrés en application du décret du 27 juin 1922, soit du diplôme unique délivré depuis le décret du 18 février 1938, soit du diplôme d'infirmière visiteuse coloniale, créé par arrêté du gouverneur général de l'Algérie du 30 janvier 1930, modifié par l'arrêté du 12 avril 1930, soit du diplôme d'auxiliaire médico-sociale créé par l'arrêté su gouverneur général de l'Algérie du 14 novembre 1945.

« Art. 5. — 1° Aux personnes pourvues de certificats, titres ou attestations dont la liste et les conditions de validité seront fixées par arrêté du ministre de la Santé publique :

« 2° Aux personnes titulaires du brevet d'infirmière visiteuse indigène d'hygiène sociale, créé par arrêté ministériel du 3 mai 1934 aux personnes titulaires du diplôme d'infirmière de l'assistance publique algérienne créé par arrêté du gouverneur général de l'Algérie du 14 novembre 1945.

« Art. 13 (§ 3). — Les candidats doivent déposer leur demande à la préfecture de leur résidence dans les trois mois à dater de la publication du présent décret ». (*J. O.*, 25 octobre 1946.)

le premier pansement biologique français

MITOSYL

stimule les mitoses cellulaires

PATE AUX VITAMINES A & D

HUILE DE FOIE DE MORUE ET DE FLÉTAN

CICATRISANT ESTHÉTIQUE RAPIDE

plaies brûlures ulcères

dermatoses prurigineuses
dermatoses croûteuses

eczéma du nourrisson
érythème fessier

Laboratoires DÉLAGRANGÉ, 39, Boulevard de la Tour-Maubourg, PARIS (7e)

SANTE PUBLIQUE

Décret du 16 octobre 1946 portant application de l'article 13 de l'ordonnance du 1er octobre 1945 en ce qui concerne l'Institut du cancer.

Article premier. — L'ordonnance du 1er octobre 1945 relative à l'organisation des centres de lutte contre le cancer s'applique au centre anticancéreux de l'institut du cancer, en tenant compte des modalités et dérogations fixées ci-après.

Art. 2. — Pour exercer l'activité définie à l'article 2 de ladite ordonnance, l'organisation du centre anticancéreux de l'institut du cancer comporte:

1° Un service médico-technique dont le personnel est recruté suivant les conditions fixées par les articles 4 et 5 de l'ordonnance du 1er octobre 1945 et qui assure le fonctionnement médical de la section hospitalière visée ci-dessous.

2° Un service médico-légal comptant au minimum trois assistantes sociales et une secrétaire.

Le centre s'assurera, en outre, la disposition :

1° D'un service hospitalier suivant les termes d'une convention passée avec le département de la Seine et qui comprendra notamment des services de consultations, de roentgenthérapie, de curiethérapie, de chirurgie, des salles communes et des chambres particulières d'hospitalisation, ainsi que le personnel hospitalier, y compris les internes et, le cas échéant, les externes du cadre départemental ;

2° Des laboratoires suivant convention passée avec l'Université de Paris pour permettre les recherches sur l'étiologie, la prophylaxie et la thérapeutique du cancer, et effectuer les examens courants.

Art. 3. — Le service hospitalier ci-dessus désigné, compte tenu des dispositions de l'article 5 ci-après, reste soumis à l'autorité du préfet de la Seine et du conseil général du département. Il est administré conformément aux règlements en vigueur pour les autres établissements départementaux.

Art. 4. — Par dérogation aux dispositions de l'article 3 de l'ordonnance du 1er octobre 1945, le centre anticancéreux de l'institut du cancer est géré par un conseil d'administration de quinze membres, composé ainsi qu'il suit :

Le préfet de la Seine, ou son délégué, président;

L'inspecteur général de la santé, chargé de la direction départementale de la Santé de la Seine, vice-président ;

Le doyen de la Faculté de médecine de Paris ;

Le président du conseil d'administration de la fondation pour le développement de l'institut du cancer ;

Un professeur de la Faculté de Médecine de Paris ;

Le directeur des affaires départementales à la préfecture de la Seine, ou son représentant ;

Deux membres du conseil général de la Seine ;

Un membre du conseil municipal de Paris ;

Un délégué de l'union régionale des caisses de sécurité sociale ;

Le directeur du centre.

Quatre membres du comité technique ;

Le directeur administratif du groupe hospitalier dont fait partie le service hospitalier du centre assiste aux séances avec voix consultative.

Art. 5. — Le directeur du centre anticancéreux...

... .

... est assisté d'un sous-directeur choisi parmi le personnel médical du centre et nommé par le conseil d'administration.

... .

(*J. O.*, 18 octobre 1946.)

SECURITE SOCIALE

Circulaire du Ministre du Travail du 12 octobre 1946 fixant les nouveaux tarifs de responsabilité des caisses de sécurité sociale.

J'ai l'honneur de vous faire connaître que la commission nationale des tarifs prévue à l'article 10 de l'ordonnance du 19 octobre 1945 a, dans sa

PHENEGIC

PAQUETS - COMPRIMÉS

A base de PHÉNOTHIAZINE

actif contre :

OXYURES - ASCARIS

L'EQUILIBRE BIOLOGIQUE S. A.

(Association Technique Pharmaceutique et Equilibre Biologique réunis)

à COMMENTRY (Allier) R. C. Montluçon 10416 B

PERVOSINE

GOUTTES

A base de plantes indigènes fraîches

Médication générale contre :

TROUBLES de la CIRCULATION

PASSIFLORINE

Le médicament des cœurs instables

La PASSIFLORINE

par sa composition atoxique

PASSIFLORE, AUBÉPINE, SAULE

est un calmant

du Système végétatif

et un

Régulateur toni-cardiaque

La PASSIFLORINE

est le grand remède phytothérapique

de l'Eréthisme cardiaque

avec

Palpitations et Tachycardie

Laboratoire G. RÉAUBOURG, Dr en Phie

115, Rue de Paris - BOULOGNE-sur-SEINE

séance du 4 octobre courant, décidé de relever les tarifs des honoraires médicaux qu'elle avait fixés par voie d'autorité au cours de sa séance du 6 mai 1946 en ce qui concerne les départements dans lesquels aucune convention n'est intervenue entre la caisse régionale de sécurité sociale et le syndicat médical.

Ces tarifs, tels que la commission les a relevés, figurent au tableau I ci-annexé.

Par ailleurs, la commission nationale a décidé de donner son approbation au relèvement des tarifs proposé d'un commun accord par la caisse régionale de sécurité sociale de Paris et le syndicat des médecins de Seine-et-Oise, dans le cadre de la convention intervenue entre ces deux organismes.

Ces tarifs figurent au tableau II ci-annexé.

Enfin, la commission nationale a approuvé, au cours de la même séance, les tarifs inclus dans la convention intervenue entre la caisse régionale de sécurité sociale de Paris et le syndicat des sages-femmes de la Seine, de la Seine-et-Oise et de la Seine-et-Marne. Ces tarifs figurent au tableau III ci-annexé.

Il vous appartient, dès réception de la présente circulaire, de prendre toutes dispositions utiles pour que les décisions de la commission reçoivent le maximum de publicité, tant auprès des organismes de sécurité sociale que des assurés eux-mêmes.

A. CROIZAT.

TABLEAU I : **Tarifs fixés d'office**

pour l'ensemble des départements n'ayant pas passé convention sauf pour (1)

	C	V	VD	VN	PC	K	IK (3)	Forfait d'accouchement Simple	Forfait d'accouchement Gémellaire	Date d'effet
	fr.	fr.	fr.	fr.	fr.	fr.	fr.	fr.	fr.	
A. — Départ Seine, Lyon et banlieue (2), Marseille.	120	140	250	350	80	80		3.500	4.500	20 octobre 1946
B. — Ensemble des départements	90	110	200	300	70	70		2.200	3.000	20 octobre 1946

(1) Haut-Rhin, Bas-Rhin, Moselle.

(2) Villeurbanne, Bron, Saint-Fons, Venissieux, la Mulatière, Oullins, Sainte-Foy-les-Lyon, Tassin-la-Demi-Lune, Ecully, Saint-Rambert, Caluire et Cuire.

(3) 12, plaine ; 15, montagne ; 18, haute montagne ; 36, cas exceptionnels. Les cas exceptionnels sont ceux où le médecin est, par suite de la mauvaise viabilité ou des intempéries, dans l'obligation d'effectuer plus d'un kilomètre à pied.

Il doit être tenu compte, pour le classement des localités dans l'une des quatre catégories, de l'arrêté du 5 mai 1939, (*Journal Officiel* du 18 mai 1939) concernant les frais médicaux en matière d'accidents du travail.

KALANOSE
LES LABORATOIRES
BOUCHET
LAXATIF DOUX
Rééducateur des Fonctions Intestinales et Biliaires
SANS ACCOUTUMANCE
SANS CONTRE-INDICATION
★
ENTÉROKINASE • HÉPATINE • BILE
BOURDAINE • ISATINE • LEPTENDRA • BELLADONE
★
1 A 3 DRAGÉES AU REPAS DU SOIR
153-155 · AVENUE DU ROULE - NEUILLY/SEINE
TÉL : MAILLOT 05-17-58-36

TABLEAU II : Tarifs inclus dans l'avenant
à la convention signée par le Syndicat des Médecins de Seine-et-Oise
et approuvés par la Commission Nationale des Tarifs

	C	V	VD	VN	PC	K	IK	Date d'effet
	francs	francs	francs	francs	francs	francs	francs	
Seine-et-Oise :								
Zone I (1)	130	160	250	350	90	90	»	20 octobre 1946
Zone II	110	140	200	300	90	90	20	20 octobre 1946

TABLEAU III : Tarifs des sages-femmes inclus dans une convention
et approuvés par la Commission Nationale des Tarifs

	Forfait d'accouchement		S. F.	I. K.	Date d'effet
	Simple	Gémellaire			
	francs	francs	francs	francs	
Seine	3.500	4.500	60	»	20 octobre 1946
Seine-et-Oise :					
Zone I (2)	3.500	4.500	60	»	20 octobre 1946
Zone II (reste du département).....	3.000	4.000	50	10	20 octobre 1946
Seine-et-Marne	3.000	4.000	50	10	20 octobre 1946

(1) La zone I s'étend sur un périmètre d'environ 25 km. de Paris. Elle comporte les trois cantons de Versailles, les cantons de Boissy-Saint-Léger, Corbeil, Longjumeau, Villeneuve-Saint-Georges, Aulnay-sous-Bois, Ecouen, Gonesse, l'Isle-Adam, Montmorency, Poissy, Saint-Germain-en-Laye, le Raincy, Taverny, Sèvres, Mantes.

(2) La zone I est la même que celle prévue dans la convention médicale de Seine-et-Oise.

ne manquent pas
HORMOCRINOL
(F) et (M)
Médication Thyro-génitale
associée aux électrolytes activateurs
PHOSPHORE et POTASSIUM
TROUBLES DU MÉTABOLISME
RHUMATISME ENDOCRINIEN
TROUBLES GÉNITAUX ET
CIRCULATOIRES
6 à 8 comprimés par jour
GOSSYPIOL
MAURIN
16 DRAGÉES en deux jours
déterminent les règles et
calment les douleurs
Laboratoires JAMMES, 86, r. Michel-Ange, Paris

Révulsif Fouchère

DEUX FORMES :
EMULSION : Adultes
POMMADE : Bébés, Enfants et Adultes
à épiderme sensible
LABORATOIRES FOUCHÈRE
RIVE-DE-GIER (Loire)

CHLORO-MAGNESION
Asthénie - Modificateur du Terrain
DRAGEVAL
Insomnies - Anxiété
FER-OVARINE VITALIS
Insuffisances ovariennes
TENSORYL
Hypertension artérielle
FER-ANDRINE VITALIS
Infantilisme - Carence sexuelle
DESCOURAUX et Fils, 52, Boulevard du Temple, PARIS



Traitement local, pratique et rationnel des maladies de l'estomac, de l'intestin et des toxi-infections gastro-intestinales par le

BIS-KA-MA

Silicate de Magnésie, Oxyde de Titane, Huile de Paraffine, Magnésie légère, Kaolin colloïdal, Gommes mucilagineuses.

3 FORMES

Poudre	ESTOMAC : 1 cuillérée à café dans un peu d'eau avant les 3 principaux repas. INTESTIN : 1 cuillérée à potage le matin à jeun dans un verre d'eau.
Pansement recto-colique pour lavement (granulé)	INTESTIN : Adultes et enfants au-dessus de 12 ans une mesure de granulé délayée dans 5 cuillérées à potage d'eau bouillie tiède, ou 2 mesures délayées dans 10 cuillérées d'eau tiède selon le siège des lésions.
Suppositoires	Sauf indications spéciales du médecin : 1 suppositoire après l'évacuation des selles et 1 suppositoire le soir en se couchant.

SITSA

LABORATOIRES S.I.T.S.A.
(S. A.)
Docteur PIERRE ROLLAND
Ancien Chef de Laboratoire à la Faculté de Médecine de Paris
Pharmacien
15, Rue des Champs, **ASNIÈRES**
(Seine)

QUELLES SONT LES INDICATIONS DU LAIT CONCENTRÉ SUCRÉ ?

Pour l'enfant bien portant :

Alimentation mixte ou régulière.

Pour l'enfant malade :

Vomissements,
Pylorospasme,
Dyspepsie aiguë,
Hypotrophie,
Dystrophie et atrophie.

●

Dosage : Pour fournir à l'enfant 100 calories, donner 30 gr. de Lait concentré sucré, dilués dans 150 gr. d'eau bouillie ou de décoction farineuse.

TRAITEMENT RATIONNEL de toutes formes de l'

OBÉSITÉ

et des troubles annexes

par **DELLOVA**

à base d'extraits opothérapiques — renforcés par un laxatif —

2 formes { CACHETS : 1 à 2 par jour
COMPRIMÉS : 2 à 4 par jour

Laboratoire C. LAFOSSE, 48, *Avenue de la République* - PARIS

VULCASE

CONSTIPATION
DERMATOSES

COMPRIMÉS LAXATIFS cholagogues soufrés

LABORATOIRES BRISSON
Dr DEDET & Cie, Pharmaciens
Anc. Internes des Hôpit. de Paris
157, rue Championnet, PARIS (18e)

CONTRE
LA DYSPNÉE SPASMODIQUE
un adrénalinique nouveau
ÉPROUVÉ DANS L'ASTHME BRONCHIQUE

ALEUDRINE

SULFATE DE DIOXYPHÉNYLÉTHANOLISOPROPYLAMINE

NÉBULISATIONS AÉROSOLS
ALEUDRINE SOLUTION

ADMINISTRATION PERLINGUALE
ALEUDRINE TABLETTES

LABORATOIRES M.R. BALLU
104, RUE DE MIROMESNIL - PARIS 8e

DUNA-PHORINE

SELS ORGANIQUES DE MORPHINE
ADAPTÉS A CHAQUE EXIGENCE

RAPIDE
MIXTE
LENTE
3 formules

Ampoules de 1 cc. à 1 % et 2 %
Tableau B

LES LABORATOIRES BRUNEAU & Cie
17, RUE DE BERRI — PARIS

ANÉMIES - ANOREXIE AMAIGRISSEMENT
SURMENAGE INTELLECTUEL ET PHYSIQUE
CARENCES MARTIALE ET CALCIQUE
CONVALESCENCE

FERVALÈNE

Comprimés dragéifiés

Calcium et Fer assimilables + Kola

MODE D'EMPLOI

Adultes : 2 comp. avant chaque repas 2 à 3 fois par jour
Enfants : 1 comp. avant chaque repas 2 à 3 fois par jour

INSUFFISANCE RÉNALE - NÉPHRYTES - AZOTÉMIE
ALBUMINURIES - HYPERTENSION - ŒDÈMES
MANIFESTATIONS ANAPHYLACTIQUES
ÉPANCHEMENTS SÉREUX
MALADIES INFECTIEUSES - DÉMINÉRALISATION

NÉPHRALBINE

Cachets et comprimés

MODE D'EMPLOI | **Adultes :** 3 à 6 par jour
Enfants : 1 à 3 par jour

La NÉPHRALBINE est, dans la plupart des cas, supérieure à la théobromine

LABORATOIRE ROBERT FAURE, 2, rue Carnot, MELUN (S.-et-M.)

PARTIE SCIENTIFIQUE

LE TRAITEMENT D'ATTAQUE DE LA SYPHILIS PAR LE BISMUTH

par le Dr Et. LORTAT-JACOB

LA fréquence des accidents graves survenant au cours des cures arsenicales dans le traitement d'attaque de la syphilis pose un cas de conscience que certains syphiligraphes n'ont pas encore résolu.

Y a-t-il danger à attaquer une syphilis primo-secondaire par le bismuth seul ?

L'avenir du syphilitique est-il compromis du fait que son traitement d'attaque semble avoir été moins énergiquement conduit ?

L'arsenic est-il indispensable au blanchiment rapide d'une syphilis récente ?

Toutes ces questions méritent qu'on s'y arrête étant donnée la lourde responsabilité que fait peser aujourd'hui sur le praticien l'augmentation considérable des accidents mortels de l'arsénothérapie — en particulier de l'apoplexie séreuse, que rien ne peut faire prévoir, des érythrodermies vésiculo-œdémateuses qui surviennent en dehors de toute faute de posologie thérapeutique.

M. Sézary a apporté, à une récente réunion de la Société de dermato-syphiligraphie, une statistique fort importante d'où il découle que le maximum de chance de guérison de la syphilis primo-secondaire est fonction de la vigueur du traitement d'attaque. Sa statistique montre l'action indiscutable et rapide du traitement mixte arséno-bismutique en se basant uniquement sur la négativation des réactions sérologiques.

Les beaux résultats rapportés par M. Sézary ne font pas pâlir les statistiques des syphiligraphes, peut-être timorés, qui redoutent l'emploi de l'arsenic.

En effet, j'ai eu l'occasion depuis douze ans de traiter, par le bismuth seul, cent cinquante syphilis primo-secondaires, et de suivre sérologiquement ces malades pour juger de l'action thérapeutique.

Quatre-vingt-dix syphilis primaires à sérologie positive ont été soumises à une cure bismuthique, à savoir vingt injections de bismuth oléosoluble — **trois injections** par semaine pendant la première moitié de la série, puis deux injections par semaine, pendant la deuxième moitié de la série, c'est-à-dire une dose totale de 1 gr. 40 de bismuth métal pour la première série. Après trois semaines de repos, quatre-vingt-huit malades présentaient des réactions sérologiques (Wasserman, Hecht, Kahn) totalement négatives. Deux avaient des réactions partiellement positives.

Soixante malades atteints de syphilis secondaire ont subi le même traitement (série de 1 gr. 40 de bismuth oléosoluble). Cinquante ont été totalement négativés. Dix sont restés partiellement positifs.

En résumé, 98 % de syphilis primaires et 84 % de syphilis secondaires sont négativées par le traitement d'attaque bismuthique, dès la première série.

Toutes les réactions sérologiques sont devenues négatives après la deuxième série de bismuth, faite au même rythme, aux mêmes doses.

Cette courte statistique est en tous points superposable à celle rapportée par M. Sézary.

Il ne semble donc pas que le traitement " orthodoxe " mixte conjugué arséno-bismuthique ait une action plus efficace et plus rapide que le bismuth seul.

A condition, toutefois, que la série bismuthique comporte une dose minima de 1 gr. 40 de bismuth oléosoluble, et que les injections soient faites au rythme de trois par semaine, tout au moins pendant la première moitié de la série.

Le traitement d'attaque de la première année comprend donc uniquement des cures bismuthiques de vingt injections alternées avec un mois de repos entre chaque série.

Il ne semble pas que les stomatites soient plus fréquentes ni à cette dose totale, ni à ce rythme tri-hebdomadaire, si le malade averti redouble ses soins buccaux et surtout, si le détartrage des dents a été fait avant d'entreprendre la série. Quant aux accidents rénaux, en dehors des cas où les malades présentaient une fragilité rénale qui doit rendre prudent toute thérapeutique, jamais je n'ai observé d'accidents imputables à la cure bismuthique.

En résumé, la cure bismuthique seule remplace avantageusement la cure arséno-bismuthique conjuguée, dans le traitement d'attaque de la syphilis.

Le bismuth a le même pouvoir de négativer les réactions sérologiques, et au rythme que nous préconisons, la même action cicatrisante sur les lésions syphilitiques.

Il a, par contre, un avantage qui n'est pas négligeable, celui de mettre le malade à l'abri des accidents mortels de l'arsénothérapie.

REMARQUES A PROPOS DE CUTI-RÉACTION

(Extrait d'un travail adressé à l'Académie des Sciences de Lyon en janvier 1946)

Actuellement, on attache une grosse importance à la cuti-réaction à la tuberculine, et, pourtant, son interprétation est très sujette à caution. Calmette et Petter en étudiant (1924) 19 tuberculines, de provenance différente, remarquèrent que leur activité variait dans des proportions incroyables. Plusieurs auteurs américains n'acceptent pas la notion du rôle protecteur de l'allergie. Certains, dont Nyers et ses collaborateurs (cf. " Presse médicale " du 19 janvier 1946, p. 37), non seulement la nient, mais la déclarent préjudiciable.

Tout d'abord, comme le fait remarquer A. Lumière, il est incompréhensible que la cuti-réaction positive soit considérée, dans certains cas, comme un signe d'infection, et dans d'autres cas comme le témoin d'une résistance à cette infection.

Pour A. Lumière, correspondant de l'Académie, la preuve est faite que la cuti-réaction positive est un phénomène purement anaphylactique (cf. ses travaux sur la question).

Pour Carton, ancien interne des hôpitaux de Paris, si la pénétration des bacilles de Koch est habituelle en nous, la germination tuberculeuse (cf. son livre " La Tuberculose par arthritisme ") n'en reste pas moins exceptionnelle. Pour lui, les meilleures graines ne peuvent germer sur le roc, et c'est pourquoi il est juste de dire que dans toute infection, c'est le vice humoral qui est initial et la pullulation microbienne qui est secondaire.

Pour le Dr J. Tissot, professeur honoraire de physiologie générale au Muséum National d'Histoire Naturelle, la tuberculine est simplement la toxine de la culture de tuberculose ; sa constitution ne diffère pas de celle des toxines diphtérique ou tétanique et ce sont les mêmes éléments, les zymospores (cf. ses travaux, Ier tome " Constitution des Organismes Animaux et Végétaux. Causes des Maladies qui les atteignent " en 1926 ; 2e tome en 1936 " Cause et Nature de la Tuberculose "; 3e tome à paraître prochainement en 1946), qui lui confèrent son pouvoir toxique ; elle ne diffère de ces dernières toxines que par le traitement qu'elle a subi et la température de 100° (pour de nombreuses espèces, la température de 100° ne tue pas les zymospores et ne leur enlève pas le pouvoir de reconstitution de la culture initiale intégrale) à laquelle elle a été soumise. La tuberculine ou toxine tuberculeuse doit donc, comme les autres toxines, végéter rapidement quand on l'inocule sous la peau des animaux ou de l'homme sain. Après une phase de pullulation bactérienne de la souche de B.K. utilisée, apparaîtra au bout de quelques jours, une phase mycélienne dont le moment d'apparition coïncidera avec l'établissement de l'état anaphylactique vis-à-vis de la souche de B.K. employée.

Nous pensons qu'il est impossible d'établir une tuberculine étalon puisque, d'après les découvertes de Tissot réalisées selon les meilleures méthodes mises en honneur par Claude Bernard, la tuberculose est le plus souvent d'origine autogène, et, que son évolution se confond avec celle de la cellule embryonnaire ; cette cellule naît d'une mitochondrie des éléments normaux de la paroi alvéolaire et elle forme, à son tour, de nouvelles mitochondries (Tissot a établi que la mitochondrie en haltère est l'élément d'édification de tout être, cellulaire ou pluricellulaire) qui, par germination, constitueront le tissu tuberculeux. La cause de la tuberculose pulmonaire, ainsi que ce savant l'a démontré à l'aide de nombreuses microphotographies, est, en résumé, une végétation désordonnée, sans limites, des mitochondries des cellules embryonnaires substituées à leur végétation normale dirigée, réglée et limitée normalement à la confection de la cellule épithéliale. Le bacille de Koch est le résultat de la végétation de ces cellules embryonnaires qui peuvent apparaître à la suite de lésions épithéliales de l'épithélium alvéolaire, lésion inflammatoire ou pneumonique. Ainsi, le B.K. n'existerait pas à l'état d'espèce caractérisée ; il ne serait qu'une forme ou état spécial (mutation) des mitochondries, éléments fondamentaux de l'organisme.

La tuberculine serait le plus souvent composée de protéines humaines, comme la tuberculine bovine doit être composée de protéines bovines. Chaque individualité ayant ses protéines spécifiques, chaque tuberculeux autogène aura également sa tuberculine spécifique.

Toute individualité humaine a ainsi, en puissance, une tuberculine spécifique. Mais, comme l'on distingue plusieurs groupes sanguins, on peut aussi distinguer plusieurs " tuberculines humaines " dont les protéines correspondraient peut-être à celles des groupes sanguins respectifs. En effet, Alexander Singer, de Vienne (cf. " Monde Médical " du 13 juillet 1938) a déjà suggéré (1924) que l'albumine contenue dans le sang et le lait comme dans tous les organes ou tissus du même individu, doit avoir une constitution semblable, et que certains troubles anaphylactiques de nourrissons allaités au sein de leur mère ou d'une nourrice, ont pour cause un manque de " parenté biologique " (différences entre leurs groupes sanguins) entre les nourrissons et leur mère ou leur nourrice. Dujarric de la Rivière et Kossowicz (communication à l'Académie de Médecine du 23 mars 1937) ont prouvé que le sérum du sang et celui du lait possèdent, chez la même femme, une identique construction constitutionnelle et que les groupes sanguins peuvent se retrouver dans le lait humain. Il est possible qu'ils puissent se retrouver également dans les tuberculines humaines autogènes.

Pour l'établir, on pourrait, par exemple, extraire une tuberculine d'un crachat bacillifère d'un tuberculeux autogène avéré (héréditaire ?), et, l'utiliser pour pratiquer une auto-cuti-réaction sur ce même malade et une cuti sur des tuberculeux autogènes de même groupe sanguin et des autres groupes sanguins. On comparera les réactions obtenues à celles qui se produisent entre les humeurs sanguines correspondantes. Cette tuberculine pourrait aussi être utilisée pour pratiquer une cuti sur un animal dont la " virginité biologique " est intacte (sauvage et n'ayant jamais ingéré de crachats humains bacillifère ? ?). Une cuti pratiquée une deuxième fois avec la même tuberculine sur le même individu, n'aura sans aucun doute aucune importance en cas de positivité si elle est pratiquée après les délais (cf. Tissot et Lumière) nécessaires à l'établissement de l'état anaphylactique.

La cuti-réaction ainsi conçue pourrait contribuer avec la clinique à préciser l'étiologie immédiate, autogène ou hétérogène (contagion), des diverses tuberculoses ; et nous estimons que des parcelles de " vérité scientifique " existent dans les domaines classique et extraclassique. Leur fusion nous donnerait une synthèse médicale française qui nous placerait à l'avant-garde du progrès bienfaisant.

Y. COUZIGOU.

L'AUTO-ANALGÉSIE OBSTÉTRICALE A LA CAMPAGNE ET... PARTOUT

J'ai lu avec un vif intérêt dans « Le Concours médical » du 14 septembre l'article du Dr Marmasse : « Comment réaliser l'analgésie obstétricale à la campagne ».

L'auteur a raison d'insister sur le fait que la crainte de la douleur amène une natalité restreinte. Les Russes l'ont bien compris, le Pr Zdravosmuslov écrivait, il y a quelques années: « Lorsqu'à des milliers de femmes on pourra épargner les souffrances de l'enfantement, il en résultera un accroissement de la population ». Skrobanski nous apprend que pendant le premier semestre 1936, plus de **vingt mille** accouchements sans douleur ont été pratiqués dans la seule région de Leningrad.

Pendant ce temps, en France, nous sommes restés très en arrière. On ne peut guère incriminer le scrupule religieux : une enquête menée en 1945 par le Dr Frank Viala près d'autorités religieuses peut rassurer les plus scrupuleuses.

Leurs réponses peuvent se résumer ainsi :

« Aucun Commandement de l'Eglise ne défend de recourir à l'analgésie obstétricale ».

L'expression : « Tu enfanteras dans la douleur » à laquelle beaucoup de femmes croient devoir obéir, n'est pas un commandement, c'est simplement l'anathème de Dieu chassant Adam et Eve du Paradis Terrestre après le péché originel et leur prédisant les maux qui les attendaient sur la terre. Mais Dieu n'a jamais défendu de porter secours à ses semblables malades ou en mal de douleurs ; c'est au contraire un **acte de charité** que d'accomplir une telle mission ».

La faute en incombe plutôt à la routine et à l'influence néfaste de certains professeurs d'obstétrique, partisans, comme Pinard, de « la douleur intégrale ». Dans leur horreur de la nouveauté, ces « fossoyeurs du progrès », ont exagéré les dangers du chloroforme et ils ont nié **a priori** la possibilité d'obtenir **l'analgésie**, sans perte de conscience, qui avait, cependant, été signalée par divers accoucheurs.

Le chloroforme avait certains inconvénients : il exposait à la syncope laryngée, dès la première bouffée, lorsqu'il était **trop pur** ; il avait une action un peu lente et, si on le donnait à petites doses d'une façon intermittente dès que la parturiente sentait venir la contraction, « la douleur », cette douleur était un peu sentie avant qu'il ait produit son effet. Il était accusé de retarder le travail, en diminuant les contractions utérines.

J'ai vu disparaître tous ces inconvénients en 1908, lorsque, au cours de mes recherches, pour l'amélioration du chloroforme par addition de chlorure d'éthyle chimiquement pur, j'en suis arrivé à utiliser le mélange contenant trois quarts de chloroforme et un quart de chloréthyle, mélange auquel Robert et Carrière donnèrent mon nom (Anesthésique de Regnault : Chloroforme chloréthylé au quart). La présence de chloréthyle rend improbable la syncope laryngée ; l'anesthésie (si on la cherche) est obtenue plus rapidement ; la quantité de produit consommée est moindre. L'action de ralentissement du chloroforme sur les contractions utérines est compensée par l'action stimulante du Chloréthyle, et, même, avec la proportion d'un quart de ce dernier produit, le mélange tend plutôt à accélérer le travail.

Enfin et surtout, plus qu'avec le chloroforme seul, l'anesthésie est précédée d'une **analgésie générale sans perte de conscience.**

Restait le problème d'administrer le produit au moment opportun et à la dose minima, nécessaire et suffisante, pendant le minimum de temps.

J'ai eu recours à un artifice de première importance sur lequel je ne saurais trop attirer l'attention, pour un accouchement normal :

La femme doit s'administrer elle-même le mélange analgésique. On lui a mis un peu de vaseline sur le nez, les lèvres et les paupières, pour que les vapeurs du mélange ne lui causent pas de brûlure ou d'irritation. Elle tient dans sa main un mouchoir plié en quatre ; on lui verse la première fois trois ou quatre gouttes du mélange sur ce mouchoir qu'elle s'applique sur le nez et la bouche pour respirer profondément pendant la contraction douloureuse. Elle écarte le mouchoir dès que la « douleur », pardon ! la contraction est passée. Quand elle sent venir une autre « douleur », elle tend le mouchoir sur lequel on verse une ou deux gouttes de chloroforme chloréthylé. Et la manœuvre se répète ainsi.

Dans le cas où la femme n'écarterait pas le mouchoir de ses narines après la « douleur », et elle le fait quelquefois pour prolonger la petite griserie que donne le produit, elle aurait tendance à s'endormir et alors la main s'abaisserait d'elle-même à côté du corps.

Ainsi la parturiente ne s'endort pas, **ne perd pas conscience** elle peut suivre des conversations avec son entourage, « s'aider et aider le médecin ».

Dans ces conditions il n'y a plus à s'inquiéter d'avoir un anesthésiste sous la main. Un assistant quelconque peut verser une ou deux gouttes au moment opportun. Il y a plus : quand la parturiente a bien compris la manœuvre, elle peut se verser elle-même les gouttes ; il suffit de la surveiller pour qu'elle n'en abuse pas. Ceci peut être très appréciable, lorsque, dans un cas particulier, le médecin se trouve seul ou n'a pas d'assistant disponible.

Il a été question des sages-femmes, auxquelles, en Angleterre, l'autorisation est donnée d'utiliser l'auto-analgésie obstétricale au Protoxyde d'Azote, au moyen d'un appareil spécial. Je ne verrais aucun inconvénient à ce que des sages-femmes soient également autorisées à utiliser l'auto-analgésie obstétricale au chloroforme chloréthylé, à la condition de suivre exactement mon procédé d'auto-analgésie.

Il y a beaucoup d'autres méthodes utilisées pour tenter d'obtenir l'accouchement sans douleur : sans tenir compte des procédés vantés chez les anciens ou chez les primitifs, que j'ai pu décrire dans mon livre **Maternité sans douleur** (1). En 1936, Strobanski en a dénombré déjà six cents.

Celles dans lesquelles on introduit en bloc, par lavement, par injection sous-cutanée ou intra-

(1) *Maternité sans douleur*, Editions Médicis, Paris, décembre 1945.

veineuse toute la dose jugée nécessaire ont mérité de justes critiques : elles produisent une intoxication massive, il y en a trop ou trop peu suivant la durée de l'accouchement ; enfin et surtout on ne peut interrompre leur action, ni retirer ce qu'on a introduit, qui s'élimine lentement.

La méthode idéale est celle qui n'introduit aucun médicament, celle utilisant l'hypnose, qui m'a donné des résultats parfaits et qui est très utilisée en Russie, mais il serait souvent nécessaire d'y préparer le sujet par des séances d'hypnose préalable.

On peut toujours faire intervenir, comme dans toute thérapeutique sinon l'hypnose, du moins la suggestion **à l'état de veille.**

Le Protoxyde d'Azote, « le Gaz » des Américains peut donner de bons résultats surtout avec les appareils pour autoanalgésie, mais il n'est pas toujours facile de se procurer ce produit, qui, d'ailleurs, est assez cher.

De plus, si « le Gaz », pris à petites doses, laisse la conscience, il a un inconvénient : il peut empêcher le sujet de parler. J'en ai fait l'expérience sur moi-même... pas pour un accouchement, bien entendu, mais pour me rendre compte de l'effet produit : j'étais pris du rire qui a fait donner à ce produit le nom de « gaz hilarant », mais ne pouvais articuler des mots pour communiquer mes sensations au confrère qui assistait à l'expérience.

C'est pourquoi, depuis 1908, j'en suis resté au chloroforme chlorethylé au quart, qu'on peut trouver ou préparer facilement, **dont l'application peut se faire partout,** qui ne nécessite l'emploi d'aucun appareil, ni d'un anesthésiste et donne très rapidement une analgésie générale sans perte de conscience.

BIBLIOGRAPHIE

M. Jules Regnault. — Notions récentes sur le chloroforme ; cause de nouvelles irrégularités dans la chloroformisation : inconvénients du chloroforme trop pur provenant de l'acétone ; avantages du chloroforme moins pur provenant de l'alcool. Supériorité du chloroforme chloréthylé. **Archives de Médecine navale** Paris, octobre 1908. Communication au Congrès de Chirurgie de Paris, 1910.

Anestesia per el chloroformo chlorethylado, **La Semana Medica,** Buenos-Aires,setiembre 14 de 1911:

Du choix d'un anesthésique et d'un « analgésique général » en chirurgie et en obstétrique, **Le Progrès Médical,** 20 avril 1916.

Communications à la Société de Pathologie comparée, juin 1917 ; mai 1922, **Revue de Pathologie comparée.** Les accouchements sans douleur et l'auto-analgésie ; **La Côte d'Azur Médicale,** Toulon, juin 1922 ; mars 1940 ; **Hygiène et Vie,** mai 1939.

Maternité sans douleur 292 pages, Editions Médicis, Paris, décembre 1945.

Strobanski. Précis pour rendre l'accouchement normal, indolore ; (en russe), Biomedgiz, Moscou-Leningrad, 1936.

Dr Jules REGNAULT,
Granville.

Septembre 1946.

A propos de l'accouchement dirigé par la méthode électrique.

L'article du Dr Marmasse (Concours Médical, 21-9-46) rapporte une citation incomplète du Dr Benoit concernant la proportion s'analgésies obtenues par sa méthode électrique. Aux 10 % de totales et 20 % de bonnes il convient d'ajouter 40 % de moyennes et 20 % de faibles.

ÉPIDÉMIE FAMILIALE DE FIÈVRE TYPHOIDE

Le cas d'épidémie signalé par le Docteur Merzbach de Paris m'a frappé par suite d'un cas similaire que j'observe dans ma clientèle.

Vers la mi-août je suis appelé auprès d'un jeune homme de la campagne présentant une hyperthermie à 40°, sans plus ; quelques jours après seulement, les symptômes tant locaux que généraux d'une typhoïde apparaissent. La mère m'indiquant qu'un an auparavant trois autres de ses enfants avaient eu la fièvre typhoïde (et à laquelle l'un avait succombé) je fais le 26 août un séro-diagnostic, donc 12 jours après le début de la maladie : résultat négatif sur toute la ligne. Sur les entrefaites, un plus jeune frère présente un tableau clinique semblable, mais atténué, et guérit en 15 jours. Le 4 septembre je refais un Widal à l'aîné, et encore un séro-diagnostic de Wright, tous deux négatifs, donc trois semaines après le début. Une analyse bactériologique des selles est négative aussi. Malgré les symptômes cliniques typiques, je commence à douter ou presque de mon diagnostic, quand, un mois après son fils aîné, la mère qui l'an passé avait soigné ses enfants sans être atteinte, se trouve subitement alitée avec un tableau clinique d'emblée caractéristique de fièvre grave. En inspectant la maison sinistrée par la guerre, je trouve un vieux puits à proximité d'une canalisation détruite servant à l'écoulement des eaux usées ; la famille se servait encore parfois de son eau. Un séro-diagnostic chez la mère est nettement positif au bacille d'Eberth à 1/3.600 et je refais chez les deux fils convalescents un nouveau Widal, toujours négatif, chez l'un et l'autre.

En résumé deux faits me frappent dans ces cas de fièvre typhoïde familiale : la longue négativité ou même l'absence des réactions d'agglutination et le doute qui existe sur la contagion directe vu l'échelonnement sur un an des cas chez mes malades, l'éloignement des membres dans l'autre famille.

Comme dans le cas du puits infecté il faudrait peut-être rechercher dans l'autre cas, non un porteur de germes sain ou guéri, mais incriminer une source d'infection commune (victuailles infectées etc. envoyées d'un foyer à l'autre ?) L'état de plus ou moins grande résistance des sujets interviendrait ensuite pour échelonner l'éclosion de la maladie comme semblent aussi le prouver les séro-diagnostics négatifs ou retardés chez des sujets anergiques. Il me semble que, dans les deux cas, tous les membres des familles intéressées ont été atteintes de fièvre typhoïde, même ceux à analyses toujours négatives. Le séro-diagnostic ne serait donc plus un test absolu, pouvant être d'une part positif par vaccination (discrimination possible encore), mais aussi négatif même pendant la convalescence.

Dr Roger Klein, Metz.



CANCER : ENNEMI PUBLIC N° 1

par Albert DANIEL et Mme A DANIEL.
Membres de la Société d'hygiène publique, industrielle et sociale, et de l'Association française pour l'avancement des sciences

" Video meliora proboque,
Sed deteriora sequor..."

Le cancer serait-il une **maladie de la civilisation**, progressant avec elle et frappant d'autant plus les peuples que leur standard économico-sanitaire est plus haut ?

Mais l'accroissement général du chiffre de morts par cancer et autres tumeurs malignes, dans le monde, ne serait-il pas dû essentiellement à une **augmentation du nombre des habitants de la planète** ? Oui, pour une grande part.

Dans les pays où l'expansion démographique est faible ou nulle, un autre facteur intervient pour expliquer la hausse du taux, pour 1.000 décès, de la mortalité cancéreuse : le **vieillissement** qui modifie, d'une génération à l'autre, considérablement, la composition d'une population en groupes d'âge.

Le vieillissement, phénomène général en Europe occidentale et centrale, résulte de la diminution des naissances et de la réduction du taux de mortalité générale, par toutes causes, fruit des progrès de l'hygiène et de l'amélioration des conditions d'existence, surtout du prolétariat.

Une des obligations résultant de l'intervention du facteur " vieillissement " est celle qui s'impose au statisticien établissant un parallèle entre deux pays, quant à leur indice de mortalité cancéreuse, de substituer à une comparaison globale une **comparaison par groupes quinquennaux d'âge.**

L'âge moyen du décès des civilisés s'élevant peu à peu, une fraction sans cesse croissante des populations est soumise au **risque de cancérisation**, bien moindre dans l'enfance et l'adolescence qu'à partir de 30 et surtout 40 ans.

Il faut se garder, cependant, de croire que la **fréquence du cancer** puisse être représentée par une courbe sensiblement parallèle à celle de la vie humaine " Il semble, pensent G. Roussy et R. Leroux, que, passé 60 ans, une affection cancéreuse ne constitue pas une cause de mort supérieure à celle des affections banales enregistrées couramment. "

En sens inverse, Auguste Lumière, tenant compte des groupes d'âge, note une augmentation de mortalité jusqu'à 80 ans ; et L. Imbert conclut de ses statistiques hospitalières : " L'homme est d'autant plus disposé à devenir cancéreux qu'il est plus âgé. "

Nous ne croyons pas encore possible une solution définitive, vu l'insuffisance des bases statistiques administratives.

Toutefois, il est certain que, **dans les groupes d'âge inférieurs, l'incidence néoplasique est faible,** quoique **en progression inquiétante.**

Pourquoi est-il préférable de calculer le taux de mortalité cancéreuse **sur 100 décès**, et non sur 1.000 ou 10.000 habitants ? C'est en raison des changements de composition de la population qui accompagnent nécessairement **la baisse de mortalité générale** entraînée par l'extinction progressive des épidémies, la réduction de mortalité chez les nourrissons et jeunes enfants, et le **prolongement de l'existence moyenne.**

La méthode à recommander est le calcul du **taux pour 100 décès de chaque groupe quinquennal d'âge.**

Quelques **qualités requises** pour une statistique correcte :

Des statistiques de causes de mort, le spécialiste américain Frederik L. Hoffman a dit : " a fair approximation to the truth ", ce qui ne l'a pas empêché de tirer des conclusions des statistiques des compagnies d'assurances sur la vie, bien plus proches de la réalité que les tableaux des Administrations publiques.

Une **bonne statistique** doit porter sur un **matériel considérable** (loi des grands nombres), constitué par des **unités définies** de façon précise, réunies en **groupes homogènes.** Seules, de **longues périodes** seront envisagées. Encore faut-il tenir compte des " cycles " cancéreux (périodes de Peller) !

Une difficulté considérable résulte de l'adoption de la théorie des cancers (Duroux, Romary), qui conduit à considérer avec méfiance les " brouets noirs " où l'Administration niveleuse mélange les affections les plus variées. Aussi doit-on, autant que possible, joindre à chaque certificat de décès une **fiche** spéciale où le maximum de précisions sera recueilli (localisation, etc...). Applaudissons aux efforts, dans ce sens, de l'Institut national d'hygiène. Un autre piège : les migrations intérieures, la population flottante, **les changements de domicile** depuis l'éclosion du cancer jusqu'au décès (ce qui complique la solution du problème des " maisons à cancer "), l'inscription dans la commune de résidence ou dans celle de mort. L'exemple des centres anticancéreux est à imiter : sont notés séparément les malades de diverses provenances. Voici maintenant quelques différences relevées par nous dans la confection des statistiques : inscription, au lieu du " cancer ", cause principale, d'une **cause adjuvante** : complication pulmonaire, hémorragie, embolie ; ou utilisation des trop commodes rubriques : n° 39 **sénilité** et n° 43 **causes inconnues ou mal définies** ; ou **omission des sarcomes** (statistique de la ville d'Amsterdam). D'autres fois (Belgique), les tumeurs bénignes s'ajoutent, sous la plume du statisticien, aux tumeurs malignes, ce qui augmente le taux réel.

Mais l'interprétateur, dont le rôle est infiniment délicat, est-il sûr qu'il s'agit de tumeurs bénignes ou malignes ? Une **biopsie** a-t-elle été pratiquée ? Par un spécialiste,qui soit à la fois anatomo-pathologiste et cancérologue ? A défaut, a-t-on procédé à l'**autopsie** ?

De l'étude de divers rapports publiés, avant guerre, dans la " Zeitschrift für Krebsforschung " ou résumé dans l'" Index analyticus cancerologiæ ", nous pouvons conclure que, même pour les principaux Instituts pathologiques européens, **la loi des grands nombres est raremen**

observée (sauf à Iéna et dans certains districts des Indes néerlandaises : jusqu'à 90 % d'autopsies).

Ainsi, les statistiques nécropsiques ne peuvent généralement pas fournir de bases certaines à des tables comparatives de mortalité par cancer.

Sous cette réserve, écoutons le son de cloche de Dormanns, se basant sur un total de 24.083 autopsies en 22 ans, à Munich : **tout cinquième cancer n'aurait pas été diagnostiqué** " in vivo " ; il faudrait donc **augmenter** automatiquement **de 1/5** le taux de mortalité cancéreuse (ce qui donnerait pour la **France**, en 1943, un chiffre véritable de **75.000 décès**).

Werner Stùpening affirme que souvent le diagnostic du bulletin de décès n'a rien à voir avec la réelle cause de mort. Le **pourcentage des erreurs de diagnostic** est **fréquemment très élevé** " erschreckend hoch " ; d'après divers anatomo-pathologistes : 15 %, 20 %, même dans les cliniques les mieux outillées, et d'après Lùbarsch : 33,4 % en tenant compte de toutes les possibilités d'erreur.

Opinion identique de Hans R. Schinz, de Bâle, qui estime à 20 % les décès par cancers internes omis.

Autre cause d'erreur : certains diagnostics ne sont pas faits parce que les malades, **se sachant perdus**, refusent d'aller chez le médecin, préférant, comme les mineurs du Schneeberg (dans l'Erzgebirge), victimes des émanations radioactives, se faire assurer sur la vie, au profit de la future veuve !

Trop souvent encore, même dans certains départements français (de montagne ou très pauvres), **les décès ne font pas l'objet de constatation médicale.**

Dans les pays de " haute civilisation sanitaire ", le cancer est-il en **progression ?**

C'est le Suisse Schinz qui semble avoir bien posé le problème pour chacun de nous : " Existe-t-il réellement une progression du cancer, et est-ce que **je cours davantage de risques que mon père ou mon grand-père ?** " Nous pensons que l'auteur a voulu faire intervenir le facteur **morbidité**, trop négligé d'habitude sans doute en raison de la faible documentation. La réponse varie, croyons-nous, selon la région, le sexe, le groupe d'âge. Les statisticiens des divers pays ne sont pas d'accord sur un taux uniforme à l'intérieur de chaque groupe. Comment le seraient-ils, puisque la mortalité dépend non seulement de l'âge, du sexe, de la race (?), mais encore de la localisation de la tumeur, de son extensibilité, du diagnostic plus ou moins précoce, des moyens thérapeutiques utilisables et employés, de la surveillance après traitement : **ensemble de facteurs variant infiniment.**

On a trop souvent dit que les **progrès techniques** étaient cause directe de l'élévation **apparente** de la mortalité par cancer. C'est vrai pour l'accroissement du nombre de praticiens, de spécialistes, du chiffre des hôpitaux, cliniques, centres de diagnostic, pour la multiplication des moyens de diagnostic. Mais ces éléments n'interviennent-ils pas, surtout au **stade précoce**, pour permettre l'**application efficace de thérapeutiques variées**, qui, si elles n'influent pas sur le nombre présent de néoplasiques, **modifient favorablement le bilan léthal.** En un mot, **de plus en plus, le cancer guérit**, ce qui nous laisse " **supposer** ", mais non affirmer que le pourcentage de sujets atteints de néoplasmes ne cesse pas de s'accroître.

En sens inverse, se fondant sur la diminution de taux des tumeurs malignes **facilement accessibles**, s'opposant à l'accroissement du taux de celles **difficilement accessibles** (que les progrès des techniques diagnostiques révèlent plus fréquemment), Dublin, de New-York, rejette l'idée d'une augmentation réelle. De même, L. Imbert. En un mot, un groupe de 100 cancers, si l'on considère les localisations, ne serait pas composé de la même façon en 1930 ou 1940 qu'en 1900.

Pour nous, la théorie de Dublin est contredite par les chiffres, pour 1930, de " Mortality Statistics ", publiés à Washington : auraient **augmenté considérablement**, de 1900 à 1927, aux Etats-Unis, les néos de la peau, de la cavité buccale et du sein, formes de diagnostic traditionnellement facile.

Fait curieux : selon Boldnan et Weinet, les cancers masculins difficilement accessibles dépasseraient de beaucoup les féminins, tandis qu'il y aurait une nette supériorité des cancers féminins superficiels. Les progrès du diagnostic ayant considérablement accru le pourcentage des cancers difficilement accessibles, ceci expliquerait le chiffre plus élevé de mortalité chez l'homme.

Quoique combattant l'éminent spécialiste de la Metropolitan Life Insurance Cy, Fr. Hoffman, la plupart de ses collègues pensent, suivant la formule d'Otto Strauss, de Munich : „ le danger du cancer n'est pas plus grand pour cette génération que pour la précédente ", que " l'augmentation de mortalité n'est qu'apparente " (Wendell Strong, de Baltimore).

Nous ne manquerons pas toutefois de méditer sur le caractère **lent** et **progressif**, aussi régulier que le déclin de l'endémie tuberculeuse, de l'accroissement de mortalité cancéreuse (" langsame, gleichförmig fortschreitende Zùnahme ", Stùpening ; " a general increase "...)

L'avis du professeur Huguenin est à méditer : **le cancer est devenu, en France comme dans la plupart des pays de haute civilisation, l'ennemi public n° 1**, contre lequel doivent s'unir, dans un effort commun, les statisticiens, auxiliaires précieux des biologistes et des thérapeutes

NOUVELLES D'AMÉRIQUE

6.000 médecins américains se sont réunis au début de juillet, à San-Francisco, à l'occasion de l'assemblée annuelle de l' « American Medical Association ».

Parmi les 250 communications, quelques-unes exposèrent des vues originales ou des curiosités dignes d'être rapportées.

— Selon William D. Strout, le cardiologue renommé de l'Université de Pennsylvanie, beaucoup de médecins condamnent inutilement à l'invalidité des malades atteints de troubles cardiaques mineurs. Il ne suffit pas d'acquérir un électrocardiographe pour savoir lire les tracés. Chez les enfants de nombreux signes d'auscultation, surtout dans l'aire pulmonaire, n'ont absolument aucune importance ; ces enfants seront beaucoup plus heureux si leur activité physique n'est pas entravée par d'inutiles prescriptions. Les malades qui ont souffert d'une thrombose coronarienne — maladie fréquente — peuvent reprendre un travail léger au bout de trois mois environ, lorsque s'est développée une circulation collatérale suffisante. Quant aux hypertendus, ils peuvent boire avec modération, mais ceux qui sont sensibles à la nicotine feront bien de s'abstenir de fumer.

— Est-il possible d'équiper les **aveugles** avec un appareil analogue au radar qui transmette à leur cerveau des images visuelles ? « Aussi fantastique que cela puisse paraître, dit le médecin en chef de la Marine, **vice-amiral Rois. T. Mac Intire,** tel est l'objet de nos recherches actuelles ». A l'hôpital naval de Bethesda des savants cherchent le moyen d'atteindre le bout central des nerfs optiques (s'ils ne sont pas endommagés) avec des ondes radio-électriques et de les transformer en images visuelles, de la même façon que le radar peut détecter un objet avec des ondes ultra-courtes et le projeter sur un écran.

— Une seule dose d'un iodure radio-actif aurait guéri 35 sur 46 cas de **goître exophtalmique,** d'après le **Dr Earle M. Chapman,** de Boston. Incolore et sans odeur, l'iodure radio-actif, fabriqué par un cyclotron, reviendrait à 2 dollars 50 par dose.

Contre-offensive microbienne. — Il se confirme que la pénicilline est en voie de perdre son efficacité magique. L'avertissement en est cette fois donné par le Dr Hans Molitor, l'un des pionniers qui réalisèrent la fabrication des antibiotiques.

Comme tous les êtres vivants les microbes s'adaptent lorsqu'ils sont exposés aux conditions défavorables créées par des drogues nouvelles, et ceci à la faveur de leur multiplication extraordinairement rapide.

Au cours des derniers mois les bactériologistes ont cultivé des souches de pneumocoques, streptocoques et autres germes banaux pratiquement insensibles aux sulfamides et à la pénicilline.

En clinique les médecins ont rencontré des infections sulfamido et pénicillo-résistantes qu'ils attribuent à ses mutations survenues chez les microbes. Dès maintenant il arrive souvent que les infections gonococciques ne répondent plus aussi docilement aux sulfamides qu'elles le faisaient il y a quelques années et le **British Medical Journal** met en garde contre l'illusion que la pénicilline conservera indéfiniment son pouvoir présent.

Ce déclin du remède est dû en partie aux médecins qui, par inexpérience, prescrivent des doses insuffisantes et permettent ainsi aux microbes de s'adapter.

Le Dr Molitor nous offre une fiche de consolation en faisant remarquer que les microbes ne gardent pas toujours, eux non plus, leur virulence. En outre, de nouveaux antibiotiques sont découverts sans cesse.

L'homme peut donc espérer garder une certaine avance sur les microbes.

LES THÈSES

Dr Pierre KAHN. — **Le traitement des néphrites aiguës par la méthode de Volhard** (Thèse de Lyon, 1945).

Dans le traitement des néphrites aiguës, il était de règle d'associer au repos le régime lacté ou la diète hydrique rigoureuse, et quelquefois les boissons abondantes et diurétiques. Rompant avec ces principes, Volhard a institué il y a une dizaine d'années un traitement d'ordre différent : le régime sec, la cure de soif, suivie après quelques jours d'un « assaut liquide ». Disons-le de suite, la méthode de Volhard ne s'adresse pas à toutes les néphrites aiguës, mais aux néphrites infectieuses aiguës, aux glomérulo-néphrites diffuses avec œdème et hypertension.

Volhard s'appuie sur la notion d'angiospasme généralisé et rénal, « primum movens » de la maladie selon lui. Il recherche, par le régime sec, la déplétion sanguine et l'atténuation de la réaction hypertensive. Le malade est mis au repos et au jeûne absolu, sans aucun liquide, pendant 2, 3, 5 jours, et plus dans les cas graves, souvent avec une saignée de 300 à 500 cc. Entre le troisième et le neuvième jour, on procède à l' « assaut liquide », faisant boire au patient, à jeun en une demi heure, 1 litre et demi de tisane additionnée de 1 gr. de théobromine. Si le premier « assaut » (Wasserstoss) n'influe ni la diurèse, ni la tension artérielle, Volhard reprend la cure de jeûne et renouvelle l'assaut liquide. Il recommande pendant le traitement de lutter contre la constipation et une hygiène rigoureuse de la bouche. Le Dr Pierre Kahn rapporte sept observations favorables à cette méthode.

Dr Pierre RAYMOND. — **Contribution à l'étude du traitement des épithéliomas de la face par la radiothérapie de contact.** (Thèse de Bordeaux, 1945.)

La radiothérapie de contact associée au faible voltage des rayons X (short distance and low-voltage X rays therapy des Anglais) est l'utilisation à courte distance (2 centim.) des rayons roëntgen. Elle s'applique au traitement des lésions superficielles : angiomes, nœvi, verrues, épithéliomas cutanés, etc. Cette méthode a été utilisée en Angleterre par W. Morisson, en Amérique par Reinhart, en Belgique par Van der Plaats, et vulgarisée en France par Charles Gros (de Montpellier). M. Pierre Raymond présente une série d'observations d'épithéliomas cutanés de la face traités à la Fondation Bergonié, de Bordeaux, par radiothérapie de contact, avec un pourcentage de guérisons dépassant 90 %.

LES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE
Séance du 1er octobre 1946

Sur l'association de l'aldéhyde formique et de la chaleur pour assurer la stérilité, la stabilité, etc., des sérums et de diverses substances thérapeutiques d'origine biologique.

A propos de récentes communications, G. RAMON rappelle que c'est en 1915 qu'il a introduit le formol en association avec la chaleur comme antiseptique et stabilisateur des sérums thérapeutiques, et ce procédé a été utilisé depuis lors dans de nombreux laboratoires sur des quantités considérables de sérums de toutes sortes.

G. Ramon a étendu successivement son procédé à la conservation de la pureté bactériologique des anatoxines et des vaccins associés (1924), puis au traitement de la solution d'antitoxine tétanique (1938) qui se trouve ainsi stérilisée, stabilisée et dépouillée en grande partie de son pouvoir de déclencher des accidents sériques. Enfin G. Ramon et R. Richou ont appliqué dernièrement le même procédé pour assurer la stérilité et la stabilité des substances antibiotiques telles que les filtrats de « B. subtilis », les filtrats de « Penicillium notatum » et les solutions de pénicilline.

Ainsi s'accroît chaque jour l'intérêt et l'importance de la méthode associant les effets du formol et de la chaleur, méthode établie il y a maintenant trente ans et qui, depuis, a été si largement mise à profit, en France comme à l'étranger.

La vaccination contre le tétanos au moyen de l'anatoxine tétanique. Résultats d'ensemble obtenus dans certaines armées alliées durant la guerre.

M. G. RAMON expose les résultats d'ensemble de la vaccination au moyen de l'anatoxine tétanique obtenus au cours de la deuxième guerre mondiale dans les armées anglaises et américaines. C'est ainsi que selon le médecin général Boyd : « Le nombre des cas de tétanos dans les troupes britanniques pendant les campagnes africaine et européenne a été pratiquement négligeable, ce qui est dû avant tout à l'immunisation de ces troupes à l'aide de l'anatoxine tétanique ». Le même succès a été enregistré dans les troupes des Dominions et spécialement au Canada.

D'après Perrin H. Long, de Baltimore, qui rapporte les résultats acquis dans l'armée américaine obligatoirement vaccinée par l'anatoxine tétanique : « Rarement un procédé d'immunisation a été aussi efficace puisqu'il n'y a eu durant toute la guerre, parmi l'effectif total des troupes américaines vaccinées, que trois cas de tétanos ».

Ce sont là des preuves formelles, incontestables, que le tétanos a été vaincu grâce à la vaccination au moyen de l'anatoxine spécifique.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX DE PARIS

Suppuration pulmonaire et pénicilline.

(M. Weismann-Netter ; 14-6-1946)

M. Weismann-Netter, à propos de 2 cas, insiste sur la nécessité de doses suffisantes dès le début du traitement, qu'il s'agisse d'injection I. M. ou par aérosols. Il signale la possibilité d'action à retardement, se produisant plusieurs jours après la cessation de la drogue. Les cas où la pénicilline se révèle insuffisante, sont ceux, où, de par les conditions anatomiques, le drainage se fait mal.

Forme pulmonaire d'une maladie de Besnier-Boeck-Schaumann avec bulles d'emphysème

(MM. Pruvost et Depierre ; 14-1-1946)

Les auteurs présentent un cas de maladie de B. B. S. dont la preuve a été faite par une biopsie des tuméfactions siégeant sur un doigt. Dans les antécédents on relevait un soi-disant Mal de Pott, dont il ne restait aucune trace. Cuti et I. D. négatives. Les radio et tomo révélaient des opacités non homogènes, à peu près symétriques, des poumons, qui avaient été prises pour des lésions tuberculeuses malgré l'absence de B. K. Au milieu des opacités non homogènes, on distinguait des cavités assez régulières et groupées qui auraient pu être prises pour des cavités de kyste aérien congénital. Leur développement au cours d'une maladie de B. B. rend beaucoup plus probable l'hypothèse de bulbes d'emphysème.

— M. Tzanck insiste sur la rareté des bulbes géantes.

— M. Even émet un doute sur le diagnostic et pense qu'on étend trop le champ de cette affection.

— M. Lamy pense qu'actuellement on ne peut faire le diagnostic histologique entre B. B. et tuberculose.

— M. Rist rappelle les travaux initiaux de Pautrier, qui furent assez longtemps méconnus, expliquant les diagnostics difficiles.

— M. Tzanck : la lèpre tuberculose a le même aspect histologique que le B. B.

Pneumonectomie pour tuberculose multicavitaire étendue.

(MM. Pruvost, Maurer, Mathey, Brincourt et Couinaud ;14-6-1946)

Les auteurs rapportent l'observation d'une jeune malade de 17 ans de très belle apparence, atteinte de tuberculose du poumon droit, avec caverne géante occupant le lobe supérieur dans sa partie antérieure et caverne moins spacieuse dans sa partie antéro-inférieure. Contre toute attente un pneumothorax put être créé et amener une détente notable très étendue. Malheureusement des brides insectionnables ne permirent pas un collapsus suffisant, bien que presque tout le poumon fût décollé. Aucune autre intervention chirurgicale ne paraissant opportune, une pneumonectomie totale fut décidée et pratiquée en février 1946 en profitant du décollement presque totale du poumon. La malade supporta très bien l'intervention malgré une péricardite séro-hématique éphémère consécutive à une plaie du péricarde. Bien qu'on ne puisse parler encore de guérison définitive, malgré un épanchement pleural droit et un infiltrat discret du côté gauche, il était intéressant de signaler ce cas de pneumonectomie totale, la première intervention de ce genre réalisée en France pour des lésions tuberculeuses cavitaires graves.

M. Maurer rappelle qu'avec les techniques actuelles, les fistules bronchiques sont moins fréquentes. Au cours de la tuberculose, les indications de la pneumonectomie sont très rares (échec de la thoracoplastie et de la spléotomie, rétrécissement tuberculeux des bronches). Ce n'est pas une intervention idéale à cause de la

ARSENIODE BURIAT

ENFANTS
2 gouttes par jour
et par année d'âge

ADULTES
20 à 50 gouttes
par jour

AÉROCID — Aérophagie, Aérocolie
CACHETS ET COMPRIMÉS

AQUINTOL — Coqueluche, Toux spasmodique
EN GOUTTES

HEP'ACTI — Méthode de Whipple et de Castle, Tréphones embryonnaires aminoacides
anciennement HEPASÉRUM
AMPOULES DE 10 cc.

OPOCÉRÈS — Simple et vitaminé, Fortifiant biologique général
AMPOULES BUVABLES
COMPRIMÉS FRIABLES

LABORATOIRES DE L'AÉROCID
20, rue de Pétrograd, PARIS (9e)

Sulfamidothérapie

SO²NH²

1162. F.

Néo-Coccyl

Comprimés
Crayons Chir.
Crayons Gyné.
Bougies
Mèches
Ovules

NH²

Laboratoires du Dr PILLET - 222, Bd Péreire, PARIS
ETOile 40-15 — Service de garde MOLitor 58-85

SEPTICARBONE



Antiseptique intestinal

LABORATOIRES DU Dr DEBAT - 60, RUE DE MONCEAU - PARIS (8e)

ANEMIES

Ampoules buvables

Une ampoule avant chaque repas

HEPAMINE MAUCHANT

Acides aminés Hématogènes

Comprimés

Quatre comprimés avant chaque repas

LABORATOIRE MAUCHANT
GENNEVILLIERS (Seine)

OVULES

Paraminophénylsufmide . . . 1 gramme
Oxyquinoléine . . . . . 0 gr. 05
Beurre de cacao véritable Q.S.P. un ovule

LEUCAGINE

SULFAMIDÉE

Prescrivez ces petits ovules fabriqués sans restriction. Ils fondent parfaitement et tapissent les muqueuses génitales d'un pansement

anti-inflammatoire
anti-pyogène (cocci)
anti-mycosique

Dans toutes les pharmacies

LABORATOIRES TORAUDE

22, Rue de la Sorbonne, PARIS (Ve)

HEMOPYLORE 3

AMPOULES BUVABLES DE 5CC ET 2CC

La 1re Combinaison des méthodes de WHIPPLE, CASTLE & WILLS

Anémies Anorexie

LABORATOIRE ROGER BELLON
LOUIS FERRAND
Externe, Lauréat des Hôpitaux de Paris
PHARMACIEN-GÉRANT
(GAMBÉOL, RECTOCALCIUM, ACTIPHOS, GLOBIRON)
78bis, Avenue Marceau - PARIS (8e)



HÉMOLUOL

PHYTOTHÉRAPIE TONI-VEINEUSE

Troubles de la ménopause, varices, hémorroïdes, phlébites et périphlébites, acrocyanose, engelures, couperose

LABORATOIRES SUBSTANTIA, M. Guéroult, Docteur en pharmacie, SURESNES (Seine)

possibilité des lésions infectieuses à germes divers réduisant le champ de l'hématose et réduisant considérablement les possibilités collapsothérapiques en cas de lésions tuberculeuses ultérieures du poumon restant.

— M. Ravina rappelle que, aux Etats-Unis, les auteurs sont moins enthousiastes qu'il y a quelques mois, se basant sur une statistique très importante.

A propos de deux cas d'ictère émotif.

(M. Ravina ; 14-6-1946)

M. Ravina cite deux cas d'ictère survenant après des émotions fortes et revêtant l'aspect clinique et évolutif de l'ictère catarrhal.

— M. Cathala : il est très difficile de faire la preuve de l'origine émotive. Les cas qu'il a observés ont eu une durée très éphémère.

— M. Kaplan a vu un cas qui a eu l'évolution et les symptômes d'un ictère catarrhal.

Sciatiques radiculaires L5 et sciatiques radiculaires S1. Les fondements d'un diagnostic clinique.

(MM. de Sèze, J. Guillaume et P. Boulard 14-6-1946)

Les auteurs estiment qu'on peut, au moins 9 fois sur 10 localiser la sciatique de la racine L5 ou de la racine S1 sans recourir à l'épreuve au lipiodol. Ils se fondent sur les données suivantes :

1° Etude des réflexes achilléens ;

2° Analyse topographique des troubles de la sensibilité ;

3° Recherche, avec une bonne technique, du siège de la douleur latéro-vertébrale provoquée ;

4° Radiographies vertébrales correctement centrées.

Note sur les séquelles veineuses des fièvres typhoïdes et paratyphoïdes.

(M. Brelet. — Présentation par M. Grenet 14-6-1946)

Sur 29 séquelles veineuses de fièvre typhoïde et paratyphoïde, contractées par les soldats en 1914-1918, les séquelles de phlébite des membres inférieurs étaient de beaucoup les plus nombreux (18). Le plus souvent, elles étaient interminables, s'aggravant peu à peu, pour aboutir à une invalidité de taux très élevé.

Emphysème bulleux pulmonaire au cours d'une staphylococcie maligne de la face. Néphrite subaiguë. Infection d'une bulle.

MM. Drouet, Herbeuval et Faivre.

Présentation par M. J. Huber ; 14-6-1946)

Les auteurs rapportent l'observation d'une malade qui, dans le décours d'une staphylococcie de la face guérie par la pénicilline, a vu évoluer un emphysème bulleux des deux poumons et l'infection d'une de ces bulles. Cette observation pose le problème du mécanisme de ces bulles d'emphysème et de leur infection au cours des staphylococcies. Elle pose en outre le problème plus général de certaines suppurations pulmonaires.

Séquelles d'artérite oblitérante d'origine typho-exanthématique. Amélioration spectaculaire sous l'influence de perfusions I. V. de NaCl en solution hypertonique.

(MM. Gilbert-Dreyfus, M. Zarachovitch et J. Sterbouf ; 14-6-1946)

Les auteurs rapportent le cas d'un malade atteint d'artérite post-typhique du membre inférieur droit contractée en Allemagne au cours de la déportation et qui fait du malade un véritable infirme confiné au lit (crises douloureuses spontanées et provoquées, crampes et claudication rendant la marche à peu près impossible, troubles trophiques sévères). Echec des infiltrations du sympathique lombaire, de la sympathectomie iliaque et des injections intraartérielles de novocaïne. Un an après le début des accidents, on obtient une transformation spectaculaire des troubles fonctionnels sous l'influence de quelques perfusions chlorurées sodiques en solution hypertonique. Disparition immédiate de tous les phénomènes douloureux et de la claudication, récupération de la motilité des orteils et de la cheville qui étaient presque ankylosés. Quoique l'indice oscillométrique soit demeuré misérable, le malade quitte l'hôpital, se considérant comme pratiquement guéri.

— M. Turiaf a eu deux succès dans le traitement des artérites diabétiques par cette thérapeutique, mais échec lors de la reprise des douleurs deux ans après. Après une sympathectomie pour artérite non diabétique, il a vu survenir une arthrite du genou. Echec de cette thérapeutique.

— Mme Bertrand-Fontaine souligne la fantaisie et l'illogisme des résultats thérapeutiques dans le traitement des artérites.

— M. Layani a vu des cas soulagés par cette thérapeutique et continuant à être guéris.

Les condensations pulmonaires rétractiles du lobe moyen droit d'origine inflammatoire.

MM. R. Even, J. Lecœur et G. Vermeil 21-6-1946)

Les auteurs en rapportent quatre observations et soulignent :

1° Au point de vue étiologique, que les condensations rétractiles du lobe moyen droit sont beaucoup plus souvent d'origine inflammatoire que tumorale ;

2° Au point de vue clinique, que leur diagnostic est posé par la radiographie de profil et la bronchoscopie. A la radio de profil, opacité triangulaire à sommet postéro-supérieur vers la coupe de la bronche souche, à base vers le cul-de-sac costo-diaphragmatique, à bords supérieur et inférieur pincés, réduisant le volume du lobe. A la bronchoscopie, pas de tumeur, mais aspect rouge et œdémateux de l'orifice rétréci de la bronche lobaire moyenne, d'où s'écoulent des sécrétions purulentes. L'évolution se fait souvent vers la guérison soit clinique et radiologique, soit seulement clinique, parfois vers l'abcédation ;

3° Au point de vue pathogénique, que la bronchite segmentaire peut être la lésion primitive et causale, ou secondaire, ou encore que l'atteinte de la bronche et du lobe peut être simultanée;

4° Au point de vue thérapeutique, que le traitement médical avec ou sans broncho-aspiration suffit dans les formes simples, et que dans des formes abcédées, il convient de recourir précocement à la pneumotomie si on veut éviter une lobectomie ultérieure.

Paraplégie au cours d'une staphylococcémie aiguë.

(MM. Castaigne et Goury-Lafont Présentation par M. Lemaire ; 21-6-1946)

MM. Castaigne et Goury-Lafont rapportent le cas d'un malade qui, après une infection cutanée à staphylocoques présenta une paraplégie à dé-

but brutal. La P. L. montre au début l'absence de bloquage. Malgré un traitement par les sulfamides, la pénicilline, l'anatoxine staphylococcique, l'évolution se fait vers l'aggravation avec blocage du L. C. R. et syndrome de Froin. Décès. A l'autopsie, association de spondylite staphylococcique, d'épidurite et d'un abcès central de la moelle.

Pleurésie à bacillus ramosus compliquée après un intervalle de 8 mois d'abcès du cerveau.

(MM. Castaigne et Goury-Lafont
Présentation par M. Lemaire ; 21-6-1946)

Les auteurs rapportent le cas d'un malade de 45 ans qui présenta une pleurésie purulente et dont le germe en cause fut reconnu être le bacillus ramosus. La pleurotomie sembla amener la guérison et le malade quitta l'hôpital. Il y revint six mois après, dans le coma, avec syndrome méningé (liquide puriforme aseptique). Décès quelques jours après.

L'autopsie montra l'existence de nombreux abcès cérébraux et d'une poche pleurale résiduelle.

Le bacillus ramosus est rarement pathogène à l'état pur. Cependant les travaux de M. Lemierre ont montré qu'il donnait des infections d'évolution très longue.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE GYNECOLOGIE

Séance du 29-4-1946

A propos de l'emploi de la dicoumarine comme préventif de certains accidents postopératoires.

M. Ch. O. Guillaumin présente les observations suivantes : La dicoumarine constitue un agent énergique pour l'abaissement du taux de prothrombine sanguin. Si elle est capable de ramener vers la normale le sang trop riche de certains malades, on doit être prudent vis-à-vis de celles dont le taux sanguin est au voisinage de la normale, parce qu'on risque et parfois à retardement de provoquer un état où l'on entre dans une carence K hémorragipare.

La dicoumarine est peut-être un agent thérapeutique qui a d'autres avantages que celui d'abaisser la prothrombine mais son emploi ne place pas toujours la malade à l'abri des accidents : témoin une paturiente de M. Lepage, multipare, hyperprothrombinémique durant sa grossesse, ramenée à la normale lors de son accouchement et qui fit deux phlébites et une embolie post-partum, malgré dicoumarine et même héparine.

L'auteur recommande donc lors de leur usage de pratiquer des mesures de prothrombine qui sont entrées du reste dans la pratique biologique courante.

LA PRESSE

La sidérose des arco-soudeurs. — L'analyse des poussières, recueillies dans une cabine de soudeur d'une grande usine métallurgique, dénote 51 % d'oxyde de fer, 4 % de chaux, 1,5 % de silice. **MM. Feil et Morin** ont examiné 50 soudeurs à l'arc, ayant au moins cinq ans de métier ; ils n'ont noté cliniquement aucun signe, qui puisse attirer l'attention du médecin d'usine. Malgré la présence d'oxyde de fer en haute proportion, le diagnostic de pneumoconiose ne doit être porté chez un soudeur qu'avec prudence. Il faut, en effet, tenir compte de l'âge de l'ouvrier, de ses antécédents pulmonaires et surtout de ses professions antérieures. En dehors de la vérification anatomique et microscopique, il n'existe aucun signe certain permettant de distinguer une sidérose d'une silicose. Mais on doit songer à l'action des particules d'oxyde de fer, lorsque l'image radiographique montre de très fines nodulations, et que le sujet conserve un bon état général et ne présente aucun trouble pulmonaire. L'analyse de l'air inhalé, fumées et poussières, ne donne pas une certitude absolue, mais il ajoute un élément diagnostique de première importance si, dans l'atmosphère du lieu du travail, on ne trouve pas ou très peu de silice, mais au contraire, une forte proportion de poussières de fer, il est raisonnable de conclure à l'existence d'une sidérose. (« Le Médecin d'usine », mai-juin 1946.)

Sur les acquisitions météopathologiques du temps de guerre. — **M. Fontan** retient trois constatations générales : la part de l'élément vasculaire, et celle de l'anoxémie, ainsi que le rôle de l'histamine libérée par les tissus, lors des accidents du froid (surtout humide) de l'altitude et de l'immersion. Les réflexes sont modifiés par la diminution de tension de l'oxygène dans l'air inspiré et il faut reconnaître la part du spasme vasculaire dans les gelures, dans le « pied d'immersion », dans les troubles neurologiques de l'altitude. L'anoxémie joue aussi un rôle important dans les troubles musculaires d'altitude (raideurs, courbatures, crampes). (« Gaz. Méd. de France », juillet 1946.)

Pénicilline et microbes anaérobies. — Le Prof **Lemierre** établit le fait que les infections générales ou locales à microbes anaérobies (Bacillus perfringens, Bacillus funduliformis, etc.), généralement si graves, cèdent à la pénicillothérapie avec une régularité et une facilité inconnues jusqu'ici. Il s'agit ici de l'une des plus belles acquisitions de cette thérapeutique nouvelle. (« Le Progrès Médical », 24 juillet 1946.)

Impédance cutanée chez les eczémateux mesurée en courant alternatif de basse fréquence. — Deux conclusions se dégagent de l'étude de **Louis Gougerot** :

1° Dans l'impédance du corps humain aux courants de basse fréquence, la plus grande partie de la résistance électrique est en rapport avec l'intégrité de l'épiderme, les plans profonds ne participant que pour une valeur beaucoup plus faible.

2° Dans l'eczéma, la baisse de l'angle de phase (et de la résistance propre de la peau) sont en rapport avec la perméabilité exagérée de l'épiderme des malades ; elle en constitue en quelque sorte une mesure, et revêt tout son intérêt au cours ou après l'évolution de la guérison. Elle peut alors avoir une double valeur pronostique et pathogénique, confirmant l'importance du facteur porosité dans le déterminisme de l'eczéma, résultat d'une agression toxique ou allergique, d'origine interne ou externe, sur une peau déjà fragile et poreuse. (« La Semaine des Hôpitaux », 7 août 1946.)

G. F.

Micelliode

IODE COLLOIDAL MICELLAIRE ÉLECTRO-POSITIF

Toutes les Indications de l'IODE, SANS IODISME POSSIBLE

GOUTTES

Laboratoires de l'HÉPATROL _ 4 Rue Platon . PARIS (XVe)

MALADIE DE PARKINSON

POST-ENCÉPHALITIQUE
NARCOLEPSIES
HYPERSOMNIES
DÉPRESSIONS PHYSIQUES & PSYCHIQUES

Ortédrine

Sulfate de phényl-1 amino-2 propane

Comprimés dosés à 0g005, divisible par 2

Accroît l'activité du système orthosympathique

Accroît l'activité physique & intellectuelle

POSOLOGIE MOYENNE
Très variable suivant les sujets
1 à 2 COMPRIMÉS PAR JOUR
Commencer par 1 comprimé, augmenter si nécessaire.

L'ORTÉDRINE DOIT ÊTRE ADMINISTRÉE DE PRÉFÉRENCE LE MATIN

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE • MARQUES POULENC FRÈRES & USINES DU RHÔNE
SPECIA • 21, RUE JEAN GOUJON • PARIS • 8ème

DÉMANGEAISONS
PRURITS



LACTACYD

PÂTE STABILISÉE A pH : 5,2

CALCIUM PLÉ

AMPOULES 5 CC. ET 10 CC.
POUDRE

PHYTOSPLÉNOL PLÉ

GRANULÉS
DRAGÉES

LABORATOIRE PLÉ
111 bis, Rue de Turenne — PARIS 3e

GADEOL 20

1 ampoule buvable de 5 cc.

THÉRAPIE DES TROUBLES DU MÉTABOLISME PHOSPHOCALCIQUE ET DES ÉTATS INFECTIEUX PAR DOSE MASSIVE DE VITAMINES A & D

OPO-VEINOGENE

1 ampoule buvable par jour

THÉRAPIE PHYSIOLOGIQUE DES TROUBLES DE LA CIRCULATION A BASE DE FEUILLE DE VIGNE ROUGE ET PLURI - OPOTHÉRAPIE

HEPANOVA

1 à 2 ampoules buvables par jour

TRAITEMENT DES ANÉMIES ET ÉTATS DE CARENCE PAR LES VITAMINES B^1 B^2 ET LE FER ASSIMILABLE ASSOCIÉS A L'OPOTHÉRAPIE HÉPATO-SPLENIQUE

SYMPATHOCRINE

Sédatif et Tonique

GADERMYL

Pansement chimiobiologique
la Vitamine B^6 associée aux Vitamines A et D

LABORATOIRE BIOSEDRA

60, RUE DE ROME, PARIS - LABORDE 19-13 - 14

USINE A MALAKOFF

PARTIE PROFESSIONNELLE

PROPOS DU JOUR

LA PROTECTION DE LA MERE ET DE L'ENFANT EN U.R.S.S.

La lourde atmosphère politique qui oppresse l'Europe depuis la fin des hostilités n'est pas favorable aux libres courants d'informations. L'Européen occidental sait mieux ce qui se passe en Amérique, en Australie ou en Chine que dans l'Est de son propre continent. A peine quelques rares missions d'études y sont-elles entrées depuis la guerre ; il n'en est sorti que des délégations officielles et les échanges de journaux sont presque inexistants. Toute cette partie du monde se retranche dans un mystère qui pour les diplomates et les militaires est alarmant ; les autres citoyens, moins chargés de responsabilités, sont libres d'y trouver au moins un aiguillon acéré pour leur curiosité. C'est pourquoi tout ce qui parle de la Russie autrement que sur le ton de propagande politique est captivant.

J'espère que les médecins français prendront connaissance avec intérêt des informations ci-dessous reproduites d'un journal italien (1) qui, lui-même, les a extraites d'un opuscule du professeur G. Guetzov.

Il existe en U.R.S.S. de nombreuses institutions d'assistance à la mère et à l'enfant ; la plus intéressante et la plus importante est le dispensaire obstétrical, centre de l'organisation qui relie les femmes enceintes d'une part au lieu de travail, d'autre part aux fondations d'assistance et hospitalières destinées à la cure et à la prévention des maladies maternelles et infantiles ; grâce à lui la gestante est suivie dans toutes les conjonctures de la grossesse, de l'accouchement et de la puerpéralité.

La surveillance médicale y commence dès les premières semaines de la grossesse. Les examens systématiques sont répétés à intervalles réguliers de façon à dépister à temps les complications éventuelles ; si un traitement quelconque est indiqué, il est fait au dispensaire. Des infirmières visitent les gestantes à domicile, les questionnent sur leurs conditions de vie et de travail et leur indiquent les modifications désirables. Auprès des dispensaires fonctionnent des écoles dites de maternité où les femmes enceintes reçoivent des notions sur l'hygiène de la grossesse et de l'accouchement ; les jeunes mères y apprennent en outre à soigner et allaiter leurs nouveaux-nés.

Ces dispensaires sont gratuits ; en cas de besoin l'envoi à l'hôpital est prononcé. Ordinairement est annexée au dispensaire une consultation juridique où un avocat expose aux femmes leurs droits de mères et les droits de leurs enfants. Le cas échéant il leur assure en outre des services pratiques soit pour rédiger des requêtes soit pour les assister devant le tribunal.

Des certificats délivrés au dispensaire peuvent procurer le transfert à un travail convenant mieux à l'état de grossesse ou des rations supplémentaires à la cantine. Le dispensaire seul est qualifié pour délivrer les certificats à l'effet d'obtenir les repos légaux avant et après l'accouchement, les bons de layette, etc. Par ce moyen est rendue obligatoire la fréquentation du dispensaire.

(1) *Minerva medica*, 22 sept. 1946.

En U.R.S.S., une femme enceinte peut être embauchée ; elle est payée comme toutes les autres ouvrières ou employées ; et même quiconque refuserait un emploi à une femme enceinte s'exposerait aux rigueurs de la loi. Il est prescrit que toute gestante obtenant un travail moins fatigant sur la présentation d'un certificat délivré par le dispensaire conserve le salaire qu'elle gagnait avant sa grossesse ; le point de comparaison est donné par les 6 derniers mois. Si elle effectuait un travail nocif, elle est, pour le temps de sa grossesse, transférée dans un autre emploi. La durée du repos accordé aux travailleuses avant et après l'accouchement est de 77 jours (elles reçoivent pendant ce temps, au lieu du salaire, une indemnité des Assurances Sociales, à condition d'avoir travaillé 3 mois consécutifs avant la période de repos. Cette indemnité oscille entre 50 et 100 % du salaire habituel. Les femmes inscrites aux Syndicats ont l'avantage de percevoir 50 % de plus que celles qui ne sont pas « organisées. »

Dans les Kolkhoses, il est accordé aux travailleuses un mois de repos avant et un mois après l'accouchement. Le kolkhose leur verse une indemnité égale à la moitié de leur salaire moyen. Le congé annuel prévu par la loi peut être ajouté au congé de grossesse qui se trouve ainsi notablement allongé.

En temps de guerre, du fait des restrictions alimentaires, les femmes enceintes munies d'un certificat de grossesse délivré par le dispensaire reçoivent à partir du 6e mois une ration supplémentaire et mensuelle de 800 gr. de beurre, 600 gr. de sucre, 122 gr. de pâtes et 12 litres de lait. Cette ration est continuée pendant les 4 premiers mois de l'allaitement. En outre, beaucoup de travailleuses d'usines ou de bureaux reçoivent des rations supplémentaires à la cantine de l'entreprise.

Lorsque la grossesse vient à son terme, le dispensaire place la femme à la maternité ; si la grossesse a été pathologique l'entrée à la maternité est plus précoce.

Le dispensaire continue sa surveillance après l'accouchement et donne, s'il y a lieu, des soins gynécologiques. Il fonctionne aux frais de la commune. Il est régional mais il en existe en outre dans toute grosse entreprise.

Grâce au contact étroit qui existe entre le dispensaire et la maternité, celle-ci est informée des particularités de la grossesse. A son tour le dispensaire reçoit un rapport de l'accouchement et de l'état de santé de l'accouchée. L'éducation de celle-ci sur l'hygiène de la période puerpérale va de pair avec des conseils sur les soins aux nouveau-nés.

Le réseau des maternités est assez dense aussi à la campagne. Outre la salle de travail du dispensaire rural, il existe encore des dispensaires dont les sages-femmes se rendent à domicile. Ils ont les mêmes prérogatives que les dispensaires obstétricaux des villes.

Avec l'accroissement des kolkhoses on a vu apparaître dans les villages des maternités fonctionnant aux frais des collectivités rurales. L'administration du kolkhose fournit les produits alimentaires, entretient les maternités, paie le personnel. L'organisation de la santé publique dirige les maternités, les fournit en sages-femmes, médicaments, instruments, etc. Si l'accouchement se présente comme normal, la femme entre à la maternité ou bien accouche à domicile. Si l'on s'attend à un accouchement laborieux ou pathologique, la sage-femme envoie la femme au médecin du dispensaire rural. La sage-femme de la maternité du kolkhoz suit les femmes enceintes, les visite à domicile, leur donne des conseils.

Avant la guerre existaient en U.R.S.S. environ 10.000 maternités comptant 27.000 lits.

Dans les grandes institutions d'obstétrique, outre es salles pour les enfants sains, existent des salles pour prématurés.

En ville et dans la majeure partie des chefs-lieux ruraux chaque enfant, du jour de sa naissance jusqu'à l'âge de 3 ou 4 ans, se trouve sous la surveillance du dispensaire pédiatrique de son district. Un médecin et deux infirmières vont visiter à domicile les enfants malades. Dans la personne du médecin et de l'infirmière du dispensaire, chaque famille soviétique a un médecin et une infirmière attachés à l'enfant jusqu'à 4 ans. La tâche du dispensaire est surtout prophylactique : combattre les maladies infantiles, propager l'allaitement au sein, enseigner les mères et élever leur niveau culturel.

Les enfants sont soignés gratuitement et doivent être amenés au dispensaire une ou deux fois ou davantage par mois.

Auprès des dispensaires sont ouvertes des cantines où la mère, sur ordonnance du médecin, peut se fournir à bas prix de lait, farine lactée, jus de fruits ou légumes riches en vitamines.

Ce sont encore les dispensaires qui vaccinent les bébés ou leur inoculent, le cas échéant, un sérum prophylactique.

Dès que le dispensaire pédiatrique est avisé que la mère et l'enfant ont quitté la maternité, il les fait visiter par un médecin qui laisse les prescriptions nécessaires à l'infirmière prenant par la suite en charge la maison.

Il dépend encore du dispensaire de placer les enfants en sanatorium ou à la crèche.

Lorsque est terminé le repos légal de l'accouchée, la travailleuse reprend son emploi et met l'enfant à la crèche.

Ces crèches assument des fonctions très importantes :

1° Donner à la femme la possibilité de prendre part à la vie économique, sociale, culturelle, politique du pays ;

2° Elever des générations saines de corps et d'esprit.

A la crèche, les enfants sont divisés en groupes suivant l'âge : jusqu'à 6 mois, de 6 à 9 mois, de 9 à 18 mois, de 18 mois à 4 ans. Chaque groupe compte généralement de 15 à 16 enfants. Toute usine, toute entreprise, toute administration un peu importante possède une crèche.

Les crèches régionales n'admettent que les enfants d'ouvrières, d'employées ou d'étudiantes. Le syndicat de l'entreprise où travaille la mère remet à celle-ci un certificat d'admission à la crèche. Préalablement la mère doit produire un certificat du dispensaire régional attestant que l'enfant n'est atteint d'aucune maladie infectieuse ou contagieuse.

Le Code soviétique du travail prévoit, outre les heures de repas, des interruptions de travail pour les mères qui allaitent ; elles sont comptées comme heures de travail. Les mères nourrices sont exemptées de travail de nuit durant la période d'allaitement.

Les enfants au sein ne sont gardés à la crèche que durant la journée. Pour les enfants de plus d'un an existent des groupes appelés : de journée prolongée, afin de permettre aux mères non seulement de travailler mais aussi d'étudier. Enfin pour les femmes faisant un travail de nuit existent des groupes spéciaux qui gardent les enfants toute la semaine sauf le dimanche. Les enfants sont soignés, nourris, élevés selon leur âge, ils dorment à l'air libre, font de la gymnastique, jouent et chantent. Ils ont quatre repas par jour avec régime approuvé par le médecin.

Au printemps un grand nombre de crèches sont déplacées à la campagne.

Dans les districts ruraux existent des crèches temporaires en rapport avec les travaux agricoles ou permanentes. Avant la guerre 1941-1945 existaient dans les campagnes des organisations ambulantes, installées dans les champs où travaillaient les mères nourrices.

La garde des enfants dans les crèches est en partie à la charge des parents, selon leur salaire et leurs charges de famille. De toutes façons le prix payé par les citadins à haut salaire n'atteint jamais le quart de ce qui est payé par les finances locales.

L'organisation de la santé publique a ouvert des maisons pour orphelins soit de père et de mère, soit d'un seul parent, et pour les enfants de filles-mères. Ils sont gardés jusqu'à l'âge de 4 ans, à la charge des finances locales.

L'usage s'est répandu dans les familles soviétiques d'adopter des orphelins et l'Etat favorise cette tendance. Si l'enfant est orphelin d'un seul parent, il faut obtenir l'autorisation de celui qui reste. Avant de donner son consentement, la Maison des enfants prend des informations sur la famille qui désire adopter : relations entre les conjoints, motifs de l'adoption, conditions matérielles, etc. En outre les futurs parents adoptifs doivent présenter une carte de l'entreprise où ils travaillent, stipulant leur salaire et leur genre de vie ; enfin il faut des certificats d'un vénéréologue, d'un phtisiologue et d'un aliéniste.

En 1941 existaient en U.R.S.S. 23 instituts scientifiques consacrés à l'étude des questions sanitaires intéressant la mère et l'enfant.

Une indemnité d'Etat est versée depuis 1944 à toute mère de 2 enfants à l'occasion de la naissance de chacun des suivants et lorsque l'enfant atteint sa seconde année. Dans les indemnités aux familles nombreuses entrent en ligne de compte les enfants tués à la guerre.

Les filles-mères reçoivent une indemnité pour l'éducation et l'entretien de leur enfant depuis la naissance jusqu'à la douzième année ; en outre elles peuvent le placer gratuitement dans une maison d'enfants, gardant le droit de le reprendre pour l'élever elles-mêmes.

G. Lavalee.

ORGANISATION PROFESSIONNELLE

LA SÉCURITÉ DU MEDECIN DOIT ÊTRE A LA FOIS SOCIALE ET PROFESSIONNELLE

II. — LA SECURITE PROFESSIONNELLE DU MEDECIN

Nous avons exposé, dans notre premier article (1) ce que la Sécurité sociale apporte aux médecins... comme charges, mais aussi comme prestations. Rappelons sommairement les conclusions auxquelles nous étions arrivés, les insuffisances mises en lumière devant servir de base à l'organisation d'un système de sécurité *complémentaire* par la profession elle-même.

L'assurance-vieillesse, la première à entrer en vigueur, apporte, dès maintenant, une charge fort lourde (entre quinze et vingt mille francs par ménage) à laquelle, seuls, échappent les médecins de plus de 65 ans ayant cessé tout exercice, ou ceux auxquels leur âge et leur détresse (revenu inférieur à 60.000 francs par ménage) permettent de revendiquer l'allocation-vieillesse. Celle-ci peut, tout au plus, compléter leurs maigres ressources en vue de les amener au niveau de ce que nous n'oserions appeler un minimum vital.

Aux autres médecins, l'assurance-vieillesse apporte la promesse d'une pension proportionnelle à leurs versements après un minimum de quinze années de cotisation — sans que la base financière de cette pension soit bien solidement assurée — et la certitude de toucher l'allocation minima si l'infortune les réduit à un dénûment quasi-total (ou s'ils ont cotisé pendant au moins quinze ans).

L'assurance-maladie n'est pas encore étendue aux médecins. Elle ne leur apporterait comme charge qu'un léger supplément (1,6 % environ, soit 240 francs par an) — et comme prestation *uniquement* le remboursement des frais pharmaceutiques et d'hospitalisation pendant 6 mois (3 ans, s'ils bénéficient de la longue-maladie). Par contre, ils seraient exclus du bénéfice des indemnités en espèces.

L'assurance-invalidité leur allouerait, ensuite, une pension assez modique s'ils ont une incapacité de plus des deux tiers. L'assurance-décès verserait à leurs ayants-droit un capital couvrant tout au plus, les frais d'obsèques et les charges familiales pendant les premières semaines suivant immédiatement la catastrophe.

Le tableau, on le voit, montre l'important effort que doit accomplir la profession elle-même, si elle entend assurer la sécurité du médecin, dans toutes les circonstances de sa vie personnelle et familiale, non plus dans les mots, mais aussi dans les faits. Reprenons successivement chacun des risques et étudions les modalités d'un régime complémentaire.

1° L'Assurance-vieillesse. — Elle doit, comme l'assurance sociale, dont elle veut combler les lacunes, comporter deux branches bien distinctes : une branche de solidarité et une branche d'assurance proprement dite, c'est-à-dire, des allocations-vieillesse et des pensions-vieillesse.

a) *Allocations-vieillesse.* — A la différence des pensions, elles doivent être versées *immédiatement*, sans dépendre, dans leur montant, de l'importance des cotisations effectivement versées par l'intéressé. Elles doivent donc être à la charge d'une Caisse de répartition et ont un caractère évident d'entr'aide et de solidarité.

(1) *Concours Médical*, 2 novembre, page 1282 et suivantes.

Mais à la solidarité nationale se substitue, cette fois, la charge moins lourde et moins abstraite de la solidarité professionnelle.

En raison même de son caractère d'entr'aide, l'allocation ne doit être pour les médecins, qu'un *complément* de leurs ressources, familiales ou professionnelles, afin de les porter au niveau que la profession, (en l'espèce l'Ordre) jugera compatible avec tout à la fois, la dignité de vie du médecin et les possibilités économiques des jeunes. N'oublions point, en fixant ce niveau, que la démographie française comporte un pourcentage particulièrement élevé de classes vieilles, et que la charge de leur subsistance doit être supportée par des classes actives dangereusement amenuisées.

Un compromis doit et peut cependant intervenir entre ces exigences contradictoires, et augmenter notablement les 15.000 ou 18.000 francs de l'allocation aux vieux offerts par la Sécurité sociale.

Ces prestations d'entr'aide, alimentées par une cotisation d'entr'aide à la charge de *tous* les médecins en exercice (allocataires exclus), par qui seraient-elles versées ? C'est là, à notre sens, qu'il serait opportun de faire appel à l'Association Générale des Médecins de France dont un article récent rappelait, ici-même, qu'elle fut, à son origine, la mère-gigogne de toutes nos institutions actuelles : Ordre, syndicats, prévoyance, entr'aide. Les sociétés locales de l'A.G. à l'échelon départemental, l'A.G. elle-même à l'échelon national, groupant sous forme fédérative non plus seulement les sociétés primaires départementales, mais toutes les sociétés mutualistes médicales, pourraient recevoir par délégation des Conseils de l'Ordre, avec la fraction d'entr'aide de la cotisation ordinale, la mission d'assurer l'entr'aide confraternelle pour tous les médecins de leur ressort — ce qui entre au premier chef dans l'objet actuel de la Mutualité.

Du même coup, serait satisfaite la préoccupation d'assurer aux « œuvres d'entr'aide » de l'Ordre, l'autonomie juridique et financière souhaitable et la forme mutualiste légalement requise, ainsi que le souci de réunir en un seul faisceau convergent tous les efforts et tous les dévouements du Corps médical ayant pour objet de protéger la condition du médecin. Une participation étroite des conseillers de l'Ordre — pris es-qualité — à la vie et à la gestion de l'A.G. et de ses sociétés adhérentes assurerait en pratique l'existence et la pérennité de cette union et apporterait une vitalité nouvelle à un vieil arbre encore plein de sève.

Un dernier point reste à élucider : de quelle importance devrait être cette cotisation d'entr'aide ? Actuellement, elle se résume au total (échelon national et départemental) à 500 francs, auxquels il faut ajouter une somme à peu près équivalente déjà versée par les membres de l'A.G. Cette cotisation risque fort d'être insuffisante. Sa modicité permettait de lui conserver son caractère égalitaire. Si elle doit subir d'importants rehaussements, il deviendrait rationnel de la modeler sur le régime de la Sécurité sociale et de la rendre proportionnelle au revenu cédulaire dans la limite d'un plafond à déterminer.

Mais, dans ce cas, il serait nécessaire qu'une loi spé-

ciale intervînt pour mettre sur pied ce système d'entr'aide complémentaire et cette modalité de perception, qui rompt avec la règle d'égalité des cotisations en vigueur en matière mutualiste.

b) *La pension vieillesse.* — Elle dépend étroitement de l'effort individuel d'épargne de chaque cotisant. Par suite, elle ne peut atteindre un taux important qu'après de longues années de fonctionnement du système. Elle suppose donc une certaine confiance dans l'avenir et les possibilités de stabilité financière, économique, donc politique, du pays. Elle exclut, d'autre part toute idée d'entr'aide ou de solidarité.

Faut-il rendre obligatoire pour les médecins ce régime d'assurance complémentaire ? Un puissant argument en faveur de l'obligation consiste à invoquer le dénuement où se trouvent aujourd'hui tant de vieux médecins, faute d'un effort de prévoyance suffisant, et la nécessité qui en résulte pour les jeunes de leur venir en aide. Mais cet argument qui a son poids en période normale, perd une grande partie de sa valeur dans la période actuelle — qui déjoue la prévoyance la plus réfléchie. D'autre part, l'heure semble mal venue de construire un nouveau régime à long terme. Il semble donc que le mieux serait — avant de prendre une décision en ce sens — de consulter le Corps médical lui-même, par la voie de ses organes représentatifs.

De toutes manières, l'obligation pour les médecins de cotiser à ce régime complémentaire ne pourrait résulter que *d'une loi*.

Dans le même temps qu'elle poserait le principe de la cotisation, elle instituerait une *Caisse autonome* douée la personnalité morale et financière, et gérée, sous le contrôle de l'Ordre, par la profession elle-même. Il importerait que les auteurs de la loi veuillent bien limiter l'obligation à un niveau suffisamment modeste, pour ne point priver le médecin de toute possibilité d'une épargne personnelle, dont il doit pouvoir disposer librement. La faillite des régimes de retraites obligatoires échafaudés en d'autres domaines doit, en effet, inciter les bâtisseurs à la modestie — car, hélas, l'avenir ne leur appartient pas plus qu'à ceux qui sont l'objet de leur sollicitude.

2° L'ASSURANCE-MALADIE. — Elle doit avoir pour tâche essentielle de verser aux médecins frappés temporairement d'une incapacité d'exercice pour une cause pathologique quelconque (professionnelle ou non), des prestations en espèces — journalières ou mensuelles — d'un montant suffisant pour les indemniser partiellement des frais de remplacement.

Cette tâche fait, au premier chef, partie des buts des sociétés mutualistes. Plusieurs sociétés médicales sont outillées pour la mener à bien. L'A.G. a préparé elle-même, en son sein, une Caisse de Compensation nationale et une Caisse de maladie, de longue durée, permettant aux sociétés adhérentes de verser une indemnité journalière pouvant aller jusqu'à 300 francs, depuis le quinzième jour de maladie jusqu'à 60 ans ou la guérison. En sorte que, du même coup, se trouve résolu le problème de l'assurance-invalidité. Il ya tout lieu de penser que les sociétés existantes ayant le même objet pourraient avec fruit unir leurs efforts en se fédérant au sein de l'A.G., sans perdre, au reste, pour cela leur autonomie. Ainsi, le reproche de dispersion si souvent adressé aux Caisses existantes pourrait-il perdre tout fondement.

La profession est donc déjà juridiquement et financièrement équipée pour pratiquer immédiatement l'assurance-maladie, soit sur le plan local, soit sur le plan national. Il suffit d'un mot pour que le recrutement de ces sociétés reprenne et se développe. Nul doute que le patronage de l'Ordre et la certitude de faire partie d'une œuvre d'avenir bénéficiant de l'appui de toute la profession, ne soit grandement susceptible de faire naître et croître chez le médecin une volonté de prévoyance que trop de projets avortés et d'espoirs déçus ont quelque peu désorientée.

3° L'ASSURANCE-DÉCÈS. — Elle doit assurer aux membres de la famille médicale un capital dépendant du nombre de ses membres — capable de leur assurer une sécurité financière, non point définitive, mais suffisante. Un complément notable doit donc être apporté, là aussi, aux prestations de la Sécurité sociale.

Il existe déjà des œuvres ayant cet objet. Mais leur structure juridique et financière n'est peut-être point suffisamment adaptée aux exigences actuelles. Un service spécial d'assurance contre le décès vient, d'autre part, d'être créé au sein de l'A.G., avec l'approbation ministérielle. Par sa conception et ses modalités de fonctionnement, il offre toutes les garanties et la souplesse désirables. Il suffit, là aussi, pour que le recrutement s'organise et se développe, que ce service prenne officiellement sa place au sein de l'organisation complémentaire de prévoyance du Corps médical.

DE, ce tableau d'ensemble rapidement esquissé, il importe de tirer des conclusions générales. En premier lieu, les œuvres spontanément créées, souvent de très longue date, par les médecins eux-mêmes, sont aujourd'hui parfaitement en mesure de s'unir en un tout cohérent capable de faire face à tous les risques qui menacent la sécurité du médecin et de sa famille. Seule, la constitution obligatoire d'une pension de vieillesse, par un financement à long terme, exigerait une loi et une Caisse nouvelle, que l'on pourrait sans doute obtenir dans le cadre des *régimes complémentaires* prévus par la Sécurité sociale elle-même.

Mais l'action des sociétés actuelles — ou des services nouvellement créés — est paralysée par l'attente d'une solution officielle émanant de l'Ordre et des Syndicats, solution que les événements ont constamment retardée.

Nous avons appris que la dernière session du Conseil National de l'Ordre venait tout récemment de décider à l'unanimité « une prise de contact avec les œuvres existantes ». Nous voulons y voir l'amorce d'une construction harmonieuse, que nous avions nous-mêmes depuis longtemps souhaitée.

D'autre part, la question du *timbre-certificat* qui fit avorter les précédents projets de retraite du Médecin au Ministère des Finances, paraît en voie de trouver enfin sa formule d'équilibre. Facultatif, il échappera ainsi à la censure des Pouvoirs publics — et produira, en fait, des ressources extrêmement importantes et précieuses, à l'heure où le médecin risque de ployer sous le fardeau de cotisations aussi multiples qu'élevées. Les recettes du timbre alimenteront donc, avec les cotisations, les organismes d'entr'aide et, faisant l'objet d'une comptabilité séparée et contrôlée, ne justifiront plus les critiques qu'appelait le système actuel.

Bien des débats ont eu lieu ces dernières années autour de ces importants problèmes. Beaucoup ont semblé inutiles. En réalité, la clarté s'est peu à peu faite dans les esprits et nous sommes proches d'un accord général sur les principes — qui peut faire rapidement de la sécurité professionnelle du médecin, une réalité enfin tangible.

Jean MIGNON.

LE ROLE DES MÉDECINS CONSEILS DE LA SÉCURITÉ SOCIALE FRANCAISE. — SON ÉVOLUTION

par le Dr ANDRÉ GROS

Conseiller Technique de la Fédération Nationale de la Mutualité Française

La mise en place du Cadre des médecins Conseils d'Assurances sociales dans l'esprit de l'ordonnance du 19 octobre 1945, soulève des problèmes d'une amplitude et d'une complexité telles, que, tout médecin praticien doit être à même de les examiner pour son propre compte et de se faire sa propre opinion.

Nous avons déjà donné la notre ; nous avons laissé, ensuite, la parole à divers médecins Conseils. Aujourd'hui, le Dr Gros, expert en médecine sociale, développe le point de vue de la Mutualité.

N.D.L.R.

Depuis onze ans, nous avons pu personnellement observer le rôle des médecins travaillant dans le cadre des Caisses d'Assurances Sociales. En une première étape, à l'idée *d'assurances*, a correspondu immédiatement *la création* : 1° *d'une médecine de contrôle*, contrôle de l'assuré et, n'hésitons pas à l'écrire, du médecin-traitant ; 2° *d'une médecine d'expertise* pour les placements en cure et la détermination des pensions d'invalidité. Le recrutement médical était alors exercé par le mécanisme du hasard... ou des relations personnelles - souvent politiques - des dirigeants des conseils d'administration et des directeurs des Caisses. Par suite du manque d'intérêt technique apparent... et de l'insuffisance matérielle de la fonction de contrôle, ce recrutement se révélait de qualité moyenne très faible comportant cependant quelques éléments de valeur réelle, parfois exceptionnelle.

En dehors de l'activité des médecins-experts : médecins des hôpitaux venant fréquemment compléter dans les Caisses une activité personnelle rénumérée, les médecins-contrôleurs de Caisses d'Assurances sociales avaient donc un rôle très limité. Ils étaient, le plus fréquemment, des employés des Caisses.

Puis, peu à peu, grâce à l'activité de certains médecins-contrôleurs *et surtout grâce à l'évolution sociale*, nous avons assisté à une évolution de la place et des fonctions des médecins attachés aux Assurances sociales.

I — *Évolution de cas privés* :

En effet, certains médecins se virent rapidement attribuer des fonctions de véritables médecins-conseils et de véritables chefs de service - grâce à leur initiative personnelle et à leur activité. Nous pensons tout particulièrement à notre ami, le Dr BAILLARGE, médecin-conseil de l'Union régionale des Assurances sociales de Rennes, qui put constituer une véritable équipe avec notre ami, M. GARCSINZKI, président - récemment disparu - de la Fédération des Caisses Départementales.

II — *Évolution générale* :

L'évolution sociale, économique, politique abattra progressivement ceux qui ont vu dans les Assurances sociales une immense caisse nationale procédant simplement à la récupération de cotisations patronales et ouvrières, puis à la redistribution des sommes reçues aux malades et aux invalides. Constamment, de nouvelles preuves développent, dans le cadre de la Sécurité sociale ou auprès d'elle, les services techniques d'étude et de prévention des risques maladie, invalidité, vieillesse dans tous les domaines de la vie. Tous les jours, les responsables, administratifs et économiques, de cet immense problème, peuvent constater la nécessité de voir les Assurances sociales participer à l'élaboration et à l'application d'une technique de défense de la population française dans le domaine de l'Enfance (futurs assurés), du Travail (assurés), de la Vieillesse (ex-assurés) ou dans le domaine du Reclassement. Nous nous réjouissons, personnellement, de cette évolution et de cette transformation de la politique sociale des Assurances sociales — évolution et transformation que nous avons préconisées, depuis dix ans, malgré bien des difficultés — et notamment grâce à l'aide de nos amis, M. HELLER, président de la Mutualité française, M. le Pr PARISOT, de Nancy, M. Jean CHATEAU, directeur de l'*Action Sanitaire et Sociale*, de la Caisse Régionale (Paris) de Sécurité sociale.

***

Depuis deux ans, le nouveau plan de Sécurité sociale était élaboré et mis en place par notre ami, M. Pierre LAROQUE, directeur de la Sécurité sociale au Ministère du Travail. Il confiait la responsabilité de ce plan aux Syndicats et à un trop faible pourcentage de Mutualistes (erreur qui sera peu à peu rectifiée).

Sous la double pression économique et biologique de l'évolution sociale et législative, par suite des complexes problèmes techniques que pose actuellement un tel plan en France, *les médecins-contrôleurs des Caisses d'Assurances sociales devenaient les médecins-conseils des Caisses de Sécurité sociale.* Les articles, 17 et 18 de l'Ordonnance du 19 octobre 1945, précisèrent que « la direction du Contrôle médical est confiée au médecin-conseil régional et que les médecins-conseils (départementaux) exercent leurs fonctions sous son autorité ». Le ministre du Travail, M. CROIZAT, confirmait, avec bon sens, cette position concernant le rôle important des médecins-conseils des Caisses de Sécurité sociale. Leur recrutement et leur digne rémunération reposent, progressivement, sur des méthodes codifiées, plus rationnelles, donnant des garanties plus grandes. Dans ce rôle comme dans toute

fonction sociale, nous pensons qu'un médecin de valeur doit, non seulement représenter une bonne technique traduite souvent par des titres hospitaliers, mais, aussi, posséder des qualités d'adaptation et de souplesse, une possibilité de compréhension des questions non médicales (juridiques, économiques) et, surtout, une tendance générale à porter un intérêt au moins aussi grand à la prévention qu'à la thérapeutique, à la gymnastique et aux sports qu'à l'orthopédie, à la physiologie qu'à la pathologie, à la santé qu'à la maladie, à la beauté, au qualitatif et à la vie qu'au morbide.

Le ministre exprimait cette position dans la circulaire suivante en date du 1er août 1946 :

« Le ministre du Travail et de la Sécurité sociale à MM. les Directeurs régionaux de la Sécurité sociale,

« J'ai déjà eu l'occasion d'insister auprès de vous, sur l'importance que j'attache à la bonne marche du contrôle médical dans la nouvelle organisation de la Sécurité sociale. Je crois utile de revenir sur cette question au moment où les nouvelles caisses entrent en fonctions.

« Le décret du 29 décembre 1945, portant règlement d'administration publique pour l'application de l'ordonnance du 19 octobre fixe, au chapitre II, article 16 à 26, les conditions de fonctionnement du contrôle médical.

« Celui-ci est placé sous la direction d'un médecin-conseil régional nommé par le Conseil d'Administration de la Caisse Régionale et agréé par la section du Contrôle médical du Comité technique d'Action sanitaire et sociale.

« Il importe que le médecin-conseil régional soit effectivement en mesure d'exercer ses fonctions de direction du contrôle médical. Ayant la responsabilité, il doit avoir la liberté d'exécution nécessaire, sous l'autorité du Conseil d'Administration de la Caisse régionale, auquel il appartient de lui fournir tous les moyens d'action utiles.

« Les rapports entre les services médicaux et les services administratifs de la Caisse régionale, doivent évidemment être étroits et constants et, autant que faire se peut, amicaux et confiants, tous deux collaborent à une action commune, chacun remplissant la tâche qui lui est dévolue en liaison avec l'autre, mais sans aucune subordination de l'un à l'autre. Ils sont soumis, au même titre, à l'autorité supérieure du Conseil d'Administration de la Caisse.

« Je vous prie de vouloir bien rappeler ces principes aux membres du Conseil d'Administration de la Caisse régionale de votre circonscription et veiller à leur mise en pratique. »

***

Le médecin-conseil de la Sécurité sociale commence donc à trouver sa véritable place, sous la dépendance de la direction générale de la Sécurité sociale et des Conseils d'Administration des Caisses, au plan d'autonomie administrative nécessaire à la fonction technique et psychologique toujours croissante exercée. Elle permet de réaliser un recrutement qui s'améliore constamment, et de renforcer l'action et l'autorité des médecins-conseils. Précisons que le même problème qualitatif de recrutement se pose par rapport aux directeurs et cadres administratifs de la Sécurité sociale, qui comportent d'ailleurs actuellement certains éléments remarquables parfois mal utilisés. Le Corps médical français, dans son ensemble, a le plus grand intérêt, dans son difficile travail, à bénéficier de la présence dans les organismes de Sécurité sociale de confrères compétents, intelligents, dynamiques, compréhensifs, capables de représenter une bonne articulation entre le Corps médical et les problèmes généraux que comporte la Sécurité sociale, dont la complexité échappe encore en partie à de nombreux médecins-traitants. Le statut fonctionnel, moral et matériel, des médecins-conseils de la Sécurité sociale, est l'un des problèmes immédiats que les Conseils de l'Ordre des Médecins et la Confédération des Syndicats médicaux français doivent suivre avec la plus grande attention, *après s'être exactement informés et après avoir acquis la certitude d'avoir élevé le problème à son plan réel*. Nous sommes d'ailleurs certains que le Pr PORTES, notre ami le Dr LAFAY, et la plupart de nos confrères ayant la responsabilité actuelle de l'avenir de la profession médicale ne négligeront pas cette question.

Nous savons que les dirigeants de la Sécurité sociale — c'est-à-dire le Gouvernement, le Ministère du Travail, la Direction de la Sécurité sociale, les Syndicalistes, les Mutualistes — recherchent l'entente avec le Corps médical. Nous croyons qu'ils doivent commencer par la rechercher et la trouver avec les médecins-conseils de la Sécurité sociale. Ils prouveront ainsi, au Corps médical français, qu'ils comprennent les nuances techniques, psychologiques, sentimentales de toute activité médicale, comme ils semblent avoir compris ses défauts, défauts que nous ne nions pas, puisque nous les connaissons personnellement aussi bien que les qualités et les défauts moyens des gouvernements, des ministères du travail, des directions des Assurances sociales, des Syndicalistes et des Mutualistes.

Il ne faudrait pas, par exemple, que le Corps médical assistât trop fréquemment à des tentatives, habiles, mais inefficientes dans leur finalité, de reprise de pouvoir des services administratifs, notamment des directions des Caisses de Sécurité sociale, sur les médecins-conseils désormais chefs de service responsables devant les membres des Conseils d'Administration des Caisses. Récemment, *en septembre, au cours de la Conférence de la Fédération nationale des Organismes de Sécurité sociale*, une résolution concernant le contrôle médical ne parlait-elle pas trop habilement de « la Direction **technique** du contrôle médical qui appartient au médecin-conseil » en précisant même que, « le personnel du Contrôle médical autre que les Médecins et dentistes soit placé sous l'autorité administrative d'un agent appartenant aux cadres de la Caisse primaire » ?

Nous pensons que les directeurs des Caisses et tous les responsables des organismes de Sécurité sociale ont beaucoup mieux à faire qu'à chercher à étendre leur autorité par des résolutions habiles concernant des questions actuellement codifiées par des textes, des arrêtés, des circulaires ministérielles.

Leur but doit être d'améliorer le fonctionnement du plan de Sécurité sociale valable dans sa finalité mais encore bien imparfait dans certains aspects de son élaboration et de son application ; administrateurs, syndicalistes, mutualistes, médecins-conseils doivent rechercher en une action commune, en esprit d'équipe, à participer à améliorer la condition humaine par une coordination harmonieuse non seulement du plan de Sécurité sociale et de la Nation, mais encore et plus simplement de ses rouages intérieurs en une première étape.

***

En conclusion :

1° Les fonctions médicales exercées dans le cadre de la Sécurité sociale française ont suivi en France, depuis 1930, une évolution parallèle à l'évolution sociale fondamentale. Elles commencent à être plus satisfaisantes pour la Société, pour le Corps médical et les médecins-conseils de Sécurité sociale ;

2° Les fonctions médicales exercées dans le cadre de la Sécurité sociale française, représentent une orientation digne d'intérêt tant au point de vue de la technique et de l'esprit qu'à celui de son aspect matériel ;

3° A la lumière de tendances comparables à celles décrites ci-dessus à l'égard des fonctions des médecins-conseils de la Sécurité sociale, et constatée au cours d'une récente réunion de la Fédération nationale des Organismes de Sécurité sociale, le Conseil national de l'Ordre des Médecins, les Conseils départementaux, les Syndicats médicaux bien informés, doivent suivre avec fermeté et prudence l'évolution de la mise en place et de la codification de ces fonctions médicales exercées dans le cadre de la Sécurité sociale française, fonctions importantes dans leurs conséquences directes non seulement à l'égard du Corps médical français, mais encore à l'égard de l'efficience psychologique et technique du plan de Sécurité sociale vis-à-vis des assurés sociaux, c'est-à-dire de la population française.

FAUT-IL SUPPRIMER LES CONCOURS DANS LE RECRUTEMENT DES ÉLITES MÉDICALES ?

Par le Dr J. **Guyot**, *de Bordeaux*

A cette question récemment posée dans ce journal par un de nos confrères, je réponds sans hésiter : *Non.* Dans son article le Dr Marc Iselin invoque contre le concours :

1° L'opinion de deux de nos collègues, MM. Senèque et Banzet, retour d'un voyage en Amérique ;

2° Ce fait qu'à l'heure actuelle la chirurgie américaine est plus avancée que la chirurgie française : constatation objective, indiscutable paraît-il ! et qui ne peut qu'être très agréable à nos amis d'Amérique mais qu'il paraît peu opportun de faire connaître à notre fidèle clientèle de médecins étrangers ;

3° Cette supériorité ne tient pas aux conditions matérielles (organisation des hôpitaux ; multiplication des aides opératoires et augmentation de la durée des opérations cinq ou six heures ! ..) mais aux institutions : « aucune nomination n'est faite au concours : le *choix règne en maître* » ; en somme c'est l'absence de concours qui par elle seule crée cette supériorité.

L'auteur fait remarquer ce qu'il ne faut pas sous-estimer, la déperdition de force nerveuse représentée par les épreuves, qui tous les ans soumettent les malheureux candidats à des émotions effroyables qui les laissent ensuite pantelants des semaines, sinon des mois... et cela dure des années !

L'Américain, lui, ne connaît pas cette cause d'épuisement : ses émotions (comme candidat) sont très brèves car elles résultent d'une **décision supérieure et sans appel.**

Tout l'avenir de l'élève dépend donc de la seule volonté du chef, conclut le Dr Iselin, qui comme secrétaire de la **Commission de Réforme des Etudes médicales** (une de plus) présidée par mon ami le Pr Leriche (de l'Institut) a cherché, « la suppression des concours étant impossible dans l'**état actuel de la mentalité française**, à atténuer la *nocivité* du concours en essayant de le rendre aussi proche que possible du choix, comme dans la formule excellente (!!!) des concours d'avant 1914 ».

***

Telle est la thèse exposée par notre distingué confrère M. le Dr Marc Iselin (Concours Médical du 21 septembre 1946).

Comme ancien Secrétaire général et Président de l' « **Association des membres du corps enseignant des Facultés de Médecine de l'Etat** » j'ai eu à prendre part, dans l'entre-deux guerres, à de nombreuses assemblées ayant pour but la **Réforme des Etudes Médicales** (sujet ancien, mais toujours d'actualité). J'ai entendu exprimer bien des opinions : presque toutes avaient pour but de rendre les concours plus justes et de diminuer l'influence souvent prépondérante de certains grands patrons dont les « poulains » étaient par trop favorisés dès avant le « départ » au point que pour les candidats (surtout à Paris) la désignation du Jury restait de beaucoup l'épreuve la plus importante du concours.

On ne compte plus les articles publiés il y a

quelques années contre l'injustice des concours.

Hier on s'efforçait de les rendre plus équitables en diminuant l'influence des « patrons », par la multiplication des juges, l'anonymat des copies, la publication des notes après chaque épreuve, etc

Et voici qu'aujourd'hui la *méthode allemande du choix par le professeur*, (maître absolu de l'avenir des étudiants et des jeunes médecins), nous revient rajeunie d'Amérique et nous est proposée comme la *grande Réforme* susceptible de ramener la Chirurgie Française à une place qu'elle aurait perdue !

Les noms de Guyon, Tillaux, Reclus, Terrier, Quenu, Gosset, Albarran, Poncet, Demons, J.-L. Faure, Lecène, Forgue, Pierre Duval et tant d'autres, parmi nos maîtres disparus, se pressent sous ma plume et je ne puis sans émotion et fierté évoquer leurs grands noms et la gloire que leur renommée mondiale et leurs travaux ont apportée à la Chirurgie Française, malgré les effroyables épreuves des concours qu'ils avaient tous subis !

Comme le Dr Marc ISELIN a raison de dire « qu'en l'état actuel de la mentalité française on ne saurait proposer de supprimer les concours » et combien il se trompe à notre avis, ainsi que la nouvelle Commission de Réforme des Etudes Médicales en s'efforçant, non d'apporter plus de justice dans le concours, mais d'y favoriser au maximum *un choix déguisé*.

Le choix favorise (ce qui est contraire à l'esprit français) la servilité, la faveur et le népotisme.

Le concours met en valeur le travail, il crée entre les candidats l'émulation, il forme les caractères, oblige à une longue discipline et consacre — en définitive — le jugement et l'intelligence.

***

Améliorons donc les concours, mais gardons-nous bien de les supprimer : modifions les épreuves dans un sens plus moderne, et surtout que chaque juge perde la mentalité déplorable d'un « chef d'écurie » et garde, dans ces hautes fonctions, la dignité et la sérénité d'un juge.

Nous devons tous, et c'est l'avenir de la Médecine française qui est en jeu, chercher à rendre les concours plus justes et non, comme on paraît le souhaiter, à y renforcer *la cote d'amour*.

HONORAIRES HOSPITALIERS.

Longtemps l'hôpital n'a été qu'un lieu de soins pour les seuls malades indigents et les médecins et chirurgiens hospitaliers considéraient, peut-être à tort, que dans ces conditions la question de leurs honoraires ne se posait pas. Ils acceptaient comme naturelles des indemnités nominales les plus dérisoires.

La situation a changé avec les Assurances Sociales et l'accès à l'hôpital de malades payants. Elle prend une importance encore plus grande avec l'introduction réglementaire dans les hôpitaux publics (règlement de 1943) de malades de toutes classes sociales et l'extension actuelle des Assurances Sociales à des malades aisés.

***

Les hospitaliers ont été ainsi conduits à examiner les points suivants :

1° Les Assurances Sociales sont des assurances. Pour ces assurances, assurés et employeurs versent des primes élevées ;

2° Qu'il se passe à l'hôpital ou en ville, un acte médical ou chirurgical a la même valeur de travail ;

3° Aucune raison n'apparaît qui oblige médecin, chirurgien ou spécialiste à voir diminuer leurs honoraires lorsqu'ils soignent à l'hôpital des malades assurés ou aisés, d'autant qu'ils représentent le plus souvent des praticiens confirmés apportant le maximum de garanties techniques et morales ;

4° Les médecins, chirurgiens et spécialistes hospitaliers considèrent qu'ils doivent cependant à leurs traditions de consentir des conditions particulières aux malades économiquement faibles.

Dans des ordres du jour multiples la Confédération des Syndicats médicaux, le Syndicat national des Chirurgiens, le Syndicat des Chirurgiens de province et son groupe hospitalier ont alors été d'accord pour fixer certaines bases.

Pour les malades économiquement faibles c'est-à-dire en principe les malades soignés dans les salles communes des hôpitaux, les honoraires minimum établis par les Syndicats seraient abaissés de moitié.

Mais pour les malades bénéficiant du régime de chambres particulières, en principe malades aisés, et en dehors des malades qu'il convient médicalement d'isoler, les honoraires ne pourraient être inférieurs à ces honoraires minimum.

Les hospitaliers se sont trouvés à ce moment devant des Conventions passées entre Caisses d'Assurance Sociales et Hôpitaux, conventions conclues sans leur participation et qui ne satisfont à aucune de ces conditions.

C'est contre cette situation qu'ils s'élèvent et qu'ils viennent demander à tous leurs Confrères de réclamer avec eux :

1° Qu'aucune convention mettant en cause le travail médical ne puisse *comme pour tout travailleur* être établie sans la participation des intéressés et sans l'approbation de nos Associations professionnelles ;

2° Que soient acceptées les conditions d'honoraires raisonnables qu'ils offrent : diminution de moitié de leurs honoraires minimum pour les économiquement faibles, respect de ces honoraires pour les malades aisés.

Les réunions récentes d'une Commission interministérielle concernant les honoraires hospitaliers ont permis de voir combien était

restreinte la documentation officielle sur le sujet complexe et actuel du travail médical dans les hôpitaux et que celle-ci se bornait en somme à quelques informations sur les hôpitaux parisiens.

Les représentants ministériels ont bien voulu le reconnaître, mais dès qu'il s'est agi des honoraires hospitaliers concernant les assurés sociaux ils se sont retranchés derrière des considérations financières, et aussi sur les facilités que les actes médicaux et chirurgicaux rencontraient à l'hôpital.

A quoi il a été également facile de leur répondre :

— Que les honoraires hospitaliers représentaient la moindre partie des dépenses des Assurances Sociales, l'acte chirurgical étant l'exception dans la vie sanitaire d'une famille ;

— Que les Mutuelles Chirurgicales avaient démontré combien peu élevée était la prime nécessaire pour assurer des honoraires normaux de chirurgie et de spécialité ;

— Que les honoraires hospitaliers, qu'ils additionnaient par des extrapolations savantes en arrivant à des sommes astronomiques, ne répondaient en rien à leurs calculs, un grand nombre de malades des hôpitaux restant soignés gratuitement à des titres multiples (indigents, pensionnés article 64 etc.) et les autres n'étant maintenant que des malades de ville devenus hospitaliers ;

— Que même en admettant certaines facilités de travail que donnerait l'hôpital, elles ne justifiaient pas pour des malades assurés payant des primes élevées et pour des malades qui souvent vont être aisés, des abattements d'honoraires atteignant jusqu'aux deux tiers de ceux qui ont été fixés par la Commission tripartite nationale pour les Assurances Sociales.

Ce que paraissent avoir surtout montré ces Conférences c'est, il convient de le répéter, combien est ignorée la situation exacte de la Médecine et de la Chirurgie hospitalières, particulièrement en ce qui concerne la province et combien un effort officiel d'information s'impose. C'est sur un point localisé le but de cet article.

***

Pouvons-nous ajouter en terminant, et comme réflexion personnelle, combien au cours de ces Conférences interministérielles, et malgré la grande courtoisie de nos interlocuteurs, a pu paraître déplaisante la mesquinerie de marchandages à la baisse dont est l'objet le travail médical hospitalier.

Qu'il s'agisse de Maîtres ayant acquis leurs titres par un travail acharné et dans de longues et dures épreuves, ou de ceux plus modestes qui exercent dans des hôpitaux de moindre importance, mais grâce à qui, comme à Niort, hôpital exemplaire, ont été accomplies en province la plupart des transformations modernes des hôpitaux, tous ont donné et continuent à donner à l'hôpital, le plus souvent pour des conditions pécuniaires dérisoires, une grande partie de leurs peines.

Il serait convenable qu'on y songe.

Dr WOIMANT. (*Compiègne*)

LE MOT DU LECTEUR

FIDÉLITÉ !...

En ce moment où les partis politiques font de la « surenchère à la fidélité », il est, à mon avis, utile de rappeler un autre aspect de la fidélité : celle du malade vis-à-vis du médecin.

⁂

A l'époque, pas si lointaine que cela, où il y avait des « médecins de familles », où il n'y avait même, pratiquement, que des médecins de familles, malades et médecins respectaient tacitement le contrat moral qui les liait : le malade exigeait du médecin compétence et dévouement en échange desquels il lui assurait confiance et *fidélité* : compétence allant de pair avec confiance, dévouement avec fidélité et réciproquement, on peut même dire que souvent, de ces quatre qualités, c'était bien la fidélité qui demeurait le plus à l'abri des manquements. Pour un empire, une mère de famille n'eut changé de médecin. Et l'on voyait des médecins de père en fils soignant des générations de malades, les prenant à la naissance, les suivant au cours des péripéties de l'existence et leur fermant les yeux.

Hélas, en quelques lustres, les temps ont bien changé. Trop souvent par la propre faute du médecin qui volontairement ou inconsciemment est descendu du piédestal où la confiance du malade l'avait placé, par la faute aussi du malade qui, intoxiqué de littérature para-médicale, s'est mis à discuter son médecin, pour toutes ces raisons on a vu s'établir peu à peu les faits suivants : chaque membre d'une famille ayant un et même plusieurs médecins en même temps ou successivement, allant de l'un à l'autre avec une désinvolture cynique. J'ai personnellement entendu une brave femme, à qui l'on demandait par hasard, quel était son médecin, répondre tout naturellement : « Oh ! pour le moment je me sers chez X -... » Elle désignait ainsi son médecin, sans même faire précéder son nom du traditionnel « Docteur ». Exactement comme s'il s'était agi de l'épicier du coin !...

Les deux dernières guerres ont prolétarisé le médecin. Ce n'est sans doute pas un mal. Dans un certain sens le peuple n'est plus intimidé vis-à-vis du médecin. Ce dernier n'en reste pas moins humain et accessible à la même pitié envers les misères physiques et morales qu'auparavant.

Cependant si le peuple et le médecin se sentent plus près que jamais l'un de l'autre, est-il vraiment utile que le malade en prenne à son aise vis-à-vis de celui qui le soigne ? Discuter une ordonnance, un avis, provoquer une consultation inutile-

ment, consulter un spécialiste à tort et à travers, voilà quelques aspects d'un vaste problème qui exigerait en premier lieu une profonde rééducation de la clientèle.

Est-ce possible ? Qui s'en chargera ? Par quels moyens ? Autant de questions qui n'auront pas de réponses de sitôt. En revanche il est un point sur lequel il y aurait un profond intérêt à provoquer l'opinion médicale, c'est celle de la protection de la clientèle, contre ses propres excès de comportement et contre celui de confrères peu scrupuleux : la garantie de la fidélité dans le cadre du libre choix.

Je me souviens d'avoir été particulièrement frappé, en lisant « la Citadelle » de Cronin, par l'organisation médicale anglaise. Si mes souvenirs sont exacts, il existe outre-Manche, un système original.

Tout être humain qui tombe malade pour la première fois remet au médecin qu'il a choisi librement une carte : sa carte de client. Tant que le médecin est en possession de cette carte, le client ne peut avoir que lui comme médecin. Si le client veut changer de médecin, il doit demander à celui qu'il avait choisi précédemment et qui détenait sa carte de la lui remettre. Muni de sa carte le client va la remettre au nouveau médecin. La carte ne supprime certe pas l'infidélité, mais il faut reconnaître qu'elle en diminue fortement l'occasion, car elle constitue un facteur psychologique de poids. Le client n'est pas tenté d'aller voir n'importe quel médecin pour un oui, pour un non, et surtout de voir plusieurs médecins. Il ne peut aller voir le spécialiste ou le chirurgien qu'après avis du médecin-traitant. D'autre part le médecin peut ainsi, d'après l'importance de son fichier, jauger littéralement l'importance et les fluctuations de sa clientèle. On voit par là les répercussions du fait sur les ventes de cabinet, sur la fiscalité.

Une telle nouveauté entrant dans les mœurs médicales françaises n'irait sans doute pas sans soulever protestations et critiques. Pourquoi copier l'étranger ? Le mieux est l'ennemi du bien ? Que sais-je encore !... Il serait sincèrement souhaitable que la question soit largement débattue dans les colonnes du Concours Médical, à la Confédération et au ministère de la Santé Publique. On n'en est plus à une carte près. En tous cas la carte de malade ne serait pas plus inutile que la carte de médecin qui est en gestation.

⁂

Je me suis permis de livrer ces quelques reflexions inspirées par des constations et des doléances de confrères et par des remarques personnelles. Quelle sera la réaction du grand public des praticiens de France ? Il est difficile de la prévoir, mais il n'est pas défendu de l'attendre avec confiance.

Dr Vaillant,
(Bayonne)

LA SÉCURITÉ SOCIALE DU MÉDECIN

PRÉCISIONS ET RECTIFICATIONS

Notre article sur ce sujet, paru dans notre numéro du 2 novembre (page 1283), nous a valu un courrier important, concernant tout particulièrement le montant de la cotisation vieillesse, due en principe par tous les Français à compter du 1er janvier prochain.

A ce propos, nous tenons dès maintenant à rectifier une erreur qui s'est glissée dans notre exposé, à propos du calcul *de la cotisation due pour les conjoints n'exerçant aucune activité professionnelle* : celle-ci est assise sur un montant égal au *minimum* (et non au *maximum*, comme nous l'avons écrit sur la foi d'un texte inexact) de la pension vieillesse accordée aux assurés sociaux à l'âge de 65 ans.

L'interprétation de cette disposition est au reste assez délicate. En effet, les dispositions de l'ordonnance du 19 octobre sur l'assurance-vieillesse ne prévoient point de minimum de pension, ou plutôt en prévoit plusieurs, dépendant en réalité de chaque cas particulier.

Il faut se référer, semble-t-il, aux dispositions transitoires de cette même ordonnance et plus particulièrement à l'article 119 selon lequel « les pensions de retraites prévues aux articles 63 (retraite prise à 60 ans, après 30 années d'assurance), 64 (retraite prise à 65 ans, après 30 années d'assurance) et 65 (retraite prise après moins de 30, mais plus de 15 années d'assurance) sont, lorsque les titulaires desdites pensions ou retraites atteignent l'âge de 65 ans, remplacées par une *pension égale à l'allocation* des vieux travailleurs salariés, si elles sont d'un montant inférieur à cette allocation ».

Autrement dit, la base de calcul de la cotisation du conjoint dépend ainsi de chaque région. A Paris, elle serait égale à 9 % de l'allocation-retraite du célibataire, soit actuellement 9 % de 18.000 = 1.620 fr. En sorte que la cotisation totale d'un ménage parisien au 1er janvier prochain serait de 15.120 fr. (au lieu de 18.000). L'économie est appréciable — mais le problème demeure.

Notons enfin, pour être équitable, que, selon l'article 119 précité, cette cotisation donnera droit à l'allocation-vieillesse (18 à 22.000 fr. à Paris), *quelle que soit l'importance des revenus personnels du titulaire*, dès lors qu'il aura cotisé *un minimum de quinze années*. Autrement dit, l'allocation devient une pension de droit (et non plus une mesure d'entraide) au bout d'une certaine durée de cotisation. Par là, la Sécurité sociale se trouve apporter un début de solution (combien modeste, certes) à la question de la retraite médicale.

J. M.

EXTRASYSTOLES des NEUROTONIQUES

Schéma d'Ordonnance

I Eviter les causes d'excitation nerveuse, les intoxications, rechercher le calme, les occupations faciles, sans agitation. S'abstenir de café, thé, tabac et alcool.

II Surveiller l'alimentation. Repas réguliers, assez espacés. Donner la préférence aux aliments de digestion facile, nourrissants sous un faible volume.

III Atténuer l'excitabilité neuro-cardiaque, en prenant jusqu'à disparition des extrasystoles :

COROSÉDINE * : 2 *comprimés avant chacun des trois repas et 4 à 5 jours par semaine.*

IV Dans le même but : hydrothérapie sous forme de lotions tièdes (38 à 40°) suivie d'une légère friction au gant de crin, le matin au réveil et suivie d'un séjour au lit de 15 minutes.

V Traiter la cause provocatrice, si elle est reconnue : contre les troubles digestifs : régime mieux adapté, poudres absorbantes, alcalins, bismuth ; contre les troubles endocriniens : opothérapie rationnelle, hypophyse, ovaire, folliculine, corps jaune ; contre l'aérocolie : laxatifs, charbon, etc.

* La COROSÉDINE est une spécialité des Laboratoires MONAL, 13, av. de Ségur, PARIS

ATOPHAN

Cruet

Remède classique de la GOUTTE *et du* RHUMATISME

LABORATOIRES CRUET
89, Avenue de La Bourdonnais, PARIS VIIe

HYPERCHLORHYDRIE
TOUTES DOULEURS GASTRIQUES

GASTROSEDYL

GOUTTES

Le grand remède de toutes les
GASTRALGIES

COMPOSITION INCHANGÉE

Teinture Dausse de belladone	46
Teinture Dausse de jusquiame	20
Liqueur ammoniacale anisée	20
Bromure de Sodium	13
Phosphate de codéine	1

Antispasmodique certain

Régulateur de l'acide gastrique

Sédatif à effet immédiat

POSOLOGIE

10 à 30 gouttes dans un peu d'eau sucrée après les repas et au moment des douleurs

LABORATOIRES J. LANDRIER
— Coulange-sur-Yonne (YONNE) —

LES ÉTABLISSEMENTS **JACQUEMAIRE** à Villefranche (Rhône) RAPPELLENT LEURS PRODUITS *diététiques*

★ **LA BLÉDINE**
Aliment de préparation au sevrage. Farine complète et équilibrée.

★ **LA DIASE CÉRÉALE**
Bouillie maltosée fluide. Assimilation totale.

★ **LE MALTOGIL**
Extrait de malt sec rigoureusement pur. Puissant reconstituant.

LES LABORATOIRES DU **GALACTOGIL** à Villefranche (Rhône) RAPPELLENT LEURS PRODUITS *pharmaceutiques*

★ **LE GALACTOGIL**
Puissant galactogène. A base d'extrait de galéga.

★ **LE PEPTOGIL**
Spécifique des anaphylaxies protéiques (peptones gastriques et pancréatiques)

DUPUY

TRAITEMENT DES ANÉMIES ET DES DÉFICIENCES NEURO-ORGANIQUES

SOJAMINOL, complexe d'acides aminés : histidine, tryptophane, extrait du SOJA, riche en vitamines naturelles du groupe B associé aux gluconates de Fer et de Cuivre et à un neurotonique atoxique de synthèse : l'Ambotolyl

MODE D'EMPLOI :
Adultes : 2 comprimés à chacun des trois repas.
Enfants : 2 comprimés à chacun des deux principaux repas.

SOJAMINOL

COMPRIMÉS

LABORATOIRES du NEUROTENSYL
72, Bd Davout - PARIS (20e)

INTESTARSOL

Granulé

TOXI INFECTION INTESTINALE

PARASITOSES

Laboratoire H. CALAS
162, Rue de l'HAY
GENTILLY (Seine)

PHAGOSTHYL

NEUROTONIQUE - RECONSTITUANT

HÉMO-PHAGOSTHYL

RÉGÉNÉRATEUR DES GLOBULES SANGUINS

PHAGOSTHYL MANGANÉ

RÉCALCIFIANT - RÉMINÉRALISATEUR

AMPOULES DE 5 CC.
(SÉRIE INFANTILE : ampoules de 2 cc.)
Une inject. intramusculaire ou sous-cutanée tous les deux jours

Lab. : ANDRÉ PARIS, 4, Rue de la Motte-Picquet, PARIS-15e

HYPOTAN

HYPERTENSION

SPASMES VASCULAIRES



CURE COMPLÉMENTAIRE DE L'ACÉCOLINE

LABORATOIRES LEMATTE ET BOINOT
52, RUE LA BRUYÈRE, PARIS

ÉCHOS & Commentaires

Vers l'accord Syndicats-Caisses ?

Le 25 octobre dernier s'est réunie la Commission Nationale bipartite composée de représentants de la Confédération des Syndicats médicaux (C.S.M.) et de la Fédération Nationale des Organismes de Sécurité Sociale (F.N.O.S.).

Le but avoué de cette réunion était d'étudier dans quelle mesure C.S.M. et F.N.O.S. pourraient se mettre d'accord pour la mise en harmonie des taux syndicaux d'honoraires et des tarifs de responsabilité des Caisses, en limitant le plus possible la prépondérance des éléments étatiques au sein de la Commission nationale tripartite d'homologation dont les décourageantes décisions ont déjà réussi à faire contre elle l'unanimité des médecins et des Caisses.

Selon nos informations, la procédure suivante aurait été en principe adoptée par la Commission bipartite, sous réserve de ratification par les mandants des deux parties interlocutrices. Les taux minima d'honoraires seraient fixés départementalement par les syndicats, homologués par la Confédération et communiqués pour accord à la Caisse départementale, après l'avoir été pour avis à la Caisse régionale. S'il y a accord, le taux syndical sert de base au tarif de responsabilité des Caisses, l'homologation de la Commission nationale tripartite se trouvant de la sorte automatiquement acquise. En cas de désaccord, le différend serait porté devant une Commission de conciliation bipartite, comprenant trois délégués de la C.S.M. (Cibrie, Rouèche, Mouthon) et trois représentants de la F.N.O.S. Si cette Commission ne parvenait pas à mettre debout un taux donnant satisfaction aux intéressés, c'est alors — mais alors seulement — que la Commission nationale tripartite aurait réellement à trancher le litige.

Quelles bases serviront à la Confédération pour homologuer les tarifs qui lui seront présentés ? Pour l'immédiat, le coefficient 5 par rapport à 1938 aurait été admis par les Caisses. Les chiffres ainsi obtenus devraient varier dans l'avenir en fonction du coût de la vie, du montant du salaire de l'ouvrier qualifié, ainsi que du montant de nos frais professionnels.

Nous paraissons bien près, on le voit, du retour aux conventions. Toute la question est de savoir si le *modus vivendi* ainsi mis au point permettra aux syndicats médicaux d'obtenir des Caisses l'engagement de ne point créer ou subventionner de dispensaires sans l'accord exprès des syndicats médicaux sur le principe et les modalités de fonctionnement...

La Commission d'homologation, danger n° 1

A la suite d'un récent écho publié sous ce titre, nous avons reçu de la Fédération départementale des Syndicats médicaux du Tarn, l'intéressante lettre suivante :

Dans votre numéro du 19 octobre le chroniqueur des Échos et Commentaires appelle la Commission d'homologation le Danger n° 1







Nous pensons qu'il est utile de donner le maximum de publicité à l'incohérence des décisions de cette Commission qui semble s'être donné pour rôle de donner une prime aux obstructionnistes à la loi, et de décourager ceux qui ont cru de leur devoir de faire en toute loyauté l'essai de la loi.

Nous, membres du bureau de la Fédération des Syndicats médicaux du Tarn, nous avons mené le combat pour convertir nos confrères et les amener a adopter une attitude conciliante vis-à-vis de la convention Caisse-Syndicat, et nous pouvons vous assurer que la lutte a été dure. Mais finalement nous avons eu mandat de signer la convention.

D'accord avec l'Union régionale des Caisses nous y avions annexé le barême suivant :

C : 80 - V : 100 - VD : 200 - VN : 300 - PC : 80 - K : 80.

La Commission n'accepta pas ces tarifs et nous proposa :

C : 80 - V : 100 - VD : 175 - VN : 250 - PC : 65 - K : 75.

Nous qui sortions de la lutte, pour éviter de fournir une arme aux adversaires de la collaboration avec les Caisses, nous demandâmes qu'au moins le PC soit relevé à 70.

La Commission nous répondit qu'elle ne pouvait en aucun cas violer un principe qu'elle avait adopté : « Il ne peut y avoir identité entre K et PC, ce dernier devant représenter les 4/5 de C. »

Nous nous sommes inclinés et le tarif proposé par la Commission est annexé a une nouvelle convention signée le 20 juin 1946.

Mais ce barême n'est homologué que le 3 octobre, huit mois après l'échange des premières signatures avec les Caisses.

Entre-temps il y eut l'augmentation des salaires et nous demandâmes à la Commission d'homologuer non pas les tarifs du 20 juin, mais des tarifs majorés, soit :

C : 100 - V : 125 - VD : 225 - VN : 300 - PC : 80 - K : 90.

Par sa lettre du 19 août, le Vice-président nous assurait que ces nouveaux tarifs seraient examinés à la plus prochaine réunion.

Or, le 17 septembre, la Commission se borna à homologuer nos tarifs arrêtés au mois de juin, mais dans sa réunion du 4 octobre elle majora tous les tarifs fixés par voie d'autorité pour les départements n'ayant pas signé la convention.

En conséquence les tarifs suivants sont appliqués :

	Dans les départements n'ayant pas passé convention	Dans le Tarn ayant signé la convention dès le 11/3
C.....	90	80
V	110	100
VD	200	175
VN	300	250
PC	70	65
K	70	75
Accouchement simple	2.200	2.200
— gémell.	3.000	2.600

Il est à remarquer que la Commission a abandonné le sacro-saint principe de la non-identité du PC avec le K.

Il est heureux de constater que le Président de la Commission a déclaré vouloir avantager les départements signataires de la convention. Nous, dans le Tarn, nous constatons les douloureux effets de cette sollicitude.

Nous avons été matériellement lésés par le retard apporté à l'homologation par respect d'un principe que la Commission renie par la suite : en ce qui concerne les A.T., nous sommes restés jusqu'au 3 octobre sous le régime de l'arrêté du 25 septembre 1945. Et maintenant, nous sommes pénalisés à la fois dans la clientèle A.S. et dans la clientèle A.T., A.M.G. et art. 64.

EUCALYPTINE LE BRUN
AMPOULES
CAPSULES
SIROP
SUPPOSITOIRES

MICTASOL
COMPRIMES
MICTASOVULES
SUPPOSITOIRES
MICTASOLBLEU
MICTAZINE

PANCALCION
GOUTTES
DE CHLORURE
DE CALCIUM
D'ACTION
RAPIDE & SURE

LABORATOIRES LE BRUN
5, rue de Lubeck — PARIS-XVIe

Migraines, Rhumatismes
Toutes Algies

CURATINE BRUNET
1 à 4 cachets par jour

LABORATOIRE BRUNET
23, rue des Écouffes - PARIS-4e

PRODUIT DE LA BIOTHÉRAPIE

Vaccination par voie buccale
contre la typhoïde et les para A et B

BILIVACCIN
ANTITYPHIQUE

H. VILLETTE & Cie, Pharmac. 5, r. Paul-Barruel, PARIS-XVe

Nos mandants vont nous vomir quand nous nous représenterons devant eux.

Oh ! oui, danger n° 1, la Commission Nationale !

Que devient le code de déontologie ?

Plusieurs conférences de presse nous ont successivement annoncé que le Code de Déontologie allait naître, et que l'Ordre serait enfin doté par les voies officielles de cet instrument indispensable à son bon fonctionnement. Puis le silence succédait à ces affirmations péremptoires, et l'*Officiel* restait vierge de ce règlement d'administration publique, qui est aussi pour le Corps médical son premier règlement d'administration privé.

Ce retard ne va point sans nous inquiéter. Il nous tarde en effet de lire le Code qui reste pour tous un grand inconnu, et nous craignons, ne nous en cachons pas, que sa forme de décret délibéré en Conseil d'Etat, n'ait une fâcheuse tendance à influer sur son fond. Ne s'agit-il point en effet de garantir l'indépendance du médecin *erga omnes* — donc à l'égard de l'Etat lui-même, qui prête néanmoins pour ce faire son aide et le poids de la force publique. Reconnaissons qu'il est tentant, en une période de dirigisme comme la nôtre, de voir là un remarquable prétexte pour confondre civisme et déontologie et tenter de transformer le médecin, bon gré mal gré — en citoyen modèle ?

Le bruit n'a-t-il pas couru sous le manteau que les récentes grèves administratives déclenchées par les syndicats pour attirer sur les besoins des médecins l'attention d'Administrations défaillantes n'avaient point été sans retentir sur les rédacteurs du Code, qui auraient envisagé de priver les médecins d'un droit cependant reconnu récemment aux fonctionnaires et garanti en principe par le préliminaire même de notre Constitution.

Une action conjointe de l'Ordre et des Syndicats, s'épaulant l'un l'autre, a permis, nous précise officiellement la Confédération, d'atténuer très notablement le texte primitif, et d'apaiser ainsi une émotion collective prête à se manifester. Le Code spécifierait seulement qu'il est du ministère des médecins de signer les pièces relatives au fonctionnement des lois de médecine sociale et concernant les malades qu'ils ont examinés.

Cette formule, toute vague qu'elle soit, prête encore, selon nous, à bien des interprétations. Et l'on peut au reste se demander s'il appartenait bien au Conseil d'Etat d'ajouter cette règle civique à un recueil d'usages codifiés par la profession elle-même.

Il n'empêche que, tout compte fait, nous souhaitons vivement que le Code tel qu'il est, voie enfin le jour. Il sortira ainsi de la clandestinité, nous en connaîtrons les beautés comme aussi les tares ; nous aurons un texte, toujours perfectible, et pourrons d'emblée nous porter, s'il y a lieu, révisionnistes — comme le peuple français le jour même qu'il adoptait sa Constitution.

Mais il était utile de marquer dès maintenant ce qui est du crû médical, et du crû administratif, et de noter que la dualité d'organisme professionnel, lorsque l'entente règne, a parfois du bon.

SILÉNAN
809 - SULFAMIDE CAMPHOSULFONIQUE
SOLUBLE - REMARQUABLEMENT TOLÉRÉ
Possède toutes les activités thérapeutiques du **sulfamide**, renforcées par la molécule **camphre soluble** qui lui confère une action tonique cardiaque, respiratoire et rénale.
ANTIBACTÉRIEN POLYVALENT
Exalte au maximum la capacité de défense de l'organisme
Comprimés: 2 Dosages: 0g .50 ou 0gr.25
Poudre : Très soluble dans l'eau
Tableaux de Traitements sur demande
Lab. S. COUDERC
9 et 9 bis, rue Borromée, PARIS-XV
En Z. N. O. :
2, place Croix-Paquet, LYON

ORGANOTHÉRAPIE
ET
CHIMIOTHÉRAPIE
DRAGÉES DE
PLEXALGINE
LALEUF
RÉGULATEUR CIRCULATOIRE ET VAGO-SYMPATHIQUE
SÉDATIF DES PLEXUS DOULOUREUX
LABORATOIRES LALEUF
Georges DUGUÉ, Docteur en Pharmacie
51, Rue NICOLO, PARIS-16e
Téléphone : TROcadéro 62-24

L'Assemblée Générale du Syndicat de Seine-et-Oise.

Le dimanche 27 octobre dernier s'est tenue l'Assemblée générale du Syndicat de Seine-et-Oise.

Sous la présidence élégante et ferme du Dr Arsonneau, successeur du regretté Dr Remilly, la discussion parvint à sortir des méandres et des marécages où, trop souvent, elle avait tendance à s'enfoncer.

Le Dr Mouthon, secrétaire général, fait d'abord un exposé complet de l'évolution du problème des tarifs médicaux en matière de Sécurité sociale. Il rend compte notamment à l'assemblée de la séance tenue le 25 octobre par la Commission bipartite nationale, et que nous retraçons plus haut. Il met aux voix une motion donnant mission au bureau d'étudier, dans le cadre des conversations qui se sont ainsi déroulées, les nouveaux tarifs de sécurité sociale applicables dans le département. Mais les représentants du canton d'Aulnay se montrent récalcitrants. Bien qu'il leur soit démontré que les tarifs de Seine-et-Oise sont les plus élevés du territoire français, les Aulnaisiens dénoncent — non sans pertinence d'ailleurs — la prolétarisation croissante du Corps médical ; ils soutiennent que si l'expérience d'entente loyale avec les Caisses a été nécessaire, elle a été décevante, et ils demandent au bureau, pour l'avenir, de reprendre sa liberté d'action et d'adapter ses tarifs, non pas au coefficient 5, envisagé par la Commission nationale bipartite, mais au coefficient 8, correspondant à l'augmentation réelle du coût de la vie.

Malgré la position prise par Aulnay, la motion présentée par le Bureau est adoptée à l'unanimité des votants, les Aulnaisiens s'étant abstenus.

Après avoir manifesté leur déception de verser à l'Ordre une cotisation trop lourde pour le faible profit qu'ils en tirent, après avoir critiqué l'organisation actuelle de l'inspection médicale scolaire, les assistants se passionnent ensuite sur la question des produits contingentés. Automobiles, pneus, lait condensé, tous ces chapitres jettent un jour navrant sur l'état de dénuement et d'inorganisation dans lequel les Pouvoirs publics laissent le Corps médical se débattre. Lourdes sont vraiment les responsabilités de nos gouvernants, car — ce fut dit à l'Assemblée générale et nous en avons fréquemment ici la confirmation — des incidents graves se produisent en clientèle, faute par le médecin d'avoir pu se déplacer à temps, ou d'avoir pu prescrire en quantité suffisante du lait condensé à des nourrissons.

Après de multiples interventions, tour à tour violentes et nuancées, la décision est prise de déclencher dans la presse d'information générale une campagne portant à la connaissance du public, avec noms, adresses, etc., les cas précis dans lesquels l'insuffisance des moyens de transport aura entraîné des conséquences graves. L'opinion ainsi éclairée sur les difficultés du Corps médical, il restera à envisager, de déclencher, dans le cadre départemental, une grève administrative, dont le principe et les modalités de réalisation seront étudiés par le bureau syndical, enrichi de quelques éléments bénévoles.

SMP
Pansement gastro-intestinal
ULCERES GASTRO-DUODENAUX - DYSPEPSIES - DIARRHEES - COLITES AIGUES ET CHRONIQUES - DIARRHEES DES NOURRISSONS
Aucune toxicité
2 à 5 cuillerées à café par jour
Echantillon sur demande
TITANE COIRRE
COIRRE - PHARMACIENS
5, Bd MONTPARNASSE, PARIS-6e
TEL. SEG. 02-79
Anhydride titanique pur (Ti O2)


UNE FARINE véritablement MALTÉE
La Farine SALVY subit en cours de préparation, et sous le contrôle d'un pharmacien, une action diastasique effective. Les éléments amylacés sont en grande partie transformés en sucres solubles, maltose et dextrines.
La Farine SALVY est un produit homogène, diastasé et prédigéré. C'est l'aliment parfait des enfants avant, pendant et après le sevrage.
Envoi sur simple demande adressée à SALVY, 4, Rue de Lambrechts à COURBEVOIE (Seine) du MEMENTO D'ALIMENTATION ET DE DIÉTÉTIQUE INFANTILES.
Farine DIASTASÉE


SALVY
Préparée par BANANIA

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DU SYNDICAT NATIONAL DES MÉDECINS STOMATOLOGISTES QUALIFIÉS.

Le 19 octobre dernier s'est tenue l'Assemblée générale de ce syndicat de spécialistes en voie de rajeunissement. D'importantes modifications statutaires ont é é votées, dont les plus discutées furent celles ayant trait aux rapports des stomatologistes et des chirurgiens-den is'es.

Par le Dr HENNION, secrétaire général, élu ensuite Président fut fait un large exposé sur l'action qui dut ê re menée auprès des organismes de Sécurité sociale pour rappeler à ceux-ci que les stomatologistes sont des médecins, et doivent en conséquence partager le sort des médecins et non celui des chirurgiens-den istes.

Il est inconcevable qu'il faille déployer de tels efforts pour faire admettre par les féodaux de la Sécuri é sociale, en même temps qu'une telle évidence, une situation formellement consacrée par la loi. Mais l'expérience des médecins dans le domaine de la Sécurité sociale ne leur démontre-t-elle pas hélas ! qu'à la différence du mot « impossible » le mot « inconcevable » est, de nos jours, français.

Le Sou Médical

Œuvre confraternelle fondée en 1898, Société d'assurance à forme mutuelle, offre à ses adhérents :

— Son appui moral et pécuniaire dans dans tout procès ayant un caractère professionnel ;

— Des renseignements et consultations sur tous sujets d'ordre professionnel ou juridique ;

— Une garantie contre les risques de responsabilité professionnelle (500.000 fr., 1.500.000 fr. ou 5 millions par sinistre).

Cotisation 1946 : 500 fr. (trois derniers mois : 125 fr.

S'adresser au Secrétaire général, 37, rue de Bellefond, Paris (9e).

CORRESPONDANCE

FISCALITÉ

5163. — Réductions d'impôts pour charges de famille.

Chargé par mon Syndicat, d'aller avec d'autres confrères peésenter au fisc les doléances des familles nombreuses, je vous serais obligé de me préciser le mode de calcul des impôts *à la cédule B.N.C.* :

Quoique l'article du Dr Quivy, paru dans le CONCOURS, contienne d'intéressantes précisions, il ne me semble pas attirer l'attention sur le point important suivant :

A la cédule B.N.C. :

Il n'y a aucune progressivité dans les dégrèvements pour charges de familles ; ce dégrèvement — si j'ai bien compris — atteint rapidement un plafond.

Dans ces conditions, avec l'augmentation des honoraires, et partant avec l'augmentation du forfait, ce dégrèvement devient infime

Par exemple, pour un forfait de 150.000 fr. le dégrèvement est le même que pour un forfait de 250.000 fr. ; il atteint dans les deux cas, si je ne me trompe, 8.300 fr.

Donc au titre de l'impôt B.N.C. :

a) Un célibataire paiera sur 150.000 fr. :

à 21 %.....	32.000 »
Un père de 4 enfants.....	23.000 »

(Je n'ignore pas qu'il y a une majoration pour le célibataire, quel est son taux ?)

b) Sur 250.000 fr. :

Un célibataire paiera.....	52.600 »
Et un père de 4 enfants.....	44.300 »

Ne serait-il pas juste de demander que *comme pour l'impôt général sur le revenu* les déductions pour charges

Eczéma

CUROZEMA

9 Dragées par jour

OPOSÉROTHÉRAPIE VALTRY

LABORATOIRE BIOLOGIQUE VALTRY

46, Rue St-Didier-Paris-16e

FORMULE INFANTILE :

Pediozema

GRANULÉ

SUPPOSITOIRES

RECTOQUINTYL

DEUX FORMES

ADULTES-ENFANTS

ASSOCIE LES INDICATIONS DE

L'ORTHOFORMIATE D'ETHYLE

AUX AVANTAGES DE LA VOIE RECTALE

COQUELUCHE - QUINTES NOCTURNES

TOUX POST OPÉRATOIRES

AFFECTIONS BRONCHO-PULMONAIRES

Echantillons et Littératures sur demande

LABORATOIRES A. MARIANI

10, Rue de Chartres, NEUILLY (Seine)

TÉL : MAILLOT 61-09

de famille soient progressives et non fixées à un taux immuable?

Dr W.

Réponse :

Les réductions pour charges de famille à la cédule des bénéfices non commerciaux sont effectivement très minimes et leur plafond devrait être augmenté, car depuis fin 1942 il est inchangé. En effet, les réductions de cette cédule sont de 10 % pour chacun des deux premiers enfants à charge et 30 % pour chaque enfant à charge à partir du troisième, mais le montant total des réductions ne peut excéder 2.000 fr. pour chacun des deux premiers et 3.000 fr. pour le troisième, 4.000 fr. pour le quatrième et ainsi de suite. C'est une limitation qui devrait être rehaussée.

Même réflexion pour l'abattement à la base qui ne suit pas l'augmentation de celui prévu à la cédule des traitements et salaires et qui concerne tous les contribuables assujettis à la cédule des B.N.C.

Sur un forfait de 150.000 fr., l'impôt sur les bénéfices non commerciaux sera pour un célibataire :

150.000 — 10.000 = 140.000, à 21 % = 29.400 »

Et pour un père de 4 enfants à charge :

29.400 *moins* 4.000 *pour les deux premiers enfants.*
3.000 — *le troisième.*
4.000 — *le quatrième.*

Soit 11.000 *à déduire de* 29.400 = 18.400 »

Sur un forfait de 250.000 le célibataire paiera 50.400 »
et le père de quatre enfants ..... 39.400 »
réduction identique au premier exemple.

En 1943 un père de famille de quatre enfants dont les bénéfices non commerciaux s'élevaient à 50.000 fr. payait : 50.000 — 10.000, (*abattement*) = 40.000 *fr. à* 21 % *soit* ..... 8.400 »

moins dégrèvement :

Premier enfant	10 %
Deuxième enfant	10 %
Troisième enfant	30 %
Quatrième enfant	30 %
	80 %

Réduction ..... 6.700 »
Impôt ..... 1.700 »

tandis qu'en 1945 le même père de famille gagnant 150.000 fr. paie 18.400 fr.

Ce sont les taux des réductions par enfant qui doivent être augmentées.

★

ORDRE DES MÉDECINS

5313. — Cotisations à l'Ordre.

Le Conseil départemental de l'Ordre des médecins réclame une cotisation de 1.200 francs, avec menace, en cas de non-paiement, d'être rayé, l'an prochain, sur le tableau de l'Ordre.

Si je ne paie pas, pouvez-vous me dire ce qui m'arrivera ? En particulier, qu'adviendrait-il si j'étais rayé du tableau de l'Ordre ?

Bien entendu j'ai payé ma cotisation au syndicat.

Dr G.

Réponse :

Aux termes de l'article 43 de l'Ordonnance du 24 septembre 1945, le Conseil national fixe le montant des cotisations à percevoir par les conseils départementaux et la quotité à verser aux Conseils régionaux et au Conseil national. Les cotisations sont obligatoires, sous réserve d'être fixées à un montant raisonnable, sous peine de sanctions par le Conseil régional. Or, d'après l'article 36, les sanctions qui pourront être prononcées par le Conseil





régional sont dans l'ordre: l'avertissement, le blâme, l'interdiction temporaire ou permanente d'exercer une ou plusieurs fonctions médicales, conférées ou rétribuées par l'Etat, les départements, les communes, des établissements publics, etc., l'interdiction temporaire d'exercer la médecine, cette interdiction ne pouvant excéder trois années, la radiation du tableau de l'Ordre.

Si vous vous refusiez au paiement de la cotisation fixée par la Conseil National de l'Ordre, vous vous exposeriez, à moins de vous trouver dans un cas de force majeure dont il vous appartiendrait de faire la preuve, d'une part, à des poursuites civiles en recouvrement devant le Juge de paix, et d'autre part, à l'une des sanctions disciplinaires prévues à l'article 36 de l'Ordonnance. Bien entendu, cette sanction ne serait pas prononcée par le Conseil Départemental, mais bien par le Conseil Régional devant lequel vous seriez régulièrement appelé à présenter votre défense. Il est douteux d'ailleurs que pour une première infraction, la sanction prise puisse aller, comme on vous en menace, jusqu'à la radiation du tableau de l'Ordre.

★

SÉCURITÉ SOCIALE

5363. — Allocation aux vieux.

Agé de 66 ans, n'exerçant plus, je pense pouvoir obtenir l'allocation des vieux travailleurs (loi du 22 mai 1946).

Mais ma femme âgée de 62 ans, malade très souvent, peut-elle avec un certificat médical, profiter des mêmes avantages, ne pouvant toutefois justifier d'aucune activité professionnelle présente et ancienne?

D'un autre côté, étant inscrite à la Caisse Nationale des Retraites pour la vieillesse (Association des Médecins de France), sur quel taux d'augmentation peut elle compter à ce sujet, et doit elle fournir un certificat médical?

Dr M.

Réponse :

Aux termes de l'article 15 de l'Ordonnance du 22 mai 1946, a droit à l'allocation aux vieux, toute personne de nationalité française, résidant sur le territoire de la France métropolitaine, âgée de 65 ans au moins, privée de ressources suffisantes et ne bénéficiant ni d'une retraite ou pension au titre d'une législation de sécurité sociale, ni d'une allocation au titre de l'Ordonnance du 2 février 1945.

La loi du 13 septembre 1946 a décidé qu'à titre temporaire et jusqu'au 1er avril 1947, date à laquelle la loi du 22 mai 1946 doit entrer en vigueur, les personnes auxquelles l'article 15 de la loi du 22 mai 1946 ouvre le droit à l'allocation aux vieux, pourront recevoir à compter du 1er septembre 1946 une allocation temporaire dont le montant est fixé à 700 fr. par mois.

Les personnes âgées de plus de 60 ans, et reconnues inaptes au travail dans les conditions prévues par l'Ordonnance du 2 février 1945 peuvent obtenir les prestations de la loi dans les mêmes conditions que les personnes âgées de plus de 65 ans.

Toutefois, l'allocation provisoire n'est due que si le total de cette allocation et des ressources personnelles de l'intéressé de quelque nature qu'elles soient, n'excède pas 45.000 fr. par an, ou, dans le cas ou le requérant est marié, si le total des allocations et des ressources des conjoints n'excèdent pas 60.000 fr. par an.

Suivant une note du ministre des Finances, les formules de demandes d'allocations aux vieux seront mises à la disposition des intéressés au cours de la deuxième quinzaine d'octobre.

LA CAISSE D'ESCOMPTE MÉDICO-PHARMACEUTIQUE (C.E.M.P.)
13, Rue Auber, PARIS (IXe)

Règle immédiatement toutes les notes d'honoraires d'Accidents du Travail.

Taux d'Escompte 10 % (dix pour cent) du montant des notes.

Demander Imprimés et documention à la C.E.M.P.
13, Rue Auber, PARIS (IXe) — Tél. : OPÉra 56-13



DEMANDES & OFFRES

N° 691. — Méd. très act. recherche client. rur., rég. Sud-Ouest, près si poss. gr. ville.

N° 692. — A vend. urg., gros poste médic. proxim. ville maison confort, Ecr. journ. qui transm.

N° 693. — A céd., cause départ, grosse client., médec. généra. accouch., proph., seul dans ch.-lieu de cant. Rég. Centre Est.

N° 694. — Méd. 20 ans exerc. rech. situat. à temps compl., dans administ., entrepr. ou A.S., Nice de préfér. Possibil. d'échang. excell. poste méd. gén. région riche Sud-Est. Ecr. journ. qui transm.

N° 695. — Urg., deux infirmières sont demandées pour Maternité moderne près Amiens. Ecr. journ. qui trans.

N° 696. — A vendre : 1° Appar. de radio portat. mod. 1938, en bon état avec chariot et access. permett. la scopie et la graphie en cabinet ; 2° 1 appareil ray. U.V. 1937 mod. Gallois, brûleurs nouveaux.

N° 697. — Urg. reprendr. cabin. médic. avec appartem. conf. Paris quart. Ouest (7e, 8e, 16, 17e, Neuilly). Procurerai éventuelle. logem. à province, rég. Centre. Télé. Inv. 03-45.

N° 698. — Vve de doct. désirer. entrer en relat. avec médec. ayant suivi Le Temps et la Voix Médicale depuis leur début.

N° 699. — A vendre, cours polycopié du P.C.B. de Paris édit. libr. Herman et Vest. Achéterai Traité d'anatomie de Rouvière et chimie de Polonowki. Dr Bailly-Salin à Sens (Yonne).

N° 700. — Infirmière chirurgic., 9 ans de prat. sér. référ. recherch. place chez chirurg. Urg. Ecr. Journ. qui transm.

N° 701. — Méd. ayant exercé 5 ans méd. généra., libre après midi, cherche occup. médic. ou para-médic.

N° 702. — Magnif. chambre palissandre mod. n'ayant pas servi, val. 145.000 fr., à vendre 90.000 fr., 2, rue Georges-de-Porto-Riche (14e) de 17 à 21 h.

N° 703. — Méd., 34 ans, cherche situat. Colonies, préfér. Afrique Noire.

N° 704. — Doct. expérim. et actif cherche poste ou situat. méd. Urg. Préfér. Rég. Ouest.

N° 705. — Achéterai appar. scopie et graphie, peu encombrant, access.

N° 706. — A céder : 1° Biblioth., 3 pann., bureau et faut. de bur. ; 2° Viva grand-sport ACX 2, mot. et pneus état neuf. Dr Braley, 5, rue de l'Université Paris. Télé. Bab 03-87.

N° 707. — Secrét. médicale, 41 a. diplômée cont., aide médico-sociale, dactylo, cherche situat. hiver, stat. sports hiver, été stat. thermale.

N° 708. — Achète forceps Demelin.

N° 709. — Echanger. client. médec. généra. ville bretonne agréable bord mer, contre client. Paris ou proche banl. rais. fam.

N° 710. — Confr. désire échanger villa 6 p. tt conf. 15 km. Paris, métro, jard., gara., contre appartem. 4 ou 5 p. conf., à Paris, ou gr. ville Côte-d'Azur.

N° 711. — Nombr. instrum. d'hophtalm. à vendre, q.q. instrum. chirurg., 2 appar. tension.

N° 712. — Simca-5 bon état, Dr Bartement, 52, avenue A.-France, à Dammarie-les-Lys (S.-et-M.).

N° 713. — Méd. sanatorium prendr. succes. cab. phtisiol. ville.

N° 714. — Confr. cherche place assist. radiol. en vue repr. ultér., ville Alpes ou Midi, préfér.

N° 715. — Fille de méd., 34 a. cherche dans Dijon (Côte-d'Or) secrétar. méd.cal, ou travaux para-médic.

N° 716. — Méd. désire vendre Rosengart récente 1938-39, très bien chaussée. Visible garage, 18 bis, rue de la Glacière, Paris.

N° 717. — Propriété, parc, rivière, beau potager, conten. 5 hect. pouv. conven. clin., mais. repos, gare ligne Paris-Dieppe.

N° 718. — A vendre cause double empl. appar. ray. X Massiot, Radiostat Transfoleix. Pupitre Ipsopose, puiss. 90 kv, 50 m. Prix à propos., Dr Mathieu, à Orange (Vaucluse).

N° 719. — A vendre : Tensiomètre Courcoux, avec oscill. complém. état de neuf. Diderot 62-81.

N° 720. — On désire acheter Electrocardiographe portatif Bouliite à amplif.

N° 721. — Le Laborat. E. Charpentier, 7, r. du Bois-de-Boulogne, à Paris, (16e), cherche autre Laborat. pour faire tourner excell. visiteur dans le secteur Bretagne-Normandie. S'adresser au Laboratoire.

Gérant : MIGNON Lang, Blanchong et Cie, 30, rue du Poteau - Paris (18e). — 31.1046
Février 1879 Dépôt légal : N° 8 4e trimestre 46

ovules secs
STÉRIGYNE
Désodorisent. Calment le prurit.
Ne coulent pas. Ne tachent pas.
Leucorrhée, hygiène intime
LABORATOIRES SERVIER - ORLÉANS

LE CONSEIL MEDICAL
Cabinet BREITEL ET GORET
Fondé en 1903
1, rue Dante, Paris (5e) - ODE : 36-46
15 km. Paris : Gr. client. méd. gle. Villa conf.
100 km. Paris : Client. imp. ds petit brg. mais.
130 km. Paris : 2.000 h. Bon poste. Mais. Urg.
200 km. Paris : Petit bourg. Gros rapp. Méd. gle, grande villa meubl. Intéressant.
Saône-et-Loire : 1 600 h. Méd. gle. Maison.
Vosges : 6.000 h. Méd. gle. Gde mais. Bon rapp.
Loir-et-Cher : 1.100 h. Proph. Gde mais. Int.
Loir-et-Cher : Méd. gle à dével. Meublé. Int.
Cher : Propharm. Pavil. 6 pièces. Bas prix.
Charente-Maritime : V. sinist. Méd. gle. Poss. log.
Dordogne : Méd. gle. Bon rapp. Maison. Urg.
Indre : Echang. bon poste c. cab. consult. Paris, d'électr.-radio de préférence.
Pas-de-Calais : Belle cl. O.R.L. avec achat imm. Conv. à Y O.R.L., ou chirurg., ou accouch.
Loire-Inférieure : Chirurg. rech. p. associat. ds clin. 13 lits, sur côte. Logem. assuré.
Choix de client. ttes spécial. ttes régions.

La meilleure manière
de prescrire le PHOSPHORE sous
une forme entièrement assimilable
FOSFOXYL CARRON
" Phosphore colloïdal "
TOUTES DEFICIENCES ADULTES et ENFANTS
SIROP anisé
PILULES dragéifiée — LIQUEUR menthée (non sucrée)
Laboratoire B. CARRON, — Clamart (Seine)

URISANINE

antiseptique urinaire
diurétique et balsamique

- 1 à 3 cuill. à café par jour -

Laboratoires LONGUET - 34, rue Sedaine - Paris



L'ACCOUCHEMENT ÉLECTRIQUE

Méthode du Docteur Frédéric BENOIT

RAPIDITÉ - ANALGÉSIE - LEVER PRÉCOCE

Il y a quatre années que l'Accouchement Electrique est connu en France.

Nombreux sont les expérimentateurs qui se sont servis de l'appareil du Dr BENOIT et ont écrit leur avis à ce sujet. Nous ne citerons pas les importants passages de ces différents articles qui ont déjà paru dans de nombreuses revues médicales françaises et étrangères. Nous nous bornerons à rappeler la conclusion d'un article qu'écrivait récemment un éminent Professeur d'obstétrique : «IL S'AGIT LA D'UN PROCÉDÉ TOUT A FAIT NOUVEAU, VALABLE SCIENTIFIQUEMENT ET QUI MÉRITE D'ÊTRE EXPÉRIMENTÉ».

C'est que les accouchées bénéficient non seulement d'une analgésie manifeste et d'une rapidité de dilatation importante, mais encore du **lever précoce à la 100e heure,** ce qui a permis à l'accoucheur en chef d'un des plus grands services hospitaliers de la Seine d'écrire : «NOS OBSERVATIONS SUR LES RÉSULTATS DE L'ÉLECTRISATION POST PARTUM ILLUSTRENT LE FAIT QUE L'INVOLUTION UTÉRINE EST TOUJOURS EXCELLENTE ET TRÈS RAPIDE».

OCEM-PARIS Société Capital 1.000.000 francs. **26, Rue du Quatre-Septembre**

GÉLYSINE

PRÉVENTIF-CURATIF

ÉPHÉDRINE — VITAMINE B1 — VITAMINE NICOTINIQUE PP

Asphyxies locales - Érythémies - Engelures - Troubles dus aux sulfamides - Aphtes - Syndromes pellagroïdes

4 COMPRIMÉS BLANCS le matin
4 COMPRIMÉS ROSES le soir

Laboratoire FABOL, 1, Rue Gounod, **PARIS (XVIIe)** — Tél. : **CAR. 59-51**

ÉTABLISSEMENTS SOUDAN
48, rue d'Alésia - PARIS-XIVe

NITRITE D'AMYLE BOISSY
EUONYMINE PAUL THIBAULT
(Pilules)
GRAINS MIRATON
(Laxatif)
VIN GIRARD
Iodotannique phosphaté
SIROP GIRARD
Iodotannique phosphaté
BIOPHORINE GIRARD
(Granulé)
IODOMAISINE Globules
IODOMAISINE Pommade
LACTAGOL

Toutes ces spécialités sont enregistrées au Laboratoire National de Contrôle des Médicaments et peuvent être prescrites aux Assurés sociaux.

Boldolaxine

LABORATOIRE EMILE CHARPENTIER
7, RUE DU BOIS DE BOULOGNE PARIS.XIV!

Toutes les indications du Calcium et de la Vitamine D

ULTRACALCIUM

PHOSPHORE CALCIUM VITAMINE D

RECALCIFIANT COMPLET ET ÉQUILIBRÉ
EN COMPRIMÉS OU DRAGÉES A CROQUER

LABORATOIRES DEROL, 66 bis RUE St DIDIER. PARIS 16e

On désinfecte
avec le
FUMIGATOR
GONIN



60, Rue Saussure
PARIS (17e)

68e ANNÉE — N° 46 — 16 NOVEMBRE 1946

LE

CONCOURS MÉDICAL

37, RUE DE BELLEFOND - PARIS (9e) - TRU 33-66

379 à 381

SOMMAIRE

PARTIE SCIENTIFIQUE.

L'hypertension artérielle chez les amputés de guerre (Dr J.-P. Tourneux) 1.351

Evolution du traitement de la conjonctivite purulente du nouveau-né (Dr Pierre Labignette) 1.353

Hormones et cancer (Dr J. Gautier). 1.354

Nouvelles d'Amérique 1.354

Les Livres, 1.355. — Les Thèses, 1.355. — Les Sociétés Savantes, 1.356. — La Presse, 1.357.

PARTIE PROFESSIONNELLE.

Propos du Jour. — La grande pitié de l'Université (G. Lavalée) 1.360

Organisation Professionnelle. — Une menace plus que jamais actuelle : les dispensaires (P. Douriez) 1.362

« K.12 » Frontière, cause de certaines anomalies (Dr Fernand Decourt) 1.364

Le mot du lecteur. — Les bonnes revalorisations 1.365

Pages sans médecine. — Chronique économique et financière (M. Pezeu) 1.366

Chronique économique et financière (M. Pezeu) 1.366

DEMI-COLONNES.

Dernières Nouvelles, 1.345. — A travers l'Officiel, 1.348. — Echos et Commentaires, 1.368. — Correspondance, 1.371.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Dysendocrinies masculines et féminines.

DIGITALINE NATIVELLE

OPO IODAMÉLIS

"M" et "F"

Laboratoires Jacques LOGEAIS

Infangyl Carlier

TOUX INFANTILES

Silicyl

Médication de BASE et de RÉGIME des ÉTATS ARTÉRIOSCLÉREUX et des carences siliceuses

18, Rue Ernest-Rousselle - PARIS-13e

PYRÉTHANE

Antinévralgique Puissant

18, Rue Ernest-Rousselle - PARIS-13e

AFFECTIONS RHINO-PHARYNGÉES

BIPHEDRINE

AQUEUSE-HUILEUSE

GOUTTES

Laboratoires du Dr BOUCHARA
47, Rue de Bretagne PARIS 3e

Anémies · Asthénies
Amaigrissement
TOUTES DÉFICIENCES

ARSENOCRINE

AMPOULES BUVABLES AGRÉABLES A PRENDRE

LABORATOIRES DE SPÉCIALITÉS S.A.
LASSA

LASSA - 31, R. Chardon-Lagache, Paris 16e

SULFAMIDE POLYVALENT
FACILEMENT TOLÉRÉ PAR L'ORGANISME

THIAZOMIDE

POSO. R. P. SULFATHIAZOL
Tube de 20 comprimés à 0g50
DOSE JOURNALIÈRE INITIALE 4 à 6 GRAMMES



GONOCOCCIES
COLIBACILLOSES
PNEUMOCOCCIES
MÉNINGOCOCCIES
STREPTOCOCCIES
STAPHYLOCOCCIES

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
POULENC FRÈRES — USINES DU RHÔNE
21, RUE JEAN GOUJON - PARIS - 8e

LABORATOIRE CORBIÈRE, PARIS



SERUM ANTI-ASTHMATIQUE DE HECKEL

AMPOULES de 5cc adultes. 2cc enfants. Injection sous cutanée indolore

---

les 3 Hormo...

HORMO-PROSTINE
(Extraits opothér. + Chlor. de Magnésium)
★
Association opothérapique préventive et curative des troubles de la PROSTATE
COMPRIMÉS
SUPPOSITOIRES

HORMO-HÉPATINE
(Extraits opothér. + Boldo, Artichaut, etc...)
★
Médication polyvalente de l'insuffisance hépatique et de toutes les déficiences du FOIE

HORMO-LAXOL
(Extraits opothér. + Ferm. lactique, Eonym., Poudre podophyllotoxique, Phénolphtaléine et Extraits végétaux)
★
Synergie médicamenteuse. Spécifique actif et complet de toutes les formes de la CONSTIPATION

du LABORATOIRE H. CHAUZEIX
31 bis, Rue de Villejust. PARIS-16e - Kléber 85-26, 85-27

DERNIÈRES NOUVELLES

Académie de Médecine.

Le Professeur R. Leriche a été élu membre titulaire dans la deuxième Section (chirurgie, accouchements, et spécialités chirurgicales) ; il a obtenu 52 voix sur 61 votants. Nous le prions d'agréer nos bien vives félicitations. C'est la première fois qu'un membre qui avait été élu associé en raison de sa situation provinciale, voit ce titre transformé en celui de membre titulaire ; les éminents services, rendus à la Science et à l'humanité par R. Leriche, Professeur au Collège de France, n'y sont point étrangers.

Faculté de médecine.

INSTITUT DE MÉDECINE LÉGALE ET DE PSYCHIATRIE.

Ouverture de l'Enseignement : mercredi 13 novembre 1946. La présence des Elèves est obligatoire à tous les Cours et Séances pratiques.

I. — *Médecine légale.*

Des cours théoriques seront professés les lundis, mercredis et vendredis de 17 heures à 18 heures, au Grand Amphithéâtre de la Faculté de Médecine. 1° Médecine légale, toxicologie, déontologie, droit médical, sécurité sociale, par M. Henri Desoille, agrégé et M. Hugueney, professeur à la Faculté de Droit de Paris, les lundis, mercredis et vendredis des mois de novembre et décembre 1946, ainsi que les lundis, mercredis et vendredis des mois de janvier et février 1947. 2° Questions médico-légales d'actualité, les mardis, à 18 heures à l'Amphithéâtre de l'Institut médico-légal (voir affiche spéciale).

Les travaux pratiques auront lieu au laboratoire de médecine légale de la Faculté (à l'Institut médico-légal). 1° Autopsies de 14 heures à 15 heures, le mardi et le jeudi. 2° Application des méthodes de recherche à la pratique médico-légale, les lundis de 15 heures à 17 h. 30. 3° Recherches toxicologiques, les jeudis, de 16 heures à 17 h. 30. 4° Expertises d'accident du travail, de maladies professionnelles, assurances sociales, pensions de guerre, les mardis et les jeudis, à 15 heures.

II. — *Psychiatrie.*

Le cours de M. le Pr Delay aura lieu tous les dimanches, à 10 h. 30, à la Clinique des maladies mentales et de l'encéphale, et les présentations de malades tous les mercredis, à la même heure (Hôpital Sainte-Anne). Examen de malades et rédaction des rapports tous les mercredis, de 14 heures à 16 heures.

Les docteurs en médecine français et étrangers, les étudiants en médecine français et étrangers en fin de scolarité, sont admis à suivre les cours et conférences de l'Institut de Médecine légale et de Psychiatrie après s'être inscrits au Secrétariat de la Faculté (Guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 heures à 16 heures. Les titres et diplômes et, de plus, pour les étrangers l'acte

Le Concours Médical
Hebdomadaire fondé en 1879 par A. Cézilly.
Directeur honoraire : Docteur J. Noir.
Directeur : Dr G. Lavaléa.
Rédacteur en Chef : Dr G. Fischer.
RÉDACTION, ADMINISTRATION ET PUBLICITÉ, 37, rue de Bellefond, Paris (9e).
Téléphone : TRU 33-66. R. C. Seine 76.573.
Chèques postaux, Paris 167-95.
ABONNEMENTS
1 an, 400 francs - Etudiants, 200 fr. Le N° 15 fr. Changement d'adresse, 5 francs.

L'AEÏNE

CORTICO-SURRÉNAL + MALONYLURÉE

ANXIÉTÉ — ÉMOTIVITÉ — IRRITABILITÉ
et INSOMNIE

4 à 12 COMPRIMÉS PAR JOUR
ET + S'IL Y A LIEU. AUCUNE TOXICITÉ

LES PLUS HAUTES RÉFÉRENCES SCIENTIFIQUES ET HOSPITALIÈRES

Laboratoire de L'AEÏNE, 6, Place Clichy. — PARIS-9e

de naissance, doivent être produits au moment de l'inscription.

Les droits à verser sont de : 1 droit d'immatriculation, 300 fr. ; 1 droit de bibliothèque, 200 fr. ; 1 droit de laboratoire, 1.200 fr. ; 1 droit d'examen, 20 fr.

CHAIRE DE THÉRAPEUTIQUE.

M. le Pr Guy Laroche a fait sa leçon inaugurale, le jeudi 7 novembre 1946, à 18 heures, au Grand Amphithéâtre de la Faculté et continuera son cours les samedis, mardis et jeudis suivants, à 16 heures au même Amphithéâtre. Sujet du cours : L'art de prescrire. — Traitement des maladies des Glandes Endocrines et de la nutrition, des Poumons, du Tube Digestif, du Foie, des Reins, du Cœur et des vaisseaux.

M. Brouet, agrégé, a commencé ses cours le mercredi 13 novembre 1946, et les continuera les vendredis, lundis et mercredis, à 16 heures, au Grand Amphithéâtre de la Faculté. Sujet du cours : Traitement des maladies infectieuses et parasitaires, de la syphilis et de la tuberculose, des maladies du système nerveux, des avitaminoses, des maladies allergiques, des maladies du sang et des intoxications.

CHAIRE DE CLINIQUE MÉDICALE : Hop. Broussais Prof. Pasteur Vallery Radot. — Une conférence sera faite le samedi 16 novembre à 10 h. 45 à l'amphithéâtre de la Clinique par le Professeur Navorro, de Montevideo, ancien interne des Hôpitaux de Paris, sur " La vésicule fraise ".

CHAIRE D'HISTOIRE DE LA MÉDECINE.

M. le Pr Alajouanine, fera sa leçon inaugurale le mardi 26 novembre 1946, à 18 heures, au Grand Amphithéâtre de la Faculté, et continuera son cours, les mardis suivants, à la même heure, à la Salle de Thèses no II. Sujet du cours : Histoire des localisations cérébrales.

CONFÉRENCES D'ACTUALITÉS DE BIOCHIMIE MÉDICALE DU COURS DE PERFECTIONNEMENT 1946-1947.

Première série : Mercredi 6 novembre, Dr J. Boer, de la Faculté de Médecine d'Amsterdam, sur un facteur vitaminique nouveau présent dans les beurres d'été ; mercredi 13 novembre, Pr M. Polonovski, biochimie de la méthionine ; mercredi 20 novembre, Pr Chain, de l'Université d'Oxford, synthèses dans la série de la Pénicilline ; mercredi 27 novembre, Pr J. Courtois, acquisitions récentes obtenues en biochimie par l'oxydation périodique ; mercredi 4 décembre, Pr J. Bigwood, de l'Université de Bruxelles, protéines et électrolytes ; mercredi 11 décembre, Pr ag. Balatre, biochimie de l'Inositol ; mercredi 15 janvier 1947, Pr L. Bugnard, les isotopes stables en biochimie ; mercredi 22 janvier, Pr Ch. Sannie, biochimie des saponines ; mercredi 29 janvier, Pr J. Roche, protéines thyroïdiennes et protéines artificiellement iodées ; mercredi 5 février, Pr M. Macheboeuf, données récentes sur la biochimie des anticorps ; mercredi 12 février, Pr Ettori, acquisitions récentes réalisées en Angleterre dans le domaine de la biochimie ; mercredi 19 février, Pr P. Boulanger, substances à action mitotique.

TRAVAUX PRATIQUES.

Le cours de perfectionnement de Biochimie médicale commencé le 4 novembre 1946, à 14 heures. Les conférences, qui en font partie, auront lieu chaque mercredi, à 18 heures, à l'Amphithéâtre du Service de Chimie Médicale de la Faculté de Médecine (Pr M. Polonovski). Elles sont ouvertes à tous les médecins, pharmaciens, biologistes et étudiants.

Le droit de travaux pratiques pour chacune des trois parties du *Certificat d'études préparatoires de radiologie* est porté à 750 francs.





Hôpital de la Pitié.

Le service et les consultations spéciales du Pr Lian seront transférés le 12 novembre à la Clinique Médicale de la Pitié (métro Saint-Marcel). Mardi, vendredi et samedi 9 heures, Cœur et Vaisseaux. Mercredi 9 heures, Varives (Dr Brawerman). Lundi 9 heures, Médecine sportive (Dr Baraige). Jeudi 9 heures, Médecine coloniale (Dr Siguier).

Hygiène Scolaire et Universitaire.

I. Des postes de médecins délégués départementaux de l'Hygiène Scolaire et Universitaire sont actuellement vacants. Ce sont les postes de :

Beauvais (1 logement prévu) pour tous autres renseignements, s'adresser à M. le Médecin Inspecteur régional de l'Hygiène Scolaire et Universitaire pour l'Académie de Paris, 5, rue Auguste-Vacquerie, *Paris* (16e).

Evreux (s'adresser à M. le Dr Ruff, médecin inspecteur régional de l'Hygiène Scolaire et Universitaire pour l'Académie de Caen, 168, rue Caponnière, à *Caen*).

Quimper (s'adresser à M. le Dr Grenet, médecin inspecteur régional de l'Hygiène Scolaire et Universitaire pour l'Académie de Rennes, 20, quai Emile-Zola, à *Rennes*).

Nevers, Chaumont, Dijon (s'adresser à M. le Dr Pierrot, médecin inspecteur régional de l'Hygiène Scolaire et Universitaire pour l'Académie de Dijon, 20, rue Chabot-Charmy, à *Dijon*).

Arras, Laon (s'adresser à M. le Dr Gervois, médecin inspecteur régional de l'Hygiène Scolaire et Universitaire pour l'Académie de Lille, 22, rue Saint-Jacques, à *Lille*).

Vesoul, Belfort (s'adresser à M. le Pr Duvernoy faisant fonction de médecin inspecteur régional de l'Hygiène Scolaire et Universitaire pour l'Académie de Besançon, 10, rue de la Convention, à *Besançon*).

II. Des médecins délégués départementaux placés au chef-lieu du département auprès de l'Inspecteur d'Académie et chargés d'une part de la coordination du service, d'autre part du contrôle effectif d'un certain nombre d'enfants, ainsi que des postes de médecins examinateurs scolaires à temps complet sont actuellement vacants : pour les premiers, dans les départements de la Creuse, du Cantal et de la Haute-Loire ; pour les seconds, dans les départements de la Corrèze, du Puy-de-Dôme et de la Haute-Loire.

Traitement annuel : 180.000 fr., indemnités non comprises.

Pour tous renseignements, s'adresser à l'Inspection Régionale de l'Hygiène Scolaire et Universitaire, 63, avenue de la Libération, Clermont-Ferrand. Tél. : 27-59.

III. Un concours sur titres est ouvert à la Préfecture des Deux-Sèvres, en vue du recrutement d'un *médecin inspecteur départemental de l'Hygiène Scolaire et Universitaire.*

Le registre des inscriptions sera clos le 15 novembre 1946. Pour tous renseignements et pièces à fournir, s'adresser à l'Inspection Académique, 5, rue Duguesclin, à Niort.

Naissances.

On nous annonce la naissance de : *Jean Mauviel*, deuxième enfant du Dr M. Mauviel, Brest ; *Marie-Christine Courtin*, deuxième enfant du Dr A. Courtin, 18, rue du Général-Malleterre, Paris ; *Catherine Vailhé*, deuxième fille du Dr Vailhé, Aspiran (Hérault) ; *Jacques Aubry*, deuxième enfant du Dr P. Aubry, Abbeville (Somme).

Nécrologie.

Le docteur Jeandidier fait part de la mort de sa fille, *Hélène Jeandidier*, à l'âge de 34 ans, St-Denis (Seine).

Nous apprenons le décès du Dr *Albert Perrin*, La Palisse (Allier) ; du Dr *Charles Péchin*, Fresnay-le-Grand (Aisne).

le premier pansement biologique français

MITOSYL

stimule les mitoses cellulaires

PATE AUX VITAMINES A & D

HUILE DE FOIE DE MORUE ET DE FLÉTAN

CICATRISANT ESTHÉTIQUE RAPIDE

plaies brûlures ulcères

dermatoses prurigineuses
dermatoses croûteuses
eczéma du nourrisson
érythème fessier

Laboratoires DÉLAGRANGÉ, 39, Boulevard de la Tour-Maubourg, PARIS (7e)

A L'OFFICIEL TRAVERS

ACCIDENTS DU TRAVAIL

Une loi du 30 octobre 1946 modifie profondément la législation sur les accidents du travail et abroge toutes dispositions antérieures, notamment l'ordonnance du 19 octobre 1945.

Nous en publierons un commentaire dans un prochain article.

(*J. O.*, 31 octobre 1946.)

DOMMAGES DE GUERRE

Une loi du 28 octobre 1946 proclame l'égalité et la solidarité de tous les Français devant les charges de guerre et remanie profondément les législations sur les dommages de guerre.

Nous en publierons un commentaire dans un prochain article.

(*J. O.*, 29 octobre 1946.)

SALAIRES

Loi du 26 octobre 1946 prorogeant la réglementation des salaires.

Article unique. — L'application des dispositions du décret du 10 novembre 1939, du décret du 1er juin 1940 et de la loi du 30 novembre 1941 relatives à la réglementation des salaires est prorogée jusqu'au 31 décembre 1946.

(*J. O.*, 27 octobre 1946.)

SANTE PUBLIQUE

Arrêté ministériel du 21 octobre 1946 désignant les pièces à produire pour l'obtention des allocations aux aveugles travailleurs.

(*J. O.*, 28 octobre 1946.)

Arrêté ministériel du 23 octobre 1946 fixant les catégories et le nombre d'élèves de l'Ecole Nationale de la Santé Publique.

Article premier. — Des enseignements de début de carrière et des stages d'information en cours de carrière seront organisés à l'école nationale de la Santé publique pour le perfectionnement des :

1° Médecins inspecteurs de la santé (inspecteurs de la santé, inspecteurs principaux, inspecteurs divisionnaires-adjoints et inspecteurs divisionnaires);

2° Médecins des services de protection sanitaire des frontières terrestres, maritimes et aériennes ;

3° Médecins phtisiologues des services publics ;

4° Médecins des hôpitaux psychiatriques ;

5° Pharmaciens inspecteurs des pharmacies ;

6° Directeurs et administrateurs d'établissements hospitaliers ;

7° Auxiliaires médicaux

Art. 2. — Le nombre des fonctionnaires de chacune de ces catégories qui recevront en 1947, soit l'enseignement de début de carrière, soit l'enseignement des stages d'information, est fixé à :

50 pour les médecins inspecteurs de la santé.

5 pour les médecins des services de protection sanitaire des frontières

[illegible] médecins phtisiologues.

30 pour les médecins des hôpitaux psychiatriques.

[illegible] pour les médecins inspecteurs.







10 pour les directeurs d'établissements.
40 pour les auxiliaires médicaux. „ „
(*J. O.*, 28 octobre 1946.)

TRAVAIL.

Arrêté interministériel du 16 octobre 1946 fixant les vacations allouées au personnel technique utilisé pour les examens systématiques à l'occasion des mouvements de main-d'œuvre.

Article premier. — Le personnel médical (médecins, étudiants en médecine et en pharmacie, assistantes sociales, infirmières et infirmiers) utilisé lors des visites et examens pratiqués à l'occasion des mouvements de main-d'œuvre, est rémunéré à la vacation.

Art. 2. — Les tarifs de ces vacations sont fixés ainsi qu'il suit :

I. — **Médecins.**

1° Vacation pour examens cliniques.

a) Présentation par groupe devant une commission médicale ou devant un médecin seul, de sujets à examiner :

450 fr. par vacation de trois heures.

Chaque vacation comportant au maximum l'examen de quinze sujets. Des séances de plus courte durée peuvent être prévues, demi-vacation, tiers de vacation.

b) Présentation individuelle pour des cas isolés: à heures fixes, soit au cabinet du docteur, soit dans son service hospitalier :

Paris et Seine : 50 fr. par sujet examiné.
Province : 40 fr. par sujet examiné.

c) Visites à domicile (cas exceptionnels) :

Paris et Seine : 70 fr. par visite.
Dans les autres départements : 50 fr. par visite.

2° Vacations pour examens radioscopiques pulmonaires systématiques avec compte rendu ou schéma s'il y a lieu.

a) Utilisation de l'appareillage appartenant à une collectivité :

Pour les examens pratiqués en série : 300 fr. par vacation d'une heure comportant l'examen de trente à quarante sujets.

Il ne pourra être payé plus de trois heures par demi-journée.

b) Utilisation d'un appareillage appartenant au radiologiste :

Pour un groupe comprenant plus de vingt-cinq sujets à examiner, le taux des vacations est fixé au double de celui prévu par le paragraphe ci-dessus.

Pour les sujets isolés ou en groupe de moins de vingt-cinq, il est alloué une somme de 20 fr. par sujet examiné.

II. — **Etudiants en médecine et en pharmacie, assistantes sociales, infirmières et éventuellement secrétaires.**

Vacation d'une heure : 50 fr. pour les étudiants; 40 fr. pour l'autre personnel, étant entendu qu'il ne peut être payé plus de trois heures de vacation par demi-journée.

Art. 3. — Chaque fois que le personnel précité est appelé à se déplacer hors de la localité où il réside habituellement, il perçoit des indemnités pour frais de déplacement dans les conditions prévues pour des fonctionnaires civils, agents, employés et ouvriers d'Etat par le décret n° 45-2268 du 4 octobre 1945. Seront pour ces indemnités assimilés :

Au groupe II : les médecins et pharmaciens ;
Au groupe III, l'autre personnel.

Art. 4. — Le personnel médical énuméré ci-dessus attaché de façon permanente à une collectivité publique et recevant à ce titre un traitement régulier, ne peut prétendre à aucune rémunération sous forme de vacation.

Art. 5. — Les dispositions de l'arrêté du 31 janvier 1945 sont abrogées à dater du 31 décembre 1945.

Art. 6. — Le présent arrêté prendra effet à partir du 1er janvier 1946. (*J. O.*, 24 octobre 1946.)




ARG-EPH
GOUTTES NASALES
ARGYROL de BARNES
(NOM DÉPOSÉ)
et
ÉPHÉDRINE
Traitement des Affections
Rhino-Pharyngiennes
LABORATOIRE ROGER BELLON
(GAMBÉOL, ACTIPHOS, GLOBIRON,
HÉMOPYLORE "3", RECTOCALCIUM)
78 bis, Avenue Marceau - PARIS (8e)

PARTIE SCIENTIFIQUE

CLINIQUE CHIRURGICALE

L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE CHEZ LES AMPUTÉS DE GUERRE

M. J.-P. TOURNEUX
Chirurgien-Chef des Hôpitaux de Toulouse

NOUS avons eu, à différentes reprises, dans notre service, des amputés de guerre et vous avez pu remarquer que je me suis, chaque fois, préoccupé de leur faire prendre la tension artérielle. Dans bien des cas, cette dernière se trouvait augmentée, et je n'ai pas manqué de vous signaler l'importance de ce fait, qui pouvait entraîner à plus ou moins longue échéance des accidents plus ou moins graves. Je n'en veux d'ailleurs pour témoin que l'histoire d'un malade que vous avez vu ici à plusieurs reprises et qui a fini par décéder à la suite d'hémorragie cérébrale.

Il s'agit d'un homme, âgé de 63 ans, qui fut atteint, en février 1915, par des éclats d'obus, lui occasionnant de multiples blessures en différents points du corps ; la plus grave consistait en une fracture comminutive du fémur droit au voisinage de l'articulation du genou. En vertu des déplorables principes d'abstention opératoire, qui ne régnaient alors que dans trop d'ambulances, on se borna primitivement à de simples pansements, et le blessé fut évacué sur un hôpital de l'intérieur, où il n'arriva que quatre jours plus tard en de bien mauvaises conditions.

En raison de la gravité de son état, tant général que local, il fallut procéder d'urgence à une amputation au niveau du tiers supérieur de la cuisse, consistant en une simple exérèse, sans taille de lambeaux, une amputation dite en saucisson. Il en résulta une large surface cruentée, qui dut se réparer par deuxième intention, c'est-à-dire avec toutes les défectuosités qu'elle comporte, extrémité osseuse non matelassée, cicatrice mince et fragile, adhérente au plan sous-jacent, mal innervée et mal irriguée, etc. Par suite de la lenteur de la réparation tégumentaire, notre malade dut séjourner dans de très nombreuses formations sanitaires, car il ne put être réformé, après guérison apparente, qu'en février 1916, un an après sa blessure.

Il se retira alors dans son pays natal, où, malgré sa mutilation, il dut, pour assurer son existence et celle de sa famille, reprendre son travail d'ouvrier agricole, car le taux de sa pension était insuffisant pour lui permettre de vivre sans travailler. Il est à remarquer que son moignon présenta souvent de petites complications, soit sous forme d'ulcérations, soit sous forme de petits accidents infectieux, abcès ou écoulement de pus s'accompagnant de l'élimination de débris osseux plus ou moins volumineux, provenant de l'ostéite développée sur l'extrémité fémorale. Certains de ces débris, véritables séquestres, étaient trop volumineux pour pouvoir être éliminés spontanément, et c'est à leur sujet que nous avons dû de recevoir, à trois ou quatre reprises, la visite de ce malheureux, venant nous demander de procéder à l'extraction d'un de ces corps étrangers dont il ne pouvait se débarrasser par ses propres moyens.

Cet état de choses persista pendant un certain nombre d'années, puis sous l'influence de différents facteurs que je m'efforcerai d'élucider dans un instant, notre amputé présenta, comme bien d'autres, des troubles circulatoires forcément aggravés par toutes les restrictions qu'il dut subir. Ces troubles circulatoires se manifestèrent tout d'abord sous forme d'élévation de la tension sanguine, puis, plus tard, de rupture artérielle déterminant de l'ictus avec hémiplégie. Assez rapidement les accidents se multiplièrent, d'autres ictus se produisirent entraînant un état de cachexie complète et finalement notre sujet devait succomber, l'hypertension ayant successivement causé les ictus, l'hémiplégie et la cachexie.

La question de l'hypertension artérielle chez les amputés de guerre a suscité, tant en France qu'à l'Etranger, de très nombreux et importants travaux parmi lesquels je me bornerai à vous signaler ceux de Leriche (1934), de Valatx et de Molinéry (1936), de Benite (1937), de Rausch (1939), de Bommes (1940), de Viel et Sturm (1941), de Balthasard, Routier, Laubry (1942), et de Lhermitte, qui a publié cette même année une très importante revue générale dans la « Gazette des Hôpitaux. »

Si les premiers auteurs, tels que Leriche et que Valatx, frappés de la fréquence avec laquelle apparaissait, au bout de quelques années, l'hypertension artérielle chez les amputés de guerre, et particulièrement chez ceux où l'exérèse avait porté sur le membre inférieur, se sont bornés à accuser les faits sans en tirer de conclusions, les derniers, Rausch, Bommes, Viel et Sturm, Lhermitte, etc., se sont plus particulièrement préoccupés d'abord de se rendre compte des relations existant ou pouvant exister entre l'amputation et l'hypertension artérielle et en second lieu de rechercher les causes de cette hypertension.

De l'examen de très nombreux opérés (plus de 500 pour Rausch), ils ont été amenés à reconnaître que l'hypertension, relativement assez rare pour les amputés du membre supérieur, était beaucoup plus fréquente chez ceux du membre inférieur (25 à 30 %), et qu'elle s'observait plus particulièrement lorsque l'intervention avait porté sur la racine du membre, amputation au tiers supérieur ou désarticulation de la cuisse.

Ils ont été également amenés à conclure que l'hypertension artérielle survenait chez les amputés avec une fréquence telle qu'on ne pouvait la considérer comme une simple coïncidence, mais qu'il devait exister un lien de causalité entre le retranchement du membre et la survenance de

l'hypertension. Or, comme la pathogénie de l'hypertension artérielle est loin d'être simple, mais qu'elle est conditionnée au contraire par de nombreux facteurs, il s'ensuit que chez les amputés bien des éléments peuvent et doivent être mis en cause pour expliquer l'apparition de l'élévation de la tension sanguine.

Il est tout d'abord bien certain que l'infection chronique du moignon doit être retenue : ainsi que l'ont bien prouvé Viel et Sturm, par son action prolongée sur l'organisme, elle entraîne de la toxi-infection, de la sensibilisation allergique, et de la thyréotoxicose qui doivent être tenues pour les éléments primitifs du déchaînement de l'angiospasme généralisé et durable, base essentielle de l'hypertension permanente.

Il convient, en second lieu, et pour ma part j'y attache une très grande importance, de tenir compte de la nature du moignon. Chez les amputés où la réunion des lambeaux, pour différentes causes, n'a pas pu être primitive et ne s'est réalisée que secondairement, et à plus forte raison dans les amputations dites en saucisson, où la cicatrice mince et fragile adhère à l'os ainsi qu'aux extrémités des nerfs, sciatique et crural, se trouvent réalisés un certain nombre de facteurs qui méritent d'être incriminés.

Vous n'ignorez pas, d'une part, depuis les recherches de Goldblatt, que l'ischémie rénale entraîne une hypertension artérielle permanente et, d'autre part, que le rein se montre très sensible à une vaso-constriction provoquée par la stimulation de son plexus. Or, ce dernier est constitué non seulement par des filets splanchniques, mais encore par des filets de la chaîne pré-vertébrale du sympathique correspondant aux 2e et 3e segments lombaires, en sorte que toute excitation portée sur le segment inférieur de la moelle épinière est capable de déterminer, par voie réflexe, la vaso-constriction du rein.

Il s'ensuit donc, comme l'indique bien Lhermitte, que chez l'amputé de cuisse, dont les nerfs sciatique et crural ont été sectionnés et dont les extrémités sont en contact avec la cicatrice, l'excitation subintrante du moignon, réalisée par les chocs incessants de l'appareil de prothèse, retentit sur la circulation rénale en provoquant une vaso-constriction et, par suite, de l'ischémie, génératrice d'hypertension. Il convient, en outre, de tenir compte, ainsi que l'a montré Wolff, que le rein ischémié sécrète une substance vaso-pressive, capable d'exercer sur les parois vasculaires une action vaso-constrictive directe.

Excitation subintrante des nerfs du moignon, vaso-constriction rénale, sécrétion de la substance vaso-pressive forment ainsi les premiers éléments du mécanisme qui déclenche et maintient en activité l'angiospasme déjà réalisé par l'infection chronique du moignon, aboutissant d'abord à l'hypertension pure, puis à la néphro-angio-sclérose, qui se montre d'observation constante à l'autopsie des amputés de cuisse atteints d'hypertension permanente.

Enfin, il importe de ne pas oublier que l'étude anatomo-pathologique des amputés hypertendus a révélé l'existence de lésions vasculaires profondes que l'on doit tenir pour responsables des infarctus de l'encéphale, cause fréquente d'hémiplégie et de mort. Ces altérations vasculaires consistent dans l'hyperplasie de la tunique moyenne des artères et leur transformation en substance hyaline, hyalinose vasculaire, relevant de la toxémie développée à la suite de l'action prolongée sur l'organisme de l'infection chronique du moignon. Et, ultérieurement, comme les parois des vaisseaux, du fait de leur altération, ne peuvent opposer qu'une moindre résistance à l'élévation de la pression sanguine, il se produit, sous l'action d'une cause adjuvante quelconque, en certains points d'élection, une rupture des tuniques artérielles et la production d'infarctus cérébraux, cause d'abord d'hémiplégie et secondairement de mort du fait de leur étendue ou de leur répétition.

Telles sont donc les différentes données qui permettent, dans l'état actuel de nos connaissances, de nous rendre compte par quel mécanisme les traumatismes graves du membre inférieur et plus particulièrement les amputations hautes qui lèsent les nerfs sciatique et crural, ont pu se compliquer au bout d'un certain nombre d'années d'hypertension permanente et progressive.

Et maintenant, si vous examinez bien le cas de notre malade, vous serez forcément amenés à reconnaître qu'il existe chez lui toutes les conditions nécessaires et suffisantes pour déterminer l'élévation de la tension sanguine.

C'est d'abord l'existence d'une infection chronique du moignon, entraînant de la toxi-infection et de la sensibilisation allergique de l'organisme, et en second lieu la présence d'une cicatrice vicieuse, adhérente aux extrémités du fémur et des nerfs sciatique et crural et soumise aux traumatismes répétés provenant de l'appareil prothétique. L'excitation pour ainsi dire incessante des nerfs du moignon ne pouvait, comme je vous l'ai indiqué il n'y a qu'un instant, que retentir sur le rein et déterminer, par suite, le déclenchement de tout le mécanisme générateur d'hypertension.

Enfin, il convient encore, dans le cas qui nous occupe, de tenir compte de l'état de déchéance physique de l'intéressé, due à toutes les privations qu'il a dû supporter pendant ces années de restriction alimentaire et qui permettent d'éliminer, sans discussion possible, toutes les autres causes d'hypertension que vous pourriez invoquer dans certains cas, tels que sédentarité, obésité ou excès de nourriture et de boissons alcooliques.

EVOLUTION DU TRAITEMENT DE LA CONJONCTIVITE PURULENTE DU NOUVEAU-NÉ

par Pierre LABIGNETTE

Lauréat de l'Académie de Médecine, Chef du laboratoire de la Maternité de l'Hôpital Boucicaut.

Depuis l'avènement de « l'ère sulfamidienne » et l'emploi de la pénicilline, le traitement de la conjonctivite purulente du nouveau-né a subi de profondes modifications et des règles thérapeutiques presque séculaires ont cessé de devenir classiques en très peu de temps. Une chose cependant n'a pas changé, c'est la flore microbienne, cause de ces conjonctivites et c'est pourquoi un court rappel bactériologique s'impose avant de parler du traitement.

Au lieu de considérer la flore microbienne des conjonctivites du nouveau-né en raison de sa gravité, il paraît plus logique de l'étudier plutôt en raison de la fréquence des germes rencontrés. Vu sous cet angle, quinze ans de pratique, soit dans le laboratoire de la Maternité de l'hôpital Boucicaut, soit dans celui de l'hôpital Bretonneau, nous amènent à conclure que l'agent microbien le plus fréquemment observé sur les lames des prélèvements des yeux est, sans conteste, le staphylocoque. La seconde place, mais loin derrière la première, serait attribuée au bâtonnet de Morax, puis la statistique classerait ensuite le gonocoque, si justement redouté et enfin, le streptocoque. Faisons une mention à part pour quelques cas de germes diphtérimorphes ou pseudo-diphtériques que seule la culture sur sérum de bœuf coagulé permet de distinguer du véritable Loeffler. Enfin, très souvent, l'examen bactériologique direct et les cultures ne montrent rien. Il s'agit de conjonctive plus particulièrement sensible à l'action de la solution désinfectante au nitrate d'argent dont on verse classiquement deux à trois gouttes dans tout œil de nouveau-né. Ce cas se rencontrent moins rarement depuis que, vers 1938 on a baissé le titre des solutions habituellement en usage. Au lieu de se servir de solutions à 1 pour 100, on se sert de celles à 1 pour 150. Toutefois, dans certaines petites maternités ou petites maisons d'accouchements à faible débit, il arrive que le fond du flacon trop rarement renouvelé soit trop concentré. Son utilisation amène parfois une série de conjonctivites purement médicamenteuses.

Enfin, signalons qu'à part l'association du bâtonnet de Morax et du staphylocoque, il semble que la conjonctivite purulente du nouveau-né soit toujours causée par une seule variété microbienne.

Avant même de connaître la flore microbienne la thérapeutique sera commencée sans délai, surtout si on est en présence d'une conjonctivite supposée gonoccique. Avant l'utilisation des sulfamides et de la pénicilline, les lavages au permanganate, les instillations de nitrate d'argent, d'argyrol après nettoyage au sérum physiologique étaient la base de la thérapeutique habituelle. Pour mémoire, citons également les essais variés de vaccinothérapie et de sérothérapie qui furent tentés, à certains moments. Dans l'ensemble, les résultats de ces deux dernières méthodes furent loin d'être satisfaisants, bien qu'elles aient eu des défenseurs fidèles et acharnés.

Dans la conjonctivite purulente à gonocoques, Deguy conseillait l'instillation quotidienne ou biquotidienne du collyre suivant :

Nitrate d'argent : 0 gr 10
Eau distillée : 10 gr.

Il recommandait aussi de laver plusieurs fois dans la journée, toutes les heures par exemple, les culs de sac lacrymaux avec une solution de nitrate d'argent à 1 pour 10.000.

Cantonnet indiquait de faire trois fois par jour un grand lavage intérieur au permanganate de potasse à 1 p. 4.000 dont on fait passer un demi-litre ou un litre. Il instillait en outre deux à trois fois par jour du nitrate d'argent à 1 ou 2 p. 100. Lorsque la sécrétion diminue au bout de plusieurs jours, les instillations de nitrate sont faites avec une solution plus étendue à 1 p. 200. Il met en garde contre un traumatisme de la cornée à éviter au moment des soins. Cela était la seule thérapeutique classique utilisée, il y a encore quelques années.

L'emploi des sulfamides a modifié complètement ce traitement. Il n'est plus employé actuellement seul que lorsqu'on se trouve en présence de cas rares d'intolérance du nouveau-né aux sulfamides. Quelles doses de sulfamides faut-il donner ? Voici une réponse avec références importantes.

Les premiers conseils à ce sujet ont été publiés, en février 1938, à la Société d'Ophtalmologie de Paris et c'est en cette circonstance, qu'on a commencé à préciser les bases de la posologie. Sans nous arrêter davantage aux résultats obtenus avec des produits variés, par MM. Dollfus, di Mattéo, Mlle Proux, MM. Magitot, Dubois-Poulsen et Geoffroy, retenons les avis écrits sur cette thérapeutique par un accoucheur, le Pr Lantuéjoul et un ophtalmologiste, M. Voisin.

Dans le « Progrès Médical », du 20 septembre 1941, M. Voisin, parlant de l'utilisation des sulfamides dans la conjonctivite gonococcique du nouveau-né écrit : « Le traitement sera dégressif et après avoir donné d'emblée la dose efficace, il la diminuera. Cette dose journalière efficace est de 0 gr. 25 pour le nouveau-né qui l'absorbe, fractionnée, dissoute dans quatre de ses biberons. Cette dose est loin de la limite de tolérance qui paraît s'établir pour la sulfone vers 0 gr. 50 et pour les sulfamides au-delà de 1 gr. 50. Dans les cas moyens, l'on pourra procéder ainsi : les deux premiers jours 0 gr. 25, puis les trois jours suivants 0 gr. 12. Dans les cas graves ou vus tardivement, la dose initiale sera plus forte et le traitement plus étalé : par exemple, deux jours 0 gr. 50, trois jours 0 gr. 25 et trois jours 0 gr. 12. »

Deux ans plus tard, dans « L'Union Médicale » de septembre 1943, M. Lantuéjoul écrivait à son tour : « La dose pour un enfant normal, de trois à quatre kilos, paraît être de : un quart de comprimé, 6 à 7 fois par jour. Ce quart de comprimé est mis dans un peu d'eau. Il ne se dissout pas, mais se fragmente spontanément. Cette suspension est donnée dans une petite cuiller au nouveau-né avant sa tétée. » L'observation qui suit ce texte montre que l'auteur s'était servi de comprimés de dagénan 0,75. Pour être complet, citons aussi l'opinion de Rouquès parue dans la « Presse Médicale », le 24 novembre 1945. « Les accidents paraissent peu à craindre lorsqu'on emploie une posologie correcte, (0 gr. 25 de sulfamide par jour avec 0 gr. 50 de bicarbonate de soude), lorsqu'on fractionne au maximum les prises et

lorsqu'on s'attache à dépister les petits signes d'intoxication. »

Le résultat de l'emploi des sulfamides est que le nouveau-né ouvre les yeux dès le second jour et que le gonocoque disparaît à l'examen bactériologique suivant. Ordinairement, la chimiothérapie, amène la guérison en cinq jours. Il faut, malgré tout, lui associer l'ancien traitement local. Mais déjà, les sulfamides commencent à céder la place à la reine thérapeutique du jour : la pénicilline. Elle agit d'une manière remarquable dans les cas de conjonctivite gonococcique où elle donne des guérisons sensationnelles et spectaculaires dans les trente-six heures. L'absence de statistiques importantes au moment où ces lignes sont écrites ne permet pas encore de faire le point exact, car il est toujours difficile de se procurer de la pénicilline en ville et dans certains hôpitaux de province. M. Dubois-Poulsen préconisait, l'an passé, d'associer chaque jour à des instillations toutes les heures d'une solution à 10.000 unités par centimètre cube, 100.000 unités réparties en 4 ou 5 injections intramusculaires.

Comme on le voit, le traitement de la conjonctivite purulente du nouveau-né a subi une profonde transformation depuis quelques années. L'emploi des sulfamides et de la pénicilline diminue la durée et la gravité de la maladie, car il est de fait que les complications oculaires graves ont très sensiblement diminuées depuis qu'elles sont entrées dans le traitement des conjonctivites des premiers jours. Malgré cela, la conduite du praticien sera la même qu'auparavant : agir vite car plus le traitement sera commencé tôt, moins les complications graves seront à redouter.

HORMONES ET CANCER

La question du cancer est si importante que je ne peux laisser l'observation si intéressante du Dr Certain, parue dans le n° 38 du 21 septembre du « Concours Médical », sans vous adresser quelques remarques :

Il existe vraisemblablement une corrélation entre la délivrance de la malade et l'apparition du cancer du sein.

Nous savons avec une certitude complète que la division et la multiplication cellulaire ne peuvent s'effectuer qu'en raison d'instigations hormonales et tout particulièrement de l'hypophyse. C'est elle qui assure notre croissance. Quand vient la troisième puberté, la sécrétion génitale arrête l'évolution de la taille ; fait constatable par la brièveté des jambes chez les génitaux. De plus on semble avoir reconnu que la progestine ralentit un peu la marche du cancer.

C'est donc l'activité de la Génitale Interstitielle qui lutte contre la division cellulaire.

Peut-être dans le cancer, certaines cellules plus ou moins embryonnaires, n'ayant point subi une évolution normale peuvent être réveillées par une sécrétion hypophysaire somatique tardive et anormale et constituer un tissu envahissant. Une telle possibilité ne peut guère survenir qu'en raison d'une **insuffisance de la génitale interstitielle** et d'une mise en activité de l'hypophyse. Cette constatation explique que c'est principalement vers la ménopause, quand cesse l'activité de la génitale reproductrice, qui chez certains sujets peut entraîner la déficience de la génitale interstitielle, qu'apparaissaient le plus souvent les cancers. Cependant, à l'heure actuelle, les cancers semblent évoluer plus souvent qu'autrefois chez des sujets jeunes ; c'est en raison d'une insuffisance plus fréquente de la génitale interstitielle provenant des intoxications (alcoolisme surtout) et de la jouissance sexuelle anormale, qui hypertrophie la génitale reproductrice au détriment de la génitale interstitielle.

On pourra m'objecter que les castrats opérés jeunes ne semblent guère atteints de cancer, mais beaucoup plus de folie. Il est facile de comprendre que ces sujets atteints de gigantisme par carence génitale ont utilisé au maximum leurs possibilités d'évolution somatique et qu'il y a peu de raisons pour que cette glande puisse retrouver au cours de la vie une hyperfonction suffisante pour entraîner la formation d'un cancer.

Il existe donc deux points essentiels dans le cancer : la remise en marche d'une hypophyse qui rencontre un tissu plus ou moins embryonnaire au lieu de provoquer de l'acromégalie, et l'insuffisance de la génitale interstitielle.

Je sais qu'il peut être objecté bien des faits à une telle idée, mais je crois qu'il est possible de répondre à la plupart des objections qui seront faites.

Dr J. GAUTIER.
(Bordeaux.)

NOUVELLES D'AMÉRIQUE

Dans la revue « Geriatrics », le Dr Walter C. Alvarez, de la Clinique Mayo, qui jouit aux Etats-Unis d'un très grand prestige, décrit **un processus morbide nouveau** ; mais nouveau à ce point qu'il fera ouvrir de grands yeux à la plupart des médecins.

Pendant le sommeil, prétend Alvarez, peuvent se constituer dans le cerveau, en nombre plus ou moins important, de minimes caillots sanguins. Sur le moment aucun signe ne manifeste ce phénomene et le sujet ne ressent pas de troubles : il a pourtant fait un pas important vers la mort.

Il s'agirait là d'une maladie très fréquente et que peu de médecins savent identifier.

A l'autopsie les victimes de cette apoplexie à bas bruit présentent dans le cerveau des centaine d'infarctus au niveau desquels le menu caillot a détérioré les tissus environnants. On a peine à concevoir de telles lésions qui ne s'accompagnent d'aucun signe de paralysie ou de méiopragie musculaire, ni de pertes de la sensibilité. Alvarez soutient que le cerveau peut supporter de légers chocs de ce genre sans les traduire par les manifestations classiques. Seuls apparaissent un vieillissement accéléré et un changement de la personnalité. Les médecins classent généralement de tels malades sous l'éti-

quette de névrosés ou d'hypocondriaques. Il n'existe pas, à ce jour, de traitement adéquat.

Alvarez illustre son point de vue en citant l'exemple du président Woodrow Wilson qu'il soupçonne d'avoir été atteint de cette maladie. Alors qu'il prenait part, en 1919, à la Conférence de la Paix, à Paris, un jour il ne se sentit pas bien. On pensa à un refroidissement. En fait, il changea rapidement, devint prétentieux, impatient, soupçonneux, convaincu qu'il était espionné.

On sait comment il finit peu de temps après.

Un nouveau traitement des paralysies spasmodiques.

Par un emploi combiné de séances de kinésithérapie et d'injections de prostigmine un jeune médecin de Washington, le Dr Herman Kabat, aurait trouvé le moyen d'améliorer les victimes d'accidents obstétricaux atteintes de paralysies spasmodiques.

La prostigmine agirait en provoquant l'élaboration dans le milieu intérieur d'acétylcholine qui stimule l'activité nerveuse et mentale,*— et en relâchant les muscles.

Le Dr Kabat explique les résultats intéressants qu'il a déjà obtenus par un déplacement de la faculté de contrôle des régions endommagées du cerveau vers des régions demeurées saines. Il se flatte d'obtenir de celles-ci de jouer un rôle pour lequel elles n'étaient pas faites (!).

Va-t-on découvrir dans l'encéphale des facultés de suppléance analogues à celles qu'on observe dans l'appareil circulatoire ?

LES THÈSES

Dr Hubert Saint-Martin. — Les hémorragies de la délivrance par vaso-atonie. (Thèse de Montpellier, 1945.)

A côté des hémorragies dues au décollement partiel et difficile du placenta à l'inertie utérine, à l'enchatonnement placentaire partiel, l'auteur signale les hémorragies de la délivrance par vaso-atonie, bien étudiées par le prof. agrégé Caderas de Kerleau (de Montpellier). Elles apparaissent le plus souvent aussitôt après la délivrance. L'utérus est alors petit et dur, et non gros et mou comme dans l'inertie utérine. Elles sont peu abondantes, discontinues, et s'accompagnent de symptômes généraux intenses, qui sont des phénomènes de shock liés à la stase sanguine abdomino-pelvienne, conséquence de la vaso-atonie, dépendante elle-même du déséquilibre neuro-végétatif.

La thérapeutique s'attachera à remettre en action le système vaso-constricteur, ce qui a pour effet à la fois de pratiquer l'hémostase et de lutter contre l'état de shock, en ramenant vers le bulbe la masse sanguine dont cet organe est privé. La malade sera placée en position déclive et réchauffée. L'adrénaline est le médicament de choix (injection lente, intra-veineuse, de 250 à 500 cc. de sérum additionné de un quart à un milligr. d'adrénaline). On y ajoutera la strychnine et, si nécessaire, une petite transfusion sanguine (100 cc. par exemple).

Dr Raymond Saya. — Contribution à l'étude des écoulements sanglants du mamelon. (Thèse de Paris, 1945.)

La conduite à tenir en présence d'écoulements sanglants du mamelon n'est pas solutionnée pareillement par tous les chirurgiens. Certains avec Delbet, Ducuing, considèrent ce symptôme comme inquiétant dans son origine et conseillent l'amputation du sein. D'autres, avec Lecène, estiment qu'en l'absence de tumeur il s'agit souvent de lésions intra-canaliculaires bénignes et posent l'opportunité d'une technique conservatrice avec surveillance régulière et attentive de la malade.

Lorsque l'examen permet de soupçonner une lésion localisée (l'écoulement sanguin se faisant toujours alors par le même orifice), une intervention est indiquée : opération habituellement limitée, avant la ménopause ; amputation du sein, après la ménopause, s'il y a le moindre doute sur l'existence d'une lésion maligne.

Lorsqu'il y a tumeur : chez une femme avant la ménopause, en l'absence de signe de malignité, exérèse et examen microscopique extemporané qui fixera l'amplitude de l'intervention ; après la ménopause, il est généralement plus prudent de procéder d'emblée à une amputation du sein.

LES LIVRES

L'expansion scientifique française
23, rue du Cherche-Midi, Paris

A. Baudouin et H. Fischgold. — Electroencéphalographie clinique.

Aidés par une série de collaborateurs et d'élèves, les auteurs exposent le fruit de leur expérience de dix ans dans ce domaine. Ils ont surtout exploré la valeur de l'EEG dans l'épilepsie, les traumatismes de la tête et les tumeurs cérébrales, envisageant chacun de ces problèmes sous l'angle diagnostique, pronostique et même médico-légal. Le médecin et le physiologiste intéressés à cette nouvelle technique y trouveront une ample bibliographie française et étrangère, des indications sur la Société anglaise d'EEG et le résumé de la première réunion d'EEG de languefrançaise tenue à Paris en juillet 1946.

Masson et Cie, Editeurs

L.-M. Carles. — Agents pathogènes du climat. Les Éléments contre l'homme. Préface du Pr Laignel-Lavastine. Un vol. 338 pages.

L'auteur examine l'action pathologique que les divers éléments climatiques peuvent avoir sur l'organisme et avant d'exposer pour chacun d'eux les notions acquises et aussi les hypothèses, il rappelle au lecteur les notions cosmographiques, physiques et chimiques dont la connaissance est indispensable.

Ce livre constitue un raccourci de l'ensemble de nos connaissances en « Cosmobiologie » selon le terme employé par le Pr Laignel-Lavastine dans sa préface.

Voici les principales divisions de l'ouvrage :

Température et Luminosité. Chaleur. Froid. Lumière. Déficit actinique. Humidité. Pression barométrique. Vents. Electricité atmosphérique. Composition et structure géologique du sol. Magnétisme terrestre. Radiations ultra-pénétrantes. Nycthémère. Lunaisons. Saisons. Périodes solaires.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX DE PARIS

Les états de dénutrition. Observations cliniques et thérapeutiques.

(MM. M. Lamy, M. Lamotte et Mme S. Lamotte-Barillon ; 21-6-1946)

Les auteurs rapportent 40 observations faites chez les déportés après leur libération des camps de concentration. Après avoir signalé l'absence d'avitaminoses franches, ils marquent l'importance des troubles digestifs et celle des accidents pulmonaires, dont certains attribués quelquefois à tort à la tuberculose.

Ils soulignent aussi la fréquence des thromboses vasculaires, même chez les sujets indemnes de typhoïde ou de typhus.

Après avoir rappelé la fréquence et l'importance des œdèmes, ils décrivent un syndrome exactement opposé à l'anasarque, que caractérise l'importance de la déshydratation et qui traduit, lui aussi, la gravité du trouble du métabolisme de l'eau. Qu'il s'agisse de l'un ou de l'autre de ces états, leur évolution est souvent abrégée par l'apparition soudaine et dramatique des phénomènes d'exsudation dans les cavités séreuses, et aussi d'œdème pulmonaire et cérébral, que les auteurs décrivent sous le nom de « syndrome d'inondation » chez les dénutris.

Ces accidents sont souvent déclanchés par une administration soudaine et intempestive de liquide, qu'il s'agisse d'une transfusion sanguine, d'une perfusion I. V. de plasma, voire la simple injection sous-cutanée d'une solution saline.

Les troubles graves du métabolisme de l'eau chez les dénutris doivent être traités avec prudence ; les méthodes de réhydratation en particulier doivent être utilisées avec beaucoup de réserve.

Etude physico-chimique du sang et du liquide d'œdème dans les états de dénutrition.

(MM. Lamy, Lamotte et Mme Lamotte-Barillon ; 21-6-1946)

Etude des protides du sang et des humeurs au cours de la dénutrition à l'occasion de l'observation de 40 malades libérés des camps de détention allemands, dont 34 présentèrent des œdèmes. Les dosages de protides sanguins confirment l'absence de rapport obligé entre l'hypoprotidémie et les œdèmes. L'hypoprotidémie paraît donc être le reflet de l'inanition plus que la cause des œdèmes. La valeur du rapport albumine/globuline ne paraît pas être non plus, dans leurs cas, un critère à retenir à l'origine des œdèmes.

Des mesures directes de pression osmotique des protéïnes ont été faites. Ces pressions sont constamment abaissées chez des œdémateux. Le fait le plus particulier est le désaccord entre cette pression très basse et le taux des protides. Les auteurs ont trouvé un taux élevé de protides dans le liquide de l'œdème : ce fait associé à la mobilité extrême des épanchements, plaide en faveur d'un élément capillaire et vaso-moteur.

Par des ultra-centrifugations, sont mises en évidence, dans le sérum des dénutris, des fractions protidiques anormales, à constantes de sédimentation très élevées, et partant, à gros poids moléculaire.

Ces faits incitent à faire intervenir, pour expliquer l'origine de ces œdèmes de dénutrition, en dehors de l'état de tonus circulatoire et de la pression de starling, les conséquences organiques et fonctionnelles d'une anomalie physique des protides sanguins. Des arguments anatomiques plaident en faveur de l'origine musculaire de ces protides pathologiques.

Etude anatomique des états de dénutrition.

(MM. Lamy, Lamotte et Mme Lamotte-Barillon ; 21-6-1946)

Les auteurs exposent les résultats des protocoles de 13 vérifications anatomiques complètes, faites chez les déportés morts après leur libération des conséquences de la dénutrition extrême à laquelle ils furent soumis. Ils retrouvent les caractéristiques macroscopiques (épanchements pleuraux bilatéraux, œdèmes des mésos péritonéaux et du cerveau) du syndrome terminal qu'ils ont individualisé sous le terme d' « inondation des dénutris ».

Les examens histologiques portant sur 300 prélèvements permettent d'apprécier :

— Une atrophie nette de toutes les glandes endocrines ;

— Une exsudation diffuse transcapillaire, souvent associée à une vaso-dilatation ;

— Une sidérose du système réticulo-endothélial, des lésions dégénératives des muscles : témoin d'une véritable myophagie de suppléance ;

— Des lésions constantes de l'épithelium des tubes contournés du rein, rappelant de près celles rencontrées dans le syndrome de Bywaters (crush injury).

Ces données anatomiques, en particulier celles qui concernent l'état des muscles et des reins, paraissent susceptibles, lorsqu'on les rapproche des résultats de l'enquête biologique, d'apporter des éléments nouveaux dans l'étude des perturbations métaboliques liées à la dénutrition.

Orchite suppurée au cours de la fièvre typhoïde.

(MM. Rouquès et Pautrat ; 21-6-1946)

MM. Rouquès et Pautrat présentent l'observation d'un malade, qui bien que vacciné présenta une fièvre paratyphoïde B. Après la chute thermique, recrudescence fébrile et apparition, un mois et demi après le début de la maladie, d'une orchite : douleurs violentes au milieu du testicule et du cordon, tuméfaction de la bourse gauche, augmentation de volume du testicule, de l'épididyme, du déférent et de la vésicule, œdème du tissu cellulaire sous-cutané. Vers le 20e jour, fistulation et apparition du pus contenant du para B. Malgré les thérapeutiques, l'évolution dura 4 mois, et apparût après une atrophie testiculaire.

Les A. insistent sur la rareté de cette complication, bien qu'elle soit classique.

SOCIETE DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 5-4-1946

A propos des indications de la colpectomie (opération de Lefort) dans la cure des prolapsus utérins.

MM. Burty et Auclair rapportent l'observation d'une malade qui, quelques mois après une opération de Lefort, fit des accidents d'hémato-

Micelliode

IODE COLLOIDAL MICELLAIRE ÉLECTRO-POSITIF

Toutes les Indications de l'IODE,
SANS IODISME POSSIBLE

GOUTTES

Laboratoires de l'HÉPATROL — 4, Rue Platon, PARIS (XVe)

ACTIPHOS

AMPOULES BUVABLES DE 3 CC

L'ALIMENT ÉQUILIBRÉ DE LA CELLULE NERVEUSE

Acide phosphorique
en Synergie suractivée
par les Phosphates métalliques
et les Catalyseurs minéraux

LABORATOIRE ROGER BELLON
LOUIS FERRAND
Ex-interne lauréat des Hôpitaux de Paris
PHARMACIEN-GÉRANT
(GAMBÉOL, BECTOCALCIUM, HÉMOPTLORE n° 3, GLOSIRON)
78bis, Avenue Marceau - PARIS (8e)

HYPERCHLORHYDRIE
TOUTES LOULEURS GASTRIQUES

GASTROSEDYL

GOUTTES

Le grand remède de toutes les
GASTRALGIES

COMPOSITION INCHANGÉE

Teinture Dausse de belladone	46
Teinture Dausse de jusquiame	20
Liqueur ammoniacale anisée	20
Bromure de Sodium	13
Phosphate de codéine	1

Antispasmodique certain

Régulateur de l'acide gastrique

Sédatif à effet immédiat

POSOLOGIE

10 à 30 gouttes dans un peu d'eau sucrée après les repas et au moment des douleurs

LABORATOIRES J. LANDRIER
— Coulange-sur-Yonne (YONNE) —

COLLUSULFAMYD

COLLUTOIRE
GARGARISME
POLYVALENT

NOVAR
+
SULFAMIDES

LABORATOIRES
DEBARGE
(BRONCHOTONINE
CAMPHO-PNEUMINE)

ALGIPAN MIDY

HISTAMINE — HISTIDINE

Traitement intradermique de la DOULEUR

NÉVRALGIES - ARTHRALGIES - MYALGIES - VISCÉRALGIES

LABORATOIRES MIDY, 67, Avenue de Wagram, Paris.

Fournisseurs des Hôpitaux.



MINERALINE

DU Dr BAUD

LABORATOIRE MAUCHANT - GENNEVILLIERS - SEINE

Eczéma

CUROZEMA

9 Dragées par jour

OPOSÉROTHÉRAPIE VALTRY

LABORATOIRE BIOLOGIQUE VALTRY

46, Rue St Didier - Paris-16e

FORMULE INFANTILE :

Pediozema

GRANULÉ

ISOGEV

GARGARISME ou BAIN DE BOUCHE ISOTONIQUE

ANTISEPTIQUE PUISSANT — NON IRRITANT

à base de Phenylarsinate de sodium - Cuivre colloïdal - Borate de soude - Bleu de methylène

1 sachet dans un verre d'eau chaude pour un gargarisme ou un bain de bouche

ANGINES - GINGIVITES - STOMATITES

ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE

LABORATOIRES GEV, 5, rue Brézin, PARIS (14e) - Téléphone : SÉGUR 84-49

colpos, compliqué d'hématométrie, d'hématosalpinx et d'hématocèle dans le Douglas, ayant nécessité une hystérectomie subtotale.

L'observation prouve qu'une femme, autour de la ménopause, peut encore, quatre ans après une interruption de règles totale, voir son cycle menstruel reparaître pour quelque temps.

Pour se mettre à l'abri de pareilles complications, la cure du prolapsus par l'opération de Lefort doit comporter, lorsqu'il s'agit d une femme ménopausée depuis peu de temps, l'hystérectomie subtotale et fixation du moignon du col.

Le traitement des fractures bimalléolaires vicieusement consolidées.

M. René Charry présente des radiographies de malades chez lesquels il a pratiqué des ostéotomies malléolaires dans le cal, reposition et ostéosynthèse, pour des déplacements latéraux importants et anciens.

Il utilise la voie d'Alglave. A propos des cas présentés, l'auteur insiste sur la nécessité d'obtenir une réduction parfaite dans les fractures fraîches. Si celle-ci ne peut être obtenue orthopédiquement, il ne faut pas hésiter à intervenir chirurgicalement.

A propos des fractures de la première côte.

MM. R. Trial et A. Rescanieres (du Val-de-Grâce) ; Rapport de M. Masmonteil. Les auteurs présentent trois observations de cette lésion très rare. Dans l'une, la fracture est bilatérale, dans les deux autres, unilatérale. Dans deux cas, la fracture est isolée et les signes cliniques sont des plus discrets. Dans le dernier cas, plusieurs côtes sont fracturées et il y a paralysie radiculaire du laire du plexus brachial. Toutes ces fractures sont postérieures. Dans beaucoup de cas, la fracture serait imputable à une contraction brutale du chef postérieur du scalène.

Les résultats éloignés de la butée intra-articulaire de la hanche.

M. Raphaël Massart présente, avec leurs radiographies, des résultats éloignés de butées intra-articulaires. Il y a une dizaine d'années, frappé par les résultats inconstants de la butée sus-cotyloïdienne, en particulier dans les luxations unilatérales invétérées, il avait pratiqué l'opération intra-articulaire, suturant la capsule par-dessus le greffon iliaque pédiculé et rabattu. Les malades ainsi opérés, et qu'il a eu l'occasion de revoir, ont des résultats éloignés excellents.

LA PRESSE

Pleurésie purulente à anaérobies, guérie par les sulfamides. — Une observation du Prof. agr. **Camelot** nous apprend qu'une pleurésie enkystée, nettement purulente et même putride, à anaérobies, a été stérilisée par les sulfamides ; le pus s'est ensuite résorbé, sans qu'il fût besoin d'intervenir chirurgicalement, bien que cette indication eût été normale en présence de pareille collection suppurée. Dans le même cas, on a relevé l'existence d'un incident peu fréquent : la fièvre des sulfamides. C'est une élévation thermique, qui résulte de l'accumulation du médicament, survenant après la prise de sulfamides à doses élevées ; cette fièvre, apparaissant vers le neuvième jour, appelée aussi « fièvre du neuvième jour », peut poser des problèmes de diagnostic et de thérapeutique d'une grande importance ; forcer la dose des sulfamides après pareille recrudescence thermique serait aggraver l'état du malade. En l'absence du dosage des sulfamides dans le sang, on peut résoudre ainsi le problème : si, malgré l'ascension de la température, l'état général reste bon, si les signes fonctionnels, physiques et radiologiques ne montrent pas d'aggravation de la maladie causale, on doit penser à cette fièvre, qui disparaîtra rapidement par la suppression du médicament. (« Journ. des Soc. Méd. de Lille », 12 mai 1946.)

La lutte contre les maladies vénériennes en U. R. S. S. — Le Prof. **Machkylleson** (Moscou) décrit l'organisation de la prophylaxie antivénérienne. Celle-ci est basée sur les principes suivants : prophylaxie sociale et individuelle, assistance médicale gratuite accessible à tous. Une section pour la lutte contre les maladies vénériennes a été instituée dès 1918 auprès du Commissariat du Peuple pour la santé publique. Des sections analogues étaient également créées auprès des Services de santé publique dans chaque chef-lieu départemental. Chaque République ou région possède un Institut vénéréologique et dermatologique ainsi qu'un dispensaire antivénérien, qui sont les centres de la lutte antivénérienne ; dans les chefs-lieu des districts sont institués des dispensaires de district, et dans quelques grandes localités rurales des postes antivénériens. Il existe de nombreux cadres de médecins vénéréologistes, d'officiers de santé, d'infirmiers, etc.

Les tâches essentielles, qui incombent aux institutions antivénériennes, sont les suivantes : a) enregistrer (en indiquant le nom) tous les malades atteints d'une maladie vénérienne ou d'une infection cutanée ; b) rechercher les personnes ayant constitué la source de contagion pour les engager, ainsi que les membres de leur famille et les personnes en contact avec elles, à se prêter à u examen médical et, s'il est nécessaire, à un traitement spécial ; c) hospitaliser obligatoirement, comme on le fait pour les maladies infectieuses, les personnes qui présentent la forme contagieuse de la syphilis ; d) assurer aux malades des soins médicaux donnés par des spécialistes hautement qualifiés.

Grâce à toutes ces mesures, complétées par des inspections médicales périodiques dans certaines collectivités organisées, et par des causeries de propagande, on a obtenu avant la deuxième guerre mondale de grands succès dans la lutte antivénérienne, surtout contre la syphilis et le chancre mou : diminution de la syphilis récente et récidivante ; brusque diminution de syphilis héréditaire ; diminution de la morbidité par blennorragie. (« Semaine des Hôpitaux de Paris », 28 juillet 1946.)

PARTIE PROFESSIONNELLE

PROPOS DU JOUR

LA GRANDE PITIÉ DE L'UNIVERSITÉ

Une conversation récente avec un professeur de faculté des sciences, savan tréputé dont les ouvrages jouissent d'une autorité internationale, m'a troublé si profondément que je me crois le devoir de la rapporter à nos lecteurs et, par eux, de saisir aussi largement que je puis l'opinion publique.

Le mal dont il s'agit n'est malheureusement pas nouveau ni inconnu : ce n'est pas à des médecins qu'on révèlera le malaise dont pâtit la recherche en France. Ils savent que les laboratoires sont désertés par les jeunes et que la gravité de cette crise s'accentue à mesure que les conditions matérielles de la vie deviennent plus difficiles. Depuis des années, et même dès avant la guerre, de nombreuses voix autorisées avaient dénoncé le danger et signalé l'urgence de le contrebattre sans retard. Avant la guerre !... A peine est-il besoin d'indiquer que durant les six ans de guerre, aucune mesure n'a été prise pour remédier à cette situation. D'autres soucis ont accaparé l'attention et les ressources. Le mal s'est accentué d'année en année, et l'on ne peut aujourd'hui que constater avec effroi où nous en sommes.

Ce n'est plus seulement la recherche, me disait ce savant, mais même l'enseignement qui est atteint par la désertion massive des jeunes générations. Le Corps professoral de l'enseignement secondaire ne recrute pour ainsi dire plus ; les nouveaux agrégés des sciences ne demandent même pas de postes. Dès qu'ils sont nommés, ils démissionnent de l'Université pour entrer dans l'industrie où ils trouvent des rémunérations beaucoup plus élevées. Les vides ainsi creusés ne se comblent pas, et l'on a vu récemment, dans une très importante ville de province, la chaire de physique d'un lycée confiée à un jeune homme qui n'était même pas licencié. Les élèves ne manquèrent pas de lui manifester qu'ils le considéraient comme un bouche-trou. Il est extrêmement fâcheux que l'ascendant qu'un maître doit exercer sur ses élèves se trouve ainsi d'entrée réduit à néant. Peut-on supposer que, sous une direction aussi manifestement insuffisante, et dans une ambiance aussi particulière, les études faites dans cette classe auront eu une pleine efficacité ?

Le gros danger, et qu'il ne faut pas perdre de vue, c'est que cette pénurie d'enseignement dont souffre aujourd'hui l'Université aura des répercussions à longue échéance. Les jeunes agrégés qui s'évadent maintenant font des vides qui dureront aussi longtemps que devait durer leur carrière professorale. Donc, en admettant même que les traitements universitaires soient relevés aujourd'hui de façon assez substantielle pour enrayer le mouvement de désertion, l'enseignement secondaire manquera encore pendant plusieurs décades des professeurs expérimentés qu'il aurait dû avoir. La jeunesse française est vouée, pendant ce laps de temps, à ne pas trouver sur les bancs des écoles l'enseignement de qualité qui lui est dû. Comment alors espérer qu'il se trouvera dans ses rangs l'élite intellectuelle digne de dispenser à son tour l'instruction ? Nous tournons dans un cercle vicieux : l'on redoute d'envisager les perspectives d'avenir qui montrent une inéluctable médiocrité gagnant de proche en proche.

L'enseignement supérieur souffre, lui aussi, du manque d'argent : les hommes ne sont pas assez payés, les laboratoires ne sont pas assez dotés. Ceux-ci en sont venus à ce point de détresse qu'ils ne peuvent même plus payer le personnel subalterne : le savant avec qui je m'entretenais ouvre lui-même chaque matin les grilles de son laboratoire. Peut-être faudra-t-il bientôt qu'il balaye aussi les salles ?

Il ne reçoit plus de revues étrangères parce que l'abonnement en est trop coûteux. Tout travail de bibliographie est hérissé de difficultés et entraîne à des pertes de temps inouïes en déplacements de toutes sortes. Quant aux voyages à l'étranger, si fructueux par les échanges de vues qu'ils permettent avec des chercheurs penchés sur le même problème, il n'y faut plus songer. Les Français se trouvent pratiquement isolés du reste du monde et doivent travailler en vase clos. Ce ne sont pas là des circonstances favorisantes pour leur permettre de rattraper le retard dû aux années de guerre.

Le matériel est fatigué, souvent désuet, dépourvu des récents perfectionnements techniques. Et l'on sait bien que s'il était encore possible, au temps de Claude Bernard, de Pasteur et même de Curie, de travailler utilement avec un matériel improvisé, les investigations de la science moderne exigent une précision et une puissance de moyens qu'aucun « débrouillage » ne peut atteindre. Un des gros atouts de l'Amérique, et qui lui a donné son actuelle prééminence en matière scientifique, n'est-ce pas l'outillage parfait de ses laboratoires ?

Depuis longtemps (environ depuis l'autre guerre, et sous prétexte des ravages que nous avions soufferts), il ne nous semblait pas humiliant d'accepter (sinon de provoquer) des dons étrangers : la Fondation Rockefeller vint ainsi, à de nombreuses reprises, à notre aide et, nommément, en ouvrant des crédits extraordinaires à l'Université.

Avant la guerre (la dernière), ces crédits étaient répartis par les Américains eux-mêmes entre les diverses académies. Ils parcouraient la France, visitaient les établissements qui leur étaient signalés et allouaient à chacun une somme en rapport, selon leur opinion, avec le travail entrepris et les résultats obtenus. Cette méthode aboutissait donc à décerner de véritables récompenses aux plus actifs. Elle n'a plus cours maintenant. La subvention de 40 millions destinée à la France a été versée en totalité au Centre National de la Recherche Scientifique, qui en a assuré la répartition. Paris a pris la plus grosse part ; les laboratoires provinciaux n'ont reçu que

des sommes insuffisantes pour entreprendre une amélioration réelle de leurs conditions de travail.

Récemment, un centre de recherches qui sollicitait en vain une attribution de radium a été tout heureux d'accepter un don en nature fait par la Belgique.

Nos savants font, parmi leurs confrères étrangers, figure de parents pauvres, distancés déjà par suite des circonstances de guerre, et voués par la pénurie où ils sont à demeurer à la remorque des autres.

Mon interlocuteur m'exposait ces faits avec la tristesse d'un homme qui voit le bel édifice du prestige intellectuel français s'écrouler jour après jour par l'incurie de ceux qui sont réputés l'avoir pris en charge.

Il règne à cet égard dans les sphères dirigeantes, une mentalité singulière dont on ne saurait dire si elle est surtout faite de légèreté, de résignation apathique ou de défaitisme conscient. Comme le professeur X exposait ces faits à un haut fonctionnaire de l'Education Nationale et protestait contre la ladrerie officielle qui lui rend impossible de continuer ses recherches, ce fonctionnaire lui suggéra cyniquement de s'expatrier et de chercher à l'étranger les facilités qui sont introuvables ici.

A quoi le professeur X riposta : Prenez garde, monsieur, d'être pris au mot et songez à la responsabilité que vous encourez en dispensant de tels conseils.

Telle est la conversation que j'eus, l'autre semaine, avec un représentant éminent de la science française. Il se trouva que, quelques jours après, la radio diffusa un entretien au cours duquel cinq ou six agrégés des lettres, de grammaire, d'histoire, de philosophie examinaient à leur tour les raisons de la désaffection des jeunes pour l'enseignement.

Ils accusaient aussi, bien entendu, la mesquinerie des traitements alloués à une profession qui n'ouvre ses portes qu'après de longues études, de durs concours. Mais ils se plaignaient, en outre, de ne trouver, outre la privation de satisfactions matérielles, aucune satisfaction morale. La qualité d'agrégé, disaient-ils, ne vaut à son porteur qu'une considération mitigée. Nous avons la sensation profonde que c'est une duperie de consacrer toute sa jeunesse à l'étude pour tenir, en fin de compte si peu de place dans le monde. Et l'un d'eux citait cette boutade d'un de ses collègues : « Dans une société de bonne compagnie, l'agrégé se reconnaît à ce qu'il n'est pas décoré ».

Les responsabilités d'une situation à tous égards regrettable sont donc à plusieurs étages.

La première, et la plus grave, revient à nos dirigeants, coupables de ne pas donner la place dans la collectivité et les moyens matériels qu'elles méritent à la recherche scientifique, à l'éducation du peuple. Ils sont d'autant plus impardonnables que parmi eux les anciens professeurs, les évadés de Normale Supérieure abondent, et cela depuis de longues années. Nos principaux leaders politiques, pendant cinquante ans, bon nombre de nos ministres ont appartenu à l'Université. Si ceux-là ne rendent pas à l'Intelligence les devoirs qui lui sont dus, sur qui donc pourra-t-elle compter ?

Sans doute ont-ils aperçu le mal et même conçu le remède. Mais pris, eux aussi, dans le vaste affaissement des caractères qui déshonore notre vie publique ils ont hurlé avec d'autres loups : ils ont surchargé le budget de dépenses publicitaires et n'ont plus trouvé de crédits pour alimenter la flamme spirituelle.

Une autre responsabilité nous incombe à tous ; un peuple a les représentants qu'il mérite, et si nous avons lieu de nous plaindre des nôtres il ne faut pas en accuser la fatalité. Une société qui couvre d'or des pitres, des « stars », des champions de l'athlétisme, des faiseurs de chansonnettes, et qui les met sur le pavois, doit savoir pourquoi elle possède plus de cabotins que de professeurs et de savants. L'ascétisme est une vertu exceptionnelle ; on la salue lorsqu'on la rencontre, mais c'est manquer de bon sens, que de compter sur elle pour boucler un budjet.

Nous avons encore à nous reprocher, chacun de nous, de ne pas avoir à titre privé pris ici la place de l'Etat défaillant. En beaucoup de pays étrangers les citoyens prennent à cœur, lorsqu'ils en ont les moyens, de subventionner un établissement d'instruction ou une organisation de recherches. Je ne citerai comme exemple que les « collèges » et les universités anglo-saxonnes, et des fondations comme celles qui portent les noms de Rockfeller et de Carnegie. Existe-t-il rien d'analogue en France ?

C'est tout récemment que diverses administrations privées et personnalités ont pensé à subventionner un fonds d'études et de recherches. Le mécénat a encore besoin de s'acclimater chez nous.

Je me souviens d'avoir lu, il y a plusieurs mois, une étude économique qui m'avait vivement frappé. Il y était exposé que si la France possède actuellement un outillage désuet et des méthodes périmées, la faute n'en revient pas seulement à la guerre. A l'étranger, déclarait l'auteur de cette étude, et particulièrement en Amérique et en Allemagne, le « boom » des années 20 et les bénéfices substantiels qu'en tira l'industrie furent mis à profit pour constituer des réserves destinées à renouveler l'outillage, à créer des bureaux d'études. En France la prospérité servait surtout à accroître la douceur de vivre. Lorsque les « années folles » eurent disparu il restait aux Français de beaux souvenirs, mais peu de moyens pour lutter contre une concurrence redevenue plus âpre. Déjà en 1939 nous étions moins bien pourvus que les autres grands pays. La guerre n'a fait que nous donner le coup de grâce.

Cette expérience ne nous a pas guéris de notre légèreté. De nouveau on voit les fonds publics couler à flots dans des dépenses de pur prestige, dans des multitudes de fonctions nouvelles, et surtout dans une gabegie qui fait trembler les hommes rassis d'appréhension et de colère. Mais, il a été impossible d'arracher *cinq milliards* pour mettre sur pied des centres de recherche qui eussent conduit à l'exploitation utilitaire de l'énergie atomique. En sorte que là aussi, nous serons à la traîne, et nous n'aurons à fournir de valable que des agitateurs pour flétrir les capitalistes étrangers, nos fournisseurs.

Ces jours-ci l'U.R.S.S. publiait, avec fracas, qu'elle venait de réduire considérablement son budget militaire, et que les sommes ainsi récupérées seraient consacrées à la recherche.

Ne serait-ce pas une excellente, une unique occasion de l'imiter ?

G. Lavalée.

ORGANISATION PROFESSIONNELLE

UNE MENACE PLUS QUE JAMAIS ACTUELLE : LES DISPENSAIRES

Nous avons reçu d'un abonné, à la fois médecin et premier adjoint de sa commune, une lettre dont nous extrayons ce qui suit :

« *Une partie de la population de ma commune rêve d'avoir un Dispensaire municipal (gratuit, bien entendu). En tant que premier adjoint, je suis continuellement interpellé à ce sujet. Moi, je veux bien, mais je n'ai pour ou contre aucun argument motivé. Aussi, pour étayer mon opinion, j'ai recours à vos bons offices, tout ce que j'ai lu dans la presse médicale à ce sujet étant si contradictoire.* »

C'est apparemment plus par le magistrat communal que par le médecin que ces renseignements nous furent demandés. Mais, s'il est exact que ce qui a été publié dans la presse médicale a pu paraître contradictoire, nous saisissons l'occasion pour tenter une mise au point du problème général des dispensaires.

Trois formes paraissent aujourd'hui particulièrement redoutables.

1° Les dispensaires communaux.

L'évolution politique et sociale poussera de plus en plus les municipalités à offrir aux électeurs et électrices des soins médicaux au plus bas prix possible, et mieux gratuits, même si la qualité doit laisser à désirer.

Juridiquement, cependant — pour combien de temps encore ? — les municipalités n'ont pas toute latitude à ce sujet. Certes, la loi du 15 juillet 1893 sur l'A.M.G. permet aux communes de créer des dispensaires, mais ils doivent être réservés aux seuls indigents. Et, si la loi du 15 avril 1916 prévoit l'institution de dispensaires d'hygiène sociale et de préservation anti-tuberculeuse, le rôle de ces dispensaires est, nous dit la loi, de faire l'éducation du public, de donner des conseils de prophylaxie et d'hygiène, de faciliter aux malades atteints d'affections transmissibles, le placement dans les hospices et maisons de cure, et de mettre à la portée du public des services de désinfection ; si des consultations gratuites peuvent y être organisées, c'est uniquement pour les malades privés de ressources. Cette loi du 15 avril 1916, il est vrai, a reçu une interprétation extensive dans le domaine de la lutte contre les fléaux sociaux (lutte anti-tuberculeuse, anti-vénérienne, anti-cancéreuse, etc.), interprétation consacrée par l'arrêt du Conseil d'Etat du 30 novembre 1934 (Le Cam). Le Corps médical ne s'est jamais élevé là contre, mais ce qu'il a toujours soutenu, c'est que ne devaient pas être acceptés dans les dispensaires, les malades qui, économiquement ou techniquement, pouvaient recevoir, dans le cadre de la médecine traditionnelle, des soins appropriés à leur état.

La part faite aux nécessités de l'aide aux indigents et de la lutte efficace contre les fléaux sociaux, la législation actuelle, soutenue par la jurisprudence du Conseil d'Etat, répute illégale comme concurrençant indûment l'initiative privée, la création, par une municipalité, d'un dispensaire ouvert (gratuitement, à prix réduits, ou même à prix normaux), à toute la population sans distinction de ressources, et dont les attributions « polyvalentes » débordent celles réservées aux dispensaires d'hygiène sociale. C'est ce qu'a implicitement reconnu l'arrêt Le Cam, cité plus haut, qui visait le dispensaire d'Athis-Mons. Le Conseil d'Etat est actuellement saisi d'un recours analogue intéressant un dispensaire ouvert à Mers-El-Kébir (Algérie). Il serait souhaitable, qu'à chaque création abusive de dispensaire communal, le Syndicat médical intéressé ne manquât pas d'introduire rapidement le recours que lui ouvre la loi. En Seine-et-Oise, en ce moment, le dispensaire d'Argenteuil fait, à ce titre, beaucoup parler de lui.

Déontologiquement, il faut examiner comment sont rémunérés les médecins de tels dispensaires. La plupart du temps, lorsque les soins sont gratuits ou à bas prix, les médecins sont amenés à accepter, une rémunération (fixe ou proportionnelle aux actes) notoirement inférieure au tarif des vacations forfaitaires de médecine sociale ou au tarif syndical minimum. La situation de ces médecins est déontologiquement — s'ils sont syndiqués, syndicalement — critiquable et doit être disciplinairement sanctionnée. Pour vérifier le montant de leur rénumération, le Conseil de l'Ordre est armé par l'article 67 de l'ordonnance du 25 septembre 1945, qui prescrit de rédiger par écrit les contrats de ce genre et de les communiquer au Conseil de l'Ordre.

Même si la rémunération des médecins est correcte, l'action déontologique de l'Ordre (et éventuellement du Syndicat), doit s'exercer dans tous les cas où le dispensaire fonctionne en contradiction avec les règles juridiques que nous avons rappelées. Serait, en effet, coupable d'indiscipline professionnelle et d'atteinte à la dignité et à l'indépendance de la profession, tout médecin qui prêterait son concours au fonctionnement d'un organisme, qui, illégalement, porte préjudice à la profession médicale.

2° Les dispensaires d'usine.

Ils se multiplient à un rythme inquiétant. Non contents de satisfaire aux prescriptions de la législation sur la Médecine du travail, bon nombre de chefs d'entreprises organisent, seuls ou en association, des services médicaux, employant à temps plein ou à temps partiel, des médecins qui dispensent des soins aux ouvriers de l'usine, et quelquefois à leur famille. C'est un véritable supplément de salaire, dont il ne faut pas sous-estimer l'importance pécuniaire, ni l'attrait qu'il exerce sur la classe ouvrière.

Juridiquement, une telle initiative patronale ne paraît pas condamnable. Il ne s'agit pas, comme dans le cas des dispensaires communaux, de concurrence de l'initiative privée par la puissance publique, mais de concurrence entre deux initiatives privées. Le légis-

lateur laisse, jusqu'à présent, les antagonistes régler librement ces conflits.

Déontologiquement, les mêmes considérations que ci-dessus sont valables. En cas de rémunération insuffisante du médecin, celui-ci doit être frappé disciplinairement par l'Ordre et éventuellement par le Syndicat. Mais si la rémunération est correcte ? L'Ordre paraît alors désarmé. Quant au Syndicat, ses statuts pourraient, selon nous, contenir une clause exluant tout médecin qui, même correctement rétribué, et, *sauf circonstances particulières soumises à l'appréciation du Conseil d'administration du Syndicat*, prêterait son concours, au fonctionnement de tels dispensaires, parce que ces établissements fournissent de la mauvaise médecine et parce que leur multiplication, aboutissant à une détérioration de la profession médicale, porterait atteinte à la santé publique.

Pour combattre efficacement le foisonnement de ces dispensaires, le Corps médical organisé, par des campagnes de presse et par des contacts inter-syndicaux, devrait éclairer l'opinion patronale et ouvrière sur les vices fondamentaux de cette conception de la médecine, et sur les différences entre la médecine du travail, uniquement préventive, et cette médecine de soins.

3° Les dispensaires de caisses.

Le plus grave danger résulte de l'article 19 de l'ordonnance du 19 octobre 1945, lequel prévoit que « *l'assuré peut être soigné dans les établissements fondés par les Caisses de Sécurité sociale* », et que « *les Caisses de Sécurité sociale peuvent passer des contrats avec les Sociétés ou Unions de Secours mutuels ayant créé des œuvres sociales en vue d'en faire bénéficier leurs adhérents* ».

Cette ordonnance ne spécifie aucunement que l'avis du Syndicat médical doive être sollicité à propos de l'ouverture ou du fonctionnement d'un établissement de soins. Elle se borne à spécifier que « *le règlement d'administration publique fixe les conditions selon lesquelles l'autorisation de création d'établissements de soins est donnée aux Caisses par le Ministre du Travail et le Ministre de la Santé publique* ». Ce règlement a été publié à la date du 8 juin 1946. Son article 121, paragraphe 3, rappelle que : « *Les Caisses primaires et régionales ne peuvent créer des établissements de soins qu'avec l'autorisation du Ministre du Travail et du Ministre de la Santé publique* ». Reste à savoir dans quelles conditions précises cette autorisation sera donnée. Ce sera probablement le sujet d'un arrêté ministériel. Rappelons, toutefois, que par une circulaire du 26 février 1946, le Ministre du Travail a expressément souhaité que le Corps médical soit associé à toutes les entreprises des organismes d'assurances sociales dans le domaine de l'action sanitaire et sociale. « *Déjà deux représentants des syndicats des médecins*, ajoute le Ministre, *participent aux travaux du Comité technique d'action sanitaire et sociale et j'attacherais du prix à ce que ces groupements soient, de même, consultés sur le plan local par les Caisses à l'occasion des initiatives que prennent celles-ci, en matière d'action préventive ou d'équipement sanitaire, dans le cadre fixé par le ministère de la Santé publique et de la Population. Il est notamment indispensable que la Commission prévue à l'article 10 de l'ordonnance du 4 octobre 1945 puisse, lors de ses travaux, s'inspirer des suggestions données sur le plan technique par les médecins praticiens qui, au cours de leurs contacts quotidiens avec les malades et leur famille, reçoivent leurs doléances te connaissent leurs besoins. Ces précieux renseignements éclaireront la Commission et permettront d'orienter son action vers les réalisations les plus urgentes et les plus conformes aux vœux des assurés sociaux.* »

Or, sans attendre les arrêtés ministériels d'autorisation, et en contravention avec le vœu exprès du Ministre, la Caisse régionale de Sécurité sociale de la Région de Paris a fait annoncer dans la grande presse l'ouverture, au mois de septembre dernier, d'un dispensaire « polyvalent » rue Tiphaine. Un tel précédent peut être redoutable si l'exemple est suivi à Paris et en province. Le danger est d'autant plus sérieux que les dispensaires en question seront copieusement achalandés en candidats aux certificats prénuptiaux (arrêté du 16 septembre 1946) et en assurés sociaux justiciables des examens de santé gratuits (arrêté du 25 juillet 1946).

Quels sont donc actuellement les moyens de défense du Corps médical ?

Juridiquement, tout dispensaire qui aura été créé ou subventionné par les Caisses en conformité des dispositions légales et réglementaires que nous avons rappelées, sera inattaquable, même si l'avis du Corps médical n'a pas été demandé sur le principe de sa création ou sur les modalités techniques ou professionnelles de son fonctionnement.

Déontologiquement, la situation du personnel médical employé dans ces dispensaires sera indiscutable si sa rémunération correspond au taux moyen des honoraires de la clientèle privée ou de la vacation horaire de médecine sociale. Si, par contre, cette rémunération est insuffisante, le Conseil de l'Ordre pourra, soit refuser d'homologuer le contrat qui lui sera soumis, soit, si le médecin passe outre au refus d'homologation, frapper celui-ci disciplinairement. Si le médecin est syndiqué, il pourra aussi faire l'objet de sanctions de la part du Conseil de Famille du Syndicat et, éventuellement, d'une mesure d'exclusion.

Une attitude purement négative ne saurait suffire : ce qu'il faut, dans ce domaine comme ailleurs, c'est envisager professionnellement des solutions constructives. Tôt ou tard, ces dispensaires se créeront avec ou contre le Corps médical. Pourquoi ne pas faire en sorte que ce soit d'accord avec lui ? L'action syndicale pourrait se développer non seulement au sein du Comité technique d'action sanitaire et sociale où les organisations de praticiens comptent un représentant (décret du 16 octotobre 1946) — et non deux comme a cru pouvoir l'affirmer le Ministre, dans sa circulaire précitée, — mais aussi au sein de chacune des Commissions régionales d'action sanitaire et sociale instituées par l'article 10 de l'ordonnance du 4 octobre 1945, et dans lesquelles figure (inespérément, d'ailleurs, car l'article 10 ne le prévoyait pas) un représentant des

syndicaux médicaux de la région (décret du 17 septembre 1946). Ces Commissions régionales sont chargées, rappelons-le, de fixer le cadre dans lequel peut s'exercer l'action sanitaire et sociale des Caisses (art. 10 de l'ordonnance) et leur accord est nécessaire pour la création par les Caisses d'œuvres ou institutions sanitaires et sociales (art. 121 du décret du 8 juin 1946). Il est vraisemblable qu'elles auront aussi leur mot à dire dans la procédure d'autorisation ministérielle de création d'établissements de soins.

Mais l'essentiel de l'action syndicale devrait être d'obtenir des Caisses l'engagement de ne pas créer ou subventionner d'établissements de soins sans l'accord des syndicats médicaux, tant sur le principe de la création, que sur les modalités techniques et professionnelles de l'organisation et du fonctionnement. Ainsi, les syndicats seraient-ils assurés de conserver le contrôle moral et technique de ces dispensaires de Caisse, et permettraient leur accès, non seulement à une fraction du Corps médical économiquement besogneuse ou de trop récente culture française, mais à l'ensemble des médecins. Ainsi pourraient-ils parvenir à cette uniformisation de la rémunération de l'acte médical, quel que soit le lieu où il est dispensé, uniformisation si souhaitable et que la Confédération se préoccupe actuellement d'obtenir. Par ce biais, enfin, pourraient être instaurés ces Centres de diagnostic ou de soins Caisses-Syndicats médicaux, qui constitueraient peut-être la solution la plus heureuse du problème des Centres de diagnostic.

Mais cet engagement des Caisses ne pourra jamais être obtenu ? Il pourrait être introduit dans le texte de conventions Syndicats-Caisses fixant les taux d'honoraires minima. Cet engagement constituerait la contre-partie substantielle (la seule intéressante à notre avis), des sacrifices que le Corps médical pourrait être amené à consentir sur l'entente directe.

L'heure n'est pas aux conventions Syndicats-Caisses, nous dira-t-on ? Nous n'en sommes plus si sûrs depuis la séance de la Commission bipartite du 25 octobre dernier, où cependant siégèrent les « durs » de la profession médicale. Les efforts qui furent faits pour restreindre la prépondérance de l'Etat dans la Commission nationale tripartite, les cascades d'accords successifs Confédération médicale-Fédération des organismes de Sécurité sociale, les Commissions de conciliation qui doivent intervenir pour forcer la main de la Commission nationale tripartite, tous ces conciliabules à deux ne sont-ils pas autant d'étapes vers des conventions Syndicats-Caisses, hors la rigide présence de l'Etat ?

Pour que le Corps médical puisse tirer tout le profit de ce rapprochement avec les Caisses, il faudrait, sous peine pour lui d'être dupe, que l'engagement relatif aux dispensaires fût inséré dans des textes précis, sérieusement médités et rédigés. Il lui faudrait admettre de sortir du domaine des « accords » flous, des « gentlemen agreement » purement verbaux, en un mot de dépasser le stade des conventions qui n'osent pas dire leur nom.

P. DOURIEZ.

« K 12. FRONTIERE », CAUSE DE CERTAINES ANOMALIES

par le Dr Fernand DECOURT

A l'Art. 10 de la Nomenclature, on lit : « En principe, les coefficients de la Nomenclature ont été calculés à l'*acte global*... cependant les coefficients de tous les actes en P. C., ainsi que ceux en K, *dont le coefficient est égal ou inférieur à K* 12 ont été calculés à *l'acte isolé*. »

⁂

« En principe », c'est parfait... mais à condition que les coefficients aient été « calculés », réellement en fonction de deux situations nettement distinctes et dont un de nos confrères, le Dr P. (de E.) me signale un cas typique qui peut servir d'exemple, en l'espèce.

Voici, tout d'abord, le passage de sa lettre, que je désire commenter : « ...Voyez les beautés de la Nomenclature. Si j'ampute un doigt c'est K. 12 ; je touche 620 frs. Si j'ai le malheur d'enlever la tête du métacarpien en sus, c'est K. 15, donc tout compris 750 francs. Quand j'ai donné pour l'anesthésie, il me reste 750 — 320, soit 430 francs. Pour 430 francs, j'opère et fais des pansements pendant 20 jours. Il n'y a pas de garçon boucher qui accepterait cela... A moins que je ne me trompe, ce que je souhaite... »

Eh non ! confrère, vous ne vous trompez pas et vos calculs sont justes. Cela provient de ce que, avec K. 12 et au-dessous, c'est le tarif à l'acte *isolé*, donc avec anesthésie, aide et 20 jours de soins *non* compris. Tandis qu'avec K. 15 c'est le tarif à l'acte *global*, donc y compris aide, anesthésie et 20 jours de soins consécutifs. Il en résulte, comme vous l'aviez bien saisi, ce fait paradoxal qu'en réalité le médecin, avec K. 15, touche moins, par suite des frais qui lui incombent, qu'avec K. 12, et quelquefois pas qu'un peu, au cas où il aura dû faire des visites relativement nombreuses durant les 20 jours consécutifs.

⁂

Que faire pour remédier à de telles anomalies ? Dans les « cas-limites » il est toujours difficile d'empêcher des anomalies, quelle que soit l'ambiance dans laquelle on agit. Tout d'abord, pourquoi a-t-on établi cette « ligne de démarcation »... ? Etant donné l'établissement de l'acte *global*, pour éviter les abus de la note du plombier, on ne pouvait pourtant pas l'accepter pour des K. 8 ou des K. 4, avec les 20 jours de soins consécutifs. Il y aurait eu là un « abus »

en sens contraire. On a pensé que K. 12 serait une « frontière » raisonnable.

Autour de ce K. 12, comme autour de toute démarcation, il y a des anomalies possibles, certaines même. Comment les supprimer ? La solution qui se présente à l'esprit, au premier abord, serait de remonter quelque peu les coefficients légèrement au-dessus de K. 12 afin de tenir compte des obligations imposées au médecin à partir de ce coefficient. On modifierait donc la *proportion* établie entre K. 12 et K. 15, en mettant K. 18 pour K. 15, par exemple ? Mais alors où s'arrêter dans cette majoration de coefficient ? A K. 20 ? Pourquoi pas à K. 40, à K. 80 et même tout le reste du tarif ?

Mais alors, n'y aurait-il pas, par contre, à craindre que les représentants des Caisses où du Gouvernement, à la Commission permanente, ne répliquent : « Pourquoi ne pas diminuer plutôt les coefficients de K. 12 et au-dessous qui ont été *libérés* des obligations incombant aux coefficients supérieurs à K. 12 ? »

⁂

Les deux thèses pourraient ainsi fort bien s'affronter. Prenons garde, confrère, au dicton : « Le mieux est l'ennemi du bien ». Sans doute, votre critique est justifiée mais avez vous un moyen de rectifier cette situation anormale pour certains coefficients un peu supérieurs à K. 12 ? Reculer la frontière ? Ce ne serait que « reculer » le problème. Descendre cette frontière ? La supprimer ? Le souhaiteriez-vous ? Ce serait le pavé de l'ours, n'est-ce pas ?

Quant à moi, je n'oserais m'atteler à ce problème, estimant *dangereux* pour nos confrères de chercher à le résoudre.

LE MOT DU LECTEUR.

LES BONNES REVALORISATIONS

Les magistrats se plaignent qu'on les ait oubliés, que leurs traitements restent aux environs de celui du gardien de la paix. Ils en demandent la revalorisation, motif pris, comme ils disent, de ce qu'il est plus difficile de juger que de régler la circulation à un carrefour.

Nous connaissons mal la question. Aussi bien n'est-ce là qu'une introduction à notre sujet. Ce que nous connaissons bien, par contre, c'est notre profession. Elle nous a coûté assez de veilles et d'argent, elle exige de nous une attention de tous les instants, elle engage notre responsabilité, et quelle responsabilité ! Or, quels que soient nos peines et nos résultats, nous avons droit pour une consultation, à 90 francs d'honoraire ; pour une visite, à 110 francs. Encore ces chiffres sont-ils réduits de 20 % quand le débiteur est l'Etat (Art. 64 et A.M.G.)

Quels petits enfants nous sommes, auprès des chirurgiens-dentistes. Comme ils ont su, eux, obtenir la revalorisation de leurs honoraires ! Ne parlons pas de leurs tarifs de prothèse, on nous répondrait que la prothèse est un art, et qu'une Œuvre d'art est inestimable. Mais une extraction de dent à 125 francs, voilà qui s'appelle mettre en valeur ses capacités !

Voyons : nous savons, nous aussi, arracher des dents. Cela nous demande une ampoule d'anesthésique (2 fr.), l'usage d'une seringue, d'un davier, et cinq minutes de bracelet-montre. Quand la dent est dans le seau à pansements, alors commence notre embarras. Quel honoraire prendrons-nous à notre patient ? Si nous appliquions le tarif « dentiste » à un A. S., que dirait le médecin-contrôleur des A. S. ? Sans doute observerait-il que nous ne sommes que médecins, que c'est là une opération de petite chirurgie, justiciable du tarif P.C.I. chiffré à 60 francs. Et il n'aurait pas tout à fait tort, si l'on considère que le travail ne nécessite ni connaissances approfondies, ni responsabilité sérieuse.

Il nous souvient qu'avant la guerre les syndicats de chirurgiens-dentistes bataillaient pour contraindre certains de leurs confrères dissidents à faire payer 10 fr. une extraction que ceux-ci pratiquaient pour cent sous. Les compétences qui président à l'établissement des tarifs ont mis fin à ces petites divergences : 125 francs coefficient 12,5 d'augmentation.

Nous avons l'air fin avec nos 80 francs la consultation !

« Qui vous empêche », nous souffle un démon familier, d'entrer dans leur honorable corporation ? Abandonnez donc à d'autres les soucis, les risques et les nuits blanches. Ne soyez plus ennemis de votre amour-propre et de vos intérêts. »

Hé, là, j'en connais et des meilleurs, qui sont bien près de se laisser tenter.

Dr F.

LA PROTESTATION D'UN MÉDECIN PÈRE DE FAMILLE

Je suis médecin, âgé de 56 ans, mon activité professionnelle est très réduite. J'ai quatre enfants étudiants, qui font des études coûteuses, l'un d'eux prépare sa médecine, il y a chez moi un salaire unique pour 6, et ma femme ne touche évidemment pas la prime de salaire unique. J'ai bénéficié des allocations familiales pendant deux ans à peine. *Il avait été entendu que les pères de famille qui auraient élevé au moins quatre enfants jusqu'à l'âge de quinze ans seraient exonérés du paiement des cotisations familiales.* Or, un décret injuste prétend m'imposer le paiement des cotisations parce que j'ai touché une somme d'allocation supérieure à 5.000 francs. Ce que j'ai touché, cotisation déduite pour élever mes quatre enfants n'atteint pas 12.000 francs (*douze mille francs*) environ et c'est pour cette somme ridicule, que je vais devoir payer 4.000 *francs* et peut-être plus *par an* aussi longtemps que j'exercerai.

Au train où les choses vont, je devrai bien continuer à exercer jusqu'à ma mort et je devrai payer, alors que je n'ai jamais rien touché : c'est un vrai scandale. Aussi, je proteste énergiquement et refuse catégoriquement ce principe. Je suis persuadé que tous les pères de famille qui sont dans la même situation pensent comme moi.

Je suis décidé à me laisser poursuivre devant les tribunaux plutôt que de m'incliner et à alerter l'opinion de mes collègues pères de famille pour que cette protestation soit entendue.

Dr R. H.

PAGES SANS MÉDECINE

CHRONIQUE FINANCIÈRE

Paris, 8 novembre.

Le franc, problème numéro 1, préoccupe la Bourse

Plus que jamais, le problème du franc a été à l'ordre du jour pendant ces dernières semaines : les partis politiques en ont largement usé comme arme électorale et la Bourse l'a placé au premier rang de ses préoccupations : c'est en fonction de l'avenir du franc, des données que l'on peut avoir dès maintenant sur son « degré de résistance », qu'il faut examiner la tenue du marché des valeurs.

Depuis le 14 octobre, date de notre dernière chronique, la Bourse est restée ferme. Mais alors que depuis le milieu de septembre les cours étaient en hausse quasi-continue, ils semblent plafonner depuis le 20 octobre, comme le montrent les indices suivants (base 100 fin 1938).

	Août 1944	11 oct.	18 oct.	25 oct.	31 oct.
Indice général	769	979	1.027	1.051	1.034
Valeurs métropolitaines	748	966	1.010	1.028	1.004
Valeurs coloniales.....	809	983	1.039	1.059	1.050
Stés franç. à l'étranger.	800	1.022	1.076	1.125	1.125
Valeurs étrangères....	513	405	424	436	432
Val. franç. à rev. fixe.	155,6	140,6	139,8	139,9	139,9

Depuis le 31 octobre, les cours ont, dans l'ensemble légèrement progressé et l'on terminait vendredi 8 novembre sur une note de fermeté.

En fait, depuis une quinzaine de jours, on assiste, autour de transactions nombreuses et animées, à une épreuve de force entre « baissiers » et haussiers : ont vendu, des professionnels, certaines sociétés pour alléger leur trésorerie, et notamment les banques nationalisées. En revanche, la plus grosse partie de la clientèle, surtout de province, a continué à acheter.

Les uns et les autres ont des arguments de poids : « On est monté trop vite, disent les tenants de la baisse, le marché a besoin de repos ; d'autre part, le prochain gouvernement devra prendre des mesures pour enrayer la hausse des prix. » A quoi leurs adversaires répondent: « Les prix ne sont pas encore bloqués ; rien n'indique que l'inflation sera jugulée de sitôt ; comment, au reste, réemployer nos billets ? »

Effectivement l'indice des prix de détail monte en flèche : pour le mois d'octobre, il ressort à 858 (base 100 1938) contre 785 en septembre, 730 en août, 576 en juillet. Quant à l'indice des prix de gros, il passe à 740 contre 673 en septembre (pondération 1941).

D'autre part, le bilan de la Banque de France au 31 octobre accuse une augmentation de 18 milliards dans la circulation des billets qui atteint ainsi le nouveau record de 697 milliards.

***

Sans vouloir préjuger de l'avenir, et choisir définitivement entre ces deux tendances, la majorité des observateurs boursiers admet cependant que l'heure est venue d'établir une discrimination entre les titres. « Marchés électif », disent les professionnels, qui admettent généralement qu'on ne courre pas grand risque sur les valeurs nationalisées, les mines métalliques, les textiles artificiels, et certaines valeurs étrangères encore éloignées de leur parité. Par contre, estiment-ils, la plus grande prudence doit être observée pour des investissements dans des compartiments « en pointe », textile et alimentation notamment.

Parmi les moins chers des titres à revenu fixe : les valeurs d'électricité

Depuis un mois, un des traits marquants du marché a été le redressement des valeurs nationalisées : Electricité, gaz, houillères, assurances et banques. Les valeurs d'électricité qui figuraient sur le tableau contenu dans notre dernière chronique, ont toutes fait preuve de fermeté ; quelques-unes enregistrant même des plus-values sensibles. C'est le cas notamment pour C.P.D.E., à 1.550 le 6 novembre contre 1.302 le 14 octobre ; ÉLECTRICITÉ DE PARIS à 690 contre 517, HAVRAISE D'ÉNERGIE à 1.180 contre 1.000 ; ÉLECTRICITÉ ET GAZ DU NORD à 595 contre 525.

Afin de fournir à nos lecteurs une documentation plus complète sur ce groupe de valeurs qui offre toujours d'intéressantes possibilités de placement, nous avons établi le tableau ci-dessous où figurent la plupart des valeurs d'électricité et de gaz nationalisées, sauf celles mentionnées dans notre chronique du 14 octobre.

La première colonne indique le chiffre brut de l'indemnité, tel qu'il est défini par la loi. La deuxième contient la valeur actuelle de ces titres, calculée de façon très précise, en tenant compte du taux d'intérêt moyen du marché et de la prime de remboursement. La troisième enfin, le cours actuel.

Un élément d'incertitude demeure cependant : il est, en effet, stipulé que l'Etat restituera aux sociétés nationalisées la portion de leur actif qui n'est pas affectée à la production, au transport ou à la distribution de l'électricité ou du gaz. Ces portions d'actif ne sont pas encore évaluables avec précision. Mais, en tout état de cause, leur détermination ne pourra ménager que des surprises agréables. (C'est ce qui explique que certains cours soient actuellement supérieurs à la valeur de remboursement indiquée ci-dessous : CENTRALE D'ÉNERGIE ÉLECTRIQUE notamment.)

M. PEZEU.

Valeurs	Base de l'indemnité	Valeur actuelle	Cours actuel
Electricité			
Electr. Industr.	308	206	177
Energie-Eclair.	694	465	375
Energie Electr. (Centrale)	1.286	862	922
Energie Basse-Loire	685	459	385
Energie Meuse-Marne	2.950	1.977	1.690
Energie Rouergue	530	355	300
Force et distrib.	992	665	601
F. M. Agout	2.270	1.561	1.360
F. M. Haut-Rhin	1.204	807	680
Hydro-Electr. Basses-Pyrén.	340	228	200
Hydro-Electr. Savoie	2.758	1.848	1.630
Sud-Lumière	222	149	145
Toul-Bazacle	1.479	991	860
Union Electr.	385	288	200
F. M. Arrens	300	201	150
F. M. Centre	1.349	904	693
Hydro-Cère	477	320	240
Roubaisienne Eclair.	4.390	2.941	2.800
Sorgue et Tarn	1.021	684	505
Union Pyrén. Electr.	1.382	916	590
Gaz			
Continent. du gaz	2.590	1.736	1.590
Eclair.-Chauffage-F. M.	2.130	1.427	1.258
Eclair. et chauff. par le gaz	1.229	823	700
Fusion du gaz	1.375	921	850
Gaz et eaux	1.580	1.060	952
Gaz et Electr. réunis	1.210	811	638
Gaz et Electr. de Marseille	2.270	1.521	1.295
Gaz de Lyon	815	546	460
Gaz de Mulhouse	615	412	360
Gaz Franco-Belge	860	576	455

KOUMYL

BACTÉRIOTHÉRAPIE LACTIQUE



NOURRISSONS : II à V gouttes. — ENFANTS : V à X gouttes. — ADULTES : XV à XX gouttes. 3 fois par jour, entre les repas, dans un liquide froid ou à peine tiède.

LAB. DEHAUSSY, 50, rue Nationale, LILLE. Pour la France sud : 21, Av. St-Sulpice, LAVAUR (Tarn)

Formule Jacquemaire n° 60

COMPOSITION

Milieu magnésien (magnésie calcinée) associé aux Glycérophosphates (de calcium, magnésium, fer, manganèse) et à la silice.

INDICATIONS

(Complément nutritif moderne indispensable).
Reminéralisateur à prépondérance magnésienne.
Toutes les débilités, Retard de croissance, Surmenage, Convalescence, Décrépitude, Papillomes, Végétations, Verrues, Terrain précancéreux.

POSOLOGIE

1 cachet à chacun des deux principaux repas.
Enfants : demi-dose.

●

LABORATOIRES FLUXINE
VILLEFRANCHE - RHÔNE

PHENEGIC

PAQUETS - COMPRIMÉS

A base de PHÉNOTHIAZINE

actif contre :

OXYURES - ASCARIS

L'EQUILIBRE BIOLOGIQUE S. A.
(Association Technique Pharmaceutique et Equilibre Biologique réunis)
à COMMENTRY (Allier) R. C. Montluçon 10416 B

PERVOSINE

GOUTTES

A base de plantes indigènes fraîches

Médication générale contre :

TROUBLES de la CIRCULATION

FOIE ET REIN DEFICIENTS

CHOPHYTOL

AMPOULES INJECTABLES

DRAGÉES . GOUTTES "per os"

Laboratoires **ROSA** 11 Rue Roger Bacon – PARIS 17e

ÉCHOS & commentaires

A PROPOS DE LA PROCÉDURE DISCIPLINAIRE

Dans un récent article nous avons souhaité que fût publié, au plus tôt, un décret mettant au point la procédure à suivre devant les juridictions ordinales, et, en attendant la promulgation de ce texte, que le Conseil National voulût bien inciter les Conseils régionaux, pour instruire les litiges dont ils sont saisis, à s'inspirer des dispositions du décret du 10 juin 1944, aujourd'hui abrogé.

On nous a, depuis, fait savoir de source autorisée, que nos vœux avaient été exaucés avant même d'avoir été formulés. Un Règlement intérieur de l'Ordre, s'inspirant ,paraît-il, de l'essentiel des dispositions du décret du 10 juin 1944, aurait été élaboré depuis plusieurs mois par le Conseil National et envoyé aux Conseils régionaux. La substance de ce Règlement serait, par ailleurs, incorporée à un décret dont la publication serait aussi imminente que celle du Code de Déontologie, si impatiemment attendu.

Nous portons aussitôt ces informations à la connaissance de nos lecteurs. Ils seront, n'en doutons pas, satisfaits d'apprendre que la question de la procédure disciplinaire n'a pas échappé aux dirigeants de l'Ordre... Ils regretteront peut-être, tout comme nous, que ce Règlement intérieur n'ait été, jusqu'à présent, communiqué qu'aux seuls Conseils régionaux, sans que le Corps médical ait pu en avoir connaissance. Certes, il est excellent de faire connaître aux juridictions quelle marche elles doivent suivre pour l'instruction des litiges, mais il est essentiel de faire connaître d'abord aux justificiables la procédure qu'ils doivent employer devant ces juridictions, car, plus que le tribunal, c'est le justiciable lui-même qui a intérêt à connaître la procédure qu'il doit employer pour défendre ses droits.

Certains ont pu nous taxer de mauvaise information et même de légèreté pour avoir abordé ce problème ici, Nous reconnaissons de bon cœur le défaut d'information dont nous ne sommes pas seuls responsables. Quant à la légèreté... « felix culpa », si elle a permis à nos confrères d'obtenir des précisions et des garanties qui leur ont gravement fait défaut jusqu'ici.

CONTRE LA MULTIPLICITÉ DES TARIFS D'HONORAIRES MÉDICAUX.

C'est l'une des graves anomalies de la médecine sociale tuelle que l'existence d'écarts considérables dans la rémunération de l'acte médical, selon que le médecin réside dans tel ou tel secteur du territoire, et surtout selon que l'acte est effectué à l'hôpital ou au dispensaire d'une part, ou au domicile du malade ou du médecin d'autre part.

A la récente Assemblée générale du Syndicat des médecins de Seine-et-Oise, plusieurs confrères ont manifesté leur étonnement et ont demandé au Bureau de faire cesser ce scandale.

Notre confrère, le Dr Lebourg, avait de son côté, dès le 19 octobre dernier, accroché le grelot devant l'Assemblée géné-

Régulateur du travail du cœur

GUIPSINE

4 à 10 pilules par jour

Laboratoires du Dr M. LEPRINCE
62, Rue de la Tour, PARIS (XVIe)

GRIMAULT

DELBIASE

Stimulant biologique général
Dermatoses - Prophylaxie du Cancer

LABORATOIRES GRIMAULT
51, RUE FRANÇOIS-Ier - PARIS

SUPPOSITOIRES

RECTOQUINTYL

DEUX FORMES
ADULTES-ENFANTS

ASSOCIE LES INDICATIONS DE
L'ORTHOFORMIATE D'ETHYLE
AUX AVANTAGES DE LA VOIE RECTALE

COQUELUCHE - QUINTES NOCTURNES
TOUX POST OPÉRATOIRES
AFFECTIONS BRONCHO-PULMONAIRES

Echantillons et Littératures sur demande

LABORATOIRES **A. MARIANI**
10, Rue de Chartres, NEUILLY (Seine)
TÉL : MAILLOT 61-09

rale du Syndicat national des stomatologistes. Il fit voter à l'unanimité le vœu suivant :

Le Syndicat National des Médecins Stomatologistes qualifiés, réuni en Assemblée générale, le 19 octobre 1946, s'adresse à tous les organismes responsables des Ministères et des Administrations départementales et communales, ainsi qu'aux Caisses de Sécurité Sociale.

Il rappelle en premier lieu que dans un rapport sur la Stomatologie dans l'organisation médico-sociale de la France, il s'est déclaré prêt à collaborer à toutes les entreprises collectives de soins visant au redressement sanitaire de la Nation.

Or, pour lui, l'organisation de la médecine sur le plan social ne devrait pas apporter d'entrave au libre développement de la médecine privée, mais au contraire renforcer et compléter celle-ci.

C'est dans cet esprit de loyale collaboration aux œuvres médico-sociales que le Syndicat National des Médecins Stomatologistes qualifiés dénonce comme préjudiciable à l'intérêt des malades comme des médecins la diversité des tarifs qui sont appliqués aux bénéficiaires de la Sécurité Sociale, c'est-à-dire à l'immense majorité des Français. Le fait que le même acte médical puisse être honoré dix fois moins dans un hôpital de l'Assistance Publique, cinq fois moins dans un dispensaire communal, deux fois moins dans un cabinet de Caisse que chez le praticien de ville, aurait dans l'avenir, s'il devait durer, les conséquences les plus fâcheuses. Il risquerait notamment :

1° De constituer pour le praticien une concurrence impossible à soutenir, dont il souffrirait dans sa dignité morale et dans sa vie matérielle ;

2 De devenir une entrave au libre choix du malade qui serait entraîné contre son gré vers des organismes lui offrant des avantages matériels disproportionnés avec le service rendu ;

3° D'apporter une gêne même au développement normal des hôpitaux et des dispensaires auxquels sont imposés des conventions bien inférieures à celles des Syndicats médicaux, ce qui n'est pas sans répercussion sur les honoraires anormalement bas offerts aux médecins, et sur le renouvellement nécessaire des installations et du matériel.

Pour ces raisons, le Syndicat National des Médecins Stomatologistes qualifiés émet le vœu que les actes du médecin, comme ceux de n'importe quel travailleur, soient définis par une valeur minima qui puisse être valable aussi bien en ville qu'à l'hôpital ou dans n'importe quel dispensaire. Hors le cas, d'ailleurs fréquent, où le médecin offre ses services gratuitement, ses actes, comme ceux de n'importe quel travailleur, ne peuvent avoir une qualité suffisante au-dessous d'un certain niveau d'honoraires qu'il importe de définir. Ce principe nous paraît devoir être admis comme fondamental pour maintenir sa qualité à la médecine sociale.

Le Dr Cibrie, qui suivit une partie des débats de l'Assemblée générale, a déclaré s'associer entièrement au vœu du Dr Lebourg, et a révélé que l'action de la Confédération portait en ce moment tout particulièrement sur l'uniformisation de la rémunération de l'acte médical, quel que soit le lieu où cet acte est effectué. C'est en réalité tout le problème de la législation hospitalière et de la création de dispensaires qui est soulevé par le vœu du Dr Lebourg, dit le Dr Cibrie. Sur le législateur hospitalier l'action de la Confédération doit porter directement ; mais la création de dispensaires ne peut être freinée que par voie de conventions Syndicats-Caisses, dans le cadre de l'ordonnance du 19 octobre 1945 sur les Assurances sociales.

C'est cet aspect de la question que traite par ailleurs notre article sur les dispensaires.

MÉTHODE DE WHIPPLE
TECHNIQUE DE MINOT ET MURPHY
SYNDROMES ANÉMIQUES
INSUFFISANCES HÉPATIQUES

HÉPATHÉMO
DESCHIENS
EXTRAIT CONCENTRÉ DE
FOIE DE VEAU FRAIS
Hémoglobine, Vitamines Hépato-Sanguines
Ampoules buvables de 10 cc. et 3 cc. - Sirop
DESCHIENS, Docteur en Pharmacie, 9, Rue Paul-Baudry - PARIS (8e)


ACOLITOL
TOPIQUE INTESTINAL
COLITES, ENTÉROCOLITES, INTOXICATIONS, INFECTIONS
LANCOSME - 71, Av. Victor Emmanuel III, Paris (8e)

PROVACS
TRAITEMENT DES INFECTIONS FUSO-SPIRILLAIRES, SPIROCHETES ET BACTERIES ANAEROBIES DE LA FLORE BUCCO-DENTAIRE
Vaccinothérapie des infections aiguës
Désensibilisation immunisante des infections chroniques
ANGINE/, ANGINE DE VINCENT, /TOMATITE/, PHLEGMON/ DE/ MAXILLAIRE/, et ACCIDENT/ DE LA DENT DE /AGE//E
POSOLOGIE { cas aigus : doses fortes de 1 à 3 cc. par jour
cas chroniques : doses faibles espacées et croissantes
en injections sous-cutanées. Pas de contre indications.
LABORATOIRES DAUFRESNE 42, rue Thiers-LE HAVRE

LES BEAUTÉS DE LA TAXATION DES HONORAIRES.

Le récent « relèvement » du tarif de responsabilité des Caisses, pour avoir été trop bien étudié sans doute, aboutit paradoxalement à une diminution du remboursement dans certains cas.

En effet, à l'ancien tarif, la différence entre les prix de la visite et de la consultation était de 30 francs (130 — 100). Maintenant cette différence n'est plus que de 20 francs (140 — 120). Comme cette différence s'ajoute aux actes en PC quand ils sont pratiqués à domicile, malgré l'augmentation du PC. de 75 à 80, les actes à domicile en PC. 1 et en PC. 1,5 sont en diminution, puisque maintenant les remboursements respectifs tombent de 84 à 80 et de 114 à 112. Ce n'est d'ailleurs pas la seule considération qui fasse apparaître le trop faible écart qui existe momentanément entre les prix de la visite et de la consultation.

TOUJOURS LA QUESTION AUTOMOBILE

Dans sa récente conférence de Presse, donnant des aperçus sur la solidarité ministérielle, M. le Ministre de la Santé Publique nous a annoncé un contingent possible de 20.000, puis de 2.000, puis de 1.500 voitures militaires, mises à la disposition du Corps médical. Le chiffre importe peu même s'il se réduit encore. La qualité de la marchandise offerte nous intéresse plus ! Nous sommes dès maintenant prévenus que ces voitures, parquées depuis longtemps dans les parcs militaires, ont servi de réserve de pièces détachées. Cette offre n'est donc qu'une mauvaise plaisanterie de plus. Pendant ce temps là nous avons l'obligation matérielle et morale d'assurer notre service avec nos vieilles et infidèles servantes, que nous devons entretenir de façon fort coûteuse ou remplacer au prix du marché réel. De ces conditions, l'Administration, Fisc ou Sécurité sociale, ne veut pas entendre parler ; le prix de revient du kilomètre doit être établi sur les bases de la taxe d'objets qui pratiquement n'existent pas.

L'Etat Sécurité sociale ignore ce que fait l'Etat Production industrielle qui ignore..., etc. Tous ces Etats se moquent de nous.

EN BRETAGNE OCCUPÉE

Un de nos lecteurs nous communique le texte de la réponse faite par le médecin-général directeur du Service de Santé de la marine, à Lorient, au président du Syndicat des Médecins du Morbihan qui lui avait exprimé quelques réflexions justifiées des médecins civils :

« ... Pour ce qui est des ordonnances du service d'ophtalmo et d'O.R.L. de l'hôpital, ordonnances signées d'un médecin allemand, je vous fais savoir qu'actuellement ce service de spécialité fonctionne, par manque de spécialistes attitrés, grâce à un médecin allemand, sous le contrôle du médecin-chef de l'hôpital qui, bien qu'ayant les qualités requises, est obligé de se faire suppléer par ce médecin étranger.

« Les ordonnances sont faites selon un formulaire établi par le médecin-chef de l'hôpital et il est interdit au médecin-allemand de modifier ce formulaire sans en référer au médecin-chef. »

Providentielle, astucieuse précaution ! Nous savions déjà qu'à l'hôpital maritime de Lorient on avait perdu le sens des convenances ; nous apprenons aussi qu'on y a en outre perdu le sens du ridicule !



CORRESPONDANCE

QUESTIONS DIVERSES

5262. — Cotisations aux Assurances sociales pour les domestiques.

Veuillez m'excuser si je me permets de vous demander quelques éclaircissements au sujet de ce que je dois payer comme cotisation des A.S. et vieux travailleurs au sujet de ma bonne, âgée de plus de 18 ans, ayant plus d'un an de pratique.

J'ai bien lu dans le *Concours Médical* les textes des arrêtés du 31 mai 1946, du 11 juin 1946, du 25 juin 1946, mais je n'arrive pas à en extraire une opinion possible.

Dois-je payer sur 3.990 ou sur 1.750 fr. par mois?

Dr J.

Réponse :

Les cotisations des Assurances sociales pour les gens de maison sont calculées non sur la base d'un salaire réel versé, mais sur la base d'un salaire forfaitaire fixé par arrêté ministériel.

A compter du 1er juillet 1946, les salaires forfaitaires retenus pour le calcul des cotisations aux Assurances sociales pour les gens de maison, sont ceux fixés par l'arrêté du 31 mai 1946, qui a été reproduit dans le Concours Médical *du 6 juillet 1946, page 691.*

L'arrêté du 11 juin 1946 ne s'applique donc pas aux gens de maison, mais aux autres personnels.

En conclusion pour votre bonne, vous ne devez payer de cotisations aux Assurances sociales que sur le salaire forfaitaire fixé actuellement à 1.750 fr. par mois.

SECRET PROFESSIONNEL

3550. — Certificat de décès pour les pensionnés de guerre.

J'ai soigné un malade, qui était pensionné.

Etant décédé, la veuve m'a demandé un certificat pour la section départementale des Pensions. Je l'ai donc fait, en spécifiant que mon client était décédé à telle date et que sa mort était due à une cause naturelle. Or, l'Intendant des Pensions me demande de le compléter « par la maladie, cause du décès, renseignement indispensable pour l'appréciation des droits à pension de la veuve ».

Suis-je autorisé à livrer un diagnostic, sans violer le secret médical ?

Dr D.

Réponse

D'après la loi du 28 juillet 1921, les demandes de pension de taux normal et de taux exceptionnel formulées par les veuves ou orphelins des anciens militaires ou marins décédés dans leurs foyers, doivent être accompagnées d'un rapport médico-légal, établi par le médecin qui a soigné l'ancien militaire ou marin pendant sa dernière maladie, ou, à défaut de soins donnés pendant la dernière maladie, par le médecin qui a constaté le décès. Ce rapport doit faire ressortir d'une façon précise les relations de cause à effet entre le décès et la blessure reçue ou la maladie contractée en service.

Ainsi donc, c'est la loi elle-même qui, en cette matière très particulière, fait obligation au médecin traitant de passer outre au secret professionnel. Vous pouvez donc sans crainte de commettre un acte contraire à la loi, délivrer le certificat qui vous est demandé.

TUBERCULOSE
VITADONE
INJECTABLE
Vitamines A et D physiologiquement titrées
BOITES DE 6 AMPOULES DE 2 cc.
chaque ampoule contient:
20.000 unités int. de Vitamine A
20.000 unités int. de Vitamine D
2 injections intra musculaires par semaine
Littérature aux Etablissements BYLA
26, avenue de l'Observatoire, à PARIS (14e)

HYPERCHLORHYDRIE
DYSPEPSIES NERVEUSES
toutes gastralgies
KAOBROL
2 { Formules / Formes
SIMPLE ou BELLADONE
TABLETTES ou POUDRE
Laboratoires J. LAROZE - 54, rue de Paris - Charenton (Seine)

LIT MÉCANIQUE DUPONT
Cent ans de spécialisation dans le confort du malade
POUR SOULEVER ET SOIGNER LES MALADES
NOUVEAU MODÈLE PERFECTIONNÉ
RECOMMANDÉ PAR LE CORPS MÉDICAL
10, Rue Hautefeuille
PARIS (VIe Arr.)
Téléphone : Danton 05-61 et 62
Succ. à Lyon, 6, Place Bellecour
VENTE ET LOCATION

HÉPATISME
ARTHRITISME
Cure de décholestérinisation
DECHOLESTROL
1 PAQUET douze jours par mois
matin et soir avant les repas
dans un demi verre d'eau

ORDRE DES MÉDECINS

5407. — Condamnation pénale et sanctions disciplinaires.

Un médecin est en instance de divorce. Ayant giflé sa femme, il doit passer en correctionnelle. En admettant qu'il soit condamné pour ce fait, cette condamnation, même maxima, peut elle retentir sur sa vie professionnelle par ailleurs irréprochable. En fait, l'avocat adverse prétend qu'il pourrait encourir de la part du Conseil de l'Ordre, une interdiction d'exercer? Dr G.

Réponse :

Aux termes de l'article 17 de l'Ordonnance du 24 septembre 1945, lorsqu'un médecin a été condamné par une juridiction pénale pour toute autre faute qu'un crime ou délit politique, le Conseil Régional peut prononcer s'il y a lieu à son égard, une des sanctions prévues à l'article 36 de l'Ordonnance. En vue d'assurer l'application des dispositions ci-dessus, l'autorité judiciaire avise obligatoirement et sans délai, le Conseil National de l'Ordre intéressé de toute condamnation devenue définitive d'un médecin, y compris les condamnations prononcées à l'étranger.

En ce qui concerne la situation que vous nous exposez, dans le cas d'une condamnation par le tribunal correctionnel, cette condamnation devra obligatoirement être portée à la connaissance du Conseil National par l'autorité judiciaire, en application de l'article 17, et il appartiendra ensuite au Conseil Régional d'estimer si elle peut donner lieu à des poursuites disciplinaires. Cela est peu probable, car il s'agit en l'espèce d'un délit qui ne semble pas de nature à entacher l'honneur et la moralité professionnelle de son auteur.

DEMANDES & OFFRES

N° 722 — Confr. recherche, rég. Provence, occupat., comme méd. d'usine, méd. scolaire, ou dispensaire.

N° 723. — Dame 53 ans, bonne présentat. dem. empl. chez doct., pour recev. client., même apr.-midi seulem. Mme de Villeblanche, 51, rue de Douai, Paris (9e).

N° 724. — Très urg. jne médec. A.E.H.P. habitué client. père de 4 enf. recherche, dès mainten., pour l'apr.-midi occupat. médic. stable, remplacem. assist. ou associat. Excell. référ. Télé. Gob. 76-28.

N° 725. — Médec. 60 ans, dispos. capit. import. cherche aff. méd. ou paramed. honorable, achat, créat. collabor., particip. commandite.

N° 726. — Près Paris à vendre import. clin. médic. Lahumière, 5, bd Malesherbes, Paris.

N° 727. — Appar. Radio neuf portat. Siemens, dern. mod., compl. avec transform. et écran 35×35

N° 728. — Médec. 35 ans, très actif cherche gros poste avec gr. maison, dans ville 100-150 km. Paris ou banl. imméd.

N° 729. — Dans bel immeuble, entièrem. libre, 19 p., plein centre banl. imméd. face gare et bus, désire inst. clin. chirurg. ou accouchem. ou mixte, demande entr. relatif. avec chirurg. ou sage-femme, ou assoc. ayant capitaux. Urg. téléph. pour. r. v.

N° 730. — Dem. à achet. l'Ionisation de Duhem et Dubost ou à défaut, tout autre ouvr. trait. même sujet.

N° 731. — Je cherche à acheter un rectoscope Friedel ou Bensaude.

N° 732. — Echangerai poste médic. à 40 km de Paris, seul médec. contre poste ville ou centre import. Eure, Calvados ou Seine-Inf. Ecr. journ. qui transm.

N° 733. — A vendre arsenal d'instrum. de chirurg.

N° 734. — A céder client. médec. génér., campagne riche 100 km. Paris. Propharm. Gros chiffre. Tenue 12 ans.

Gérant : MIGNON Lang, Blanchong et Cie, 30, rue du Poteau - Paris (18e). — 31.1040
Février 1879 Dépôt légal : N° 8 4e trimestre 46

GASTRHÉMA
Anémies — Anorexie
Hémogénie — Hypopepsie
GASTRHÉMA
Asthénie — 1 à 3 ampoules buvables par jour
Méthode de Castle — 17, Av. de Villiers, Paris-17e
GASTRHÉMA

RHUMATISMES
MAGSALYL
Association Soufre Salicylate
Solution de goût agréable
Comprimés glutinés
Laboratoires du MAGSALYL
8, rue Jeanne Hachette, IVRY (Seine)
TÉL. : ITA 16-91

CINQUÉSINE HOUDÉ
HYPERTENSION
Association synergique vaso-dilatatrice et sympathicolytique D'YOHIMBINE, ET D'HYDROCINCHONIDINE
ACTION RAPIDE : sur les syndromes subjectifs
ACTION LENTE ET DURABLE sur la pression artérielle
Laboratoires HOUDÉ, 9, rue Dieu, PARIS

OPOFERRINE

VITAMINÉE

STIMULE L'HÉMATOPOIESE

GRANULE

LABORATOIRES DE L'OPOCALCIUM
96, rue Orfila, PARIS (20e)

AFFECTIONS HÉPATO-BILIAIRES

SULFARLEM

TRITHIO-PARAMÉTHOXY-PHÉNYLPROPÈNE
40 % DE SOUFRE ORGANIQUE

Cholérétique et cholagogue de synthèse

★

DÉSINTOXICANT
DÉSENSIBILISANT

3 GRANULES PAR JOUR AVANT LES REPAS

★

LATÉMA
LABORATOIRES DE THÉRAPEUTIQUE MODERNE
57, RUE DE LISBONNE, PARIS-VIIIe

PULMONE

ELIXIR - CACHETS - AMPOULES
VOIES RESPIRATOIRES

GOUTTES IONISÉES

ALCALOSE

CARBONEX

ESTOMAC-FOIE-INTESTIN

LABORATOIRES BIOS
10, RUE VINEUSE PARIS
TRO. 57-44

CACODYLINE

JAMMES

A : 10 cgs.
B : 20 cgs. D : 50 cgs.
C : 30 cgs. E : 1 gr.

ET

MAGNÉSIO-CACODYLINE

IODINJECTOL

3 FORMES { SIMPLE, SALICYLÉ, GOUTTES

Une injection intramusculaire ou intraveineuse par jour. 60 à 100 gouttes par jour.

Laboratoires JAMMES
86, Rue Michel-Ange, 86
PARIS (16e)

BILAXYL

Le laxatif des hépatiques

1 A 2 COMPRIMÉS LE SOIR

LABORATOIRES ROLAND MARIE
191, RUE DU Fg St-ANTOINE, PARIS

Oui, les sulfamides font des prodiges...
Oui, la penicilline fait des miracles...

... cependant le vieux

NÉOL

a conservé ses modestes mais classiques propriétés

en **gargarismes** dans les angines
en **lavages** dans les affections et les ulcérations bucco-pharyngées

LABORATOIRES BOTTU
115, Rue Notre-Dame-des-Champs, PARIS VIe

TRINITRINE

ET ASSOCIATIONS

(DRAGÉES A NOYAU MOU)

TRINITRINE SIMPLE

TRINITRINE CAFÉINÉE DUBOIS

TRINITRINE PAPAVÉRINE LALEUF

TRINITRAL LALEUF

TRINIBAÏNE LALEUF

ANGINE DE POITRINE

CRISES VASCULAIRES SPASMODIQUES

LABORATOIRES LALEUF
Georges **DUGUÉ**, Docteur en Pharmacie
51, R. NICOLO, PARIS-16^e^
Téléphone : TROcadéro 62-24



CHLORO-CALCION

68e ANNÉE — Nº 47 — 23 NOVEMBRE 1946

LE

CONCOURS MÉDICAL

37, RUE DE BELLEFOND - PARIS (9e) - TRU 33-66

374-381

SOMMAIRE

PARTIE SCIENTIFIQUE.

Qu'appelle-t-on rhumatisme articulaire aigu ? (Dr Georges Boudin) 1.387

Acétonémie infantile et lambliase (Dr Placide Cornu) 1.389

Nouvelles d'Amérique 1.390

Les Thèses, 1.390. — Les Livres, 1.391. — Les Sociétés Savantes, 1.392. — La Presse, 1.398.

PARTIE PROFESSIONNELLE.

Propos du Jour. — Conférence de Presse au Conseil National de l'Ordre (Dr G. Lavalée) 1.401

Droit Professionnel. — Le contentieux et la procédure de la Sécurité sociale (Henri Meillet) 1.403

Médecine et Monde Moderne. — La médecine du travail et la loi du 11 octobre 1946 (Dr André Gros) 1.405

Pages sans Médecine. — Chronique de l'automobile (Henri Tinard) 1.409

DEMI-COLONNES.

Dernières Nouvelles, 1.377. — A travers l'Officiel, 1.381. — Echos et Commentaires, 1.413. — Correspondance, 1.417.

VÉRITABLE HUILE DE
HAARLEM
G. de KONING TILLY
GOUTTES — CAPSULES
Laboratoires THOMAS, 2, rue Ste-Cécile, PARIS 9e

TRÈS PUISSANT RECONSTITUANT
HISTOGÉNOL
Élixir - Granulé
Comprimés - Ampoules.
Éts MOUNEYRAT
VILLENEUVE-LA-GARENNE (Seine)

Toux Coqueluche
ÆTHONE
Laboratoire de l'ÆTHONE 35, rue Boissonnade, PARIS XIVe

Traitement Spécifique de l'Acné
SACNEL
Laboratoires DUMESNIL, 10, Rue du Plâtre, Paris 4e

Infangyl
Carlier
TOUX INFANTILES

PEPTALMINE
MAGNÉSIÉE
Dragées - Granulés
Antianaphylactique
Cholagogue
SCIENTIA — 21, rue Chaptal — Paris-IXe

ARHEMAPECTINE

GALLIER

Prévient et arrête les HEMORRAGIES de toute nature

Laboratoire R. GALLIER, 1 *bis*, Place du Président-Mithouard, PARIS (7e)

ROUGEOLE - BRONCHITES - BRONCHO-PNEUMONIE

DIÉNOL

TOUS ÉTATS FÉBRILES ou TONI-INFECTIEUX

VOIE RECTALE 2 à 3 tubes doses par 24 h.

VOIE HYPOD. 2 amp. de 10 cc. par 24 h.

DÉPRESSIONS NERVEUSES

PHOSPHONEUROL

SURMENAGE surtout avec INSOMNIE

30 à 40 gouttes au repos de midi.

DIGESTIONS INCOMPLÈTES

Dragées "ELKIN"

DOULEURS POST-PRANDIALES

2 dragées après les repos.

TOUX SPASMODIQUES

SODERSEINE

COQUELUCHE

3 à 6 cuillerées à soupe par jour.

LABORATOIRES DEPRUNEAUX

23, Rue du Parc. FONTENAY-sous-BOIS (Seine) (près PARIS)

HENRI PERRIER PARIS

Sulfamidothérapie spécifique

des **INFECTIONS INTESTINALES**

GANIDAN

Sulfaguanidine 2275. R.P.

(para-aminobenzène sulfonylguanidine)

TUBE DE 20 COMPRIMÉS À 0g50

8 à 12 comprimés par jour en 2 prises

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE

marques Perlins frères et Usines du Rhône

21, RUE JEAN GOUJON - PARIS-8e

Specia

TÉLÉPHONE BALZAC 22-94

SARCOPTOL

LOTION (Formule d'avant-guerre) GALE - PARASITOSES DIVERSES PITYRIASIS - SÉBORRHÉES, etc.

POMMADE ECZÉMAS - PRURITS - ACNÉS - FURONCULOSES DÉMANGEAISONS - TOUTES DERMATOSES

LASSA - 31, RUE CHARDON-LAGACHE - PARIS 16e

LABORATOIRES DE SPÉCIALITÉS S.A. LASSA

DERNIÈRES NOUVELLES

Faculté de Médecine de Paris.

Leçons inaugurales. — M. le Pr Giroud a fait la *leçon inaugurale* de son cours d'embryologie, le jeudi 14 novembre 1946, à 18 heures, au grand amphithéâtre de la Faculté de Médecine.

— M. le Pr Etienne Bernard, professeur de clinique de la tuberculose, a fait la *leçon inaugurale* de son cours, le jeudi 21 novembre 1946, à 18 h., au grand amphithéâtre de la Faculté de Médecine.

— M. le Pr Verne fera la *leçon inaugurale de* son cours de biologie médicale, le lundi 2 décembre 1946, à 18 heures, au grand amphithéâtre de la Faculté de Médecine.

— M. le Pr Moreau fera la *leçon inaugurale de* son cours de pathologie médicale, le mardi 10 décembre 1946, à 18 heures, au grand amphithéâtre de la Faculté de Médecine.

— M. le Pr Dechaume fera la *leçon inaugurale* de son cours de stomatologie, le mardi 14 janvier 1947, à 18 heures, au grand amphithéâtre de la Faculté de Médecine.

Chaire de Clinique Médicale, Hôpital Broussais. Pr Pasteur Vallery-Radot.

Le jeudi 28 novembre, à 10 h. 30, à l'amphithéâtre de la Clinique, le Pr Carlos Chagas Filho, fera une conférence sur « L'application des radio-isotopes à la médecine ».

Hôpitaux de Paris.

Médecin des hôpitaux. — Concours normal de 1946. Sont déclarés admissibles définitifs, par ordre de merite : MM. Paulong, Catinat, Mallet, Lesobre, Tardieu, Claisse, Mozziconacci, Dupuy, Tanret.

Assistant d'électro-radiologie des hôpitaux. — Concours spécial. Sont nommés : MM. Bernard, Fischgold, May, Djian, Strouzer, Dramez.

Attaché d'électro-radiologie des hôpitaux. — Concours de 1946. Jury définitif : MM. Foubert, Guénaux, Beau, Devois, Desgrez, Stuhl.

Faculté de Médecine de Nancy. — Par arrêté en date du 22 octobre 1946, M. Lamy, professeur sans chaire, est nommé, à compter du 1er juillet 1946, professeur titulaire de la chaire de physique médicale créée à cette Faculté.

— Par arrêté en date du 12 septembre 1946, M. Remy, assistant, est admis à faire valoir ses droits à la retraite.

Ecole de Médecine de Nantes. — Par arrêté en date du 12 septembre 1946, M. Castagnary est admis à faire valoir ses droits à la retraite.

Ecole de Médecine de Poitiers. — Par arrêté en date du 11 octobre 1946, M. Roblin, professeur, ets admis, à compter du 1er novembre 1946, sur sa demande, à faire valoir ses droits à une pension de retraite.

Lille, Hôpitaux du Nord — Un concours sur-épreuves pour le recrutement de médecins, chirur

Le Concours Médical
Hebdomadaire fondé en 1879 par A. Cézilly.
Directeur honoraire : Docteur J. Noir.
Directeur : Dr G. Lavalée.
Rédacteur en Chef : Dr G. Fischer.
Rédaction, Administration et Publicité, 37, rue de Bellefond, Paris (9e).
Téléphone : TRU 33-66. R. C. Seine 76.579.
Chèques postaux, Paris 167-95.
Abonnements
1 an, 400 francs - Etudiants, 200 fr. Le No 15 fr. Changement d'adresse, 10 francs.



GLUCALCIUM

GLUCONATE DE CALCIUM

Ampoules injectables, buvables. Granulé vitaminé

LABORATOIRES CLÉVENOT

3, RUE LAMBLARDIE - PARIS — TÉL. : DORIAN 56-38



OXYURYL

VIOLET DE GENTIANE

Laboratoires A. MARIANI, 10, rue de Chatillon, NEUILLY - PARIS

giens et spécialistes des Hôpitaux de deuxième catégorie de la circonscription sanitaire du Nord (Nord, Pas-de-Calais, Aisne, Somme) aura lieu, à Lille, du 2 au 7 décembre 1946.

D'autre part, un concours sur titres aura lieu également à Lille, le mardi 17 décembre 1946, pour le recrutement de médecins, chirurgiens des Hôpitaux de troisième catégorie.

Pour tous renseignements complémentaires, s'adresser à M. l'inspecteur divisionnaire de la Santé, 26, rue d'Inkermann, à Lille.

La célébration du cinquantenaire de la mort de Pasteur.

Les cérémonies du cinquantenaire ont lieu à Paris, du 18 au 25 novembre 1946. Elles se déroulent sous la forme d'un *Congrès des sciences pastoriennes.*

En voici le programme :

Lundi 18 *novembre.* — 10 heures : Réception des congressistes à l'Institut Pasteur. Visite de l'Institut Pasteur. — 15 heures : Visite à l'Ecole normale supérieure. — 17 h. 30 : Réception dans les salons du Rectorat.

Mardi 19 *novembre.* — 9 h. 30 : Au Collège de France : 1° Les maladies infectieuses, par le Pr Castex (Argentine) ; 2° L'effet Pasteur et les phénomènes biochimiques, par le Pr Engelhardt (U.R.S.S.) ; 3° Les toxines, par le Pr B. C. J. G. Knight (Grande-Bretagne). — 15 heures : Conférence au Collège de France, par le Pr Judine (U.R.S.S.) : Antisepsie et asepsie.

Mercredi 20 *novembre.* — 9 h. 30 : Au Collège de France : 1° Les maladies vétérinaires, par le Pr Galloway (Grande-Bretagne) ; 2° Les levures, par le Pr Winge (Danemark) ; 3° Les microbes du sol, par le Pr Thornton (Grande-Bretagne). — 15 heures : Conférence au Collège de France, par le Pr Kluyver (Hollande) : Les fermentations. — 17 h. 30 : Inauguration de l'exposition sur l'œuvre de Pasteur au Palais de la Découverte. — 21 heures : *Séance solennelle au Grand Amphithéâtre de la Sorbonne.* Allocutions des Ministres de l'Education nationale, de la Santé publique, de M. le Recteur, de M. le Pr Pasteur Vallery-Radot. Programme artistique avec la participation des chœurs de l'Opéra et de la musique de la Garde républicaine.

Jeudi 21 *novembre.* — 9 h. 30 : Au Collège de France : 1° Les maladies tropicales, par le Pr Da Fonseca (Brésil) ; 2° Bière et boissons fermentées, par le Pr Van Laer (Belgique) ; 3° Les bactéries, par Miss Stephenson (Grande-Bretagne). — 15 h. : *Réception à l'Académie de Médecine,* 16, rue Bonaparte, Paris (6e). — 17 h. 30 : Conférence au Collège de France, par le Pr Heidelberger (Etats-Unis) : Immunité. — 20 heures : Banquet réunissant tous les congressistes.

Vendredi 22 *novembre.* — 9 h. 30 : Au Collège de France : 1° Les maladies des insectes, par le Pr Malenotti (Italie) ; 2° Virus et bactériophages, par le Pr Stanley (Etats-Unis) ; 3° Les substances antibiotiques, par le Pr Chain (Grande-Bretagne). — 15 heures : Conférence au Collège de France, par le Pr Bernal (Grande-Bretagne) : Dissymétrie moléculaire. — 21 heures : *Séance publique au Palais Chaillot,* sous la présidence de M. le Pr Joliot-Curie. Allocution du Pr G. Teissier, directeur du Centre national de la Recherche scientifique, et du Pr J. Tréfouël, directeur de l'Institut Pasteur, président de l'U.N.I. Présentation d'un film inédit sur l'œuvre de Pasteur, réalisé sous la direction de M. Jean Painlevé.

Samedi 23 *et dimanche* 24 *novembre.* — Pèlerinage au pays de Pasteur (Dôle et Arvois).

Lundi 25 *novembre.* — 14 h. 30 : Visite des Laboratoires de l'Institut Pasteur, à Garches. — 17 h. 30 : *Réception des Congressistes par le Conseil municipal de Paris.*

A l'occasion du Congrès aura lieu au Palais de la Découverte, avenue du Président-Roosevelt, une Exposition sur l'Œuvre de Pasteur. Pour tous renseignements, s'adresser à l'Union Nationale





des Intellectuels, 2, rue de Sèze, Paris (9e). Tél. : Opé. 74-40 et 74-41 (Chèque postal : Paris 275-92).

Journée médico-chirurgicale à Dreux.

Paris, le 9 novembre 1946.

L'enseignement des hôpitaux libres, organise le dimanche 24 novembre à Dreux, une journée médico-chirurgicale où seront exposés et discutés les problèmes de la thérapeutique de l'urgence : transfusion, réanimation, pénicillothérapie. Les Confrères qui désireraient participer à cette journée sont priés de s'inscrire à : L'Enseignement des Hôpitaux libres, 1, place d'Iéna, Paris.

Cent Cinquantenaire de la Société de Médecine de Paris.

La Société de Médecine de Paris organise le *samedi 30 Novembre à 16 h. 30, 60 Boulevard Latour-Maubourg (grand Amphithéâtre)*, une séance solennelle pour célébrer le Cent Cinquantenaire de sa fondation, sous la présidence d'honneur de M. Rouvillois, Président de l'Académie de Médecine, et sous la présidence effective de M. Lesne, Membre de l'Académie de Médecine, Président de la Société. Toutes les grandes Compagnies et Sociétés Savantes seront représentées. Tous les confrères sont cordialement invités.

Le Conseil départemental de la Seine de l'Ordre des Médecins a élu comme Secrétaire général en remplacement du Dr B. LAFAY démissionnaire de ce post, le Dr Jean-Robert DEBRAY. Ont été élus secrétaires généraux adjoints, le Dr R. BROCARD et le Dr P. BOUTEAU. Le Pr LE LORIER a été chargé de la direction de la 4e Section (Finance et Entraide) en remplacement du Dr HUET, démissionnaire de ce poste.

Le Conseil départemental informe les médecins de la Seine que ses services seront transférés au 14, *rue Euler, Paris* (8e) (métro : Gorge V ou Etoile), à partir du 2 décembre 1946.

(Communiqué du 8 novembre 1946).

Inspection de la Santé.

Un concours est ouvert le 3 décembre 1946 au Ministère de la Santé publique à Paris et éventuellement dans un centre qui sera désigné ultérieurement pour le recrutement de médecins inspecteurs stagiaires de la Santé.

Le nombre des places mises au concours est de trente. Peuvent être admis à concourir les candidats de l'un et l'autre sexe âgés de moins de 35 ans au 31 décembre 1946, possédant la qualité de Français et titulaire du diplôme d'Etat de docteur en médecine et d'un des diplômes universitaires d'hygiène institués dans les conditions prévues par le décret du 21 juillet 1897, sauf cas de dispenses exceptionnelles. Les candidats visés par l'ordonnance du 15 juin 1946 relative aux fonctionnaires ou candidats à la fonction publique, prisonniers, déportés, mobilisés bénéficieront d'avantages spéciaux, ainsi que les médecins intérimaires déjà en exercice.

Pour tous renseignements complémentaires, s'adresser au Ministère de la Santé publique (Direction du Personnel, 2e bureau, 7, rue de Tilsitt, Paris-17e) où les demandes doivent être adressées avant le 20 novembre 1946.

Comité intersyndical des Médecins de la région parisienne.

Le Comité de coordination des Conseils départementaux de l'Ordre et le Comité intersyndical des Médecins de la région parisienne, sous la présidence du Dr Rouzaud, se sont réunis le dimanche 20 octobre 1946 à leur siège social, 28, rue Serpente à Paris.

La question de réajustement des honoraires, réajustement nécessité par la hausse croissante du coût de la vie et des frais professionnels, a été examinée sous tous ses aspects. Les représentants de chacun des cinq syndicats de la région parisienne ont exposé la situation existant dans leurs départements respectifs et indiqué la solu-

THIONAIODINE Logeais
INJECTABLE A & B

La maladie rhumatismale chronique et ses syndromes douloureux
COMPRIMÉS
Complexe IODE - SOUFRE - MAGNÉSIUM associé aux sels de Lithine et à la VITAMINE B1
Toutes algies rhumatismales
Rhumatisme chronique
Troubles de la nutrition sulfurée
Bronchites chroniques
LABORATOIRES JACQUES LOGEAIS - ISSY-LES-MOULINEAUX - PARIS

tion qu'ils avaient déjà donnée ou qu'ils se proposaient de donner à ce problème particulièrement urgent.

Les rapports avec les Caisses de Sécurité sociales ont été également longuement évoqués, tant au point de vue de l'assurance maladie-maternité et des modifications à apporter à l'ordonnance du 19 octobre 1945 qu'au point de vue de l'assurance vieillesse généralisée, récemment votée par l'Assemblée nationale constituante.

Les délégués des Consiels départementaux de l'Ordre comme ceux des Syndicats médicaux ont traduit la vive émotion soulevée dans le Corps médical par l'application au 1er janvier prochain de l'assurance vieillesse aux médecins et à leurs conjoints. Ils ont été unanimes à regretter le vote de cette nouvelle loi qui va imposer à la plupart des médecins, une contribution annuelle de plus de 20.000 francs sans que ceux-ci aient un jour l'espoir de devenir bénéficiaires de la retraite. Ils demanderont à leurs organismes respectifs, d'insister auprès de nos groupements nationaux, Ordre et Confédération, pour que devant le prochain Parlement, le projet de Caisse autonome de retraite du Corps médical rejeté par le Gouvernement actuel, soit repris par un ou plusieurs députés et qu'une action très énergique soit menée pour en obtenir le vote avant que les médecins aient été mis en demeure de verser leurs premières cotisations.

De nombreuses autres questions : travaux de la Commission nationale d'homologation des tarifs, décisions du Conseil d'administration de la Confédération des Syndicats médicaux au sujet de la signature de la Convention Syndicats-Caisses, représentation des Syndicats médicaux auprès des divers organismes de Sécurité sociale, régime des cliniques ouvertes des hôpitaux publics, affaire des dispensaires d'Argenteuil et du Kremlin-Bicêtre, honoraires d'A.M.G., nouvelle loi sur les accidents du travail, répartition des voitures et des pneumatiques, etc., ont été discutées au cours de la séance du 20 octobre 1946 qui a été une des plus chargées depuis la création du Comité de coordination et du Comité intersyndical.

(Communiqué.)

Naissances.

Nous avons le plaisir d'annoncer la naissance de : *Bernadette Déjardin*, troisième fille du docteur Déjardin, Pont-à-Mousson (M.-et-M.) ; *Carole Zakrojesyk*, deuxième enfant du docteur Ch. Zabrojezyk, Mareuil (Somme) ; *Bernard Auvinet*, deuxième fils du docteur L.-R. Auvinet, Mouilleron-en-Fareds (Vendée) ; *Pierre-Marie Bodiguel*, troisième enfant du docteur Bodriguel, Belvès (Dordogne) ; *Maud Combeau*, cinquième enfant du docteur Combeau, Saint-Mars-la-Jaille (Loire-Inférieure) ; *Nicole Fleurant*, troisième enfant du docteur Fleurant, Langoiran (Gironde) ; *Bernard Gorse*, fils du docteur Gorse, 21, rue d'Edimbourg, Paris (8e).

Nous apprenons la naissance, le 7 novembre dernier, d'*Henri Jodin*, fils de notre ami, le *Dr Raymond Jodin*, Secrétaire général du *Sou Médical*, membre du Conseil de Direction du *Concours Médical*, et petit-fils du *Dr Henri Jodin*, ancien assistant à la Faculté des Sciences. Nos bien vives félicitations.

Fiançailles

Le Dr et Mme Boudot font part des fiançailles de *Mlle Geneviève Boudot*, leur fille et notre collaboratrice, avec *M. Jean Praslon*, engagé volontaire au 2e Bataillon de choc et Croix de Guerre 44-45. Nos plus vives félicitations et sincères vœux de bonheur.

Mariages.

Le *docteur André Moura* fait part de son mariage avec Mlle Yvonne Darracq, Bordeaux ; le *docteur Henri Ruel* annonce son mariage avec Mlle Mireille Thouvenin, Paris, 69, rue de Rome.

Nécrologie.

On nous fait part de la mort du *docteur Gabriel Sénellart*, Hazebrouck (Nord) ; du *docteur Estrabaud*, déporté politique, disparu en Allemagne, Ecommoy (Sarthe) ; du *docteur André Marsat*, beau-père du docteur Loubet, Villebois-Lavalette (Charente) ; du *docteur Dieudonné*, médecin chef du sanatorium Beaulieu, Cambo (Basses-Pyrénées).

MIGRAINES — GRIPPES
DOULEURS CATAMÉNIALES
ALGIES

ALGOCRATINE
Un cachet dès la première sensation de douleur
LANCOSME, 71, Avenue Victor-Emmanuel III — PARIS


KAOSYL
DESLEAUX
PANSEMENT GASTRO-INTESTINAL
LANCOSME 71, Av. Victor Emmanuel III, Paris

2 comprimés à chacun des 3 repas
Bromésérine
G. BLAQUE
neuro-sédatif général
LABORATOIRES BLAQUE, 59, RUE BOISSIÈRE. PARIS. KLE. 88-70

A L'OFFICIEL TRAVERS

EDUCATION NATIONALE.

Décret du 6 novembre 1946 fixant la composition du Comité Consultatif de l'Hygiène Scolaire et Universitaire. (*J. O.*, 8 novembre 1946.

EXERCICE DE LA MEDECINE.

Arrêté ministériel du 21 octobre 1946 accordant ou refusant le droit d'exercer à des médecins étrangers.

Article premier. — Les autorisations provisoires d'exercer la médecine accordées aux praticiens étrangers dont les noms suivent, titulaires du diplôme d'Etat français de docteur en médecine, sont renouvelées à compter de leur expiration, pour une durée de six mois renouvelable :

Docteur Rahmani du Ramani (Marcel), né le 7 septembre 1915 au Caire, demeurant 16, avenue de Saint-Germain, à Poissy (Seine-et-Oise).

Mlle le docteur Van Groendael (Marie-Thérèse), née le 18 juillet 1912 à Zvolle (Pays-Bas), demeurant à Avrillé (Maine-et-Loire)

.. ..

une collectivité publique et recevant à ce titre un traitement régulier ne peuvent prétendre aux indemnités de vacation prévues au paragraphe ci-dessus.

Art. 2. — Lorsqu'un médecin est appelé à se déplacer hors de la localité où il réside habituellement, ses frais de transport seront remboursés en prenant pour base le chiffre de l'indemnité kilométrique prévu par la réglementation en vigueur en faveur des fonctionnaires et agents de l'Etat utilisant pour les besoins du service une voiture automobile personnelle.

(*J. O.*, 7 novembre 1946.

PROCEDURE

Décret du 6 novembre 1946 fixant la date à laquelle cessera de s'appliquer le décret du 1er septembre 1939 sur les délais de procédure.

Article premier — Les dispositions du décret-loi du 1er septembre 1939 relatif aux actions en justice et aux prescriptions et délais de procédure intéressant les mobilisés cesseront d'être en vigueur le 1er janvier 1947. Elles continueront toutefois à s'appliquer aux militaires appartenant aux formations de l'armée qui opèrent sur le territoire de l'Indochine.

(*J. O.*, 10 novembre 1946.)

Loi du 26 octobre 1946 prorogeant les délai de procédure devant le Conseil d'Etat, la Cour de Cassation et le Tribunal des Conflits.

Article premier. — Sont à nouveau prorogés jusqu'au 31 décembre 1946 les délais prescrits, à peine de déchéance ou de nullité, par les dispositions législatives ou réglementaires fixant la procédure devant le Conseil d'Etat, la Cour de Cassation et le Tribunal des Conflits qui avaient déjà été prorogés jusqu'à la date légale de cessation des hostilités par la loi validée du 19 avril 1941.

Art. 2. — Les mêmes délais qui sont venus ou viendront à expiration entre le 1er juin 1946 et le 31 décembre 1946 sont également prorogés jusqu'à cette dernière date.

(*J. O.*, 27 octobre 1946.)

SECURITE SOCIALE.

Circulaire n° 217 S. S. du 28 octobre 1946 concernant des tarifs médicaux prévus dans des avenants à des conventions et approuvés par la commission nationale des tarifs.

Le ministre du Travail et de la Sécurité Sociale à MM. les directeurs régionaux de la Sécurité Sociale.

J'ai l'honneur de vous faire connaître que la commission nationale des tarifs prévue à l'article 10 de l'ordonnance du 19 octobre 1945 vient, au cours de sa séance du 25 octobre 1946, d'approuver les tarifs inclus dans des avenants à un certain nombre de conventions intervenues entre des caisses régionales de sécurité sociale et des syndicats départementaux de médecins. Ces tarifs figurent au tableau I ci-annexé.

Par ailleurs, la commission nationale a décidé d'approuver les tarifs inclus dans un certain nombre de conventions intervenues entre des caisses régionales de sécurité sociale et des syndicats départementaux de sages-femmes Ces tarifs figurent au tableau II-A ci-annexé.

Enfin, ladite commission a relevé les tarifs qu'elle avait fixés par voie d'autorité au cours de sa séance du 5 juillet dernier, en ce qui concerne les départements où aucune convention n'est intervenue entre la caisse régionale de sécurité sociale et le syndicat des sages-femmes. Les tarifs tels qu'ils ont été relevés figurent au tableau II B, ci-annexé.

TUBERCULOSES ET TOUTES DÉFICIENCES

OKAMINE

du Docteur DANI-HERVOUET

SIMPLE — CYSTÉINÉE — DRAGÉES

Laboratoire d'Oxyaminothérapie, 13, Rue Pavée, PARIS-4e

ADRÉNOÏDES BÉRAL

Comprimés au 1/4 milligr. d'Adrénaline contre

l' HYPOTENSION

Un adrénoïde toutes les 3-4 heures à laisser fondre sous la langue

36, Avenue Hoche 8e

Révulsif Fouchère



DEUX FORMES :

EMULSION : Adultes

POMMADE : Bébés, Enfants et Adultes à épiderme sensible

LABORATOIRES FOUCHÈRE

RIVE-DE-GIER (Loire)

TABLEAU I

Tarifs médicaux prévus dans des avenants à des conventions et approuvés par la commission nationale des tarifs au cours de sa réunion du 25 octobre 1946

	C	V	VD	VN	PC	K	IK	FORFAITS d'accouchement Simple	FORFAITS d'accouchement Gémell.	DATE D'EFFET
	francs	francs	francs	francs	francs	francs	francs	francs	francs	
Charente-Maritime.....										
Dans agglomération....	100. »	130. »	200. »	300. »	80. »	80. »	»	2.500. »	3.750 »	10 nov. 1946
Hors agglomération	»	100. »	»	»	»	»	»	»	»	
Seine-et-Marne	110. »	140. »	200. »	300. »	90. »	90. »	12. »	3.000. »	4.000. »	10 nov. 1946
Corrèze	»	»	»	»	»	»	12. »	»	»	10 nov. 1946

TABLEAU II

Tarifs de sages-femmes

A. — *Tarifs inclus dans des conventions et approuvés par la commission nationale des tarifs*

	Forfaits d'accouchement Simple	Forfaits d'accouchement Gémellaire	SF	IK	Date d'effet
	francs	francs	francs	francs	
Vendée.....	2.000. »	2.300. »	40. »	10. »	10 nov. 1946
Meurthe-et-Moselle	2.300.. »	3.000. »	40. »	10. »	10 nov. 1946
Morbihan.....	1.800. »	2.400. »	35. »	8. »	10 nov. 1946

B. — *Tarifs fixés d'office pour les départements n'ayant pas passé convention*

	Forfaits d'accouchement Simple	Forfaits d'accouchement Gémellaire	SF	IK	Date d'effet
	francs	francs	francs	francs	
A. — Commune de Lyon et banlieue (1) et commune de Marseille	3.500. »	4.500. »	50. »	(3)	10 nov. 1946
B. — Autres départements (2)	2.200. »	3 000. »	40. »		10 nov. 1946

(1) La banlieue de Lyon comprend les communes de Villeurbanne, Bron, Saint-Fons, Vénissieux, la Mulatière, Oullins, Sainte-Foy-les-Lyon, Tassin-la-Demi-Lune, Ecully, Saint-Rambert, Caluire et Cuire.
(2) Ne sont pas compris au nombre de ces départements, les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle.
(3) 10 plaine, 12 montagne 15 haute montagne, 30 cas exceptionnels.

(*J. O.* 1er novembre 1946).

Vitamine B2
(Lactoflavine)
BÉFLAVINE
"ROCHE"
Ophtalmologie, Peau et muqueuses
Gastro-entérologie
Troubles de croissance du nourrisson
PAR VOIE BUCCALE : DRAGÉES DOSÉES A 5 MILLIG 2 A 6 PAR JOUR
PAR VOIE INTRAMUSCULAIRE : AMPOULES DE 2 CM3 DOSÉES A 10 MILLIG UNE PAR JOUR
Produits "ROCHE" 10 rue Crillon, PARIS 4e

COMBEY-LAX
Le délicieux laxatif pour les enfants
SIROP PUR SUCRE ET POMMES DE REINETTE
= PAR CUILLERÉES A CAFÉ =
LABORATOIRES ROLAND MARIE
191, RUE DU Fg St-ANTOINE, PARIS

Arrêté ministériel du 5 novembre 1946 fixant le maximum des indemnités journalières ou mensuelles.

Article premier. — A dater du 1er novembre 1946, le maximum des indemnités journalières de maladie ou de maternité des assurances sociales est fixé à 200 fr. Ce chiffre est porté à 270 fr. pour les assurés bénéficiant d'une indemnité journalière égale aux deux tiers du salaire.

Art. 2. — A dater du 1er novembre 1946, le maximum de l'allocation mensuelle accordée en cas de longue maladie, est fixé à 6.000 fr. Ce chiffre est porté à 8.100 fr. pour les assurés bénéficiant d'une allocation égale aux deux tiers du salaire.

(*J. O.*, 7 novembre 1946.)

Décret du 9 novembre 1946 concernant les sanctions contre les femmes qui ne se conforment pas aux prescriptions de l'ordonnance du 2 novembre 1945 sur la protection maternelle et infantile.

Article premier. — Toute femme enceinte qui ne se soumet pas aux examens prê et post-nataux visés par l'article 11 de l'ordonnance du 2 novembre 1945 et l'arrêté du 14 mai 1946, sauf motif valable qu'il appartient au directeur départemental de la santé d'apprécier, ou qui ne suit pas les conseils d'hygiène et de prophylaxie qui lui sont donnés par les médecins et les assistantes sociales chargés de la protection maternelle et infantile, perd, dans les conditions fixées ci-après, le bénéfice des allocations de toute nature versées au titre de la protection maternelle et infantile par l'Etat, les collectivités publiques ou les établissements publics.

Art. 2. — Les femmes enceintes perdent le bénéfice des primes d'assiduité et allocations diverses liées au premier examen prénatal si elles ne se présentent pas pour cet examen avant la fin du troisième mois.

Toutefois, dans le cas où une surprime est versée aux femmes qui se présentent très précocement au premier examen prénatal, seule cette surprime est supprimée aux femmes qui se présentent au cours du quatrième mois, la prime elle-même étant encore payée.

Les primes et allocations liées au deuxième et au troisième examen prénatal ne sont versées qu'aux femmes enceintes qui se présentent pour subir ces examens pendant le sixième et pendant le huitième mois de la grossesse.

Les accouchées perdent le bénéfice des primes et allocations liées à l'examen post-natal si elles ne se présentent pas pour subir cet examen dans le mois qui suit l'accouchement, sauf empêchement d'ordre médical ou matériel qui sera apprécié par le directeur départemental de la santé. De toute façon, cette prime ne pourra être payée lorsque l'examen postnatal aura eu lieu plus de huit semaines après l'accouchement.

Art. 3. — Les allocations d'assistance aux femmes en couches ne peuvent être attribuées, sous les réserves indiquées à l'article 1er, aux femmes qui n'ont pas subi les trois examens médicaux prénataux et ne se sont pas soumises aux instructions qui leur ont été données par l'assistante sociale du secteur concernant les soins d'hygiène nécessaires pour elles et pour leur enfant.

Art. 4. — Les primes d'allaitement au sein visées à l'article 36 de l'ordonnance du 2 novembre 1945 peuvent être accordées aux femmes qui n'ont pas subi les examens prê ou postnataux. Toutefois, l'octroi de ces primes est subordonné à l'observation par la mère pour son enfant et pour elle-même de soins d'hygiène prescrits par l'assistante sociale du secteur.

Art. 5. — Le directeur départemental de la santé fait connaître aux services chargés du mandatement des primes et allocations visées dans le présent décret, les noms des femmes qui n'ont pas observé les prescriptions en vigueur

(*J. O.*, 10 nov 1946.)

MÉDICAMENT DES ANGOISSÉS DU CŒUR
PRODUIT PHYTOTHÉRAPIQUE
EUPHYTOSE
Deux formes : Solution, Comprimés
LABORATOIRE MADYL
14, Rue de Miromesnil, PARIS (8e)

LES
Gouttes B.O.P
(*synergie du bouleau et de l'olivier dans l'hypertension artérielle*)
AGISSENT LENTEMENT
MAIS NE DÉÇOIVENT JAMAIS.
PROCHAM
LABORATOIRES PROCHAM. 5 rue d'ALEMBERT - ISSY (SEINE)

SUPPOSITOIRES
RECTOQUINTYL
DEUX FORMES
ADULTES-ENFANTS
ASSOCIE LES INDICATIONS DE
L'ORTHOFORMIATE D'ETHYLE
AUX AVANTAGES DE LA VOIE RECTALE
COQUELUCHE - QUINTES NOCTURNES
TOUX POST OPÉRATOIRES
AFFECTIONS BRONCHO-PULMONAIRES
Echantillons et Littératures sur demande
LABORATOIRES A. MARIANI
10, Rue de Chartres, NEUILLY (Seine)
TÉL : MAILLOT 61-09

SULFURYL MONAL

MÉDICATION SULFUREUSE
par l'Hydrogène Sulfureux naissant, principe actif des eaux minérales sulfureuses

8 Formes

SULFURYL MONAL	1	Pastilles	Pharyngites - Angines - Rhumatismes.
	2	Granulé	
	3	Comprimés inhalants	Rhinites - Sinusites - Bronchites chroniques - Otites.
	4	Bain	Dermatoses - Gale - Rhumatisme.
	5	Savon	Toilette de la peau - Affections cutanées.
RHINO - SULFURYL	6	Gouttes	Coryza - Sinusites - Rhino-pharyngites - Otites.
DERMO - SULFURYL	7	Pommade	Maladies de la peau et du cuir chevelu - Gale.
LAXO - SULFURYL	8	Dragées	Constipation - Hémorroïdes - Colibacillose.

Laboratoires MONAL, 13, Avenue de Ségur, PARIS

ÉTAT SABURRAL
DES VOIES DIGESTIVES]

SABURRASE

GRANULÉ SOLUBLE

INSUFFISANCE HÉPATOBILIAIRE
DYSPEPSIES - CONSTIPATION
INTOXICATION GÉNÉRALE

LABORATOIRES PÉPIN & LEBOUCQ
COURBEVOIE (SEINE)

PHENEGIC

PAQUETS - COMPRIMÉS

A base de PHÉNOTHIAZINE

actif contre :
OXYURES - ASCARIS

L'EQUILIBRE BIOLOGIQUE S. A.
(Association Technique Pharmaceutique et Equilibre Biologique réunis)
à COMMENTRY (Allier) R. C. Montluçon 10416 B

PERVOSINE

GOUTTES

A base de plantes indigènes fraîches

Médication générale contre :
TROUBLES de la CIRCULATION

SOLUTION HEPATOUM

SOLUTION DANS LES EAUX DU BASSIN DE VICHY, PRISES DIRECTEMENT AUX SOURCES, D'EXTRAITS DE PLANTES HÉPATIQUES

SPÉCIFIQUE DES AFFECTIONS DU FOIE, DES REINS, DE LA VÉSICULE BILIAIRE

ACTION RAPIDE DANS LES CRISES DOULOUREUSES HÉPATIQUES, NÉPHRÉTIQUES MENSTRUELLES

LABORATOIRE HEPATOUM • Saint-Yorre (Allier)

GADEOL 20

1 ampoule buvable de 5 cc.

THÉRAPIE DES TROUBLES DU MÉTABOLISME PHOSPHOCALCIQUE ET DES ÉTATS INFECTIEUX PAR DOSE MASSIVE DE VITAMINES A & D

OPO-VEINOGENE

1 ampoule buvable par jour

THÉRAPIE PHYSIOLOGIQUE DES TROUBLES DE LA CIRCULATION A BASE DE FEUILLE DE VIGNE ROUGE ET PLURI-OPOTHÉRAPIE

HEPANOVA

1 à 2 ampoules buvables par jour

TRAITEMENT DES ANÉMIES ET ÉTATS DE CARENCE PAR LES VITAMINES B^1 B^2 ET LE FER ASSIMILABLE
ASSOCIÉS A L'OPOTHÉRAPIE HÉPATO-SPLENIQUE

SYMPATHOCRINE

Sédatif et Tonique

GADERMYL

Pansement chimiobiologique
la Vitamine B^6 associée aux Vitamines A et D

LABORATOIRE BIOSEDRA

60, RUE DE ROME, PARIS - LABORDE 19-13 - 14

USINE A MALAKOFF

PARTIE SCIENTIFIQUE

QU'APPELLE-T-ON RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU ?

Par Georges BOUDIN

Médecin des Hôpitaux de Paris

LE rhumatisme articulaire aigu est considéré, de nos jours, comme une entité clinique, maladie aigue et fébrile, évoluant par poussées, caractérisée par des arthrites mobiles et fugaces, accompagnées de manifestations viscérales, parmi lesquelles les lésions cardiaques, par leurs fréquences et leurs sequelles, dominent tout le pronostic de la maladie. Cette notion, d'une entité spéciale, admise presque universellement en France, a suscité et suscite encore quelques controverses, surtout à l'étranger. Voyons sur quels éléments se sont basés nos prédécesseurs pour isoler le rhumatisme articulaire aigu.

LE terme même de rhumatisme est un mauvais mot par l'imprécision qu'il comporte. D'éthymologie grecque, il servit, pendant de nombreux siècles, à désigner toute maladie fluxionnaire et douloureuse, et l'esprit populaire l'utilise encore de nos jours comme synonyme de douleur.

Longtemps toutes les formes de rhumatismes furent confondues en un seul bloc, et ce n'est qu'à la fin du XV.e siècle que **Baillou** (1560), et surtout **Sydenham** (1683), dans son fameux traité de la podagre, commencent à défricher le terrain en séparant la goutte du rhumatisme.

C'est à **Cullen, Chomel**, et surtout **Bouillaud** (1836) que l'on doit l'isolement du rhumatisme articulaire aigu des autres formes de rhumatismes. C'est **Bouillaud** qui, en attirant l'attention sur les complications cardiaques et péricardiques, donne une unité au rhumatisme articulaire aigu avec ses localisations viscérales diverses, et en fixe les limites. Cette entité clinique n'est cependant pas admise sans combat, et les discussions de **Lasègue Bouchard** en 1866, à la Société Médicale des Hôpitaux sur les rapports des pseudorhumatismes infectieux et du rhumatisme articulaire aigu sont restées célèbres.

L'introduction en thérapeutique du salycilate de soude par **Germain Sée** en 1877 augmente encore la notion de spécificité par l'action élective de ce médicament sur le R.A.A.

Au cours de toute cette période, plusieurs étiquettes furent employées pour désigner le rhumatisme articulaire aigu : fièvre rhumatismale, polyarthrite aigüe fébrile ; aussi, de nos jours, tend-on à lui donner le nom plus simple de **maladie de Bouillaud**, du nom de celui qui le premier sut en dégager les caractères particuliers et en faire une entité clinique, une maladie spéciale.

LES travaux modernes ont essayé de préciser la nature de la maladie de Bouillaud.

Du point de vue clinique, **Ribierre et Pichon** ont insisté sur la **persistance évolutive du rhumatisme articulaire aigu**, maladie qui, comme le paludisme, la tuberculose, l'amibiase, est sujette à rechutes, à récidives, et nécessite des cures médicamenteuses d'entretien prolongées ; la maladie semble ne pas pouvoir guérir, la crise aiguë disparaît, mais le mal reste latent pour repartir un jour de plus belle, remettre tout en question, grevant ainsi le pronostic dès la première atteinte.

Outre la fréquence des rechutes et des récidives, **Ribierre et Pichon** ont bien montré la persistance évolutive de certaines crises qui semblent parfois s'éterniser, et dont le type le plus net est donné par le **rhumatisme cardiaque évolutif.** La ténacité de telles crises est remarquable, et lorsqu'elles finissent par guérir elles laissent derrière elles d'importantes lésions cardiaques qui font du malade un infirme condamné tôt ou tard à l'asystolie.

AU point de vue anatomique, la découverte la plus intéressante est celle du **nodule d'Aschoff,** lésion histologique qu'on voulut croire spécifique, trouvée dans le myocarde, les articulations, la capsule fibreuse des amygdales.

MAIS là où les passions se sont heurtées, c'est dans les discussions pathogéniques.

On a vite abandonné l'ancienne hypothèse d'une maladie diathésique, qui englobait d'ailleurs l'ensemble des rhumatismes au siècle dernier, en faveur de celle d'une **maladie infectieuse.** L'allure fébrile, la persistance évolutive de certaines crises paraissent bien en faire foi, et Grenet admet même la possibilité de contagion ainsi que semble le prouver certaines petites épidémies de caserne.

La nature même du germe semble encore inconnue, et la grande majorité des auteurs admet volontiers l'hypothèse d'une **maladie infectieuse à germe inconnu** comme la rougeole ou les oreillons. De nombreux germes ont cependant été décrits, allant du microbe visible au virus filtrant. Parmi eux, deux hypothèses méritent de retenir l'attention, l'hypothèse streptococcique et l'hypothèse tuberculeuse.

Ce sont les auteurs américains, **Singer, Poynton, Paine, etc.** qui ont soutenu l'**origine streptococcique** de la maladie de Bouillaud. Ce streptocoque serait analogue à celui que l'on trouve dans l'endocardite d'Osler, et pourrait être mis en évidence au moyen d'hémocultures sur milieux spéciaux et laissées longtemps à l'étuve.

Malheureusement, ce streptocoque n'a jamais pu être mis en évidence par la plupart des auteurs français, même dans le rhumatisme cardiaque évolutif, où l'infection reste persistante et tenace.

Aussi cette hypothèse streptococcique n'est guère admise et semble loin de l'être France, ni prouvée. Elle est d'ailleurs fort importante, car elle met en jeu les limites qu'il faut attribuer au

rhumatisme articulaire aigu. Si elle était admise, aucune distinction nosologique ne pourrait séparer l'endocardite plastique rhumatismale de l'endocardite maligne lente d'Osler, qui ne seraient plus que les divers maillons d'une chaîne que viendrait réunir le rhumatisme cardiaque évolutif.

Cette hypothèse met également en discussion la nature du rhumatisme scarlatin ; celui-ci revêt parfois l'allure du rhumatisme articulaire aigu à tel point que certains auteurs le considèrent comme une véritable maladie de Bouillaud survenant, comme l'herpès, par le mécanisme d'un germe de sortie ou d'une affection biotropique.

L'hypothèse streptococcique de la scarlatine se rapproche de celle de rhumatisme articulaire aigu, mais il ne paraît pas possible, par de simples hypothèses pathogéniques non confirmées, de rassembler sous la même étiquette, des affections aussi différentes.

De cette hypothèse streptococcique, se rapproche la théorie de la " **focal-infection** " soutenue par les Américains ; la persistance évolutive du R.A.A. serait due à la persistance d'un foyer microbien local qui serait habituellement amygdalien, plus rarement dentaire ; d'où les amygdalectomies préventives et curatives pratiquées aux U.S.A. On sait, en effet, la fréquence, sinon la constance, d'une angine au début des crises de R.A.A., mais il semble cependant que beaucoup d'auteurs étrangers n'admettent pas la rigueur clinique française et englobent, sous le nom de R.A.A., de nombreuses formes de rhumatismes, en particulier les rhumatismes infectieux.

LE rhumatisme articulaire aigu tuberculeux a été affirmé par **Poncet** en 1896, rhumatisme polyarticulaire avec manifestations cardiaques par tuberculose inflammatoire de l'endocarde. A la même époque, **Potain, P. Teissier** admettaient la possibilité d'une nature tuberculeuse de certains rétrécissements mitraux. Il s'agit d'une tuberculose atypique, tuberculose inflammatoire selon la conception de **Poncet**, et l'on connaît les travaux récents de **Paisseau** et ses élèves sur l'ultravirus tuberculeux. **Bezançon** et **H.-P. Weill** ont rapporté une observation de polyarthrite à répétition chez une tuberculose présentant anatomiquement des lésions articulaires inflammatoires avec modules d'Aschoff et B. K.

Mais, si la notion du rhumatisme articulaire aigu tuberculeux semble bien certaine, ce que l'on discute, c'est sa fréquence dans le cadre de la maladie de Bouillaud. L'école lyonnaise, avec **Pic**, en admet la grande fréquence, et **P. Delore**, dans un article récent, donne un pourcentage de 72 % sur 122 cas de R.A.A., au cours desquels il a pu mettre en évidence la notion d'une tuberculose. Il admet que le R.A.A. peut être une manifestation de primo-infection, au même titre que l'érythème noueux avec lequel il peut être associé, et exige pour tous ses malades une cuti-réaction, une radiographie pulmonaire, une sédimentation globulaire, et une surveillance prolongée avec longue convalescence et même séjour préventorial chez les jeunes.

Certes, personne n'affirme que la maladie de Bouillaud est toujours tuberculeuse, mais la fréquence de sa nature tuberculeuse, soutenue par l'école lyonnaise, mérite d'être retenue et semble, en tous cas, devoir toujours être recherchée.

POUR **Bezançon**, le rhumatisme articulaire aigu est une affection primitivement cardiaque ; le point de départ serait une localisation infectieuse de l'endocarde, et les lésions articulaires secondaires. Ainsi s'expliqueraient la ténacité des manifestations cardiaques et le rhumatisme cardiaque évolutif.

D'AUTRES auteurs vont plus loin et mettent en doute la spécificité de la maladie de Bouillaud. Ils ont émis l'hypothèse d'une **origine protéino-allergique** des manifestations articulaires, pouvant apparaître selon **Tzanck, Loener et Dagos**, à l'occasion de causes multiples.

Ils se basent sur des faits cliniques et surtout expérimentaux. Cliniquement, ils comparent les manifestations articulaires aux arthrites sériques, également fébriles, mobiles et fluxionnaires.

Expérimentalement, **Kleinge** considère le nodule d'Aschoff comme une réaction hyperergique du tissus conjonctif, témoin d'une anaphylaxie tissulaire. Il a pu en suivre tous les stades, d'abord simple infiltration précoce sans réaction cellulaire, puis granulome essentiellement cellulaire et constituant ce que l'on a appelé le nodule d'Aschoff, enfin dernier stade de transformation fibrinoïde. Il a pu constater ces phénomènes, non seulement dans un organe particulier comme le cœur et les articulations, mais aussi dans tout le tissus conjonctif et l'appareil mésenchymateux. Il a trouvé ces lésions, non seulement dans le rhumatisme articulaire aigu, mais aussi dans la scarlatine, les septicémies streptococciques, la périartérite noueuse, ou simplement après une injection de sérum.

Grenet s'élève contre cette façon de voir, qui ferait de la maladie de **Bouillaud** un syndrome hyperergique secondaire à des causes diverses. Selon lui, la clinique permet d'affirmer **l'autonomie de la maladie de** Bouillaud, que les grands cliniciens français du XXe siècle ont su isoler du fatras des rhumatismes, et ce n'est pas parce que l'on en ignore encore aujourd'hui l'origine et la nature exacte que l'on doit détruire ce qui a été péniblement défriché jusqu'à nos jours et remettre en question l'entité de la maladie de Bouillaud.

CE sont ces diverses notions et hypothèses qu'il nous a paru intéressant de résumer pour les praticiens. Elles permettent de comprendre comment on est peu à peu arrivé à la notion actuelle du rhumatisme articulaire aigu, notion grevée encore de beaucoup d'inconnues ; un fait est certain, c'est l'entité clinique de la maladie de Bouillaud qui reste fort bien dégagée des autres formes de rhumatismes.

ACÉTONÉMIE INFANTILE ET LAMBLIASE

par le Dr Placide CORNU
à Saint-Etienne de Saint-Geoirs

Voici cinq observations d'acétonéme infantile coexistant avec du parasitisme intestinal à Lamblias.

1re Observation. — Le frère et la sœur, Bernard et Monique C... à Saint-Siméon-de-Bressieux (7 ans et 6 ans) sont deux enfants qui ont été difficiles à élever. Le lait de la mère étant mal supporté, ils furent nourris successivement au lait de vache puis au lait concentré, mais dès le premier mois les troubles digestifs apparaissent (alternatives de constipation et de diarrhée), troubles digestifs qui continuent avec l'alimentation aux farines, et avec l'alimentation plus variée instituée à mesure que les enfants grandissent. Tous les mois ou tous les deux mois les vomissements sont plus importants, et apparaît alors de l'acétone dans les urines. De toute façon œufs, corps gras, viandes sont prohibés sous peine de voir les vomissements s'aggraver.

Au début du mois de juin 1946, les deux enfants ont en même temps une crise de vomissements acétonémiques particulièrement grave qui nécessite la diète hydrique, les lavements bicarbonatés et les injections massives de Plasma de Quinton. Les parents étaient très inquiets car l'aîné des enfants, âgé alors de douze ans, était mort l'année précédente d'une crise d'acétonémie malgré une thérapeutique énergique. Cependant les deux enfants guérissent, et c'est alors qu'ayant fait pratiquer une analyse coprologique, le laboratoire (Dr Gourdon) me signale la présence, dans les selles des deux enfants, de nombreux Kystes de Lamblia.

J'ai institué les jours suivants un traitement à la Quinacrine, pendant quatre jours, renouvelé tous les mois pendant trois mois consécutifs. Dès le premier traitement, et au bout de huit jours, les troubles digestifs (alternative de constipation et de diarrhée, inappétence) ont disparu ; le régime a été élargi, et l'alimentation est redevenue, au bout d'un mois, celle des enfants de leur âge. Depuis, c'est-à-dire quatre mois après le début du traitement, aucun trouble digestif n'a été signalé ; les enfants ont pris du poids, ils ne suivent aucun régime restrictif, et il n'a plus été constaté d'acétone dans les urines.

Une nouvelle analyse coprologique faite début septembre a montré l'absence de Kystes de Lamblia dans les selles des deux enfants.

2e Observation. — Enfant Stéphane M... à La Forteresse (7 ans). Depuis un an, perte d'appétit. Crises de diarrhée à l'occasion d'écarts alimentaires, ou spontanément ; le foie est incriminé, l'enfant mis au régime, pas d'amélioration. Le 10 juillet, je fais faire un examen coprologique (Dr Gourdon). Il est trouvé : Kystes de Lamblia, Kystes d'Entamœba Coli et œufs de Trichocéphales. Avant que je n'ai eu le temps d'instituer un traitement, la crise d'acétonémie éclate trois jours plus tard ; violente, avec grosse hyperthermie (41° 2), vomissements importants et 1 gr. 50 d'acétone dans les urines. Traitement au Plasma de Quinton, à l'eau bicarbonatée et à l'insuline. Guérison au bout de six jours. La semaine suivante, institution d'un traitement à la Quinacrine, puis au Thymol, puis au Crésentyl. Amélioration rapide de l'état général et des troubles digestifs. L'acétone a disparu et au bout de deux mois l'examen coprologique montrait la dispatition des Kystes de Lamblia et l'Entamœba Coli, seuls persistaient des œufs de Trichocéphales.

L'analyse des matières a montré que le frère cadet : Marc, âgé de cinq ans, était également parasité par les Lamblias sans grands dommages d'ailleurs, sauf tendance à la diarrhée.

Les **trois autres observations** concernent deux garçons de 6 et 7 ans et une fillette de 4 ans présentant des phénomènes d'entérocolite et qui firent une crise d'acétonémie. L'apparition de cette crise d'acétonémie m'incita à faire pratiquer un examen coprologique qui montra la présence de Kystes de Lamblias. Le traitement à la Quinacrine fit disparaître les phénomènes d'entérocolite, et les crises d'acétonémie ne se sont pas renouvelées.

L'examen de ces observations provoque un certain nombre de réflexions.

Le parasitisme à Lamblias peut-il provoquer la crise d'acétonémie ?

La lambliase revet habituellement une forme intestinale ; état entéro-colitique chronique qui, après la crise aigue d'infestation se manifeste par des alternatives de diarrhée et de constipation s'accompagnant d'haleine fétide, appétit capricieux, amaigrissement.

De nombreux auteurs ont cependant constaté que la vésicule et les canaux biliaires peuvent servir d'habitat aux Lamblias. Le tubage duodénal et la recherche du parasite dans la bile B ou bile vésiculaire a permis cette constatation à Marcel Labbé, à Cade et Morenas, à Ch. Garin, etc.

Pour Marcel Labbé, le Lamblia est capable de pénétrer dans les voies biliaires qui constitueraient son repaire, et il en sort de temps en temps quand la vésicule se vide pour réinfecter l'intestin.

Pierre Martin (de Châtel-Guyon) a décrit une forme duodéno-vésiculaire de la Lambliase, et conclut : " Le Lamblia peut occasionner au niveau de la vésicule des troubles allant de la simple congestion vésiculaire à symptômes locaux et généraux atténués jusqu'à la cholécystite grave, à l'inflammation des tissus ou organes environnants et même à l'hépatite. Les troubles hépato-vésiculaires peuvent être occasionnés par d'autres éléments parasitaires ou microbiens (amibes, colibacilles, streptocoques, staphylocoques, etc. (associés aux Lamblias. Ils pourront également, dans les cas d'hépatite, avoir une cause moins locale qui a été logiquement signalée par Westphal et Georgi : le Lamblia causant parfois de graves dégâts en divers points de l'arbre intestinal, il en résulterait à leur niveau une résorption de toxines qui, par la suite, léseraient la cellule hépatique ". C'est cette lésion de la cellule hépatique qui se traduit par l'apparition de la crise d'acétonémie chez le senfants, qui sont en général beaucoup plus parasités que les adultes.

Il est intéressant, par ailleurs, de noter la fréquence actuelle du parasitisme à Lamblias. Avant 1914, on parlait peu en France des maladies dues aux Lamblias. Ces parasites importés par les troupes coloniales au cours des deux dernières guerres sont constatés actuellement fréquemment. Il est vrai qu'il faut mettre en évidence l'existence d'un grand nombre de porteurs de germes qui ne semblent pas incommodés de leur parasitisme, et si nous voyons beaucoup de gens infestés, il y a un nombre moindre de malades. La dernière guerre, par suite du brassage des populations, du manque d'hygiène, et de l'accumulation des individus en grandes collectivités (casernes, camps de prisonniers) a permis le développement important des parasitismes intestinaux en particulier de la Lambliase, qu'il serait intéressant de rechercher systématiquement chez les anciens prisonniers ou déportés.

En conclusion. — La recherche du parasitisme intestinal, dans les cas d'acétonémie infantile, doit être pratiqué eet peut mettre en évidence la présence de Lamblias qu'il convient de détruire par le traitement approprié.

NOUVELLES D'AMÉRIQUE

L'ENERGIE ATOMIQUE

Le Ministère de la Guerre américain a annoncé que les **radio-isotopes,** produits secondaires de la désintégration nucléaire, vont immédiatement être mis à la disposition de la thérapeutique et de la recherche biologique et médicale. On connaît actuellement plus de 400 isotopes radio-actifs obtenus artificiellement. Il existe au moins un parallèle radio-actif pour chaque élément. On peut produire aujourd'hui des centaines d'isotopes à des échelles mesurables, non seulement de l'ordre du microgramme, du milligramme ou du gramme, mais même du kilogramme dans certains cas. Cent de ces isotopes seront d'abord disponibles en quantités variables. Ils seront fabriqués par des organismes non gouvernementaux.

Les premiers isotopes « usuels ». — On connaît déjà le carbone 14. C'est l'un des quatre principaux isotopes qui vont être offerts à la médecine, les trois autres étant l'iode, le soufre et le phosphore. Le carbone chargé de 15 protons et neutrons, au lieu de 12 dans le carbone normal, a été utilisé pour observer le processus digestif dans les corps vivants. On attend de lui d'autres contributions importantes à la connaissance de l'organisme humain : mécanisme de la croissance des tissus normaux et anormaux (cancer) ; fonctions végétatives et animales. L'iode 131 (au lieu de 127) est utilisé dans les expériences sur le goître. Le soufre 35 (au lieu de 32) permet d'étudier les réactions aux sulfamides. Par le phosphore 32, on espère découvrir certains secrets biologiques. (D'après la « Vie Médicale », Bruxelles.)

L'ACCOUCHEMENT INDOLORE

Récemment, au Congrès International des Anesthésistes qui s'est tenu à New-York, le Dr Hingtson a apporté la statistique d'une méthode d'analgésie obstétricale par voie rachidienne qui fut expérimentée dès 1941 par lui-même et le Dr Waldo Edwards, du Service de la Santé Publique des U. S. A.

Sur plus de 2.000 accouchements sous anesthésie rachidienne, plus de 90 % furent totalement indolores. Le taux de mortalité fut moins de moitié de celui d'un groupe témoin. En outre, le taux de mortalité des nouveau-nés dans la première semaine de la vie fut de 11,5 pour 1.000 contre 20,8 dans l'autre groupe. La raison invoquée est que l'anesthésie rachidienne continue relâche les muscles maternels de telle façon que l'enfant a moins à souffrir pour naître.

La technique peut être dangereuse en des mains inexpérimentées. Mais le Dr Hingson soutient que tout praticien entraîné peut l'employer dans un hôpital convenablement équipé.

LE BILAN DE L'INSULINE

Les 1.000 membres de l'Association américaine pour le diabète, réunis à Toronto le mois dernier, ont dressé le bilan d'un quart de siècle d'emploi de l'insuline.

Les gains sont nombreux, mais la guerre contre le diabète est loin d'être gagnée.

Parmi les gains :

— le coma diabétique, autrefois cause de la plupart des morts par diabète est maintenant une « inexcusable » complication, sauf quand il est précipité par l'infection ou quelqu'autre maladie.

— Autrefois 45 % des mères diabétiques mouraient dès la naissance de l'enfant ; maintenant elles ont les mêmes chances de survie que les autres mères.

— Les nouvelles solutions d'insuline, à action lente, dues aux recherches du médecin danois H. C. Hagedorn, permettent aux diabétiques de se contenter de moins fréquentes injections (souvent une par jour) et de mener une vie presque normale.

Mais il demeure impossible de prévenir ou de guérir le diabète, et il est maintenant établi que la propension au diabète est héréditaire. Aucun moyen n'est encore connu d'arrêter l'altération des vaisseaux sanguins chez le diabétique. La plus minime écorchure peut toujours entraîner la gangrène. La plupart des cliniciens étudiant le diabète ont encore le sentiment qu'exprimait Banting un jour qu'il était invité par une université américaine à faire une conférence de deux heures sur la maladie qui avait rendu son nom illustre. : « Pour ce que je sais sur le diabète, dit-il, 15 minutes suffisaient ».

LES THÈSES

Dr Jean Canet. — **Contribution à l'étude de l'emploi de la novocaïne intra-veineuse dans les traumatismes crâniens.** (Thèse de Montpellier, 1945.)

Docteurs Ghali, Bourdin et Guiot, les premiers en 1941 dans le service d'Ameuille, ont utilisé les injections intra-veineuses de novocaïne chez l'homme et jugulé ainsi une crise d'asthme rebelle aux autres thérapeutiques. Depuis, la méthode a été étendue à un assez grand nombre d'affections.

On pourrait craindre, en employant la voie veineuse pour introduire la novocaïne dans l'organisme, des accidents importants. A la vérité, si l'on a soin d'injecter très lentement le médicament, ; celui-ci est généralement bien toléré. ne déterminant que d'une façon tout à fait exceptionnelle des accidents et seulement parfois quelques incidents (troubles visuels, vertiges). Ceci tient à ce que plus de la moitié de la dose mortelle de novocaïne est détruite en 10 minutes (Fromhez) dans le foie par saponification. Il convient donc de pratiquer des injections très lentes, pas trop cependant : 10 cc. en 3 minutes.

Le docteur J. Canet a obtenu, dans neuf cas de traumatismes crâniens, des résultats intéressants avec l'injection i. v. de novocaïne, dus à l'action de cette substance sur le syndrome d'hypertension intra-crânienne (action sur l'obnubilation, les céphalées, la bradycardie, etc.).

Dr Georges Labbé. — **L'histaminothérapie appliquée au traitement des entorses et de leurs séquelles.** (Thèse de Bordeaux, 1945.)

L'auteur signale les propriétés antalgiques (encore imparfaitement expliquées) de l'histamine et son action sur la circulation dans les petits vaisseaux. Il a utilisé avec de bons résultats cette substance en injections dans le traitement des entorses simples, sans lésions anatomiques macroscopiques. Il préfère l'injection profonde, juxta-articulaire, à raison de un cc. contenant 1/2 mgr. de bichlorhydrate d'histamine — l'intervention étant faite avec une asepsie rigoureuse.

L'histaminothérapie des entorses procure une sédation de la douleur, une diminution notable de l'impotence fonctionnelle, suivie de « restitutio ad integrum ». Elle peut être appliquée à toutes les périodes, avec succès, lorsqu'il n'y a pas de lésions anatomiques graves. Les réactions locales sont rares (elles se voient principalement après les injections intra-dermiques d'histamine). Les réactions générales peuvent être évitées en faisant étendre les malades avant l'injection. Les phénomènes de shock (pâleur, lipothymie) sont aussi fort rares et cèdent à l'adrénaline.

Dr Jacques Bois. — **Contribution à l'étude des néphrites de la fièvre typhoïde.** (Thèse de Lyon, 1946.)

Au cours d'une importante épidémie de fièvre typhoïde, qui a sévi à Saint-Etienne pendant l'hiver 1944-1945 (le nombre des cas déclarés a atteint le chiffre de 700), M. Jacques Bois a pu observer diverses complications rénales de cette affection parmi les malades traités dans le service du docteur Bernard Muller, à l'hôpital de cette ville. Il relate en particulier neuf observations personnelles, dont sept de néphrite hématurique et deux de néphrite azotémique chez des typhiques.

D'une manière générale, cependant, dit-il, la fréquence des néphrites au cours de la fièvre typhoïde n'est pas très élevée. La date d'apparition des signes rénaux permet de distinguer deux ordres de faits : les néphrites du début ; le néphro-typhus au cours duquel les signes rénaux dominent la scène clinique et peuvent masquer l'origine éberthienne ; les néphrites de la période d'état ou de la convalescence, plus fréquemment rencontrées, en particulier les formes hématurique et azotémique. Le syndrome de rétention chlorurée est exceptionnel.

La thérapeutique se confond avec celle de la fièvre typhoïde. Les bains sont à proscrire au cas d'atteinte rénale.

Dr H. Ricoulleau. — **Contribution à l'étude du traitement des endocardites infectieuses aiguës par la pénicilline.** (Thèse de Paris, 1946.)

Jusqu'à ces derniers temps, le pronostic des endocardites bactériennes ulcéro-végétantes aiguës s'avérait fatal, les rares cas de guérison publiés étant des plus imprécis et incertains.

La pénicilline a apporté à la gravité de ce pronostic une large atténuation. En octobre 1945, 19 cas publiés dans la presse anglo-américaine notaient dix guérisons durables. Depuis, de différents côtés, les observations favorables se sont multipliées. M. Recoulleau relate en détails un cas d'endocardite maligne aiguë à pneumocoque traité dans le service clinique médicale du professeur Picard, à l'hôpital Saint-Jacques de Nantes, et guéri par la pénicilline associée aux sulfamides. Ce malade, après guérison de ses accidents endocardiques aigus, est resté toutefois un cardiopathe incapable de mener une vie normale. L'auteur conclut à la nécessité de mettre en œuvre le plus tôt possible le traitement pénicillinique dans les endocardites infectieuses aiguës, pour éviter les atteintes précoces du myocarde et les séquelles de celles-ci.

Dr François Nicolas. — **Du diagnostic et du pronostic par la langue.** (Thèse de Montpellier, 1945.)

Le docteur François Nicolas a consacré sa thèse inaugurale à l'étude de l'aspect de la langue dans différents états pathologiques, en particulier dans la fièvre typhoïde, la pneumonie, l'urémie, la scarlatine. Il montre l'intérêt diagnostique et surtout pronostique de l'examen de cet organe en pathologie. La langue est un baromètre clinique qui donne de précieuses indications sur l'évolution de nombre de maladies. Il va sans dire que ce moyen simple de l'ancienne médecine ne doit faire négliger aucun des renseignements que nous fournissent les nombreuses techniques scientifiques modernes d'examen clinique et de laboratoire.

LES LIVRES

LES LIVRES QUI VIENNENT DE PARAITRE

La Sélection éducatrice. — Psychologie doctrinale et pratique. Les psychonévroses et leur traitement. Honorée d'une récompense de l'Académie des Sciences morales et politiques, par le Dr J. Casabianca.

Edit. J.-B. Baillière et fils, Paris.
et E. Sergent, Marseille.

Livret-guide des jeunes mères. — 6e édition. Honoré d'une subvention du Conseil général de l'Indre, par le Dr L. Robert, d'Issoudun.

Imprimerie H. Gaignault et fils, Issoudun.

Conseils pratiques permettant de régler au mieux des intérêts de l'enfant l'allaitement au sein, l'allaitement mixte, l'allaitement artificiel, le sevrage ; indications condensées d'un médecin sur l'hygiène infantile.

La brochure qui devrait être offerte à toutes les jeunes mamans.

La Chaleur animale, par André MISSENARE. Collection : Que sais-je ? Presses Universitaires de France.

Ce petit livre, dit l'auteur, ne se propose pas une étude strictement physiologique de la chaleur animale, mais, au contraire, un exposé d'ensemble de son influence sur la vie des animaux à sang chaud, l'homme en particulier, et, partant, sur l'évolution du monde.

Il aboutit ainsi à des vues pénétrantes sur la demographie et à des conclusions philosophiques qui reflètent les préoccupations majeures de notre monde tourmenté.

G. L.

LES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

Auscultation et nosographie pulmonaire

(MM. Ameuille, Lemoine et Wigniolle; 8-10-1946) (8-10-46)

Il est des cas où les bruits auscultatoires pathologiques sont perçus, sans que l'examen radiologique ne montre rien d'anormal. Ainsi pour les râles. Or, le concept de bronchite, comme celui de congestion pulmonaire, s'appuie sur la constatation de ces râles. Aussi, ces entités nosographiques, créées au nom des signes d'auscultation qu'elles présentent, par une médecine plus intuitive que scientifique, méritent d'être revisées et, en partie, éliminées de notre nomenclature. De même pour la pleurite.

Sur un nouveau cas de septicémie à streptobacillus moniliformis. Importance diagnostique des manifestations pharyngo-laryngées. Guérison immédiate par la pénicilline.

(MM. A. Lemierre, J. Reilly, M. Morin et L. Vissiar ; 8-10-46)

Les Auteurs rapportent une nouvelle observation de septicémie à « streptobacillus moniliformis », ce qui porte à cinq le nombre des cas de cette maladie actuellement connus en France. On sait que ce microbe est un saprophyte du rat et que la contamination de l'homme se fait par contact avec ces rongeurs ou à la suite d'une morsure de rat. La maladie se présente sous l'aspect d'une polyarthrite fébrile, souvent accompagnée d'un exanthème papuleux. Les auteurs insistent sur l'importance des manifestations pharyngo-laryngées douloureuses, d'une intensité et d'une ténacité toutes spéciales, qui se développent au cours de ces septicémies. Elles sont extrêmement fréquentes et ils les ont observées dans les trois cas qu'ils ont suivis depuis 1937 à l'hôpital Claude-Bernard. Leur présence permet d'orienter tout de suite, le diagnostic clinique que confirme ensuite l'hémoculture.

Chez le malade qui fait l'objet de cette communication, le traitement par les injections intramusculaires de pénicilline a amené en quelques heures la disparition de tous les symptômes.

Recherches sur les propriétés antibiotiques des solutions de pénicilline formolées et sur leur stabilité. Conséquences pratiques.

(MM. G. Ramon et R. Richou ; 8-10-1946)

La pénicilline a pris en quelques années, un essor que l'on peut à juste titre qualifier de prodigieux. Cependant, divers obstacles limitent encore l'emploi du nouveau et prestigieux remède et s'opposent à son usage courant et généralisé. Parmi ces obstacles, les principaux sont la durée de conservation des solutions de pénicilline que l'on continue à admettre comme étant très courte, leur sensibilité aux effets de la chaleur qui, d'après l'opinion la plus répandue jusqu'ici, est relativement grande, leur facile altération par les germes microbiens banaux élaborateurs de pénicillinase, laquelle détruit très vite le principe pénicillinique, etc.

Des recherches effectuées il ressort que les solutions (en eau physiologique) de pénicilline traitées par le formol seul (0,03 % par exemple) ou par le formol et la chaleur (55°), font preuve d'une stabilité relativement grande dans le temps ; elles peuvent être gardées ainsi en ampoules, sans perte notable de leurs propriétés antibiotiques, durant au moins trois mois, à la chambre froide (+ 2 + 4°) et un mois à la température ordinaire (+ 15 — 20°) et bien entendu sans risque de contamination et de destruction par la pénicillinase microbienne. Ces délais de conservation sont suffisants pour la préparation, la manutention, l'expédition, et enfin l'emploi en dehors des hôpitaux et des centres spécialisés, des solutions de pénicilline formolées.

Ainsi, grâce à ces solutions de « pénicilline stabile », un usage plus commode et une diffusion encore plus grande pourront être assurés à la pénicillinothérapie.

Recherches expérimentales sur la streptomycine

(C. Levaditi et Mlle J. Henry ; 15-10-46)

Ces recherches ont été entreprises « in vitro » avec la streptomycine standard, envoyée par M. Waksman, et avec ce principe antibiotique préparé par eux-mêmes (cultures au repos « d'Actinomyces griseus »). Il résulte de leurs essais que la streptomycine exerce un effet bactéricide manifeste sur le staphylocoque, le « B. coli », le « B. subtilis », le « paratyphique A », et aussi, jusqu'à un certain degré, sur le B. tuberculeux (souche humaine et souche Courmont). La quantité de streptomycine élaborée par l' « Actinomyces griseus » augmente au fur et à mesure que cette moisissure se développe dans le milieu. Il est possible de purifier et de concentrer (par adsorption sur charbon animal et élution consécutive) la streptomycine brute. Il a été impossible de réaliser l'expérimentation « in vivo » faute de streptomycine cristallisée. En bref, confirmation des recherches de Wadkman, Schatz et leurs collaborateurs.

ACADEMIE DE CHIRURGIE

Le traitement actuel des suppurations cérébrales principalement d'origine traumatique.

(MM. Goinard et P. Descuns ; 16-10-1946)

1° Au stade d'encéphalite, pénicilline par voie générale à forte dose.

S'il s'agit d'une plaie par projectile, évacuation de la cheminée d'atrition.

S'il s'agit d'un traumatisme sans corps étranger, la trépanation décompressive sera parfois nécessaire, exceptionnellement une lobectomie.

La pénicilline transformera en général l'encéphalite en une collection peu ou pas virulente qui guérira par simple évacuation.

2° Au stade d'abcès collecté, l'évacuation et la pénicilline locale suffiront la plupart du temps. Si elles ne parviennent pas à guérir une vieille suppuration à foyers multiples et à coque épaisse, elles n'auront pas nui à l'exérèse nécessaire simplifiée, au contraire elles l'auront préparée, rendue plus bénigne en réduisant la cavité et en l'aseptisant.

Seuls quelques abcès profonds ou pris pour des tumeurs seront à enlever d'emblée, sous le couvert de la pénicilline.

Le traitement actuel des abcès du cerveau

(M. Goinard ; 16-10-196)

L'auteur se demande s'il faut continuer à enlever les abcès du cerveau en bloc ou si l'apport de la pénicilline ne justifie pas le simple

drainage évacuateur. En trois ans l'auteur a traité 25 abcès dont 20 ont été guéris par drainage ; 5 ont été extirpés, 4 sont morts après cette extirpation ; le drainage qu'utilise l'auteur est un drainage fermé avec évacuation du pus et deux fois par jour instillation de pénicilline dans la cavité.

Dans les encéphalites qui précèdent la formation de l'abcès, la pénicilline doit être mise en œuvre, mais elle n'empêche pas la formation de celui-ci ; s'il s'agit d'une encéphalite par corps étranger, il faut évidemment intervenir chirurgicalement dès ce stade.

M. Petit-Dutaillis estime qu'il faut être très éclectique ; la guérison des abcès traumatiques à longue échéance, reste rare parce que ce sont souvent des abcès multiples enchassés dans une cicatrice ; la question de l'extirpation se pose donc.

Ulcère peptique récidivant après gastrectomie large. Gastrectomie totale.

(M. de Vernejoul ; 16-10-46)

M. d'Allaines rapporte cette observation dans laquelle l'ulcère peptique est apparu très vite après une gastrectomie pourtant large. Le rapporteur discute à propos de ce cas les indications de la gastrectomie totale dans les ulcères gastriques en général ; il la repousse dans les ulcères juxtacardiaques qu'il faut commencer par mettre au repos et au traitement médical avant d'en faire l'exérèse. Le danger d'anémie paraît exceptionnel.

Trois cas de colectomies pour cancers sigmoïdiens avec rétablissement de la continuité par invagination sur tube.

(M. Darmaillac ; 16-10-46)

M. d'Allaines, rapporteur, estime que dans tous les cas où l'on fait une suture, il est plus prudent de faire une fistulisation susjacente ou mieux un anus de dérivation.

M. Quénu a abandonné le procédé d'invagination qui lui a donné des ennuis.

Sur le traitement du cancer du rectum

Présentation du film

(M. Bacon)

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX DE PARIS

L'étiologie du diabète insipide.

(M. R. Kourilsky et Mme S. Kourilsky 28-6-1946)

M. et Mme Kourilsky se sont attachés à préciser l'étiologie des observations de diabètes insipide de cause indéterminée. Dans six cas sur huit, ils ont pu démontrer que l'origine du syndrome était infectieuse, à point de départ rhino-pharyngé.

Une fois, la polydipsie apparut après une amygdalite et les cryptes contenaient encore une flore streptococcique prédominante, deux mois après le début de la maladie ; dans un autre cas, la maladie fut contemporaine d'une otite avec labyrinthite consécutive à une rhino-pharyngite ; dans quatre autres cas, la polydipsie avait été précédée d'une rhino-pharyngite aiguë, dont l'une compliquée de sinusite. Enfin, dans un cas, chez un enfant, une sinusite maxillaire purulente fut découverte longtemps après le début du D. I.

Un des malades, atteint de D. I. consécutivement à une rhinite purulente, ayant succombé à une pneumopathie trois mois après le début de la maladie, l'examen anatomique révéla dans la neurohypophyse et la tige pituitaire des lésions inflammatoires typiques encore évolutives, et la glande était enveloppée dans un léger feutrage d'arachnoïdite.

Les deux formes polydipsiques et polyuriques ont été observées consécutivement aux infections rhino-pharyngées hautes.

Dans trois cas sur six, entre l'infection nasale et amygdalienne et l'apparition du D. I., a été notée une période intermédiaire caractérisée par une asthénie et un amaigrissement importants, un état subfébrile persistant, témoignant de l'atteinte très précoce des centres métaboliques, et faisant errer le diagnostic vers des affections très diverses (tuberculose, troubles dyspeptiques) jusqu'à l'apparition de la polydipsie.

Il ressort de ces constatations que, devant un cas de D. I. d'étiologie indéterminée, il faut systématiquement rechercher l'étiologie infectieuse nasale, rhino-pharyngée, amygdalienne et sinusale. Sans doute l'enquête « a posteriori » est difficile parce qu'à cette date l'infection originelle est éteinte, mais l'anamnèse clinique conserve toute sa valeur.

Parmi 21 cas de D. I. il est remarquable de constater que l'étiologie infectieuse prédomine (8 cas), contre 2 tuberculoses, 2 syphilis, 2 d'origine traumatique, une métastase cancéreuse, 2 d'origine vasculaire. Quatre cas seulement n'ont pas fait leur preuve, avec absence de tout antécédent rhino-pharyngé, même minime. L'étiologie rhino-pharyngée restreint donc au minimum le nombre de cas dits primitifs de D. I. Il n'est pas dit du reste qu'un certain nombre d'entre eux ne s'expliquent également par une migration infectieuse de même origine, mais cliniquement indémontrable.

Erythème noueux et pleurésie séro-fibrineuse simultanée avec modification de l'allergie tuberculinique chez une personne de 60 ans.

(MM. J. Troisier, G. Brouet et M. Duret 28-6-1946)

A propos de cette observation, les auteurs posent le problème nosologique des tuberculoses de primo-infection chez l'adulte âgé. Il peut certes s'agir de banales primo-infections anormalement tardives, mais on peut se demander, comme chez cette femme habitant Paris depuis plus de 30 ans, s'il ne s'agit pas de formes de réinfection tuberculeuse sur un terrain ayant retrouvé un état humoral et tissulaire comparable à celui des sujets jeunes vis-à-vis d'une primo-infection tuberculeuse. Cette dernière interprétation trouve sa justification dans les travaux récents de ces dernières années, tant en France qu'à l'étranger, sur l'extinction des réactions tuberculiniques et la possibilité d'un complexe primaire chez des sujets antérieurement tuberculisés, et apporte un fait nouveau intéressant par la constatation du virage de la cuti-réaction qui manque le plus souvent dans les faits rapportés jusqu'ici.

Signes dentaires de l'intoxication chronique par le cadmium.

(MM. P. Nicaud, A. Laffitte et Barthélemy ; 28-6-1946)

Les auteurs ajoutent un signe nouveau à l'étude clinique, qu'ils ont déjà publiée sur l'in-

toxication chronique par le cadmium, et qui est caractérisée par l'asthme, les phénomènes douloureux, l'impotence chronique et les lésions squelettiques pseudo-fracturaires du syndrome de Milkmann.

Ce signe est caractérisé par l'imprégnation de l'émail dentaire qui prend une coloration jaune plus ou moins foncée, mais presque toujours jaune d'or. Cette pigmentation débute par le collet de la dent et couvre peu à peu la partie inférieure des dents atteintes. Cette coloration, jaune vif, tranche violemment sur la coloration rouge de la muqueuse gingivale, elle est ainsi un signe extrêmement frappant.

Le tartre dentaire, lorsqu'il existe, peut être également coloré. Il n'existe aucune lésion ni gingivale, ni dentaire proprement dite, et les radio graphies du squelette sont également négatives.

La pigmentation s'installe avec une grande lenteur et ne disparaît qu'après des mois d'exclusion des ateliers nocifs.

A propos du botulisme. Etude de quelques troubles humoraux et de la dysphagie. Le moulage passif de l'hypopharynx.

(MM. Michon, Heully, Lesure et Delestre.

Présentation par M. J. Huber ; 28-6-1946)

Cette étude porte sur un ménage intoxiqué par du jambon cru salé. Le mari est relativement peu atteint (mydriase, paralysie de l'accomodation, dysphagie pour les solides) ; la femme présente ces troubles plus accusés, avec reflux nasal des liquides, et aggravés d'autres symptômes oculaires et de manifestations générales.

En ce qui concerne les troubles humoraux, l'hyperglycorachie (0,65 et 0,73) semble s'intégrer dans un déséquilibre général du métabolisme hydrocarboné : abaissement du pH et de la R. A., légère hyperglycémie, frappante en période d'inanition relative, flèche d'hyperglycémie provoquée élevée.

Quant à la dysphagie, les paralysies pharyngo-œsophagiennes sont objectivées indiscutablement par l'emploi de la bouillie épaisse. Selon les modalités du moment, elles peuvent s'étendre du voile jusqu'à l'extrémité inférieure de l'œsophage, mais avec une prédilection particulière pathognomonique pour les constricteurs du pharynx, principalement l'inférieur. Sous l'influence du coup de piston de la déglutition volontaire, dès que l'anneau de Passavant arrive à se fermer à peu près correctement, cette paralysie des constricteurs aboutit à une distension, à un véritable moulage passif de l'hypo-pharynx.

L'acide follique dans l'anémie de Buriner.

(MM. Benard, Rambert et Gajdos ; 18-10-46)

Les A. ont traité un certain nombre d'anémies par l'acide follique, dont 3 cas d'anémie de Buriner. Dans le premier cas, avec une dose de 20 milligrammes par jour « per os ». Chez un malade ayant 1.200.000 hématies, on vit apparaître une crise retriculocytaire atteignant 40 % dès le 7e jour. En deux mois le chiffre des hématies remonta à 4.500.000 en même temps que la glossite disparut, mais l'achylie et les troubles neurologiques persistèrent. Chez le 2e malade, les mégaloblastes disparurent de la moelle osseuse en 15 jours. Le 3e malade est en cours de traitement.

Les autres cas d'anémie (leucémie, Hodgkin, anémie aplastique) ne réagirent pas à cette thérapeutique. Elle est efficace dans les anémies de l'Addison, sprue-pellagre et certaines anémies gravidiques.

La posologie semble être fixée à des cures de 5 à 20 mmg/jour pendant 10-15 jours. La voie buccale est employée de préférence à la voie sous-cutanée.

Ce n'est pas le principe actif du foie de veau dont le rôle est de transformer l'acide follique combiné en acide follique libre.

Cette thérapeutique comporte des échecs qui sont améliorés par l'extrait hépatique et réciproquement.

M. Fauvert. — La voie sous-cutanée est employée dans la sprue.

SOCIETE DE RADIOLOGIE MEDICALE DE FRANCE

Progrès possibles dans la radiothérapie des cancers (neutronthérapie, joliothérapie, alphathérapie, bêtathérapie, gammathérapie, ultragammathérapie).

par Robert COLIEZ, Radiologiste du Centre Anticancéreux de l'Hôpital Necker (11-12-45).

Les dernières découvertes de la physique atomique (construction de cyclotrons, de bêtatrons et de synchrotrons extrêmement puissants, mise en évidence de nouveaux radio-éléments, réalisation de la rupture nucléaire de l'uranium 235 et du plutonium, etc.), permettent de prévoir, dès maintenant, les possibilités de perfectionnement qui pourront être apportées dans l'avenir aux méthodes d'irradiation des cancers. Il est déjà permis de fixer dans quel sens les recherches doivent être entreprises, et l'on peut catégoriser les nouveaux moyens mis à notre disposition de la manière suivante :

1° Grâce aux cyclotrons, qui sont des appareils accélérateurs magnétiques à résonance, les ions les plus courants (protons, deutons, hélions) peuvent être animés de très grandes vitesses. En précipitant à la sortie du cyclotron des deutons sur du beryllium ou du lithium on transforme le cyclotron en un émetteur de neutrons très puissant pouvant servir à des recherches biologiques ou au traitement des malades. Malgré les propriétés très particulières des neutrons (très différentes de celles des rayons X ou gamma), on sait déjà que l'ionisation qu'ils provoquent dans les tissus est particulièrement serrée et efficace dans le traitement de certaines tumeurs. Leur action se continue dans une certaine mesure après la fin de l'irradiation neutronique par création au sein des tissus irradiés de radio-éléments artificiels qui agissent en émetteurs bêta et gamma.

2° On peut également injecter par voie veineuse ou **in situ** (joliothérapie) des radio-éléments à affinité osseuse tels que P32, Ca45 ou Sr89 qui, en s'accumulant dans les os, irradient directement (par rayons bêta et gamma) les cellules anormales situées dans leur voisinage (moelle osseuse, cancers osseux métastatiques).

3° Les radio-éléments pourraient encore être employés comme foyers extérieurs et irradier les tissus à la manière de tubes à rayons X. Mais l'énergie des rayons émis est souvent beaucoup plus élevée que celle des rayons gamma émis par les corps radio-actifs naturels : il y a émission de rayons gamma très durs dont l'énergie peut atteindre jusqu'à 17 millions d'électron-volts. Des sources puissantes de rayonnement alpha (alphathérapie) ou bêta (bêtathérapie) peuvent être obtenues de la même manière.


ARG-EPH
GOUTTES NASALES
ARGYROL de BARNES
(NOM DÉPOSÉ)
et
ÉPHÉDRINE
Traitement des Affections
Rhino-Pharyngiennes
LABORATOIRE ROGER BELLON
(GAMBÉOL, ACTIPHOS, GLOBIRON,
HÉMOPYLORE "3", RECTOCALCIUM)
78 bis, Avenue Marceau - PARIS (8e)

INTESTARSOL

Granulé

TOXI INFECTION INTESTINALE

PARASITOSES

Laboratoire H. CALAS
162, Rue de l'HAY
GENTILLY (Seine)

RECONSTITUANT GLOBULAIRE
MÉTHODES de WHIPPLE et de CASTLE

OPOFERROL

Extraits hémopoïétiques de FOIE DE VEAU
d'ANTRE PYLORIQUE de PORC, de RATE
OXYHÉMOGLOBINE

★

TOUTES LES ANÉMIES
de l'ENFANT et de l'ADULTE
quelles qu'en soient les origines

★

AMPOULES BUVABLES

ENFANTS . . . 3 cc. 1 à 3 par jour
ADULTES . . . 10 cc. 1 à 3 par jour

LABORATOIRES L'OPOCALCIUM
96, Rue Orfila — PARIS-XX•

AÉROCID
Aérophagie
Aérocolie
CACHETS ET COMPRIMÉS

AQUINTOL
Coqueluche
Toux spasmodique
EN GOUTTES

HEP'ACTI
anciennement HEPASÉRUM
Méthode de Whipple et de Castle
Tréphones embryonnaires amino-acides
AMPOULES DE 10 cc

OPOCÉRÈS
Simple et vitaminé
Fortifiant
biologique général
AMPOULES BUVABLES
COMPRIMÉS FRIABLES

LABORATOIRES DE L'AÉROCID
20, rue de Pétrograd, PARIS (8e)

CARBONEX
MAGNÉSIE SOUFRÉE



ESTOMAC ★ FOIE ★ INTESTIN

NOUVELLE SYNERGIE
PHARMACO-DYNAMIQUE

LABORATOIRES BIOS
10, Rue Vineuse PARIS16e

4° Des sources puissantes de rayons gamma très durs et de neutrons rapides et lents pourront également être utilisées à partir de la multitude des radio-éléments qui prennent naissance lors de la rupture de l'uranium 235 (ou de celle du plutonium ou de tout autre radio-élément artificiel), aussitôt que les progrès de la technique permettront un freinage de la réaction et son utilisation industrielle. Les « piles » à uranium à « modérateurs » de graphite, de cadmium ou d'acier au bore, permettront ainsi de fabriquer en grande quantité des éléments radio-actifs artificiels nécessaires à la biologie (éléments radio-actifs tracants ou radio-indicateurs) et au traitement des cancers. On peut ainsi prévoir que les centres anti-cancéreux de l'avenir ne seront pas éloignés des centres atomiques.

5° Enfin, de nouveaux appareils appelés « **bêtatrons** », véritables « cyclotrons à électrons », ou encore des **bêta-synchrotrons** (appareils moins coûteux, moins encombrants et d'un meilleur rendement) susceptibles d'accélérer des négatons avec une énergie de **100 à 500 millions d'électron-volts**, constitueront des foyers autrement puissants que ceux du radium naturel. Dirigés sur des anticathodes puissamment refroidies, ils donneront naissance à des rayons X d'une énergie telle qu'ils ne pourront plus être comparés qu'à des rayons gamma très durs ou même à des rayons infra-cosmiques. En raison de l'intensité de l'effet Compton, les doses que reçoivent les tissus irradiés par ces rayons « hyper-gamma » sont souvent plus élevées en profondeur qu'en surface, phénomène qui constitue un renversement complet des notions actuelles sur la décroissance classique en profondeur des rayons X et gamma.

SOCIETE DE MEDECINE DE NANCY

Un cas de radiodermite ulcéreuse cancérisée de la face d'apparition tardive. — MM. P. Florentin, P. Jacob, A. Hun et **Martin** présentent l'observation d'un malade atteint de radiodermite ulcéreuse cancérisée symétrique des deux joues apparut après une longue période de latence. Malade traité en 1924 pour sycosis de la face par rayons X en 3 champs, deux séances d'un quart d'heure sur chaque champ à 8 jours d'intervalle à feu nu, 48 heures après la première séance, épilation presque totale. En 1930, ulcération de la joue gauche qui cicatrise spontanément en 7 mois ; la peau devient sèche et craquelée, en février 1945 ulcération de la joue droite qui a actuellement 9 cm sur 6 à fond bourgeonnant, d'aspect néoplasique.

A gauche, ulcération ovalaire apparue depuis un mois, de 6 cm de diamètre, d'aspect torpide et banal sauf au niveau de la partie supéro-interne d'aspect bourgeonnant et friable. La peau autour de ces ulcérations a un aspect nacré atrophique.

Les biopsies pratiquées au niveau des bords donnent comme résultat : épithélioma spinocellulaire à droite et à gauche.

Cette observation est intéressante du fait de sa rareté, de ses particularités et des problèmes qu'elle pose.

1° Son apparition est due à un excès de dose.

2° La période de latence de la cancérisation est longue.

3° Les deux ulcérations sont cancérisées de façons inégales, bien que les premières lésions soient apparues à gauche, les lésions gauches sont les moins accentuées.

4° Au sujet de cette observation se pose le problème de la cause de la cancérisation, de sa longue période de latence sans réactions immédiates.

Parmi les nombreux traitements proposés, les auteurs pratiquent une diathermo-coagulation des zones néoplasiques dépassant largement la limite des lésions, se proposant après chute de l'escarre de traiter par contacthérapie les ulcérations restantes, dans le cas où la diathermo-coagulation n'aurait pas exercer une action suffisante.

SOCIETE FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Filiale Lyonnaise

Curieuse contamination syphilitique familiale

M. A. Pambon

Il s'agit de huit enfants italiens nés en France, mais expulsés en 1940, qui sont rentrés récemment à Lyon, après avoir séjourné plusieurs mois dans un camp de concentration près de Gênes, où les objets les plus usuels leur faisaient défaut. Sur huit enfants de la même famille, entre 6 et 18 ans, sept sont atteints de plaques muqueuses buccales ulcérées, végétantes, largement étalées sur les lèvres et la langue, et présentent une sérologie très positive pour les trois réactions. Ils ont pu franchir la frontière, sans que les services sanitaires se soient inquiétés de ces lésions particulièrement contagieuses.

Thrombo-phlébite du clitoris et d'une petite lèvre avec hématurie, probablement prémonitrice d'une gangrène aiguë foudroyante des organes génitaux, guérie par la pénicilline.

(MM. H. Thiers, J. Racouchot et Moindrot)

Femme de 20 ans ; gonococcie traitée et guérie il y a trois mois ; pendant deux jours, petit état infectieux latent avec malaises vagues et lassitude dans la nuit, hématurie vésicale ; malade examinée le lendemain matin avec lésion ecchymotique et œdémateuse du clitoris et de la petite lèvre gauche ; aspect prégangréneux, perception d'un cordon thrombosé dans la petite lèvre ; la pénicilline amène une guérison spectaculaire.

Un succès de la pénicillinothérapie dans un cas grave de maladie de Ritter.

(MM. E. Griveaud et J. Achard (de Clermont-Ferrand)

Le bilan contradictoire de la pénicillinothérapie incite les auteurs à porter à l'actif de cette thérapeutique le cas d'un nourrisson de quatre semaines, arrivé dans un état alarmant : teint cireux, amaigrissement intense, cyanose, hypothermie, décollement épidermique englobant tout le corps, sauf la face (une seule bulle au niveau de la commissure labiale droie).

Pénicillinothérapie immédiate : 800.000 unités (voie intramusculaire), 200.000 unités (pulvérisations).

Résurrection véritable en trente-six heures.

Dix jours après, l'enfant est ramené de nouveau dans le service. Il a contracté, auprès de sa mère, qui, entre temps a présenté un impétigo de la face, des streptococcides bulleuses qui guérissent par le seul traitement local.

Un cas de pemphigus aigu fébrile grave

(MM. E. Griveaud et J. Achard
(de Clermont-Ferrand)

Homme de 24 ans, bien portant jusque-là, qui présente brusquement le 25 septembre 1945 un érythème de la face et du thorax avec température à 40°. En quelques heures, apparition de bulles hémorragiques sur cet érythème qui devient rapidement purpurique, s'étendant à tout le corps. Apparition d'heure en heure de nouvelles bulles sur les téguments et sur les muqueuses. Etat général très grave avec température à 40°, délire, splénomégalie. Mort en moins de cinq jours.

Sarcoptes casaniers

(MM. E. Griveaud et J. Achard
(de Clermont-Ferrand)

Après les milliers de cas de gale suivis ces dernières années, les auteurs en croyaient connaître à peu près toutes les variétés.

Ils ont cependant observé le curieux fait suivant :

Un jeune homme de 16 ans, à tégument normal, présentait, en tout et pour tout, un immense sillon, faisant à 2 millimètres près, le grand tour de l'ombilic ; un autre sillon d'axe à peu près rectiligne, à la région axillaire antérieure, de 4 cm. 50 de longueur. Ces sillons contenaient tous deux acares et œufs. Ces deux lésions étaient très prurigineuses. Sur le reste du corps, pas le moindre sillon aux points d'élection, pas la moindre lésion de grattage, pas le moindre prurit, même nocturne. L'affection durait ainsi depuis six mois, sans que le « patient » ait fait aucun traitement, bains compris.

Curieuse contamination syphilitique familiale

(MM. E. Griveaud et J. Achard
(de Clermont-Ferrand)

Quatre enfants (10 ans 1/2, 4 ans, 22 mois, 7 mois) de la même mère atteints de syphilis évolutive avec sérologie positive et lésions cutanéo-muqueuses de syphilis secondaire, chez trois d'entre eux, le quatrième âgé de 7 mois n'ayant que des signes d'hérédo-syphilis manifeste. L'aînée avait en plus un accident primitif de l'amygdale et paraît s'être contaminée en préparant les biberons de ses sœurs. La mère ne présente qu'une sérologie très positive. Rien du côté paternel.

LA PRESSE

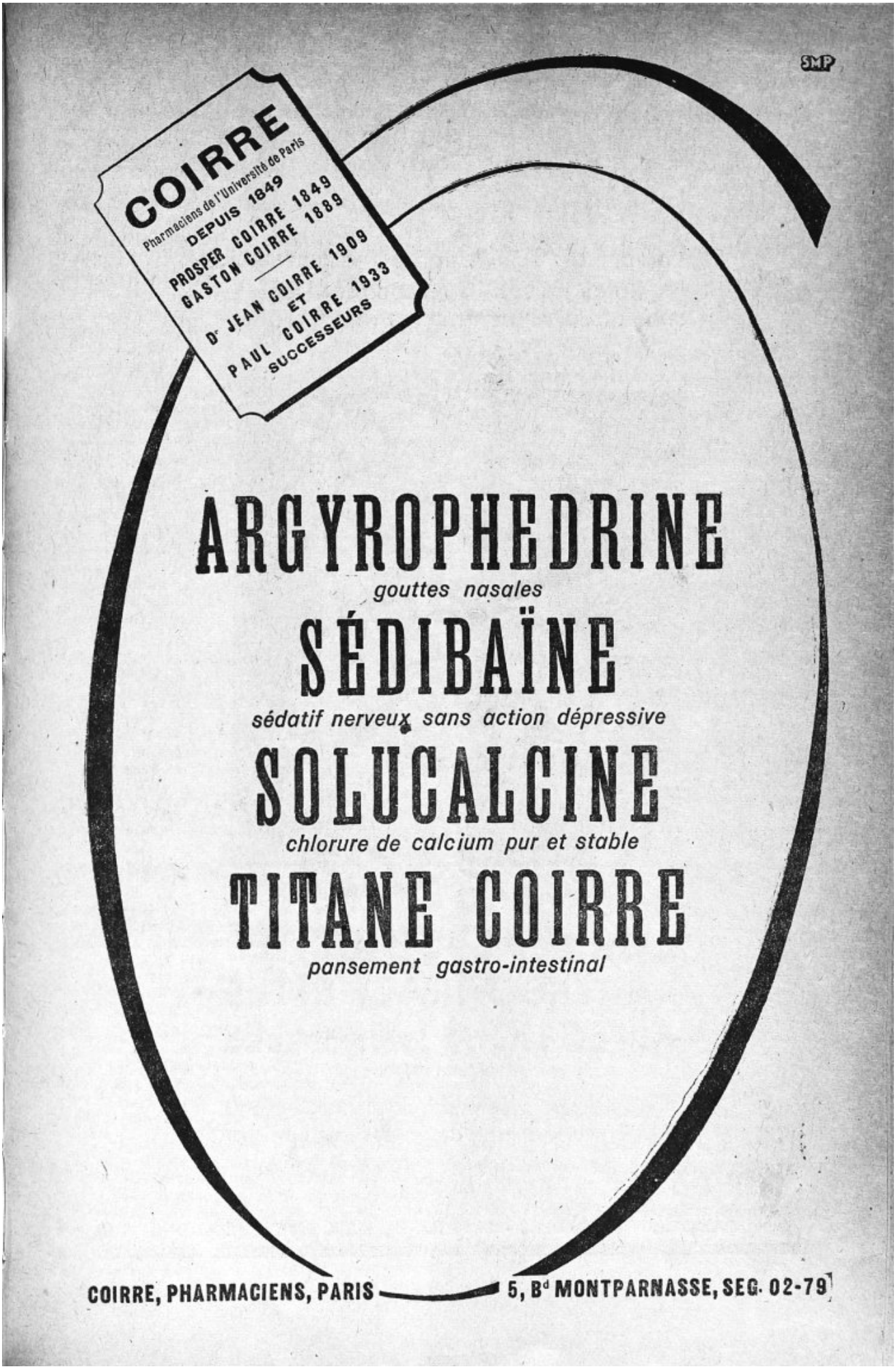
Les asthmes à dyspnée d'effort exclusive. — Il s'agit, d'après l'étude de MM. Jacquemin, I. Turaf et leurs collaborateurs d'une variété d'asthme apparaissant uniquement à l'effort. Cet état peut succéder à une phase plus ou moins prolongée d'asthme classique, avec des crises intermittentes, qui ne laissent entre elles aucune perturbation respiratoire. Parfois encore la dyspnée d'effort s'installe insidieusement, lentement, progressivement chez un bronchitique chronique ou après des épisodes répétés de trachéo-bronchite descendante, ayant succédé ou non à une tuberculose patente. On pense d'autant moins à l'asthme qu'aucune crise du type asthmatique classique peut ne jamais se manifester. Dans ces conditions, on invoquerait plus volontiers des facteurs mécaniques de sclérose pulmonaire ou même de dilatation du cœur.

La plupart des malades observés étaient âgés de 40 et 50 ans ; ils se présentaient comme atteints de « bronchite chronique ». Très probable est l'intervention d'une tuberculose fibreuse bénigne à l'origine de ces formes, comme d'un grand nombre d'asthmes de l'adulte. Ce rôle a été prouvé par le test tuberculinique, qui développe des réactions cutanées anormalement vives, avec ou sans réactions générales intenses, ainsi qu'une augmentation considérable du taux de l'expectoration dans les 48 heures, qui suivent l'injection de tuberculine, et même une accentuation de la dyspnée d'effort. Aussi la majorité de ces malades a-t-elle pu être améliorée par l'aurothérapie initiale intraveineuse, suivie de la tuberculinothérapie sous la protection d'un vésicatoire à demeure ; pareil cautère amortit les réactions générales et hépato-digestives, et il semble avoir une influence des plus heureuses sur le syndrome asthmatique lui-même ; dès que l'exsudation cutanée s'établit régulièrement, les manifestations respiratoires vont rapidement s'apaisant, renforçant considérablement l'action de la tuberculinothérapie. Ainsi les accès paroxystiques peuvent faire totalement défaut chez des asthmatiques authentiques, et le critère de l'éosinophilie n'est pas infaillible. Enfin, correctement traité, cet asthme ne comporte pas le pronostic décevant de l'emphysème ou de l'insuffisance cardiaque, avec lesquels on a trop souvent tendance à les confondre. (« Paris Médical », 10 août 1946.)

A propos d'une période de latence exceptionnellement longue chez un paralytique général non traité. — C. A. Pierson rappelle qu'il est possible, lorsqu'on examine pour la première fois un paralytique général, de découvrir dans un passé lointain du malade des stigmates de déraison, au milieu d'une vie quasi-normale ; ce passé peut s'étendre à une période de plus de dix ans avant les manifestations apparentes, qui motivent le premier examen médical. Témoin le sujet, qui motive cette communication intitulée « Le Diamant et la Couronne » ; celui-ci se fit recouvrir ainsi les dents d'or, de platine et de diamants, pour extérioriser ainsi sa richesse. (« Maroc Médical », mai 1946.)

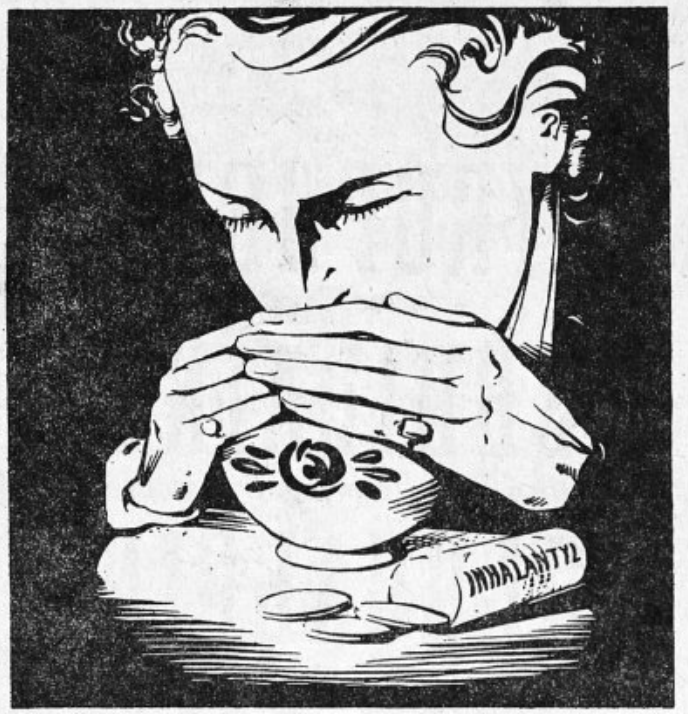
Les lésions oculaires par simple déplacement d'air au passage d'une balle. — M. P. Bonnet rappelle que la déflagration d'obus peut déterminer une chorio-rétinite traumatique. Mais il en est de même, chose rare, par le passage d'une balle devant les yeux. Le blessé avait été atteint par une rafale de mitrailleuse en plusieurs endroits du corps : poignet droit avec amputation de l'avant-bras au tiers inférieur ; plaie de la main gauche et de la cuisse gauche. Mais, de plus, une balle, passant tangentiellement devant les yeux et éraflant les téguments de la racine du nez, avait provoqué un éclatement du globe oculaire gauche, suivi d'énucléation. (« Lyon Médical », 21 juillet 1946.)

G. F.


SMP
COIRRE
Pharmaciens de l'Université de Paris
DEPUIS 1849
PROSPER COIRRE 1849
GASTON COIRRE 1889
Dr JEAN COIRRE 1909
ET
PAUL COIRRE 1933
SUCCESSEURS
ARGYROPHEDRINE
gouttes nasales
SÉDIBAÏNE
sédatif nerveux sans action dépressive
SOLUCALCINE
chlorure de calcium pur et stable
TITANE COIRRE
pansement gastro-intestinal
COIRRE, PHARMACIENS, PARIS
5, Bd MONTPARNASSE, SEG. 02-79

INHALANTYL

Comprimés solubles à base d'essences végétales balsamiques, antiseptiques, sans alcool ni menthol, p: inhalations.



CORYZAS – SINUSITES
LARYNGO-TRACHEITES
AFFECTIONS GRIPPALES

1 ou 2 comprimés p: bol ou inhalateur eau très chaude. 3 inhalations de 5 minutes p. jour

LABORATOIRE FIDES - 14, RUE DE LA COMÈTE, PARIS

PARTIE PROFESSIONNELLE

PROPOS DU JOUR

CONFÉRENCE DE PRESSE AU CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE

Monsieur le président Portes a exposé, le 31 octobre dernier, les questions mises à l'ordre du jour de la session du Conseil National qui s'est tenue du 17 au 20 octobre. Le Conseil a délibéré sur les résolutions préparées par ses diverses sections.

La 1re section n'a pu que constater le retard injustifiable apporté à la publication du Code de déontologie. Le Conseil s'élève à son tour avec vigueur contre cette manifestation de négligence ou de mauvaise volonté qui empêche le fonctionnement normal de la juridiction professionnelle. Nous signalons à nos lecteurs que les Pouvoirs publics sont, ici, directement en cause. Depuis le printemps dernier, il dépend uniquement d'eux que le Corps médical soit en possession du texte qui doit régir son activité professionnelle. Ces atermoiements lui portent un préjudice certain en faisant obstacle au règlement équitable de certains conflits et en prolongeant l'incertitude, le désordre où se débattent les Cours juridictionnelles.

Le Conseil National a décidé à l'unanimité de réunir dans la deuxième quinzaine de novembre, *que le Code ait paru ou non*, les présidents et secrétaires des Conseils régionaux pour procéder à une étude en commun du Code, article par article et fixer les modalités d'application.

On ne peut qu'applaudir à cette initiative amplement justifiée par la défaillance des Pouvoirs publics.

Une commission a été désignée pour prendre acte de l'interdiction de la dichotomie prononcée par le Code de déontologie et étudier les modalités d'une rétribution équitable du médecin traitant, en tenant compte du service rendu et des responsabilités encourues.

En matière de répression de l'avortement individuel, le Conseil National a décidé de demander l'extension à tous les organismes de soins du registre de contrôle actuellement exigé des maisons d'accouchements. D'autre part, une condamnation pour avortements étant diffamante et retentissant gravement sur la situation matérielle du médecin, il est souhaitable que, chaque fois qu'un médecin est inculpé sur ce chef d'accusation, le dossier soit communiqué à l'Ordre, soit pour que celui-ci se porte partie civile si la culpabilité est établie ou coopère à la défense en cas contraire. Une intervention sera faite dans ce sens auprès du garde des Sceaux.

Il a été reconnu que dans les affaires d'exercice illégal mieux vaut ne constituer qu'une seule partie civile pour obtenir plus d'efficacité. Le Conseil propose à la Confédération des syndicats médicaux, la création de commissions mixtes Ordre-Syndicat, chargées d'instruire les affaires de cette sorte. L'Ordre se porterait partie civile et les dommages-intérêts seraient ventilés entre le Conseil départemental et le Syndicat.

La licence de remplacement, établie par un précédent Conseil, n'a guère reçu d'application effective. Son utilité s'étant cependant démontrée dans la pratique, le Conseil fera imprimer un modèle qu'il adressera aux Conseils départementaux.

Quelques points de doctrine ayant été soulevés par le Dr Oberlin, un projet sera établi par le Conseil et soumis par lui aux Conseils départementaux.

Le Conseil s'est, ensuite, occupé de la liaison intérieure entre les divers échelons de l'Ordre puis entre l'Ordre et le public médical.

Deux systèmes sont envisagés : l'un, convenant seulement aux départements qui comprennent un grand centre, comporte la création d'un bulletin mensuel mixte Ordre-Syndicat adressé à tous les confrères. Ce bulletin pourrait être édité avec l'appoint d'une publicité contrôlée par l'Ordre. L'autre système, convenable pour les départements ou régions à faible population, généraliserait une pratique dont les Hautes-Pyrénées ont pris l'heureuse initiative : le Conseil départemental adresse à tous les confrères, une circulaire où il expose son activité et résume les travaux du Conseil National.

La 2e section, après avoir fait approuver à l'unanimité par le Conseil l'exposé du budget que présentait le Dr Larget, trésorier, propose de maintenir pour 1947, le taux de cotisation admis pour 1946. Le Conseil adopte cette proposition. (Rappelons que la faculté est laissée aux Conseils départementaux de fixer la cotisation départementale à un chiffre variable entre 1.000 et 1.500 francs.)

Il est décidé que, pour les médecins âgés n'ayant plus qu'une activité réduite, les Conseils départementaux pourront, après examen de chaque cas particulier, consentir une réduction de la cotisation allant jusqu'à 50 %.

Les médecins âgés et n'exerçant plus pourront demander l'honorariat et fixer eux-mêmes leur cotisation ou même n'en verser aucune.

Dans leur première année d'installation, les jeunes médecins seront exonérés.

Enfin, les médecins saisonniers paieront une cotisation unique et dans le département au tableau duquel ils sont inscrits.

Le Conseil a étudié les moyens de généraliser à tout le territoire, le timbre et le carnet-certificat. Il projette d'attribuer les trois quarts des ressources créées aux Conseils départementaux et un quart au Conseil National pour leurs œuvres d'entraide.

Pour se conformer à la loi, le Conseil a entrepris le contrôle des finances des Conseils départementaux, contrôle purement comptable, laissant les Conseils départementaux entièrement libres de leur politique financière.

Par un vote d'unanimité, le Conseil a adressé ses

remerciements aux médecins suisses, et notamment au Dr d'Ernst, qui ont organisé l'hébergement gratuit pendant trois mois, de 154 enfants de médecins français. Ces enfants ont été reçus dans des familles de médecins suisses ou des homes d'enfants. La noblesse généreuse de ce geste ne surprend personne en France car, tout au long de cette guerre, la Suisse nous a montré un visage réellement fraternel. Il nous est agréable de pouvoir exprimer à des confrères suisses, la gratitude et la déférence que nous avons voués à leur pays : cette guerre qui en a abaissé tant d'autres, a grandi le leur.

En faveur des orphelins de médecins, le Conseil a décidé de verser 2 millions à la caisse de secours. Il en aurait fallu 6. Des dons généreux ont été faits par les Drs Larget, Lamare et Payer.

Le Conseil s'est associé au vœu du Conseil départemental de la Seine, demandant le rétablissement de la Caisse d'allocations familiales des professions médicales.

Enfin, la retraite est revenue une fois de plus à l'ordre du jour.

Le projet préparé par le Conseil National précédent et adopté par le Conseil actuel, ne peut entrer en vigueur que si une loi en décide ainsi. Il faut donc maintenant attendre que le nouveau parlement soit réuni et puisse délibérer sur la question. Il ne le pourra pas, selon les pronostics les mieux informés, avant février prochain.

Le président demande alors au Conseil de fixer définitivement sa position pour réaliser l'entraide : soit créer une organisation nouvelle, soit en charger les œuvres déjà existantes en stipulant un contrôle effectif de l'Ordre. Cette solution est adoptée à l'unanimité par le Conseil qui charge son président d'entrer en contact avec les représentants des diverses œuvres.

Ici se pose une question importante : quelle fonction aura l'œuvre d'entraide médicale vis-à-vis du plan de Sécurité sociale qui prévoit d'englober la population entière au 1er janvier prochain ? Aucune précision n'a encore été obtenue jusqu'à présent. Pour le moment, les perspectives ne semblent pas favorables à une exemption des médecins des assujettissements prévus par le plan. En ce cas, l'organisation contrôlée par l'Ordre interviendrait pour fournir un supplément de retraite.

La 3e section a eu en particulier à s'occuper de la qualification des spécialistes. Sur proposition faite par une commission mixte Ordre-Syndicat, le Conseil National a définitivement élaboré les principes sur lesquels il désire que s'établisse la qualification indispensable des spécialités et des spécialistes. Le rapport terminé sera soumis à la Confédération et, une fois l'accord intervenu, le projet général sera communiqué aux organismes professionnels départementaux.

Le Conseil a examiné la nomenclature avec le souci de dépister les points par où elle pourrait être en contradiction avec la charte ou permettre la dichotomie. L'accord de la Confédération sera demandé pour qu'elle intervienne auprès de la commission de réforme de la nomenclature.

Les médecins biologistes ont signalé que leur spécialité était battue en brèche et menacée d'être enlevée à la médecine pour être rattachée à la pharmacie. Le Conseil décide de soutenir la revendication des médecins biologistes tendant à faire réintégrer la biologie médicale dans la nomenclature et à obtenir une réforme du statut des laboratoires. La question est d'une importance doctrinale très grande qui a été soulignée par une intervention récente de l'Académie de médecine ; celle-ci s'est prononcée aussi pour le rattachement de la biologie au domaine médical.

Le projet ministériel concernant la capacité professionnelle des chirurgiens-dentistes a été examiné avec le concours des stomatologistes et accepté avec quelques réserves.

Au cours de la session précédente du Conseil, une motion avait été votée par le Conseil, demandant l'intégration de la médecine de mines dans le cadre des Assurances sociales. Cette motion a été adressée aux ministères intéressés : Santé, Travail, Production industrielle.

Sur proposition du Pr Legrand, le Conseil décide à l'unanimité, de demander la dénonciation des conventions actuellement en vigueur entre la France et les pays voisins, et leur remplacement par de nouvelles conventions. Le texte de celle-ci a été établi par le Conseil ; il sera soumis à la Confédération des syndicats médicaux et aux Conseils des départements frontières. Sitôt l'accord de ces organismes obtenu, le Conseil agira auprès des ministères compétents pour obtenir que la médecine frontalière s'exerce conformément aux principes de la déontologie.

Le président Portes a exposé au Conseil les modalités d'une organisation obstétricale du territoire dont l'urgence se fait sentir, car si la plupart des départements sont actuellement pourvus d'une organisation chirurgicale adéquate, il n'en est pas de même en ce qui concerne l'obstétrique. D'autre part, la législation relative à la lutte contre les maladies vénériennes appelle diverses modifications. Une commission spéciale sera convoquée pour en étudier les modalités.

Enfin, le Conseil a décidé de confier au Pr Villey, de Caen, les études se rattachant à l'équipement hospitalier.

La prochaine session du Conseil National est fixée aux 17, 18, 19 et 20 janvier 1947.

G. Lavalée.

LE CONTENTIEUX ET LA PROCÉDURE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

La Sécurité sociale, dont l'organisation a fait l'objet de l'ordonnance du 4 octobre 1945, constitue un vaste cadre destiné à englober, à absorber et à harmoniser toute la législation sociale autrefois éparse en des lois disparates et d'inspirations différentes. Immédiatement, elle a pris en charge le service des prestations des Assurances sociales, de l'allocation aux vieux travailleurs salariés, des accidents du travail et maladies professionnelles et des allocations familiales et de salaire unique. Mais il était expressément admis que des ordonnances ultérieures procèderaient à l'harmonisation de ces législations.

C'est pour répondre aux intentions du législateur qu'a été votée et promulguée la loi du 24 octobre 1946 (*Journal Officiel* du 25 octobre 1946) sur le contentieux de la sécurité sociale.

Sujet singulièrement aride, et qui, risque fort de lasser la patience de nos lecteurs. Et pourtant ! ces lois de procédure, qui paraissent devoir servir uniquement de pâture aux hommes de chicane ont une importance primordiale. Ce sont elles qui constituent la garantie des droits et des libertés des individus et là où elles font défaut, apparaissent bien vite l'arbitraire et le mépris des droits de la défense.

D'ailleurs (et c'est pourquoi nous avons cru opportun d'aborder la question) la *loi intéressera les médecins directement à plus d'un titre, et notamment pour le recouvrement futur de leurs honoraires en matière d'accidents du travail.*

Dispositions générales

La loi commence par définir la compétence *ratione materiae* de la nouvelle organisation du contentieux de la sécurité sociale.

Cette compétence s'étend d'une façon générale au règlement de toutes les difficultés auxquelles peut donner lieu l'application des législations et règlementations de sécurité sociale et visant soit les bénéficiaires, soit les employeurs, soit les organismes de sécurité sociale. Tous les litiges de cette nature qui ne sont pas expressément réservés par des dispositions légales à d'autres juridictions sont portés devant les juridictions nouvelles.

Le principe directeur étant ainsi posé, suit l'énumération limitative des cas qui continuent à appartenir à d'autres règles particulières de procédure et de compétence, tracées par les lois antérieures.

Ces cas d'exception sont les suivants :

a) Les contestations relatives :

— A l'état du malade en cas de maladie ou de longue maladie ;

— A l'état d'invalidité en cas d'accident ou de maladie, non régis par la législation sur les accidents du travail et à l'état d'inaptitude au travail ;

— Au taux de réduction de la capacité du travail et à la date de la consolidation, en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle ;

— Aux décisions des Caisses régionales de sécurité sociale et de l'organisme central de mutualité sociale agricole concernant le classement des risques, l'octroi de ristournes sur les cotisations et la fixation de cotisations supplémentaires en matière d'accidents du travail ;

— Au contrôle technique sur les praticiens.

Tous ces cas continuent à être régis par les dispositions déjà en vigueur, ou qui seront mises en vigueur ultérieurement, de la législation particulière aux Assurances sociales ou aux accidents du travail.

b) Les recours formés contre les décisions des autorités administratives, ou tendant à mettre en jeu la responsabilité des collectivités publiques à raison de telles décisions, qui doivent, comme par le passé, être soumis aux juridictions administratives compétentes d'après les règles du droit administratif.

c) Les poursuites pénales engagées en vertu des dispositions des législations et réglementations de sécurité sociale et de mutualité sociale agricole, dont la connaissance reste réservée aux Tribunaux répressifs.

Procédure gracieuse préalable

Avant de recourir à toute instance devant les nouvelles juridictions, la loi oblige les parties à soumettre leurs réclamations contre les décisions prises par les organismes de sécurité sociale et de mutualité sociale agricole à une commission de quatre membres, constituée au sein du Conseil d'Administration de chaque organisme. La commission est composée pour moitié d'administrateurs appartenant à la même catégorie que le réclamant, et pour moitié d'administrateurs choisis parmi les autres catégories d'administrateurs, lorsqu'il s'agit d'organismes de sécurité sociale. Lorsqu'il s'agit d'organismes de mutualité sociale agricole, la commission se compose pour parties égales d'administrateurs représentant les salariés ou les employeurs. Dans les caisses primaires centrales, plusieurs commissions peuvent être créées. Par exception, la connaissance de la réclamation peut être transférée, en cas d'accident, à la commission instituée auprès de l'organisme du lieu de l'accident ou encore à celle de l'organisme du lieu de la résidence du bénéficiaire, lorsque celui-ci réside dans une circonscription autre que celle de l'organisme normalement compétent. Le rôle de la commission est en principe purement consultatif ; elle se borne à exprimer un avis au Conseil d'administration qui statue et notifie sa décision aux intéressés. Cepen-

dant, le Conseil d'administration peut déléguer tout ou partie de ses pouvoirs à sa commission ; il n'est alors obligé de statuer lui-même qu'en cas de partage égal des voix au sein de la commission. Si, dans le délai d'un mois à compter de la réception de la réclamation, le Conseil d'administration, ou sa commission substituée, n'a pas fait connaître sa décision, l'intéressé peut considérer sa demande comme rejetée et se pourvoir devant la commission de première instance.

Compétence « ratione loci »

Pour la fixation des règles de compétence *ratione loci* la loi s'est écartée du droit commun.

La juridiction qualifiée pour connaître d'un litige varie suivant la nature du litige ou la qualité du défendeur. Il y a là un élément de complication qui risque d'embarrasser grandement les plaideurs dans la pratique ! En principe, la juridiction compétente est celle dans le ressort de laquelle se trouve le domicile du bénéficiaire ou de l'employeur intéressé, ou le siège de l'organisme défendeur, en cas de conflit entre organismes ayant leur siège dans le ressort de juridictions différentes. Mais aussitôt après viennent les exceptions : compétence est en effet attribuée à la juridiction dans laquelle se trouve : 1° le lieu de l'accident ou la résidence de l'accidenté, au choix de celui-ci, en cas d'accident du travail non mortel ; 2° le dernier domicile de l'accidenté en cas d'accident du travail mortel ; 3° la résidence du bénéficiaire, en cas de différend entre celui-ci et l'employeur.

Juridiction de première instance et d'appel

Après l'échec de la procédure gracieuse préalable, c'est-à-dire après la décision de rejet de la réclamation, prise par l'organisme compétent, ou le silence gardé sur la réclamation pendant le délai d'un mois, l'intéressé peut saisir la juridiction de première instance.

Celle-ci se compose du Président du tribunal civil dans le ressort duquel la commission a son siège, ou d'un juge délégué par lui, président, d'un assesseur représentant les travailleurs salariés et d'un assesseur représentant les employeurs. Lorsque le litige concerne un travailleur indépendant, les assesseurs comprennent : un assesseur représentant les travailleurs indépendants et un administrateur de caisse n'appartenant pas à la catégorie des travailleurs indépendants. Lorsque le litige relève de la législation concernant le régime spécial aux professions agricoles, les assesseurs sont choisis dans ces professions.

Pour chaque commission de première instance il est établi une liste d'assesseurs comprenant, pour chaque catégorie d'intéressés, au moins trois titulaires et trois suppléants. Ils sont nommés pour trois ans et leur mandat est renouvelable. Leurs fonctions sont gratuites ; ils ne peuvent obtenir que le remboursement de leurs frais de déplacement et de séjour et, s'il y a lieu, une indemnité pour perte de salaire ou de gain.

Le secrétariat de la commission est assuré par un fonctionnaire de la direction régionale de la sécurité sociale. Il n'existe pas de représentant du Ministère public auprès de la commission.

Les décisions des commissions de première instance sont susceptibles d'appel devant une commission fonctionnant au siège de chaque direction régionale de la sécurité sociale. Elle se compose d'un conseiller à la Cour du ressort, président, désigné par le premier président de la Cour d'appel, de deux assesseurs représentant les travailleurs salariés, et de deux assesseurs représentant les employeurs. De même qu'en première instance, lorsque le litige concerne un travailleur indépendant, deux assesseurs sont pris parmi les travailleurs de cette catégorie et les deux autres parmi les administrateurs de caisse n'appartenant pas à cette catégorie. Pour les professions agricoles, ils sont tous pris parmi ces professions.

La liste des assesseurs, établie pour chaque commission régionale d'appel, comprend, pour chaque catégorie d'intéressés, au moins six titulaires et six suppléants.

En appel. est adjoint à la commission un commissaire du Gouvernement, dont les fonctions sont exercées, suivant les cas, par le Directeur régional de la sécurité sociale, ou son représentant, ou par le contrôleur des lois sociales en agriculture. Enfin, le secrétariat de la commission régionale d'appel est assuré par un fonctionnaire de la direction régionale de la sécurité sociale et par un contrôleur des lois sociales en agriculture.

Procédure et voies de recours

La procédure organisée par la loi est d'une simplicité extrême et ne nécessite le ministère ni d'un avoué ni d'un huissier.

La commission de première instance est saisie par simple inscription au secrétariat ou par lettre recommandée adressée au secrétaire, dans un délai de trois mois à compter de la date de la notification de la décision attaquée.

De plus, la loi ajoute que la forclusion ne peut être opposée, toutes les fois que le recours a été introduit dans les délais, soit auprès d'une autorité administrative, soit auprès d'un organisme de sécurité sociale ou de mutualité sociale agricole.

En principe, la commission doit prendre sa décision dans le délai d'un mois à compter de la réception de la requête. Mais il est fort probable que ce délai ne pourra toujours être respecté, notamment quand des mesures d'instruction s'avèreront nécessaires. Les parties sont convoquées par lettre recommandée, avec avis de réception, du secrétaire de la commission, quinze jours avant la date de l'audience.

Bien que l'introduction de l'instance soit obligatoirement précédée de la procédure gracieuse préalable, la loi donne encore mission à la commission de première instance d'éclairer les parties sur leurs droits et de faire tous ses efforts pour les concilier ; elle ne doit rendre une décision que lorsque la conciliation n'a pu aboutir.

En cas de défaut du défendeur, l'opposition n'est pas recevable devant la commission de première instance. Celle-ci, enfin, peut ordonner l'exécution provisoire et nonobstant appel de toutes ces décisions. Dans la huitaine du jugement, la notification en est opérée par les soins du secrétaire de la commission à chacune des parties convoquées à l'audience, par lettre recommandée avec avis de réception.

A compter de la réception de la notification, chacune des parties intéressées dispose d'un délai d'un mois pour interjeter appel. L'appel est formé par lettre recommandée adressée au secrétaire de la commission régionale d'appel, ou encore par inscription au secrétariat de la commission de première instance.

Comme la commission du premier degré, la commission d'appel doit, en principe, rendre sa décision dans le délai d'un mois, après avoir entendu le commissaire du Gouvernement dans ses conclusions, et la notification en est faite dans la huitaine par le secrétaire, par lettre recommandée avec avis de réception, à chacune des parties convoquées à l'audience.

Devant la commission de première instance, comme devant la commission régionale d'appel, les parties peuvent comparaître en personne ou se faire représenter ou assister, soit par un ouvrier ou employé, ou par un patron exerçant la même profession, soit par un représentant qualifié des organisations syndicales ouvrières ou patronales, soit par un avocat régulièrement inscrit, au Barreau ou par un avoué de première instance près le Tribunal du ressort. Les avocats et les avoués sont dispensés de procuration.

La commission est tenue de se déclarer d'office incompétente, et de renvoyer l'affaire à la juridiction qualifiée pour en connaître, lorsque le différend porte soit sur l'état du malade, soit sur l'état d'invalidité, soit sur l'état d'inaptitude au travail, soit enfin sur la date de la consolidation.

La commission peut ordonner diverses mesures d'instruction consistant notamment dans la comparution personnelle des parties, l'enquête ou l'expertise. Elle peut charger son président de procéder aux enquêtes.

Les décisions rendues par la commission régionale d'appel peuvent être attaquées par la voie du recours en cassation dans le délai d'un mois, à compter de la notification par le secrétaire de la commission régionale d'appel. Le pourvoi est formé par déclaration au secrétariat de la commission régionale d'appel. Il est notifié au défendeur par les soins du secrétaire.

Pour que les délais de recours impartis, aussi bien pour l'opposition que pour l'appel, ou pour le pourvoi en cassation aient un caractère impératif, il est nécessaire que la décision attaquée fasse mention expresse du délai de forclusion.

Dispositions diverses

En principe, la procédure est entièrement gratuite. Les frais ne peuvent être mis à la charge de la partie perdante que dans le cas où la procédure est manifestement frustratoire.

Un règlement d'administration publique déterminera toutes les mesures nécessaires à l'application de la loi, dont l'entrée en vigueur est prévue pour le 1er janvier 1947.

Mais les accidents du travail survenus avant cette date resteront soumis à la procédure prévue par la législation actuelle. Quant aux accidents du travail agricole, ils ne seront assujettis à la loi nouvelle qu'en vertu d'une loi qui doit adapter la législation les concernant au régime général de sécurité sociale.

Bien entendu, pour couronner l'édifice, sont abrogées toutes les dispositions contraires contenues dans la législation sur la sécurité sociale, sur les accidents du travail et les maladies professionnelles.



La loi du 24 octobre venait à peine d'être promulguée, que le *Journal Officiel* publiait une nouvelle loi du 30 octobre 1946 modifiant de fond en comble la législation sur les accidents du travail et abrogeant notamment l'ordonnance du 19 octobre 1945.

Aux termes de l'article 32 de la loi du 30 octobre 1946, la couverture des frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques et accessoires est supportée par la Caisse primaire de sécurité sociale à laquelle la victime est affiliée, et c'est la caisse qui en verse directement le montant aux praticiens.

Les contestations auxquelles pouvaient donner lieu le règlement des frais médicaux pharmaceutiques et accessoires devaient être portées, en vertu de l'art. 39 de l'ordonnance du 19 octobre 1945, devant le juge de paix du canton de l'accident.

Comme la nouvelle loi sur les accidents du travail s'abstient de poser aucune règle particulière de compétence et de procédure, que ce soit d'ailleurs aussi bien pour les indemnités dues aux victimes d'accidents que pour le règlement des frais médicaux et pharmaceutiques, on doit nécessairement en déduire que le contentieux du règlement de ces frais appartiendra, pour les accidents survenus à partir du 1er janvier 1947 aux juridictions nouvelles de la sécurité sociale.

C'est donc surtout de ce point de vue, essentiellement particulier aux médecins, que la loi du 24 octobre 1946 est susceptible de les intéresser.

Henri MEILLET.



MÉDECINE ET MONDE MODERNE

LA MÉDECINE DU TRAVAIL ET LA LOI DU 11 OCTOBRE 1946

Par le Dr André Gros
Conseiller technique de la Mutualité Française

Le Journal Officiel du 12 octobre 1946 comporte la loi (n° 46.2195) du 11 octobre 1946 relative à l'organisation des services médicaux du travail. Son texte a été publié dans le numéro du 26 octobre dernier de ce journal.

Cette loi doit être connue des médecins-traitants et des médecins-conseils (Sécurité sociale, Caisses de Compensation, Office Public d'Hygiène Sociale, Services médicaux du travail des clubs et des écoles, etc.). Elle peut consolider ou provoquer une orientation vers cette forme d'activité récente de la médecine.

Contrairement à nos habitudes, nous commencerons par faire un bref historique de la Médecine du Travail française, de façon à placer le problème dans le temps par le schéma de son évolution dans notre pays. Nous ne remonterons d'ailleurs pas à Ramazzini, laissant à des maîtres plus classiques ce point de départ traditionnel qu'ils ne manquent jamais de respecter. Nous ferons partir ce problème de la Médecine du Travail d'une période plus récente, correspondant mieux à l'esprit de la Médecine du Travail que nous concevons et que nous avons participé à réaliser.

Depuis l'avènement de l'Ere scientifique, c'est-à-dire depuis un siècle environ, le travail a subi des transformations fondamentales. Les techniques de travail, les lieux de travail, se sont transformés. Les usines se sont multipliées. Les travailleurs ont progressivement changé leurs modes de vie, notamment dans le cadre du travail. Une nouvelle organisation de la société s'est mise en place en une première étape dans un but de production et de profit pour une minorité. Les travailleurs durent peu à peu se grouper et constituer des syndicats, non seulement pour défendre leurs intérêts directs, mais aussi pour participer à l'élaboration et à l'application de règles tendant à adapter les conditions du travail à l'homme, tout en maintenant ou en augmentant un rendement durable, qualitatif et quantitatif. Des chefs d'entreprises, des gouvernements, des hommes privés, de disciplines techniques fort différentes, étudièrent ce problème humain et économique du travail. En France, la loi de 1898 fut le premier texte important protégeant un salarié victime d'*accidents du travail*. Elle fut encore améliorée par des séries de textes législatifs, notamment des textes traitant de l'indemnisation des salariés atteints de maladies professionnelles.

En fonction d'un esprit correspondant à une époque antérieure, ces progrès étaient limités « à la réparation des dommages causés ». Ces textes ne comportaient pas une action générale, animée d'un esprit s'attachant non seulement à codifier une protection financière du salarié en cas d'accident de travail ou de maladie professionnelle, mais encore à élaborer des méthodes d'ensemble propres à défendre totalement le travailleur, l'homme. Le stade de la prévention n'était pas encore atteint. Il sera dépassé par une action totale tendant à l'amélioration de la qualité de l'homme.

Peu à peu, sous l'influence de la loi de 1898 et de ses compléments, les entreprises comportèrent *des infirmeries donnant des soins aux accidentés du travail*. Puis, sous l'impulsion de quelques hommes : Pr Etienne Martin, de Lyon; Pr Duvoir de Paris, Pr Leclercq, de Lille, le problème de l'hygiène du travail fut posé avant la guerre de 1914-1918. Après cette guerre, ces maîtres continuèrent leur action bienfaisante. Une impulsion nouvelle fut donnée dès 1920 par le premier médecin du travail français réel, notre ami le Dr René Barthe, soutenu sur un plan technique par le Dr Feil et quelques médecins. Le Dr Guy Hausser, récemment disparu, eut une action profonde dans tous les milieux, notamment dans le cadre de la Confédération Générale du Travail, pour le développement de la médecine du travail. Notre ami le Dr Eck créa le premier service prototype dans une grande usine de métallurgie Personnellement, après des études médicales faites dans le but de participer à la défense des travailleurs et après une observation directe, durant quatre ans, d'usines et des problèmes de Sécurité Sociale, nous nous joignions à cette action, en 1938, en mettant l'accent sur les rapports entre la Santé publique, la Sécurité sociale et la Médecine du Travail. En 1938, j'écrivais, dans ce même journal, un article traitant d'un aspect de ce problème.

Après 1930 l'enseignement de la Médecine du Travail s'était mis en place et s'améliorait progressivement dans les Facultés de Lyon, Paris, Lille, Nancy. Les publications concernant ce problème se multipliaient. Peu à peu le climat se révélait favorable à l'éclosion de la Médecine du Travail.

Au cours de la première phase 1939-1940 du conflit, les ministères du Travail et de l'Armement participèrent à développer l'esprit propre à cette éclosion. La Commission de Sécurité du Travail dont nous faisions partie, présidée par M. Parodi, alors directeur du Travail — ministre du Travail à la libération et actuellement délégué général de la France à l'O.N.U. — mettait au point *une recommandation des services médico-sociaux du travail*. Nous avions personnellement plaidé la notion d'obligation, mais les syndicalistes étaient encore mal informés du problème et les représentants du patronat avaient obtenu, de la majorité de la Commission, une première étape de recommandation.

Puis, après juin 1940, une action technique permanente, dans le même esprit doctrinal, fut poursuivie au cours des années douloureuses. Après une action médicale dans le cadre du

chômage mise au point par nos amis les Dr Ménétrier et Crépin, l'inspection médicale du travail était créée en 1941. Un texte précisait en juillet 1942 *l'obligation des services médicaux du travail*, sous l'impulsion du Comité permanent de Médecine du Travail créé en 1941, Comité interministériel (Travail, Santé, Production) siégeant au ministère du Travail. Ce comité était présidé dans un magnifique et inattaquable esprit par le Dr Barthe, l'un des médecins français ayant le mieux compris le caractère impérieux d'une action médicale de prévention et de qualité dans le domaine du travail, tout en ménageant la personnalité et les intérêts légitimes du Corps médical français. Dans son rôle difficile et courageux, qui préparait l'avenir de la Médecine du Travail, le Dr Barthe était non seulement assisté par ses camarades de travail : les Drs Eck, Ménétrier, Winter, Bour, Goulène (actuellement médecin-conseil de la Fédération des Textiles à la C.G.T.) et nous-même, mais également de la haute autorité de MM. les Prs Leclercq, Mazel, Parizot et Duvoir.

De très nombreux travaux techniques furent réalisés soit par des médecins du travail qui constituent aujourd'hui l'armature fondamentale de la Médecine du Travail française, soit par des groupes privés de médecins, soit par des établissements publics, notamment par l'ex-Fondation Française pour l'Etude des Problèmes Humains (Dr Alexis Carrel).

♣

La Médecine du Travail française a progressé au cours de ces années et a définitivement acquis droit de vie. Le Pr Carozzi, du Bureau International du travail, ne nous déclarait-il pas en 1945 qu'elle était à l'avant-garde sur le plan international ? Après les remous passionnels et les mises au point que comporte l'histoire de France accélérée que vit notre génération, l'inspection médicale du travail continue une action soutenue par le Comité Permanent de Médecine du Travail. Au fur et à mesure d'une reprise économique française, le développement de la Médecine du Travail se poursuivra en démultipliant son action technique et psychologique et en s'intégrant dans une politique de défense de la population française (... lorsqu'elle existera !).

Son développement sera puissamment aidé par le texte « de confirmation » du 11 octobre 1946, mis au point notamment par le grand syndicaliste qu'est M. Ambroise Croizat, secrétaire général de la Fédération des Métaux (Confédération Générale du Travail). La loi du 11 octobre 1946 confirme le texte paru en juillet 1942 *quant aux modalités techniques impliquées dans ce texte et quant aux importants résultats auxquels il a permis d'aboutir*. Elle est satisfaisante dans son ensemble. Nous y sentons tout particulièrement l'esprit élevé et la compréhension indépendante de M. le Pr Mazel.

Cette loi précise — d'ailleurs assez mal — le rôle du « médecin du travail », terme désormais officiel. Nous ne nous étendrons pas sur ce rôle, précisément décrit en de multiples publications et dans ce journal. Toutefois, nous tenterons de le schématiser de façon à faire sentir un certain esprit que nous ne percevons pas complètement dans le texte de loi commenté aujourd'hui :

— Action technique de protection de la santé du travailleur en surveillant non seulement les risques de contagion et les conditions d'hygiène du travail, mais *les conditions de travail* dans leur ensemble sous l'angle psycho-physiologique (prévention et maintien de la qualité du travailleur) nécessitant la présence du médecin du travail à l'atelier. Importante notion, au point de vue psychologique, des contacts permanents avec le travailleur dans le milieu même du travail. La loi n'a pas osé préciser complètement cet aspect capital, mais précise toutefois d'une façon trop restreinte que le rôle du médecin « consiste à éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail » ;

— Action technique de l'examen médical d'embauche. Un point capital n'est pas précisé : but fondamental d'orientation et non de sélection des hommes en fonction d'une part des postes et des rythmes de travail, d'autre part, de l'état des candidats;

— Action technique des examens de santé systématiques — annuels ou renouvelés dans certains cas précis — permettant prévention, orientation. Le terme capital *examen de santé* devrait être inclus dans le texte ;

— Action technique s'attachant plus aux responsabilités physiologiques, psychologiques, prépathologiques que pathologiques, s'harmonisant avec les diverses techniques de l'entreprise : ingénieurs, maîtrise, syndicalistes, chefs d'entreprises — quotidiennement à l'atelier, fréquemment dans les Comités d'entreprises..... et même dans les Comités mixtes à la Production.

— Action technique se transposant soit dans des services médicaux à temps complet de grandes usines, soit dans des services médicaux « communs à plusieurs entreprises » — aux « frais répartis proportionnellement au nombre des salariés » — services médicaux inter-entreprises soit professionnels, soit le plus fréquemment, interprofessionnels.

La loi laisse prévoir *avec juste raison en général que le diplôme de médecin-hygiéniste du travail* sera obligatoire pour l'exercice des fonctions de médecin du travail. Nous espérons que cette disposition légale sera compatible avec l'équilibre à établir entre le développement des services médicaux du travail et les réelles possibilités d'une *véritable formation des médecins du travail* dans les Facultés de Médecine. Nous croyons qu'il est nécessaire de mettre l'accent sur un aspect capital de la Médecine du Travail : *L'enseignement donné en médecine du travail* s'est depuis quelques années beaucoup amélioré. Mais il a encore trop tendance à former des hygiénistes au lieu de former des hommes, c'est-à-dire des techniciens connaissant non seulement « l'hygiène du travail » mais aussi l'usine, la machine, l'ouvrier et sa psychologie — des hommes animés d'une foi, d'un idéal de vie, capables d'un rayonnement et incapables — sur-

tout dans des fonctions importantes — de sectarisme.

Foi, Rayonnement et Idéal qui doivent provenir non seulement du candidat-médecin du travail, mais aussi et surtout *des éducateurs* et des méthodes d'enseignement qui doivent comporter non seulement des cours théoriques, mais aussi des contacts directs et permanents avec la vie, l'usine, la machine, l'ingénieur, le contremaître, le chef d'entreprise, l'ouvrier, le syndicaliste.

La loi semble vouloir, dans son ensemble, limiter — avec juste raison — le rôle de médecin du travail aux médecins consacrant toute leur activité à cette fonction. Toutefois, il devra être tenu compte :

1° De l'insuffisance actuelle du nombre de médecins — même diplômés — présentant les qualités nécessaires ci-dessus indiquées ;

2° Des fonctions actuelles remplies parfois fort bien par des médecins-traitants, dans certaines entreprises ;

3° Des fonctions de médecin du travail que l'on devra obligatoirement confier à des médecins-traitants locaux dans des localités isolées ne comportant qu'une usine peu importante ou qu'un ensemble *d'usines* insuffisantes pour réaliser un service médical inter-entreprises à temps complet (aspect capital de la loi du 11 octobre 1946).

Cette loi présente un double intérêt pour le Corps médical :

1° Elle offre aux médecins — notamment aux jeunes médecins — un débouché professionnel, vivant, original, correspondant à une fonction nouvelle : *celle d'un véritable ingénieur de l'homme*. Précisons d'ailleurs qu'à cette fonction correspond désormais une *rémunération importante* — codifiée (arrêté du 15 mars 1946) par le ministère du Travail et représentant approximativement la rémunération maxima des chefs de service des entreprises. Elle ne correspond pas à une « fonctionnarisation ». Elle représente une profession nouvelle — nécessitant des études médicales complétées par une spécialisation. Métier comportant des responsabilités et comparable à celui d'un ingénieur, d'un chef de service d'une usine ;

2° Elle représente pour le Corps médical, *dans sa codification actuelle*, la certitude que le médecin du travail n'est pas un concurrent, puisque son action est préventive. Seul l'avenir précisera le sens réel de ce mot. Cette action n'implique-t-elle pas techniquement et psychologiquement la nécessité de certains petits soins préventifs ? Nous n'avons pas à répondre à cette question. Il s'agit là d'une position gouvernementale déterminant les rapports à établir entre les diverses solutions économiques, psychologiques et politiques du problème de la population française et le rôle du Corps médical français. Nous sommes certains que cette question évoluera dans un double courant qui provoquera des réactions à observer pour aboutir à une position doctrinale encore indéterminée.

***

En conclusion, nous pensons que la loi du 11 octobre 1946 relative à l'organisation des services médicaux du travail est un texte utile qui comporte en lui une fécondité certaine, puisque cette loi traite de la défense de l'homme dans la civilisation industrielle. Elle participe à un plan d'ensemble encore désordonné mais qui s'enrichit en matériaux. Elle tente d'adapter l'homme à cette civilisation. Elle tente de réaliser dans le domaine du travail une action propre à maintenir et améliorer la qualité de la population française. Elle vient compléter le mécanisme de protection de pré et post-maternité, scolaire, d'apprentissage, prénuptiale. Elle vient compléter l'action des services de main-d'œuvre, de l'O.P.H.S. et de toute l'organisation médicale curatrice que représentent les médecins-traitants, les chirurgiens, les spécialistes, les hôpitaux, les dispensaires, les préventoria, les sanatoria. Elle s'intègre, sans en dépendre directement, dans le plan de Sécurité sociale qui s'élabore et tente la mise au point de son application. Elle s'articule avec la politique d'examens de santé — si combattue jusqu'alors — dont nous sommers fier d'avoir été en France l'un des premiers défenseurs. Politique mise au point sous son aspect législatif par notre ami Pierre Laroque, directeur de la Sécurité sociale, en liaison avec le ministère de la Santé Publique, par un arrêté paru au *Journal Officiel* du 25 juillet 1946. Dans un but de Sécurité Sociale, c'est-à-dire de bilan et de prévention, cet arrêté tend à coordonner les examens de santé pratiqués à la maternité, à l'école, à l'apprentissage, à l'usine (arrêté du 19 juillet 1946).

Dans la Société nouvelle qui s'édifie, la loi du 11 octobre 1946 confirme une fonction nouvelle pour les médecins. Elle donne au Corps médical une occasion supplémentaire de participer directement à des formes générales d'activités techniques et psychologiques qui lui échappent encore trop fréquemment.

Cette loi précise la nécessité de spécialisations progressivement qualifiées, notion nécessaire dans le domaine général de la médecine française.

Elle tend à préciser les rôles respectifs et complémentaires de deux grands types d'activités médicales : curatrices et préventives.

Enfin elle participe à enrichir la technique de l'Homme. Elle favorise l'étude des problèmes économiques du point de vue des travailleurs et de la Société elle-même. Elle fait triompher dans les faits la longue et dure action de certains médecins. Elle renforce une construction aux bases de laquelle ils ont travaillé passionnément et dont ils surveillent la montée avec vigilance, sous l'impulsion d'architectes et de maçons fort différents et fort inégaux.

CHRONIQUE DE L'AUTOMOBILE

LE XXXIIIe SALON DE L'AUTOMOBILE

S'il est vrai que la « voiture du médecin » doit être une voiture économique à l'achat — et surtout à l'usage — en restant un véhicule confortable, sûr, prêt à prendre la route à tout moment, on peut dire que le dernier Salon de l'Automobile, qui s'est tenu récemment à Paris, pour la première fois depuis 1938, fut le Salon de la « voiture du médecin ». En fait, ce fut un Salon — tout au moins en ce qui concerne la plupart des nouveaux modèles — capable d'intéresser tous ceux qui ont besoin d'une automobile « de service » beaucoup plus que d'une voiture « de tourisme », et il aurait certainement comblé bien des vœux s'il avait été, outre un Salon technique — ou, plus exactement, de prototypes — un Salon commercial, où l'on puisse passer commande sans entraves. Hélas ! chacun sait qu'à l'heure actuelle la production de nos usines d'automobiles est loin de pouvoir satisfaire les besoins essentiels du pays... et que, pour comble, la plupart des véhicules fabriqués s'en vont à l'étranger. Il nous faudra attendre le Salon de l'année prochaine pour pouvoir acheter avec quelque facilité... si, d'ici là, rien ne vient ruiner les espérances que nous ont données les constructeurs.

Ce Salon des prototypes fut peut-être, après tout, un Salon des promesses. A ce double titre, il mérite bien l'attention que des centaines de milliers de visiteurs lui ont accordée.

Voitures économiques

La rareté de l'essence et son prix élevé devaient naturellement inciter les constructeurs à rechercher au plus haut point l'économie de consommation. Ils ont atteint leur but en réalisant des voitures légères, aérodynamiques, pourvues de petits moteurs à haut rendement et à régime rapide. Il n'y a là, dira-t-on, rien de bien nouveau, ces grandes lois de l'économie d'exploitation d'un véhicule sont connues depuis longtemps. Certes, mais la mise en application de ces principes fondamentaux se distingue par des conceptions ingénieuses, des techniques parfois révolutionnaires, et c'est en cela que réside l'originalité de la voiture économique, modèle 1947.

⁂

Sans entrer dans des détails de construction qui sortiraient du cadre de cet article, nous remarquerons, par exemple, qu'en matière d'allègement deux formules se partagent la faveur des constructeurs. La première consiste dans l'emploi quasiment généralisé des alliages d'aluminium et même de magnésium ; la seconde dans l'utilisation des métaux « classiques », tôles et profilés d'acier en recherchant des solides creux extrêmement résistants sous un faible poids.

La 3 CV Dyna-Panhard, avec son châssis massif en Alpax, (les tôles et profilés en alliages légers étant réservés à peu près exclusivement à la construction de la carrosserie), nous offre un bel exemple de l'emploi extrêmement étendu des alliages de fonderie à base d'aluminium (poids total de la voiture à vide : 475 kg.) ; et la 1.100 cm³ Georges Irat donne un exemple non moins frappant de l'utilisation sur une très grande échelle, des alliages fondus de magnésium, avec lesquels sont établies les pièces du châssis et toute l'armature de la caisse.

Chez Mathis, par contre, si l'on rencontre encore, dans le nouveau modèle 4 CV VL 333, de nombreuses pièces coulées en alliages d'aluminium, il est à remarquer que la construction de cette voiture fait surtout appel aux tôles et profilés d'aluminium et de duralumin, assemblés par soudure électrique par points.

Outre ces dispositions de nature à associer légèreté et robustesse, la formule de la « caisse-coque », donnant un ensemble homogène, remarquablement « raide », a été adoptée pour les voitures allégées, fabriquées principalement à partir de l'aluminium et du magnésium. Elle a été poussée plus loin encore, semble-t-il, lorsqu'au lieu d'employer ces métaux de faible densité, les constructeurs s'en tiennent à la tôle d'acier. Ainsi la 4 CV Renault est établie sur ce principe. Elle comporte une « caisse-poutre » en tôle d'acier soudée formant carrosserie et châssis, présentant une extrême rigidité malgré un poids très réduit (poids total à vide 520 kg.).

Dans le cas des plus petits véhicules présentés cette année (les « motocars »), l'allègement obtenu par les mêmes moyens n'est pas moins sensible. La tôle d'acier, mise en œuvre avec art, a permis, par exemple, d'arriver au poids total à vide réellement minime de 275 kg. pour le motocar Julien.

Du côté de la recherche des formes aérodynamiques favorables à une facile pénétration dans l'air, les études n'ont pas été poursuivies avec moins d'assiduité. La VL 333 Mathis, par exemple, représente vraiment la mise en application de l'idée de son constructeur : « l'aérodynamique, seule, permet des performances à bon marché ». Cette voiture à trois roues est, pour ainsi dire, un avion sans ailes : son créateur s'est efforcé d'établir un corps idéal de moindre résistance, grâce à un carénage savant ; résultat : la puissance absorbée pour vaincre la résistance de l'air est moitié moindre qu'avec une carrosserie « aérodynamique » classique...

La 4 CV Renault, la Dyna-Panhard, s'inspirent aussi d'un réel souci de réduire au minimum la résistance à l'avancement et nous sommes ainsi amenés à faire connaissance avec la « ligne » des voitures nouvelles, sensiblement différente de celle des voitures modèles 1939.

⁂

Poids réduit, formes aérodynamiques bien étudiées, voilà des éléments d'économie certains. Reste le moteur.

Petits moteurs, à haut rendement et à régime rapide, tels sont, avons-nous écrit, les engins propulseurs de la voiture économique. Ce sont en effet, des moteurs de petite cylindrée que nous rencontrons sur la 4 CV Renault (4 cyl. 760 cm³), sur la 4 CV Mathis VL 333 (2 cyl. opposés, 700 cm³), sur la 3 CV Dyna-Panhard (2 cyl. opposés, 610 cm³) et même des moteurs de très petite cylindrée sur le motocar Rovin, le plus petit du genre, (1 cyl. 1,5 CV, 260 cm³) et sur le motocar Julien (1 cyl. 2 CV, 310 cm³). Mais ce sont des moteurs dont on a spécialement soigné le rendement. Le taux de compression adopté est élevé (il dépasse couramment 6),

sans qu'on ait à craindre la détonation, la forme des culasses ayant été dessinée avec grand soin. L'emploi de l'aluminium pour la confection de ces culasses contribue d'ailleurs aussi, en favorisant le refroidissement, à rendre acceptables de tels taux de compression, en dépit de la mauvaise quantité des essences actuelles (indice d'octane souvent inférieur à 60).

Par ailleurs, le bon remplissage des cylindrées, condition encore du haut rendement, est assuré par de larges soupapes placées en chapelle (Mathis VL 333) ou, plus généralement, en tête (4 CV Renault, Dyna-Panhard, etc.).

A ce propos, si le moteur de la 4 CV Renault est un moteur « classique » à 4 cylindres verticaux, avec soupapes en tête commandées par culbuteurs, les moteurs Mathis et Panhard sont établis sous la forme du « flat-twin » à 2 cylindres horizontaux opposés et la 3 CV Panhard se distingue par la disposition nouvelle des soupapes qui, commandées par culbuteurs, sont rappelées sur leurs sièges non plus par les habituels ressorts « à boudin », mais par des barres de torsion. La barre de torsion a fait de nombreux adeptes pour ce qui est de la suspension. Est-elle appelée à connaître la même faveur comme ressort de rappel des soupapes? L'avenir nous le dira.

Enfin, toujours pour avoir un bon remplissage des cylindrées à toutes les allures, les constructeurs ont fait choix du carburateur inversé, que l'on trouve maintenant sur la plupart des moteurs. Le moteur de la Dyna-Panhard est même pourvu de deux carburateurs inversés, ce qui contribue assurément à donner une alimentation parfaite et bien équilibrée de ce « flat-twin ».

Tous ces petits moteurs sont à régime rapide, avons-nous dit. Certes, ils tournent normalement aux environs de 4.000 t/min., mais cela n'a rien d'exagéré à notre époque, où la diminution de l'inertie des équipages en mouvement, grâce à l'emploi généralisé des pistons en aluminium est de règle. Au surplus, ces vitesses relativement élevées ne s'accompagnent pas de maigres couples, qui rendraient peu agréable la marche à petite allure et nuiraient aux aptitudes en côtes. Le moteur 4 CV Renault, par exemple, a son couple maximum de 4,78 m. kg. à 1.500 t/min. et il développe une puissance de 19 CV à 4.000 t/min., ce qui, pour une cylindrée de 760 cm³ est, on en conviendra, fort honorable.

Les « flat-twin » ne font d'ailleurs preuve d'aucune infériorité quant à la puissance : celui de la Dyna-Panhard donne 25 CV à plus de 4.000 t/min. et celui de la Mathis VL 333, 15 CV à 3.000 t/min.

Nous voici donc en possession de moteurs vigoureux. Ce sont aussi des moteurs économiques, puisque la consommation des différents modèles mentionnés va de 3 litres aux 100 km, pour les motocars à 6 litres maximum pour les petites voitures.

Parallèlement à l'économie d'exploitation, l'économie de construction a également été recherchée. Elle résulte des formes générales adoptées (caisse—poutre, notamment) et aussi, et surtout, de la mise en application de plus en plus répandue du principe du groupe moto-propulseur réunissant, en un bloc homogène et simple, tous les organes essentiels : moteur, embrayage, boîte des vitesses, différentiel, arbres d'attaque des roues, etc. Toutefois, les avis sont partagés en ce qui concerne l'emplacement du groupe moto-propulseur sur la voiture. De nombreux constructeurs, à l'exemple de Citroën, disposent ce groupe à l'avant (Dyna-Panhard, Mathis, etc.) tandis que Renault, sur sa 4 CV, et les constructeurs de motocars, comme Rovin et Julien, le mettent à l'arrière.

Quoi qu'il en soit, de tels blocs conduisent à la suppression de l'arbre de transmission et à une simplification qui a pour conséquence une diminution du prix de revient et aussi à une plus grande accessibilité, un entretien plus facile et à des réparations moins onéreuses, tous éléments favorables, le premier à un abaissement du prix d'achat, les autres à une réduction des frais d'exploitatoin.

Voitures confortables rapides et sures

Le souci de l'économie ne doit pas nous faire perdre de vue la question du confort, de la vitesse, de la sécurité.

Confort et vitesse découlent des caractéristiques mêmes de la voiture 1947, telles que nous venons de les exposer. L'allègement très poussé a permis de faire large sans arriver à des poids qui nuiraient à la vitesse autant qu'à l'économie. La Dyna-Panhard, la 4 CV Renault offrent 4 places confortables, la Mathis VL 333 en offre trois, disposées « en trèfle ».

De même, la puissance relativement considérable des moteurs, attelés à des voitures légères, aux formes aérodynamiques rationnelles, a permis d'obtenir des vitesses très satisfaisantes (90 km/h. pour la 4 CV Renault ; 100 km/h. pour la Dyna-Panhard, etc.) tout en restant dans la limite des consommations modestes que nous avons indiquées.

La puissance des moteurs est, au surplus, mise à profit au mieux grâce à l'emploi de boîtes à 4 vitesses (Mathis, Panhard), la boîte Panhard comportant d'ailleurs une quatrième surmultipliée, formule qui correspond bien à la moindre consommation pour la plus grande vitesse. Au reste, aptitudes en côtes, vigueur des reprises ne peuvent que bénéficier de l'adoption des boîtes à 4 combinaisons.

Du côté de la sécurité — alliée d'ailleurs au confort — on retiendra la généralisation de la formule de la suspension à roues indépendantes à l'avant (Panhard) et à l'avant et à l'arrière (4 CV Renau't) ; sur la Mathis, indépendance des roues avant... et de la roue arrière unique, évidemment. Ces différentes dispositions permettent d'obtenir, à la fois, bonne tenue de route (élément primordial de sécurité) et souplesse de la suspension (facteur de confort).

Enfin, les freins à commande hydraulique sont maintenant les freins de la plupart des voitures et, bien entendu, ceux des nouveaux modèles. Ils représentent encore un appoint de première importance à la sécurité ; ils s'imposaient véritablement sur ces petites voitures, légères et rapides, pour lesquelles un excellent équilibrage du freinage est capital.

*
* *

Ce bref aperçu sur le XXXIIIe Salon de l'Automobile est forcément fort incomplet. Nous nous sommes limités à dessein aux petits modèles de conception nouvelle, représentant le mieux les tendances du moment. Il convient simplement d'ajouter, pour terminer, qu'en fait de voitures économiques, Simca poursuit, bien entendu, la fabrication de ses modèles Simca-5 et Simca-8; Peugeot, celle de la « 202 » et Renault celle de la « Juvaquatre » en attendant la 4 CV, tandis que dans la gamme des véhicules plus puissants, Citroën s'en tient toujours à sa 11 CV 4 cyl. et à sa 15 CV 6 cyl., Ford à sa 13 CV 8 cyl., etc. qui n'ont subi que des modifications de détail.

Henri TINARD,
Ingénieur E.T.P.



LACTACYD

PÂTE STABILISÉE A *pH* : 5,2

HYPERCHLORHYDRIE
TOUTES LES DOULEURS GASTRIQUES

GASTROSEDYL

GOUTTES

Le grand remède de toutes les
GASTRALGIES

COMPOSITION INCHANGÉE

Teinture Dausse de belladone	46
Teinture Dausse de jusquiame	20
Liqueur ammoniacale anisée	20
Bromure de Sodium	13
Phosphate de codéine	1

Antispasmodique certain

Régulateur de l'acide gastrique

Sédatif à effet immédiat

POSOLOGIE

10 à 30 gouttes dans un peu d'eau sucrée après les repas et au moment des douleurs

LABORATOIRES J. LANDRIER
— Coulange-sur-Yonne (YONNE) —

SUPPONERYL
★
Insomnies de toute nature
Hypoalgésie opératoire et obstétricale

THERAPLIX
98, RUE DE SÈVRES, PARIS-VIIe

FRANCALCIUM
ACETYLGLYCOCOLLATE DE CALCIUM



AMPOULES INJECTABLES I-V ET I-M
COMPRIMÉS
SOLUTION BUVABLE

LABORATOIRES DU MYORAL
3, RUE St-ROCH, PARIS

LES LABORATOIRES

BOUCHET

KALANOSE

LAXATIF DOUX

Rééducateur des Fonctions Intestinales & Biliaires

SANS ACCOUTUMANCE
SANS CONTRE-INDICATION

★

ENTÉROKINASE · HÉPATINE · BILE
BOURDAINE · ISATINE · LEPTENDRA · BELLADONE

★

1 À 3 DRAGÉES AU REPAS DU SOIR

153-155 · AVENUE DU ROULE · NEUILLY/SEINE
TEL. MAILLOT: 05-17-58-36

PRODUITS SPÉCIALISÉS DES ÉTABLISSEMENTS KUHLMANN
MARQUE **R. A. L.**

H. DELOMÉNIE
Docteur en Pharmacie
15, Rue de La Baume, PARIS (VIIIe)

BINIDIA
Antiseptique génito-urinaire local

BINOXOL
Antiseptique gastro-intestinal

CHLORALOSANE
Hypnotique

DITHIORAL
Antirhumatismal

SUNALCOL
Antiseptique cutané

SUNOXIDON
Fébrifuge - Anti-infectieux

SUNOXOL
Antiseptique pour usage externe

ENTÉRITES

aiguës et chroniques.
Putréfactions intestinales -
Colites gauches - Diarrhée -
Constipation - Dermatoses
d'origine intestinale.

BULGARINE

Culture pure de Bacilles
Bulgares sur milieu végétal

●

3 Formes
Comprimés - Gouttes - Bouillon

●

LABORATOIRES THÉPÉNIER
10, rue Clapeyron - Paris (8e)

Micelliode

IODE COLLOIDAL MICELLAIRE ÉLECTRO-POSITIF

Toutes les Indications de l'IODE,
SANS IODISME POSSIBLE

GOUTTES

Laboratoires de l'HÉPATROL _ 4 Rue Platon. PARIS (XVe)

ÉCHOS & commentaires

Un pas de plus vers la médecine autoritaire ?

Un décret paru récemment à l'*Officiel* a inquiété certains de nos lecteurs : il s'agit du décret du 24 septembre 1946, fixant les sanctions à appliquer aux bénéficiaires de prestation d'assurances sociales qui ne se conformeraient pas aux mesures de protection maternelle et infantile. S'agit-il, par-là, de nouveaux moyens de pression donnés aux Caisses sur les assurés pour les diriger vers les Centres de soins et les détourner de leur médecin traitant ? Ne songe-t-on pas aussi à faire de ce médecin traitant le docile agent d'exécution des prescriptions officielles ?

Il ne semble pas, à vrai dire, qu'il y ait lieu de dramatiser les choses. Ce texte ne fait, en réalité, que reprendre en les précisant certaines dispositions qui se trouvaient en germe dans le régime antérieur.

Les cas de suspension des indemnités journalières et des primes sont nettement délimités et ne concernent que l'absence de premières constatations *médicales* de la grossesse (qui met la Caisse dans l'impossibilité d'exercer son contrôle), l'absence d'examens prénataux ou la non fréquentation des consultations de nourrissons.

Mais ce texte vient d'être aggravé par un décret du 9 novembre dernier, déterminant les conditions de suspension des allocations maternelles et infantiles, lorsque les mères ne se conforment pas aux prescriptions de l'art. 11 de l'ordonnance du 2 novembre 1945 sur la protection maternelle et infantile.

Rappelons que ce texte prévoit trois examens médicaux obligatoires avant l'accouchement, et un examen post-natal dans le mois qui suit l'accouchement. Des primes d'assiduité sont accordées au reste pour la fréquentation de ces consultations.

Le nouveau décret précise cependant que la fréquentation des consultations ou le fait de se soumettre aux examens prévus ne suffit pas à donner droit aux indemnités. Il faut, en outre, que les intéressés « suivent les prescriptions d'hygiène et de prophylaxie qui leur sont données par les médecins et les assistantes sociales chargés de la protection maternelle et infantile ».

Cette disposition est plus grave qu'elle n'en a l'air et mériterait que son esprit fût davantage précisé.

En premier lieu, il importerait que les organisations professionnelles médicales obtiennent l'assurance que les médecins prévus par le texte sont aussi bien les médecins traitants pratiquant à leur cabinet les examens et consultations pré ou post-nataux, que les médecins des centres organisés par les Caisses.

En second lieu, il faut tout de même admettre certaines limites aux prescriptions hygiéniques ou prophylactiques qui s'imposent, sous menace de la suspension des indemnités. Pourrait-on, par exemple, par ce biais, obliger des parents tuberculeux à se séparer de leur enfant ? Nous progressons, ici, dans la voie efficace, mais dangereuse, d'une hygiène, d'une médecine autoritaires, (rappelons les articles relatifs, également, à la longue maladie et au traitement obligatoire de l'assuré), qui risqueraient de faire primer des considérations



APSORA

POMMADE

★

GALE

PSORIASIS

★

LABORATOIRES DU DOCTEUR F. DEBAT - 60 RUE DE MONCEAU - PARIS 8e

ÉLIMINE

DIASCLÉROL

L'ANTI-URIQUE COMPLET PRÉFÉRÉ DU MÉDECIN

ACTIF · NON TOXIQUE

Granulé Effervescent Goût Agréable

DÉSINTOXIQUE

2 à 6 cuillerées à café par jour, vingt minutes avant les repas

RAJEUNIT

CLANGORYL

ARTÉRIOSCLÉROSE · HYPERTENSION

1 Goutte = 1/4 centigr. de **Rhodanate de Potassium** pur et 2 centigr. de **Silicate de Soude** pur et neutre

15 à 25 gouttes 2 à 3 fois par jour, dans un peu d'eau pure ou aromatisée. (Trois semaines par mois. Repos 8 jours)

Thérapeutique complémentaire du Diasclérol

DONNAT Fils 26, Rue Norvins, PARIS-18e

biologiques ou démographiques aux dépens d'intérêts moraux et familiaux plus respectables encore. Du point de vue social, même, l'efficacité pourrait, au delà d'une certaine limite, être plus apparente que réelle, en suscitant à l'égard des médecins et de leurs auxiliaires une défiance, un repliement à tous égards regrettables.

LA DÉFINITION DU SPÉCIALISTE.

Nous avons reçu de notre excellent confrère le Dr BERGOUIGNAN, secrétaire général du Syndicat national des chirurgiens français, la lettre suivante que nous nous faisons un plaisir de publier :

« *Dans le numéro du 2 novembre 1946, page 1.289, je lis un article concernant la définition du spécialiste. Le texte que vous publiez est bien celui qui avait été mis au point par la Commission du Groupement des Spécialistes; mais le 5 octobre, lors de la réunion de ce Groupement, je n'ai pas accepté ce texte, car je l'ai trouvé beaucoup trop large en ce qui concerne la qualification des chirurgiens, et après discussion, le Groupement, à l'unanimité, a voté le texte ci-dessous qui sera présenté à l'approbation de la Confédération des Syndicats.*

« *Il me semblerait utile que vous apportiez une rectifiction à votre information.* »

Voici le texte remanié de la proposition faite par le Groupement des Syndicats nationaux de Médecins spécialisés à la Confédération.

Définition de la Spécialité. — On appelle exercice de la Spécialité la pratique habituelle et exclusive d'une branche de la médecine.

Sont actuellement reconnues comme spécialités :

1° Electro-radiologie ; 2° Stomatologie ; 3° Chirurgie ; 4° Ophtalmologie ; 5° Oto-Rhino-laryngologie ; 6° Dermatologie et Vénéréologie ; 7° Urologie ; 8° Phtisiologie ; 9° Médecine de Stations thermales et climatiques ; 10° Biologie ; 11° Gynécologie.

Définition du Spécialiste. — Le spécialiste est le médecin qui, renonçant à la médecine générale, se consacre exclusivement à la pratique d'une des spécialités ci-dessus énumérées.

Est admis le cumul de deux spécialités connexes là où l'usage en est accepté.

Justification du Spécialiste. — Pour être reconnu comme tel par la Confédération des Syndicats médicaux français, le Spécialiste doit justifier de sa qualification technique.

1° Ou bien par le diplôme universitaire de la spécialité en cause, lorsque ce diplôme existe ;

2° Ou bien par le titre de membre du Syndicat national de la Spécialité ;

3° Ou bien :

a) Pour les chirurgiens, par trois années au moins d'internat en chirurgie dans les hôpitaux de villes de Faculté ;

b) Pour les autres spécialistes, par deux années de stage effectif dans les Services hospitaliers de la spécialité, officiels ou privés.

A titre transitoire pendant deux ans et à défaut de ces titres, la justification du spécialiste pourra être fondée sur cinq années de pratique exclusive et continue de sa spécialité.

Qualification du Spécialiste. — Le Spécialiste est qualifié dans l'ordre syndical par le Conseil d'Administration de la Confédération des syndicats médicaux français, après avis donné : *a*) du point de vue technique, par le syndicat national de la spécialité en cause ; *b*) du point de vue du

CHLORO-MAGNESION
Asthénie - Modificateur du Terrain
DRAGEVAL
Insomnies - Anxiété
FER-OVARINE VITALIS
Insuffisances ovariennes
TENSORYL
Hypertension artérielle
FER-ANDRINE VITALIS
Infantilisme - Carence sexuelle
DESOOURAUX et Fils, 52, Boulevard du Temple, PARIS

AMPHO-VACCINS RONCHÈSE
à ingérer
injectables
pansements
21, Bd de Riquier, à NICE (A.-M.)
— 62, Rue Charlot, PARIS (3e) —

Eczéma
CUROZEMA
9 Dragées par jour
OPOSÉROTHÉRAPIE VALTRY
LABORATOIRE BIOLOGIQUE VALTRY
46, Rue St Didier Paris-16e
FORMULE INFANTILE :
Pédiozema
GRANULÉ

fait, par le syndicat départemental. Les Conseils de l'Ordre règlent les cas litigieux.

(Adopté à l'unanimité).

Défense du propharmacien.

Une circulaire du ministre de la Santé publique, en date du 2 septembre 1946, est révélatrice de l'état d'esprit qui règne rue de Tilsitt à l'égard des propharmaciens.

Après avoir reproduit les articles 29 et 30 de la loi validée du 11 septembre 1941, modifiée par l'ordonnance du 23 mai 1945 et la loi du 22 mai 1946, articles qui constituent la charte des propharmaciens, après avoir rappelé la jurisprudence rendue sur la question de domiciliation dans une commune où réside déjà un pharmacien, le ministre en arrive au récent arrêt du Conseil d'Etat (arrêt Bonmier du 21 décembre 1945) dont nous avons déjà entretenu nos lecteurs (1). Cette décision a déclaré nul, rappelons-le, un arrêté préfectoral refusant l'autorisation à un propharmacien, et qui se fondait sur une décision ministérielle du 7 août 1945 fixant à 5 km. autour de l'officine de pharmacie la plus proche le périmètre dans lequel aucun médecin ne peut être autorisé à délivrer des médicaments.

Donnons la parole au ministre :

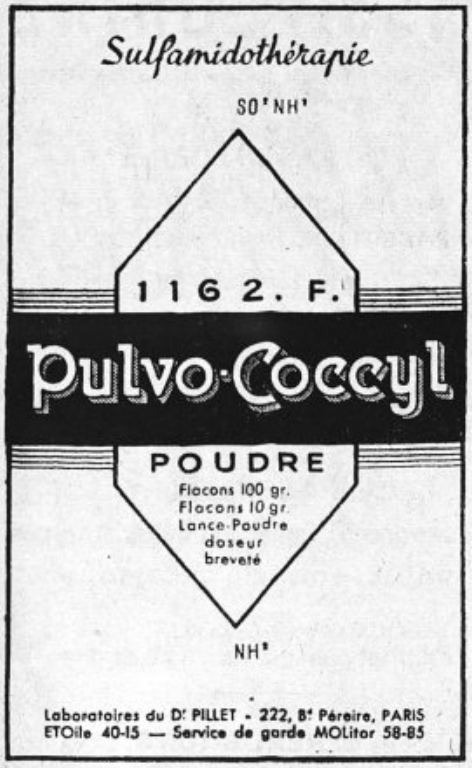
« *Le Conseil d'Etat juge que l'article 29 de la loi validée du 11 septembre 1941 ne soumet à aucune autre condition l'exercice du pouvoir d'appréciation qu'il attribue au préfet en cette matière ; qu'il appartient dès lors au préfet de déterminer dans chaque cas d'après l'ensemble des circonstances de l'affaire, et notamment en tenant compte de l'état des communications, si la distance de l'officine desservant la circonscription où opère le médecin est assez grande pour motiver une décision autorisant celui-ci à délivrer des médicaments ; qu'en s'opposant à ce que cette autorisation soit accordée à un médecin installé à une distance déterminée uniformément pour la généralité des cas, l'instruction ministérielle a fait une fausse interprétation des dispositions précitées de la loi validée du 11 septembre 1941.*

« *Dans ces conditions, aucun arrêté préfectoral ne devra se référer à l'instruction ministérielle qui donne des indications générales n'ayant pas force de loi ;* ainsi la distance indiquée de 5 km. est une distance moyenne *et il appartient au préfet d'apprécier chaque cas particulier selon les directives du Conseil d'Etat ;* des autorisations de délivrer des médicaments pourront donc être refusées à des médecins pour des distances supérieures à 5 km. d'une officine. »

C'est nous-même qui avons souligné les deux membres de phrase. Nous les estimons, en effet, tendancieux. S'il ne faut tenir aucun compte de la circulaire ministérielle du 7 août 1945, pourquoi dire que la distance de 5 km., inventée par cette circulaire est une distance moyenne ? En réalité, dans le silence de loi, il n'y a pas, il ne peut pas y avoir de périmètre chiffré, même moyen. Pourquoi surtout, s'il appartient au préfet d'apprécier chaque cas particulier, spécifier que des autorisations pourront être refusées pour des distances supérieures à 5 km., sans immédiatement ajouter — impartialement, loyalement — que pour la même raison et selon les cas, des autorisations pourront être données pour des distances inférieures à 5 km. ?

On voit percer le bout de l'oreille. Sans avoir égard aux données démographiques et sociales du problème des propharmaciens, sans oser les supprimer légalement, on essaie, par tous les moyens, de les « avoir » par la bande. Mais,

(1) *C. M.* 25 Mai 1946, page 514.





attention aux excès de pouvoir et au détournement de pouvoirs, M. le Ministre, MM. les Préfets et MM. les Inspecteurs de la pharmacie !

Consultation non motivée.

Un lecteur nous fait judicieusement remarquer que les Caisses d'Assurances sociales reprochent à tort aux seuls médecins l'augmentation progressive des frais médicaux.

En réalité, ceux-ci ne sont responsables que des visites et consultations dont ils prennent l'initiative ; et s'ils font des visites répétées à un malade c'est que l'état de celui-ci l'exige.

Au contraire les malades vont volontiers chez le médecin pour une babiole. Ils hésitent d'autant moins qu'une plus grande fraction des frais leur est remboursée. En outre, beaucoup veulent, puisqu'ils paient des cotisations « en avoir pour leur argent », même s'ils savent que la prestation est d'une utilité discutable.

Et le lecteur suggère d'étendre aux Assurances sociales l'institution, célèbre dans les infirmeries régimentaires, de la « consultation non motivée ». Au vu de cette annotation du médecin, l'adjudant de service appliquerait le barème prévu : corvée de patates pour les ménagères, salle de police pour les jeunes mariés, bref les sanctions que comporterait une économie judicieusement et militairement dirigée des Assurances sociales...

Contre la réduction des contingents de carburant.

L'union Routière de France a déjà fait une heureuse intervention — non couronnée de succès, hélas ! — en faveur de l'essence à bon marché. Nous nous en sommes fait l'écho en son temps.

Aujourd'hui nous pensons intéresser nos lecteurs en reproduisant quelques extraits de la lettre adressée, il y a quelques semaines, au chef du gouvernement provisoire de la République, pour protester contre la réduction des contingents de carburant mis à la disposition de la circulation routière.

« Cette mesure est absolument opposée au but poursuivi par vos ministres lorsqu'en août dernier ils ont augmenté le prix de l'essence et du gas oil. Il est, en effet, difficile de comprendre qu'à un mois d'intervalle, après avoir augmenté le prix d'un produit dans le seul but d'accroître les ressources du Trésor, on réduise la quantité de ce produit grand collecteur d'impôts mise à la disposition du consommateur, diminuant ainsi d'autant les rentrées budgétaires escomptées.

« Mais le fond du problème est encore plus grave.

« En ramenant de plus de 200.000 mètres cubes à moins de 170.000 mètres cubes le contingent mensuel de carburant mis à la disposition de l'Economie du pays, votre Gouvernement veut une fois de plus systématiquement réduire la circulation routière, donc en empêcher tout développement ultérieur.

Nous nous élevons contre une telle mesure et nous avons l'honneur de vous demander, certains de la valeur de nos arguments, de faire examiner, par vos ministres intéressés, le retour à la liberté de la distribution de l'essence, au même titre qu'elle

DÉSÉQUILIBRE NEURO-VÉGÉTATIF
SÉRÉNOL
RÉGULATEUR DES TROUBLES D'HYPERTONICITÉ NERVEUSE
ÉTATS ANXIEUX-ÉMOTIVITÉ-INSOMNIES
DYSPEPSIES NERVEUSES
SYNDROME SOLAIRE - PALPITATIONS
DOSES Moyennes par 24 Heures
1 à 3 cuillerées à café
ou 2 à 5 comprimés
ou 1 à 3 suppositoires
3 FORMES LIQUIDE COMPRIMÉS SUPPOSITOIRES
LABORATOIRES LOBICA
25, RUE JASMIN-PARIS (16e)

PASSIFLORINE
Le médicament des cœurs instables
La PASSIFLORINE
par sa composition atoxique
PASSIFLORE, AUBÉPINE, SAULE
est un calmant
du Système végétatif
et un
Régulateur toni-cardiaque
La PASSIFLORINE
est le grand remède phytothérapique
de l'Eréthisme cardiaque
avec
Palpitations et Tachycardie
Laboratoire G. RÉAUBOURG, Dr en Phie
115, Rue de Paris - BOULOGNE-sur-SEINE

a été récemment accordée à celle du gas oil et du pétrole. Cette liberté est actuellement possible ; elle est éminemment souhaitable. La nouvelle sortie de devises qui en résulterait serait plus que largement compensée par tous les avantages qui en découleraient.

La plupart des nations l'ont compris et alors que les contingents d'essence viennent d'être réduits en France, bien au contraire la Belgique, l'Espagne, la Norvège, les Pays-Bas, le Portugal, la Suède et la Suisse ont rendu la liberté à la distribution de l'essence.

Le Sou Médical.

Cette œuvre professionnelle a pour but de garantir ses adhérents contre toutes les difficultés qu'ils peuvent rencontrer au cours de l'exercice de leur profession.

Son action se manifeste :

1° En fournissant aux médecins tous renseignements ou consultations d'ordre juridique ou professionnel (Fisc, Assurances Sociales, Loyers, Automobile, Hospitalisation, etc.).

2° En prenant en charge la direction et les frais de tous procès d'ordre professionnel.

3° En procurant une garantie contre la responsabilité professionnelle jusqu'à 500.000 francs par sinistre (1.500.000 pour les abonnés au *Concours Médical*) ou 5.000.000 au gré de l'adhérent. Cotisation 1946 : 500 francs (dernier trimestre de l'année 1946 : 125 francs).

Garantie portée à 5.000.000 de francs : 100 francs en sus.

Garantie des risques de responsabilité résultant de la radiothérapie : 450 francs en sus.

CORRESPONDANCE

APPLICATION DES TARIFS D'HONORAIRES DE SÉCURITÉ SOCIALE

4900. — **C ou Pc 1 ?**

J'ai l'honneur de vous demander des renseignements au sujet d'honoraires accidents du travail. Il s'agit d'un litige avec la Compagnie X... En effet, celle-ci m'a diminué mes notes quand il y avait plusieurs consultations. La première et la dernière seules sont tarifées 64 (80—20 %), les autres sont tarifés Pc 1, soit 60 fr. comme les petits pansements en série.

Or, dans certains cas, il ne s'agit pas de pansements : par exemple, dans les contusions, voire même dans des blessures des yeux. Je n'applique pas le tarif spécialiste, mais le tarif onmipraticien : uniformément la Compagnie cote les consultations 60 fr.

Exemple :

X... Diagnostic : Contusions

Certificat	24 »
Août 3, 8, 11 : 3 consultations	192 »
Total	216 »

La Compagnie dit :

Certificat	24 »
Août 3 : Une consultation	64 »
— 3 : Une consultation	60 »
— 11 : Une consultation	64 »
Total	212 »

d'où diminution de 4 francs.





Est-elle en droit d'appliquer ce tarif, même dans le cas où il n'y a pas de pansements, mais examen du malade? Dr P.

Réponse

Dans l'ensemble des départements (sauf ceux ayant conclu accord avant le 6 mai 1946), la consultation est tarifée 80 fr. moins 20 % en matière d'A.T., cela fait 80 — 16 = 64 fr. Par contre, les Pc sont comptés 60 francs, sans diminution. Il n'y a donc guère que 4 francs de différence suivant que l'on compte C ou Pc 1, en série de « pansements petits ». Si la « série » des consultations était journalière pour des contusions, on pourrait parler d'abus, mais vous comptez une consultation les 3, 8 et 11 août. Dans ces conditions, je trouve mesquine la modification faite à votre note par la Compagnie, mesquine et injustifiée d'ailleurs.

Dr F. Decourt.

4931. — Des divers certificats.

Auriez-vous l'obligeance de répondre aux questions suivantes?

1° Un blessé du travail (piqûre septique de l'éminence thénar, douleur sur le trajet de la gaine), vient me consulter. Je lui fais certificat initial et ordonnance. Il revient une demi-heure après et je lui fais sérum antitétanique (en une fois) et Propidon.

Y a-t-il lieu de tarifer : consultation plus certificat initial et Pc 1,5 + $\frac{\text{Pc 1}}{2}$ ce qui fait un peu apothicaire? ou certificat initial plus Pc 1,5?

2° Ensuite, s'il y a phlegmon des gaines, je le fais hospitaliser et préviens l'Assurance en indiquant le motif. Est-ce le certificat coté Pc 0,7?

3° Après consolidation dois-je fournir un certificat détaillé Pc 1 de mon propre chef ou seulement à la demande de l'Assurance?

4° Si le blessé guéri avec I.P.P. ne s'estime pas suffisamment remis pour travailler, faut-il que j'en avise la Compagnie ou attendrai-je que celle-ci provoque une contre-visite?

Je vous avoue qu'en cas de doute, j'ai tendance à surestimer car les Assurances rectifient fort bien ce qui est à leur désavantage, mais que je n'en ai jamais vu rectifier une note d'honoraires sous-estimés. Je préférerais néanmoins demander strictement mon dû.

Dr L,

Réponse :

1° *Le certificat initial est noté Pc 0,4 pour les blessures ordinaires et s'ajoute au prix de la visite ou consultation.*

2° *Si vous faites un certificat descriptif à cause d'une aggravation, celui-ci serait, me semble-t-il, à noter Pc 0,7.*

3° *S'il s'agit d'un certificat final descriptif et détaillé, celui-ci est noté Pc 1. Mais il n'y a pas besoin pour cela de demande spéciale de l'assurance, puisque d'après l'article 33 de la loi, le praticien « est tenu » de fournir un certificat médical en double exemplaire à l'employeur lors de la guérison ou de la consolidation de la blessure (alinéa 5).*

4° *Une fois la blessure consolidée « officiellement », le blessé doit faire une demande de révision s'il trouve insuffisante l'indemnité allouée en I.P.P. à la suite d'une aggravation de son état, etc.*

Dr F. Decourt.

Jécol
L'auxiliaire physiologique du foie
LAB. JÉCOL, COURBEVOIE

HÉMAGÈNE TAILLEUR
DYSMÉNORRHÉE - AMÉNORRHÉE
TRANCHÉES UTÉRINES
COLIQUES POST-PARTUM
4 A 6 DRAGÉES PAR JOUR
Laboratoires SÉVENET, 38, rue de Ponthieu, PARIS-8e

STRYCHNAL LONGUET
ANÉMIE
ASTHÉNIE,
NEURASTHÉNIE
AFFECTIONS
MÉDULLAIRES
ET NÉVRITIQUES
CONVALESCENCES
granules: 2 à 4 p. jour
ampoules: 1 à 2 —
LABORATOIRES
LONGUET
34, RUE SEDAINE - PARIS

QUESTIONS DIVERSES

5107. — Traitements des médecins des établissements d'hospitalisation privée.

Je suis chirurgien de la clinique mutualiste de X... depuis 1935; mes appointements étaient à cette époque de 5.000 fr. par mois. Je suis engagé à « temps partiel », c'est-à-dire que je suis obligé d'assurer convenablement mon service, mais que je peux faire de la clientèle en dehors et qu'aucune quantité d'heures fixes à passer à la clinique ne m'est imposée; je fais mon service comme je l'entends. Je n'ai d'ailleurs jamais eu d'histoires avec l'administration. L'année dernière mon traitement a été réajusté; j'ai accepté mon ancien traitement multiplié par 3,85. Viennent d'être votés les 25 %, je viens vous demander sur quelles bases je dois être augmenté et de combien? On m'a parlé d'une loi publiée au *Journal Officiel* du 2 août 1946 qui me classerait dans la catégorie de médecin d'établissement hospitalier privé à « temps partiel »; et le directeur de la Mutualité me demande de lui fournir, pour calculer une augmentation de traitement, le nombre d'heures réelles passées à la clinique par jour ou par semaine. Que dois-je faire? Connaissez-vous ces lois? Pouvez vous me dire dans quelle catégorie je dois être classé? et enfin quelle augmentation je dois demander?

Dr F.

Réponse

Un arrêté du 27 juillet 1946 publié au J. O. du 2 août et que nous avons reproduit dans le Concours Médical du 31 août 1946, pages 947 et suivantes a fixé les traitements des médecins et pharmaciens des établissements d'hospitalisation privée.

Aux termes de cet arrêté, les médecins des établissements d'hospitalisation privée sont classés en deux groupes :

1° Médecins à temps plein, non patentés ;

2° Médecins à temps partiel.

Chacun de ces groupes est divisé en plusieurs catégories, et il semble que vous puissiez être classé dans la quatrième, ainsi définie : Médecin chef, docteur en médecine ayant un diplôme de spécialisation, titulaire d'un service dont il est responsable.

Les médecins à temps partiel doivent être rémunérés suivant un nombre de vacations forfaitaires, établi compte tenu du travail effectif. Un certain nombre de vacations supplémentaires doivent leur être accordées forfaitairement par contrat en raison du service de garde.

Par vacation forfaitaire de 3 h. 30, les médecins ayant le rang de médecin chef et appartenant à la quatrième catégorie, ont droit au prix de 8 consultations au tarif fixé pour celui des consultations en matière d'Assurances sociales fixé par accord entre le syndicat des médecins et la caisse régionale de sécurité sociale approuvé par la commission des tarifs, prévue à l'article 10 de l'ordonnance du 19 octobre 1945. Le nombre de vacations ne peut excéder 10 par semaine.

Pour une rémunération de 2 heures, la rémunération est fixée aux deux tiers de celle d'une vacation de 3 h. 30. Pour une vacation d'une heure, la rémunération est fixée au tiers d'une vacation de 3 h. 1/2 avec une majoration de 10 %.

C'est sur ces bases, et d'après le temps que vous consacrez à vos fonctions de chirurgien de la clinique mutualiste que vos honoraires doivent être calculés. En cas de difficulté, le litige devrait être soumis à l'arbitrage d'une commission départementale, composée d'un représentant du Syndicat auquel appartient l'établissement employeur, d'un représentant de votre Syndicat, d'un représentant du Ministère de la Santé publique. Elle serait présidée par un arbitre choisi par l'inspection médicale générale du travail.



IODO-GLUTHIONAL

RHUMATISMES

LABORATOIRES CADUCIA CLAMART

FAUTEUILS ROULANTS DUPONT

Cent ans de spécialisation dans le confort du malade

VENTE & LOCATION

10, Rue Hautefeuille - PARIS (6e)

Téléphone : DANTON 05-61 - 05-62

Succ. à LYON, 6, Place Bellecour

Vaccin contre la VARIOLE

Service Vaccinal du « Concours Médical »

assuré par

L'INSTITUT DE VACCINE

8, Rue Ballu

PARIS (IXe)

Téléph : TRInité 46-15

DEMANDES & OFFRES

N° 735. — Bon poste de campagne, libre de suite, propharm., proxim. chef-lieu de département. Maison meublée, com., 3 p., cuisine, gr. jardin.

N° 736. — Etudiante et sa mère désirent trouver chambre meublée, à Paris, chez particulier.

N° 737. — 1° Céderai immédiat. table bascul. Ropiquet, générateur Casel moyen, puiss. 2° Chargeur oxymétal 6 et 12 volts. 3° Forte remorque auto. 4° Dispose 2 belles pièces et import. matér. en vue associat. par participat. Ecrire à Gallup, 48, rue Jacob, Paris (6e).

N° 738. — Méd. demande assoc. avec confr. installé dans rég. paris. Apporte exc. matériel radio, grosse exper. médec. génér. petite chirurg., accouchem., radios. Ecrire Mme Barrière, 54, rue Nicolo, Paris (16e).

N° 739. — Bon poste proph., 175 km. de Paris. Pays chasse et pêche. Pas de sage-femme.

N° 740. — Confrère rec. jne femme 35 ans, très soigneuse et douce pour assist. récept. client. clinique, maternité, dent. Banlieue paris. ou Paris. Mme Marraud, 15, rue Larrey, Paris (5e). Gob. 34-81.

N° 741. — Echang. avec différ. avant mars, très gr. client., gr. maison tout confort, jard., bail 9 ans, loyer 4.500, contre simil. banl. ou Paris, Paris de préfér.

N° 742. —Méd. cherche remplacem. ou assist. confr. surchargé Paris banl.

N° 743. — Urg. Céderais poste médec. génér. camp. près Grenoble. Ecrire journ. qui transm.

N° 744. — A vendre : fusil chasse, cal. 16 percut. centr. état parf.

N° 745. — Achète microsc. miroir de Claren, béniqués, spéculums, différ. instrum. courants.

N° 746. — A vendre voiture Dupont pour enf. paralysé membres infér. assis ou couché. Ecrire M. Roger Langeac (Haute-Loire).

N° 747. — Fille et sœur de médec., 33 ans, ayant habitude intérieur, cherche situat. clinique, établissem. médic. ou médecin, de préférence Paris ou environs.

N° 748. — Très urg. A céder pour fin novembre, client. médec. génér., région Touraine.

N° 749. — Bon poste rural, chef.-l. de cant., arrond. de Château-Salins (Moselle) à reprendre de suite, logem. assuré, faible reprise. Ecr. journ. qui transm.

N° 750. — Poste de médec. propharm. à céd. de suite pour cause de décès, très urgent. Cond.t. intéress.

N° 751. — A vendre : batterie Rupalley au bisulfate Kg, 24 éléments, pour courant galvanique, état neuf, et instrum. chirurg. parf. état. Dr Breteille, 22, rue de Dunkerque, Paris.

N° 752. — Infirmière libre 3 ou 4 h. par jour. Mme Planchenault, 21, bd du Port-Royal, Paris (13e).

N° 753. — Méd. rech. poste de ville moyenne import. rég. Ouest, possib. achat maison.

N° 754. — Façonn. mécanic. dentiste possèd. outill. moderne, effectuer. trav. à fac. pour chirurg. dent. ou méd. dent. Exécut. soignée garant., spécial. acier coulé. Expédier. en prov. M. M. Gruson, 3, rue du Guigner, Paris (20e). Mén. 99-66.

N° 755. — Etud. en méd. en inst. thèse, ex. int. hôp., ayant fait rempl., très au cour. client., ferait rempl. toute durée. Rég. Sud-Est. Dr Ceccaldi, Le Beausset (Var).

N° 756. — Urg., céder. poste chirurg. bon rapport, clin. et hôpit. sous-préfect. Est. Grande ligne.

N° 757. — Méd. spécial. dipl. sciences Po, parlant courr. anglais, ch. sit. mi-temps. Labo. Assur. administr., mutuelle, etc.

N° 758. — Urg. éch. 5 pièces Porte Villette contre 2-3 p. confort quart. latin ou Centre. Bot. 12-53, apr. 20 h.

N° 759. — A vendre au plus offrant : 1° Forceps Tarnier nickelé chromé, état neuf ; 2° Boîte nickelée chromée splendide 43 × 13 × 8,5 ; 3° Table pliante métal laqué blanc, talon. nickel, escabeau laqué, chaise, table, vitrine 150 × 150 × 35. Bon état.

N° 760. — A vendre parf. état, au plus offrant : 1° Aspirateur Potain ; 2° 66 nos Art et Médecine ; 3° 46 nos Triptyque. Dr Leroux, 100, avenue Ledru-Rollin, Paris (11e). Roq. 45-47.

N° 761. — Suis acheteur, neuf ou occas., Précis Pathologie chirurgic. (6 agrégés) et Précis de Pathologie médic. (9 agrégés). Faire offres.

N° 762. — Bon poste O.R.L. à céder, sous-préf. (Corr.).

N° 763. — Confr. céderait à méd. catholique, apport. médic. bien installé, avec noyau clientèle médec. gén. dans quart. pop. Paris. Ecr. journ. qui transm.

Gérant : MIGNON — Lang, Blanchong et Cie, 30, rue du Poteau - Paris (18e). — 31.1040
Février 1879 — Dépôt légal : N° 8 — 4e trimestre 46

ne manquent pas

HORMOCRINOL

♀ et ♂

Médication Thyro-génitale
associée aux électrolytes activateurs
PHOSPHORE et POTASSIUM

TROUBLES DU MÉTABOLISME
RHUMATISME ENDOCRINIEN
TROUBLES GÉNITAUX ET CIRCULATOIRES

6 à 8 comprimés par jour

GOSSYPIOL
MAURIN

16 DRAGÉES en deux jours
déterminent les règles et calment les douleurs

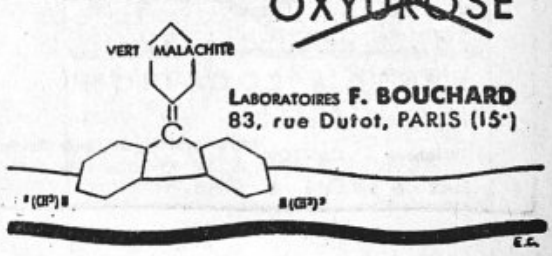
Laboratoires JAMMES, 86, r. Michel-Ange, Paris

LE CONSEIL MEDICAL — 1, Rue Dante
Cabinet **BREITEL ET CORET** — PARIS (5e)
Fondé en 1903 — ODE : 36-46

Paris : — Belle clin. chirurg. 3 salles d'op. 40 lits.
— Cab. derm. vénér. urol. gyn. appart. mob.
— Cab. Electr. Rad. Appart. et matér.
— Grd studio gymn. bur. douches.
— Cab. Méd. gle, 5 p. bien placé.
Banlieue Paris : —Cab. Méd. Gle, vente villa.
— Belle clin. chir. obstétr. 14 lits.
— Cab. phtisiol. Client. moyenne.
— Cab. O.R.L. avec Cab. second.
— Cab. Méd. Gle, avec belle villa.
Côte d'Azur : — Cab. Electr. Rad. matér. et mob.
— Cab. O.R.L. en villa avec cab. second.
Pyrénées : — Cab. Phtisiol. Pet. appart. Bon rapp.
— Cab. Y.O.R.L. Gros chiffre.
Sud-Ouest : — Clin. chirurg. : Imm. matér. et client.
— Mais. de santé et Cab. Méd. Gle 14 lits.
Echange : — Méd. Gle, Paris 16e, c. appart. 4 p. conf.
— Méd Gle Gr. ch. banl. C. appart. ds 8e, 16e.
— Méd. Gle Paris C. Med. Gle province.
Placements : — Réservés au Corps Médical.

VERMALA ~~OXYUROSE~~

VERT MALACHITE



LABORATOIRES **F. BOUCHARD**
83, rue Dutot, PARIS (15e)

BAUME THOMAS

Douleurs de la première dentition

Véritable Huile de Haarlem G. de Koning Tilly
Cachets Pachaut - Valériane Pachaut - Phosphogène Pachaut - Terbinthiol

Laboratoires THOMAS, 2, rue Ste-Cécile, 31, Fg Poissonnière, PARIS-9

OPOTHÉRAPIE ASSOCIÉE

PANCRÉPATINE LALEUF

CAPSULES GLUTINISÉES

DIABÈTE

6 A 12 CAPSULES PAR JOUR
(AU COURS DES REPAS)
SUIVANT PRESCRIPTION MÉDICALE

LITTÉRATURE
LABORATOIRES LALEUF
51, RUE NICOLO, PARIS-16e

GLOBIRON

AMPOULES BUVABLES DE 3 C.C.

Combinaison des méthodes de WIPPLE, CASTLE & WILLS en association avec un complexe organo-métallique ferro-manganо-cuprique

Anémies hypochromes
Chlorose
Carences martiales

LABORATOIRE ROGER BELLON
LOUIS FERRAND
Ex-interne, Lauréat des Hôpitaux de Paris
PHARMACIEN-GÉRANT
(GAMBÉOL, RECTOCALCIUM, ACTIPHOS, HÉMOPTYLORE n° 3)
78bis, Avenue Marceau - PARIS (8e)

VITTEL

GRANDE SOURCE

Spécifique des
VOIES URINAIRES
Manifestations arthritiques
Goutte - Gravelle
Infections urinaires
Hypertension

SOURCE HÉPAR

Spécifique des
VOIES BILIAIRES
Lithiase Biliaire
Cholécystites
Insuffisance biliaire
Congestion vésiculaire

Envoi gratuit de toute documentation sur simple demande à la
SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE VITTEL (Service) à VITTEL (Vosges).

Boldolaxine

LABORATOIRE EMILE CHARPENTIER
7, RUE DU BOIS DE BOULOGNE PARIS. XIVe

La grande marque
des antiseptiques urinaires et biliaires

URASEPTINE
ROGIER

Laboratoires Henry ROGIER, 56, Bd. Péreire, Paris

Pulmosérum

SOLUTION CODÉINÉE AU GAIACOL
ACIDE PHOSPHORIQUE

Expectorant
Anti-dyspnéique
Tonique général

AFFECTIONS des VOIES
RESPIRATOIRES
GRIPPE ET
COMPLICATIONS

3 à 5 cuillerées à soupe par jour.

LABORATOIRES A. BAILLY
· SPEAB · 15, RUE DE ROME · PARIS 8e

Toutes les indications du Calcium et de la Vitamine D

ULTRACALCIUM

PHOSPHORE CALCIUM VITAMINE D

RECALCIFIANT
COMPLET ET
ÉQUILIBRÉ
EN COMPRIMÉS
OU DRAGÉES A
CROQUER

LABORATOIRES DEROL, 66 bis RUE St DIDIER. PARIS 16e

68e ANNÉE — N° 48 — 30 NOVEMBRE 1946

LE

CONCOURS MÉDICAL

37, RUE DE BELLEFOND - PARIS (9e) — TRU 33-66

379-381

SOMMAIRE

PARTIE SCIENTIFIQUE.

Les anévrysmes intracrâniens de la carotide interne (Jean Taptas et J.-Cl. Dubois) 1.435
La grippe : nouvelles acquisitions de la microbiologie (Delaville et S. Mutermilch) 1.437
Les axes du poignet (Dr J.-P. Grinda) 1.439
XLIXe Congrès de Chirurgie 1.440
Les Livres, 1.441. — Les Sociétés Savantes, 1.442. — La Presse, 1.446.

PARTIE PROFESSIONNELLE.

Propos du Jour. — « La Santé du Corps » (Dr G. Lavalée) 1.449
Droit Professionnel. — La réparation des dommages de guerre (G. Cazac) 1.451
Compte rendu de la Journée médicale minière 1.452
A propos de la narco-analyse (Dr Coulonjou) 1.455
Statistiques et honoraires médicaux (Docteur Maurat) 1.455
Libres Opinions. — A propos des insignes pour voiture des médecins (Dr Giscard) 1.457
Notes financières 1.457
Connaitre, Cahiers de l'Humanisme Médical 1.458

DEMI-COLONNES.

Dernières Nouvelles, 1.425. — A travers l'Officiel, 1.429. — Echos et Commentaires, 1.461. — Correspondance, 1.465.

VÉRITABLE HUILE DE
HAARLEM
G. de KONING TILLY
GOUTTES — CAPSULES
Laboratoires THOMAS, 2, rue Ste-Cécile, PARIS 9e

Le laxatif des hépatiques
BILAXYL
Laboratoires ROLAND-MARIE
— 191, Rue du Fg. Saint-Antoine, Paris —

Silicyl
Médication de BASE et de RÉGIME des ÉTATS ARTÉRIOSCLÉREUX et des carences siliceuses
— 18, Rue Ernest-Rousselle - PARIS-13e —

PYRÉTHANE
Antinévralgique Puissant
— 18, Rue Ernest-Rousselle - PARIS-13e —

Infangyl Carlier
TOUX INFANTILES

Toux *Coqueluche*
ÆTHONE
Laboratoire de l'ÆTHONE 35, rue Boissonnade, PARIS (XIVe)

ASTHÉNIES
DÉPRESSIONS
ATONIES

STRYCHNOTONINE

CATALYSEUR CELLULAIRE
DYNAMOGÈNE

LABORATOIRE **M. LEFEBVRE** 25, Bd La Tour-Maubourg. PARIS. 7e

---

ORGANOTHÉRAPIE
ET
CHIMIOTHÉRAPIE

DRAGÉES DE

PLEXALGINE
LALEUF

RÉGULATEUR CIRCULATOIRE ET VAGO-SYMPATHIQUE
SÉDATIF DES PLEXUS DOULOUREUX

LABORATOIRES LALEUF
Georges DUGUÉ, Docteur en Pharmacie
51, Rue NICOLO, PARIS-16e
Téléphone : TROcadéro 62-24



OXYURYL

VIOLET DE GENTIANE

Laboratoires A. MARIANI, 10, rue de Chatillon, NEUILLY - PARIS



CÉRÉRIF

FARINES COMPOSÉES MALTÉES SUCRÉES

Le traitement thermique que subissent les céréales de ces farines leur assure un goût agréable et une grande digestibilité.

Ets RIFF. Laboratoire et Usine à Valenciennes (Nord)

DERNIÈRES NOUVELLES

Hôpitaux de Paris.

Un concours pour une place *d'ophtalmologiste des hôpitaux* sera ouvert le 17 décembre 1946. Inscription du 18 au 27 novembre 1946, 3, avenue Victoria, au besoin par lettre recommandée. Renseignements à la même adresse.

Enseignement de la radiologie et de l'électrologie médicales.

Cet enseignement est organisé durant les mois de novembre et décembre 1946, avec la collaboration des médecins électro-radiologistes des hôpitaux de Paris. Il comprend des cours à l'amphithéâtre de physique de la Faculté de Médecine, tous les jours de la semaine; ceux-ci prendront fin le 17 décembre, et comportent principalement la question du radio-diagnostic. D'autre part, des travaux pratiques portant sur la technique radiologique ont lieu à 17 heures, chaque jour, au laboratoire de physique de la Faculté de Médecine ; ils seront complétés par des visites d'usines. Enfin, des stages de radiodiagnostic sont organisés dans les services d'électro-radiologie des hôpitaux.

Société Française d'Hygiène Scolaire.

Les réunions de la Société auront lieu les troisièmes mercredis de janvier, mars, mai et novembre à 18 heures, 15, rue de la Bûcherie, Paris (5e). La prochaine séance aura lieu le mercredi 20 novembre 1946. Prière d'adresser, dès que possible, les titres des communications au Secrétaire général adjoint.

Syndicat National des Médecins Français Electrologistes et Radiologistes.

L'Assemblée générale ordinaire du Syndicat aura lieu le dimanche 8 décembre 1946, à 9 h. 30, à l'hôpital Saint-Vincent-de-Paul, ex-Enfants-Assistés, 74, rue Denfert-Rochereau. Les présidents des Sections régionales devront, au préalable réunir les confrères de leur Section afin de décider des questions à soumettre à l'Assemblée. En même temps il sera procédé à l'élection des délégués.

Cours de révision des notions médico-chirurgicales nouvelles et pratiques.

Ce cours organisé par le Pr Lian a été suivi par 160 médecins, dont la plupart étaient des médecins omni-praticiens de province et d'Afrique du Nord, et une trentaine, des belges, luxembourgeois et suisses, A la demande des auditeurs, il a été décidé que toutes ces Conférences seraient réunies dans un volume qui, sous l'appellation de la « Décade médicale pratique », sera publié en 1946 par les éditions Lépine, et remplacera pour une fois « l'Année médicale pratique » qui reprendra sa périodicité et son succès habituels en 1948.

Le cours de révision sera renouvelé chaque année à la fin d'octobre et son programme s'inspirera des remarques faites par les auditeurs du cours

Le Concours Médical
Hebdomadaire fondé en 1879 par A. Cézilly
Directeur honoraire : Docteur J. Noir
Directeur : Dr G. Lavaléx.
Rédacteur en Chef : Dr G. Fischer
Rédaction, Administration et Publicité, 37, rue de Bellefond, Paris (9e).
Téléphone : TRU 33-66. R. C. Seine 76.579.
Chèques postaux, Paris 167-95.
Abonnements
1 an, 400 francs - Etudiants, 200 fr. Le Ne 15 fr. Changement d'adresse, 10 francs.

CORYZA RHINITES
IDRIANOL
m-MÉTHYLAMINOÉTHANOLPHÉNOL LÉVOGYRE
EMULSION NASALE
Action intense et prolongée
Sans congestion secondaire
emploi propre et agréable
LABORATOIRES M.R.BALLU
LABORATOIRES M. R. BALLU
104, RUE DE MIROMESNIL - PARIS 8e

SULFAMIDE POLYVALENT
FACILEMENT TOLÉRÉ PAR L'ORGANISME
THIAZOMIDE
2090 R.P. SULFATHIAZOL
Tube de 10 comprimés à 0g50
DOSE JOURNALIÈRE INITIALE 4 à 8 GRAMMES

GONOCOCCIES
COLIBACILLOSES
PNEUMOCOCCIES
MÉNINGOCOCCIES
STREPTOCOCCIES
STAPHYLOCOCCIES
SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
POULENC FRÈRES
USINES DU RHÔNE
21, RUE JEAN GOUJON - PARIS - 8e

de 1946. Ainsi, en 1947, en outre du cours destiné aux médecins de province et aux médecins étrangers, une série de conférences sera probablement organisé pour les médecins de Paris et de banlieue : trois fois par semaine de 17 à 19 heures en octobre et novembre.

Faculté de Médecine de Strasbourg.

INSTITUT DE MÉDECINE LÉGALE ET DE MÉDECINE SOCIALE (Directeur : Pr SIMONIN). Ouverture de l'enseignement : 3 janvier 1947.

I. *Diplome de Médecine du travail.*

Enseignement théorique (Prs SIMONIN, VAUCHER, KAYSER, BEAUCOURT, TOLASNE, Drs FOURCADE, SCHAAF, NORDMANN). But et doctrine de la médecine du travail. Physiologie du travail : adaptation de l'homme aux conditions du travail ; organisation scientifique du travail. Pathologie du travail : pathologie générale, pathologie spéciale ; agents mécaniques, physiques, chimiques, animés ; pathologie professionnelle systématique ; pathologie professionnelle par industries. Protection légale des travailleurs ; protection sociale ; protection médicale et technique : hygiène industrielle, surveillance médicale des travailleurs, orientation et sélection professionnelles ; protection morale.

Enseignement pratique. — Examens hématologiques ; recherches toxicologiques simples. Visites d'usines et d'ateliers, de centres médicaux et sociaux se rapportant au travail ; stages : examens d'embauchage et de dépistage.

Conditions d'inscription. — L'enseignement est ouvert aux docteurs en médecine et aux étudiants en médecine pourvus d'au moins 16 inscriptions validées. Les inscriptions sont reçues au Secrétariat de la Faculté de Médecine, Hôpital civil à Strasbourg, jusqu'au 15 décembre 1946 (droits totaux : 1.520 fr.). Examen fin juin ; session complémentaire en octobre.

Le programme détaillé de l'enseignement et tous renseignements complémentaires seront envoyés sur demande adressée à l'*Institut de Médecine légale et de Médecine sociale. Faculté de Médecine, 1, place de l'Hôpital civil à Strasbourg.*

II. *Diplôme de Médecine légale et de psychiatrie.*

Enseignement théorique (Prs SIMONIN, GELMA, Dr FOURCADE). Médecine légale judiciaire traumatologique, sexuelle, thanatologique, toxicologique, criminalistique et psychiatrique. Médecine légale sociale : rôle du médecin ; contrôle médical de l'état civil ; médecine sociale du travail ; médecine sociale d'assistance ; médecine sociale de protection. Médecine légale professionnelle : exercice légal de la médecine ; syndicats médicaux ; déontologie ; responsabilité et secret professionnels ; certificats médicaux et ordonnances. Eléments de criminologie et de procédure judiciaire.

Enseignement pratique. — Autopsies médico-légales ; cliniques psychiatriques ; travaux de laboratoire ; expertises (d'invalidité ; rapports médico-légaux.

Conditions d'inscription. — L'enseignement est ouvert aux docteurs en médcine et aux étudiants en médecine pourvus d'au moins 16 inscriptions validés. Les inscriptions sont reçues au Secrétariat de la Faculté de Médecine, Hôpital Civil à Strasbourg, jusqu'au 15 décembre 1946 (droits totaux : 1.120 fr.). Examen fin juin ; session complémentaire en octobre.

Pour tous renseignements complémenraires, s'adresser à l'*Institut de Médecine légale et de Médecine sociale, Faculté de Médecine, 1, place de l'Hôpital Civil à Strasbourg.*

Chambre syndicale des Médecins de la Seine.

RELÈVEMENT DES HONORAIRES.

Le 30 octobre 1946, la Chambre syndicale des Médecins de la Seine a adressé à la Confédération



des Syndicats médicaux et à la Caisse régionale de Sécurité sociale une lettre les informant du relèvement des honoraires minima à partir du 1er décembre 1946.

Voici le texte de la lettre adressée à la Caisse régionale de Sécurité sociale de la région de Paris.

Monsieur le Président,

J'ai l'honneur de vous informer que le Conseil d'Administration de la Chambre syndicale des Médecins de la Seine a décidé dans sa séance du mercredi 2 octobre 1946, de porter le taux des honoraires minima aux chiffres suivants :

Consultation	150. »
Visite	200. »
Visite du dimanche	300. »
Visite de nuit	400. »
K et PC	100. »
Forfait d'accouchement simple	5.000. »
Forfait d'accouchement gémellaire	6.000. »

Ce nouveau barème sera applicable à partir du 1er décembre 1946.

Nous l'avons transmis pour homologation, au Conseil de la Confédération des Syndicats médicaux français.

Depuis mai 1946, où nous avions fixé le précédent barème d'honoraires médicaux, le coût de la vie et les frais professionnels des médecins se sont élevés considérablement, nul ne le conteste. C'est pourquoi nous avons dû, à regret, reviser notre barème.

En adoptant le coefficient d'augmentation 5, par rapport à nos honoraires de 1938, nous faisons preuve une fois de plus d'une grande modération.

Veuillez agréer...

GÉNÉRALISATION DE L'ASSURANCE-VIEILLESSE.

Dans sa séance du 6 novembre 1946, le Conseil d'Administration de la Chambre syndicale des Médecins de la Seine a voté à l'unanimité l'ordre du jour suivant :

La Chambre syndicale des Médecins de la Seine demande instamment à la Confédération des Syndicats médicaux de France et au Conseil national de l'Ordre des Médecins :

1° De protester de la manière la plus véhémente auprès des Pouvoirs publics contre l'extension aux médecins des dispositions des lois des 22 mai et 13 septembre 1946 sur la généralisation de l'assurance-vieillesse, qui obligent les médecins à participer lourdement au financement de la retraite, sans pouvoir pratiquement en bénéficier ;

2° De réclamer des Pouvoirs publics l'octroi au Corps médical d'un régime spécial d'entr'aide et de prévoyance ;

3° D'entrer en contact avec les travailleurs indépendants des autres professions en vue de mener une action commune ;

4° En cas d'échec de ces revendications, d'étudier toutes mesures de résistance collective à des prescriptions qui constituent une véritable spoliation.

(*Communiqué.*)

Syndicat des Médecins du Tarn-et-Garonne.

ORDRE DU JOUR DE LA SÉANCE DU 3 NOV. 1946.

Le Syndicat des Médecins du Tarn-et-Garonne s'est réuni le 3 novembre 1946, pour étudier plus spécialement les problèmes en cours entre le Corps médical et la Sécurité sociale.

Il déclare pouvoir seulement accorder son concours à un plan de médecine sociale, respectant intégralement tous les principes de la charte professionnelle.

En conséquence, il ne tiendra pas compte des tarifs médicaux fixés par voie d'autorité par la Commission tripartite d'homologation dans sa séance du 4 octobre 1946.

Toujours désireux d'accorder une loyale et active collaboration à un plan de médecine sociale, destiné aux seuls économiquement faibles (plafond de 150.000 francs), il propose aux syndicats de la Confédération le projet suivant :

1° A l'exclusion de toute signature de convention

NAÏODINE Logeais

NORMALE A & B et SURACTIVÉE

NAIODINE + VITAMINE B1

3 formes



A	B	B forte
INTRAMUSCULAIRE	INTRAVEINEUSE	INTRAVEINEUSE
NaI 1 %	NaI 5 %	NaI 10 %
Vitamine B1 : 2 mgrs.	Vitamine B1 : 10 mgrs.	Vitamine B1 : 25 mgrs.
1 à 3 ampoules par jour	1 à 2 ampoules par jour	1 à 2 ampoules par jour

toutes algies - névraxites et séquelles névrites et polynévrites infectieuses et toxiques

LABORATOIRES JACQUES LOGEAIS - ISSY-LES-MOULINEAUX - PARIS

avec les Caisses de Sécurité sociale, véritable transformation indirecte du Corps médical en un Corps de salariés d'Etat, les Syndicats médicaux élaboreront une convention strictement médicale, avec des barèmes régionaux soumis à l'homologation de la Confédération, officielle et obligatoire, dans un délai de deux mois (sauf barème régional abusif). Ces barèmes syndicaux deviendraient nationaux après homologation confédérale et seraient communiqués par la Confédération aux Caisses de Sécurité sociale.

Ces barèmes nationaux constitueraient un véritable engagement moral du Corps médical vis-à-vis des Pouvoirs publics, en faveur des économiquement faibles, avec les restrictions des dérogations prévues déjà par la Commission du 31 mars.

Leur non-observation et les abus systématiques d'honoraires commis par des médecins, seraient sanctionnés par les Conseils régionaux de l'Ordre.

2° Une échelle mobile serait statutairement adaptée à ces barèmes, et les ferait varier automatiquement, et dans des proportions équivalentes, dès qu'un écart de 20 % apparaîtrait dans l'indice officiel des prix de détail, par rapport à l'indice officiel 762 des prix de détail au 1er octobre 1946.

3° L'indice de majoration, par rapport à 1938, est actuellement évalué à 5 pour les médecins et à 4 pour les chirurgiens-spécialistes.

Le Syndicat des Médecins du Tarn-et-Garonne souligne aux Pouvoirs publics la modération de ces indices médicaux qui, par rapport à l'indice moyen de la vie actuelle (situé aux environs de 10), représente en fait une diminution de 50 % du pouvoir d'achat des médecins par rapport à 1938.

Une modération analogue devra équitablement être appliquée à la déflation des honoraires médicaux lors d'une déflation monétaire ultérieure.

Il serait injuste de demander deux fois le même sacrifice aux médecins : en période d'inflation et ensuite en période de déflation-;

4° Le Syndicat des Médecins demande à la Confédération l'égalisation de tous les indices médicaux sur le chiffre 6. Le K (chirurgical ou spécialité) représente en effet les honoraires de l'acte opératoire, les honoraires des assistants et des anesthésistes, vingt jours de traitement, soit par conséquent 19 PC ou C ;

5° Cette participation active et constructive du Corps médical à un plan de médecine sociale, demande une contrepartie équitable et directement liée *sine qua non* à ce plan de médecine sociale :

a) Engagement par les Caisses de Sécurité sociale et les Pouvoirs publics de ne pas créer des établissements de diagnostic ou de traitement, ni participer directement ou indirectement à une médecine de Caisse quelconque ;

b) Réduction à 16 % de l'impôt cédulaire des médecins ;

c) Elévation de 10.000 à 60.000 francs de l'exonération fiscale pour le calcul des impôts médicaux ;

d) Suppression de la patente.

Le Syndicat des Médecins du Tarn-et-Garonne invite les autres Syndicats de France à étudier cette solution et à donner à leurs délégués sur ce sujet, un mandat bien défini pour l'Assemblée de fin décembre, à Paris.

***

En conséquence, vu la hausse du coût de la vie au 1er novembre 1946 (indice des prix de détail 858 au 1er novembre 1946), le Syndicat des Médecins de Tarn-et-Garonne fixe ainsi son tarif minimum pour A.S. économiquement faibles, au 1er novembre 1946.

Consultation : 100 fr. — Visite : 150 fr. — Visite du dimanche : 200 fr. — Visite de nuit : 300 fr. — PC : 100 fr. — K : 120 fr. — Accouchement simple : 3.500 fr. — Accouchement gémellaire : 4.000 fr. — IK 15 fr. — IK (montagne) : 20 fr.





A L'OFFICIEL TRAVERS

ASSURANCES SOCIALES

Arrêté ministériel du 12 novembre 1946 fixant les honoraires du médecin expert de la Commission Technique Régionale d'Invalidité et de la Commission Régionale d'inaptitude au Travail.

Art. 1er. — Les honoraires du médecin expert de la Commission Technique Régionale d'Invalidité prévue par l'article 10 (§ 3) du décret-loi du 28 octobre 1935 sur les Assurances Sociales modifié, et du médecin expert de la Commission Régionale d'Inaptitude au Travail, instituée en application de l'article 2 (§ 2) de l'ordonnance du 2 février 1945, sont fixés par séance ainsi qu'il suit :

Nombre de dossiers examinés par la Commission au cours de la séance.	Tarifs Francs
1 dossier	200 »
2 dossiers	260 »
3 dossiers	320 »
4 dossiers	380 »
5 dossiers	440 »
6 dossiers	500 »
7 dossiers	560 »
8 dossiers	620 »
9 dossiers et plus	680 »

Art. 2. — Lorsqu'il est procédé à l'examen sur pièces des dossiers soumis à la Commission Régionale d'Inaptitude au Travail, les honoraires du médecin expert sont fixés à 20 fr. par dossier examiné au cours d'une même séance, avec minimum de 200 fr. et maximum de 700 fr. par séance.

Art 3. — Il ne peut être accordé, pour une même journée, à un médecin expert d'honoraires supérieurs à ceux prévus pour deux séances.

Art. 4. — Les dispositions du présent arrêté sont applicables pour les séances tenues à compter du 1er janvier 1946

(*J. O.*, 17 novembre 1946)

MEDECINE LEGALE

Décret du 9 novembre 1946 rendant applicable à l'Algérie le décret du 12 juin 1946 sur les frais de justice en matière criminelle. (Extraits).

Art 1er. — Les articles 25 à 31, 56, 81, 82, 84, 87, 89, 100 du décret du 5 octobre 1920, modifiés en dernier lieu par le décret provisoirement applicable du 18 mars 1944, étendu à l'Algérie par le décret du 9 mars 1946 ; les articles 76, 80, 88 et 91 du même décret, modifiés en dernier lieu par le décret du 9 avril 1945, étendu à l'Algérie par le décret du 16 mai 1946, ainsi que l'article 133 dudit décret du 5 octobre 1920 sont de nouveau modifiés complétés ou remplacés par les dispositions suivantes :

.....

« Art. 26. — Chaque médecin régulièrement requis ou commis reçoit à titre d'honoraires :

« 1° Pour une visite judiciaire comportant un ou plusieurs examens de malade ou de blessé avec dépôt d'un rapport ..... 300 F.

« 2° Pour autopsie avant inhumation .. 1.000

« 3° Pour autopsie après exhumation ou autopsie de cadavre en état de décomposition avancée 1.300

« 4° Pour autopsie de cadavre de nouveau-né avant inhumation 400

CINQUÉSINE HOUDÉ
HYPERTENSION
Association synergique vaso-dilatatrice et sympathicolytique D'YOHIMBINE, ET D'HYDROCINCHONIDINE
ACTION RAPIDE : sur les syndromes subjectifs
ACTION LENTE ET DURABLE sur la pression artérielle
Laboratoires HOUDÉ, 9, rue Dieu, PARIS


ACOLITOL
TOPIQUE INTESTINAL
COLITES, ENTÉROCOLITES, INTOXICATIONS, INFECTIONS
LANCOSME - 71, Av. Victor Emmanuel III, Paris (8e)

Maladies du Foie et des Voies biliaires
PANBILINE
Pilules
Auto-intoxication intestinale — Constipation
RECTOPANBILINE
Suppositoires
Anémies — Convalescence
HEMOPANBILINE
Comprimés
Lab. du Dr PLANTIER, à Annonay (Ardèche)

« 5° Pour autopsie de cadavre de nouveau-né après exhumation ou autopsie de cadavre de nouveau-né en état de décomposition avancée 600
« 6° Pour examen mental 600
« Au cas d'expertise présentant des difficultés particulières, le magistrat commettant fixe, sous-réserve de l'autorisation prévue à l'alinéa 2 de l'article 4 ci-dessus, la taxe qui doit être allouée.
.....
« Art. 29. — Il est alloué à chaque expert régulièrement requis ou commis :
« 1° Pour radiographie :
« De la main, du poignet, du pied, du cou-de-pied ..... 400 F.
« De l'avant-bras, de la jambe, du coude, du genou 400
« De l'épaule, de la hanche, de la cuisse, du bras 450
« Du rachis cervical, dorsal, lombaire, du crâne 450
« Du thorax ou du bassin 900
« Ces prix s'entendent pour un seul cliché et deux épreuves.
« Toute autre radiographie de la même région prise le même jour sera comptée 75 p. 100 du prix d'une seule pose.
« 2° Pour la localisation de corps étrangers :
« Dans un membre 700
« Dans le crâne, le thorax ou le bassin 1.000
« 3° Pour la radiographie préalable (aorte, poumons, par exemple) :
« Pour le thorax 550
« Pour les membres (recherche du corps étranger) 500
« Ce tarif est uniforme, quelle que soit la résidence de l'expert ou de l'opérateur ».
.....
(*J. O.*, 14 novembre 1946)

PEDICURES

Arrêté ministériel du 13 novembre 1946 instituant un certificat d'équivalence.

Art. 1er. — Les dispositions de l'article premier de l'arrêté du 11 octobre 1946, instituant un examen spécial pour les élèves des écoles de pédicurie en cours d'études, sont abrogées et remplacées par les dispositions suivantes :

« Art. 1er. — Les élèves des écoles de pédicurie, en cours d'études au moment de la promulgation de la loi du 30 avril 1946, pourront exceptionnellement obtenir un certificat d'équivalence avec mention spéciale leur permettant d'exercer définitivement la pédicurie et de se présenter, s'ils le désirent et après un délai de deux ans, à l'examen du diplôme d'Etat, s'ils satisfont aux épreuves visées à l'article 2, devant un jury nommé par le ministre de la Santé Publique. En cas d'échec ils pourront se représenter à une deuxième session d'examen en 1947.

« Le certificat d'équivalence susvisé pourra être accordé aux praticiens étrangers, mais en aucun cas il ne pourra donner le droit d'exercer en France. Mention de cette interdiction devra figurer sur le dit certificat ».

(*J. O.*, 16 novembre 1946)

SANTE PUBLIQUE

Arrêté ministériel du 12 novembre 1946 nommant un membre du Comité Consultatif de la lutte contre la stérilité involontaire.

(J. O., 17 novembre 1946)

Arrêté ministériel du 12 novembre 1946 nommant des membres du Conseil permanent d'Hygiène Sociale.

Art. 1er. — Sont nommés membres du Conseil permanent d'hygiène sociale :



LACTACYD
PÂTE STABILISÉE A pH : 5,2

SPASMOSÉDINE
sédatif et antispasmodique cardio-vasculaire
LABORATOIRES DEGLAUDE
15, Bd Pasteur - PARIS-XV•

RHUMATISMES
•
MAGSALYL
Association Soufre Salicylate
Solution de goût agréable
Comprimés glutinés
Laboratoires du MAGSALYL
8, rue Jeanne Hachette, IVRY (Seine)
TÉL. : ITA 16-91

Affectés à la Commission de la Tuberculose :

M. le Professeur Lévy-Valensi, Professeur à la Faculté de Médecine d'Alger.

M. le Docteur Jean Mathey, Chirurgien des hôpitaux de Paris, Professeur agrégé à la Faculté de Médecine.

M. le Docteur Olivier Monod, Assistant au centre de chirurgie thoracique de l'hôpital Laennec à Paris.

M. le Docteur Brouet, Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris.

M. le Docteur Kourilsky, Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris.

M. le Docteur Bretey, Chef de service du laboratoire de la tuberculose à l'Institut Pasteur à Paris.

Affectés à la Commission de la Maternité et de l'Enfance :

M. le Professeur Laffont, Doyen de la Faculté de Médecine d'Alger.

M. le Professeur Sarrouy, Professeur de clinique médicale et infantile à Alger.

Affectés à la Commission des Maladies Vénériennes :

M. le Professeur Reynaud, Professeur de clinique vénéréologique à Alger.

M. le Docteur Tzanck, Membre du Conseil Supérieur de Transfusion Sanguine, Médecin chef à l'hôpital Saint-Antoine à Paris.

Affecté à la Commission de l'Alcoolisme et de l'Hygiène mentale :

M. le Professeur Porot, Professeur de clinique neurologique à Alger.

(*J. O.*, 17 novembre 1946)

PROPHARMACIE

Arrêté ministériel du 18 octobre 1946 fixant la liste des médicaments qui peuvent être délivrés par les médecins propharmaciens.

Article premier. — La liste prévue à l'article 2 de l'arrêté du 2 septembre 1946 est fixée ainsi qu'il suit :

1° Les médicaments simples ou composés inscrits à la pharmacopée française ;

2° Les produits sous cachet ;

3° Les spécialités suivantes:

Acétostérandryl. Acétylarsan Adrénaline (solutés de chlorhydrate d'adrenaline specialises). Adrénol. Agomensine. Alergine. Alochrysine. Amphomuth. Amphovaccins. Androcrinol. Androstine. Angioxyl. Antagonyl. Anthastène. Antelobine. Antéparsine. Antergan. Anthema. Anthiomaline. Antigène méthylique. Antigénines. Antivirus gonococcique polyvalent Gonolyt (Vaccin). Apivene Arhemapectine. Arquéritol. Arsaminol. Arsénomyl.

Bacté-coli-Phage. Bacté-Dysenter-Phage. Bacté-intesti-Phage. Bacté-Pyo-Phage. Bacté-Rhino-Phage. Bacté-Staphy-Phage. Benzo-bismuth Millot. Benzo-gynoestryl. Biolipase. Bis-Hep. Bivatol. Broncho-vaccin Viruita. Broncho-vaclydun. Bufox.

Cardiazol. Cardiostreptine. Caréna. Caustique Néo-Tilhos. Cérébrine. Chlorures d'éthyle spécialisés. Cholergine. Cobra-toxine. Coli-soude. Coly-Vaclydun. Colitique-vaccin. Collobacilline. Collobiase d'or. Colloïdogénine. Coréine. Cortico-Supra-Rénal. Cortines spécialisées. Crinex. Crino-menstryl. Crino-sthényl. Crisalbine. Curalues. Cuti-Dmelcos Cyclopropanes spécialisés.

Daboine. Dagénan. Dermacide. Dermosplénine. Dermovaccin C. L. Diagnothorine. Dial. Dihydan. Dmelcos. Dolosal. Dunacaine. Dycholium.

Electrargol. Electraurol. Electrocuprol. Elityran. Embryol. Endocortène. Endocrisines. Endothymusine. Enésol. Entero-Antigène. Entérosalyl. Exoseptoplix. Evalmine. Extrait d'antigène tuberculeux I. P. Extraits Chaix. Extraits opothérapiques Carrion. Extraits totaux Choay.

Ficalon. Ficarmone. Fraveine. Fontamide. Frenovex.

Gardénal. Gastrhema. Gelobaryte. Gélobaryne Gélotanin. Globepal. Godiwa. Goménol. Gonacrine.

L'AEÏNE

CORTICO-SURRÉNAL + MALONYLURÉE

ANXIÉTÉ — ÉMOTIVITÉ — IRRITABILITÉ
et INSOMNIE

4 à 12 COMPRIMÉS PAR JOUR
ET + S'IL Y A LIEU. AUCUNE TOXICITÉ

LES PLUS HAUTES RÉFÉRENCES SCIENTIFIQUES ET HOSPITALIÈRES

Laboratoire de L'AEINE, 6, Place Clichy. — PARIS-9e

2

Gonagone. Gonarthri-Vaclydun. Gynergène. Gynocrinol. Gynolutéol. Gynoplix.

Hectargyre. Hectine. Hemato-Ethyroïdine. Hémocoagulène. Hémogénol. Hémoplase. Hémopylore. Hémostatique Ercé. Hémostyl. Hépacrine. Hépaglycérol. Hépagyl. Héparmone. Hépatine. Hépato-Estomac-Splénine-Surrénine n° 16. Hepatrol. Hepbi. Holosplénine. Homospavine. Hormoflaveine. Hormones gonadotropes spécialisées. Hormovarine. Hormuter. Hypophysines spécialisées.

Immunizols. Immunovaccins. Infundibuline. Inorénol. Inosplénol. Insulines spécialisées. Insulines Retard spécialisées. Insuloxyl. Intégral vaccin. Irrastérine. Ivago-vaccins.

Katox. Kélène. K-Thrombyl.

Lactoprotéide. Lactormone. Lactosérum Lavril. Lactosmose Pansement. Lantol. Leiormone. Leuco-septyl. Lipiodol. Lipocérébrine. Liposeptine. Liposplénine. Lipo-Quinby. Lipovaccins. Lita. Lutogyl. Lymphostimul. Lysapyrine. Lysats sodiques. Lysaxin L. M. L.

Mésothorium. Microvax. Moranyl. Muthanol. Myoral.

Négatol. Néocardyl. Néococcyl. Néo-Dmégon. Néo-Dmesta. Néo-Dmétys. Néosalvarsan. Néosolmuth. Néo-tréparsénan. Néo-trépol. Néotuberculine. Neptal. Neurormone. Novarsénobenzol. Nucleid-Erce.

Ocytormone. Ogives Dod. Ophidios. Opolysines. Orchitines spécialisées. Orex. Ouabaïne. Ovarines spécialisées. Ovaro-Thyroïdine. Ovigénine.

Pancrinol. Panglandulaires. Pangénol. Parathyroïdes spécialisées. Paratyrone. Pénicillines spécialisées. Pérandrone. Percortène. Per-extraits Carrion (vaccins Carrion). Perglandène. Permyase. Physiosthénine. Physocrisine. Pituilobines spécialisées. Placentines spécialisées. Pneumo-Vaclydun. Pressyl. Priscol. Privenal. Progynon. Prolan. Proluton. Propidon. Prostatine. Prostigmine. Provac's. Pulmovaccin. Pulvococcyl. Pyoformine. Pyo-Phylaxine. Pyo-Vaclydun.

Quinacrine. Quinby.

Rénines spécialisées. Rétropituines spécialisées. Rhodarsan. Rubiazol. Rutonal.

Scillarène. Septazine.. Sérums Clin. Sérums de l'Institut Pasteur. Sérums de Jousset. Sérums Le Clainche et Valée. Sérum Oliviéro. Sérums de Vincent. Septoplix. Sistomensine. S. I. V. A. du Docteur Lautier. Soludagénan. Solufontamide. Solumédine. Soluseptazine. Soluseptoplix. Soluthiazomide. Sonéryl. Somatormones spécialisées. Splénines spécialisées. Splénocrisine. Splénomedulla. Stalysine-Vaccin. Staphylogone vaccin. Staphylophage - Leclerc. Staphylo - Vaclydum. Stérandryl. Stérogyl. Stovarsol. Sta-prolysat. Stock-vaccins bronchitiques Beauvy-Cantonnet. Strepto-Vaclydun. Substances grises spécialisées. Sulfarsénol. Sulfo-Tréparsénan. Sumédine Surovarine. Surrenalines spécialisées. Syncortil. Syncrines.

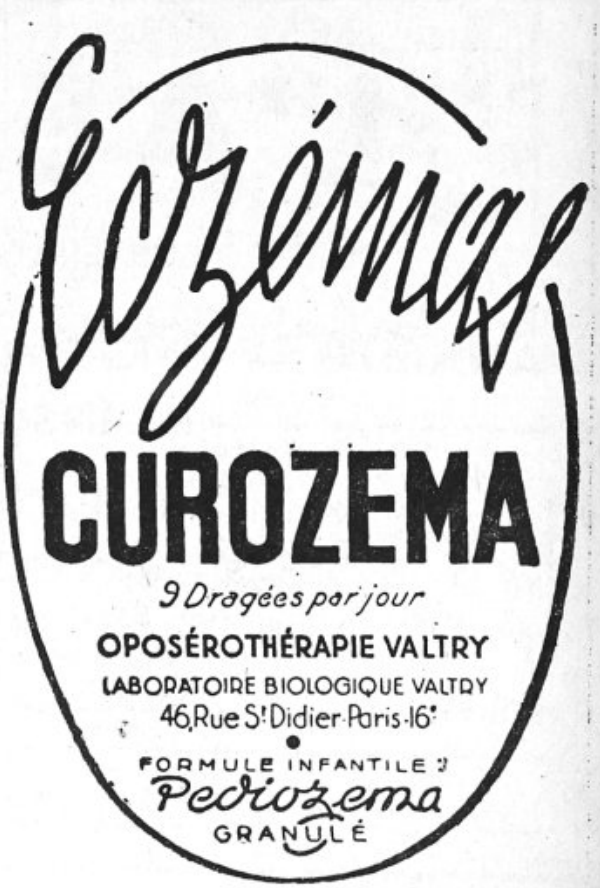
Testoviron. Thiazomide. Thymocytine. Thymusine. Thyroïdes spécialisées. Thyrormone Tot-Cobra. Tréparsol. Triglandine. Triglandol. Tryparsamide. Tuberculine I. P. Tuberculine Mérieux.

Uclarsyl.

Vaccin Anasthmyl I. O. D. Vaccins antibrucelliques polymicrobiens. Vaccin U anticolibacillaire. Vaccin A antipolymicrobien. Vaccin R antipolymicrobien. Vaccins Bruschettini. Vaccins Carrion. Vaccins Cepede. Vaccins Clin. Vaccin colibacillaire P. B. T. Vaccin du Professeur Delbet. Vaccins Demonchy. Vaccins Dhenin. Vaccins Inava. Vaccins Institut Pasteur. Vaccins I. O. D. Vaccins Ivago. Vaccins M. A. Vaccins du professeur Minet. Vaccro-staphylococcique Weil-Dufour. Vaccins Probios Vaccins Renard. Vaccins R. N. Vaccins R. N. staphylococciques P. B. T. Vaccins « Stene ». Vaccins V. A. V. Vaccin de Villette (antipuerpéral). Vaccins Virultra. Vagotonines spécialisées. Vaccinargol Vaxa (bouillon vaccin). Vitadone.

(*J. O.*, 10 novembre 1946.)



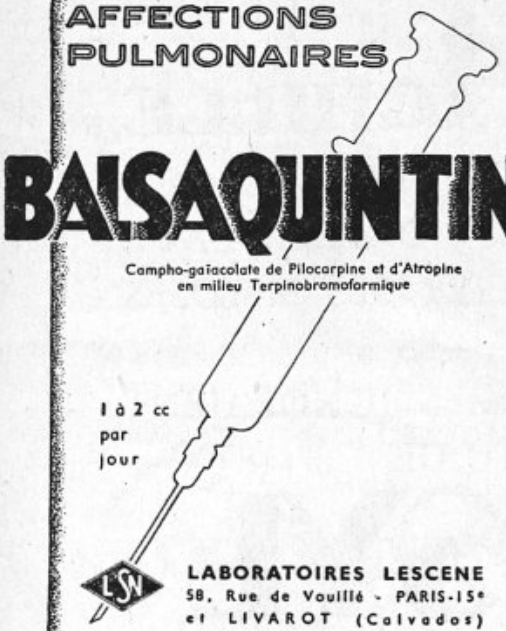


THÉRAPEUTIQUE RHINO-PHARYNGÉE A DOSE FAIBLE

KIDARGOL

LABORATOIRE R. GALLIER, 1 bis, Place du Président-Mithouard, PARIS-VI.

AFFECTIONS PULMONAIRES



BALSAQUINTINE

Campho-gaïacolate de Pilocarpine et d'Atropine en milieu Terpinobromoformique

1 à 2 cc par jour

LSV

LABORATOIRES LESCENE
58, Rue de Vouillé - PARIS-15e
et LIVAROT (Calvados)

Troubles digestifs aigus

nourrissons ★ enfants ★ adultes

AROBON

NESTLÉ

La nouvelle diète à base de farine de caroube.



SOCIÉTÉ NESTLÉ
6, Avenue César-Caire - Paris (8e)

L'ACCOUCHEMENT ÉLECTRIQUE

Technique d'accouchement **Rapides et Analgésiques** Méthode du Docteur Frédéric Benoit

Épreuve du Travail

LEVER PRÉCOCE

Appareil fonctionnant automatiquement Un seul modèle type " MIXTE clinique " (pouvant être portatif).
Nombreuses références

Pour toute documentation et références s'adresser à : O. C. E. M. Sté au Capital de 1.000.000 frs.
OMNIUM CHIRURGICAL & MÉDICAL, **26, rue du Quatre-Septembre, PARIS** (2e)
Téléphone : RIChelieu 94-34 et 32-81



ACHILLE

EUT CONSERVÉ SON PIED LÉGER
SI LES DISCIPLES D'ÆSCULAPE
AVAIENT SU ACCÉLÉRER SES MITOSES
CELLULAIRES
MAIS LES DIEUX MÊMES IGNORAIENT
LA VERTU DE

MITOSYL

MIEUX AVERTI QUE CEUX DE L'OLYMPE
LAISSANT LES SIMPLES AUX PLAINES
D'ILION, TU APPLIQUERAS MITOSYL
SUR LES PLAIES ET LES BLESSURES
PAR LE FER, PAR LE FEU, PAR LE FROID,
PAR LE SOLEIL, PAR LE RELÂCHEMENT
DES VEINES OU L'IMPURETÉ DES HUMEURS

Laboratoires DELAGRANGE, 39, Boulevard de Latour-Maubourg - PARIS-VIIe

PARTIE SCIENTIFIQUE

LES ANÉVRYSMES INTRACRANIENS DE LA CAROTIDE INTERNE

Par Jean TAPTAS et Jean-Claude DUBOIS
Internes des Hôpitaux de Paris

AVANT d'exposer la symptomatologie clinique des anévrysmes du segment intracrânien de la carotide interne, il est nécessaire de rappeler l'anatomie de la région dans laquelle ils se développent.

La carotide interne après un trajet intrapétreux débouche horizontalement à l'intérieur du crâne au-dessus du trou déchiré antérieur. Elle se redresse alors et pénètre dans le sinus caverneux en perforant sa paroi inférieure très proche de sa paroi externe. Au cours de son trajet intrapétreux, elle est à proximité immédiate de la caisse du tympan et du limaçon. L'artère sort du sinus caverneux au niveau de l'apophyse clinoïde antérieure, donne sa branche ophtalmique et se divise en ses branches terminales.

Depuis sa sortie du rocher jusqu'à sa sortie du sinus caverneux, elle est située dans la portion interne et très rétrécie de la fosse cérébrale moyenne, c'est-à-dire dans une excavation comprise entre, en avant la petite aile du sphénoïde et la paroi postérieure de l'orbite avec la fente sphénoïdale, comme orifice de communication entre orbite et fosse cérébrale moyenne, la selle turcique en dedans, contre laquelle s'applique le sinus caverneux, et le bord supérieur du rocher en arrière. Cette région est un carrefour nerveux très important.

A sa partie postérieure, sur la face endocranienne antérieure de la pyramide pétreuse, appuyé contre l'angle postéro-externe du sinus caverneux, se situe le ganglion de Gasser, dont la carotide à la fin de son trajet intrapétreux n'est séparée que par une mince lamelle osseuse, parfois déhiscente. Des trois branches du ganglion de Gasser, le nerf maxillaire inférieur qui sort du crâne par le trou ovale, est la seule qui n'a aucun rapport avec la carotide ; les deux autres, le nerf ophtalmique, le plus interne, qui chemine dans la paroi externe du sinus caverneux où il rejoint le III et le IV, et le nerf maxillaire supérieur qui longe, avant de traverser le trou grand rond, le pied de la paroi externe du sinus caverneux, sont en rapport très étroit avec la carotide. Enfin dans l'intérieur même du sinus, entre sa paroi externe et la carotide passe le VI.

Donc tous les nerfs de la motricité oculo-palpébrale et de la sensibilité orbitaire et périorbitaire sont au voisinage immédiat de la carotide interne.

A sa sortie du sinus, elle répond en dedans au nerf optique, en haut et en avant à la bandelette olfactive, en dehors et en haut au cerveau qui vient combler la fosse cérébrale moyenne et plus particulièrement à l'origine de la vallée sylvienne.

Ces rapports anatomiques permettent de comprendre les symptômes par lesquels se traduit l'anévrysme carotidien. Dans les cas où tous les éléments qui l'entourent sont atteints, l'anévrysme se manifeste par :

a) Une ophtalmoplégie complète par atteinte du III, IV, VI ; l'atteinte du III donne, en outre, un ptosis de la paupière supérieure, et une mydriase unilatérale.

b) Une névralgie dans le territoire de l'ophtalmique et du maxillaire supérieur, qui a les caractères de la névralgie symptômatique : permanence de la douleur, signes déficitaires (hypoesthésie ou anesthésie cornéenne, hypoesthésie dans le territoire douloureux).

c) Une baisse de l'acuité visuelle par atteinte du nerf optique ;

A ces signes qui siègent du même côté de l'anévrysme et qui sont le fait de l'atteinte des troncs nerveux qui traversent la fosse cérébrale moyenne s'associent :

d) Des troubles parétiques et paresthésiques, alternes, en général transitoires par compression de la vallée sylvienne ;

e) Et la perception par le malade de bruits rythmés dans l'oreille du côté intéressé. Ils sont dus à la répercussion dans l'oreille moyenne et interne toute proche du bruit fait par le sang qui traverse la poche anévrysmale.

Ce tableau très volontairement schématique est rarement observé. C'était cependant celui que présentait un malade que l'un de nous a eu l'occasion d'observer récemment dans le service de notre maître le Pr Clovis Vincent (1) cinq ans après le début des troubles.

Le plus souvent, selon la direction dans laquelle se développe l'anévrysme, selon sa grosseur, sa forme, les nerfs atteints sont plus ou moins nombreux ; mais dans un espace aussi restreint et aussi encombré, l'atteinte d'un seul nerf paraît exceptionnelle.

Quel que soit le degré des troubles qui amènent les malades à consulter, il ne faut pas se contenter d'établir un diagnostic topographique. Il faut chercher à préciser l'étiologie des symptômes. Pour cela on se base sur :

1° L'âge du malade ;

2° Les renseignements fournis par l'interrogatoire, temps essentiel de l'examen ;

3° Les signes radiographiques fournis par les clichés du crâne pris en diverses incidences.

1. **L'âge du malade.** Il s'agit en règle générale de sujets de plus de 40 ans, avoisinant la cinquantaine, et plus fréquemment des femmes que des hommes.

2. **L'interrogatoire** précise le mode d'installation des troubles. Chez les malades que nous avons examinés à la Pitié ainsi que dans les observations

(1) Cf. " Presse Médicale ", le 18 mai 1946.

publiées, le premier symptôme, le plus fréquemment retrouvé est l'existence pendant plusieurs années de douleurs localisées et unilatérales, hémifrontales, rétro et périorbitaires qui dans certains cas ont l'allure de névralgies faciales authentiques. Ces douleurs d'intensité variable, sont associées ou non à la céphalée, elle-même frontale ou généralisée et qui a quelquefois un caractère battant. Habituellement ces douleurs n'empêchent pas le malade de vaquer à ses occupations.

Mais brusquement, soit sans antécédent aucun, soit le plus souvent sur ce fond douloureux, surviennent des accidents aigus qui provoquent l'examen médical. Ce sont ou bien des céphalées violentes à début brutal, ou des douleurs névralgiques, elles aussi, à début brutal soit isolées, soit associées à la céphalée ; ou bien une ophtalmoplégie partielle ou complète, débutant par un ptosis et se complétant en quelques heures ; ou encore une diminution progressive, récente et unilatérale de l'acuité visuelle. Ces accidents s'accompagnent généralement de malaises avec état nauséeux.

C'est donc soit pour une atteinte oculo-motrice, soit pour une douleur de l'hémiface ou pour une amblyopie progressive unilatérale qu'on est appelé à examiner le malade. Très fréquemment s'y associent des troubles du côté opposé. Le plus souvent discrets et découverts seulement par l'interrogatoire, ils sont dus à l'atteinte par la tumeur de la vallée sylvienne, et consistent en engourdissements passagers de la main, le matin au réveil ou à la fatigue, en parésies fugaces, en dysesthésies, en fourmillements. Lorsqu'ils sont plus accusés, ils réalisent un véritable syndrôme alterne.

Lorsqu'à ces signes s'ajoute la perception par le malade d'un souffle intracrânien, le diagnostic est évident. Cela est malheureusement rare ; le plus souvent, on retrouve seulement l'existence d'un bruit ou d'un bruissement rythmé dans la tête, accompagnant la céphalée battante, auquel on accordera une grosse valeur.

En dehors des paires craniennes déjà énumérées et d'un exorbitisme unilatéral, l'examen révèle l'intégrité des autres nerfs crâniens et du reste du système nerveux : la motricité, la sensibilité et les réflexes sont normaux aux quatre membres alors même qu'il existe des épisodes parétiques. L'auscultation attentive du crâne qui sera automatique perçoit exceptionnellement un souffle. L'appareil cordio-vasculaire est en règle normal, les réactions neurologiques négatives.

3. **Les radiographies du crâne** seront systématiques ; elles apporteront un complément précieux d'informations. Sur les clichés de face centrés sur les orbites, on cherchera la destruction de la portion interne élargie de la fente sphénoïdale ; l'usure porte sur les bords inférieurs et supérieurs et parfois toute la paroi postérieure de l'orbite.

De profil, on peut noter une usure de la lame quadrilatère de la selle turcique.

En incidence de Hirtz, qui permet de voir la base du crâne, l'un de nous a vu dans cinq cas successifs une image d'usure du plancher de la fosse cérébrale moyenne en arrière et en dedans du trou ovale (2).

Sur ce groupement de signes cliniques et radiographiques suffisamment évocateur, on doit, sans plus tarder, diriger le malade sur un service spécialisé où des examens complémentaires seront effectués. La ventriculographie ne donne aucun renseignement : les ventricules sont, en effet, normaux. Par contre, l'artériographie, en montrant la poche anévrysmale elle-même apporte la certitude du diagnostic.

Il nous a paru artificiel et inexact de grouper les symptômes en formes cliniques selon le siège de l'anévrysme sur la carotide. Nous avons vu que les symptômes, en réalité, apparaissent successivement et que le tableau clinique se constitue petit à petit jusqu'à intéresser tous les éléments de la région.

Comment peut-on expliquer cette évolution si particulière des signes de l'anévrysme carotidien ?

Le début brusque des troubles doit être attribué à une hémorragie périanévrysmale et, lorsqu'il y a céphalée violente avec malaise, à une hémorragie méningée que confirme la soustraction de liquide rosé par ponction lombaire. La résorption de l'hémorragie est quelquefois suivie d'une amélioration de l'atteinte nerveuse, notamment du ptosis qui peut régresser.

Mais, en général, les réactions périanévrysmales aboutissent à la formation d'une véritable gangue qui comprime, comme cela se passe dans les anévrysmes artériels des membres, tous les éléments de voisinage et donne naissance aux symptômes observés. Parfois une hémorragie foudroyante par rupture de l'anévrysme est responsable de certains cas de mort subite chez des sujets dont les troubles n'avaient pas encore été assez intenses pour alarmer les médecins ou même conduire à consulter.

Nous allons voir maintenant quels diagnostics il faut éliminer, devant le groupement des signes cliniques et radiologiques que nous venons d'étudier avant d'affirmer le diagnostic d'anévrysme carotidien.

Il en est un essentiellement qui sera souvent évoqué avant même celui d'anévrysme, bien que l'anévrysme ne soit pas une rareté, c'est le méningiome de la petite aile du sphénoïde dans ses variétés internes et moyennes. Ce diagnostic est parfois très difficile sans l'artériographie ou la ventriculographie. Cliniquement, les manifestations alternes, si elles existent, n'ont généralement pas le caractère d'éclipses cérébrales. L'atteinte des paires oculomotrices serait plus souvent dissociée et, sur les clichés aux images de destruction osseuse, se surajoutent habituellement des images de condensation, l'ostéome de la clinoïde étant la plus nette. Enfin, en incidence de Hirtz, nous n'avons pas trouvé cet aspect de destruction osseuse du plancher de la fosse cérébrale moyenne contre lequel le méningiome ne vient pas s'appliquer autant que l'anévrysme.

(2) Cf. " Société de Neurologie ", juin 1946.

De toutes façons, l'essentiel est que le malade soit dirigé sur un service de neuro-chirurgie.

Les autres tumeurs de la région, tumeur hypophysaire à développement unilatéral, tumeur du ganglion de Gasser, sont exceptionnelles et généralement une découverte opératoire.

Il faut mettre à part l'anévrysme artério-veineux du sinus caverneux. Les troubles qu'il réalise intéressent plus particulièrement l'œil : exorbitisme souvent pulsatile, atteinte des paires oculo-motrices, souffle intracrânien net. La notion d'un traumatisme n'est pas toujours retrouvée et une communication secondaire entre un anévrysme artériel et le sinus caverneux peut en être la cause.

Il est un diagnostic, enfin, que nous devons rappeler, c'est l'atteinte nucléaire des paires oculo-motrices avec syndrôme alterne par lésion pédonculaire ou protubérantielle à laquelle on pourrait penser au premier abord devant ces syndrômes alternes que nous avons vus parfois être réalisés par des anévrysmes.

La thérapeutique habituelle des anévrysmes intracrâniens est la ligature de la carotide primitive. Elle est dans la règle parfaitement tolérée, les suppléances étant depuis longtemps établies. Il est bon de lui associer la thérapeutique iodée et le cyanure de mercure qui réduisent l'importance des réactions périanévrysmales. La ligature, si elle n'amène pas dans tous les cas la guérison complète, met du moins le malade à l'abri de l'hémorragie foudroyante.

A ces anévrysmes de l'adulte, à forme tumorale, il faut opposer l'anévrysme des jeunes dont nous allons maintenant dire quelques mots. Leur diagnostic clinique se pose quelquefois dans des circonstances analogues à celles de l'anévrysme de l'adulte.

Mais c'est souvent devant un tableau d'hémorragie méningée, parfois à répétition, qu'ils seront soupçonnés systématiquement. Seule l'artériographie peut alors les mettre en évidence. Ces anévrysmes du jeune n'ont pas encore leur gangue de tissu réactionnel et s'ils saignent, ils ne saignent pas dans un espace déjà cloisonné. Ils ne constituent donc pas encore de tumeur et les radiographies sont normales.

Ces anévrysmes du jeune sont probablement congénitaux. Il est classique de les opposer à ceux de l'adulte qui seraient des anévrysmes acquis, mais rien n'est moins certain comme le prouvent l'absence de spécificité, l'absence fréquente d'artériosclérose et la longue évolution qu'attestent les destructions osseuses.

LA GRIPPE : NOUVELLES ACQUISITIONS DE LA MICROBIOLOGIE

M. DELAVILLE ET S. MUTERMILCH
Chefs de Laboratoire à l'Hôpital H.-Rousselle

La grippe connue depuis l'antiquité, puisqu'il en est fait mention par Hippocrate, a été maintes fois signalée au cours des siècles sous sa forme épidémique. Le XIXe siècle, connut en 1837 et en 1889 deux épidémies sévères.

Celle de 1918-1919 est encore présente à toutes les mémoires, elle fut responsable de nombreux décès, puisqu'à Paris on compte 10.059 morts de grippe entre le 1er septembre 1918 et le 29 mars 1919 ; ses ravages ne furent pas moindres en Angleterre où, d'après M. Buchmann, les 96 plus grandes villes du Royaume, comptant une population de 16.500.000 habitants eurent 44.337 décès entre le 12 octobre et le 28 décembre 1918 et 13.650 décès entre cette dernière date et le 8 mars 1919. Les pays orientaux payèrent un lourd tribut au cours de cette épidémie et le Japon comptait, en janvier 1919, 20 millions de grippés dont 250.000 décédèrent.

La grippe ne revêt pas toujours une forme aussi sévère, elle fait souvent son apparition à l'état sporadique et saisonnier. Au point de vue social elle est responsable d'un grand nombre de journées de travail perdues, du décès de nombreux vieillards et de débiles. Il est donc du plus grand intérêt de chercher quel en est l'agent pathogène et d'étudier le moyen de protéger l'homme contre cette redoutable maladie.

AGENT PATHOGÈNE DE LA GRIPPE. — L'agent pathogène de la grippe n'a pas été découvert d'emblée, comme par exemple ceux de la diphtérie, de la tuberculose, du choléra, etc.

Au cours de l'épidémie de 1889-1890 Pfeiffer isola un bacille hémoglobinophile, que l'on désigne à présent sous le nom d'hémophilus influenzæ, et auquel il attribua le rôle étiologique de cette maladie.

De nombreux faits plaidaient en faveur de la thèse de Pfeiffer. Ce bacille se trouve fréquemment dans les expectorations, les sécrétions pulmonaires, l'urine, le sang et même le liquide céphalo-rachidien des grippés. Messerschmidt le signale dans 90 % des crachats de grippés et Mc. Intosh dans 84 %. Orticoni et Antoine, Netter et Mozer, Abt et Henri Durand, Dujarric de la Rivière ont trouvé le bacille Pfeiffer dans le sang de malades atteints de grippe. Ce germe a été trouvé, au cours d'autopsie de malades morts de grippe, dans les organes respiratoires (plus de 90 % des cas).

Pour confirmer le rôle pathogène du bacille de Pfeiffer des expérimentateurs badigeonnèrent les muqueuses nasales ou pharyngées de volontaires à l'aide de cultures pures de bacilles de Pfeiffer, il en résulta quelquefois une rhinite ou une pharyngite, exceptionnellement l'apparition de symptômes typiques de la grippe : fièvre, courbature, céphalée, coryza.

Parmi les animaux qui furent soumis à l'expérimentation, seul le singe semble capable de contracter une infection des voies respiratoires à la suite d'inoculations intra-nasale, intra-trachéale ou intra-buccale de cultures pures de bacille de Pfeiffer.

Malgré cet ensemble de faits, de nombreux bactériologistes n'admirent pas l'hypothèse de Pfeiffer et firent remarquer que le bacille de Pfeiffer est extrêmement répandu, que l'on constate souvent sa présence dans les voies respiratoires de sujets sains et encore beaucoup plus fréquemment chez des individus atteints d'affections autres que la grippe, et plus particulièrement chez les tuberculeux.

La présence de ce bacille dans le sang des grippés n'est pas un argument irréfutable et peut s'expliquer par le phénomène dit " des microbes de sortie " ; il est, en effet, bien connu qu'au cours de certaines infections de l'homme et des animaux de germes tels que le staphylocoque, le streptocoque, le pneumocoque, etc., hôtes habituels de ces organismes, sont capables de passer transitoirement dans leur sang.

Donc, sans nier que le bacille de Pfeiffer puisse dans certains cas provoquer l'inflammation des voies respiratoires chez l'homme, de nombreux épidémiologistes et bactériologistes n'ont pas admis d'emblée le dogme de la spécificité du Bacille de Pfeiffer.

En 1921, Olitsky et Sales, aux Etats-Unis ont isolé, de filtrats de sécrétions rhino-pharyngées recueillies dans les premières heures de la grippe, un tout petit bacille anaérobie.

Ce bacille, désigné par les auteurs américains sous le nom de " bacilles pneumosintes " a pu être cultivé, inoculé aux lapins par voie intratrachéale ; il provoque, dès le premier ou le deuxième jour, des phénomènes généraux : les poils se hérissent, les conjonctives sont injectées, la température s'élève, et l'examen du sang montre de la leucopénie comme au cours de l'infection grippale chez l'homme. En outre, ce microbe est agglutiné par le sérum des grippés ou des convalescents de grippe, alors qu'il ne l'est pas par le sérum des sujets indemnes de grippe.

Enfin, Lister, en inoculant des cultures pures de bacillus pneumosintes à 19 volontaires, déclencha chez l'un d'eux une grippe typique et de la fièvre chez deux autres ?

A notre connaissance les recherches sur le rôle étiologique du bacillus pneumosintes en sont restées là. Son rôle spécifique n'a donc pas encore été établi avec certitude.

Le parallélisme entre l'évolution de la grippe humaine et d'une épizootie porcine connue sous le nom de " Hog Flu " mis en évidence par Y.-S. Kohen a été le point de départ d'une série de travaux du plus haut intérêt, sur le virus grippal filtrant.

A la suite de remarquables recherches sur l'influenza expérimentale du porc, le Dr Richard E. Shope de l'Institut Rockfeller de Princeton, a montré, dès 1931, que l'on pouvait à coup sûr déterminer, chez le porc, une maladie expérimentale en lui instillant dans le nez de l'exsudat bronchique de porcs malades. Il a pu ainsi réaliser des transmissions de la maladie en série, et, d'autre part, conserver le virus à basse température. En collaboration avec Paul A. Lewis il a pu mettre en évidence, aussi bien dans l'exsudat bronchique que dans les lésions pulmonaires des porcs malades, souvent à l'état pur, un bacille qui par tous ses caractères morphologiques ou biologiques ressemble au bacille de Pfeiffer et qu'ils ont désigné sous le nom de Bacille P.

Shope, pour étudier le pouvoir pathogène de ce bacille P. a instillé des cultures pures de ce germe dans le nez des porcs, et a constaté que ces animaux supportaient ces instillations sans grand dommage. Ce même chercheur étudie ensuite l'action des filtrats obtenus par passage à travers des bougies de porcelaine de sécrétions nasales de porcs atteints de " Hog Flu ". Il constate que l'instillation nasale de ces filtrats provoque chez le porc sain une maladie bénigne, ne s'accompagnant pas habituellement de fièvre et se traduisant par une apathie modérée, de l'inappétence et une toux légère.

Cette maladie bénigne désignée par Shope sous le nom de **maladie du filtrat**, peut être transmise en série de porc à porc, et son virus conservé au frigidaire, en milieu glycériné, pendant plusieurs semaines. Shope a donc isolé des sécrétions rhinopharyngées de porcs atteints de „ Hog Flu " d'une part, un bacille ayant l'aspect morphologique du Bacille de Pfeiffer et atténué pour cet animal de virulence, d'autre part, un virus filtrant invisible capable d'une virulence modérée.

Shope entreprit alors une expérience décisive qui **semble montrer que la maladie serait due à l'action combinée d'un virus filtrant et d'un bacille comparable au bacille de Pfeiffer ; c'est au virus filtrant qu'appartiendrait le pouvoir pathogène, alors que le bacille associé ne jouerait qu'un rôle secondaire, aggravant.** Le virus filtrant était seul capable de conférer aux porcs l'immunité vis-à-vis du " Hog Flu " tandis que le bacille P. n'avait aucun pouvoir vaccinant. Des animaux vaccinés par des injections intra-musculaires de virus filtrant ont acquis un état résistant vis-à-vis du mélange du virus et du bacille P. administré par voie intra-nasale.

Des expériences fort intéressantes de transmission de la grippe humaine aux furets ont été effectuées en Angleterre par Smith et Andrews dès 1933. Ces auteurs, en instillant dans le nez des furets, des sécrétions rhino-pharyngées de grippés réussirent à conférer à ces animaux une maladie caractérisée par de la fièvre, du catarrhe nasal avec écoulement plus ou moins abondant, de l'inappétence et une apathie profonde ; la maladie dure une dizaine de jours au plus et les animaux se rétablissent ensuite. Cette maladie ainsi provoquée est transmissible de furet à furet. Les animaux guéris sont réfractaires à une réinfection et cette immunité acquise dure environ trois mois. Le furet se montre également sensible vis-à-vis du virus porcin de Shope ; il en est de même des souris.

Il existe cependant une différence capitale entre la grippe du porc et celle des furets et des souris ; chez ces dernières le virus filtrant suffit seul à provoquer les symptômes et les lésions caractéristiques, tandis que nous avons vu que l'association du virus et du Bacille Bacille P. est indispensable pour produire le tableau typique de l'influenza porcine.

Ces remarquables recherches expérimentales sur l'étiologie de la grippe permettent de se demander si l'homme contracte la grippe à la façon du furet et de la souris c'est-à-dire grâce au seul virus filtrant ou s'il est nécessaire, comme pour le porc, que le virus filtrant soit associé au Bacille de Pfeiffer.

L'analogie absolue du virus porcin et virus humain ne peut encore être affirmée avec certitude. Il a, d'ailleurs, été démontré dans ces dernières années que le virus grippal humain n'est pas unique, mais qu'il présente plusieurs variétés.

Il est classique d'admettre qu'une atteinte de grippe confère à l'homme une immunité temporaire ; ces faits d'observation chimique courante semblent confirmés par les expériences de Shope qui, comme nous l'avons relaté plus haut, a montré que " la maladie du filtrat " fort bénigne, immunise le porc vis-à-vis du " Hog Flu ". Nous avons vu aussi que, selon Smith, Andrews et Landlaw, les furets guéris de l'influenza humaine se montraient réfractaires à toute tentative de réinfection pendant au moins trois mois.

Il a été démontré, d'autre part, que le sérum sanguin d'hommes ou d'animaux guéris de l'influenza était capable de neutraliser le virus grippal pendant plusieurs mois.

On a pu préparer un serum anti-grippal en pratiquant des injections répétées de virus sous la peau du cheval ou du lapin ; ces animaux sont, en effet, réfractaires à l'inoculation intranasale. Les sérums ainsi préparés neutralisent le virus " in vitro " et sont capables de conférer à la souris une immunité passive, quand ils sont administrés dans des conditions favorables. Enfin les auteurs américains et anglais, déjà cités, ont montré que le virus de l'influenza cultivé " in vitro " et inoculé aux animaux par la voie sous-cutanée, intra-musculaire ou intra-péritonéale est capable de les immuniser activement contre cette maladie.

En possession de ces données expérimentales il était

normal de tenter de les appliquer à la **thérapeutique et à la prophylaxie de la grippe humaine.**

***

Aussi, dès 1918, tenta-t-on de traiter les grippes par injection de sérum de convalescent. Ce procédé fut d'emblée couronné de succès, mais malheureusement dans la pratique il se heurte à de sérieuses difficultés ; il n'est pas toujours possible de récolter suffisamment de sérum de convalescents, surtout en période épidémique.

La recherche de la vaccination active de l'homme vis-à-vis du virus grippal fait toujours actuellement l'objet de recherches, mais on n'est pas encore arrivé à une réalisation définitive. Il ne faut pas se dissimuler qu'il existe de nombreux facteurs d'insuccès parmi lesquels il convient de citer la nature antigénique du virus dont il existe plusieurs variétés ; la préparation d'un vaccin polyvalent s'impose donc. D'autre part, l'immunité conférée par cette vaccination est de courte durée (quelques mois) ce qui constitue une difficulté de plus pour la pratique des vaccinations préventives chez l'homme. La prévention de la grippe est donc possible mais que la durée de l'immunité est courte.

De nombreux travaux ont été consacrés au cours de ces dernières années au **séro-diagnostic de la grippe.** Cet examen permet, à l'aide d'une technique relativement simple, de diagnostiquer chez un malade non seulement l'existence d'une infection à virus grippal, mais encore de préciser le type antigénique du virus en cause.

Comme antigène, on utilise les liquides amniotique et allantoïdique des œufs de poules inoculés avec le type A et le type B du virus grippal.

(On trouvera la technique détaillée de cette réaction dans l'excellent mémoire de P. Lépine, V. Sautter et L. Reinée. Annales de l'Institut Pasteur T. 72, 1946, n° 7-8, page 523).

Le diagnostic de la grippe est fait d'après les différences existant pour l'un des types antigéniques, entre le sérum précoce et le sérum tardif, ce dernier devant présenter une augmentation significative de son pouvoir anti-agglutinant attestée par le déplacement vers la droite de la limite entre les tubes où le sang a simplement sédimenté et ceux où il est agglutiné.

CONCLUSIONS

1. L'agent pathogène spécifique de la grippe est un virus filtrant. Seul il ne provoque chez l'homme qu'un simple rhume de cerveau. Associé au bacille de Pfeiffer et, peut-être, à d'autres microbes hôtes habituels des voies respiratoires, il engendre chez l'homme les symptômes de l'influenza épidémique ;

2. On peut vacciner l'homme contre la grippe, au moyen des injections sous-cutanées du virus grippal cultivé et tué.

L'état réfractaire conféré à l'homme à la suite de ces vaccinations semble être de courte durée (plusieurs mois) ;

3. Un séro-diagnostic permet de diagnostiquer chez les malades l'existence d'une infection à virus grippal

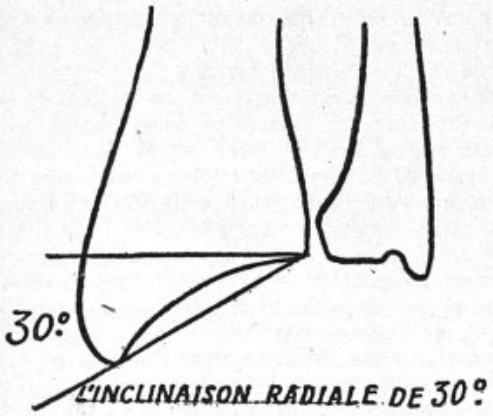
LES AXES DU POIGNET

Regardez un squelette. De face, l'axe de la diaphyse radiale forme un angle de 30° avec la surface articulaire. De profil, la surface articulaire présente une inclinaison palmaire de 10°.

La persistance du déplacement dorsal du fragment inférieur laisse un poignet déformé en dos de fourchette, épaissi dans le sens antéro-postérieur, avec la saillie palmaire douloureuse des tendons fléchisseurs et l'impossibilité de fléchir la main vers la paume.

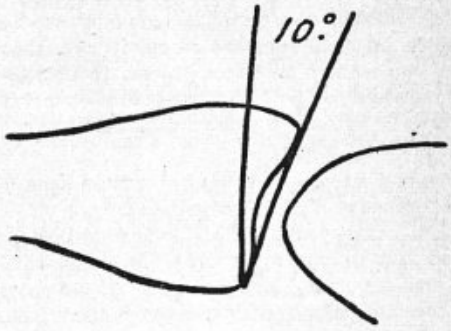
L'ascension de la styloïde radiale laisse une main déviée en baïonnette avec la saillie douloureuse de la styloïde cubitale, l'épaississement transversal du poignet et la diminution de la force de préhension par suite du raccourcissement osseux.

Dans les deux cas, le radius agit comme le chevalet d'un violon avec ses cordages tendineux. Si le chevalet est de travers ou le violon raccourci, il est fatal que le jeu des tendons et des doigts devienne défectueux.



L'INCLINAISON RADIALE DE 30°

d'après Boëhler



L'INCLINAISON PALMAIRE DE 10°

d'après Boëhler

Les fractures de l'extrémité inférieure du radius laissent souvent des séquelles importantes. Tracez sur les radios les axes du poignet. Rétablissez la double inclinaison radiale et palmaire de la surface articulaire. Les résultats du traitement deviendront bons.

Dr J.-P. GRINDA.

RÉSUMÉ DES RAPPORTS

Premier rapport.

Identification et traitement des embolies pulmonaires, par R. Fontaine (Strasbourg), H. Redon (Paris) et la collaboration de Mme Greiner-Oswald (Strasbourg).

Dans la première partie de leur travail, les auteurs rappellent les caractères anatomiques, qui permettent d'affirmer la nature embolique du caillot : il est pelotonné, contourné sur lui-même, il n'a aucun contact avec la paroi, dont les réactions histologiques n'évoluent pas parallèlement avec les siennes ; il est à cheval sur la bifurcation de l'artère pulmonaire et n'est pas moulé sur la lumière vasculaire. L'embolie pulmonaire mortelle est, contrairement à ce qui a été dit dans un certain nombre de travaux français, relativement fréquente ; elle est d'ailleurs assez souvent méconnue (dans 23 % des cas chirurgicaux et dans 66 % des cas médicaux). Il apparaît d'autre part que les embolies mêmes massives ne sont pas toujours immédiatement mortelles et qu'à l'autopsie de sujets morts d'un syndrome cataclysmique on peut trouver des embolies déjà vieilles de plusieurs mois (Ameuille). Enfin la mort brutale par " embolie " peut répondre à tout autre chose qu'à cette lésion même.

Leurs recherches expérimentales personnelles ont montré aux rapporteurs la possibilité de reproduire sur l'animal la mort embolique rapide par oblitération du tronc de l'artère pulmonaire et de ses branches. L'obstruction embolique entraîne une gêne dans la circulation du vaisseau, mais à ce facteur mécanique très important en raison du calibre de l'artère, s'ajoute une série de réflexes à action prédominante vaso-constrictive locale, générale et bronchomotrice. Ces perturbations contribuent à aggraver la gêne purement mécanique. Il existe donc un parallélisme entre le mécanisme des accidents au cours de l'embolie pulmonaire et celui des embolies périphériques. Ces notions expliquent que, si 70 % des embolies meurent dans des conditions qui mécaniquement déjà ne permettent pas la survie (mais souvent plus vite que ne le comporterait le trouble hémodynamique seul), 30 % succombent alors que la gêne mécanique intéresse bien moins que les 70 % du parenchyme pulmonaire, ce qui représente le maximum dont nous pouvons nous passer (Steinberg et Mundy). Ces 30 % représentent les malades chez lesquels l'embolie déclenche des réflexes particulièrement violents et nocifs.

L'origine de l'embolie doit être recherchée dans une thrombose veineuse. Mais, même à l'autopsie, la phlébite initiale n'est pas toujours facile à mettre en évidence. Des recherches biologiques poursuivies récemment, il apparaît d'ailleurs que l'embolie n'est pas un simple accident chez des malades atteints de thrombose veineuse. L'embolie est liée à certaines modalités évolutives du caillot, dépendant de variations physico-chimiques très précises. Indiscutablement la phlébite méconnue est plus souvent à l'origine de la grande embolie pulmonaire que la phlegmatia alba avérée (44 % des cas, Ducuing).

L'embolie périphérique non mortelle n'aboutit pas fatalement à l'infarcissement du poumon. L'oblitération artérielle est habituellement insuffisante pour le provoquer.

Dans la deuxième partie le rapport a pour objet **l'identification clinique des embolies pulmonaires** ; il faut opposer les formes graves et les formes bénignes ; les premières peuvent revêtir différents aspects : formes syncopales, forme angoissante, forme avec collapsus cardio-vasculaire, forme respiratoire, asphyxique, etc... et enfin des formes atypiques qui se camouflent derrière un syndrome neurologique, cardiaque, péritonéal, rénal, etc...

Parmi les embolies sans gravité immédiate, il faut surtout retenir l'embolie à répétition qui n'est pas exceptionnelle, ce qui plaide en faveur d'une action directe sur l'origine de l'embolie (ligature de la veine ou phlébectomie).

Il existe enfin un certain nombre de fausses embolies simulées en particulier par anaphylaxie pulmonaire, mais dont l'identification chez l'homme est discutable (Géry).

Le traitement prophylactique de l'embolie en est encore à l'étape des tentatives dont l'efficacité est difficile à établir : lever précoce, administration de thyroïdine, d'héparine, de couramine...

Lorsque la thrombose veineuse est confirmée, la ligature veineuse, la phlebectomie ou la thrombectomie précédée au besoin d'une veinographie, sont parfaitement légitimes et d'ailleurs assez souvent utilisées à l'étranger ; les rapporteurs estiment qu'elles ne doivent pas d'ailleurs rester des interventions d'exception.

Le traitement médical de la grande embolie comporte surtout les injections intra-veineuses d'Eupavérine, dont Deuk a obtenu quelques succès, les infiltrations du ganglion stellaire ou les injections intra-veineuses de novocaïne dont il est difficile de chiffrer avec exactitude le pourcentage de succès.

Quant au **traitement chirurgical**, l'embolectomie décrite par Trendelenburg comporte indiscutablement des difficultés techniques ; elle nécessite une organisation matérielle parfaite, un entraînement permanent du

P. LANCE

Discussion

— **M. Jentzer** (Genève) insiste sur la fréquence de ce qu'il appelle le "coup de foudre dans un ciel serein" et expose une série de recherches sur le "primum movens" des accidents emboliques et de la thrombose, en particulier la réaction de Langerhagen.

— **M. Leriche** (Strasbourg), tout en approuvant les conclusions des rapporteurs, estime qu'il existe un certain désaccord entre l'argumentation et les faits, dans le mécanisme de la mort au cours des grosses embolies. Il semble y avoir contradiction entre l'importance des phénomènes mécaniques décrits tout d'abord et l'importance accordée aux réflexes ensuite. La mort est-elle purement fonctionnelle et réflexe ? Le phénomène mécanique ne joue-t-il aucun rôle ? De nouvelles expériences seraient à faire, dont l'auteur donne le plan ; il insiste également sur les difficultés dans l'embolectomie de distinguer la pulmonaire de l'aorte et préconise la ponction-diagnostic. Il est enfin partisan de l'infiltration lombaire dans les thromboses au début.

— **M. Adams-Ray** (Stockholm) déclare que les résultats obtenus en Suède par les anti-coagulants (héparine seule ou avec dicoumarine) sont excellents : 47 morts sur 264 cas sans coagulant, 3 morts sur 221 avec l'héparine.

— **MM. Léon Binet** et **M. Burstein** (Paris), étudiant l'embolie pulmonaire expérimentale, soulignent :

a) L'existence d'un spasme bronchique (étranglement

bronchique) gênant la ventilation pulmonaire et qui cède après paralysie ou section des nerfs vagues ;

b) L'existence d'une bradycardie réflexe, quand elle n'est pas masquée par une tachycardie, secondaire à une hypertension dans le cœur droit ;

c) L'existence d'une forte hypertension dans le domaine de la circulation sanguine pulmonaire et qui n'est pas atténuée par l'ablation des ganglions stellaires ;

d) L'existence d'une réaction de vaso-constriction périphérique, démontrée par la technique de la patte isolée et secondaire à une hypotension des centres nerveux ;

e) L'intervention d'une gêne dans le passage du sang — du cœur droit au cœur gauche — pour expliquer l'hypotension périphérique. L'expérience suivante est démonstrative : on réalise une embolie après occlusion temporaire de la branche principale gauche de l'artère pulmonaire ; si on enlève la pince qui comprime l'artère du poumon gauche, la pression artérielle périphérique revient à son niveau initial.

— MM. **Delannoy** et **Verhaeghe** (Lille) rapportent 4 cas d'embolies pulmonaires post-opératoires observés sur plus de 6.000 opérations (1 forme asphyxique, 1 forme angoissante, 2 formes syncopales). La vérification nécropsique du caillot a pu être faite 3 fois (1 dans la branche gauche, 1 dans la branche droite, 1 dans le tronc de l'A. P.). Dans 1 seul cas la durée eût permis l'opération de Trendelenburg. 6 cas observés par ailleurs ont évolué vers la guérison par le traitement médical type Bardin, l'administration d'anathrombose et l'injection intraveineuse de novocaïne. Ce traitement exerce une action favorable, mais le véritable traitement doit être prophylactique : ligature de la veine au-dessus de la thrombose.

— **M. Chalier** (Lyon) précise que le lever précoce n'est pas tout dans la prophylaxie des embolies. Il n'est que le pivot d'une "méthode" répondant à trois indications précises : 1° maintenir ou relever la tension, en s'opposant à la déshydratation (boissons abondantes, sérums), toni-cardiaques, digitaline, etc. ; 2° s'opposer à l'hyperviscosité et l'hypercoagulation du sang (coumarine surtout) ; 3° lutter contre la stase veineuse (surélévation du lit côté pieds, gymnastique respiratoire, mouvements actifs, lever précoce).

— **M. Fredet** (Chartres) insiste sur l'utilité de la vaccinothérapie pré-opératoire, l'emploi des sulfamides et de la pénicilline. Après plusieurs échecs, il a eu 1 cas de guérison par infiltration du stellaire. Le drainage, l'emploi du Mikulicz peuvent avoir un rôle préventif efficace en gynécologie. Chez les prostatiques, un électrocardiogramme pré-opératoire est très utile pour juger de l'état du myocarde.

— **M. Luzuy** (Blois) préconise, lui aussi, dans la prophylaxie des phlébites : 1° le lever précoce, à condition que l'hémostase et l'asepsie soient parfaites ; 2° la surveillance du temps de coagulation (citrate de soude, sulfarsénol, coumarine) ; 3° la lutte contre le veinospasme (acécoline, novocaïne intra-artérielle ou lombaire). Sur 8.000 interventions, il a eu 57 embolies. Dans le traitement, il est partisan de l'injection immédiate d'éphédrine-morphine-atropine par voie musculaire, suivie d'une novocaïne intraveineuse. L'infiltration stellaire doit ensuite être tentée et en dernier ressort, s'il n'y a pas amélioration l'embolectomie.

— **M. Pascalis** (Paris) rappelle ses expériences sur le singe et relate 1 cas typique de mort par réflexe pulmonaire sans embolie, comme l'a prouvé l'exploration négative de l'artère pulmonaire.

— MM. **Masmonteil** et **Leuret** (Paris), apportant leur statistique de phlébites et embolies portant sur 7.000 cas opérés en salles d'opération stérilisées, posent les conclusions suivantes :

1° L'infection joue un rôle très considérable dans la production des complications veineuses, infection atténuée le plus souvent ;

2° L'asepsie rigoureuse des locaux opératoires, en supprimant tout risque d'apport exogène, fait diminuer de façon très impressionnante le nombre de ces complications (0,51 %) ;

3° Les cas restants relèvent d'infection endogène atténuée (colibacillurie en particulier) qui échappe actuellement à nos mesures préventives.

(à suivre)

LES LIVRES

LES LIVRES QUI VIENNENT DE PARAITRE

Dr **Pierre Ferrand.** — **La novocaïne intra-veineuse,** étude générale de cette méthode thérapeutique, et en particulier ses applications cardio-vasculaires (Imprimerie Raclot, Clermont-Ferrand, 1946).

K. **Agadjanian,** ancien professeur à l'Université de Varsovie. **Le mécanisme des troubles perceptivo-associatifs,** en rapport avec l'origine de l'**Hallucination et du délire** (étude physio-pathologique). Préface du Pr Laignel-Lavastine (I. Peyronnet, édit., 33, rue Vivienne, Paris).

Dr **Jean Delay,** professeur de clinique des Maladies Mentales à la Faculté de Paris. **Les dérèglements de l'humeur.** Préface de G. Roussy, membre de l'Institut (Les Presses Universitaires de France, 108, boulevard Saint-Germain, Paris, 1946).

P. **Chailley-Bert.** — **Sports. Education physique.** Leurs réactions sur l'appareil circulatoire (J.-B. Baillure, Paris, 1946).

M.-L.-R. Montel. — **Memento thérapeutique du praticien colonial** (un vol., 118 p., Masson édit., Paris, 1946).

J.-B. BAILLIERE ET FILS, EDITEUR

Paris

G. Milian. — La syphilis occulte (2e édition, 1946).

Quand un malade, du foie ou d'ailleurs, n'accuse pas dans ses antécédents les signes caractéristiques de la syphilis, le médecin n'est pas toujours disposé à penser que parfois son patient est syphilitique. Celui-ci n'a peut-être jamais eu le moindre symptôme, qui se rapporte à cette infection, et cependant, un jour, éclate chez lui un accident syphilitique, caractéristique ou non, reconnu ou non reconnu, qui démontre, pour qui sait le voir, que le tréponème est là, sans qu'on sache comment il est entré. Ces faits sont de tous les jours, et leur méconnaissance peut avoir de graves inconvénients. Ils ont reçu aujourd'hui une éclatante confirmation dans la syphilis expérimentale. L'auteur étudie successivement : les conditions de production de la syphilis occulte, les modalités de sa révélation, son dépistage, son traitement. G. F.

ACADEMIE DE MEDECINE

Les formes non paralytiques de la maladie de Heine-Medin.

(MM. Robert Debré et Stéphane Thieffry 22-10-46)

La fréquence des formes non paralytiques, impossibles à préciser, est certainement très grande. En milieu épidémique, elles se présentent sous trois aspects principaux : formes catarrhales sans manifestations neurologiques (grippe d'été, pharyngite, diarrhée), formes nerveuses et douloureuses qui évoluent parfois suivant un type diphasique et sont remarquables par leurs manifestations algiques (céphalée, douleur du dos), et leur sémiologie douloureuse (signe de Lasègue) et méningé, enfin méningite poliomyélique pure, assez peu distincte cliniquement des méningites sérieuses aiguës lymphocytaires curables.

Pour le diagnostic de ces formes non paralytiques, les auteurs — en l'absence des procédés d'identification biologique par expérimentation sur l'animal — attribuent une très grande importance à l'étude du liquide céphalo-rachidien. Avec une fréquence qui reste à déterminer, on peut retrouver une réaction cytologique dans les formes catarrhales et une réaction d'hypercytose et d'hyperalbuminorachie dans les formes nerveuses et douloureuses. Il faut signaler que la réaction anormale peut être d'apparition tardive (2e ou 3e semaine) et n'être décelée qu'après guérison apparente. Pour cette méningite poliomyélitique pure, il existait dans quatre cas une hyperalbuminose manifeste tardive ou une poussée secondaire d'hyperalbuminorachie, qui n'a pas été retrouvée dans les autres états méningés lymphocytaires d'étiologie précisée ou imprécisée. Ces constatations incitent à une étude attentive du liquide céphalo-rachidien des sujets suspects au cours d'une épidémie et complètent les observations antérieures des auteurs étrangers.

Le diagnostic précoce de la paralysie infantile

(MM. Robert Debré et Stéphane Thiéffry ; 22-10-1946)

Contrairement à une opinion trop répandue, la poliomyélite antérieure aiguë possède dès sa phase initiale des caractères cliniques assez tranchés pour que le diagnostic puisse être assez souvent soupçonné ou porté fermement, avant l'apparition des paralysies. D'après l'expérience des auteurs, la phase préparalytique est caractérisée chez l'enfant par l'association d'un syndrome infectieux d'installation brutale et nette, où la fièvre s'accompagne inconstamment de troubles pharyngés ou digestifs et, éventuellement, de somnolence et d'obnubilation intellectuelle, d'un syndrome méningé dont les éléments cliniques (raideur de la nuque, signe de Kernig) n'ont pas toujours une expansion manifeste, et surtout d'un syndrome douloureux qui domine toute la séméiologie de cette phase, et qui comporte des signes subjectifs (céphalée, douleurs des membres, et surtout douleur dorsolombaire) et des signes objectifs (douleur à la pression des masses musculaires et signe de Lasègue, élément très important). A cette période, les modifications de la réflectivité sont rares, les troubles sphinctériens transitoires d'une fréquence non négligeable.

Sans aucune exception, les auteurs ont retrouvé dans cette phase des modifications de la cytologie du liquide céphalo-rachidien et de l'albuminorachie qui facilitent beaucoup le diagnostic précoce. Une connaissance précise des éléments du diagnostic rapide de poliomyélite permettra éventuellement l'essai, dans les meilleures conditions, de toute thérapeutique efficace à opposer à la paralysie infantile.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX DE PARIS

Quelques effets et conséquences du traitement des épithéliomas prostatiques par le diéthylstilbœstrol.

(MM. R. Huguenin et J. Fauvet ; 5-7-1946)

Les auteurs utilisent les doses élevées et prolongées par voie parentérale, jusqu'à 15 milligrammes par jour : 1.307 milligrammes au total dans un cas. Ils ont observé la disparition rapide des troubles fonctionnels et la disparition plus lente sans doute, mais parfois massive, des lésions, en particulier dans un cas où le néoplasme avait envahi le rectum et provoqué des rectorragies. Les métastases osseuses sont améliorées ou même disparaissent complètement. La phosphatase acide est élevée. Un dosage de folliculine a donné un chiffre inférieur au taux normalement constaté chez l'homme.

Les conséquences sur l'organisme (prise de poids allant jusqu'à l'obésité à morphologie féminine, gynécomastie, ligne brune abdominale) sont sans gravité. Les résultats obtenus par ces doses, plus élevées et plus prolongées que celles employées habituellement, seront peut-être plus durables, comme une observation datant de 3 ans le laisse espérer.

— M. Ravina a obtenu les mêmes résultats « per os ». Il semble que le meilleur procédé soit de commencer par de fortes doses, puis de diminuer dès l'apparition de signes d'intolérance (douleurs mammaires).

— M. Coste : Les auteurs américains n'emploient que la voie buccale. Les nausées disparaissent après un certain temps d'accoutumance. Ils ne croient pas aux récidives, alors qu'il en a observé.

— M. Weissmann-Netter demande ce qui a amené M. Huguenin à utiliser le diéthylstilbœstrol dans la lymphogranulomatose maligne.

— M. Mahoudeau : Il existe des récidives qui résistent à cette thérapeutique.

— M. Coste : Les auteurs américains estiment qu'il n'y a pas intérêt à augmenter les doses si le néoplasme résiste au traitement.

— M. Ravina : Il est curieux de voir qu'un néoplasme du sein chez l'homme amélioré par l'hormone mâle.

— M. Perrault a vu lui aussi un cas de néoplasme du sein amélioré par l'hormone mâle.

— M. Huguenin : La voie parentérale permet de donner des doses plus élevées et d'éviter les nausées de la voie bucale. Le diéthylstilbœstrol a été utilisé par les Américains dans la lymphogranulomatose maligne, mais avec peu de résultats. Certains auteurs américains l'ont employé aussi dans le néoplasme du sein. Mais

THÉRAPEUTIQUE
VASO-CONSTRICTIVE DES
TROUBLES CIRCULATOIRES
VEINEUX DES DEUX SEXES

FLUXINE

ASSOCIATION PHYTOTHÉRAPIQUE

INTRAIT DE MARRON
D'INDE DAUSSE
ALCOOLATURE D'ANÉMONE
NOIX VOMIQUE

Stases Veineuses (Varices - Hémorroïdes - Phlébites)
Troubles Menstruels (Règles douloureuses, Aménorrhée, Dysménorrhée, Ménopause)

GOUTTES
2 FORMES
DRAGÉES

POSOLOGIE
(1 Dragée = 10 Gouttes)
X Gouttes, 3 fois par jour
Cas douloureux
C à CCC Gouttes par jour

PRODUITS BONTHOUX - VILLEFRANCHE (RHÔNE)

TRINITRINE - SCILLE

PHÉNYLÉTHYLMALONYLURÉE



SPASMES
DE LA
MUSCULATURE LISSE

•

HYPERTENSION

LABORATOIRE PERRIER
12, rue Henner, PARIS-9e

en règle, ce dernier se voit chez des femmes hyperfolliculiniques, ayant reçu inconsidérément d'énormes doses de folliculine. Il les soumet, en plus des traitements classiques, à la testostérone, ce qui n'a pas empêché deux récidives. La testostérone a d'ailleurs amélioré pendant six mois-un an certains épithéliomas œsophagiens.

— M. Laroche souligne l'action de la testostérone sur certains néoplasmes. Il est possible que ces hormones, à fortes doses, agissent sur d'autres glandes, dont l'hypophyse, et auraient ainsi une action indirecte par choc en retour.

— M. Huguenin : Il y a de toute façon intérêt à prolonger le traitement sans faire de pauses.

Traitement du Kala-Azar par un nouveau composé stibié : le 2186 R P.

(MM. P. Durand, P. Benmuna et M. Caruana, de Tunis. — Présentation par M. Perrault ; 5-7-1946)

Les auteurs rapportent 6 cas de Kala-Azar où ce nouveau composé stibié pentavalent, de fabrication française, a donné de très heureux résultats. L'efficacité de ce produit est aussi grande et parfois meilleure que celle des antimoniaux, couramment utilisés en France.

La tolérance est très bonne et en permet l'utilisation, même chez des enfants en bas-âge.

Nouveaux cas d'intoxication grave par le tétrachlorure de carbone.

(MM. André et Feillard, de Brest ; 12-7-1946)

Les auteurs ont observé en quelques mois sept cas d'intoxication grave chez des sujets utilisant les liquides d'extinction à des ns variés (nettoyage des vêtements, lutte contre les cancrelats). Tous ces sujets ont présenté une hépatonéphrite avec prédominance de signes rénaux. L'hémorragie sous-conjonctivale est un symptôme fréquent de l'intoxication. Il faut savoir attendre en présence de l'anurie due au tétrachlorure, et se garder des médications agressives pour le couple hépato-rénal, en particulier de l'absorption massive de liquides réputés diurétiques.

Bronchectasie et ethmoïdo-antrite. Deux cas nouveaux de syndrome de Kartagener.

(MM. P. Jacob, J. Langle et Mme I. Langle ; 12-7-1946)

Se référant aux travaux antérieurs sur la coexistence de bronchectasies et d'ethmoïdite, de sinusite, les auteurs rappellent les différents mécanismes invoqués pour expliquer cette coexistence et en particulier les travaux récents de Mounier-Kuhn qui, reprenant une théorie défendue en Allemagne, pense que bronchectasies et ethmoïdo-antrite sont souvent, non pas la conséquence l'une de l'autre, mais le résultat de malformations congénitales portant sur les deux extrémités des voies respiratoires.

A l'appui de sa conception, Mounier-Kuhn, invoque la fréquente coexistence, avec l'association bronchectasies-ethmoïdo-antrite, d'autres malformations. Aux observations lyonnaises, les auteurs ajoutent deux nouvelles observations où coexistent inversion viscérale totale, bronchectasies et ethmoïdo-antrite. A vrai dire, toute inversion viscérale ne comporte pas des malformations respiratoires (ils en rapportent un cas). Ils rapportent enfin un très beau cas de bronchectasie avec ethmoïdo-antrite sans autres malformations.

J. CHEVROLLE.

SOCIETE FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Filiale Lyonnaise

La dermite du caoutchouc synthétique

(MM. H. Thiers, J. Racouchot et Moindrot)

Il est actuellement fréquent d'observer des femmes présentant un placard de dermite eczématiforme de la face externe de la cuisse provoquée par le contact de la jarretelle en caoutchouc synthétique. Le traitement est l'utilisation d'une jarretelle en caoutchouc naturel.

MM. J. Gaté, P. Cuilleret et Fayard, rapportant le cas d'une dermite eczématiforme sèche et prurigineuse, bilatérale et symétrique, siégeant à la face antérieure des cuisses, s'étendant en une zone assez régulièrement rectangulaire dont le centre correspond au point de contact des jarretelles antérieures avec la peau. Rien au contact des jarretelles postérieures. L'enquête montre que seules les jarretelles antérieures avaient leurs montures métalliques doublées de caoutchouc synthétique. Cette observation, qui ne fait que confirmer la fréquence actuelle de l'eczéma des jarretelles dû au caoutchouc synthétique, revêt ainsi la valeur d'une expérience.

Sur le traitement des ulcères de jambes anciens par la novocaïne en injections sous-jacentes.

(M. A. Bazex (de Toulouse)

L'auteur a traité vingt et un cas d'ulcères de jambes datant d'au moins cinq ans, pour lesquels les divers traitements classiques avaient échoué. L'infiltration sous-lésionnelle d'une solution de novocaïne à 1 % tous les deux jours, à la dose de 10 à 30 centimètres cubes, a déterminé un bourgeonnement de la plaie en quelques jours, mais la guérison n'a pu être obtenue que dans six cas ; les autres ont résisté à la thérapeutique après trois mois de traitement, les derniers ayant récidivé au bout de quelques semaines.

Maladie de Duhring-Brocq révélée par un traitement iodé.

(M. G. Massias (de Vichy)

L'auteur présente l'observation d'un malade qui souffre depuis six mois d'une affection cutanée prurigineuse offrant les caractères d'une urticaire banale. Cette affection a succédé à un traitement sulfamidé, sans qu'on puisse établir une relation formelle de cause à effet.

L'injection intraveineuse d'un médicament à base d'hyposulfite de soude et d'iodure de sodium a déclenché l'apparition d'éléments polymorphes papuleux et vésiculo-bulleux caractéristiques, accompagnés des phénomènes subjectifs douloureux de la maladie de Duhring-Brocq.

L'action activante ou réactivante de l'iose vis-à-vis de la maladie de Duhring-Brocq est bien connue. Dans le cas particulier, le sulfamide aurait eu une action réactogène analogue, au début de l'apparition des premiers éléments. Cette hypothèse demanderait à être confirmée par d'autres observations.

LA PRESSE

Les suites d'un électro-choc ou la revendication injustifiée. — L'observation, publiée par **J. Delay**, montre que, sous le masque d'un syndrome dépressif d'allure banale, peut évoluer une tumeur cérébrale, et elle confirme la valeur, pour le diagnostic topographique d'une lésion pariétale postérieure gauche, de la constatation du syndrome de Gerstmann (agnosie digitale, erreurs manifestes dans l'orientation droite-gauche, acalculie et agraphie). Elle fait savoir aussi que les crises d'épilepsie constatées étaient indépendantes de l'électro-choc, et traduisaient l'existence d'une tumeur cérébrale. Certes il y a de vrais accidents de l'électro-choc : crises épileptiques, amnésie, fractures et luxations, abcès du poumon ; mais il y a aussi de faux accidents, qui lui sont imputés par la seule vertu du vieil adage : post hoc, ergo propter hoc. La tumeur cérébrale extirpée, la malade est guérie et elle n'a plus présenté aucune crise convulsive. (« La Presse Médicale », 24 août 1946.)

Le traitement des papillomes vénériens par la résine de podophyllin. — **L. J. Michel** apporte les résultats très favorables obtenus dans le traitement des « crêtes de coq » par l'application d'une émulsion huileuse de résine de podophyllin (1/4 de podophyllin dans de la paraffine ou de la vaseline). Les végétations sont préalablement détergées de la sérosité, du pus ou de la kératose, qui les recouvre, puis soigneusement imprégnées de cette émulsion au moyen d'un petit écouvillon de coton. Le produit est laissé en place six heures, puis enlevé au cours d'un lavage à l'eau et au savon. On poudre ensuite au talc, à l'amidon, ou à l'oxyde de zinc. Aucune douleur, aucune réaction, sauf si l'on néglige ce nettoyage au délai voulu. La plupart des végétations disparaissent en deux ou trois jours sans laisser de traces ; les plus volumineuses nécessitent parfois une deuxième application, trois à quatre jours plus tard. Cette méthode constitue un incontestable progrès au regard des traitements habituels. (« Journ. de Médecine de Lyon », 5 août 1946.)

Un nouveau cas de cataracte après électrocution. — L'observation de **MM. Calmette et Tabarly** confirme que la cataracte par électrocution est classiquement tardive (3 à 4 mois) ; mais, si l'examen de pareils blessés est pratiqué plus précocement (au bout d'un mois, par exemple), alors qu'ils ne se plaignent encore d'aucun trouble de la vision, il montre des troubles cristalliniens objectifs, qui sont caractéristiques de cette variété de cataracte : points et traînées irrégulièrement disposés, de couleur blanc brillant, siégeant dans la corticale antérieure et postérieure; opacités linéaires en forme d'arceaux ouverts vers la périphérie, disposés en couronne. (« Lyon Médical », 4 août 1946.)

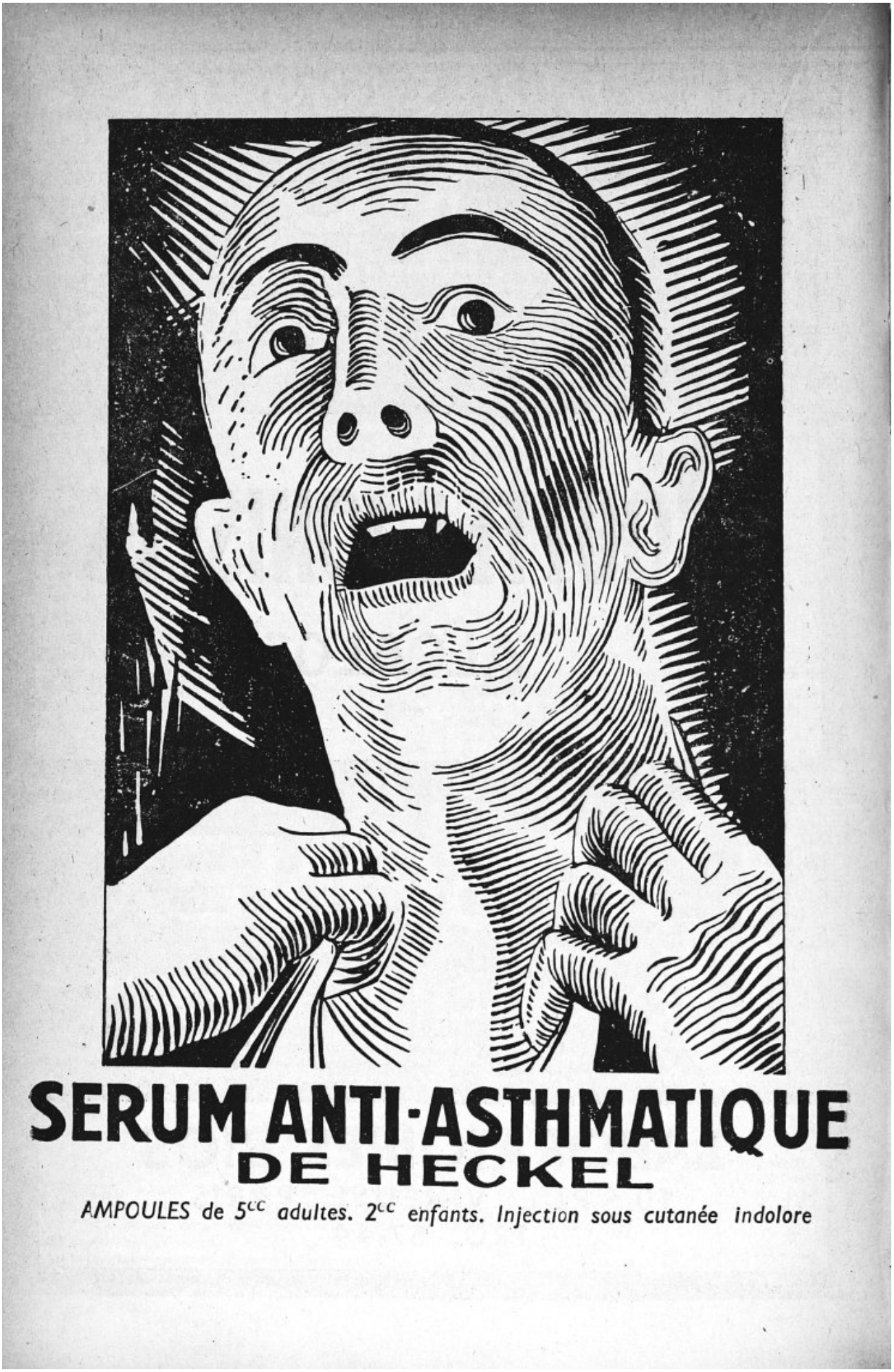
La thérapeutique de l'hyperthyroïdie par les antithyroïdiens de synthèse. — **R. Tricot** fait une étude très complète et très détaillée de cette méthode, qui marque une étape très importante du traitement de l'hyperthyroïdie, qui se résumait jusqu'alors dans l'administration de l'iode pour les cas légers, et dans la thyroïdectomie subtotale pour les formes sévères. Parallèlement, deux séries de travaux anglo-saxons et français ont abouti à des corps de structure chimique voisine, ayant une action clinique comparable : la thiourée et l'amino-thiazol. L'amino-thiazol, relativement peu toxique, semble électivement thyroïdien ; les autres anti-thyroïdiens ont une action physiologique tout à fait comparable, mais à des doses dix fois plus grandes pour la thiourée ; ils sont moins bien tolérés.

En clinique, l'amino-thiazol (comprimés de 0 gr. 10) se prescrit à la dose journalière de 0 gr. 40, en fractionnant les prises en raison de la traversée rapide de l'organisme. Les premiers jours, on administre 0 gr. 60, puis, après 8 à 15 jours, 0 gr. 40, et enfin 0 gr. 20 ou même 0 gr. 10 comme entretien. Les critères thérapeutiques sont essentiellement : la courbe du pouls, la courbe du poids, la mesure du métabolisme de base. Les résultats sont dans l'ensemble excellents. Les signes fonctionnels s'améliorent rapidement, en général dès le troisième ou cinquième jour. La tachycardie et les signes cardio-vasculaires sont les plus sensibles au traitement (8 à 15 jours). Le tremblement disparaît vite, et totalement dans 50 % des cas. L'amaigrissement s'atténue en 4 à 8 semaines; dans le même délai, le métabolisme de base est ramené à la normale ; mais la thérapeutique doit être poursuivie néanmoins. Par contre, l'exophtalmie demeure souvent peu modifiée, mais dans sa genèse, il faut incriminer le sympathique et l'hypophyse. La disparition du goitre peut être espérée dans les cas légers ou moyens et d'installation récente ; pour les goitres, volumineux, nodulaires et surtout anciens, la régression peut être encore très notable. Des échecs [illegible] accidents, peu nombreux d'ailleurs (fièvre du 9e jour, érythèmes divers) se produisent parfois. La thiourée a été peu employée en France, de même que le thiouracil, produit américain. Les antithyroïdiens agissent vraisemblablement en inhibant la synthèse de l'hormone thyroïdienne, soit qu'ils empêchent la fixation de l'iode sur la tyrosine, soit qu'ils s'opposent à la formation de la thyroxine à partir de la diiodothyrotine. (« Jour. de Méd. et de Chir. pratiques », juin 1946.)

Un cas de chlorome. — Les observations de chlorome, ou cancer vert d'Aran, sont très rares ; c'est ce qui a incité **M. Bernheim** et ses collaborateurs à publier un cas de ce genre. Survenant uniquement chez l'enfant, cette affection a une symptomatologie de début très floue. La période d'état est marquée surtout par l'apparition de tumeurs osseuses crânio-orbitaires, s'accompagnant d'exophtalmie généralement unilatérale. Les signes sanguins de crypto-leucémie, ou de leucémie à hémocytoblastes manquent rarement à cette période. La ponction tumorale confirme le diagnostic.

La radiologie ne montre pas de signes très caractéristiques en dehors d'un aspect vermoulu de la voûte crânienne, du bassin et des têtes fémorales et humorales. Les lésions sont différentes de celles du myélome multiple ; cependant ces deux affections forment le groupe des myélo-sarcomes. La nature du chlorome se rapproche de celle du cancer ; les tumeurs osseuses sont sans doute primitives. Aussi, peut-on considérer cette affection comme faisant le trait d'union entre les néoplasies et les leucémies. (« Le Journal de Médecine de Lyon », 5 octobre 1946.) G. F.


PULMONE
ELIXIR – CACHETS – AMPOULES
VOIES RESPIRATOIRES
GOUTTES IONISÉES
ALCALOSE
CARBONEX
ESTOMAC-FOIE-INTESTIN
LABORATOIRES BIOS
10, RUE VINEUSE PARIS
TRO. 57-44



SERUM ANTI-ASTHMATIQUE
DE HECKEL

AMPOULES de 5cc adultes. 2cc enfants. Injection sous cutanée indolore

PARTIE PROFESSIONNELLE

PROPOS DU JOUR

LA SAGESSE DU CORPS

Dans leur collection *Connaissance de l'homme* les éditions de la *Nouvelle Revue Critique* (1) viennent de publier la traduction française d'un ouvrage dû à l'éminent physiologiste W.B. Cannon, de Harvard University.

Ce grand savant, mort en 1945, expose dans sa préface que l'idée centrale de ce livre « la stabilité du milieu interne de l'organisme chez les vertébrés supérieurs » est directement inspirée de Claude Bernard et que de plus, le premier projet pour le développement de cette idée fut présenté à un public français, en 1930, alors que l'auteur remplissait un mandat de professeur d'échange de Harvard à l'Université de Paris.

Ainsi, à un double titre, ce livre nous touche de près et mérite une attention que la personnalité de Cannon justifierait déjà à elle seule.

Le titre *La sagesse du corps* s'explique par quelques considérations liminaires développées dans l'Introduction.

« Quand on considère l'extrême instabilité de notre structure corporelle, les mécanismes toujours sur le point d'être détraqués par la plus légère influence de forces extérieures et la propension à la décomposition sitôt que les circonstances favorables font défaut, le fait que la vie persiste à se maintenir plusieurs dizaines d'années tient du miracle. L'étonnement augmente quand nous nous rendons compte que ce système est ouvert, qu'il permet librement les échanges avec le milieu extérieur, que la structure elle-même n'est pas permanente, mais qu'elle est continuellement détruite par l'usure et les accidents de l'action et continuellement rétablie par des processus de réparation. »

Cette surprenante capacité des êtres vivants à se maintenir identiques à eux-mêmes a frappé depuis longtemps l'esprit des biologistes. La « vis médicatrix » d'Hippocrate impliquait l'existence de mécanismes correcteurs et leur entrée en jeu dès que se rompt l'équilibre normal. L'allemand Pfluger résuma sa pensée en ces mots : « La cause de chaque besoin de l'être vivant est également la cause de la satisfaction de ce besoin. » Et, commentant le même fait, C. Richet constatait en 1900 : « L'être vivant est stable ; et il faut qu'il le soit pour n'être pas détruit... mais par une sorte de contradiction qui n'est qu'apparente il ne maintient sa stabilité que s'il est excitable, capable de se modifier suivant les irritations du dehors... Cette instabilité modérée est la condition nécessaire de la véritable stabilité de l'être. »

« D'une manière ou d'une autre, reprend Cannon, la matière instable dont nous sommes faits a *appris* la façon de maintenir sa stabilité ».

La *sagesse* du corps est le fruit d'une évolution graduelle. C'est par une lente recherche, à mesure que leur structure devenait plus complexe, que les êtres ont mis en jeu des combinaisons plus efficaces pour maintenir leur stabilisation. De ce fait, les animaux inférieurs qui n'ont pas encore conquis le contrôle de leur stabilité sont limités dans leurs activités et en état d'infériorité dans la lutte pour la vie : la grenouille, parce qu'elle n'a pas le moyen d'empêcher la libre évaporation de l'eau de son corps et ne possède pas de régulateur efficace de sa température, se dessèche rapidement si elle abandonne son marais natal, et quand vient le froid, doit s'enfoncer dans la vase et hiberner paresseusement. Au contraire un oiseau ou un mammifère peut mener une vie active même durant un hiver rigoureux.

Pour exprimer cette idée d'une résultante du complexe de forces agissant dans un sens puis dans l'autre pour osciller autour d'un optimum, on pourrait recourir au mot : équilibre. Mais il s'agit ici de processus physiologiques si particuliers aux êtres vivants, que l'auteur suggère le néologisme de *homéostasie*.

Chacune des cellules d'un être pluricellulaire a les mêmes exigences que la cellule unique de l'amibe : il lui faut incorporer des éléments assimilables et éliminer les déchets. Mais comme elle n'a pas avec le milieu extérieur le contact direct de l'amibe, elle ne peut satisfaire à ces exigences que par le truchement d'intermédiaires : la lymphe d'abord, liquide tissulaire qui baigne les cellules, leur fournit les vivres et recueille les excreta ; le sang ensuite, liquide contenu dans un système clos mais poreux au niveau des capillaires qui servent de lieu d'échanges entre le sang et la lymphe. En circulant sans arrêt dans son réseau tubulé, le sang véhicule à la fois les substances nutritives et les déchets ; il est le grand pourvoyeur et le grand collecteur et la vie cellulaire dépend étroitement de lui.

C'est à Claude Bernard qu'est due la notion capitale que, tant que la constance du sang est maintenue, l'organisme est indépendant des vicissitudes extérieures. « Tous les mécanismes vitaux, a-t-il dit, quelque diversité qu'ils puissent offrir, n'ont qu'un but : celui de maintenir constantes les conditions de vie dans le milieu interne. » Et le biologiste J.-S. Haldane était d'avis que « jamais physiologiste n'a écrit phrase plus lourde de signification ».

Dans une série de chapitres que la simplicité de la langue rend accessibles même aux profanes les plus novices en physiologie, Cannon examine en conséquence comment, à travers les aléas de l'existence, sont préservées les propriétés de ce qu'il nomme « la matrice liquide », et d'abord comment la soif et la faim peuvent être considérées comme moyens d'assurer l'approvisionnement. Puis il étudie l'homéostasie du sang en eau, en sel, en sucre, en protéines, en graisses, en calcium, le maintien d'un apport adéquat d'oxygène, de la neutralité sanguine ;

(1) 17, rue de Sèvres, Paris, 6e

de la température interne. « La présence d'indicateurs automatiques très sensibles, fonctionnant comme des sentinelles, constitue une assurance de première importance contre les modifications trop grandes des propriétés de la matrice liquide ; en effet la fonction de ces organes est de mettre en marche les processus de correction dès le début d'un dérangement.

S'il faut de l'eau, le mécanisme de la soif nous avertit... Si la pression sanguine tombe ou que l'arrivée de l'oxygène nécessaire ne se fasse pas bien, de délicates terminaisons nerveuses dans le sinus carotidien envoient des messages au centre vaso-moteur, et la pression remonte. Si un exercice musculaire violent occasionne le retour d'une grande quantité de sang vers le cœur au point que le travail cardiaque pourrait en être gêné et la circulation interrompue, de nouveau de délicates terminaisons nerveuses sont stimulées et un appel part de l'oreillette droite qui produit un accroissement dans la fréquence cardiaque, d'où une augmentation du débit sanguin. Si la concentration de sang en ions hydrogène est altérée un tant soit peu dans le sens acide, cette partie spécialement sensible de notre système nerveux qui contrôle la respiration est immédiatement alertée et, par augmentation de la ventilation pulmonaire, l'acide carbonique est éliminé jusqu'à ce que l'état actuel soit rétabli. »

Ces mécanismes de régulation homéostatique intéressent soit les matériaux, soit les mécanismes.

L'homéostasie des matériaux est obtenue par des *mises en réserve* équilibrant l'arrivée occasionnelle, parfois précaire, et le besoin continu, mais parfois augmenté. Il y a deux catégories de mises en réserve : l'une temporaire, pour l'emploi immédiat, l'autre à plus longue échéance pour l'utilisation tardive et de longue durée.

La régulation des mécanismes trouve son exemple le plus typique dans la régulation thermique ; la baisse de température dans le corps provoque une augmentation du processus de production et un freinage du processus de perte, et inversement lorsque la température obtenue monte, moyennant quoi est obtenu un équilibre remarquable autour du point optimum. Mettant ensuite à l'épreuve du temps et des adversités la machine dont il vient de démontrer les plus subtils engrenages l'auteur décrit le vieillissement des mécanismes homéostatiques, les défenses naturelles de l'organisme et évalue la marge de sécurité dans la structure et les fonctions du corps.

Enfin il anime cette machine en abordant les fonctions des deux appareils nerveux et résume ses vues en rappelant que tout au long de son exposé il a insisté sur l'importance de conserver l'uniformité de notre milieu interne afin de nous « libérer des entraves imposées par les conditions ou mécanismes, tant intérieurs qu'extérieurs, qui pourraient être inquiétants ».

En vue de quoi, cette liberté ? a demandé BARCROFT. Et CANNON répond : « Principalement en vue des activités supérieures du système nerveux et des muscles qu'il commande.

Nos relations intelligentes avec le monde qui nous entoure se font par l'intermédiaire du cortex cérébral. C'est au moyen du cortex aussi que nous analysons nos sensations, que nous nous déplaçons, que nous construisons des aéroplanes ou des temples, que nous peignons des tableaux et écrivons des poèmes, que nous faisons de la recherche scientifique ou que nous réussissons des inventions, que nous reconnaissons nos amis et que nous conversons avec eux, que nous éduquons la jeunesse, que nous exprimons notre sympathie, parlons de notre amour, en somme, c'est au moyen de ce cortex que nous nous conduisons en êtres humains.

Si nous n'avions pas cette liberté, nous devrions nous soumettre aux obstacles et aux empêchements que le froid extérieur, la chaleur interne ou une perturbation quelconque apportée à une autre constante de la matrice liquide nous imposeraient ; d'autre part, il faudrait accorder tant d'attention consciente à la mise en réserve de matériaux et au changement d'intensité des processus vitaux pour préserver la constance qu'il n'y aurait plus de temps pour vaquer à d'autres affaires.

C'est un peu comme s'il fallait limiter ses activités sociales à cause de devoirs domestiques ou exclure toute relation avec l'étranger à la suite de troubles intérieurs. »

PAR ces considérations on saisit l'importance des appareils stabilisateurs dont est pourvu l'être vivant non seulement pour l'individu mais pour l'espèce entière.

L'éclosion de la vie en société, l'épanouissement des diverses civilisations qui se sont succédées sur la terre n'ont été rendus possibles que parce que chaque être humain se trouvait libéré des préoccupations élémentaires relatives à la préservation de sa vie organique.

Or, au moment où l'on se rend compte que ces automatismes judicieusement enclenchés entre certains circuits reliant nos organes nous ont permis d'accéder à un plan de vie supérieur et de développer de nouvelles potentialités demeurées latentes, si l'on s'avise en même temps que l'homme n'est en somme pas autre chose qu'une communauté de cellules, cette pensée vient à l'esprit : N'existe-t-il pas des principes *généraux* de stabilisation ? Ne pourrait-on transposer les mécanismes physiologiques actuellement bien identifiés à des communautés non plus de cellules mais d'hommes ? N'est-il pas permis d'espérer que l'harmonie et l'homéostasie seraient ainsi instaurées dans les sociétés humaines, et qu'ainsi la science, avec la parfaite objectivité de ses déductions, contribuerait à ouvrir le chemin du bonheur ?

Ces questions, CANNON se les pose avec la modestie du savant qui se sait dépourvu de « la grande vue panoramique du philosophe » tout autant que de la connaissance des « détails complexes du système social qui est l'apanage du sociologue ». Tout ce qu'il peut espérer c'est de faire apparaître les analogies avec assez de clarté persuasive pour encourager chez ceux qui ont pris en charge la direction de la société de telles spéculations ; et aussi, en tant que ces problèmes le concernent comme membre de cette société, d'offrir ses propres suggestions.

Ces avis d'un physiologiste sur la politique feront l'objet d'un autre article.

G. LAVALÉE.

LA RÉPARATION DES DOMMAGES DE GUERRE

La législation complexe et touffue élaborée depuis 1940 pour indemniser les sinistrés de guerre, et qui, avec quelques modifications de détail, avait été provisoirement maintenue depuis la Libération, vient d'être profondément modifiée par une loi du 28 octobre 1946, votée à l'unanimité par l'Assemblée Constituante avant de se séparer. Si les textes antérieurs ne sont pas tous expressément abrogés, ils le sont en pratique, puisque la plupart de leurs dispositions sont contraires à celles figurant dans la dernière loi, qui reprend sur de nouvelles bases tout le problème de l'indemnisation des dommages de guerre. Les trop nombreux médecins sinistrés y trouveront les dispositions qui vont leur permettre de reconstituer, dans un avenir plus ou moins proche, leurs installations détruites.

Principes généraux

La loi proclame tout d'abord « l'égalité et la solidarité de tous les Français devant les charges de la guerre » et pose le principe de la réparation intégrale de tous les dommages mobiliers et immobiliers causés par la guerre, mais cette réparation intégrale ne pourra se faire que progressivement dans le cadre de programmes établis pour cinq ans. La loi s'attache ensuite à préciser les dommages qui sont considérés comme dommages de guerre et indemnisés à ce titre. En outre des dommages résultant directement des faits de guerre, sont également couverts par la loi :

— Les dommages résultant de l'occupation, tels que réquisitions non payées, dégâts causés aux cantonnements, prises de guerre, etc...

— Les dommages causés par le déminage, le désobusage.

Enfin sont présumées, sauf preuve contraire, résulter de faits de guerre :

— Les pertes en cours de transport pendant les périodes et dans les régions pour lesquels les transporteurs ont bénéficié d'une exonération de responsabilité.

— Les dommages causés aux biens des personnes expulsées ou évacuées d'office.

— Les pillages et enlèvements survenus au cours d'opérations de guerre, quels qu'en soient les auteurs.

Ainsi se trouveront indemnisés une série de dommages souvent très importants, les pillages par exemple, et qui se trouvaient jusqu'à présent exclus de toute réparation..

La loi s'applique à tous les biens immeubles et meubles, à l'exception des fonds et espèces. Tous les Français, ressortissants Français et étrangers ayant servi, ou dont les ascendants ou descendants ont servi dans les armées françaises peuvent en bénéficier. Mais, sous réserve d'accords internationaux à intervenir, les personnes physiques étrangères et les sociétés étrangères ou à majorité étrangère, sont exclues de ces dispositions, ainsi que les personnes condamnées pour collaboration, et celles condamnées à l'indignité nationale à vie. Les personnes condamnées à l'indignité nationale à temps ainsi que celles condamnées à des peines de privation de liberté pour des infractions de marché noir, commises antérieurement à la cessation des hostilités, ne peuvent bénéficier de la loi pendant la durée de leur peine.

Dommages immobiliers

Le sinistré qui reconstitue effectivement son bien a droit à une indemnité égale au coût de reconstruction du bien détruit, sans qu'il soit tenu compte toutefois des aménagements purement somptuaires ; indemnité qui supporte cependant un abattement destiné à tenir compte de la vétusté et du mauvais état, mais qui ne peut dépasser 20 % et qui n'est pas effectué lorsqu'il s'agit de l'immeuble habité principalement par le propriétaire, ses ascendants ou descendants, à la double condition que le propriétaire ne soit pas assujetti à l'impôt sur le revenu pour plus de 500.000 francs, et que la valeur locative ne dépasse pas une certaine somme. L'intéressé aura par ailleurs la possibilité d'emprunter à des établissements financiers habilités les sommes représentant la part restant à sa charge en raison des abattements pour vétusté.

L'indemnité de reconstitution sera établie d'après le prix forfaitaire des éléments constituant le bien détruit, suivant une nomenclature comprise dans un bordereau général, fixé par un arrêté ministériel après avis d'une Commission.

Pour la reconstruction de son bien, le sinistré devra se conformer aux prescriptions des plans économiques et d'urbanisme, mais il pourra obtenir l'autorisation d'affecter son indemnité soit à l'aménagement d'un autre bien lui appartenant, soit à la création d'un bien différent de celui sinistré.

Si le sinistré déclare renoncer à la reconstruction, il n'a droit qu'à une indemnité d'éviction égale à 30 % de l'indemnité de reconstitution évaluée à la date de la renonciation. Cette indemnité est versée sous forme d'un titre nominatif productif d'intérêt, ou sous forme de rente viagère. Pour les personnes âgées de plus de 65 ans, cette rente viagère sera calculée sur 50 % de l'indemnité de reconstitution si elle ne dépasse pas deux millions.

Dommages mobiliers

Pour les personnes pouvant faire la preuve de la consistance et de la valeur de leurs meubles d'usage courant, l'indemnité est égale à cette valeur calculée au jour de la décision d'attribution de l'indemnité. La preuve peut être faite par tous moyens, même par simple présomption, les parents et domestiques pouvant être entendus comme témoins. Les éléments purement somptuaires du mobilier ne sont pas indemnisés, la jurisprudence ayant à déterminer les éléments pouvant être ainsi considérés ; toutefois, un communiqué du Ministère de la Reconstruction est venu préciser dès

à présent que les postes de T.S.F., les automobiles et les fusils de chasse seraient considérés comme objets d'usage courant.

Si la preuve ne peut être fournie, le coût de la reconstitution est fixé forfaitairement à 90.000 francs par foyer avec des majorations de 30 % par enfant ou ascendant vivant au foyer, et de 15 % pour toute autre personne.

En cas de non-reconstitution du mobilier familial, une indemnité d'éviction égale à 50 % de l'indemnité de reconstitution sera accordée.

En ce qui concerne le mobilier et l'installation professionnels, l'indemnité sera calculée selon des barèmes établis par des Commissions et approuvés par arrêtés ministériels. Ces barèmes devront vraisemblablement être établis de telle manière que la reconstitution intégrale de l'installation détruite puisse être effectuée avec le montant de l'indemnité accordée, mais la loi est muette sur les principes qui devront servir à l'établissement de ces barèmes.

Les sommes déja versées soit par une autorité française ou alliée, soit par l'ennemi, soit encore en vertu d'un contrat d'assurance en réparation d'une partie du préjudice subi, seront déduites de l'indemnité de reconstitution, ainsi que le montant de la participation accordée par l'Etat sous forme de travaux définitifs exécutés par lui ou sous forme de prestations en nature.

Organismes de contrôle

Pour l'application de ces dispositions, la loi crée une série d'organismes chargés de contrôler les décisions fixant les droits des sinistrés et d'arbitrer les différends qui pourront naître.

Ce sont d'abord des Commissions cantonales compétentes pour les indemnités inférieures à 10 millions, des Commissions départementales pour les dommages supérieurs à 10 millions, et une Commission nationale, organisme d'appel des deux précédentes Commissions. Enfin, au sommet de cette hiérarchie, est créée une Commission supérieure de Cassation divisée en 5 sections. Le fonctionnement de ces Commissions et leur procédure seront fixés ultérieurement par décret.

Conclusion

La plupart de ces dispositions seront bien accueillies par les sinistrés qui depuis longtemps réclamaient avec insistance l'indemnisation intégrale des dommages subis. L'extension de la législation à toute une série de dommages, tels que les pillages, apportera aussi satisfaction aux nombreuses réclamations de ceux qui se voyaient jusqu'ici écartés de toute indemnisation ; et il est certain que les principes posés par la loi du 28 octobre sont plus équitables que ceux des textes antérieurs. Mais dans l'état actuel de nos finances, comment ces charges nouvelles pourront-elles être supportées. La nouvelle loi, en un article très bref, se contente de confier les opérations financières relatives à la réparation des dommages de guerre à une Caisse nationale dont l'organisation et les attributions seront fixées ultérieurement. Il est vrai que la reconstruction envisagée doit être répartie dans les cadres des programmes de cinq ans, et que la nouvelle loi ne doit prendre effet que le 1er janvier 1947. Mais les sinistrés attendent avec impatience le moment de la reconstruction de leurs demeures. Les hostilités sont terminées depuis plus d'un an et demi, et seules, jusqu'à présent, des constructions provisoires ont été édifiées.

La loi du 28 octobre pose surtout des principes qui, pour pouvoir entrer en application, devront être précisés par les règlements d'administration publique prévus. Souhaitons que ces textes et les fameux plans de cinq ans soient rapidement établis et que la reconstruction devienne bientôt une réalité.

G. CAZAC.

COMPTE-RENDU DE LA JOURNÉE MÉDICALE MINIÈRE

Une journée destinée à l'étude de cette question ouverte depuis des années, et organisée par l'Union des Médecins Français a eu lieu le 27 octobre dernier à Lens.

Elle a permis de confronter les points de vue des médecins de mines, des dirigeants de Caisses de Secours et des mineurs eux-mêmes. Elle est donc d'une importance exceptionnelle et nous en publions le compte-rendu avec le sentiment que cette information, par ses incidences sur les conditions d'exercice de la médecine, ne peut laisser indifférent aucun médecin français.

N. D. L. R.

La séance est ouverte à 10 h. 30, sous la présidence de M. LECŒUR, maire de Lens, sous-secrétaire d'Etat à la Production Industrielle. L'U.M.F. est représentée par les Dr MAY, Médecin des Hôpitaux de Paris, Dr DESOILLE, Médecin Inspecteur Général du Ministère du Travail, Dr DESCOMPS, Médecin Inspecteur Général du Ministère du Travail. L'Union des Caisses de Secours est représentée par M. LEROY, Président et de nombreux Présidents et membres des Conseils d'administration. La Direction du sous-sol, par M. FOULON ; et pour le corps médical, le Dr CIBRIE, Secrétaire général de la Confédération des Syndicats médicaux, le Dr BERCHE, Président du Syndicat National des Médecins des Mines, le Dr VERBRUGGE, représentant des médecins des Mines, le Dr COSTE, du Gard. De nombreux médecins des Mines du Nord et du Pas-de-Calais remplissent la salle.

⁂

Le Dr DESOILLE ouvre la séance. Il expose le but de l'U.M.F. Il insiste sur les avantages de la Sécurité sociale. Certains pensent, dit-il, que les Caisses de secours n'ont pas suivi le même progrès, et qu'une amélioration de la médecine des Mines est nécessaire. Comme les opinions varient à ce sujet, et que le rôle des mineurs est capital dans les cir-

constances présentes, où ils fournissent un effort admirable, tout le monde est d'accord sur la nécessité d'améliorer les conditions d'exercice de la médecine des Mines. L'U.M.F. a donc pensé qu'il était nécessaire de confronter les diverses opinions qui varient beaucoup au sujet des remèdes à apporter à cette situation. Tel est le but de cette réunion. L'orateur exprime l'espoir que l'union permettra aux divers groupes en cause de travailler en commun dans la recherche commune des buts poursuivis, et que des résultats concrets seront obtenus aujourd'hui.

Le Dr VERBRUGGE, membre de l'U.M.F., représentant des Médecins de Mines, prend la parole pour lire son rapport sur la Médecine de Mines. Il expose le but désintéressé poursuivi par le Syndicat National des Médecins de Mines, conjointement avec le Conseil de l'Ordre et la Confédération. Il insiste sur la nécessité d'aborder la question sans préjugés, et de considérer qu'il s'agit avant tout de la santé des mineurs, de leurs femmes et de leurs enfants.

Il ne méconnaît pas les importants services rendus aux mineurs par les Caisses de secours, mais il se plaint de l'incompréhension des dirigeants des Caisses, dont le fonctionnement n'a subi aucune modification importante depuis 50 ans. Il regrette que ces dirigeants, qui ont pourtant la volonté d'apporter les améliorations nécessaires à la revalorisation de la Médecine de Mines, s'obstinent à ne pas vouloir accepter d'introduire le libre choix, dont l'absence est le vice fondamental de l'organisation actuelle. Il insiste sur les avantages et la nécessité de rétablir la confiance par l'exercice du libre choix, qui seul peut la donner au malade. Mais le libre choix est nettement impossible dans le cadre *actuel*, limité aux seuls médecins agréés par la caisse de secours, surtout avec maintien du traitement forfaitaire des médecins comme le prévoit le projet d'application de la Sécurité sociale aux Mines. Il dit que la possibilité pour le cotisant de changer de médecin en prévenant la Caisse serait une source de complications considérables pour la comptabilité des Caisses, celle du médecin, et contraire à la dignité du médecin.

A l'objection souvent formulée par les dirigeants des caisses de secours, à savoir que les mineurs ne veulent pas voir modifier le système des Caisses de secours, le Dr VERBRUGGE répond en disant que les mineurs ne sont pas suffisamment éclairés sur les avantages des A. S. et qu'il suffirait de leur expliquer *loyalement* ce dont il s'agit pour obtenir leur acquiescement.

Le Dr VERBRUGGE insiste ensuite sur la manière de faire des dirigeants des Caisses de Secours qui, dit-il, sont souvent tentés de prendre des mesures démagogiques, sans s'occuper de la qualité de la médecine, et se servent de leurs fonctions d'administrateurs pour briguer les postes électifs.

A ce moment, *gros incident*. M. LEROY, et les délégués des Caisses de secours — qui supportaient déjà difficilement les critiques du Dr VERBRUGGE, — se lèvent en protestant contre les paroles « injurieuses » de l'orateur et quittent la salle, ainsi que M. LECŒUR.

⁂

La séance est suspendue. Après une courte interruption, les films sur les camps de déportation d'Auschwitz et du camp de la mort sont projetés.

A 12 h. 30, les « congressistes » se réunissent dans une salle voisine, où a lieu le banquet — très bien servi.

A 15 h., reprise de la séance avec la participation des Conseils d'Administration des Caisses de Secours et des représentants ouvriers. Le Dr VERBRUGGE donne l'assurance qu'il n'a voulu d'aucune manière blesser les personnalités présentes, mais simplement critiquer les institutions. Il lit rapidement la fin de son rapport et conclut en demandant l'application des A. S. dans les Mines, avec, si nécessaire, certaines étapes ou paliers successifs, tel que le système de la S. N. C. F. par exemple.

M. LAMPIN, Président de la Caisse de Secours des Mines de Liévin, lit ensuite le rapport préparé par M. LEROY, Président de l'Union des Caisses de Secours, qui — indisposé — n'a pu assister à la séance de l'après-midi.

Ce rapport fait un rapide historique des Caisses de secours. Il reconnaît que le système actuel du forfait n'est défendable par personne, et qu'il faut faire du neuf. Il exprime la volonté des représentants ouvriers dans les Conseils d'administration de mettre sur pied l'organisation d'un service social moderne.

Voici les grandes lignes du plan qu'ils se proposent de réaliser :

1° Surveillance de la santé publique par une organisation de techniciens, et l'établissement de fiches individuelles.

2° On ferait appel à des spécialistes. Création de services hospitaliers, le tout fonctionnant sous la direction d'un Médecin-chef.

3° Organisation de services centraux d'ophtalmologie, d'O. R. L., d'urologie, etc.

4° Organisation de colonies de vacances.

5° Pas de libre choix, qui n'apporte pas d'avantages au point de vue technique.

6° Veiller à l'amélioration du bien-être matériel et création d'organismes de prévoyance.

Projet d'amélioration matérielle.

a. — Base = *dispensaire pour chaque secteur* de 1.000 à 1.200 cotisants au maximum, avec organisation complète : médecins, infirmières, infirmiers. Salle de radio. Electrothérapie. Ophtalmo. ORL etc... Salle de petite chirurgie. Salle de garde. L'infirmière ferait les pansements et servirait de secrétaire médicale pour la tenue des fiches, la préparation des carnets et la *rédaction des prescriptions sur le carnet.*

b. — *Hôpital de secteur de 60 à 80 lits*, groupant des services de médecine, de chirurgie et d'obstétrique, et fonctionnant comme un dispensaire polyvalent. 2 salles d'opération, un chirurgien. Salles d'isolement. Salle de travail. Radio. La Maternité recevrait les cas normaux, les dystocies seraient envoyées en chirurgie générale.

c. — *Hôpital central* à Lens, comprenant des services de chirurgie, neuro-chirurgie, chirurgie des affections vasculaires. Voies urinaires. ORL. Ophtalmo. Psychiâtrie. Radiologie. Curiéthéraphie.

Un laboratoire d'analyses central.

Une pharmacie centrale.

Un amphithéâtre central pour conférences médicales.

M. Foulon, de la Fédération du Sous-Sol, lit ensuite un rapport sur le point de vue de cet organisme.

Il préconise une évolution des Caisses de Secours, la création de Centres d'hygiène et de prévention, de laboratoires. La Fédération du Sous-sol a la volonté d'aller de l'avant, mais il faut réformer le système médical actuel par des créations nouvelles. Le plan de sécurité sociale permet aux Caisses de Secours, tout en restant ce qu'elles ont toujours été, de réaliser ces réformes nécessaires et profondes. Il y a de grandes choses à faire. C'est pourquoi la collaboration complète du corps médical est nécessaire. Il est indispensable de voir cesser l'esprit de tension qui existe actuellement entre le corps médical et les Caisses de secours. Le corps médical, qui doit s'améliorer, a un rôle important à jouer, afin de réaliser d'un commun accord le programme prévu, en vue de la renaissance de la France, et afin de donner aux mineurs la possibilité de concourir à la production industrielle. Il faut aller de l'avant et nous orienter vers des réalisations immenses.

Le Dr Berche, au nom du Syndicat National des Médecins de Mines, recherche les causes morales de la mauvaise qualité de la Médecine des Mines. L'organisation actuelle pèche surtout parce qu'elle ne respecte pas les grands principes de la Charte médicale. Il étudie longuement les conséquences qui en découlent : 1° pour les cotisants — a) par suite de la suppression du libre choix du médecin ; b) par suite de la suppression de l'entente directe ; c) par suite de l'inexistence de la liberté totale des prescriptions. 2° Il étudie les conséquences qui en découlent pour le médecin : a) au point de vue moral ; b) au point de vue matériel. Le Dr Berche expose ensuite les conséquences de cet état de chose au point de vue syndical.

Interrompu à un moment par le Président de séance, pris par le temps, le Dr Berche termine sans avoir pu lire la fin de son rapport, qui envisageait les remèdes propres à redresser la situation actuelle de la Médecine de Mines, ni ses conclusions.

Le Dr Coste, des Mines du Gard, expose qu'il a créé un Syndicat dissident, affilié à la C.G.T., grâce à quoi il a pu améliorer les rapports des Médecins avec les dirigeants des Caisses. Mais il ne dit pas quelles sont les modalités de fonctionnement du service médical dans les Mines du Gard. Il termine en proposant la nomination d'une Commission mixte, qui pourrait se réunir dans un mois environ, afin d'étudier les différents moyens propres à améliorer la qualité de la Médecine de Mines sur le plan national.

Le Dr Cibrie approuve les grandes lignes du projet de prévention présenté par les Caisses. Mais en ce qui concerne l'organisation même du service médical, il ne peut approuver que cela se passe en dehors du corps médical et que ceux-là mêmes qui seront chargés de faire fonctionner ledit service soient tenus à l'écart et ne soient pas appelés à la constitution de la Commission proposée par le Dr Coste.

M. Lampin demande la parole afin de répondre à certaines observations formulées par le Dr Berche au sujet des relations entre le Syndicat des Mineurs et le Syndicat médical. Il se livre longuement à de violentes attaques et sur le mode personnel, à l'égard du Président du Syndicat, en particulier au sujet des décisions votées par l'Assemblée générale des Médecins de Mines du Nord et du Pas-de-Calais le 27 juillet dernier.

M. Delattre, Président de la Caisse de Secours des Mines de Courrières, vient ensuite à la tribune et fait appel à la collaboration du corps médical, auquel il promet une amélioration notable de sa situation, qui jusque-là, reconnait-il, n'était pas ce qu'elle devait être.

⁂

La conclusion des débats est donnée par le Dr Desoille, qui se félicite de ce que cette réunion, après un heurt assez rude du début, a permis d'établir le contact entre les Caisses de Secours et le corps médical minier. Il fait appel à la bonne volonté de tous et propose de laisser le soin au Dr Cibrie et à M. le représentant de la Fédération du Sous-sol de convoquer à Paris la Commission proposée, après que les diverses tendances leur auront fait connaître le nom de leurs représentants.

Une discussion assez confuse s'engage à ce moment sur le point de savoir si ceux qui n'assistent pas aux réunions malgré qu'ils y soient régulièrement convoqués, constituent une tendance d'opposition et doivent à ce titre avoir un représentant au sein de la Commission. Devant la réponse affirmative des délégués des Caisses, certains médecins font observer aux délégués que, dans ce cas, les 75 % d'abstentionnistes aux élections qui les ont nommés, devraient être aussi considérés comme des opposants et représentés dans ladite Commission.

Un ordre du jour est présenté à l'assemblée, résumant les résultats de la journée et précisant les conditions de constitution de la Commission.

Le Dr May prononce quelques paroles d'apaisement. Il pense qu'un grand pas a été fait au cours de cette journée, qui a permis une prise de contact utile entre les caisses de Secours et le corps médical. Il exprime l'avis que les thèses opposées pourraient utilement être conciliées et permettre une amélioration certaine de la Médecine de Mines, amélioration que les différents rapports ont reconnue nécessaire.

La séance est levée à 17 h. 30.

A PROPOS DE LA NARCO-ANALYSE

Dans un article du CONCOURS MÉDICAL du 20 juillet 1946, M. G. Lavalée s'élève contre la narco-analyse au Penthotal et, à son propos, met de nouveau en cause la psychiâtrie. Il tient à prendre la « Défense de l'être intime » (c'est le titre de son article), et nous ne contesterons certainement pas ce souci légitime. Nous abonderons dans son sens lorsqu'il fait, avec d'excellents arguments, le procès de l'application de la narco-analyse à l'expertise psychiâtrique,

Mais nous ne pouvons le suivre plus avant et tout psychiâtre ne peut que s'étonner quand il écrit : « La brutalité de ses nouvelles méthodes thérapeutiques m'avait confondu et quelque peu indigné. La narco-analyse n'est pas brutale : elle est sournoise, elle est perfide et, tranchons le mot, répugnante. »

La « brutalité » dont il est question s'applique vraisemblablement à la convulsivothérapie ; elle a tellement de guérisons à son compte, elle a tellement transformé les cures de certains cas aigus, qu'il n'est point besoin de la défendre. Après une période de tâtonnement, on en connaît assez bien maintenant les indications précises pour, dans chaque cas, mettre en balance les avantages et les risques de cette méthode. La guérison rapide d'un accès mélancolique par l'Electro-Choc est une chose acquise et c'est déjà là un des plus grands progrès de la psychiâtrie.

Quant à la narco-analyse, si on veut bien ne pas la généraliser en l'appliquant à tous les névropathes, si elle n'est réservée qu'au psychiâtre qualifié entraîné à la psychothérapie qui, loin de tendre un piège à son client, l'aura préalablement averti et préparé à cette exploration du subconscient, elle perdra ce caractère sournois et répugnant qui inquiète M. Lavalée. Des conséquences désagréables pourront, en outre, être évitées au spécialiste s'il a la prudence, surtout lorsqu'il s'agit de femmes pithiatiques, de n'opérer qu'en compagnie d'un auxiliaire témoin.

Du reste, les conflits intimes n'offrent pas toujours, heureusement, un caractère aussi amoral que le souligne l'auteur.

Les résultats les plus intéressants ne sont-ils pas obtenus, le plus souvent, dans les cas où la reviviscence d'un traumatisme émotif ou affectif quelconque libère l'individu organique de son emprise inconsciente, sans qu'il soit nécessairement question de complexes sexuels d'ordre psychanalytique ou de conflits avec la conscience morale ?

Enfin, il y a déjà bien longtemps que le psychiâtre est entraîné à provoquer des confidences et à détenir des secrets d'un ordre très intime. Et si, après des séances de narco-analyse, tel client guéri ne le salue plus, ou si telle autre, après s'être « fixée » à lui, le poursuit de sa haine, il n'en sera certes pas étonné. Il est déjà habitué à de tels risques. Il saura trouver dans cette méthode, appliquée à bon escient, un procédé où le diagnostic aussi bien que la thérapeutique y gagnera.

Dr COULONJOU. *(Brest.)*

STATISTIQUES ET HONORAIRES MEDICAUX

Pendant la séance de la Commission Nationale d'homologation des tarifs du 4 octobre, pour apaiser les réactions des Représentants du Corps Médical devant la modicité du relèvement des tarifs obtenus, le Président de la Commission représentant le Ministère de l'Economie Nationale et des Finances, développa complaisamment une thèse suivant laquelle la stabilité des Tarifs Médicaux était la pièce essentielle du système de défense générale des prix. Il est bon de rappeler que ce langage nous avait déjà été tenu par les ministres fin 1935, début 1936 ; il est donc opportun de faire quelques remarques et réserves à ce sujet.

***

Les statistiques officielles nous apprennent qu'en comparant avec 1914, seule époque de stabilité des prix de la vie, à laquelle les Tribunaux et les Experts sont obligés de se reporter dans leurs jugements, l'indice officiel actuel du prix de la viande est 66, du lait 88, de la main-d'œuvre 120. Ces prix officiels ont, en réalité, subi depuis quelques semaines une augmentation considérable. Ces augmentations, dans tous les domaines de l'Economie, sont d'autant plus sensibles pour les médecins qu'en raison de l'urgence de nos besoins professionnels nous sommes obligés de subir, plus que d'autres, les exigences du marché parallèle.

Devant cette hausse rapide, les médecins doivent considérer avec attention l'indice d'augmentation de leurs honoraires en comparant avec 1914. Chacun peut en faire le calcul dans son canton.

Dans ma région industrielle et touristique des environs de Paris où la vie a toujours été très chère, notre Syndicat local appliquait dès 1913 les tarifs 4 et 5 francs pour la consultation et la visite. Nous venons d'adopter, au Syndicat Départemental, pour novembre 1946, les tarifs 120 et 150 qui ne sont pas encore homologués. Notre coefficient d'augmentation est donc à l'indice 30, différence énorme, si l'on rapproche ce chiffre de l'indice de la main-d'œuvre à 120.

Si nous considérons d'autres régions rurales où les honoraires étaient restés en retard à 3 et 4, à 2 et 3 francs en 1914, nous savons qu'elles viennent d'obtenir les tarifs de 90 et 110. Les indices d'augmentation dans ces régions restent très modestes à 30, 27,5, 45, 36. N'oublions pas d'ailleurs que dans ces régions l'indice de la main-d'œuvre est à certains endroits supérieur à 120 : à la campagne

en 1914, on payait encore une petite bonne 25 francs par mois. Hier une fermière bretonne me déclarait payer sa servante, qui ne voulait pas faire la lessive, 45.000 fr. par an.

N'oublions pas que le médecin subit, au maximum, l'incidence des prix de la main-d'œuvre, parce qu'il lui est impossible de s'en passer. La main-d'œuvre qu'il recherche, les achats qu'il effectue, répondent à des besoins professionnels immédiats et urgents. Devant la montée des salaires les fonctionnaires et beaucoup de représentants des classes moyennes, de certaines professions libérales, ont pu resteindre leur train de maison, ayant supprimé l'auto, se contentant de quelques heures de femmes de ménage. Quant à nous, médecins, pouvons-nous diminuer beaucoup nos dépenses, notre appartement ou notre maison de belle apparence, nécessaires au succès de notre clientèle (mais à gros loyers et impôts, augmentant tous les jours) ; nos frais élevés d'habitus extérieur, nos serviteurs que nous payons au maximum, parce que la vie dans une maison de médecin est devenue un enfer que l'on fuit, en raison des dérangements multiples causés par les demandes de certificats de toutes sortes, les coups de sonnette incessants des Assurés Sociaux incompréhensifs apportant des papiers et demandant des explications. Pouvons-nous restreindre nos achats d'objets professionnels les plus simples ayant subi les hausses les plus considérables ? L'aiguisage d'un bistouri coûte 80 fr., l'achat du moindre livre médical 500 fr. ou 1.000. Celui d'un appareil important nécessite la mobilisation d'un petit capital. Pouvons-nous supprimer l'auto, condition de l'exercice de notre profession ? Le garagiste nous demande 100 fr. pour laver la voiture et le tout à l'avenant. Plus encore que toute autre, la maison du médecin est celle où l'on est obligé de gaspiller en toute chose, en raison de l'irrégularité de notre vie et des heures, des urgences imprévisibles, gaspillage de gaz, d'électricité, de chauffage, gaspillage de temps, sur les routes mauvaises avec des voitures mauvaises. Pour les visites isolées lointaines, les tarifs kilométriques ne nous dédommagent pas du temps passé, principalement dans les régions de grande densité médicale. De plus les pannes sont fréquentes sur les chemins ruraux mal entretenus, où nous attendons pendant des heures le secours du garagiste.

Autre remarque : Le public reconnaît volontiers que notre vie, trop remplie, est infernale, mais surestime notre situation parce que l'auto, la belle maison, les vêtements corrects nous donnent l'apparence de la richesse. Bien plus, souvent le jeune médecin, étudiant désargenté d'hier, est ébloui par le nombre des billets qui lui passent par les mains. Parfois, par gloriole, il se vante d'un chiffre astronomique d'affaire ; il a l'illusion d'accéder rapidement à la fortune. Mais, hélas, après une période d'euphorie, il connaîtra, comme ses devanciers les désillusions. Dans sa vie trop dispersée il n'aura même pas le temps de s'occuper de ses intérêts. L'aggravation de la fiscalité, la pléthore médicale fera le reste : au seuil de la vieillesse, il s'apercevra qu'il lui est impossible de se retirer et qu'il ne possède même pas la modique retraite d'un fonctionnaire modeste. Il devra donc continuer jusqu'à la mort l'exercice de sa profession avec une clientèle qui s'amenuisera de jour en jour et des frais généraux de plus en plus lourds.

Pour souligner ce tableau que certains jeunes confrères pourraient croire poussé au noir, je peux donner l'exemple précis de mon secteur médical comprenant une quinzaine de mille d'habitants d'apparence riche. Dans ce secteur il est passé depuis 1877 vingt-cinq médecins. Sur ces vingt-cinq médecins, cinq sont morts dans la misère, dont quatre à un âge très avancé, sans enfant, ayant travaillé jusqu'au bout. Douze ont quitté la région, découragés, pour aller tenter fortune ailleurs, certains après de longues années d'exercice. Aucun ne s'est enrichi par le seul exercice de sa profession. Un seul s'est retiré relativement tôt, à 64 ans, et s'est créé une petite situation extramédicale qui lui a permis d'acquérir un petit avoir et de reconstituer la modeste dot de sa femme dépensée pour élever ses trois enfants.

L'Institution des Assurances Sociales n'a pas amélioré notre situation. C'est surtout depuis cette époque que les prix de visite médicale se sont effondrés dans des proportions considérables comparativement aux salaires. Pour ne parler que de la courte période 1939 à 1946 constatons que, si dans la plupart des professions les salaires ont dépassé largement le coefficient 6, nos honoraires sont restés en beaucoup d'endroits inférieurs à l'indice 5. En réalité depuis l'ère des Assurances Sociales nous nous trouvons coincés dans une pince à trois branches qui se resserre de mois en mois : les Assurances Sociales qui brident l'augmentation légitime de nos chiffres d'honoraires, le prix de la vie qui s'élève dans des proportions beaucoup plus considérables et la fiscalité de plus en plus sévère.

***

Dans ces conditions est-ce qu'il est bien juste d'engager le Corps médical à se résigner à de nouveaux sacrifices ainsi que l'a fait le Représentant du Ministre de l'Economie Nationale ? Il faut au contraire, que dans les discussions qui surgissent, à propos des nouvelles augmentations du prix de la vie, nos représentants soient plus vigilants, plus fermes qu'ils n'ont été jusqu'ici. Qu'ils ne perdent pas de vue cette importante question de l'indice des prix et des salaires et qu'ils rappellent surtout les indices 1914, seul point stable dans la tourmente pour mieux mesurer le chemin parcouru.

Les classes dites riches sont en voie de disparition ; les Assurances Sociales vont bientôt englober la quasi totalité de notre clientèle. Nous voulons bien contribuer au succès des lois de Solidarité Sociale, mais nous ne voulons pas qu'elles rendent notre vie encore plus pénible qu'auparavant. Dr MAURAT.

LE MOT DU LECTEUR

A PROPOS DES INSIGNES POUR VOITURES DES MÉDECINS

La question des insignes pour voitures médicales devient une occasion de rire (il n'y en a pas tant).

Dès le début de la guerre, beaucoup de médecins ont arboré sur leurs voitures une Croix-Rouge plus ou moins grande qui a été, par la suite, interdite. Nos dirigeants nous ont alors distribué (dans la région, au moins) une petite banderole portant l'inscription : « Service médical ». C'était simple et disait bien ce que cela voulait dire. L'Ordre des médecins a jugé, sans doute, qu'il n'en était pas ainsi et nous a remis un caducée à coller sur le pare-brise. Sa signification n'a, paraît-il, pas été comprise par le public et spécialement dans les campagnes, nous dit le dernier numéro du « MÉDECIN DE FRANCE » (octobre 1946).

En raison de cette grave incompréhension, la Confédération a fait établir un nouvel insigne comportant une Croix blanche sur fond « amarante », destiné à remplacer le caducée, destitué à son tour. J'ai pour ma part, demandé et obtenu, à Paris, il y a six mois, cet insigne que je pensais être le bon. Or, je lis avec surprise dans le même « MÉDECIN DE FRANCE » d'octobre 1946 que nous devons remplacer cette croix blanche sur fond amarante par une croix blanche sur fond bleu qui, amabilité suprême, nous sera, à nouveau, distribuée gratuitement.

Ce numéro du « MÉDECIN DE FRANCE » nous fait encore savoir que la croix blanche sur fond amarante avait été choisie par l'Assemblée générale du 5 octobre 1945. Très prévoyante et supposant des difficultés possibles, en raison d'une confusion facile avec l'insigne de la Confédération Helvétique (mais alors pourquoi l'avoir choisi ?), cette Assemblée générale avait eu la sagesse de préparer un nouvel insigne (la croix blanche sur fond bleu) et c'est celui-ci qui va remplacer « automatiquement » (*sic*) le précédent. Le « MÉDECIN DE FRANCE » nous prévient enfin que « nous verrons à l'usage ce que donnera cette pratique (le nouvel insigne) qui peut être modifiée ultérieurement, s'il y a lieu ». A la bonne heure, rien n'est terminé...

Dr GISCARD (Montluçon).

NOTES FINANCIÈRES

Marché animé. Fermeté des valeurs françaises
Vive hausse des valeurs étrangères

Paris, le 22 novembre.

Alors qu'à Londres on gagne lentement quelques points, qu'à New-York les cours sont régulièrement en baisse depuis la victoire des Républicains, la Bourse de Paris continue à affirmer une fermeté remarquable.

	Août 1944	31 oct.	8 nov.	15 nov.
Indice général.....	769	1.034	1.036	1.096
Valeurs métropolitaines	748	1.004	1.015	1.066
Valeurs coloniales .	809	1.050	1.043	1.101
Stés Fses à l'étrang.	800	1.125	1.111	1.201
Valeurs étrangères	513	432	431	441

Encore faut-il distinguer entre les valeurs françaises et les valeurs étrangères dont l'allure a été sensiblement différente.

1° *Valeurs françaises* : dans l'ensemble les cours actuels sont supérieurs à ceux du 8 novembre ; mais la hausse n'a pas été continue et la progression des cours n'a pas été la même suivant les compartiments. Les valeurs de Textiles et d'Alimentation notamment, ont nettement marqué le pas.

	8 novembre	21 novembre
Banque de Paris	1.750	2.175
Schneider	5.825	6.375
Penarroya	1.450	1.630
Viscose française	6.350	6.800
Givet-Izieux	6.190	6.900
Saint-Raphaël	41.300	41.200
Dollfus.....	34.000	34.200
Gilet-Thaon	705	710
Ouest-africain	4.860	5.000

2° *Valeurs étrangères* : La hausse particulièrement brillante des valeurs étrangères a été le fait marquant de la dernière quinzaine boursière. Les acheteurs prenaient ainsi une double assurance : d'abord contre une éventuelle dévaluation du franc que certains considèrent comme inévitable, mais que M. Schuman a cependant nettement démentie ; en second lieu contre un brusque revirement de la cote, auquel ces valeurs seraient moins sensibles.

Dans notre chronique du mois de septembre, nous avions indiqué les parités d'un certain nombre de valeurs étrangères et les cours à Paris au 30 août. De larges avances peuvent être relevées sur la plupart d'entre elles, et les parités sont souvent dépassées.

	30 août	8 nov.	21 nov.
Anglo american	2.570	2.590	3.000
Chartered	680	760	900
Crown Mines	2.640	2.660	3.200
De Beers pref.	8.350	9.200	10.800
Transvaal	1.385	1.560	1.795
Est asiatique Danois	23.500	27.500	31.900
Crédit foncier égyptien	11.450	15.000	17.500

Les indices et les cours ci-dessus reflètent la crainte dans l'avenir de la monnaie de tous ceux qui approchent la Bourse. Le « signal d'alarme » commence cependant à fonctionner : cours plafond sur certains groupes, baisses de titres en pointe, et la lutte est toujours chaude, au cours de séances animées, caractérisées par un afflux considérable d'ordres, entre acheteurs et vendeurs. La qualité des premiers, composés surtout d'épargnants de province, qui gardent leurs titres en portefeuille, est certes une garantie contre un revirement trop brutal. Il est certain cependant que le jour où les Français pourront de nouveau avoir confiance en leur monnaie (mais quand ?) certains cours trop élevés reviendront à un niveau plus raisonnable.

M. PEZEU.

CONNAITRE - CAHIERS DE L'HUMANISME MÉDICAL

TRAVAIL ET MÉDECINE

Le prochain numéro de la revue *Connaître*, répondant aux nombreuses suggestions de ses lecteurs, précise son double but qui est d'informer et de distraire. Il apporte tout d'abord au médecin une série de documents nombreux sur le problème du travail.

Qui est mieux placé que le médecin pour éprouver la valeur de ce mot ? Le médecin connaît les souffrances que cause le travail, les déséquilibres du corps et de l'esprit que déterminent la fatigue, les accidents et les maladies, les soucis et aussi le simple désintérêt. Fatigue provenant d'un effort qui dépasse le seuil des forces physiologiques normales, ou d'une faiblesse individuelle. Accidents inhérents au travail risqué et dangereux de l'industrie moderne, parfois facilités par la maladresse, l'inattention ou l'ignorance.

Enfin, et surtout le désintérêt. Les hommes se désintéressent de plus en plus d'un certain travail absurde, d'un travail d'automate, d'où le cœur et l'esprit sont absents, et qui avilit le corps, d'un travail mécanisé qui les abrutit.

Le médecin va-t-il regarder ces hommes en spectateur attristé ? En contact direct et journalier avec eux, le médecin d'entreprise, confident de leur désespoir, est celui qui peut avoir la vision la plus claire des causes et des effets. Il sent qu'au fond de ces hommes dégoûtés, il y a un grand désir de se libérer par un travail humain. Les chefs ne voient trop souvent que les réflexes sociaux de défense ; le médecin pénètre plus loin dans les consciences et dans les corps et ressent ce besoin profond et éternel des hommes, travailler dans l'ordre de la nature, œuvrer dans la joie.

Mais ces hommes sont mornes s'ils ne connaissent pas de travail joyeux ; ils n'éprouvent plus les joies de la Terre, ils se sentent maudits. Voici donc le médecin participant au drame dans cette confidence avec l'homme meurtri, dans cette heure de désarroi où se joue un destin.

Le médecin est chargé de dénouer le drame, il a charge d'âmes et de corps. Il est le seul à bien connaître le thème et les développements de cet événement singulier, les exigences du travail, les désirs de l'homme, et les forces de son organisme. Le médecin pèse les arguments biologiques, économiques et psychologiques et s'efforce de découvrir la solution rationnelle et humaine adaptée à chaque cas particulier.

Mais le médecin ne doit pas se contenter d'aller au plus pressé ; il doit connaître les perspectives d'avenir, l'évolution de la machine et des structures sociales, et rechercher la meilleure manière d'adapter à l'organisme et l'esprit de l'homme (et réciproquement), cette évolution. Il connaît les maladies des travailleurs, il doit connaître les maladies des usines. Il doit aussi s'intéresser au travail en équipe de demain qui doit permettre à tout homme d'accéder à une fonction ; éducation technique de l'ouvrier, conscience de son rôle dans la communauté de travail, apprentissage et exercice de son métier dans les ateliers autonomes de la grande industrie ; car, de la qualité de son travail, de son attitude en face de ce travail, dépendra son bonheur ou son malheur.

Le médecin doit prendre conscience du rôle prépondérant qu'il est appelé à jouer dans la société de demain. Il doit avoir le courage et le talent de le proclamer et de le faire accepter par tous ceux qui participent au travail, les chefs comme les ouvriers. Proche des éducateurs des masses, éducateur lui-même, conseiller des élites, le médecin a pour fonction de travailler et de lutter pour vaincre et sauver l'homme.

Des hommes qui connaissent bien les travailleurs pour avoir vécu parmi eux et avoir désiré pour eux la joie que procure le travail libre, sont venus apporter à « *Connaître* » leur précieux concours : M. Yves MAINGUY, Drs SOUBRANE, René BARTHE, DHERS, M. M. J. WILBOIS, Jean DARIC, Marius CHIRAT.

Mais après une dure journée de travail, le médecin a besoin de délassement, et pour divertir son esprit pendant les quelques instants de loisir qu'il s'accorde, peut s'entretenir avec E. BIANCANI, qui lui confie ses pensées sur Gustave THIBON ; avec I.-A. GALLOWAY qui l'entretient des lois de la nature et des lois du hasard ; avec le Dr René BARTHE qui le mène par « Le Chemin de Pétrarque » en excursion sur le Mont Ventoux ; avec Pierre MORNAND, qui lui fait visiter les Expositions.

Cahier n° 5. Travail et médecine

SOMMAIRE

Editorial (Connaître). — Finalités économiques, techniques et humaines dans l'industrie (Yves Mainguy). — Le travail féminin dans l'industrie (Soubrane). — Sociologie de la médecine du travail (René Barthe). — Les résultats d'une expérience (Dhers). — Les conditions sociales de la joie au travail (J. Wilbois). — L'ingénieur en face de la médecine du travail (Jean Daric). — La médecine du travail vue par un ouvrier (Marius Chirat). — La médecine est-elle un travail ? (Jean Mignon). — CHRONIQUES : *Les courants de pensée* : Gustave Thibon (E. et H. Biancani) ; SCIENCES : La Médecine expérimentale. Les lois de la nature. Les lois du hasard (I.-A. Galloway) ; Sur le Chemin de Pétrarque (René Barthe) ; Les Expositions (Pierre Mornand) ; La Musique ; Le Cinéma ; Correspondances. — BIBLIOGRAPHIE. — REVUE DES REVUES.

Prix du numéro : 160 francs.

Prix de l'abonnement (5 numéros par an) : 700 francs. Au *Concours Médical*, 37, rue de Bellefond, Paris (9e). Ch. Post. Paris 167-95.

RAPPEL DES CAHIERS DÉJA PARUS : N° 1. *La Médecine et l'Homme.* N° 2. *Familles, Peuples et Médecine* (épuisés). N° 3. *Education et Médecine.* N° 4. *Masses, Elites et Médecine.*

Micelliode

IODE COLLOIDAL MICELLAIRE ÉLECTRO-POSITIF

Toutes les Indications de l'IODE, SANS IODISME POSSIBLE

GOUTTES

Laboratoires de l'HÉPATROL _ 4 Rue Platon, PARIS (XVe)

TRAITEMENT rationnel

de toutes les formes

de **l'OBÉSITÉ**

et des troubles annexes

DELLOVA

à base d'extraits opothérapiques renforcés par un laxatif

2 FORMES

Cachets..... 1 à 2 par jour
Comprimés... 2 à 4 par jour

Lab. C. LAFOSE, 48, Av. de la République, PARIS

FLUVEINOSE

MAUCHANT



RÉGULATEUR DE LA CIRCULATION VEINEUSE

LABORATOIRE MAUCHANT - GENNEVILLIERS (SEINE)

L. EURY, Docteur en Pharmacie

Thérapeutique artérielle et cardio-rénale

Artères

Spasmes artériels, Hypertension
TENSÉDINE 2 comprimés au début de chacun des 3 repas.

Scléroses vasculaires et viscérales
IODOLIPINE 1 capsule 2 ou 3 fois par jour, aux repas.

Cœur

Syndromes coronariens, Angor, Infarctus, Palpitations, Algies précordiales
COROSÉDINE 2 comprimés 2 ou 3 fois par jour, au début des repas.

Crises angineuses
TRINIVÉRINE 2 à 3 dragées à quelques minutes d'intervalle. Maximum : 10 par jour.

Reins

Insuffisance cardio-rénale, Oligurie
DIUROPHYLLINE 2 à 4 comprimés par jour, à la fin ou dans l'intervalle des repas.

MONAL, DOCTEUR EN PHARMACIE - 13, Avenue de Ségur, PARIS

SARCOPTOL

LOTION (Formule d'avant-guerre) GALE - PARASITOSES DIVERSES PITYRIASIS - SÉBORRHÉES, etc.

POMMADE ECZÉMAS - PRURITS - ACNÉS - FURONCULOSES DÉMANGEAISONS - TOUTES DERMATOSES

LASSA - 31, RUE CHARDON-LAGACHE - PARIS 16e

LABORATOIRES DE SPÉCIALITÉS S.A. LASSA

STAPHYLASE

ACNÉ, ANTHRAX
—FURONCULOSE—

MYCOLYSINE

MALADIES INFECTIEUSES

GERMOSE

TOUX SPASMODIQUES
—COQUELUCHE—

VEINOSINE

AFFECTIONS VEINEUSES

LABORATOIRES LEBEAULT
BESINS & Cie
5, Rue Bourg-l'Abbé, PARIS - Tur. : 69-50

DYSTROPHIES NEURO-VÉGÉTATIVES

PHYSEDAL

Sédatif nervin atoxique

★

SANS LES INCONVÉNIENTS DES BROMURES OU BARBITURIQUES CURES PROLONGÉES SANS INCIDENTS NI ACCOUTUMANCE

2 A 6 DRAGÉES PAR JOUR AVANT LES REPAS

★

LATÉMA

LABORATOIRES DE THÉRAPEUTIQUE MODERNE

31, RUE DE LISBONNE, PARIS-VIIIe

FOIE ET REIN DEFICIENTS

CHOPHYTOL

AMPOULES INJECTABLES

DRAGÉES . GOUTTES per os

Laboratoires **ROSA** 11 Rue Roger Bacon – PARIS 17e

ÉCHOS & commentaires

L'Association générale devant le problème de la Sécurité du médecin.

Le dimanche 17 novembre dernier se tenait, boulevard de Latour-Maubourg, la 80e Assemblée générale de l'Association générale des médecins de France. Elle réunissait, sous la présidence de M. le Pr Baudoin, environ 50 délégués des diverses régions de notre pays et donnait ainsi un reflet valable de l'opinion médicale sur les problèmes d'entraide et de prévoyance médicales.

Le Président, au cours d'une rapide allocution, traça à grands traits les caractéristiques actuelles de la question, rappela les tentatives des Conseils successifs de l'Ordre pour obtenir le vote d'une loi créant une Caisse autonome du Corps médical, et le fait nouveau brutal et massif de la Sécurité sociale, assujettissant les médecins, comme tous les Français à l'assurance-vieillesse à compter du 1er janvier prochain. Abordant le problème de l'entraide, le Président fit part de ses espoirs de voir l'Association générale continuer son œuvre quasi-centenaire en accord et avec l'appui de l'Ordre des médecins, qui a récemment décidé de faire appel aux œuvres déjà existantes.

Après lecture des rapports du Trésorier et du Secrétaire général, et épuisement de l'ordre du jour administratif, les problèmes évoqués par le Président firent l'objet d'un échange de vues extrêmement fructueux, à l'occasion d'un réajustement des prestations prévues par l'A.G. en matière d'assurance-maladie et d'assurance-décès.

Précisons à ce sujet que le maximum des prestations réassurées par l'A.G. en matière de maladie fut porté de 150 fr. à 300 fr. par jour, et que le régime de l'assurance-décès, remanié, permettra la constitution de capitaux importants moyennant une prime d'environ 1 % du capital assuré, ledit capital comportant des majorations pour charges de famille.

De la discussion générale, nous retiendrons les quelques faits suivants :

— Le régime unique des allocations familiales des travailleurs indépendants soulève des protestations quasi-générales en raison de la disparition des avantages particuliers dont disposait chaque profession. Un retour au régime des Caisses professionnelles paraît de toutes parts réclamé.

— Toutes les catégories de travailleurs indépendants (artisans, commerçants, professions libérales) sont hostiles à l'extension brusquée d'une assurance-vieillesse qui n'a d'assurance que le nom. Des mesures de résistance collective sont de toutes parts envisagées. L'action en vue d'obtenir un régime spécial ou une Caisse autonome doit donc être poursuivie.

— Enfin les Conseillers de l'Ordre estimant que l'adhésion à l'A.G. ne peut légalement pas être rendue obligatoire, seraient encore partagés sur l'idée de lui déléguer leurs pouvoirs en matière d'entraide. Seul le principe d'une coopération serait acquis ; les modalités resteraient à déterminer.

Nous ferons observer, à cet égard, que la part d'entraide

CACODYLINE
JAMMES
A : 10 cgs.
B : 20 cgs. D : 50 cgs.
C : 30 cgs. E : 1 gr.
ET
MAGNÉSIO-CACODYLINE
IODINJECTOL
3 FORMES { SIMPLE, SALICYLÉ, GOUTTES
Une injection intramusculaire ou intraveineuse par jour. 60 à 100 gouttes par jour.
Laboratoires JAMMES
86, Rue Michel-Ange, 86
PARIS (16e)


SYNTHROGÈNE
OESTROGÈNE DE SYNTHÈSE
Documentation et Echantillons
GERDA, 10, RUE JACQUARD, LYON

contenue dans la cotisation de l'Ordre ne saurait point non plus être rendue obligatoire et que, s'il lui appartient légalement de créer ou de subventionner des œuvres de prévoyance ou d'entraide, il ne lui appartient pas en réalité de jouer lui-même ce rôle avec ses propres finances et sa propre organisation.

L'Ordre, certes, n'est point obligé de recourir aux œuvres existantes ou de les subventionner. Mais les œuvres qu'il peut créer doivent recevoir légalement le statut mutualiste et acquérir ainsi une personnalité juridique et financière distincte de l'Ordre créateur. A quoi bon refaire ce qui existe déjà ? Et si des créations locales ou particulières s'imposent, le mieux n'est-il pas de les fédérer dans un même tout qui grouperait également les sociétés actuelles et qui serait l'Association générale ?

Quant à l'obligation pour le médecin de faire un versement d'entraide ou de prévoyance — obligation qui devrait résulter d'une loi spéciale — elle n'est nullement incompatible avec le caractère mutualiste des Sociétés adhérentes à l'A.G. En effet, il suffirait que la loi pose le principe de la cotisation obligatoire en laissant le médecin libre de cotiser à la société de son choix.

Ou les médecins sont une fois de plus rendus responsables du déficit budgétaire.

Les journaux parisiens semblent se relayer pour clouer les médecins au pilori fiscal. Nous avons connu récemment une première alerte. Voici qu'à nouveau un journal du matin prête à un représentant de la Fédération des Finances des propos assez peu amènes à l'égard des professions libérales en matière fiscale. D'après ce haut personnage : « C'est un fait notoire que les personnes qui exercent une profession libérale peuvent échapper dans une large mesure au contrôle du fisc. Les professions libérales ne contribuent à l'impôt que pour 1 milliard 800 millions, ce qui est dérisoire ! » Etudiant les projets de réforme fiscale, le même fonctionnaire déclare — ce qui est encourageant et promet du neuf — « Les médecins ont toujours refusé de tenir un carnet de reçus. Le résultat c'est que le rendement de l'impôt est dix fois inférieur à ce qu'il devrait être. »

Les chiffres publiés, par ailleurs, quant au rendement des diverses cédules permettent assez aisément de réduire à sa juste proportion la responsabilité du Corps médical et des professions libérales dans le déséquilibre de nos finances : la cédule des exploitations agricoles est à peine supérieure (2 milliards) à la cédule des B.N.C. Il n'est peut-être point nécessaire de recourir à des Instituts scientifiques de sondage ou de statistique pour découvrir que la population active française comporte pour plus de la moitié des agriculteurs, et que leur prospérité n'est certainement point inférieure en moyenne à celle de ces insaisissables « travailleurs indépendants » qu'il est encore de coutume de classer sous la rubrique des professions « libérales ».

Mais que reste-t-il encore de ce « libéralisme » si propice à ceux qui veulent échapper au contrôle du fisc ? Peut-être serai-il opportun que ce respectable représentant des cadres des Finances veuille bien, avant de préparer ses réformes, prendre au préalable quelques informations auprès de ses collègues du Travail et de la Sécurité sociale !

HEMOPYLORE 3
AMPOULES BUVABLES DE 5CC ET 2CC
La 1ère Combinaison des méthodes de WHIPPLE, CASTLE & WILLS
Anémies Anorexie
LABORATOIRE ROGER BELLON
LOUIS FERRAND
(GAMBÉOL, RECTOCALCIUM, ACTIPHOS, GLOBIRON)
78bis, Avenue Marceau - PARIS (8e)

PHENEGIC
PAQUETS - COMPRIMÉS
A base de PHÉNOTHIAZINE
actif contre :
OXYURES - ASCARIS
L'EQUILIBRE BIOLOGIQUE S. A.
(Association Technique Pharmaceutique et Equilibre Biologique réunis)
à COMMENTRY (Allier) R. C. Montluçon 10416 B

PERVOSINE
GOUTTES
A base de plantes indigènes fraîches
Médication générale contre :
TROUBLES de la CIRCULATION

Les propharmaciens ne peuvent pas délivrer toutes les spécialités.

Nous publions, par ailleurs, la liste des médicaments qui peuvent être délivrés par les propharmaciens, liste composée, en ce qui concerne les spécialités, et selon les directives de l'arrêté du 2 septembre 1946, uniquement de celles admises par l'Assistance publique de Paris et de celles classées en catégorie A pour le remboursement des Assurances sociales.

Nous avons noté avec satisfaction que les pénicillines spécialisées y étaient comprises. Par conséquent, à la condition de disposer de moyens de conservation au frais, les propharmaciens peuvent avoir en dépôt et délivrer les différentes marques de pénicilline actuellement mises en vente en France : ceci va donner satisfaction à bon nombre de nos confrères qui s'étaient déjà inquiétés de la question.

Par contre, nous déplorons que le Ministre ait cru devoir limiter les droits des propharmaciens aux seules spécialités de l'A.P. et de la catégorie A des A.S. La raison d'une telle discrimination entre les spécialités se conçoit mal. Si certains abus ont pu être commis dans le passé par l'utilisation de spécialités de seconde zone, il est facile d'en éviter le retour, en limitant le droit pour les propharmaciens de délivrer les seules spécialités reconnues par les A.S. *mais en leur autorisant toutes ces spécialités*. Ces spécialités ont très certainement fait l'objet d'un contrôle sérieux et la chose est d'autant plus facile maintenant que fonctionne la Commission de Contrôle des Spécialités.

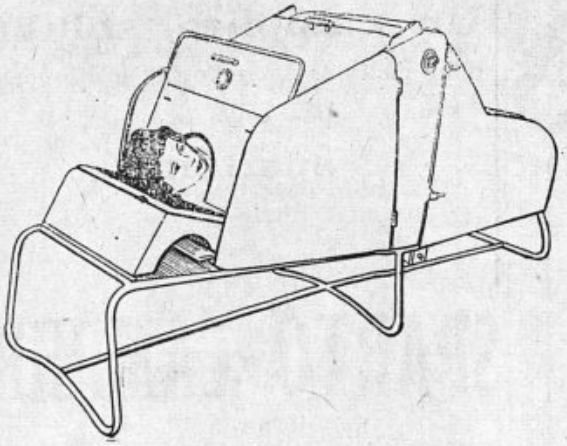
La limitation imposée par l'arrêté est injurieuse à la fois pour les propharmaciens et pour les laboratoires fabriquant les spécialités non autorisées. On place au surplus certains aboratoires et certains droguistes dans une position délicate puisqu'ils doivent refuser à un propharmacien qui est un de leurs clients fidèles telle spécialité parce que non autorisée, alors que telle autre peut lui être fournie. En outre, on risque fort de priver un propharmacien d'un médicament dont l'utilisation urgente serait pourtant nécessaire pour lui. Nous signalons le cas d'un confrère qui, s'étant vu interdire la propharmacie, a perdu une de ses filles d'une méningite post-grippale, faute par lui d'avoir pu disposer en temps utile d'un médicament nécessaire.

Nous demandons donc au ministre de la Santé publique la réforme de ses arrêtés du 2 septembre 1946 et du 28 octobre 1946 : ce qui doit, en tout état de cause, primer, dans ses soucis, c'est non pas la défense de tels ou tels intérêts particuliers, mais la sauvegarde de la santé publique et la sécurité de la population, rurale aussi bien qu'urbaine.

Assemblée générale extraordinaire du syndicat des gynécologues français.

Le 18 novembre dernier s'est tenue, salle Pasteur, à la Faculté de Médecine de Paris, une assemblée générale extraordinaire du Syndicat des Gynécologues français.

Ce Syndicat, après quelques difficultés, a obtenu son affiliation au Groupement des Syndicats de spécialistes et à la Confédération des Syndicats médicaux, sous la réserve que ses membres se mettent en règle avec les dispositions du statut des spécialistes aptes à la qualification, c'est-à-dire qu'ils



ROUATHERMIQUE

Le bain de chaleur moderne est indispensable à la clinique — ou au Cabinet — — du médecin —

RADIATIONS INFRA-ROUGE DIRIGÉES A L'ENDROIT DÉSIRÉ, SANS INTERFÉRENCES LUMINEUSES, DANS UN BAIN DE CHALEUR SÈCHE

STÉ "ROUATHERMIQUE" 154, Bd. Haussmann, PARIS-8e CAR. 14-26

L'appareil est visible chaque jour à nos bureaux.

abandonnent la médecine générale et qu'ils exercent exclusivement la gynécologie non opératoire et la gynécologie chirurgicale, ou l'une d'entre elles, conjointement ou non avec l'obstétrique.

C'est aux fins de mettre les statuts du Syndicat des Gynécologues français en harmonie avec ces exigences, et de mettre au point de nouvelles modalités de recrutement, que l'assemblée générale extraordinaire fut convoquée. A l'ordre du jour figurait aussi la désignation et la fixation des fonctions des délégués régionaux du Syndicat et un échange de vues au sujet du « full time » hospitalier.

Il faut se féliciter qu'aient abouti les efforts déployés par l'actif Bureau du Syndicat pour faire officiellement reconnaître une spécialité aussi indiscutable que la gynécologie.

A PROPOS DU « FULL-TIME » HOSPITALIER.

Cette question a fait l'objet de la part du Syndicat des Gynécologues français d'un rapport adressé à la Confédération et à tous les Syndicats dépendant du Groupement des spécialistes. De ce rapport, pour l'information de nos lecteurs, nous détachons quelques extraits particulièrement intéressants :

Certaines intentions se précisent de proposer ce qu'on appelle le full-time *à des médecins, chirurgiens et spécialistes (chefs de service, ou non, des hôpitaux) qui seraient « volontaires » pour ce genre de service,*

Il est ainsi envisagé de créer un Corps médical résident, à temps complet hospitalier, lequel, moyennant une solde fixe, assurerait tous les services, en permanence. Cette solde, variable suivant l'emploi, la notoriété du titulaire ou l'importance de l'établissement, constituerait les seules ressources possibles du titulaire, tout en autorisant un secteur libre qui, par la force des choses ira en s'amenuisant toujours davantage jusqu'à définitivement disparaître un jour prochain où la S.S. aura absorbé toute la nation.

Ce programme comporte, notamment, les inconvénients majeurs ci-après :

1° Abandon sans indemnité d'une clientèle que l'intéressé ne pourra jamais retrouver puisque, l'emmenant avec soi à l'hôpital (toutes classes) il ne pourra la reprendre lors de la mise à la retraite hospitalière ;

2° Danger d'être réduit au tarif minimum des A.S. puisque à l'hôpital il n'est pas question des C2, C3, prévus par l'article 22 de la nomenclature et qui ne s'appliquent qu'à la clientèle extérieure. En définitive : tous au même tarif (sauf différences de soldes), ce tarif unique étant le tarif minimum lorsque tout le monde ressortira à la S.S. ;

3° A l'âge de la retraite (au plus tard 60 ans sans doute), la retraite qui sera liquidée au profit des bénéficiaires de ce nouveau régime ne pourra guère dépasser le taux maximum de la retraite de la S.S. ;

4° Par suite des « hôpitaux toutes classes » aucun spécialiste ne pourra plus travailler en clientèle particulière que dans les agglomérations ne possédant pas d'établissement hospitalier. Ce seront donc les spécialistes de petites villes qui garderont, seuls, leur liberté ;

5° Les propositions envisagées pour ce « volontariat » du full-time constituent des apparences qui pourront tenter les

SOLUTION STAGO



FOIE
REINS
VESSIE

DÉCONGESTIF – DIURÉTIQUE
CALMANT - ANTITOXIQUE ACTIF

Macération de plantes dans un soluté alcalin glycériné exempt de toute toxicité, à diluer dans une bouteille d'eau

POSOLOGIE

Cas chroniques : progressivement 2 à 6 verres à madère par jour.

Cas aigus : un verre à madère toutes les 5 à 10 minutes jusqu'à sédation de la douleur.

8, avenue d'Argenteuil, ASNIÈRES (Seine)

Un camphre soluble
dont l'action est renforcée et prolongée par celle de la
spartéine

SPARTO-CAMPHRE

Solution aqueuse de camphosulfonates de spartéine, sodium et diéthylamino-éthanol

Ampoules de 2 et 5 cc. — Dragées

LABORATOIRES CLIN, COMAR & Cie
20, *Rue des Fossés-St-Jacques, PARIS (Ve)*

éléments jeunes ou débutants du Corps médical idoine. En effet, ces jeunes qui n'ont pas encore de clientèle, qui ne trouvent ni locaux convenables, ni outillage indispensable et, le plus souvent, ne disposent que de maigres disponibilités liquides, croiront trouver leur intérêt dans ces offres de situations apparemment confortables. Ils seront ainsi dupes de leurs désirs d'immédiat établissement car, bien vite mais trop tard, ils connaîtront d'amères déceptions du fait de leur acceptation irréfléchie. Il est à craindre que le seul remède qu'ils verront à leur avenir compromis ne soit trouvé dans la pratique d'une médecine « parallèle », pratique déplorable qu'il faut à tout prix éviter dans l'intérêt même des malades ;

6° *Tout cela ne peut qu'aboutir à ce contre quoi la Charte s'est toujours élevée :* une médecine inférieure. *Nous nous devons d'écarter tout ce qui peut y mener, tout ce qui peut risquer d'y aboutir ;*

7° *Enfin le « full-time » risque d'être une duperie tant que, d'une part, persisteront instabilité monétaire et insécurité financière et tant que, d'autre part, les « hôpitaux toutes classes » ne seront pas organisés.*

Les spécialistes qui accepteraient le « volontariat full-time » devront être protégés par un contrat établi et garanti par le Conseil de l'Ordre et la Confédération syndicale, contrat fixant notamment les conditions de renonciations au full-time, de la mise à la retraite, etc.

Le projet de statut hospitalier à temps plein a été accueilli — il faut le dire — dans les Groupements de spécialistes par ce que l'on peut appeler des « mouvements divers ».

A priori il nous semble, en effet, difficile, dès lors que l'on veut défendre effectivement la Charte, de consentir de gaîté de cœur à une mise en tutelle qui signifierait la mort sans phrase de la médecine libre.

CORRESPONDANCE

ACCIDENTS DU TRAVAIL

5115. — **Faute inexcusable.**

Je soigne actuellement un blessé qui a été victime d'une explosion dans les conditions suivantes :

Au cours de son travail dans l'atelier où il est employé il préparait de la poudre de chasse en cachette de son patron.

Ce blessé doit-il être soigné au titre de la loi sur les accidents du travail? Dr R.

Réponse :

Aux termes de l'article 20 de la loi du 9 avril 1898 telle qu'elle a été modifiée par la loi du 1er juillet 1938, aucune des indemnités prévues par la loi ne peut être attribuée à la victime qui a intentionnellement provoqué l'accident. D'autre part, le Tribunal a le droit, s'il est prouvé que l'accident est dû à une faute inexcusable de l'ouvrier de diminuer sa pension dans la mesure qu'il apprécie.

En l'espèce, il semble bien que l'ouvrier victime de l'accident a commis une faute inexcusable au sens de l'article 20 puisqu'il préparait de la poudre de chasse au lieu et à l'heure du travail en cachette de son patron. Cette circonstance pourra sans doute avoir pour effet de faire diminuer, dans une proportion assez forte, la rente à laquelle il pourra prétendre s'il reste atteint d'une incapacité permanente totale ou partielle.

Mais le principe même de l'accident du travail et de la responsabilité du patron ne peut être contesté puisque

CONSTIPATION
Lactolaxine
COMPRIMÉS DE FERMENTS LACTIQUES LAXATIFS
1 à 3 comprimés par jour
Labos André PARIS, 4, rue de la Motte-Picquet - PARIS XVe

PRODUIT DE LA BIOTHÉRAPIE
Vaccination par voie buccale contre la typhoïde et les para A et B
BILIVACCIN
ANTITYPHIQUE
H. VILLETTE & Cie, Pharmac. 5, r. Paul-Barruel, PARIS-XVe

LIT MÉCANIQUE DUPONT
Cent ans de spécialisation dans le confort du malade
POUR SOULEVER ET SOIGNER LES MALADES
NOUVEAU MODÈLE PERFECTIONNÉ RECOMMANDÉ PAR LE CORPS MÉDICAL
10, Rue Hautefeuille PARIS (VIe Arr.)
Téléphone : Danton 05-61 et 62
Succ. à Lyon, 6, Place Bellecour
VENTE ET LOCATION

l'accident s'est produit sinon par le fait, du moins à l'occasion du travail.

D'autre part, la faute inexcusable de la victime n'entraîne aucune conséquence dommageable pour lui en ce qui concerne le paiement des indemnités temporaires. Malgré sa faute, l'ouvrier aura donc droit au paiement de son demi-salaire et des frais médicaux et pharmaceutiques, dans les mêmes conditions que s'il s'agissait d'un accident du travail ordinaire.

★

APPLICATION DES TARIFS D'HONORAIRES DE SÉCURITÉ SOCIALE

5196. — **L'indemnité fixe de déplacement.**

Lorsqu'un acte en Pc est accompli au domicile d'un malade immobilisé à la chambre, la nomenclature dit (article 24) qu'on ajoute au prix de l'acte, soit l'indemnité kilométrique, soit l'indemnité fixe de déplacement.

Je n'ai pas su trouver la valeur de cette indemnité fixe de déplacement, et je vous serais très obligé de me dire comment il faut la compter. Dr B.

Réponse :

L'indemnité fixe de déplacement est la différence de prix existant entre la visite et la consultation pour les grandes villes, principalement, c'est-à-dire à l'intérieur de la commune. Dans les bourgs ou les campagnes, si on se rend au dehors de la commune, on ajoute l'indemnité kilométrique au prix de la consultation. Non pas au prix de la visite, car ce serait compter deux fois le déplacement du médecin, pour la partie concernant l'intérieur de la commune.

Dr F. Decourt.

5057. — **Interventions comptées à l'acte isolé.**

J'ai différé jusqu'à présent l'envoi aux Compagnies d'Assurances de mes notes d'honoraires A.T. comprenant une suite après les premiers soins, car je n'ai pas trouvé dans la nomenclature une précision suffisante, et je viens d'apprendre que certaines Compagnies ont contesté des tarifications à mes confrères. Veuillez avoir la bonté de me faire savoir votre point de vue, concernant la somme que je dois demander pour les soins donnés au blessé qui revient, en état d'incapacité ou non.

Il s'agit de l'ancienne Consultation à 55 francs (Ophtalmologie). Le bon sens indique qu'il faut la compter Cl, 5, moins 20 %, soit 120 — 24 = 96. C'est ce chiffre qui aurait été contesté, à ma connaissance par la Cie X. Je ne veux pas envoyer mes notes avant d'avoir votre avis, pour éviter des écritures inutiles.

Dr P.

Réponse :

Voir l'article 10 (*à propos de l'acte global*) *à l'alinéa* 2 « ... *Cependant les coefficients de tous les actes en Pc ainsi que ceux des actes en K dont le coefficient est égal ou inférieur à K* 12 *ont été calculés à l'acte isolé* » *Dans les cas que vous nous signalez, vous comptez donc l'intervention du premier jour, puis les visites ou consultations ou pansements, etc., durant les jours suivants.*

Dr F. Decourt.

5335. — **Tarif des soins aux pensionnés de guerre.**

Je vous serais reconnaissant de vouloir bien m'indiquer le tarif en vigueur pour les soins aux mutilés (Art. 64) ; le Syndicat de X, ne peut me l'indiquer de manière précise. Dr G.







Réponse :

Aux termes d'un arrêté ministériel du 20 août 1946, que nous avons publié dans le Concours Médical *du 7 septembre 1946, page 982, les honoraires et tarifs homologués ou fixés par la commission nationale instituée par l'article 10 de l'ordonnance du 19 octobre 1945 sur les Assurances sociales, sont applicables aux soins donnés aux bénéficiaires de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919, sous réserve d'un abattement forfaitaire de 20 % sur les honoraires de la consultation et de la visite. Ces dispositions nouvelles sont en vigueur pour tous les soins donnés aux pensionnés de guerre depuis le 1er juillet 1946.*

Pratiquement donc, c'est le tarif de responsabilité des Caisses d'Assurances sociales appliqué dans votre département qui fixe le tarif des soins aux pensionnés de guerre avec un abattement de 20 % sur les consultations et les visites seulement.

★

QUESTIONS DIVERSES

5341. — **Ordre de la Santé publique.**

Un titulaire de la Médaille d'argent de l'Assistance publique est-il de plein droit Chevalier de la Santé publique ? Dr A.

Réponse :

L'Ordre de la Santé publique a été institué par un décret du 18 février 1938. Aux termes de l'article 8 de ce décret à titre transitoire, seront de plein droit nommés Chevaliers de la Santé publique les titulaires de la Médaille d'argent de l'Assistance ou de l'Hygiène publique.

Titulaire de la Médaille d'argent de l'Assistance publique, vous remplissez donc les conditions requises pour être nommé Chevalier de la Santé publique. Pour obtenir cette nomination, il faut que vous adressiez une demande sur papier timbré au Préfet de votre département à laquelle vous devrez joindre une notice individuelle, et toutes pièces de nature à justifier que vous êtes déjà titulaire de la Médaille d'argent de l'Assistance publique.

5040. — **Inspection des écoles.**

Un confrère âgé de plus de 60 ans et de près de 65 ans mais très actif est candidat au poste de médecin inspecteur des écoles du département et serait médecin à temps complet (mais non fonctionnaire). Il céderait même sa clientèle civile à un jeune remplaçant.

Peut-il conserver le poste de médecin de la S.N.C.F.?

C'est un confrère avec qui je suis en très bons termes et je ne veux pas poser ma candidature à la S.N.C.F. avant de savoir s'il est *obligé* d'abandonner, car très actif et assez âpre au gain, il ne quittera que s'il ne peut faire autrement. J'ai posé la question au médecin inspecteur de la Santé qui ne sachant que me répondre m'adresse à vous. Dr S.

Réponse :

En principe les postes à temps complet de médecin inspecteur des écoles, ne permettent pas d'occuper d'autre fonction, ni de faire de clientèle, toutefois le médecin inspecteur régional peut autoriser un médecin départemental à conserver certaines fonctions, en plus de celle de médecin inspecteur des écoles.

Il s'agit donc là d'un cas d'espèce, que nous ne pouvons résoudre. Vous pourriez peut être avoir un renseignement plus précis en écrivant au médecin inspecteur régional de l'Hygiène scolaire, 5, rue Auguste-Vacquerie, Paris (16e), le département de X... dépendant de l'Académie de Paris.

PROVACS
(TRAITEMENT DES INFECTIONS FUSO-SPIRILLAIRES (SPIROCHETES ET BACTERIES ANAEROBIES DE LA FLORE BUCCO-DENTAIRE)
Vaccinothérapie des infections aiguës
Désensibilisation immunisante des infections chroniques
ANGINE/, ANGINE DE VINCENT, /TOMATITE/, PHLEGMON/ DE/ MAXILLAIRE/, et ACCIDENT/ DE LA DENT DE /AGE/SE
POSOLOGIE cas aigus : doses fortes de 1 à 3 cc. par jour
cas chroniques : doses faibles espacées et croissantes
en injections sous-cutanées. Pas de contre indications.
LABORATOIRES DAUFRESNE 42, rue Thiers-LE HAVRE

DRAGÉES "YSE" Névrosthéniques
Phosphure de zinc 2 milligr.
Nux vomica
Kola guarana
Asthénie - Surmenage Intellectuel
Dépressions Physique et Cérébrale
forme B pour Diabétique
Médication iodo-arsénicale-phosphorée - Strychnique
HEMAGÉNINE GIRAUD
Lymphatisme - Rachitisme - ASTHME - Tous états infectieux et ganglionnaires
— LABORATOIRES YSE —
65, Rue Louis Blanc, Paris (Xe) — — — Saint-Benoit du Sault (Indre)

DEMANDES & OFFRES

N° 764. — Méd. ville agréable Sud-Ouest, climat très doux, prendr. pensionn. vie de fam. Prix mod.

N° 765. — A vendre : 1° Poupinel cuivre à gaz avec thermo 34×30×25. 2° Moteur 1/8 CV, 125 v. monté sur socle roulant 1 m. 10 av. flexible et qq. trephines et dispositif pour massage tympan. 3° Moteur 1/12 CV., sur socle acajou av. pompe à massage tympan. 4° Tableau électr. marbre cautère, lumière, volt et ampéremètre, 3 rhéostats montés sur bâti en tubes et 2 tablettes opalines.

N° 766. — Médec. 12 ans pratiq. méd. gén. et certif. radio, libre ap.-midi cherche occup. Paris ou banl.

N° 767. — A vendre microscope Reichest-Vienne, état neuf, statif inclinable, revolver triple, condens., diaphrag. object. achromat. 3×7, immers. 1/12,100, 2 oculaires. Boite armoire. Faire offre. Dr Perret, St-Palais-sur-Mer (Ch.-Mar.).

N° 768. — Poste médic. à céder. C.-du-N. non loin grde ville.

N° 769. — Demandé : manuel de pathologie chirurg. (progr. ext.) par groupe ancien int. de Paris. Dr Martin, à Fourmies (Nord).

N° 770. — Achèter. app. électrorad. Ecr. Dr Pinatzis, 1, r. de la Muette, Paris (16e).

N° 771. — A vendre à Couilly-St-Germain, bel immeuble 16 p., parc pour clin., mais. de santé, matern.

N° 772. — Dr en méd. et pharm. gros. prat. cherch. situat. paramed. ou parapharm. par ex. représent. gr. firmes spéc. connues pour Ouest : L.-Inf. limit. Ecr. journ qui transm.

N° 773. — Cherch. app. diathermie, av. électro coag. court. triph. 220 v.

N° 774. — A céder gynécostat Drapier.

N° 775. — Avignon. Méd. cherche pers. exc. réf. p. rép. téléph. nuit et jour et pr. r. v., logée, exc. émolum. Conviend. pers. cert. âge, veuve médec.

N° 776. — 2 h. Paris, situat. unique, consultat. seul., cabinet cœur, foie, à céder, raisons santé. Ecr. journ. qui transm.

N° 777. — J. méd. marié, actif, expér. clientèle, cherch. rempl. ou assist. longue durée. Préf. rég. Paris ou Sud.

N° 778. — Table de gynécol., tabouret tournant, marchep. métal., à vendre, bon état.

N° 779. — Raison santé. cherch. cab. méd. gén. Basses-Pyr., préférence Pau ou env. Ecr. journ. qui transm.

N° 780. — Cherche table radio bascul. mod. récent av. gaine et écran, type total Orienta-CGR ou simil. de préf. Dr Griffon, Vannes.

N° 781. — A céd. p. rais. fam. bon poste propharm. S.-et-O. av. fixes import. (70 km. Paris), Ecrire Journ. qui transm.

N° 782. — Méd. 60 ans exc. santé, 25 ans clientèle rurale, rech. assoc. av. conf. âgé, fatigué ou surch. bourg (Poitou). Offre possibil. logem.

N° 783. — Client. rur. Dordogne à céder. Ecrire Journ. qui transmet.

N° 784. — A vendre apr. cessation : 1° poste radiographie Gaiffe, transfo. universel ; 2° U.V. portat. Hanovian transfo. univers ; 3° microscope ; 4° div. instrum. médic. ; 5° prod. pharm. pour propharm., etc...

N° 785. — A céd. dans gr. stat. bain. Ouest gr. clientèle méd. génér. accouchem. cause décès, conv. à j. médec. célibat., facilité paiement.

N° 786. — Poirier et Charpy. Traité anat. hum. Complet.

N° 787. — Achèt. culotte de cheval état neuf, tour de taille 105. Ecr. journ. transmet.

N° 788. Docteurs en méd., disp. loc. Paris, cherch. en vue assoc. radiol., disp. matér. Ecr. Journ. transm.

N° 789. — Médec. âgé, Bretagne dem. sucess. céd. logement. S'adr. Masse, Tinténiac (I.-et-V.).

N° 790. — Bon poste, médec. gén. (E.-et-L.), à céder de suite, écr. Journ. transm.

N° 791. — Médec. âgé, resté sans fam. suite guerre, accept. place méd. résid., au pair, dans qq mais. santé ou retraite, rég. Midi de préf. Ecr. Dr Schmitko, Argenteuil (S.-et-O.).

N° 792. — A céd. bon. client., banl. Nantes, belle mais. tout conf., jard., garage. Ecr. Journ. transm.

N° 793. — Poste sage-fem. chef. résid. vac. maison maternelle, départ. Loire-Inf. Très urg. Ecrire Direct. Population, Nantes.

N° 794. — A vendre poste diathermax grille lysholm et access. radiol., gants, cuves, tablier, cuir, nigascope et divers. Ecr. journ. qui transm.

Gérant : MIGNON Lang, Blanchong et Cie, 30, rue du Poteau - Paris (18e). — 31.1040
Février 1879 Dépôt légal : N° 8 4e trimestre 46

SUPPOSITOIRES

RECTOQUINTYL

DEUX FORMES
ADULTES-ENFANTS

ASSOCIE LES INDICATIONS DE
L'ORTHOFORMIATE D'ETHYLE
AUX AVANTAGES DE LA VOIE RECTALE

COQUELUCHE - QUINTES NOCTURNES
TOUX POST OPÉRATOIRES
AFFECTIONS BRONCHO-PULMONAIRES

Echantillons et Littératures sur demande

LABORATOIRES A. MARIANI
10, Rue de Chartres, NEUILLY (Seine)
TÉL : MAILLOT 61-09



CHLORO-CALCION

Véganine



Grippe, algies, otites, névrites,
dysménorrhée, soins dentaires

LABORATOIRES SUBSTANTIA, M. Guéroult, Docteur en Pharmacie, SURESNES (Seine)

HYPERCHLORHYDRIE
TOUTES DOULEURS GASTRIQUES

GASTROSEDYL

GOUTTES

Le grand remède de toutes les
GASTRALGIES

COMPOSITION INCHANGÉE

Teinture Dausse de belladone	46
Teinture Dausse de Jusquiame	20
Liqueur ammoniacale anisée	20
Bromure de Sodium	13
Phosphate de codéine	1

Antispasmodique certain

Régulateur de l'acide gastrique

Sédatif à effet immédiat

POSOLOGIE

10 à 30 gouttes dans un peu d'eau sucrée après les repas et au moment des douleurs

LABORATOIRES J. LANDRIER
— Coulange-sur-Yonne (YONNE) —

RÉMINÉRALISATION

OPOCALCIUM

du Dr Guersant

IRRADIÉ (GRANULÉ, CACHETS, COMPRIMÉS)

Vitamine D pure cristallisée et
Parathyroïde (extrait)
Sels minéraux directement assimilables

SIMPLE (GRANULÉ, CACHETS, COMPRIMÉS)

Parathyroïde (extrait)
Sels minéraux directement assimilables

Cachets GAÏACOLÉS

Cachets ARSÉNIÉS

Poudre

LABORATOIRES DE L'OPOCALCIUM
96, Rue Orfila PARIS (20e)

GASTRHÉMA

CONTRE LES ANÉMIES
ASTHÉNIE - ANOREXIE - HYPOPEPSIE
17, Avenue de Villiers — PARIS (17e)

EXTRAIT DE MUQUEUSE D'ANTRE PYLORIQUE
1 à 3 amp. buvables, par jour

FRÉNASMA

TROIS A QUATRE COMPRIMÉS PAR JOUR. UN A DEUX DÈS LE DÉBUT DE LA CRISE.

LABORATOIRES DU GASTRHÉMA
17, AVENUE DE VILLIERS
PARIS (17e)

ASTHME - EMPHYSÈME - BRONCHITES CHRONIQUES - MÉDICATION PRÉVENTIVE, ABORTIVE ET CURATIVE DES CRISES

granulés
CAS AIGUS

Choléfluine

CHOLAGOGUE - ANTIANAPHYLACTIQUE
(HYPOSULFITE DE SOUDE)

LABORATOIRES LECONTE, 29, rue Duret, PARIS-16e

comprimés
CAS CHRONIQUES

NEO-CODION

— Gouttes et Dragées —

PUISSANT
SÉDATIF
DE LA TOUX

- Le Camphosulfonate de Codéine
- Le Camphosulfonate de Dionine

Laboratoires du
Dr BOUCHARA
47, Rue de Bretagne
PARIS-3e - Arch. 94-65

Vitamine B2
(Lactoflavine)

BÉFLAVINE "ROCHE"

Ophtalmologie, Peau et muqueuses
Gastro-entérologie
Troubles de croissance du nourrisson

PAR VOIE BUCCALE : DRAGÉES DOSÉES A 5 MILLIG. 2 A 4 PAR JOUR

PAR VOIE INTRAMUSCULAIRE : AMPOULES DE 2 CM3 DOSÉES A 10 MILLIG. UNE PAR JOUR

Produits "ROCHE" 10 rue Crillon, PARIS 4e

ISOGEV

GARGARISME ou BAIN DE BOUCHE ISOTONIQUE

ANTISEPTIQUE PUISSANT — NON IRRITANT
à base de Phenylarsinate de sodium - Cuivre colloïdal - Borate de soude - Bleu de methylène

1 sachet dans un verre d'eau chaude pour un gargarisme ou un bain de bouche

ANGINES - GINGIVITES - STOMATITES

ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE
LABORATOIRES GEV, 5, rue Brézin, PARIS (14e) - Téléphone : SÉGUR 84-49

68e ANNÉE — Nº 49 — 7 DÉCEMBRE 1946

LE

CONCOURS MÉDICAL

37, RUE DE BELLEFOND - PARIS (9e) - TRU 33-66

379a381

SOMMAIRE

PARTIE SCIENTIFIQUE.

Syphilophobie (Dr R. Barthélemy) 1.483

La décoction de caroubes et la soupe de carottes dans les états diarrhéiques du premier âge (Dr Schreiber) 1.486

A propos de l'épidémie actuelle de poliomyélite (Dr P. Eonis) 1.487

XLIXe Congrès de Chirurgie (Suite) 1.488

Nouvelles d'Amérique. La synthèse de la pénicilline est faite 1.490

Les Sociétés Savantes, 1.493. — La Presse, 1.494.

PARTIE PROFESSIONNELLE.

Propos du Jour. — La physiologie peut-elle inspirer la politique ? (Dr G. Lavalée).. 1.497

Actualité Professionnelle. — Quelques réflexions sur la qualification des Spécialistes (Dr R. Jodin) 1.501

Virage dangereux (Dr Caffort) 1.501

Le Congrès des C.C.M. — Bilan des concessions réciproques des chirurgiens et la mutualité (Dr F. Delmas d'Agen) 1.503

Logement et population (J. L.) 1.505

DEMI-COLONNES.

Dernières Nouvelles, 1.473. — A Travers l'Officiel, 1.478. — Echos et Commentaires, 1.509. — Correspondance, 1.513.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

OUABAINE ARNAUD

Dysendocrinies masculines et féminines.

OPO IODAMÉLIS

"M" et "F"

Laboratoires Jacques LOGEAIS

Toux — Coqueluche

ÆTHONE

Laboratoire de l'ÆTHONE 35, rue Boissonnade, PARIS (XIVe)

Huile de Foie de Morue - Calcium - Vitamines A. B. D.

CALCOLEOL

AVITAMINOSES — RACHITISME

DÉMINÉRALISATION

Laboratoires SCIENTIA, 21, Rue Chaptal PARIS-9e

PYRÉTHANE

Antinévralgique Puissant

18, Rue Ernest-Rousselle - PARIS-13e

Silicyl

Médication de BASE et de RÉGIME des ÉTATS ARTÉRIOSCLÉREUX et des carences siliceuses

18, Rue Ernest-Rousselle - PARIS-13e

CALME LES MAUX D'ESTOMAC
MODIFIE LA VISCOSITÉ DU SANG

CITROSODINE

RHINAMIDE

Sulfamidothérapie locale

PREVENTION ET TRAITEMENT DES
AFFECTIONS DU
RHINO-PHARYNX

INSTILLATIONS • PULVÉRISATIONS
RHINITES · SINUSITES
OTITES · CORYZA

LABORATOIRES A. BAILLY
(SPEAB)
15, Rue de Rome - PARIS 8e

RIN, 16

INFANGYL
CARLIER

TOUX
BRONCHITES
INFANTILES

COLLUTOIRE INALTÉRABLE
AU
NOVARSENOBENZOL

COLARSENOL

ANGINES
STOMATITES
GINGIVITES

LABORATOIRES CARLIER · 43, RUE DE CRÉTEIL · JOINVILLE-LE-PONT (SEINE)

INNOVATIONS
innothéra
THÉRAPEUTIQUES

SYMPATHYL

RÉGULATEUR DU SYSTÈME NEURO-VÉGÉTATIF

3 à 8 comprimés
par jour

INNOTHÉRA, 54, AVENUE PAUL-DOUMER, ARCUEIL (SEINE)

DERNIÈRES NOUVELLES

Académie de pharmacie. — Tel est le nom que porte désormais la Société de pharmacie de Paris, fondée en 1903. Parmentier fut le premier président de la Société, puis Vauquelin ; parmi les présidents suivants, citons Pelletier et Caventou, deux bienfaiteurs de l'humanité, dont le monument élevé à Paris fut détruit par les Allemands. Ce sont ensuite Cadet de Gassicourt, Henry, Pelouze, Regnault, Bouchardat, Chatin père. La Société a compté aussi des membres illustres, Marcelin Berthelot, Moissan, Tanret, Bourquelot, Guignard, Moureu, Léger, Béhal.

Enseignement de la Médecine.

Mardi dernier, 29 octobre 1946, au petit amphithéâtre de la Faculté de Médecine, M. le Doyen Léon Binet avait invité à une réunion amicale MM. les Médecins et Chirurgiens des Hôpitaux pour les remercier d'avoir répondu à l'appel qu'il leur avait adressé pour prêter leur précieux concours dans l'enseignement clinique en faveur de stagiaires.

Presque à l'unanimité, tous ont bien voulu prendre, suivant l'importance de leur service, un certain nombre d'étudiants. M. le Doyen leur a précisé l'importance qu'il y aurait à faire la liaison avec les cliniques de la Faculté, ou quand l'hôpital en était dépourvu entre les différents services d'un même hôpital, pour faire un enseignement pratique.

M. le Doyen est persuadé que cette expérience donnera les résultats les plus satisfaisants malgré le nombre de plus en plus croissant d'étudiants inscrits dans notre Faculté.

M. le Doyen a terminé en disant qu'il comptait bientôt voir s'organiser dans notre Maison un enseignement post-scolaire, grâce à l'activité d'une Commission de plusieurs professeurs (Pr Henri Benard, Pr Quenu, Pr Guy Laroche) qui ne manquera pas de faire appel au concours de leurs collègues des hôpitaux.

Conférences de psychiatrie.

La *Société Médicale des Hôpitaux Psychiâtriques de la Seine* a inauguré, en 1946, des séries de conférences traitant de l'ensemble des connaissanc théoriques que doit posséder un psychiâtre spéciali Un deuxième cycle de conférences aura lieu penda le premier semestre de 1947 à l'*amphithéâtre Magna de l'Hôpital Henri-Rousselle*, 1, rue Caban Paris (14e) (métro Glacière). Il comprendra cet année quatre séries :

1° *Les grands syndromes psychiatriques* (le mard à 18 h. du 7 janvier au 6 mai 1947) avec le concour de M. le Pr agrégé Baruk et de MM. les Drs P. Abely X. Abely, Bessière, Brousseau, Le Guillant, Marchand, Minkowski, Montassut, Rondepierre et Sivadon.

2° *Aux confins de la neurologie et de la psychiâtrie* (le vendredi à 18 h., du 10 janvier au 31 jan_

Le Concours Médical
Hebdomadaire fondé en 1879 par A. Cézilly.
Directeur honoraire : Docteur J. Noir.
Directeur : Dr G. Lavalée.
Rédacteur en Chef : Dr G. Fischer.
Rédaction, Administration et Publicité, 37, rue de Bellefond, Paris (9e).
Téléphone : TRU 33-66. R. C. Seine 76.579.
Chèques postaux, Paris 167-95.
Abonnements
1 an, 400 francs (600 *fr. à compter du 1er janvier* 1947). Etudiants, 200 fr. Le N° 15 fr. Changement d'adresse, 10 francs.

RECONSTITUANT GLOBULAIRE
MÉTHODES de WHIPPLE et de CASTLE
OPOFERROL
Extraits hémolétiques de FOIE DE VEAU d'ANTRE PYLORIQUE de PORC, de RATE
OXYHÉMOGLOBINE
★
TOUTES LES ANÉMIES de l'ENFANT et de l'ADULTE quelles qu'en soient les origines
★
AMPOULES BUVABLES
ENFANTS . . . 3 cc. 1 à 3 par jour
ADULTES . . . 10 cc. 1 à 3 par jour
LABORATOIRES DE L'OPOCALCIUM
96, Rue Orfila — PARIS-XXe

COMBEY-LAX
Le délicieux laxatif pour les enfants
SIROP PUR SUCRE ET POMMES DE REINETTE
= PAR CUILLERÉES A CAFÉ =
LABORATOIRES ROLAND MARIE
191, RUE DU Fg St-ANTOINE, PARIS

vier 1947) avec le concours de MM. les Prs agrégés LHERMITTE et AJURIAGUERRA et de MM. les Drs HECAEN et SAUGUET ;

3° *Biométrie appliquée à la caractérologie* (le vendredi à 18 h., du 7 février au 21 mars 1947), par le Dr DUBLINEAU ;

4° *Eléments d'histophysiologie du système nerveux* (le vendredi à 18 h., du 28 mars au 23 mai 1947), par le Dr CHATAGNON.

Ces conférences sont libres et gratuites. Le programme détaillé en sera adressé, sur demande au secrétaire de la Société Médicale, le Dr SIVADON, médecin-chef de l'hôpital psychiatrique de Ville-Evrard, à Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise).

Médecine et famille (*Association des Médecins Amis de la Famille et des Familles nombreuses médicales*).

Lettre ouverte au ravitaillement sur une invraisemblable réduction d'un programme de jus de fruits.

Profondément émus par un programme de ravitaillement, qui ramènerait au tiers de la quantité prévue antérieurement, la fabrication « des jus de fruits », les médecins préoccupés des problèmes familiaux et en particulier des ravages de l'alcoolisme sur la santé familiale et sur l'état démographique, décident une campagne d'opinion auprès de tout le pays, notamment : des associations de famille, des mouvements de jeunesse et de tous les milieux préoccupés de la santé et de l'avenir de la France.

Ne méconnaissant pas que la quantité actuellement distribuée en vin n'a pas d'influence comme source d'intoxication, ils protestent contre le fait que ceux qui ont reconnu dans les jus de fruits une valeur énergétique qui leur apparaît indispensable (tant pour les travaux de force que pour améliorer la nutrition générale), se trouvent indiscutablement sacrifiés par rapport à ceux qui restent fidèles à une boisson fermentée ne présentant plus la valeur nutritive du fruit aliment.

Alors que les ministres du Ravitaillement et de l'Agriculture soulignent la disette alimentaire qui se prolonge dans tous les pays, il apparaît comme criminel de gaspiller des centaines de millions de calories par leur transformation en alcool, alors que ces calories sont réclamées par toute une population : de travailleurs, de sportifs, de mamans attendant des bébés et de jeunes.

Tous veulent trouver désormais dans leur boisson, non seulement une forme agréable avec la saveur du fruit mais aussi toutes les forces nécessaires qu'ils réclament.

En les sacrifiant aux buveurs de vin, le ravitaillement diminue les rations alimentaires que le vin ne peut assurer comme les jus de fruits où le sucre est intact. Sous cette affirmation vraiment scientifique, la décision apparaît scandaleuse et tout le pays doit connaître la position de tous ceux qui estiment que la prospérité agricole doit bénéficier demain d'une transformation de la production fruitière aussi favorable que celle de la Suisse. Celle-ci consomme désormais en jus de fruits, tout ce qu'elle buvait il y a dix ans encore, sous la forme de boissons alcoolisées.

Vous savez combien les électrices ont attaché d'importance au grave problème de l'alcool ; ce sont elles qui ont admis que le seul bienfait de l'occupation a été la restriction de l'alcoolisme par la disparition des abus de consommation du vin. En sacrifiant cette fois les jus de fruits au vin, vous laissez croire que le vin a une qualité nutritive supérieure au jus de fruit. Après les explications données au nom du Corps médical, cette affirmation est une contre-vérité.

Association Nationale des Médecins Déportés.

L'Association Nationale des Médecins Déportés et Internés de la Résistance s'étonne de voir figurer au bas du récent appel de la Fédération Nationale des Médecins du Front, le nom d'un médecin condamné par le Comité d'Epuration en raison de ses activités pendant l'occupation allemande.

Elle élève une protestation indignée contre ce



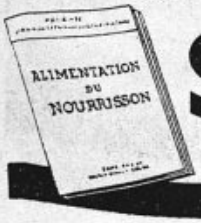
DANS *tous* LES CAS DE SOUS-ALIMENTATION

La Farine diastasée SALVY est l'aliment **toujours digéré, toujours assimilé,** facilitant dans tous les cas l'alimentation du nourrisson.

Les hypo-alimentés plus abondamment nourris avec des bouillies préparées au lait atteindront vite un poids normal sans troubles digestifs. Les dyspepsiques tolérant mal le lait accepteront aisément les bouillies homogènes obtenues par simple préparation à l'eau.

* Envoi sur simple demande adressée à SALVY, 4, Rue de Lambrechts à COURBEVOIE (Seine) du MÉMENTO D'ALIMENTATION ET DE DIÉTÉTIQUE INFANTILES

Farine DIASTASÉE



SALVY

Préparée par BANANIA

HÉMOGLOBINE DESCHIENS

FER VITALISÉ — VITAMINES DU SANG

Opothérapie Hématique

Syndromes Anémiques - Déchéances Organiques

DESCHIENS, Docteur en Pharmacie, 9, Rue Paul-Baudry, PARIS (8e)

ANTISEPTIQUE, SULFAMIDO-CHLORÉ
NON-IRRITANT, PUISSANT, STABLE

CLONAZONE

10 comprimés dans un litre d'eau donnent une liqueur de Dakin

LABORATOIRES DAUFRESNE 42, rue Thiers-LE HAVRE

fait, qu'elle considère comme un acte de provocation vis-à-vis des médecins résistants et comme une insulte à la mémoire de tous ceux qui sont morts pour la France.

L'Association des Médecins Déportés et Internés de la Résistance décide d'envoyer le présent communiqué aux différents journaux médicaux.

(*Communiqué*).

Service de santé.

Indemnité spéciale de technicité aux médecins relevant du Service de Santé militaire. — A titre exceptionnel et provisoire, les médecins, pharmaciens, dentistes et vétérinaires de l'armée active, ou servant en situation d'activité au delà de la durée légale du service, appartenant aux armées de terre (métropolitaines et coloniales), de mer et de l'air, reçoivent, en raison de leurs diplômes particuliers, une indemnité spéciale de technicité fixée à 36.000 francs par an, pour compter du 1er septembre 1946. Cette indemnité est acquise du jour où les intéressés sont pourvus du doctorat en médecine, du doctorat vétérinaire ou des diplômes de pharmacien ou de chirurgien dentiste. Elle est allouée, réduite ou supprimée dans les mêmes conditions que la solde d'activité.

L'indemnité est maintenue dans les positions régulières de présence (congé, permission, hôpital) et pendant les déplacements temporaires. Toutefois, elle n'est pas due en congé de longue durée pour tuberculose ouverte, ni en congé en instance de retraite ou de réforme. (*J. O.*, 22 octobre 1946.)

Nomination du chef de laboratoire de l'Hôpital civil de Versailles.

Un concours sur épreuves et sur titres destiné à pourvoir le poste vacant du chef du laboratoire de l'Hôpital civil de Versailles, aura lieu les 4 et 5 décembre 1946 à l'Institut Pasteur. Les candidats doivent être docteurs en médecine, pharmaciens ou vétérinaires (décret du 18 mai 1946) âgés de 30 ans au moins, 55 ans au plus, à la date du concours et pourvus du diplôme de Sérologie. Les candidats adresseront leur demande à la Direction départementale de la Santé de Seine-et-Oise, 25, boul. du Roi, à Versailles, où ils trouveront tous renseignements complémentaires.

Conseil national de l'Ordre.

NOTE SUR LE REMPLACEMENT DES MÉDECINS.

(*Adoptée par le Conseil national dans sa séance du 19 octobre* 1946.)

Un médecin en exercice peut se faire remplacer :

— soit par un autre confrère en exercice, ce qui ne pose pas de problème particulier ;

— soit par un jeune médecin non encore installé et non inscrit au Tableau ;

— soit enfin par un étudiant en médecine.

Sur les étudiants en médecine, l'article 5 de l'ordonnance du 24 septembre 1945 s'exprime ainsi : « Les internes français des hôpitaux et hospices des villes de Facultés et Ecoles de Médecine, nommés au concours et munis de seize inscriptions validées peuvent être autorisés à exercer la médecine en temps d'épidémie ou à titre de remplaçants de docteur en médecine.

« Cette autorisation, délivrée par le Préfet après avis favorable du Conseil départemental de l'Ordre, est limitée à trois mois ; elle est renouvelable dans les mêmes conditions.

« Lorsque les besoins de la santé publique l'exigent, le ministre de la Santé publique peut, par arrêté, abaisser jusqu'à seize pour une partie ou la totalité des étudiants en médecine, le nombre des inscriptions nécessaires pour pouvoir bénéficier des dispositions du présent article. L'arrêté fixe le délai pendant lequel il est applicable. »

***

Lorsqu'un médecin désire être remplacé il adresse une demande, par lettre ordinaire, au Conseil départemental en indiquant le nom du jeune médecin

THIONAIODINE Logeais
INJECTABLE A & B

La maladie rhumatismale chronique et ses syndromes douloureux
COMPRIMÉS
Complexe IODE - SOUFRE - MAGNÉSIUM associé aux sels de Lithine et à la VITAMINE B1
Toutes algies rhumatismales
Rhumatisme chronique
Troubles de la nutrition sulfurée
Bronchites chroniques
LABORATOIRES JACQUES LOGEAIS - ISSY-LES-MOULINEAUX - PARIS

ou de l'étudiant qu'il a choisi et une autre demande sur papier timbré, au Préfet en précisant la durée du remplacement.

***

D'autre part le jeune médecin non installé, ou l'étudiant en médecine qui a l'intention de faire des remplacements, doit demander, autant que possible à l'avance, au Conseil départemental où il réside, une « licence de remplacement ».

A la réception de cette demande le Conseil fait parvenir au candidat un questionnaire à remplir, questionnaire analogue, en plus simple, à celui utilisé pour les demandes d'inscription au Tableau de l'Ordre, et l'invite à fournir un certificat de scolarité.

Sur le vu de ce certificat et après examen du questionnaire, le Conseil départemental délivre à l'étudiant une « licence de remplacement » signée du président. Cette licence est une simple attestation prouvant que l'intéressé « se trouve dans les conditions légales requises pour faire un remplacement ». Elle ne constitue pas une autorisation de remplacement.

***

Pour chaque demande de remplacement, le Conseil départemental sur le vu de la licence de remplacement adresse un avis favorable au médecin et au Préfet. Et ce dernier délivre l'autorisation de remplacement pour une durée maxima de trois mois.

Passé ce délai, le médecin s'il le désire, doit renouveler sa demande dans les mêmes formes.

Durant le remplacement l'étudiant en médecine relève de la juridiction de l'Ordre (art. 67 du Code de déontologie).

***

Un médecin peut-il se faire remplacer en toutes circonstances ? Oui, sauf s'il est interdit. En ce cas il ne saurait, se faisant remplacer, bénéficier de l'exploitation de sa clientèle.

Mais si l'attention du Conseil départemental est attirée sur le préjudice que cause à la santé publique la suppression du fonctionnement du poste d'un médecin interdit, le Conseil se rapprochera du directeur départemental de la Santé et, si les médecins voisins ne peuvent assurer le poste, lui désignera le remplaçant nécessaire.

Même si ce remplaçant est un étudiant en médecine, celui-ci gardera pour lui tous les honoraires perçus.

***

Un problème délicat peut se poser au décès d'un médecin : la veuve d'un confrère n'a en effet pas qualité pour installer un remplaçant, celui-ci ne pouvant être demandé que par le médecin. Mais le Conseil national a estimé que, d'accord avec la veuve du confrère, l'Ordre se substituerait au médecin décédé et veillerait à mettre en place, en en prévenant le Préfet, un remplaçant pour une durée maxima de trois mois.

Le remplaçant touche intégralement les honoraires, mais peut verser à la veuve une indemnité forfaitaire pour la location des pièces professionnelles et l'usage de l'instrumentation.

***

L'article 68 du Code de déontologie dit que « un médecin qui, soit pendant, soit après ses études, a remplacé un de ses confrères, ne doit pas s'installer pendant un délai de deux ans dans un poste où il puisse entrer en concurrence directe avec le médecin qu'il a remplacé, sauf accord, lequel doit être notifié au Conseil départemental ».

Lors de l'étude du Code par le Conseil d'Etat, cette assemblée a tenu à la limitation dans le temps de deux ans seulement, par assimilation à la disposition semblable protégeant les clientèles des médecins prisonniers ou déportés, et il fut impossible de faire admettre un délai plus long.

L'article 68 ne prévoit pas de périmètre : il appartient aux Conseils départementaux, compte

PRODUITS SPÉCIALISÉS DES ÉTABLISSEMENTS KUHLMANN
MARQUE R. A. L.
H. DELOMÉNIE
Docteur en Pharmacie
15, Rue de La Baume, PARIS (VIIIe)
BINIDIA
Antiseptique génito-urinaire local
BINOXOL
Antiseptique gastro-intestinal
CHLORALOSANE
Hypnotique
DITHIORAL
Antirhumatismal
SUNALCOL
Antiseptique cutané
SUNOXIDON
Fébrifuge - Anti-infectieux
SUNOXOL
Antiseptique pour usage externe

SUPPOSITOIRES
RECTOQUINTYL
DEUX FORMES
ADULTES-ENFANTS
ASSOCIE LES INDICATIONS DE
L'ORTHOFORMIATE D'ETHYLE
AUX AVANTAGES DE LA VOIE RECTALE
COQUELUCHE - QUINTES NOCTURNES
TOUX POST OPÉRATOIRES
AFFECTIONS BRONCHO-PULMONAIRES
Echantillons et Littératures sur demande
LABORATOIRES A. MARIANI
10, Rue de Chartres, NEUILLY (Seine)
TÉL : MAILLOT 61-09

tenu des usages, mais aussi des dispositions géographiques d'apprécier, dans chaque cas litigieux, le périmètre à réserver.

***

Le Conseil national a décidé d'examiner comment informer les étudiants en fin de scolarité des conditions auxquelles ils peuvent éventuellement faire des remplacements, et des devoirs qui leur incombent (*Communiqué.*)

L'Association Médicale Mondiale (World Medical Association) dont la création avait été décidée à Londres le 25 septembre dernier, vient d'être officiellement constituée à Paris, au cours de la réunion des délégués nationaux nommés à cet effet.

Le Comité d'Organisation (Conseil) est présidé par le Dr T.C. ROUTLEY (Canada).

Étaient présents : le Dr Fernand DECOURT, vice-président (France), le Pr Pierre GLORIEUX (Belgique), le Dr Dag KNUTSON (Suède), le Dr Med. O. LEUCH (Suisse), le Dr J.A. PRIDHAM (Grande-Bretagne), le Dr Aleksej ZAHOR (Tchéco-Slovaquie).

Excusés : le Pr I. Shawki BEY (Egypte), le Pr TORNEL (Espagne).

Les secrétaires généraux, nommés lors de l'Assemblée générale constitutive à Londres, sont :

Le Dr Charles HILL (secrétaire général de la British Medical Association) ;

Le Dr Paul CIBRIE (secrétaire général de la Confédération des Syndicats médicaux français).

Les statuts de l'*Association Médicale Mondiale* ont été adoptés. Des rapports ont été envisagés avec la *World Health Organisation* et l'*Unesco*.

Le Dr T.C. ROUTLEY (Canada), président du Conseil de la W.M.A., est chargé des relations avec la *World Health Organisation*.

Le Dr Paul CIBRIE (France), secrétaire général de l'A.M.M. (W.M.A.), est chargé des rapports avec l'*Unesco*.

L'Association Médicale Mondiale a déjà reçu l'adhésion des Associations médicales nationales de très nombreux pays.

L'Association Médicale Mondiale dont le rôle professionnel et social s'avère extrêmement important, est assurée de trouver un concours précieux et actif dans le plus grand nombre des pays du monde.

(Communiqué.)

Syndicat des Médecins, département des Ardennes

CERTIFICAT D'ALLAITEMENT.

Une fois de plus, nous vous disons prenez garde. Une assurée se présente chez vous, vous constatez qu'elle est en état d'allaiter ; vous ne pouvez affirmer qu'elle nourrit exclusivement au sein. Aussi portez la mention, sur les carnets d'allaitement :

Elle m'a déclaré nourrir exclusivement au sein ou encore *Elle est en état d'allaiter et me déclare*, etc.

Veillez-y bien pour vous éviter de sérieux ennuis. D'autre part, nous demandons une modification de la formule.

ETABLISSEMENT DES FEUILLES DE MALADIE.

Quand un assuré vous présente une feuille de maladie, inscrivez exactement le jour où vous avez fait la visite ou la consultation, sans tenir compte de la date de délivrance de la feuille. Si les feuilles sont présentées après coup, portez la mention « régularisation ». De cette façon vous ne pourrez être mis en cause dans le cas où les dates ne correspondraient pas.

TARIF DES ACCIDENTS DU TRAVAIL.

Ce tarif suit les variations du tarif de responsabilité des Caisses, imposé par le Ministère du Travail. Depuis le 20 octobre, vous pouvez donc appliquer le tarif suivant :

Consultation	72. »
Visite	88. »
Kilomètre parcouru	12. »
PC et K	70. »

le premier pansement biologique français

MITOSYL

stimule les mitoses cellulaires

PATE AUX VITAMINES A & D

HUILE DE FOIE DE MORUE ET DE FLÉTAN

CICATRISANT ESTHÉTIQUE RAPIDE

plaies brûlures ulcères

dermatoses prurigineuses
dermatoses croûteuses
eczéma du nourrisson
érythème fessier

Laboratoires DELAGRANGE, 39, Boulevard de la Tour-Maubourg, PARIS (7e)

DÉFENSE DE NOS INTÉRÊTS.

Nous avons envoyé à tous les partis politiques la lettre suivante :

« A la veille des élections législatives, notre Syndicat serait très heureux de connaître votre position quant à l'organisation future de la médecine.

« Je vous serais en particulier reconnaissant de nous répondre avec précision, aux questions suivantes :

« Etes-vous partisans d'une *médecine libre* ou d'une *médecine fonctionnarisée* ?

« Vous ferez-vous les défenseurs du Corps médical français, qui réclame le maintien de ses libertés professionnelles ?

« Accepterez-vous de défendre les principes fondamentaux de la charte médicale :

Libre choix, entente directe, secret professionnel, liberté de prescriptions.

« Accepterez-vous de défendre les désiderata des médecins dont les plus importants sont :

« 1° Relèvement de l'abattement à la base de 10.000 francs à 60.000 francs.

« 2° L'abattement de la cédule professionnelle à un chiffre voisin de celui des traitements et salaires. »

(*Extraits de circulaire*).

Naissances

Nous avons le plaisir d'annoncer la naissance de : *Jean-Hubert Jegourel*, deuxième enfant du Docteur Hubert Jegourel (Pontivy, Morbihan) ; *Régine Van den Bossche*, troisième enfant du Docteur Pierre Van den Bossche (41, rue St-Ferdinand, Paris) ; *Michel Got*, huitième enfant du Docteur Got (Montivilliers, Sne-Inf.) ; *Marie-Hélène Liévin-Claude*, deuxième enfant des Docteurs Liévin-Claud', et Madame née Guilloud de Courbeville, quatrième petite-fille du Docteur Liévin-Joinaux (Roanne, Loire).

Nécrologie

Les Docteurs Charles Lacoste et Henri Lacoste font part du décès de leur épouse et mère *Madame Charles Lacoste* (Bagnères-de-Bigorre).

A L'OFFICIEL TRAVERS

ASSURANCES SOCIALES

Arrêté ministériel du 19 novembre 1946 nommant les membres du comité technique d'action sanitaire et sociale

Article premier. — Sont nommés membres titulaires du comité technique d'action sanitaire et sociale :

MM. Pierre Laroque, maître des requêtes au Conseil d'Etat, directeur général de la Sécurité Sociale, ou son représentant ; le docteur Hilaire, chargé de mission, à titre de représentants du ministre du Travail et de la Sécurité Sociale

MM. le docteur Cavaillon, directeur général de la Santé ; le docteur Aujaleu, directeur de l'Hygiène Sociale, ou leurs délégués, à titre de représentants du ministre de la Santé Publique.

M. Emmanuel Rain, maître des requêtes au Conseil d'Etat, directeur général de la Population, ou son délégué, à titre de représentant du ministre de la Population.

MM. Heller, administrateur de la Caisse régionale de Paris et de la Caisse primaire centrale de Sécurité Sociale de la région parisienne ; le docteur Jacquesson, médecin conseil régional adjoint de la caisse régionale de Lyon ; Leveillé, administrateur de la caisse régionale de Paris ; Michel,

TRINITRINE
ET ASSOCIATIONS
(DRAGÉES A NOYAU MOU)
TRINITRINE SIMPLE
TRINITRINE CAFÉINÉE DUBOIS
TRINITRINE PAPAVÉRINE LALEUF
TRINITRAL LALEUF
TRINIBAÏNE LALEUF
ANGINE DE POITRINE
CRISES VASCULAIRES SPASMODIQUES
LABORATOIRES LALEUF
Georges DUGUÉ, Docteur en Pharmacie
51, R. NICOLO, PARIS-16e
Téléphone : TROcadéro 62-24

INSULINOTHÉRAPIE
plus de démarches
plus de bons !
LA PRESCRIPTION
DE
L'ENDOPANCRINE
est libre
DEPUIS AVRIL 1946
LABORATOIRE DE L'ENDOPANCRINE
48, RUE DE LA PROCESSION. PARIS (15e)

directeur de la Fédération nationale des organismes de Sécurité sociale ; Texier, secrétaire général de la Fédération nationale des organismes de Sécurité sociale et administrateur de la Caisse primaire centrale de Sécurité sociale de la région parisienne, à titre de représentants des organismes de Sécurité sociale.

MM. Doignon, président du comité de gestion du fonds d'action sanitaire et sociale ; le professeur agrégé Desoille, médecin inspecteur général du travail au ministère du Travail et de la Sécurité Sociale ; le docteur Cibrie, secrétaire général de la Confédération nationale des syndicats de médecins, à titre de représentants des organisations de praticiens.

MM. le professeur Parisot, de la Faculté de Médecine de Nancy ; le professeur E. Bernard, de la Faculté de médecine de Paris ; le docteur Pierre Bourgeois, médecin des hôpitaux de Paris ; le professeur Rugnard, directeur de l'Institut national d'Hygiène ; le docteur Degos, médecin des hôpitaux de Paris ; le docteur Hector Descomps, chargé de mission ; le docteur Pierre Lévy, sous-directeur de l'enfance au ministère de la Santé publique ; le docteur Julien Marie, professeur agrégé, médecin des hôpitaux de Paris ; le professeur Santenoise, directeur de l'Ecole nationale de Santé; le docteur Wolfromm, membre de l'Académie de chirurgie, à titre de membres désignés par le ministre de la Santé publique.

MM. le docteur Baillargé, médecin-conseil régional de la Sécurité sociale de Rennes ; le docteur Joutard, médecin chef de la Caisse primaire centrale de Sécurité Sociale de la région parisienne, à titre de représentants des médecins conseils des organismes de sécurité sociale.

Art. 2. — Le comité sera complété ultérieurement par les trois représentants des services d'allocations familiales et les deux représentants des chefs des services sociaux régionaux. Les membres suppléants seront également nommés par arrêté.

Art. 3 — La présidence du comité technique est assumée par M. le Professeur Parisot.

(*J. O.*, 20 novembre 1946.)

DOMMAGES DE GUERRE

Circulaire du Préfet de la Seine sur la délivrance de la carte de sinistré aux pillés et aux spoliés.

Le Préfet de la Seine, président de l'Office départemental des Anciens Combattants et Victimes de guerre,

à MM. les Maires des arrondissements de Paris et à Mmes et MM. les Maires des communes suburbaines.

M. le Ministre des Anciens Combattants et Victimes de guerre a décidé d'étendre aux pillés et aux spoliés le bénéfice de la carte de sinistré.

Cette carte était, jusqu'à présent, établie par vos soins. Dorénavant, conformément aux instructions ministérielles, c'est l'Office départemental des Anciens Combattans et Victimes de Guerre qui sera chargé de la délivrer aux sinistrés, pillés et spoliés. En conséquence, j'ai l'honneur de vous prier de bien vouloir faire parvenir à l'Office, 105, rue Réaumur, à Paris (2e), toutes les cartes de sinistrés qui seraient encore en votre possession.

La délivrance des cartes s'effectuera dans les conditions suivantes :

Bénéficiaires

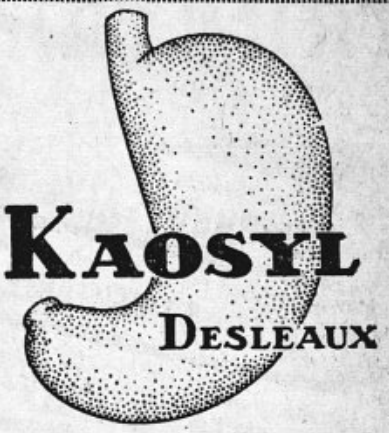
Pourront prétendre au bénéfice de la carte de sinistré au titre de « pillé » ou de « spolié » les personnes qui :

1° Au cours de l'occupation du territoire ont été victimes d'un acte de spoliation commis par l'ennemi, sous son contrôle ou à son instigation ;

2° Ont été victimes d'un acte de pillage commis entre le 2 septembre 1939 et le 1er mars 1945 par

MIGRAINES — GRIPPES
DOULEURS CATAMÉNIALES
ALGIES

ALGOCRATINE
Un cachet dès la première sensation de douleur
LANCOSME, 71, Avenue Victor-Emmanuel III — PARIS


KAOSYL
DESLEAUX
PANSEMENT GASTRO-INTESTINAL
LANCOSME . 71, Av Victor Emmanuel III, Paris

Désinfectant intestinal
sans contre indication
Pilules de
CHLORAMINE
FREYSSINGE
1er Jour : 12 pilules en 3 fois
2me Jour : 9 pilules en 3 fois
3me Jour : 6 pilules en 3 fois
Les jours suivants : 3 pilules en 3 fois
LF LABORATOIRE FREYSSINGE . 6, RUE ABEL - PARIS

l'ennemi, sous son contrôle ou à son instigation ;

3° D'une manière générale, toutes les personnes qui pourront se prévaloir de la législation sur les réparations des dommages de guerre

Justification et contrôle des déclarations de pillage ou de spoliation

Etant donné l'imprécision de la notion d'acte de pillage ou de spoliation, il est indispensable que les intéressés apportent des justifications sérieuses de leurs pertes et que soit assuré un contrôle de leurs déclarations.

Les candidats à la carte devront certifier, par écrit et sur l'honneur, le pillage ou la spoliation dont ils déclarent avoir été victimes. Ils vous remettront ces déclarations que vous aurez à transmettre à l'Office en y ajoutant, le cas échéant, vos observations sur la réalité des dommages.

L'Office, avant d'établir la carte, procèdera à un contrôle en accord avec la délégation départementale du ministère de la Reconstruction et de l'Urbanisme.

Prestations

La carte de sinistré délivrée aux pillés et aux spoliés pourra donner lieu à des cessions de vêtements, à titre onéreux, lorsque les pertes subies au lieu de leur principale installation excèderont 50 % de leurs biens. (*B. M. O.*, 22 novembre 1946.)

SANTE PUBLIQUE

Arrêté ministériel du 4 novembre 1946 instituant une Commission consultative pour établir un contact direct entre les services du ministère, les médecins spécialisés et les associations de malades.

Article premier. — Il est créé au ministère de la Santé Publique une Commission consultative ayant pour objet d'établir un contact direct entre les services du ministère, les médecins spécialisés et les associations ou œuvres de malades et d'anciens malades.

Art. 2. — Des sections différentes seront instituées au sein de la Commission pour chaque catégorie de malades ou anciens malades.

Art. 3. — Cette Commission, présidée par le ministre de la Santé Publique ou son représentant, est constituée comme suit :

Le directeur de l'hygiène sociale.
Le directeur de l'hygiène publique.
Le directeur de l'entraide sociale.
Le sous-directeur de l'enfance.
Un représentant du ministère du Travail et de la Sécurité sociale (direction générale de la Sécurité sociale).
Le président de la Commission de la tuberculose du conseil permanent d'hygiène sociale ou son représentant.
Un médecin de sanatorium public désigné par le Syndicat des Médecins de sanatoriums publics.
Un médecin de sanatorium privé agréé.
Un médecin de dispensaire désigné par le Syndicat des Médecins de dispensaires.
Le chef de service central de la pharmacie.
Le président de la Commission du rhumatisme.
Des médecins spécialisés dans les traitements du rhumatisme.
Des médecins spécialisés dans les maladies de nutrition.
Le professeur de clinique orthopédique de l'adulte de la Faculté de Médecine de Paris.
Un médecin des hôpitaux psychiatriques.
Des représentants des associations ou groupements composés ou s'occupant exclusivement de malades ou anciens malades.

Art. 4. — L'arrêté du 4 mars 1946 est abrogé.

(*J. O.*, 8 novembre 1946.)

Arrêté ministériel du 7 novembre 1946 nommant les membres du comité technique du centre national de l'éducation sanitaire.

(*J. O.*, 22 novembre 1946.)





SARCOPTOL

LOTION (Formule d'avant-guerre) GALE - PARASITOSES DIVERSES PITYRIASIS - SÉBORRHÉES, etc.

POMMADE ECZÉMAS - PRURITS - ACNÉS - FURONCULOSES DÉMANGEAISONS - TOUTES DERMATOSES

LASSA - 31, RUE CHARDON-LAGACHE - PARIS 16e

LABORATOIRES DE SPÉCIALITÉS S.A. LASSA

GYNOPLIX

COMPRIMÉS VAGINAUX

★

Toutes leucorrhées

Vaginites à trichomonas

THERAPLIX

98, RUE DE SÈVRES, PARIS-VIIe

RECTOCALCIUM

CALCITHÉRAPIE INTENSIVE PAR VOIE RECTALE

SUPPOSITOIRES ADULTES
1 gr. de gluconate de chaux

SUPPOSITOIRES ENFANTS
0gr.50 de gluconate de chaux

Toutes les indications du Calcium
Tolérance et assimilation parfaites
Aucun des inconvénients de la Voie parentérale

LABORATOIRE ROGER BELLON
LOUIS FERRAND
Ex-Interne, Lauréat des Hôpitaux de Paris
PHARMACIEN-GÉRANT
(GAMBÉOL, ACTIPHOS, HÉMOPTYLORE n° 3, GLOBIRON)
78bis, Avenue Marceau - PARIS (8e)

SEPTICARBONE



Antiseptique intestinal

LABORATOIRES DU Dr DEBAT - 60, RUE DE MONCEAU - PARIS (8e)

GADEOL 20

1 ampoule buvable de 5 cc.

THÉRAPIE DES TROUBLES DU MÉTABOLISME PHOSPHOCALCIQUE ET DES ÉTATS INFECTIEUX PAR DOSE MASSIVE DE VITAMINES A & D

OPO-VEINOGENE

1 ampoule buvable par jour

THÉRAPIE PHYSIOLOGIQUE DES TROUBLES DE LA CIRCULATION A BASE DE FEUILLE DE VIGNE ROUGE ET PLURI-OPOTHÉRAPIE

HEPANOVA

1 à 2 ampoules buvables par jour

TRAITEMENT DES ANÉMIES ET ÉTATS DE CARENCE PAR LES VITAMINES B^1 B^2 ET LE FER ASSIMILABLE
ASSOCIÉS A L'OPOTHÉRAPIE HÉPATO-SPLENIQUE

SYMPATHOCRINE

Sédatif et Tonique

GADERMYL

Pansement chimiobiologique
la Vitamine B^6 associée aux Vitamines A et D

LABORATOIRE BIOSEDRA

60, RUE DE ROME, PARIS - LABORDE 19-13 - 14

USINE A MALAKOFF

PARTIE SCIENTIFIQUE

SYPHILOPHOBIE

par R. BARTHÉLEMY
Ancien Chef de Clinique à l'Hôpital Saint-Louis

Qu'on l'appelle syphiliphobie ou syphilophobie le tourment pathologique causé par la crainte d'une syphilis existante ou imaginaire est un phénomène encore fréquent, malgré la relative impassibilité de nos contemporains, en partie vaccinés par les diverses secousses mondiales.

Le médecin doit toujours y porter attention, car ce trouble, qui revêt différents aspects, peut pousser le phobique au suicide, et bien plus souvent lui faire jeter le désordre matériel et moral dans sa famille entière. Mais le médecin, si dévoué soit-il, aura souvent les plus grandes difficultés à apaiser, et plus encore à convaincre son client syphiliphobe. Il devra trouver en lui-même les inépuisables ressources d'une bienveillance et d'une patience apostolique.

I. Pour le syphiligraphe et le praticien, ces ressources se limiteront aux cas de leur ressort, c'est-à-dire aux syphilitiques avérés, qui sont à soigner de leur syphilis et à soutenir moralement. Car le **non-syphilitique purement psychopathe** et spécialisé dans la syphilophobie est à remettre aux mains du psychiatre. L'un des types en était donné dans le " Concours Médical " du 3 janvier 1937 par le regretté Lévy-Valensi, dans les termes suivants : " Elle a fait, à la suite de la mort de son mari, une crise de **mélancolie anxieuse**. Voyez ce faciès anxieux, entendez ces gémissements, écoutez-la. Appelle-t-elle, pleure-t-elle son mari ? Elle n'y songe point. Elle s'est laissé, jeune fille, embrasser par un jeune homme, elle a dû contracter la syphilis qu'elle a répandue autour d'elle, **elle est pourrie**, de plus, elle est damnée, le diable habite en elle... " Tel est le type exalté de la psychose syphilophobique (**extra**syphilitique).

Un type moyen est fourni par le cas de Stéphane Mallarmé, victime, comme on sait, de plusieurs épisodes de mélancolie au cours de son existence (Fretet) : " Au mois de novembre 1864 reparaissent le ralentissement de l'intelligence et la torpeur. Mallarmé se demande alors si quelque frénésie génésique de sa jeunesse n'en serait pas cause. Aurait-il, comme Baudelaire, contracté la syphilis ? Inquiétude qui reviendra plusieurs années après — Mallarmé, hypocondriaque, s'imaginera paralysé. "

Enfin, voici le type doux, pourrait-on dire, d'après les extraits de lettres d'un de mes clients, **non** syphilitique et simplement **obsédé** : **a)** Le 30 janvier 1939 : „ Cher Docteur, me voilà à nouveau plongé dans mes idées noires, je viens vous supplier encore une fois d'y remédier... Je pense venir vous ennuyer vendredi vers les 18 h. 15, espérant que vous voudrez bien me recevoir et me guérir complètement de cette maladie **qui me ronge l'existence...** "

b) Le 11 avril 1939 : " Cher Docteur, dans ma hâte de vous téléphoner j'ai oublié de vous demander un renseignement... Il paraît que les tréponèmes peuvent s'infiltrer n'importe où et qu'une prise de sang négative pourrait en laisser subsister, dans une jointure par exemple... Je vous reparlerai de certaines cavités longues et larges d'un demi-centimètre qui font l'effet d'un trou et que j'ai trouvées sur mon front et sur ma joue droite et gauche " (**sic**, et inutile de dire que ces cavités étaient imperceptibles pour l'observateur attentif, mais impartial).

Dans ce dernier cas, aussi bien que dans les précédents, l'idéal thérapeutique est de pouvoir confier ces non-syphilitiques au psychiatre. Mais encore faut-il que la famille et le malade lui-même soient consentants. Ce dernier, s'il est lucide et s'il a confiance dans son médecin ordinaire (double condition rencontrée chez le client cité), peut refuser obstinément la solution psychiatrique. Force est donc parfois d'entreprendre soi-même une psychothérapie délicate, de louvoyer, d'argumenter, tout en refusant d'une façon **absolue** un traitement antisyphilitique vrai ou même simulé. Le Pr Gougerot conseille ici de dire : " Je ne veux pas vous faire de traitement antisyphilitique ; or, si vous aviez la syphilis, ce serait une malhonnêteté de ma part. C'est donc la preuve formelle que vous n'avez pas la syphilis. " On peut ajouter l'argument matériel que le médecin, en se refusant une source de faciles revenus, travaille contre son propre intérêt temporel. Il faut être d'autant plus patient et prudent avec de tels sujets qu'ils guettent et argumentent scholastiquement toute défaillance verbale, toute fissure logique dans les propos oraux ou écrits du médecin. Et aussi parce que, non apaisés ou rebutés, ils deviennent victimes d'exploiteurs thérapeutiques, médecins ou non, ou encore parce qu'ils en viennent à absorber eux-mêmes des médicaments antisyphilitiques, et à s'en intoxiquer (polynévrite arsenicale chez un médecin, érythrodermie gravissime chez une phobique, ayant tous deux absorbé des comprimés de 190, nous dit le Pr Gougerot).

On voit que la cure psychiatrique est de première importance, à de multiples points de vue, chez les phobiques non syphilitiques, sur certains desquels nous reviendrons.

II. **La syphilophobie du syphilitique** peut être précoce. Au plus tôt elle apparaît à l'annonce même de la syphilis découverte par le médecin, qui doit savoir faire cette annonce avec les plus extrêmes ménagements et, si besoin, par étapes ou même avec un retard voulu, pour pouvoir arguer, le cas échéant, des résultats visibles de son traitement " d'épreuve ". Ce ne sont pas forcément les

sujets les plus démonstratifs qui sont le plus profondément ébranlés par la notification révélatrice de leur syphilis. Bien que toujours rare, le suicide peut s'ensuivre et ce sera aussi bien un impassible d'apparence qu'un gémisseur ou qu'un tombé faible qui, au sortir du cabinet médical, bondira dans la Seine ou se fera sauter la cervelle.

La plupart du temps, cette **syphilophobie aiguë** se borne aux lamentations, au désespoir sincère ou forcé, aux manifestations désordonnées d'indignité et de repentir. La cicatrisation du chancre, l'effacement des syphilides secondaires, l'évolution favorable de la sérologie, bien mis en évidence par l'insistance du médecin, sont rapidement victorieux de la dépression, trop légitime, causée par la notification d'une maladie redoutée et de ses conséquences.

Mais la hantise peut se prolonger et nécessiter alors la constante sollicitude, le réconfort vigilant, ingénieux, méthodiquement loquace, du médecin de " l'âme ". Celui-ci doit donc insister sur les faits de son expérience et sur la notoriété publique, montrant qu'aujourd'hui la syphilis bien soignée a heureusement perdu de sa gravité. La réputation populaire d'une syphilis toujours maléfique remonte à l'époque où tout le traitement consistait en quelques frictions ou pilules mercurielles qui blanchissaient les lésions en surface, sans même la tactique persévérante du traitement buccal chronique réglé par Fournier pour des années.

Le médecin montrera donc, avec toute l'éloquence et la persuasion possibles, les brillants résultats couramment obtenus en ville et à l'hôpital, sans dissimuler toutefois les garanties que requiert la guérison : traitement d'assaut, traitement de consolidation, contrôles sérologiques, fidélité et régularité consenties et effectives du malade aux conseils du médecin et à une thérapeutique parfois pénible physiquement ou gênante pour le travail.

Ces syphilophobies aiguës ou subaiguës sont précoces, s'apaisent assez facilement et peuvent s'évanouir définitivement. Mais il est néanmoins assez fréquent de les voir **récidiver** en dehors de l'annonce de la syphilis et même de l'apparition d'accidents syphilitiques ultérieurs. C'est alors la syphilophobie **chronique et intermittente**, survenant par accès. Ceux-ci se produisent à l'occasion de propos, de lectures concernant la syphilis : le malade écrit, téléphone à son médecin, vient le voir avec obstination, quelques jours à peine après la fin d'une série de traitement pour réclamer une autre série, ou pour montrer de soi-disant accidents syphilitiques tels qu'un bouton d'acné, une piqûre de puce, ou encore une papille du V lingual ou quelque minuscule orifice glandulaire.

Cet **obsédé** rejoint en somme l'obsédé non-syphilitique, animé des mêmes craintes morbides.

Mais il semble que parfois la syphilis **secondaire** elle-même soit directement en cause dans un état plus dépressif qu'obsessionnel. Cette neurasthénie syphilitique décrite par Fournier ajoute alors aux symptômes généraux toxi-infectieux de la vérole (céphalée, asthénie, fièvre, douleurs articulaires, etc.) une syphilophobie, qui peut aller jusqu'à la tentative d'empoisonnement, comme l'a vu J. Lacassagne pour un cas d'intoxication par le somnifène.

Dans d'autres cas, c'est peut-être, pour Touraine et Solente, le médicament antisyphilitique lui-même qui en vient à créer un cercle vicieux, " une espèce de fanatisme ". Celui-ci paraît d'ailleurs relever moins de la syphiliphobie que d'une sorte de toxicomanie, avec **troubles de privation** faisant réclamer la reprise ou la continuation du traitement, d'une sorte de thérapeuticophilie, pourrait-on dire, au lieu d'une syphilophobie.

On peut observer encore des syphilophobes **tardifs**. Ils n'ont pas, depuis des années, eu d'accidents syphilitiques. Mais brusquement, — d'ordinaire à l'occasion d'un surmenage de travail ou autre, d'une grippe, d'une intoxication —, ces sujets s'affolent et redoutent morbidement les suites tragiques de leur syphilis jusqu'alors considérée par eux comme éteinte ou bénigne. C'est d'ailleurs souvent, ici encore, à la suite d'une conversation, d'une lecture médicale, d'une aortite ou d'une paraplégie syphilitiques chez un parent ou un ami, qu'éclate l'accès phobique : un banal et passager achoppement de la parole devient un signe de paralysie générale, la baisse presbytique de l'accommodation est le prélude d'un tabès aveuglant, la perte toute partielle et temporaire de la mémoire par faitgue, infection, émotion, devient un prodrome de lésions cérébrales. Il y a vraiment interprétation morbide et ce trouble, une fois installé, reste volontiers persistant. La syphiliphobie **tardive**, qui pour Audry serait en partie due à l'artériosclérose, est ordinairement grave. On peut la rattacher à cette mélancolie au sens médical du mot, dont, selon J. Fretet, les vrais " desperados " sont tous atteints. Le spleen baudelairien n'est pas autre chose. " C'est l'expression poétique d'accès dépressifs marquant l'évolution d'une syphilis cérébrale " ou mieux cérébro-vasculaire.

C'est d'ailleurs ici le point de rencontre avec la syphilophobie des non-syphilitiques, sur laquelle il faut bien revenir, car elle peut prendre des formes inattendues dont le praticien doit être averti. Relativement bénigne, celle des **inquiets**, des grands émotifs, a elle-même plusieurs aspects : **a)** syphilophobie **préventive** (Dubreuilh) qui, à elle seule, maintient par la terreur certains sujets, femmes surtout, dans une vertu craintive quoique chancelante, ou les réduit à l'abus des compensations solitaires.

b) Syphilophobie apparemment motivée par la plus minime lésion cutanéo-muqueuse, folliculite d'un poil pubien, acné, érosion buccale ou génitale, herpès génital enfin et surtout, mais cependant sur la base d'un fait **existant**, quoique mal interprété. Cette **herpétomanie** (Diday) fait le calvaire non seulement du malade, mais aussi du médecin qui ne parviendra qu'avec la plus sainte patience et les plus angéliques efforts de persuasion à rassurer le sujet qui en est affligé.

Mais ces sujets ne sont encore que des inquiets guérissables et qu'il reste possible de convaincre. On peut d'ailleurs, comme le rappelle Lacassagne, constater ce fait paradoxal que " si d'aventure l'un d'eux jouant de malchance contracte pour de bon la syphilis, le médecin voit parfois les inquiétudes de son client s'évanouir ".

Par contre, la grande syphilophobie du non syphilitique, que d'ailleurs le syphiligraphe n'a pas toujours à rencontrer, à la différence du praticien et du psychiatre, la **syphilimanie** d'Audry est un trouble mental. Cette obsession permanente et inéluctable, surgie sans cause admissible, n'est toutefois qu'une fixation sur la syphilis de **troubles psychiques graves**, d'un " système de maladie " où s'installent des anxieux (Levy-Valensi). Ils prétendent avoir été contaminés soit par le plus innocent contact, baiser familial par exemple, soit par des rapports sexuels extrêmement anciens, soit par quelque objet : monnaie-métal ou papier, bouton de porte, serviette de toilette ou de table, etc. D'autres se disent hérédo-syphilitiques. Tous sont absolument entiers dans leur croyance morbide. Comme d'autres psychopathes se croient rongés par des poux ou des vers qu'ils sont les seuls à voir, ils vont jusqu'à voir les tréponèmes sortir de leurs doigts de pied (cas de Devic cité par Lacassagne) et jusqu'à présenter au médecin des insectes variés qu'ils prétendent récoltés dans leurs propres organes génitaux et qui constitueraient le virus syphilitique (Audry).

De véritables hallucinations sont exceptionnelles, mais quelques malades croyaient leur soi-disant syphilis faisant l'objet de toutes les conversations de leurs voisins ou camarades, ou des propos de tous les passants. Cet état de " persécution " peut même parfois amener des réactions dangereuses pour le malade ou pour autrui.

On est, ici, entièrement sorti du domaine syphiligraphique. La meilleure preuve en est que de tels malades peuvent changer d'obsession et devenir **cancérophobes** par exemple, ou **blennophobes.** Citons, pour comparaison, quelques lignes de Carle sur les névropathies urinaires : " Il suffit de voir un de ces monomanes traire sa goutte. Il commence par exprimer violemment la partie postérieure de l'urèthre en le laminant depuis le périnée jusqu'à l'angle péno-scrotal. Arrivé là, il saisit la verge à pleine main en la tordant comme pour l'exprimer jusqu'à rendre le gland turgescent, et en la tirant jusqu'à l'arracher. Le spectacle est à la fois curieux et effrayant..... Et dans la classe des obsessions généralisées se déclenche plus ou moins vite un ensemble de symptômes généraux, algies diverses, céphalées, asthénie, insomnie, impuissance... Il s'agit presque toujours de névropathes congénitaux, qui ont déjà esquissé ou accusé leur déséquilibre à l'occasion d'autres causes, mauvaises digestions, éréthisme cardiaque, pharyngite sèche, prurit anal, pertes en Bourse ou amour méconnu. "

Sous ce style à boutades, on entrevoit en conclusion la vérité profonde, applicable à tous les malades dont nous avons fait défiler quelques types : le phobique, syphilitique ou non, **ne doit pas être traité brutalement.** Aux degrés extrêmes, ce " mental " doit être soigné comme tel, et cela dépasse les moyens ordinaires du praticien qui le confiera donc au plus tôt à un psychiatre avisé. Mais dans les autres cas, le médecin a le devoir et, comme disait encore Carle en stigmatisant l'exploiteur notoire, diplômé ou non, gardera la conscience " de renvoyer à leur vie normale ces pauvres gens qui se croient malades — et qui ne le sont pas ".

Chez le syphilophobique atteint de syphilis, le devoir est donc double : soigner la syphilis, redresser l'erreur névropathique. Il faut „ entrer dans le jeu " et, tout en maniant avec souplesse et diversité les médicaments antisyphilitiques indispensables (mais sans tomber dans l'hyperthérapeutique), veiller sur le corps et l'esprit. On recherche les petits troubles réels **points de départ de l'obsession** : céphalée, insomnie, névralgies, asthénie, dermatoses, etc., et on les soigne avec des médicaments symptomatiques, comme chez un malade non obsédé. On discute avec une méthode et une minutie délicates, mais appuyées sur l'autorité et la confiance, encore conservées aujourd'hui au médecin qui n'est pas un manœuvre ; on réfute peu à peu les craintes erronées, les fausses interprétations ; on réduit doucement, avec une persévérance ininterrompue, par une véritable taxis intellectuelle, la hernie obsessionnelle.

Les éléments techniques ou dialectiques de l'argumentation à fournir à ces divers malades, qui sont de redoutables discuteurs, ont été clairement développés par le Pr Gougerot (" Presse Médicale ", 16 aout 1939, page 1255), au magistral article de qui nous renvoyons.

Malgré leur valeur, malgré leur nombre et leur variété, malgré une patiente et chaleureuse exposition par un médecin convaincu et dévoué, on n'aura souvent qu'un demi-succès chez des " demi-rassurés ", qui reviendront fréquemment auprès de ce médecin pour reprendre, au delà d'un traitement matériel, leur dose de fortifiant moral. A cette tâche souvent fastidieuse et épuisante, le vrai praticien ne doit manquer. Une femme, de condition très moyenne, me rappelait récemment : " J'ai eu la syphilis à 24 ans, j'en ai 52, et je me suis soignée et rarement négligée, car cette maladie aura été **l'obsession** (sic) de ma vie. " Or, elle n'avait aucun symptôme neurologique ou autre, de cette syphilis, et elle avait vécu. On peut donc aider ces malheureux à vivre et à guérir.

LA DÉCOCTION DE CAROUBES ET LA SOUPE DE CAROTTES DANS LES ÉTATS DIARRHÉIQUES DU PREMIER AGE

par M. Georges SCHREIBER
ancien chef de clinique adjoint de la Faculté de Paris

LES pédiatres ont attiré particulièrement l'attention cette année sur deux produits, dont l'efficacité s'est avérée remarquable contre les troubles diarrhéiques des nourrissons et qui doivent à ce titre être bien connus des praticiens. Le premier est **la décoction de caroubes,** préconisée en 1941 par un médecin espagnol, Ramos ; le second est **la soupe de carottes,** recommandée par Moro depuis le début du siècle, mais qui connaît actuellement une vogue nouvelle.

Décoction de caroubes

Le caroubier **(Ceratonia siliqua),** originaire d'Anatolie et de Syrie, est surtout cultivé sur les côtes orientales de l'Espagne. Son fruit, en forme de haricot, a une longueur de 12 à 20 centimètres sur 2 centimètres de large. On en extrait une farine qui, malheureusement, est encore à peu près introuvable en France, mais qui est largement répandue en Suisse, où elle est fabriquée sous le nom d' " **Arobon** ".

Cette dernière farine, par sa teneur en hydrates de carbone solubles (40,0 %) et en amidon (15,0 % présente une valeur calorique relativement élevée : 250 calories pour 100 grammes. Sa pauvreté en matières grasses (1,0 %) et en matières protéiques (4,5 %) la rend aisément digestible ; sa richesse en pectine (1,5 %) et en lignine accentue ses propriétés antidiarrhéiques.

Tous les auteurs qui ont employé la farine de caroube soulignent son goût agréable qui la font accepter, même par les tout petits, plus aisément que la soupe de carottes.

La préparation de la décoction de farine de caroube est très simple ; il suffit de délayer le produit dans l'eau bouillante, de remuer énergiquement et de retirer du feu.

Dans le cas de dyspepsies aiguës simples, pendant les les vingt-quatre ou trente-six premières heures, on pourra instituer une diète de décoction à 5 % pendant les six premiers mois, à 10 % à partir du sixième mois, sans adjonction d'un autre produit pour commencer. Comme le fait observer le Pr Glanzmann, de Berne, la décoction de farine de caroube transforme, presque aussi sûrement que dans une expérience de laboratoire, les selles les plus liquides, en selles bien formées, moulées, d'un brun noir, rappelant la tourbe. Dès que ce résultat aura été obtenu, on remplacera les doses de décoction de caroube par des doses progressivement croissantes de babeurre demi-écrémé, ou à défaut de lait sec demi-écrémé, de lait albumineux, etc. ; en commençant par 200 grammes et en augmentant ensuite chaque jour de 100 grammes jusqu'à ce qu'on ait atteint la ration d'entretien.

Dans les diarrhées toxiques graves et cholériformes, on procèdera au début de la même façon, mais la réalimentation sera plus lente. On commencera par administrer à doses progressivement croissantes du babeurre écrémé que l'on remplacera ensuite par du babeurre demi-écrémé, avant de revenir à l'aliment normal.

La farine de caroube est indiquée dans tous les états diarrhéiques aigus du premier âge, et elle peut être prescrite — lorsqu'on en a à sa disposition — dès le premier mois. Les résultats sont remarquables. Sur plusieurs centaines de cas, écrit M. L. Exchaquet, de Lausanne, je n'ai constaté qu'un seul échec, un seul cas où au bout de vingt-quatre heures, les selles sont restées liquides et n'ont marqué aucune tendance à l'amélioration.

A la séance de la Société de Pédiatrie de Paris, du 19 mars 1946, le Pr Rohmer, de Strasbourg, avec ses collaborateurs R. Sacrez et J.-A. Rohmer, a communiqué les excellents résultats fournis par la farine de caroube. Ceux-ci sont surtout probants lorsqu'on se trouve en présence d'une dyspepsie non infectieuse. Ils sont encore très manifestes dans le cas contraire si un traitement anti-infectieux, institué de façon précoce, a pu être opérant.

La farine de caroube trouve également son emploi contre la dysenterie et contre les entérocolites ou colites aiguës. A la même séance de la Société de Pédiatrie, M. Levesque a déclaré que dans ces dernières formes il avait obtenu des résultats " éclatants ", mais il a eu également soin de dire que les succès sont moins nets lorsque les nourrissons présentent un état infectieux qui nécessite d'être traité lui-même.

Dans le traitement de la maladie cœliaque, la farine de caroube remplace avantageusement les bananes qu'on a encore de la peine à trouver sur le marché. On utilisera une décoction de 5 % que l'on ajoutera au régime des biberons et des bouillies, institué par ailleurs. M. Lesné l'a prescrite à un nourrisson de 1 an dans une telle circonstance et s'en est fort bien trouvé, alors que cet enfant était réfractaire à toute autre thérapeutique depuis trois mois.

Soupe de carottes

La soupe de carottes primitivement préconisée par Moro était un mélange de décoction de carottes et de bouillon de viande. Actuellement, on a généralement abandonné ce mélange qui n'a jamais connu une grande vogue en France, mais par contre, la soupe de carottes, strictement végétale, tend à être employée de plus en plus.

Le plus simple est d'utiliser de la poudre de carottes toute préparée. Cette poudre, équivalente à 30 % de carottes fraîches, s'emploie en décoctions de 4 et 10 %. De fabrication étrangère, elle n'est pas très répandue chez nous, mais on peut lui substituer une soupe de carottes fraîche, qui n'a d'autre inconvénient que de prendre du temps pour sa préparation. Voici celle qui est recom-

mandée par C.-A. Apfel, dans un article récent (1) :

« Peler et couper en morceaux 500 grammes de carottes et les faire cuire avec un litre d'eau jusqu'à ce qu'elles soient bien molles (une à deux heures). Faire passer ensuite le tout par un fin tamis, à deux reprises, sans laisser de résidu. Ramener à un litre avec de l'eau bouillie et ajouter 3 grammes de sel. Conserver au frais et utiliser dans les vingt-quatre heures. Il est recommandé de bien agiter, et si possible de battre au fouet avant de remplir les biberons qui doivent eux-mêmes être munis de tétines largement perforées et être agités à plusieurs reprises au cours de la tétée ».

La soupe de carottes a les mêmes indications que la farine de caroube. Certains lui donnent la préférence lorsque les nourrissons ont moins de quatre mois. La diète à la soupe de carottes sera d'abord instituée seule pendant vingt-quatre à quarante-huit heures. Les selles, d'un jaune rouge vif, rapidement plus consistantes, constituent souvent de véritables galettes. Dès qu'elles sont bien liées, on procédera comme plus haut et on substituera progressivement à la soupe de carottes du babeurre écrémé ou demi-écrémé, du lait sec demi-écrémé, du lait albumineux, etc.

Les bons résultats fournis par la soupe de carottes dans les états diarrhéiques du nourrisson ont été confirmés par le Pr Rohmer. Il n'est pas douteux que ce produit mérite d'être largement répandu. Avec la décoction de caroubes, il améliore considérablement notre armement diététique du premier âge, et tous deux nous permettent d'éviter les accidents néfastes d'une diète hydrique absolue et trop prolongée.

(1) **La Presse Médicale**, 25 mai 1946.

A PROPOS DE L'ÉPIDÉMIE ACTUELLE DE POLIOMYÉLITE

Je viens de lire, avec beaucoup d'intérêt, l'article du Dr Liège sur la poliomyélite.

Ce que dit le Dr Liège de la thérapeutique est fort sage, quoique je me souvienne avoir provoqué, par des conclusions analogues, dans un rapport dont j'avais été chargé à une séance d'une société médicale du Sud-Ouest après l'épidémie de 1930, la réprobation du président de séance qui trouvait que je n'étais pas assez optimiste sur l'efficacité des divers traitements. Nous n'avions pas le droit, disais-je, de négliger les divers moyens thérapeutiques, nous avions même le devoir de tous les appliquer mais sans espérer à tous coups leur efficience. En effet, tout me paraît dépendre beaucoup plus de l'intensité de l'atteinte des cornes médullaires que de l'intervention thérapeutique pour une récupération possible de la motricité. Je veux dire que là où l'atteinte est très profonde, la thérapeutique paraît de peu d'efficacité.

Et chez certains, cette atteinte est totale d'emblée. Je me souviens d'un garçon de 14 ans qui, sans aucun prodrome, fut pris un matin pendant qu'il aidait sa mère à soigner les bêtes de la ferme : « Maman, dit-il, je ne peux plus me tenir debout " et il s'adossa à un mur. Sa mère, croyant à une plaisanterie, lui répondit de se dépêcher qu'elle n'avait pas de temps à perdre. » Mais je t'assure, maman, je ne peux plus me tenir ", et, ce disant, il tomba littéralement foudroyé : paralysie des deux membres inférieurs, monoplégie brachiale gauche. Appelé aussitôt, je vis l'enfant trois ou quatre heures après sa paralysie.

Ayant du sérum de Pettit, je lui en fis aussitôt 60 cc : le lendemain et jours suivants, du sérum de convalescent à hautes doses. Sans succès. La radiothérapie ne put être faite à cause de l'éloignement d'un centre de radiothérapie. Il y a de cela douze ans ; l'enfant est devenu un adulte grabataire qui n'a rien récupéré et présente de vastes escarres trophiques sur les trois membres paralysés.

Ceci dit sur la thérapeutique, je ne suis pas tout à fait d'accord avec le Dr Liège pour ce qu'il écrit de l'épidémiologie et des facteurs héréditaires.

En 1930, dans la contrée où j'exerçais alors, mes confrères et moi avons eu une douzaine de cas de poliomyélite. Tous nos malades, sauf deux, appartenaient à des familles nombreuses paysannes à hygiène rudimentaire. **Nous n'avons jamais eu qu'un seul cas par famille,** alors que les enfants couchaient dans la même chambre, parfois dans le même lit. Comment admettre alors l'entrée par les voies respiratoires ? Et comment parler du facteur héréditaire ?

La voie digestive paraît plus probable. Mais il est difficile d'incriminer les bains de rivière que ces enfants ne prenaient pas, ni les sources d'eau. Notre épidémie s'étendait sur 20 kilomètres, dans un pays extrêmement vallonné, et il est difficile d'admettre que les sources eussent la même origine souterraine. De plus, hasard malicieux, aucun cas n'a été enregistré dans les vallées, mais tous sur des hauteurs séparées parfois par cinq ou six chaînes de collines.

Un médecin américain me disait l'an dernier qu'en Amérique on incriminait volontiers les fruits contaminés par un papillon ou une mouche. Notre épidémie avait commencé en septembre, cela serait possible. Une autre petite épidémie eut lieu en 1936, au mois de mai : les premières cerises.

Toutes ces obscurités n'aident pas à la prophylaxie de cette terrible maladie, pas plus qu'au diagnostic précoce la symptomatologie extrêmement fruste et quelquefois inexistante avant la phase paralytique. En fait, sauf en milieu épidémique, le médecin, ou ne sera pas appelé pour une rhino pharyngite légère ou des troubles gastro-intestinaux anodins, si fréquents chez les enfants, ou s'il est appelé risque fort de ne pas les rattacher à leur véritable cause. La ponction lombaire en vue du diagnostic ne sera acceptée des familles que si l'on est en période d'épidémie ou devant un syndrome infectieux d'allure grave.

Que tout ceci ne soit pas une occasion de se laisser envahir par le scepticisme ; notre profession est faite de foi et d'ardeur à soulager les misères de nos malades.

Dr P. BONIS, Le Moulleau (Arcachon).

RÉSUMÉ DES RAPPORTS

Deuxième rapport (1)

Conservation de la fonction sphinctérienne dans la cure opératoire du cancer du rectum, par MM. d'Allaines (Paris) et R. de Vernejoul (Marseille)

Après avoir rappelé les notions classiques concernant l'anatomie chirurgicale du rectum, sa vascularisation artérielle, la topographie de ses voies lymphatiques et des relais ganglionnaires, l'anatomie et la physiologie de l'appareil sphinctérien. les rapporteurs abordent dans le deuxième chapitre de leur mémoire, les **indications et contre-indications de l'opération conservatrice.**

Toute intervention de cette nature est tributaire de deux conditions : la sécurité et la possibilité.

La sécurité repose sur la nécessité d'enlever un segment d'intestin suffisamment long et de pratiquer une ablation étendue et systématique de l'atmosphère périrectale autour de la tumeur, enfin une résection large des relais lymphatiques.

Si l'étendue de la résection au-dessus de la tumeur ne soulève pas de difficulté, il n'en est pas de même au-dessous de celle-ci. En accord avec les travaux et les statistiques de Mandl et de Bacon, les rapporteurs estiment que l'on peut sans danger opérer par la méthode conservatrice des tumeurs situées entre 6 et 10 centimètres de l'anus à condition d'étendre la résection à la muqueuse du canal anal en entier et surtout de choisir les bons cas. Pour tout cancer du rectum arrivé à la période d'état, il est prudent de suivre la règle qui consiste à dépasser d'au moins 5 centimètres vers l'aval la résection de l'intestin.

Quant aux possibilités de la réparation, elles ne peuvent être reconnues avec certitude qu'au cours de l'opération elle-même ; c'est une fois la tumeur libérée, l'intestin disséqué au-dessous d'elle, qu'on peut estimer si la consevation sphinctérienne est possible ou non.

Le pourcentage des cancers du rectum dans lesquels la résection conservatrice est possible est d'ailleurs élevé : 55 % des cas (d'Allaines et de Vernejoul), 70 % (Finsterer) et même 80 % (Bacon qui en pousse au maximum les indications).

Les objections de principe qu'on oppose à cette intervention : gravité de l'opération qui est longue, minutieuse, plus grande fréquence des récidives locales et des métastases ne comptent pas en face des résultats obtenus.

Dans la troisième partie du rapport les auteurs passent en revue les techniques des opérations conservatrices, après avoir retracé l'évolution des idées sur ce sujet.

1° **Opérations conservatrices faites uniquement par voie abdominale** ; elles ne sauraient s'adresser qu'à des cancers du haut rectum ou de la fonction rectosigmoïdienne, qui sortent du cadre de cet exposé ;

2° **Opérations conservatrices faites par voie basse** elles utilisent la voie sacrée (Kraské) coccypérinéale (Cunéo), transanale ;

3° **Opérations conservatrices par voie mixte large** qui peuvent être réalisées par voie abdomino-sacrée ou abdomino-périnéale. La première est la plus couramment utilisée en Europe en raison du large accès qu'elle fournit sur le pelvis ; la brèche sacrée permet, en effet de disséquer et de reséquer avec facilité la portion sous péritonéale du rectum tout en ménageant l'appareil sphinctérien ; mais elle est plus compliquée du fait de la résection osseuse et peut comporter des incidents post-opératoires, des suites longues.

L'opération conservatrice par voie périnéale (Bacon) procède de deux principes : pas de résection sacrée, mais une simple incision périnéale ; pas de suture intestinale ; l'anus est dépouillé de sa muqueuse et on laisse pendre le colon à travers celui-ci. Les suites opératoires sont d'une remarquable simplicité ; il n'y a pas besoin d'anus préalable et le malade peut partir guéri au bout de quinze jours. Toutefois la continence automatique paraît moins bonne du fait qu'on a supprimé la muqueuse du canal anal.

Résultats. — La conservation sphinctérienne n'a pas grande influence sur la mortalité post-opératoire, lorsqu'on compare les statistiques des auteurs, qui pratiquent les deux types d'opération. amputation et résection ; au contraire, la mortalité des amputations est souvent plus élevée. Quant à l'influence sur les résultats éloignés elle est nulle ; parmi les nombreuses statistiques rapportées, citons celle de Mandl : 33 à 37 % de guérison après cinq ans pour la résection ; 26 à 31 % de guérison après cinq ans pour l'amputation. Bacon a 50 % de survie après cinq ans.

Les **résultats fonctionnels** de la conservation sphinctérienne sont dans l'ensemble bons ; la contraction volontaire du sphincter est presque toujours conservée et, dans la majorité des cas, la continence automatique excellente. Mais la qualité du résultat est néanmoins sous la dépendance de la technique employée ; les rapporteurs estiment que la muqueuse anale possède une sensibilité propre indispensable au mécanisme de la continence et qu'il faut chaque fois que la chose est possible, en conserver au moins une hauteur de 4 centimètres.

Mais au demeurant la conservation fonctionnelle, si utile qu'elle soit, ne doit être considérée que comme une heureuse possibilité et jamais comme une obligation, lorsqu'on se trouve en présence d'un cancer du rectum.

P. LANCE

Discussion

— M. **d'Allaines**, après avoir résumé son rapport, présente un film sur la technique de la résection par voie abdomino-sacrée.

— M. **Bacon** (Philadelphie) présente à son tour un film sur la technique de l'opération de Babcock avec quelques modifications personnelles.

— M. **Mayer** (Bruxelles) est toujours partisan de l'éxérèse par voie basse transsacrée avec anus iliaque temporaire et pose préopératoire de 2 tubes de radium pendant 48 heures pour les tumeurs ne siègeant pas trop haut. Le temps abdominal pour permettre une exérèse complète des ganglions lui paraît illusoire, car ceux-ci sont, dans la majorité, inflammatoires. C'est surtout la nature histologique qui doit primer dans le choix de l'opération : épithélioma (amputation) ou adéno-carcinome (résection) Enfin il reste fidèle à la position ventrale de Depage, à laquelle il reconnaît de multiples avantages.

— M. **Santy** (Lyon) verse au débat sa statistique personnelle portant globalement sur 315 cas, dont 100 inopérables (anus définitif) et 125 chez lesquels la fonction du sphincter a pu être conservée : 23 ont été opérés par

(1) Premier rapport. N° du 30 novembre, p. 1440 et suivantes.

voie sacrée, 102 par abdomino-sacrée, les plus nombreux sans colostomie préalable. La mortalité opératoire, très élevée à l'hôpital (21 %), tombe à 8 % en clientèle privée. 13 malades sont morts tardivement, dont 8 par métastase hépatique. 12 échecs par désunion sans décès, mais avec anus définitif pour 9 d'entre eux. Les résultats fonctionnels ont donné sur 64 malades revus : 23 cas très bons, 17 bons, 22 assez bons et 2 médiocres.

— **M. Bergeret** (Paris) a revu 13 malades guéris depuis plus de 6 ans avec un très bon résultat fonctionnel, sauf quelques légers inconvénients pour 2 d'entre eux. Il a utilisé d'abord le procédé de Cuneo (avec sacrifice des nerfs d'un côté et ouverture large de la fosse iliaque), puis la voie sacrée et finalement l'opération abdomino-transsphinctérienne de Babcock-Bacon. Cette dernière opération est moins choquante, mais ne donne pas une si bonne continence. Pour y remédier, B. conserve la muqueuse anale et coupe toutes les tuniques au-dessus du canal anal, faisant en somme une résection abdomino-transanale dont les résultats fonctionnels sont excellents.

— **M. Sénèque** (Paris) classe ainsi les cas où la conservation peut être appliquée :

1° **Après l'opération d'Hartmann** (voie abdominale pure avec anus iliaque), soit par iléo-coloplastie, soit par mobilisation du côlon gauche et son abouchement à l'ampoule rectale conservée ;

2° **Après l'opération de Cuneo, mais les voies basses** sont de plus en plus abandonées ;

3° **Par l'opération de Babcock-Bacon** avec les mêmes réserves que Bergeret au point de vue fonctionnel ;

4° **Par la voie abdomino-sacrée**, évidement plus grave mais donnant les meilleurs résultats foncitonnels.

— **M. Arnaud** (Saint-Etienne) emploie actuellement la voie combinée abdomino-périnéale.

D'abord **temps abdominal poussé aussi bas que possible** jusqu'au plancher des releveurs après ligatures en bonne place des vaisseaux et mise à l'abri des uretères. Déroulement de l'S iliaque jeté dans le petit bassin sous une péritonisation soigneuse.

Puis **temps périnéal** : incision médiane rétro-anale qui désarticule le coccyx. Désinsertion des releveurs d'arrière en avant et libération du rectum sur toutes ses faces. Section du rectum au-dessous de la tumeur, à 4,5 ou 6 cm. de l'anus. Extériorisation du segment intestinal supérieur et section à un large travers de main au-dessus de la tumeur. Invagination du bout intestinal supérieur dans le canal ano-rectal non dépouillé de sa muqueuse. Suture de l'intestin au pourtour de l'anus. Mortalité : 8 à 10 % dans les 6 premières semaines. Peu de récidives. Bons résultats fonctionnels.

— **M. Denis** (Mâcon) décrit sa technique personnelle tendant à assurer la continence par conservation de la muqueuse et qui consiste essentiellement après une résection abdomino-transanale (procédée elle-même d'un anus transverse temporaire) à faire la suture muco-muqueuse **en dehors de l'anus**, après dilatation et éversion large de la muqueuse anale, c'est-à-dire dans d'excellentes conditions de visibilité et de commodité technique.

Troisième rapport

Réparation des pertes de substance traumatiques des troncs nerveux des membres, par MM. P. Wertheimer (Lyon), R. Merle d'Aubigné (Paris), et Déjardin (Bruxelles).

Etude physio-pathologique. — P. Wertheimer situe les notions actuelles concernant la structure histologique du tronc nerveux ,et sa circulation artérielle ; de cet exposé il conclut à la nécessité d'assurer le maintien de cette vascularisation, si l'on veut voir s'établir le processus de réparation active du nerf.

Physiologiquement la régénération apparaît comme un processus de croissance axonique, dont le dynamisme échappe à notre analyse, mais que favorisent la poussée exubérante et migratrice des éléments cellulaires de la névroglie et aussi certaines conditions physiologiques et biologiques du milieu conjonctif, dans lequel est amené à s'effectuer la prolifération.

La régénération passe par deux phases (Gutman et Sanders) : une phase initiale de croissance et une seconde de reconstitution moins bien étudiée que la première. Les doctrines classiques attribuaient à la régénération une vitesse uniforme de un millimètre par jour (Vanlair). Seddon, Madawar et Smith ont constaté que cette vitesse varie selon les fibres nerveuses et ne suit pas une marche régulière ; elle oscille entre 1 et 7 millimètres par jour. Elle n'est pas la même pour chaque nerf et il y a lieu de tenir compte, pour établir la durée éventuelle de réparation d'un nerf,d'un temps de "latence". La régénération n'implique pas seulement le rétablissement des connections anatomiques et fonctionnelles, mais encore celui des mécanismes physiologiques, ce qui est d'ailleurs extrêmement difficile à apprécier avec exactitude, en raison de l'impossibilité d'isoler le territoire réinnervé des zones voisines dont les territoires sensitifs et moteurs sont restés sains.

Les recherches expérimentales permettent de condamner théoriquement tout au moins, les procédés d'engainement ou de manchonnage. L'adjonction de la suture n'a aucun inconvénient à condition qu'on utilise des fils très fins en petit nombre, faits de matières non résorbables et intéressant seulement le névrilemme. L'expérimentation témoigne également d'une défaveur absolue envers les greffes mortes et consacre uniquement l'emploi des greffes vivantes et fraîches, autogreffes de préférence aux homogreffes.

Etude anatomo-clinique. — Déjardin adopte la classification plus anatomique que clinique d'ailleurs ,proposé par H. Cohen en 1941 et utilisée par les chirurgiens anglo-saxons.

— **Le neurotmesis** est caractérisé par les lésions entraînant une destruction complète des conducteurs nerveux : il y a perte totale de la fonction.

— **L'axonotmesis** dans lequel la destruction des fonctions nerveuses est complète mais les gaines lamelleuses sont intactes ; la régénération spontanée est presque toujours possible.

— **La neuropraxie** désigne les cas où la paralysie survient malgré l'absence de dégénérescence périphérique.

L'investigation clinique, pour établir un diagnostic précis de la nature des lésions et leur étendue, doit porter sur les trois variétés de symptômes : motricité, sensibilité et trophicité. L'examen électrique et la biopsie musculaire peuvent la compléter avec fruit.

Parmi les tests de restauration fonctionnelle, il faut attacher de la valeur à la récupération de la sensibilité à partir de l'extrémité proximale de la zone d'anesthésie, au retour du tonus musculaire, etc...

Traitement. — **R. Merle d'Aubigné.** Dans la première partie de son exposé le rapporteur étudie les **méthodes thérapeutiques** :sutures et greffes. Toute réparation

chirurgicale doit être précédée d'un avivement des deux extrémités à réunir ; cet avivement doit être large et la préoccupation du rétablissement de la continuité ne doit pas intervenir dans ce temps de l'intervention ; si l'avivement est insuffisant toute régénération est impossible.

La suture bout à bout des pertes de substance nerveuse ne va pas sans faire courir des risques importants à la régénération nerveuse, quelque soit l'artifice employé pour allonger le nerf : dissection étendu du bout proximal, transposition, flexion des articulations, suture en deux temps.

Les greffes. L'auteur en discute les différentes modalités: hétérogreffes, homogreffes, autogreffes.

De l'étude extrêmement précise des résultats expérimentaux cliniques et statistiques, le rapporteur conclut : la suture bout à bout est le procédé qui de loin donne les plus grandes chances de succès.

Il faut tout mettre en œuvre pour la réaliser sans mise en tension des deux bouts nerveux avivés. Toutefois si l'allongement nécessaire dépasse 20 % de longueur du nerf étiré, ou si la mobilisation nécessite des sections de branches importantes, il faudra envisager un autre procédé : greffe ou méthode palliative.

Technique. — Le choix du moment de l'intervention a une grosse importance ; les chirurgiens d'Oxford considèrent la suture primitive comme indésirable, même quand elle est possible ; la proportion des bons résultats est, en effet, plus forte avec la suture secondaire qu'avec la suture primitive ; les examens histologiques, faits après échec d'une suture primitive, montrent d'ordinaire une sclérose des extrémités qui témoigne d'une résection primitive insuffisante. Les conditions biologiques optima se placent entre le 15e et le 25e jour (Young).

Le plus grand progrès fait au cours de cette guerre dans le traitement des plaies des nerfs réside dans la suture secondaire précoce rendue possible par un traitement initial bien conduit ayant permis une fermeture rapide de la plaie ; emploi systématique de la pénicilline, application de greffes cutanées.

La réparation technique du nerf étant réalisée, le traitement ne doit pas s'arrêter là : l'appareillage du membre pour éviter la rétraction des muscles antagonistes la physiothérapie et l'électrothérapie constituent des moyens accessoires mais qui ne sont pas négligeables. Enfin deux nerfs peuvent bénéficier d'interventions palliatives dont la qualité des résultats est remarquables : la paralysie du pied par atteinte du nerf sciatique poplité externe peut être supprimée par l'opération de Lambrinudi et la paralysie radiale relevée de transplantations tendineuses qui permettent d'éviter tout appareillage.

P. LANCE.

(à suivre).

NOUVELLES D'AMÉRIQUE

LA SYNTHÈSE DE LA PÉNICILLINE EST FAITE

Une équipe de bio-chimistes, sous la direction du Dr Vincent du Vigneaud, du New-York Hospital-Cornell Medical Center, a réalisé cette synthèse, du moins la synthèse de la variété G.

Dès la découverte de la pénicilline les chimistes s'efforcèrent de l'obtenir par synthèse. L'entreprise était hérissée de difficultés car la molécule de pénicilline est à la fois instable et complexe. Les Anglais s'y attelèrent néanmoins et furent les pionniers du problème ; le groupe Cornell vient d'achever la tâche.

La méthode générale, comme dans la plupart des synthèses, consistait à briser la pénicilline G naturelle en composants plus simples, plus faciles à réaliser artificiellement puis combiner ceux-ci.

Le Dr du Vigneaud et ses co-équipiers partirent (comme d'autres avaient fait avant eux) de deux produits de décomposition : dextro-pénicillamine hydrochloride et 2 benzyl, 4 methoxyméthylène, 5 (4) oxyzolone. Ils en firent et refirent la combinaison sous différentes conditions. Dans certains cas le produit obtenu était faiblement bactéricide ; mais ceci ne prouvait pas qu'il contint de la pénicilline. Il s'agissait de soumettre le plus actif des combinés obtenus à une série de tests comparatifs avec la pénicilline naturelle.

Le plus spectaculaire de ces tests fit appel à la radioactivité. Une certaine quantité du produit de synthèse inconnu encore mais que les chimistes espéraient être de la pénicilline fut fabriquée en insérant du soufre radic-actif dans sa molécule. Mélangée à de la pénicilline naturelle elle fut soumise à des recristallisations et des transformations chimiques. Les molécules contenant du soufre radioactif pouvaient être suivies à la trace avec des compteurs Geiger. Si elles s'étaient orientées selon un circuit particulier elles auraient ainsi montré qu'elles différaient chimiquement de la pénicilline naturelle. Or elles suivirent fidèlement celle-ci à travers toutes ses étapes.

Le pas suivant consistait à obtenir la pénicilline synthétique en cristaux purs. La méthode la plus efficace consista à utiliser deux liquides non miscibles — l'un dissolvant la pénicilline plus rapidement que l'autre, la concentrant et la séparant des impuretés. Après maints essais les biochimistes obtinrent des cristaux bruns de pénicilline, la première fabriquée par la main de l'homme.

Le Dr du Vigneaud ne prétend pas que son procédé puisse économiquement entrer en compétition avec la moisissure bleue-verte qui donne la pénicilline naturelle. Mais il fait remarquer qu'à l'ordinaire les procédés synthétiques se perfectionnent rapidement et l'on peut entrevoir le moment où la pénicilline sera mise à la portée des plus pauvres.

cérésine

Cachets, Comprimés, Granulés

SIMPLE ET SURVITAMINÉE

LABORATOIRES DEHAUSSY
50, rue Nationale - LILLE

POUR LA FRANCE SUD
21, Av. Saint-Sulpice, LAVAUR (Tarn)



Cinq maillons de la CHAINE VITAMINIQUE, le

Bécozyme

"Roche"

contient les cinq facteurs essentiels du complexe vitaminique B sous forme pure, en dosage approprié, et en proportions les plus favorables pour stimuler la croissance et le développement.

* Vitamine B_1
Vitamine B_2
Vitamine B_6
Nicotylamide
Acide pantothénique

Flacons de 10 Drag.

Roche

PRODUITS "ROCHE", 10 RUE CRILLON, PARIS 4e

Un nouveau traitement des troubles vaso-moteurs périphériques

Priscol

CIBA

VASODILATATEUR
ACTIF PAR VOIE BUCCALE
Chlg de Benzyl-Imidazoline "Ciba 8259"

Artérites. Acrocyanose. Angiospasmes
Maladie de Raynaud. Claudication intermittente
Affections circulatoires cérébrales

Comprimés	Ampoules
1 à 2 comprimés 1 à 3 fois par jour	1 à 3 Ampoules et jusqu'à 6 par jour

3.990

LABORATOIRES CIBA - Dr P. DENOYEL
103 à 117, BOULEVARD DE LA PART-DIEU, LYON

GÉLYSINE

PRÉVENTIF-CURATIF

ÉPHÉDRINE — VITAMINE B_1 — VITAMINE NICOTINIQUE PP

Asphyxies locales - Érythémies - Engelures - Troubles dus aux sulfamides - Aphtes - Syndromes pellagroïdes

4 COMPRIMÉS BLANCS le matin
4 COMPRIMÉS ROSES le soir

Laboratoire FABOL, 1, Rue Gounod, **PARIS (XVIIe)** — **Tél. : CAR. 59-51**

Micelliode

IODE COLLOIDAL MICELLAIRE ÉLECTRO-POSITIF

Toutes les Indications de l'IODE.
SANS IODISME POSSIBLE

GOUTTES

Laboratoires de l'HÉPATROL _ 4 Rue Platon PARIS (XVe)



GLUCALCIUM

GLUCONATE DE CALCIUM
Ampoules injectables, buvables. Granulé vitaminé

LABORATOIRES CLÉVENOT
3, RUE LAMBLARDIE - PARIS — TÉL. : DORIAN 56-38

HYPERCHLORHYDRIE
TOUTES DOULEURS GASTRIQUES

GASTROSEDYL

GOUTTES

Le grand remède de toutes les
GASTRALGIES

COMPOSITION INCHANGÉE

Teinture Dausse de belladone	46
Teinture Dausse de jusquiame	20
Liqueur ammoniacale anisée	20
Bromure de Sodium	13
Phosphate de codéine	1

Antispasmodique certain

Régulateur de l'acide gastrique

Sédatif à effet immédiat

POSOLOGIE

10 à 30 gouttes dans un peu d'eau sucrée après les repas et au moment des douleurs

LABORATOIRES J. LANDRIER
— Coulange-sur-Yonne (YONNE) —

PHLÉBOGEV

Affections veineuses : HÉMORROIDES, VARICES, PHLÉBITES

à base d'Argyrine, nouveau glucoside actif du Marron d'Inde

Vaso-constricteur à action plus prolongée que l'adrénaline et ne provoquant pas d'hypertension artérielle.

TROIS FORMES :

GRANULES : 3 à 6 par jour — Dose massive : 25 à 30 granules par jour
POMMADE : en onctions, le soir — SUPPOSITOIRES : un le soir, au coucher

ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE

LABORATOIRES GEV, 5, rue Brézin, PARIS (14e) - Téléphone : SÉGUR 84-49

LES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

Les migraines et leurs rapports avec les affections de la vésicule biliaire.

(MM. Brulé et Pestel ; 5 nov. 1946)

On sait depuis longtemps que les céphalées et les migraines sont fréquemment en rapport avec les troubles de la vésicule biliaire, mais ce qu'on semble trop ignorer c'est que ces céphalées considérées comme rebelles, arrivent, en général, à s'améliorer et à guérir fortement.

Il nous semble que les maux de têtes sont dus alors à une cellulite de la nuque, bien connue depuis longtemps, dont le traitement par massages entraîne vite le soulagement, mais ce qu'on ignorait c'est que cette cellulite n'est qu'une conséquence des troubles vésiculaires et intestinaux et l'un de nous, depuis longtemps, insiste sur ce fait. Par contre, les troubles ovariens, si longtemps invoqués, ne semblent avoir aucun rôle.

En faisant masser la cellulite de la nuque et en traitant la vésicule biliaire par des médicaments simples, sans avoir le plus souvent recours au tubage du duodénum, on est surpris de voir la rétrocession rapide des céphalées.

Dans la chlolécystite simple, d'origine intestinale, les malades viennent souvent consulter pour des migraines violentes et, seule, l'exploration méthodique de la vésicule biliaire montre qu'elle est en cause.

Dans la cholécystite lithiasique, les céphalées passent presque toujours au deuxième plan, mais la cellulite y existe toujours et sert d'appoint au diagnostic quand on hésite pour un ulcère gastrique.

Dans certaines formes exceptionnelles et lors des premières crises de migraine, le diagnostic peut être très inquiétant et faire penser à de l'épilepsie ou à un état démentiel, mais tout cède en 21 heures. Chez les sujets, plus âgés, infiltrés de cellulite et ayant en même temps des céphalées, le diagnostic s'est posé parfois avec une encéphalite léthargique.

Influence des saignées sur la diminution de l'immunité antitétanique chez le cheval.

(E. Lemétayer, L. Nicol, Mathieu, O. Girard et R. Corvazier ; 5 nov. 1946)

Des saignées fréquemment renouvelées entraînent une baisse importante du degré de l'immunité des sujets vaccinés.

Elles peuvent transformer un taux normal de l'antitoxine spécifique en un taux limite et un taux limite en un taux insuffisant.

Il est donc indispensable de pratiquer aux vaccinés ayant eu des émissions sanguines importantes, une nouvelle injection d'anatoxine ; celle-ci provoque, comme chez les sujets neufs, même chez ceux dont l'immunité est devenue pratiquement nulle, la formation importante d'antitoxine spécifique.

Ces notions pourront être étendues avec profit en médecine humaine, chez les donneurs de sang.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX DE PARIS

Sur quelques formes nerveuses de la fièvre récurrente cosmopolite.

MM. Lebon, Choussot et Duboucher (Alger)
(11-10-1946)

Les auteurs exposent les diverses formes nerveuses de la fièvre récurrente qu'ils ont observées. Ils insistent sur les formes médullaires et les névrites optiques. Celles-ci ne relèvent pas d'une pathogénie univoque. Elles résultent soit d'une localisation infectieuse, soit d'une atteinte toxique du nerf optique au cours du traitement par un arsenical pentavalent, ou encore de l'action conjuguée des 2 facteurs toxiques et infectieux.

Un cas de syphilis trachéale.

MM. Lebon, Choussot et Amdros (Alger)
(11-10-1946)

Les faits à retenir de cette observation sont la dyspnée inspiratoire rapidement progressive, l'absence de tout antécédent syphilitique, l'intégrité du larynx et des autres viscères, les lésions anatomiques caractérisées par une infiltration diffuse et sténosante de la paroi trachéale.

Danger de l'urographie I.V. chez les azotémiques.

MM. Pasteur-Vallery-Radot, Domart, Millies et Maurice (11-10-1946)

Au cours de 30 observations chez des sujets azotémiques, on a observé après une injection I. V. de Ténébryl, une élévation de l'urée sanguine. La mort survint en quelques jours ou quelques semaines. Il est donc dangereux de pratiquer une urographie I. V. chez des sujets présentant une néphropathie s'accompagnant d'un taux élevé de l'urée sanguine.

Danger de la transfusion chez des sujets atteints d'ictère hénolytique.

(11-10-1946)

M. Dénéchau (Angers), rapporte le cas d'une femme qui décéda après une transfusion faite par un donneur universel.

M. Chevallier estime qu'il ne faudrait pas conclure de cette observation exceptionnelle que la transfusion est contre-indiquée de l'I. H. ; il insiste sur le fait que les transfusions sont faites trop rapidement.

Pour **M. Tzanck**, il y a encore bien des phénomènes qui nous échappent, des auteurs qui préconisent les transfusions rapides, ce qui n'est pas son avis.

M. Huber insiste sur le facteur rénal et la lenteur de la transfusion.

Kiné-densographie.

(M. Marchal. — Présentation par M. Kourilsky ; 5-7-1946)

Elle consiste à enregistrer les variations du rayonnement X, traversant un malade au moyen d'une cellule radio-sensible. Développé dès 1934, l'appareil enregistreur fut réalisé en 1945. L'auteur montre les courbes des ventricules droit et gauche, l'enregistrement du pouls de l'artère pulmonaire. La cellule réceptrice étant placée devant le parenchyme pulmonaire, on obtient l'enregistrement des pulsations des plus petites artères pulmonaires qui sont invisibles radiologiquement et radiokymographiquement. L'auteur montre des courbes des pouls du poumon normal et de poumons présentant des altérations radiologiques. Enfin il montre une nouvelle application de la méthode qui permet d'enregistrer

la vitesse de circulation dans les artères du hile ainsi que leur débit et le temps de passage du sang de l'artère à la veine pulmonaire.

— M. Ameuille : Cette méthode est pleine d'avenir et permet d'entrevoir des précisions sur la physio-pathologie pulmonaire.

— M. Kourilsky : Ce travail, fait dans des conditions matérielle difficiles, n'est présenté qu'à titre indicatif. Il montre comment, avec des procédés nouveaux, la physio-pathologie pulmonaire peut faire des progrès. Cette méthode d'examen est encore susceptible d'améliorations.

Diagnostic par le pneumo-péritoine d'un foie ficelé syphilitique. — Aspect radiologique et laparoscopie.

(MM. Belbenoit et Loy. — Présentation par M. Ameuille ; 5-7-1946)

MM. Belbenoit et Loy rapportent l'observation d'une jeune fille de 20 ans atteinte depuis vingt mois d'ascite étiquetée tuberculeuse. Dans le but de vérifier ce diagnostic par la laparoscopie, on fait une ponction évacuatrice avec pneumopéritoine. La laparoscopie démontre qu'il ne s'agit pas de péritonite tuberculeuse. La radiographie de l'abdomen après pneumopéritoine montre un foie ficelé avec grosse rate. B. W. positif. Traitement spécifique. Disparition de l'ascite, de la fièvre et de tous les troubles, mais pas de transformation radiologique du foie et de la rate.

Sur un cas de thrombo-phlébite cérébrale post-puerpérale.

MM. Raymond Garcin et Maurice Pestel (18-10-1946)

Les auteurs rapportent l'observation anatomo-clinique d'un cas de thrombo-phlébite des veines de Galien survenu très tardivement après un accouchement compliqué de phlébite pelvienne, chez une femme jeune. Ils projettent les coupes des lésions étendues de ramollissement hémorragique des noyaux gris centraux observés dans ce cas.

Faisant une étude clinique d'ensemble des thrombo-phlébites puerpérales, dont l'histoire a été approfondie par les travaux récents de l'Ecole Anglaise, les auteurs rappellent ensuite les autres facteurs étiologiques responsables des thromboses veineuses cérébrales et en rapportent une observation au cours d'une septicémie veineuse subaiguë, montrant le caractère parfois curable de ces accidents et soulignent le rôle souvent méconnu de la pathologie veineuse de l'encéphale.

Ces problèmes intéressent non seulement les neurologistes, accoucheurs et otologistes, mais aussi les pédiâtres. Les auteurs rappellent que Parrat et Hutinel ont étudié les premiers le ramollissement cérébral hémorragique d'origine veineuse chez l'enfant.

J. Chevrolle.

LA PRESSE

Le coryza diphtérique du nourrisson ; à propos de deux épidémies récentes. — J. P. Robin et H. Brunel rappellent, à propos de ces deux épidémies observées dans une maternité de la région, les caractères de cette affection chez le nourrisson, où il est loin de constituer une rareté clinique. Ce qui est exceptionnel avant le septième mois, c'est non pas la diphtérie, mais sa localisation à la gorge et au larynx : le coryza, d'un pronostic toujours sombre, en est la manifestation dominante au cours de cette période. Dans les collectivités de tout-petits, un traitement rigoureux et méthodique, joint à l'application sévère de mesures prophylactiques, permet seul de juguler des manifestations épidémiques graves. (« Le Journal de Médecine de Lyon », 5 octobre 1946.)

Le traitement des méningites par la pénicilline chez l'enfant. — M. Lust et R. Petit ont appris, par leur expérience personnelle, que la pénicilline donnait des résultats plus rapides et plus sûrs que les sulfamides dans les méningites aiguës ; il faut en moyenne 48 heures pour obtenir la chute de la température et voir s'annoncer la régression des symptômes cliniques. Sauf les cas de gravité extrême avec intoxication générale avancée, il est inutile d'injecter la Pénicilline dans les muscles. Il suffit de deux injections intra-rachidiennes par jour pendant les deux premiers jours, puis une injection quotidienne les jours suivants pour juguler la maladie. Il faut administrer la Pénicilline jusqu'à extinction complète de l'infection. Le virage de la formule leucocytaire du liquide céphalo-rachidien dans le sens de la lymphocytose constitue un bon test de l'extinction complète de l'infection. La dose de Pénicilline à injecter est de 15 à 20.000 unités par injection et de 100 à 200.000 unités au total. Il faut diluer la Pénicilline concentrée dans une quantité de sérum physiologique tiède correspondant à la quantité de liquide céphalo-rachidien retirée par la ponction pour atténuer l'irritation méningée provoquée par le médicament et par le froid.

Par mesure de sécurité, les auteurs conseillent de compléter le traitement Pénicilline intra-rachidienne par l'administration concomitante de sulfamides par la bouche. Il est indispensable de contrôler quotidiennement au laboratoire les progrès de la guérison. (« Bruxelles-Médical », 6 octobre 1946.)

Le traitement hormonal du cancer du sein. — On connaît l'action des hormones sexuelles sur la glande mammaire : action congestive et hypertrophiante de l'hypophyse et de la folliculine, action régressive du corps jaune et de la sécrétion orchitique. **A. Bernard** conclut des différentes recherches effectuées par les auteurs et de son expérience personnelle que, dans certains cas de cancer du sein chez la femme, avec métastases, de fortes doses de propionate de testosterone, exercent une influence favorable. Il n'est pas encore précisé la durée de l'amélioration, ni les doses nécessaires d'hormone mâle. Personnellement, il emploie actuellement 25 mmgr. de sels de testosterone tous les deux jours. (« Journ. des Sc. Méd. de Lille », 21 juillet 1946.)

AGOCHOLINE

DU DOCTEUR ZIZINE

STIMULANT HÉPATIQUE ET BILIAIRE

POSOLOGIE :
1 à 3 cuillerées à café le matin à jeun, dans un demi-verre d'eau chaude.

LABORATOIRES DU DOCTEUR ZIZINE
24, Rue de Fécamp
PARIS-12e



MINERALINE

DU Dr BAUD

LABORATOIRE MAUCHANT - GENNEVILLIERS - SEINE

ACTIPHOS

AMPOULES BUVABLES DE 3 CC.

L'ALIMENT ÉQUILIBRÉ DE LA CELLULE NERVEUSE

Acide phosphorique en Synergie suractivée par les Phosphates métalliques et les Catalyseurs minéraux

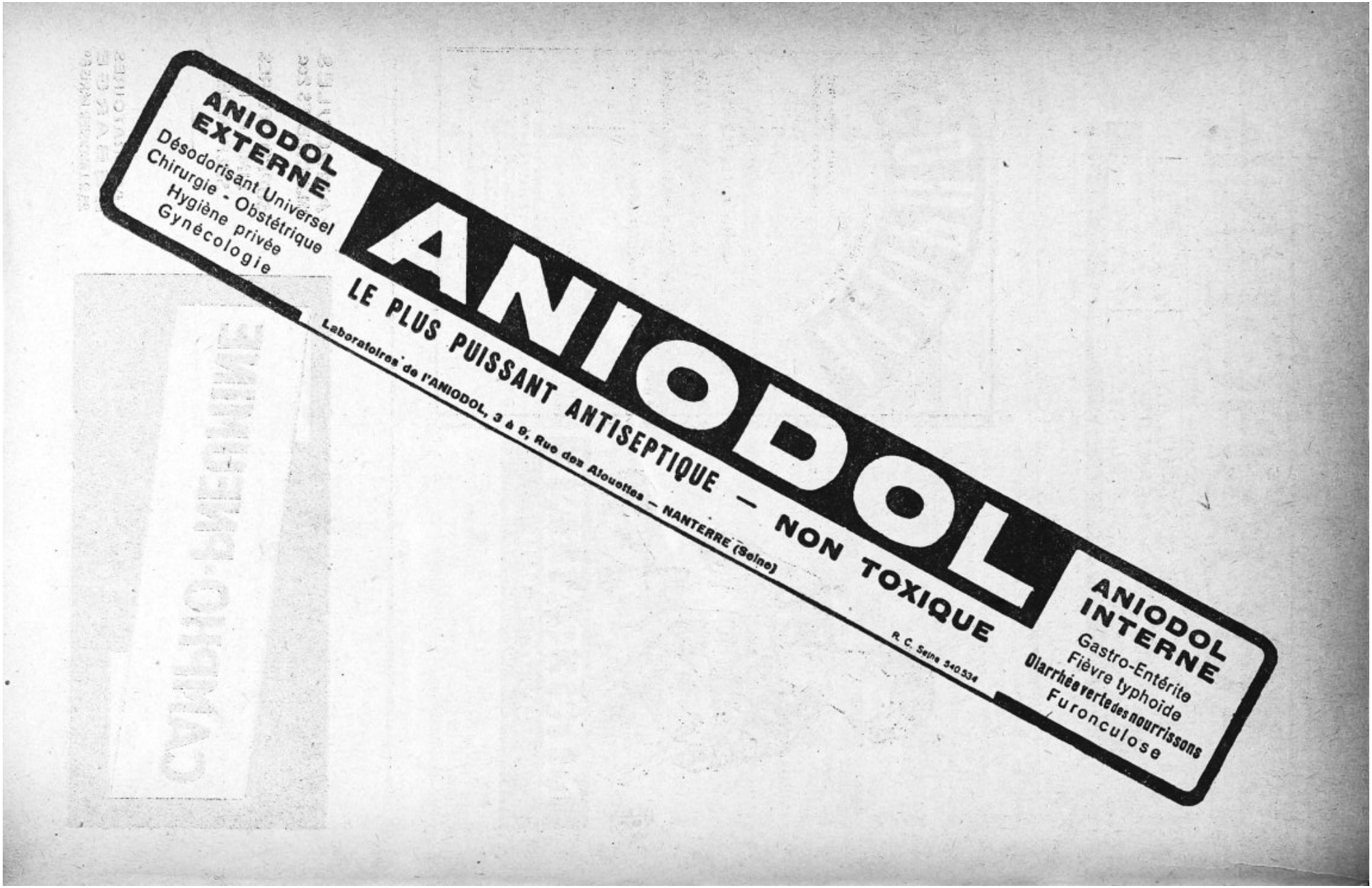
LABORATOIRE ROGER BELLON
LOUIS FERRAND
Ex-interne, Lauréat des Hôpitaux de Paris
PHARMACIEN-GÉRANT
(GAMBÉOL, RECTOCALCIUM, HÉMOPTYLORE "3", GLOBIRON)
78bis, Avenue Marceau - PARIS (8e)

CAMPHO-PNEUMINE

AMPOULES INJECTABLES 2cc.

SUPPOSITOIRES SIMPLES ET *SULFAMIDÉS*

LABORATOIRES DEBARGE
25, R. LAVOISIER, PARIS 8e


ANIODOL
LE PLUS PUISSANT ANTISEPTIQUE — NON TOXIQUE
ANIODOL EXTERNE
Désodorisant Universel
Chirurgie - Obstétrique
Hygiène privée
Gynécologie
ANIODOL INTERNE
Gastro-Entérite
Fièvre typhoïde
Diarrhée verte des nourrissons
Furonculose
Laboratoires de l'ANIODOL, 3 à 9, Rue des Alouettes — NANTERRE (Seine)
R. C. Seine 340.534

PARTIE PROFESSIONNELLE

PROPOS DU JOUR

LA PHYSIOLOGIE PEUT-ELLE INSPIRER LA POLITIQUE ?

Ainsi peut se formuler la question que, dans l'épilogue de son livre *La sagesse du corps* (1), se pose le grand physiologiste américain Cannon.

Tandis qu'un organisme unicellulaire est sous la dépendance totale de son milieu et dans l'obligation d'accomplir par lui-même toutes les fonctions vitales, sitôt que se constitue un agglomérat de cellules, il acquiert la faculté de se prémunir contre l'instabilité des conditions extérieures, et, en même temps, apparaît la division du travail sous la forme d'organes dévolus à telle ou telle fonction particulière. Cette spécialisation implique que les fonctions directement vitales, et, en premier lieu, la digestion ne profitent pas seulement aux cellules qui en sont chargées mais à l'ensemble de l'être. La répartition intra-corporelle ne peut se faire que par le truchement d'un moyen de transport et de distribution parfaitement adapté, la lymphe et le sang que Cannon réunit sous le nom de « matrice liquide ».

Ainsi l'homme primitif trouvait sa substance dans ce que le hasard mettait à portée de sa main et devait pourvoir lui-même à tous ses besoins. C'est seulement lorsque des êtres à sa ressemblance se groupèrent en communautés assez importantes que l'aide mutuelle put apparaître et que, à la faveur de la division du travail, l'habileté et l'esprit d'aventure de quelques-uns profitèrent à tous, Dans une société nombreuse, les êtres préposés à la culture de la terre et à la récolte des vivres peuvent se trouver éloignés de certains centres où se fabriquent par contre des objets nécessaires à l'existence. Il faut que les échanges puissent se faire pour le bien-être des deux groupes, et cela par un système de voies de communications : canaux, rivières, routes et chemins de fer. Tout prélèvement sur le courant d'échanges doit être compensé par un apport de valeur équivalente. C'est pourquoi l'argent et le crédit deviennent partie intégrante de la « matrice liquide » de la société.

Le dispositif du courant d'échanges étant ainsi monté, il importe de chercher à en assurer la constance en volume et en composition, « conditions qui diminueraient les angoisses et les malheurs causés par les hauts et les bas des fluctuations économiques », afin d'aboutir à une « stabilité délivrant l'humanité d'une somme de douleur considérable ».

L'organisation de notre propre corps nous propose un exemple de méthodes menant à une solution « par la mise en réserve et la mobilisation de matières nutritives, par la variation dans l'intensité des mécanismes continus, par les défenses naturelles contre les avaries et par une grande marge de sécurité dans les organisations fonctionnelles ».

Cannon note ici que le corps politique offre déjà des traces de dispositifs grossiers de stabilisation.

Dans le cours de son étude physiologique, il a émis cette idée qu' « une certaine constance dans un mécanisme complexe est la preuve, en elle-même, qu'il y a des mécanismes agissants, ou prêts à agir, pour défendre cette constance ».

Or, que constate-t-on dans la Société ?

« Une tendance au conservatisme excite une révolte des éléments de gauche qui, à son tour, est suivie d'un retour au conservatisme. Un gouvernement peu sévère, avec les conséquences qu'entraîne ce manque de sévérité, provoque l'arrivée au pouvoir de réformateurs dont le rigorisme amènera de l'agitation et le désir de plus de libertés. Les nobles enthousiasmes et les sacrifices de la guerre sont suivis d'une apathie morale et d'une débauche d'indulgence envers soi-même. Il est rare que dans une nation une tendance prenne une force telle qu'elle aille jusqu'au désastre.

« Il semble, conclut-il, que la société civilisée possède un certain nombre des qualités requises pour l'accomplissement de son homéostasie, mais qu'il lui en manque d'autres, et parce qu'il en manque, la civilisation souffre de maux sérieux, mais évitables. »

Des périodes de sécheresse, des inondations, des tremblements de terre, des incendies et des épidémies peuvent détruire de grandes quantités de marchandises : moissons, bétail, foyers, ateliers et laisser quantité d'êtres sans ressources. On peut inventer une nouvelle machine qui fasse le travail de milliers d'ouvriers réduits désormais au chômage. Il peut y avoir production trop grande de certaines marchandises qui ne circuleront plus, mais s'accumuleront ou perdront tellement de valeur qu'elles ne rapporteront rien par l'échange : d'autres marchandises dès lors vont s'accumuler. Les hommes peuvent craindre pour leur sécurité future et thésauriser au lieu d'échanger leur argent ; le crédit peut disparaître. De quelque façon que le courant soit atteint, il en résulte des engorgements, de la mévente, du chômage, de la misère, car les individus sont incapables de s'adapter rapidement aux nouvelles circonstances. Il s'ensuit qu'ils souffrent par insatisfaction de leurs besoins élémentaires : nourriture, gîte, vêtement, chauffage, secours en cas de maladie ; en outre, ils souffrent par sentiment d'insécurité.

Que suggère la stabilité de notre organisme quant aux moyens de résoudre le problème ?

Avant d'aborder ce parallèle Cannon se défend de proposer les principes d'ordonnance homéostasique à de vastes et pesantes régions administratives. Il ne veut considérer qu'une région administrative limitée et se suffisant à peu près à elle-même.

Il pose ensuite en principe que la stabilité est de première importance : l'organisme rejette l'eau, les sels, le sucre en excès dans la matrice liquide. Ce qui témoigne que, dans les moments critiques, l'économie passe après la stabilité. (Il semble donc, à en croire la physiologie, que le souci des finances doit céder le pas au souci de l'ordre ; voilà une direc-

(1) Voir *Concours Médical* du 30 Novembre 1946.

tive que notre monde actuel méconnaît totalement.)

L'organisme suggère également qu'il y a certains signes précurseurs de désordre dans l'homéostasie, qu'on peut trouver si on les cherche. Ils sont peu connus dans l'organisme social : leur découverte apporterait à la science sociale une contribution essentielle. Dans la complexité des relations sociales modernes, ce contrôle stratégique résiderait probablement dans les dispositifs pour la distribution des marchandises, dans le commerce et le roulement de l'argent, *plutôt que dans la manufacture et la production*. Les dispositions de notre corps indiqueraient que les signes précurseurs annonçant les dangers économiques et sociaux devraient peut-être être recherchés dans les indicateurs sensibles des fluctuations du courant commercial, quoique les causes de ces fluctuations se trouvent dans l'industrie. En outre, l'organisme suggère que l'importance de la stabilité autorise un contrôle spécialement organisé, investi par la Société elle-même des pouvoirs nécessaires à la préservation de l'intégrité de la matrice liquide, c'est-à-dire des transactions commerciales. Ceci n'implique-t-il pas que quand on peut prévoir une perturbation sociale, il faudrait un pouvoir qui limite la production de marchandises jusqu'à ce qu'elle coïncide avec la demande ? Un pouvoir qui mette en réserve des provisions de marchandises qui pourraient être remises en circulation en cas de crise ? Un pouvoir qui exige l'épargne des salaires qui serviraient en temps de crise, qui organise le placement d'urgence et l'apprentissage pour la formation de nouveaux types d'ouvriers spécialisés, qui accélère ou retarde les procédés routiniers de production des marchandises et leur distribution d'après l'adaptation nécessitée par les perturbations tant internes qu'externes ?

Si certaines cellules du corps sont lésées ou attaquées par des germes de maladie, la matrice liquide met immédiatement en action des procédés favorables au rétablissement de l'état normal. Le fonctionnement physiologique indique que le groupe social devrait assurer les services compétents pour la protection et la réparation, afin d'éviter qu'il ne soit affaibli par l'incapacité ou la mauvaise santé de ses membres.

Cannon remarque que toutes ces déductions doivent tenir compte d'un fait essentiel : l'organisme adulte représente un nombre plus ou moins fixe de cellules constituantes, c'est-à-dire qu'il équivaut à une population relativement fort constante. Il n'a pas prévu le phénomène qui correspond à l'immigration dans une communauté sociale. Il n'a rien prévu non plus pour une croissance illimitée, soit en tant qu'unité soit dans ses parties constitutives. Bien plus, quand certaines de ses cellules se reproduisent d'une manière déréglée, elles constituent une tumeur maligne, mettant en danger le bien-être de l'organisme tout entier. Le corps n'a aucune protection contre une telle maladie. Il semble donc que tout conseil que l'organisme humain pourrait offrir à l'organisme social serait subordonné à cette condition : une population adaptée à des moyens d'existence relativement assurés et à l'abri des grands accroissements de source indigène ou étrangère.

Si les mécanismes de régulation organique sont le résultat d'une longue suite d'expériences, probablement d'essais expérimentaux, d'erreurs et de corrections, il faut bien s'attendre à ce que les modes éventuels d'assurer la stabilité sociale ne se réalisent pas sans tâtonnements. Et Cannon rappelle les formules diverses qui ont déjà été proposées en relation avec les conceptions politiques actuelles : communiste, socialiste, capitaliste. « Le grand nombre de ces projets est en soi une preuve que personne n'en a encore présenté de satisfaisant. » Et cependant si l'intelligence, au service des problèmes médico-sociaux, est parvenue à faire disparaître pratiquement des épidémies dévastatrices comme la peste et la variole, à assainir de grandes étendues de la surface terrestre, à prolonger la durée moyenne de la vie humaine, moyennant une organisation, un contrôle et une diminution de l'indépendance de l'individu, pourquoi ne parviendrait-elle pas à améliorer, par des procédés analogues, la vie économique de la Société?

Le principal service de l'homéostasie sociale serait de soutenir l'homéostasie corporelle, et d'aider ainsi à diriger les activités supérieures du système nerveux vers l'aventure et le progrès. Les besoins vitaux assurés, l'inappréciable superflu pourrait être recherché en toute liberté.

On croit ici entendre parler les doctrinaires du taylorisme qui, il y a vingt ans, expliquaient que le travail à la chaîne devait aboutir à libérer l'ouvrier en lui procurant des loisirs qu'il emploierait à son gré.. Cannon raisonne en biologiste comme ils raisonnaient en techniciens de l'industrie. Il s'est révélé à l'usage que les travailleurs étaient plus asservis par la chaîne que libérés par les loisirs et que le taylorisme, excellente méthode de production était un déplorable élément dans le climat social.

Cannon a beau citer ce mot d'un chancelier d'Angleterre : « Les nécessiteux ne sont pas, à proprement parler, des hommes libres. » L'ouvrier de Détroit dont tous les gestes sont commandés et minutés par la chaîne est un nécessiteux qui s'ignore : c'est une dure nécessité que de ne trouver dans son travail ni l'épanouissement de ses facultés, ni la fierté d'un apport valable. Il ne peut pas goûter la liberté celui qui la sent dépendre d'un aussi coûteux renoncement ; jusque dans ses moments de loisir il transportera ce sentiment plus ou moins conscient de déchéance et ce poignant besoin de rébellion qui donnent maintenant aux conflits du travail une âpreté croissante,

On pourrait craindre, convient Cannon, que la stabilisation sociale ne tende à distiller la monotonie la plus ennuyeuse, l'excitant du hasard faisant défaut. Mais ceci ne serait vrai, ajoute-t-il, que pour les besoins fondamentaux de l'existence. Il y aurait encore des perturbations sociales dues aux nouvelles inventions, l'intérêt social d'exploits fameux, les discordes bien humaines, l'apport de nouvelles idées, les intrigues de l'amour et de la haine et tous les autres événements qui peuvent rendre la vie pittoresque et variée.

C'est précisément cette marge d'imprévisible et d'irréductible à des règles préétablies qui me semble disloquer sans remède les principes de stabilisation sociale esquissés par Cannon.

Il a déjà souligné de lui-même que ces principes ne sauraient être valables que pour une société à effectifs relativement fixes, à l'abri de grands accroissements de source indigène ou étrangère, et dont les moyens d'existence soient relativement assurés. Ces conditions

apparaissent tant soit peu artificielles car une Société quelle qu'elle soit ne peut pendant bien longtemps demeurer à effectif relativement fixes ; ou bien elle est biologiquement bien portante, assurée de ses moyens d'existence, prospère, et elle s'accroît à un rythme que ne connait aucun organisme vivant adulte ; ou bien elle est déficiente, végète et tend à l'extinction. Quoi qu'il en soit, telles étaient bien les conditions de la France avant la guerre avec son sol riche et sa population atteinte par la dénatalité. Beaucoup des dispositions suggérées par Cannon y avaient été installées : coordination de la production et de la consommation par la limitation des productions excédentaires et développement du pouvoir d'achat des masses, placement et répartition de la main-d'œuvre avec, comme marge de sécurité, une assurance contre le chômage, plans de travaux publics pour résorber le chômage, diminution du nombre des heures de travail, interdiction du travail des enfants, assurances contre les maladies et les accidents. Je n'oserais pas soutenir que la France d'avant-guerre était, pour autant, sur la voie de l'homéostasie sociale. Même si elle l'était il se trouva que deux puissances voisines, pourvues, elles aussi d'un système d'homéostasie perfectionné, mais l'ayant volontairement faussé par appétit de puissance en accroissant à l'excès leurs populations, déclarèrent ne plus pouvoir rétablir la situation qu'en annexant, après un certain nombre d'autres, l'économie française. D'où il apparaît qu'un corps social aussi nettement individualisé qu'une nation ne peut néanmoins prétendre à l'indépendance biologique d'un organisme vivant vis-à-vis des variations du milieu ambiant.

Au reste, assimiler un Corps social composé d'hommes à un organisme composé de cellules me semble une audacieuse extrapolation de laboratoire. L'organisme a cet inappréciable avantage, pour monter ses mécanismes, de disposer d'éléments dociles, sans vues personnelles, sans ambition, sans convoitises, sans haines, sans rivalités. Le signal d'agir ou de cesser d'agir est accepté comme l'*ultima ratio* qui ne se discute pas. Seuls les détraquements matériels sont à envisager et quelques dispositifs de sécurité peuvent y parer moyennant quoi un organisme vivant peut pendant des dizaines et des dizaines d'années fonctionner sans à-coups tout en maîtrisant les excitations discordantes de l'extérieur.

Les sociétés humaines n'ont pas cette ductibilité. A tous les étages d'un circuit veillent un ou plusieurs éléments qui se jugent capables d'apprécier le but poursuivi et se réservent le droit de l'approuver ou le désapprouver. Les *mises en réserve* et les répartitions soulèvent des conflits d'intérêts, la limitation de production et de consommation opposent des convoitises. Le chômage peut apparaître non pas comme un malheur, mais comme un moyen d'existence, l'épargne non pas comme une sagesse, mais une naïveté pitoyable.

Il manque aux sociétés humaines, pour entrer dans les vues de Cannon et ouvrir les voies à ses déductions physiologico-économiques, cette vertu passive qui fait la force des abeilles et des termites : le total désintéressement personnel, la totale soumission au bien collectif.

Certes, la ruche et la termitière suscitent à juste titre notre admiration par le travail coordonné, harmonieux, qui s'y accomplit. L'unique mobile de faire prospérer la communauté éclate dans chaque geste de chaque individu. La transposition suggérée par Cannon des procédés d'homéostasie corporelle à l'homéostasie sociale ne s'y trouve-t-elle pas du reste déjà réalisée? La coordination de la production et de la consommation, les mises en réserve, le maintien à un effectif favorable par l'essaimage, l'élimination des bourdons parasites et oisifs, le placement et la répartition de la main-d'œuvre. Toutes ces disciplines y semblent rigoureuses et fortement installées parce qu'elles se fondent sur une parfaite docilité des individus et sur une stoïque abnégation : l'abeille qui pour défendre sa ruche pique un ennemi en meurt inéluctablement, l'abeille malade ou rendue infirme par la vieillesse s'exclut elle-même de la communauté et va mourir solitairement dans un coin. Un plan de sécurité sociale fonctionne ici à la perfection : sécurité de la Société, s'entend, l'individu n'ayant plus de sens par lui-même.

Ces communautés anormales nous montrent la voie sur laquelle nous serons peu à peu, mais inexorablement engagés lorsque nous voudrons organiser une Société humaine pour lui faire rendre sa pleine efficacité. Déjà les faibles, les malades, les infirmes ne sont plus considérés chez nous que comme des sous-valeurs à propos desquelles se pose en premier lieu le dilemne : récupérable ou non? Considéré sous un angle social l'eugénique aboutit à des sélections, en attendant que les sélections aboutissent à des exclusions. Nous avons vu le processus en action chez les Allemands ; nous le retrouverons ailleurs un jour ou l'autre, si nous laissons s''instaurer parmi nous ce dogme que la faiblesse et l'inefficience sont un outrage au bon ordre social.

L'individualisme est certes un ferment de désordre et, dans sa hantise de l'harmonie, Gœthe disait préférer l'injustice au désordre. Toutefois, l'harmonie parfaite, l'ordre absolu dans une société humaine ne sont concevables que moyennant des règles d'airain et de sauvages prescriptions. Faire l'unanimité, *et la maintenir*, chez des êtres pensants ne peut être qu'un leurre. Même le carcan de la propagande n'y peut parvenir. Sinon les polices politiques deviendraient inutiles. Et Dieu sait si les tyrans comptent plus encore sur celles-ci que sur celle-là.

Le jour où nous aurons obtenu que, comme l'abeille transportée loin de sa ruche, l'homme isolé n'ait plus sur terre que le recours de mourir et s'y résigne, nous aurons trouvé la formule des Sociétés bien organisées.

Mais on ne voit pas bien ce qu'il nous restera de notre statut d'hommes.

G. LAVALÉE.

ACTUALITÉ PROFESSIONNELLE

QUELQUES RÉFLEXIONS SUR LA QUALIFICATION DES SPÉCIALISTES

Le souci de règlementation qui caractérise notre époque a mis, depuis belle lurette, en vedette la qualification des spécialistes. Une bibliothèque pourrait être garnie de tous les textes, projets, rapports, qu'elle a suscités. Il ne semble pas que le problème ait dès maintenant trouvé sa solution : l'Ordre est saisi d'un rapport de notre ami CARLOTTI qui a fait là un très louable effort de mise au point de la question. La Confédération est saisie d'un projet émanant du groupement des Syndicats Nationaux de Médecins spécialisés ; celui-ci a l'avantage d'être particulièrement bref : une page dactylographiée.

Un premier problème se pose d'emblée : tout le monde est d'accord pour s'opposer à toute fragmentation du diplôme, et même au doctorat à mention. Nous sommes tellement de cet avis, que nous avons, en d'autres temps, en ce lieu même, demandé la réintégration de l'art dentaire et de toute l'obstétrique parmi les activités relevant du seul doctorat en médecine.

CECI posé, la qualification, la justification du *spécialiste* demandent des critères : on les trouve immédiatement dans *des brevets* décernés par les Facultés. Ce ne sont plus des diplômes ni des mentions, mais des brevets. Le diplôme de docteur en médecine constituerait pour CARLOTTI, la sanction d'études élémentaires embrassant toutes les disciplines médicales, la spécialisation n'intervenant qu'après la fin des études et sanctionnée par les brevets.

Dès lors apparaît le médecin vulgaire opposé au médecin supérieur; la médecine générale, l'omnipratique faisant figure de parente pauvre alors que nous ne cesserons de proclamer l'éminente, sinon prééminente dignité de cette branche de la médecine, tant à cause des connaissances scientifiques extrêmement étendues qui sont requises, que du rôle humain qu'est appelé à jouer l'omnipraticien *seul*. Pourquoi ne pas demander qu'au cours de sa dernière année d'études, le médecin soit appelé à choisir, à fixer son orientation : la dernière année d'études serait consacrée à l'étude de telle ou telle spécialité, ou de telle ou telle branche de la médecine générale. L'année suivante, la thèse pourrait être une année d'application dans des services hospitaliers, ou, selon l'idée de M. LERICHE, en contact avec la clientèle sous la direction ou en remplacement d'un praticien de la spécialité choisie, étant toujours entendu que la médecine générale est considérée comme telle. Cette formule aurait l'avantage de permettre au jeune ayant fait ses premières années ailleurs qu'au siège de l'installation définitive, d'arriver aguerri devant sa future clientèle, et au praticien de disposer avec plus de facilité qu'actuellement de remplaçants ; et cela nous semble indispensable si se réalise le projet de réunions périodiques de praticiens soucieux de se mettre au courant des dernières acquisitions médicales.

En ce qui concerne la Chirurgie, nous sommes pleinement d'accord avec MÉNÉGAUX qui déclare : il suffit que l'Ordre décide que l'exercice « habituel » de la chirurgie est réservé aux chirurgiens, et avec CARLOTTI. pour affirmer que la crainte de la responsabilité civile alourdie par l'absence de titres, suffira à limiter les abus.

Donc sur ce point : déclaration à l'Ordre de la spécialité chirurgicale. S'en tiendra-t-on pour la justifier, aux trois années d'internat en chirurgie dans les hôpitaux des villes de Faculté comme le souhaite le Groupement des Syndicats nationaux de Spécialistes, ou la demandera-t-on à un brevet décerné par une Ecole de chirurgie ? Dans cette dernière éventualité, la sécession sera proche et le diplôme de Docteur en médecine unique et omnivalent aura vécu : cela suffit, à notre sens, à juger cette dernière proposition.

La Biologie médicale est un terrain mouvant où les conflits d'attributions sont aussi intenses qu'entre fripiers et drapiers du haut moyen âge. Toute mesure qui soumettra un instrument de diagnostic à des disciplines purement médicales nous semblera équitable et aura notre faveur.

Si autrefois de mauvais esprits laissaient l'Obstétrique à ceux qui ne pouvaient être ni médecins, ni chirurgiens, il n'en serait plus de même aujourd'hui, puisque le projet Carlotti prévoit pour le gynécologue-obstétricien une formation triple, obstétricale, biologique et endocrinienne, chirurgicale enfin sanctionnée par le brevet de chirurgie, sans oublier la médecine du nourrisson. Les gynécologues-obstétriciens seraient, en ce cas, de super-chirurgiens, donc obligatoirement internes de villes de Faculté pendant trois ans. C'est là une belle réparation pour une branche pour laquelle nous avons quelque tendresse et qui pouvait se plaindre d'une considération moins brillante que certaines autres. Mais n'est-ce pas là accorder un monopole bien étroit à une catégorie fort estimable de médecins ? Il est vrai que la compétence, sorte de demi-brevet, apparaît et permet toutes les transitions.

La *compétence* reconnue par l'Ordre serait une branche de la médecine ou de la chirurgie faisant l'objet d'un enseignement spécial, consacré par un *certificat* particulier. Nous y reviendrons tout à l'heure.

Ce que dit le rapport CARLOTTI de la Neuro-psychiatrie a déjà soulevé des protestations. De plus en plus la neurologie et la psychiâtrie se différencient et constituent des disciplines aussi différentes au point de vue scientifique qu'au point de vue des conditions d'exercice : le psychiâtre est souvent un fonctionnaire exerçant dans un asile encombré de chroniques abandonnés des familles, encore que de très brillantes personnalités se soient révélées en dehors des cadres des hôpitaux psychiâtriques. Dans bien des cas, le neuro-psychiâtre libre aurait droit à la qualité de spécialiste, et non pas à la demi-mesure représentée par la compétence.

Les décisions des augures n'iront donc pas sans grincements de dents.

Et pourtant la formule de la compétence, si on tient aux classifications, n'est pas sans apporter quelque souplesse au système. C'est là que nous trouvons : cardiologie et gastro-entérologie, médecine thermale et podologie, transfusion et orthopédie. En principe, on veut en réduire le nombre, certaines compétences étant « temporaires » ; il est fort probable au contraire, que là comme ailleurs, il y aura inflation, que de nouvelles formules se révèleront.

Nous sommes particulièrement heureux de souligner aussi bien dans la marche des travaux préparatoires que dans les modalités mêmes de la qualification, l'harmonieuse collaboration qui ne cesse de se manifester entre Ordre et Syndicats. Nous ne pouvons que souhaiter de la voir se perpétuer quand le mécanisme entrera en mouvement. Il serait déplorable, mais il n'est pas impossible, que sur le plan local, des questions strictement personnelles puissent être évoquées et troubler une si heureuse harmonie.

Toutes nos organisations trouvent leur place, les idées se font plus claires, quant au but à atteindre et aux moyens à employer pour chacune d'elles. Il n'est plus question de disputes de primauté, ou même d'absorption de l'une par l'autre. Chacune a suffisamment à faire pour conserver et manifester en toutes circonstances sa pleine personnalité. La défense de la médecine ne peut que bénéficier de cette dualité bien comprise, et qui, bien souvent, il faut l'avouer, saura être plus apparente que réelle.

Nous émettrons simplement, *in fine*, le vœu que les réglementations ne soient pas abusivement nombreuses et sachent conserver une certaine latitude au bon sens, à la bonne volonté et à l'initiative de nos confrères, comme aussi à la nature des choses. Réglementer est un art difficile dont il faut savoir ne pas abuser quand on détient le pouvoir, et réglementer exagérément c'est bien souvent créer l'anarchie par le mépris de lois inapplicables.

Dr R. JODIN.

VIRAGE DANGEREUX

par le Dr CAFFORT

Ce n'est pas le titre de la pièce jouée au Théâtre de « l'Œuvre ».

C'est le tournant difficile et grave du 20 décembre prochain où l'Assemblée générale de la Confédération va prendre une décision d'une importance capitale en fixant les rapports du Corps Médical avec la Sécurité sociale.

***

Nous sommes personnellement bien placés en ce moment pour venir soumettre à tous les médecins quelques réflexions :

— d'abord parce que nous avons été « conventionnistes » malgré vents et marées, et que nous avons pu apprécier les bons rapports avec les Caisses, jusqu'aux jours de juillet 1946, où dans un climat changé, nous avons été obligés de parler du relèvement de nos honoraires.

— ensuite parce que, venant de dénoncer ces Conventions, nous avons les mains libres et que cette dénonciation nous a valu quelques solides attaques des Caisses, et la décision de l'ineffable Commission nationale d'Homologation de rabaisser nos honoraires au barème de tous les autres départements sans convention !

— enfin parce que, à l'occasion de la visite de M. le Directeur général de la Sécurité sociale, le Corps médical organisé de nos départements a pu avoir avec lui un long et important entretien, au cours duquel nous avons pu librement exposer notre point de vue et nos doléances.

Nous pourrions dire que la coupe est pleine de cette atmosphère pénible, et de ces tracasseries et nous sommes quelques dirigeants qui, ayant gravi par devoir social la pente de la bonne volonté, serions bien près de descendre le versant de l'indépendance et de la résistance.

Mais malgré tout, nous restons persuadés qu'il vaut mieux l'entente que la discorde et qu'une paix, même imparfaite, est préférable à la guerre.

***

Essayons de faire le point de la situation actuelle :

On nous a dit très fort que personne en France n'envisageait pour la médecine le fonctionnarisme ou l'étatisation.

Nous avons aussi reçu des renseignements apaisants sur les pourparlers en cours entre la Confédération et les dirigeants des Caisses de Sécurité sociale.

Mais la Commission nationale d'homologation vient de nous avertir, que si nous ne renouvelions pas nos Conventions, il nous serait appliqué le régime commun des honoraires ! Il est évident que la consultation à 90 francs est un moyen élégant de nous obliger à la constitution d'un stock de billets de 10 francs, et de nous préparer à nous entendre dire par le client le moins fortuné : « Je vous en prie, Docteur, gardez la monnaie ! »

Il est surtout évident que le Corps médical, n'acceptant pas ces honoraires de famine, appliquera le barème qui lui paraît juste, au grand détriment de la couverture du risque-maladie pour les assurés.

On ne nous a d'ailleurs pas caché en haut lieu, que l'honorable Commission avait agi

ainsi pour inciter les Syndicats à passer Convention ! — Mais quand il s'agit de parler franc jeu, c'est-à-dire de fixer à leur juste valeur nos honoraires de l'heure actuelle et de se rendre compte enfin de la valeur comparative d'un acte médical par rapport à n'importe quel prix de la vie courante, on nous a répondu que ceci était une affaire d'entente entre Syndicats et Caisses locales !

Allons-nous être obligés — pour respecter le désir des Caisses de discuter de nos honoraires — de leur proposer un K à 150 francs pour le ramener à 100 francs ou 120 francs ? — Le Corps médical ne se prêtera jamais tel à un marchandage.

La situation actuelle est donc officiellement éclaircie, les Caisses ne veulent pas admettre « de plano » nos honoraires — Les Syndicats n'admettront jamais les décisions arbitraires de la Commission nationale d'Homologation.

***

Alors que faire devant ce dilemne angoissant ?

1° D'abord et malgré tout encore, essayer de s'entendre ;

2° Nous montrer modérés dans la fixation de nos honoraires pour les assurés au-dessous du plafond ;

3° Demeurer absolument intransigeants sur la fixation des honoraires par les Syndicats avec, bien entendu, l'homologation confédérale pour arriver à un barème quasi national avec variations minimes locales ou de circonstances.

Nous ne pourrons vraiment rester intransigeants que si nous sommes raisonnables, c'est-à-dire si les honoraires proposés aux Caisses ne peuvent valablement être discutés par toute personne de *bonne foi*.

Il nous semble que le K 100 en chirurgie et le coefficient 5 en médecine sur 1938, sont très raisonnables et peut-être *trop* raisonnables au 20 décembre. L'Assemblée générale en décidera.

Si les Caisses, à qui — toujours logiquement — on ne peut enlever le droit de connaître la façon dont ont été établis ces honoraires et même d'en discuter, mais non de les discuter, admettent ce point de départ, un grand pas sera fait dans la voie de l'entente.

***

Il restera alors à fixer une échelle mobile, hélas ! à trois échelons, celle-là même qui nous a servi de base :

a) Nous devons avoir l'esprit social et toujours proportionner nos honoraires à la situation *réelle* de nos clients :

d'où échelon des traitements et salaires.

b) Nous sommes des hommes vivant en France, ayant besoin de manger, de s'habiller, de vivre :

d'où échelon du Bulletin de la Statistique des prix de détail.

c) Nous sommes des praticiens qui ne pouvons exercer notre profession qu'avec un appartement, des livres, des instruments et surtout des moyens de transport (ne parlons ici ni des frais d'étude, ni de la sauvegarde de nos vieux jours :

d'où échelon des frais professionnels.

Si malgré tous ces arguments de vérité et de justice — et qui ont été ces jours-ci présentés à M. le Directeur général de la Sécurité sociale — les dirigeants des Caisses se refusent à reconnaître le bien fondé de nos demandes, alors le Corps médical unanime et sans la moindre dissidence ignorera ceux qui veulent l'ignorer ou l'asservir et reprendra, sans convention aucune, l'entière liberté de ses honoraires, avec toutes les conséquences fâcheuses sur le remboursement aux assurés de leur risque maladie.

Nous n'aurons pas besoin de faire une grève des papiers difficile à appliquer, et qui serait certainement impopulaire. Les assurés ont déjà assez d'ennuis ! Mais nous saurons les éclairer par tous moyens nécessaires, sur la ventilation des frais et des honoraires, parmi les sommes énormes prélevées sur les salaires, et la façon dont certains dirigeants de Caisses comprennent la couverture du risque maladie, but essentiel de la Loi !

***

Nous avons essayé de résumer aussi objectivement que possible les relations actuelles entre Syndicats et Caisses.

Nous avons l'esprit assez social, assez clair et assez critique pour comprendre le rôle que nous avons à jouer, pour que la Sécurité sociale remplisse au maximum son rôle bienfaisant.

Mais nous avons assez de toutes ces brimades inutiles qui ne tendent qu'à vouloir diminuer ou empêcher la bonne, saine et traditionnelle médecine française, et ravaler l'acte médical au niveau d'un quelconque produit contingenté !

Nous pensons être l'interprète de l'immense majorité du Corps médical, en concluant ces réflexions un peu amères de l'heure actuelle, par ces déclarations calmes, réfléchies mais énergiques :

Entente sur des bases raisonnables : Oui !

Soumission à l'arbitraire des Caisses : Non !

LE CONGRÈS DES C. C. M.

BILAN DES CONCESSIONS RÉCIPROQUES DES CHIRURGIENS ET DE LA MUTUALITÉ

par le Dr F. DELMAS *(Agen)*

Nous venons de passer trois jours à Nice, à l'occasion du Congrès annuel de la Fédération des Caisses chirurgicales mutualistes.

Les effectifs de cette Fédération atteignent aujourd'hui près de 2.200.000 adhérents. La Caisse de réassurance, qui concerne en particulier des groupements de fonctionnaires, gère, à elle seule, en 1946, pour près de 50.000.000 de cotisations. L'organisation, devenue considérable, garde, depuis sa fondation, un caractère de technicité supérieure, tant au point de vue chirurgical qu'au point de vue administratif.

Ce Congrès a été marqué par la présence de M. BERNARD, vice-président de la Fédération française de la Mutualité, représentant M. HELLER, du Dr BERGOUIGNAN, secrétaire du Syndicat des Chirurgiens français et du Dr DESGRANGES, secrétaire du Syndicat des Maisons de Santé.

Cette seule constatation montre à quel point la collaboration officielle a été réalisée entre Mutualité et Corps médical.

En fait, des conventions nationales ont été signées, il y a deux ans déjà entre Fédération des C.C.M., Syndicat des Chirurgiens et Syndicat des Maisons de Santé.

En fait également le contact le plus étendu a été établi dans toute la France et les conventions locales, copiées sur le type national, ont été adoptées par presque toutes les C.C.M., soit environ 90.

***

Tout irait donc pour le mieux si on se bornait à ces constatations générales fort encourageantes.

Mais la vérité oblige à dire — et la raison laisse deviner — que des points de frictions persistent, tantôt pour des questions de gros sous, tantôt pour des questions de doctrine.

L'hostilité médico-mutualiste est longue à apaiser...

Mais ici une remarque importante s'impose : alors que cette hostilité, du côté chirurgical, se constate « dans la troupe », elle se constate, du côté mutualiste, chez certains chefs.

Les dirigeants du Syndicat des Chirurgiens et le Conseil national de l'Ordre ont constamment affirmé, depuis plusieurs années, leur compréhension des intérêts mutualistes.

Ainsi a pu être signée une convention-type entre le Conseil de l'Ordre et la Fédération des C.C.M. en 1943, convention reconduite depuis par le Syndicat des Chirurgiens.

Les points essentiels en sont la suppression de l'entente directe pour les malades pauvres, son aménagement pour les malades moyens et sa conservation pour les malades riches.

En outre le libre choix est à la base même de l'accord, de même que l'habilitation des chirurgiens auprès des C.C.M. par leurs organismes professionnels (Synd. médical local et Synd. national de la Spécialité).

Il y a là une conjonction essentielle des intérêts corporatifs des chirurgiens et des intérêts moraux et matériels des mutualistes.

Ceux de nos collègues qui se refusent au principe même d'une convention quelconque et ceux qui n'appliquent qu'incomplètement la convention acceptée sont des exceptions.

J'insiste, en tout cas, sur le fait que ces irrédentistes n'appartiennent pas aux équipes dirigeantes de nos groupements.

Par contre, nous voyons persister chez les dirigeants mutualistes importants une mentalité que nous déplorons et qu'on peut qualifier d'agressive.

C'est ainsi qu'à ce dernier Congrès des C.C.M., un de nos bons amis mutualistes qui tient une place importante à la Fédération des C.C.M., n'a pas pu s'empêcher de donner son coup de dents habituel aux chirurgiens, boutade peut-être, mais significative étant donné les postes qu'il occupe et son expérience des assemblées.

C'est ainsi également qu'un des dirigeants de la Mutualité française n'a pas hésité au début de l'année, dans une réunion de la Commission supérieure des Assurances sociales à affirmer devant notre ami CIBRIE que le but de la mutualité était *toujours* de peupler la France de cliniques mutualistes avec suppression du libre choix.

Il ne faut donc pas s'étonner que la Confédération, malgré les efforts que je déploie pour une réconciliation, reste sur une position d'attente assez méfiante.

On se demande, en vérité, pour quelles raisons de telles personnalités cherchent à salir systématiquement les chirurgiens français en généralisant publiquement des abus que nous sommes les premiers à déplorer, mais qui restent infiniment rares.

C'est ce que nous ont confirmé la plupart des directeurs de C.C.M. de province, très généralement satisfaits de leurs rapports avec nos collègues et reconnaissant que les conflits, dans une région, ne naissent qu'avec un ou deux chirurgiens isolés.

♣

Je ne sais pas si les mutualistes se rendent compte de l'irritation ou de la lassitude que provoquent chez nous certains de leurs gestes ou de leurs paroles, gestes et paroles d'une vulgarité démagogique trop simple en vérité.

Nous pensons que bien souvent cette hostilité trouve son origine dans la manie d'économies aujourd'hui dérisoires de la part de la Mutualité. Elle peut aussi s'expliquer par une

sorte de jalousie de classe qui avait donné au Congrès de la Mutualité à Toulon, en 1939, une atmosphère para-politique et qui, dans d'autres circonstances — j'en ai gardé le souvenir — avait provoqué une remarque typique d'un instituteur de mon département lorsque en 1929, je fondais notre première C.C.M.

« Je reconnais, disait-il, que votre système est épatant pour les malades, mais il est *trop* épatant pour les chirurgiens ! »

Peut-être enfin les vieux mutualistes qui avaient monté avec beaucoup de dévouement les cliniques mutualistes nous gardent-ils une certaine rancœur d'avoir mis au point, techniquement, le type actuel des C.C.M., forme tout de même améliorée de la Mutualité chirurgicale et qui lui a donné un essor magnifique. Allons ! Messieurs, soyez beaux joueurs : excusez-nous d'être compétents en la matière, malgré nous, si je puis dire et admettez qu'un chirurgien puisse être aussi désintéressé et aussi social qu'un Mutualiste !

Rester sur vos positions, c'est montrer un esprit « statique » qui s'oppose à l'évolution « dynamique » indispensable.

Heureusement nous retrouvons une atmosphère de collaboration confiante et féconde auprès de M. LEGRAND, président de la Fédération des C.C.M. et de M. de LAGARDE, secrétaire général.

Eux savent bien le chemin que le Corps médical a parcouru déjà en faveur de la Mutualité et nous trouverons avec eux le moyen de supprimer tous les points de friction d'une machine que nous montons ensemble et qui tournera bientôt impeccablement.

♣

Dès le début de l'organisation de la Médecine sociale, nous avons personnellement estimé que la Charte médicale, faite pour la médecine individuelle ne pouvait plus s'appliquer du moment que le « Colloque singulier » entre malade et médecin se trouvait modifié par la présence d'un tiers payeur et souvent tuteur social du malade.

Nous avons estimé — et c'est la raison d'être des C.C.M. — qu'un malade pauvre ou modeste devait être soigné comme un riche et ceci gratuitement.

Cet idéal social, que les chirurgiens ont admis sans discussion, ne peut se réaliser qu'au prix d'une atteinte grave au principe de l'entente directe, pivot embrasé de toutes nos grandes discussions syndicales.

Il ne peut se réaliser, d'autre part, que par le respect de la parole donnée et l'application loyale et constante de conventions signées.

Où sont donc les obstacles ?

D'abord une position de doctrine. Il y a chez nous des hommes en tous points respectables qui n'admettent aucune atteinte à la charte médicale.

Pour eux la suppression de l'entente directe est inadmissible.

Pour eux la communication d'un diagnostic, fût-ce à un médecin contrôleur, constitue une violation du secret professionnel. Cette intransigeance crée des difficultés en ce qui concerne la durée de séjour prévue pour une opération.

Il est gênant de s'entendre dire qu'il y a là un prétexte, chez certains chirurgiens à porter, sur des demandes de prise en charge des coefficients opératoires inexacts. Il semble qu'un médecin contrôleur, lui-même tenu au secret, pourrait aisément, calmer les consciences médicales réellement inquiètes et faire bien vite taire des médisances ou des calomnies trop souvent faciles parce que généralement incontrôlées.

Quand on a suivi depuis vingt ans les discussions souvent passionnées sur la Charte Médicale à la Confédération, on est bien obligé de reconnaître que les concessions faites par le Corps médical à la Mutualité sont considérables et, en tout cas, qu'elles n'ont été concédées qu'à elle, mais refusées aux Assurances sociales qui ont la prétention de nous les imposer.

Certains chirurgiens qui acceptent aisément la limitation d'honoraires pour leurs malades pauvres, s'adaptent fort mal à la notion de tarifs forfaitaires étendus aux malades moyens. Il faut faire intervenir la compensation que les C.C.M. ont réalisée *en transformant beaucoup d'anciens malades hospitaliers gratuits en malades payants.*

La brutalité dictatoriale des lois actuelles convaincra rapidement les inadaptés attardés que cette concession, assez légère en somme, nous est indispensable pour garder un secteur libre pour la très riche clientèle.

Ce secteur libre ne peut et ne doit concerner que les notoirement aisés, la notoriété de son aisance enlevant à l'intéressé toute possibilité morale, sociale ou juridique pour refuser l'entente directe.

♣

Dans quelle proportion ces litiges « doctrinaux » interviennent-ils entre C.C.M. et chirurgiens ? Très rarement.

Neuf fois sur dix, le conflit éclate parce que le chirurgien estime trop faibles les tarifs limitatifs de la C.C.M., eux-mêmes rattachés de très près aux tarifs de Sécurité sociale.

Sans parler d'un esprit de lucre qui n'est presque jamais en cause, il faut comprendre que l'attitude des chirurgiens s'explique par l'exaspération de tarifs imposés qui ne correspondent pas — et de loin — au relèvement général des prix.

Le prix de nos instruments est multiplié par le coefficient 15 par rapport à 1939 : l'aiguille de Reverdin valait alors 62 francs. Elle coûte aujourd'hui 1.000 francs. Nos dépenses courantes sont au coefficient 10.

Or les tarifs d'honoraires sont au coefficient 4 !

Je sais bien que le régime actuel, inspiré de la lutte des classes, veut abaisser le standing des chirurgiens.

Mais je sais aussi que transformer un chirurgien en besogneux c'est peut-être le transformer en danger public : il a trop de facilité à convaincre

un malade de la nécessité d'une opération en réalité facultative.

Est-il équitable, d'autre part, de vouloir réduire à une vie médiocre un homme qui dès le début de sa carrière a affirmé sa volonté d'un effort énorme pour arriver à la maîtrise, qui ne plaint ni sa fatigue, ni son dévouement, ni son sens des responsabilités et qui, à cause de tout cela, garde l'ambition justifiée d'une vie ardente et large.

Si la Mutualité voulait bien se débarrasser de sa vieille mentalité d'économies systématiques, si elle envisageait des tarifs au « juste prix » *et même au delà*, il est absolument sûr qu'il n'y aurait plus de dépassements de tarifs, de violations de conventions et que l'immense majorité des litiges disparaîtrait.

Des chiffres ? La cotisation moyenne des C.C.M., en 1946, est de 240 francs par an pour un non-assuré social. Entre autres frais elle couvre le K chirurgical à K = 75.

Si cette cotisation était portée à 30 francs par mois, elle permettrait aisément le K = 100.

La cotisation de l'assuré social pour qui les caisses de Sécurité sociale paient, en moyenne 55 % des dépenses est diminuée de moitié, soit actuellement 10 francs par mois et demain 15 francs.

Quel est le salarié en France qui ne peut faire face à des cotisations aussi dérisoires !

Que conclure ? nous sommes tout près du but. Les concessions chirurgicales de principe et de fait sont importantes. Nous demandons à la Mutualité d'abandonner une bonne fois sa hargne antimédicale et de moderniser ses conceptions budgétaires.

Alors nous pourrions faire, ensemble, de très grandes choses. Le mutualiste deviendrait alors le client de première zone. Il trouverait enfin ce large confort moral et matériel en cas de maladie auquel lui donnent droit le sentiment de sa dignité humaine et son sens de la solidarité.

Aucun système de Sécurité sociale obligatoire ne peut prétendre à de telles fins : elle gâchera des millions et des milliards dans une bureaucratie tentaculaire, ruineuse et inhumaine. Elle transformera tous les Français en assistés revendicateurs, attentifs à « rentrer » dans leurs cotisations, leur faisant perdre, peu à peu, leur dignité civique et le goût du travail.

Nous devons tout attendre, nous pouvons tout espérer d'une Mutualité rajeunie, rénovée, renaissante, libérée, du narcissisme contemplatif de ses réalisations passées, et impatiente d'une intelligente et grande action, d'une action imminente.

LOGEMENT ET POPULATION

Le problème du logement et le problème démographique sont connus. Même, ils présentent entre eux tant d'intrications et d'interférences qu'avant la guerre, dans les villes champignons américaines, les grandes entreprises de construction suivaient l'évolution des naissances et de l'immigration, de façon à établir des prévisions sur le développement probable de leurs affaires.

Actuellement, le problème du logement se pose à tous les pays. Et pas seulement, comme on pourrait le croire, aux pays européens ravagés par la guerre. Les U.S.A. connaissent aussi des difficultés sur ce sujet : la rentrée en masse des « vétérans » (les anciens combattants) et la fondation de millions de foyers nouveaux a fait apparaître un déficit de logement considérable. Des commissions ont été nommées pour s'occuper du « housing » ; des plans de travaux ont été dressés. Jusqu'à présent, pas plus en Amérique qu'en Angleterre ou en France les réalisations n'ont été à la hauteur des besoins impérieux. Un peu partout les techniciens ont mis sur pied des procédés nouveaux de construction, et les recherches continuent à l'effet de satisfaire le plus de demandes possibles dans le moins de temps possible. Mais, en réalité, les données du problème, déjà compliquées du fait des conjonctures actuelles, sont en outre essentiellement mouvantes et difficiles à figurer avec précision.

C'est ce qu'expose un article documenté de l'intéressante revue « POPULATION » (1) sous la signature du spécialiste en questions démographiques qu'est M. Alfred Sauvy.

Une population croissante devrait, semble-t-il, éprouver des difficultés particulières à se loger ; à l'inverse, une population décroissante devrait pouvoir se loger à l'aise, même si elle ne construit pas. C'est bien ce qui s'observe en effet, mais si la population en voie de décroissance a prolongé trop sa négligence en matière d'habitation, il arrive au bout d'un certain temps que le patrimoine immobilier a tellement vieilli que l'effort pour assumer le simple remplacement doit être considérable.

⁂

Sauvy étudie particulièrement la situation de la France, pays de population stationnaire, sans surpeuplement, et où l'on pourrait s'attendre à ne pas connaître la difficulté de se loger. Or, la crise du logement y est plus aiguë encore qu'ailleurs et le Français, même de condition relativement aisée, est moins bien logé que l'Anglais ou le Hollandais. De toute évidence, l'effort productif exigé par une bonne politique de l'habitation n'a pas été fourni.

On a souvent fait valoir, avant la guerre, que le blocage des loyers avait paralysé la construction. Non seulement il a découragé les capitaux de s'investir en immeubles, mais encore, en amenuisant à l'extrême les revenus des propriétaires il les a mis dans l'impossibilité de procéder aux travaux d'entretien. Cependant, d'après Sauvy, ce blocage des loyers n'est pas la cause profonde de

(1) Population. N° 3. Juillet-Septembre 1946. P.U.F. éditeur.

la stagnation constatée dans le domaine de la Construction. Ce sont le vieillissement démographique et la chute de la natalité qui représentent les véritables responsabilités du marasme de l'industrie du bâtiment depuis trente ans et, par suite de la pénurie chronique des logements. Si le pays n'avait pas été rongé par ces maux profonds (qui découlent du reste l'un de l'autre) l'élan vers la création se serait probablement traduit par une amélioration générale : la vie aurait repris le dessus et apporté ses bienfaits.

La stagnation ou le recul démographique entraînent une stérilité de conception qui font plus que compenser l'avantage théorique qui devrait en résulter.

La solution optimum semble correspondre à un accroissement assez lent, à un rythme qui pourrait être de l'ordre de 1/2 à 1 % par an.

⁂

Les calculs statistiques en matière de logement sont sujets à caution du fait qu'une maison peut fort bien devenir inutilisable avant d'être inhabitable. Pour cela, il suffit qu'à la faveur de déplacements de population, la région où elle s'élève soit désertée et qu'elle ne trouve plus preneur. C'est précisément ce qui se produit dans tous les pays du monde où les villes attirent les populations rurales. En outre, l'industrie peut se déplacer vers de nouvelles sources de matières premières ou d'énergie et entraîner à sa suite de véritables migrations dont les conséquences sont l'abandon de maisons habitables en un point et l'apparition d'une crise du logement en un autre point.

En sens inverse, une industrie qui se transporterait avantageusement vers des sources de matières premières ou d'énergie peut en être empêchée par les considérations financières suivantes : en se déplaçant, elle sera obligée de pourvoir au logement de sa main-d'œuvre en faisant construire des habitations neuves dont le coût sera élevé et pour lesquelles elle ne pourra demander aux ouvriers qu'un loyer incapable de rémunérer le capital engagé. En demeurant là où est agglomérée la main-d'œuvre, elle laissera ses ouvriers bénéficier du taux bas actuel des loyers, aucune charge supplémentaire ne pèsera donc de ce fait sur elle et elle pourra consacrer une partie de ses frais généraux au transport de matières premières ou d'énergie.

⁂

Si la crise du logement réagit ainsi sur les mouvements de population, on peut dire aussi qu'elle exerce une influence occulte sur la mortalité et sur la natalité.

Tout a été dit sur les îlots insalubres et les méfaits qu'ils exercent sur leurs habitants. Sauvy fait ici remarquer qu'il est en réalité difficile d'isoler le rôle réel revenant aux locaux.

En outre, il est indubitable qu'un homme logé dans un taudis est tenté de chercher au cabaret un séjour moins rebutant et par conséquent de s'alcooliser.

L'influence sur la natalité est-elle aussi difficile à estimer ? Dans quel sens joue-t-elle ? Selon une opinion assez répandue, l'exiguité de leur logement incite les ménages à restreindre leur progéniture. Il se peut, mais il s'agit alors des éléments les plus conscients, qui réagissent à la situation de façon raisonnée. Les autres, et ce sont peut-être les plus nombreux, s'abandonnent à leurs instincts et procréent inconsidérément, entassent les enfants dans des locaux pauvres d'air et de lumière.

Ces incidences démographiques du problème du logement et les ressources limitées du moment qui ne permettent pas de concevoir de larges solutions, amènent à celle-ci : proportionner le logement aux besoins. A mesure que la famille s'accroît, elle doit pouvoir se procurer un logement plus vaste. Tant que durera la pénurie, la législation doit favoriser une meilleur répartition en frappant, par une taxation progressive, les logements insuffisamment occupés.

Ainsi, la pénurie de logements peut fournir une arme efficace pour lutter à la fois contre l'excès de mortalité et le défaut de natalité si une politique de logement est instituée.

⁂

Du fait de ses conditions de travail (obligation de se plier aux diversités d'emplacements, obligation de travailler en plein air), la construction n'a pu bénéficier du progrès technique au même degré que les industries de transformation. C'est ainsi qu'à la productivité de l'industrie automobile doublée en l'espace de trente ans s'oppose ce simple fait que le nombre de briques posées par un maçon en une journée de travail a, dans la même période, **diminué.**

Il devrait s'ensuivre logiquement un accroissement de la main-d'œuvre dans le bâtiment, et une diminution dans l'industrie automobile. C'est l'inverse qui se produit : le progrès infléchit la dépense du consommateur qui sacrifie le nécessaire pour s'accorder le superflu parce que celui-ci devient facilement accessible.

C'est dans les industries où le progrès technique a été important, c'est-à-dire a permis de remplacer les hommes par la machine, que les effectifs employés ont le plus augmenté. Tout progrès dans l'art de construire serait donc particulièrement souhaitable puisque, par deux facteurs à la fois, il accroîtrait la productivité.

⁂

En somme, selon Sauvy, le déclin démographique conduirait paradoxalement à la crise du logement plus qu'un accroissement modéré de la population.

La notion du rythme optimum d'accroissement se dégage de plus en plus nettement.

La nécessité d'une politique du logement est hors de doute : toute la législation d'avant-guerre n'a eu qu'une vertu paralysante. Elle a aggravé le mal auquel elle prétendait remédier.

Le moment est venu pour le parlement, maintenant qu'il est dégagé pour quelques années de soucis électoraux, de se saisir de la question du logement. Elle est connexe à la question de la réparation des dommages de guerre qu'il faudra bien se résoudre aussi à aborder de front. Le vote d'une loi qui laisse dans le vague toutes les modalités d'application ne suffit pas.

G. L.

ANÉMIES - ANOREXIE AMAIGRISSEMENT
SURMENAGE INTELLECTUEL ET PHYSIQUE
CARENCES MARTIALE ET CALCIQUE
CONVALESCENCE

FERVALÈNE

Comprimés dragéifiés

Calcium et Fer assimilables + Kola

MODE D'EMPLOI

Adultes : 2 comp. avant chaque repas 2 à 3 fois par jour
Enfants : 1 comp. avant chaque repas 2 à 3 fois par jour

INSUFFISANCE RÉNALE - NÉPHRYTES AZOTÉMIE
ALBUMINURIES - HYPERTENSION - ŒDÈMES
MANIFESTATIONS ANAPHYLACTIQUES
ÉPANCHEMENTS SÉREUX
MALADIES INFECTIEUSES - DÉMINÉRALISATION

NÉPHRALBINE

Cachets et comprimés

MODE D'EMPLOI | **Adultes :** 3 à 6 par jour
Enfants : 1 à 3 par jour

La NÉPHRALBINE est, dans la plupart des cas, supérieure à la théobromine

LABORATOIRE ROBERT FAURE, 2, rue Carnot, MELUN (S.-et-M.)

TRAITEMENT DES ANÉMIES ET DES DÉFICIENCES NEURO-ORGANIQUES

SOJAMINOL, complexe d'acides aminés : histidine, tryptophane, extrait du SOJA, riche en vitamines naturelles du groupe B associé aux gluconates de Fer et de Cuivre et à un neurotonique atoxique de synthèse : l'AmbotolyL

MODE D'EMPLOI :
Adultes : 2 comprimés à chacun des trois repas.
Enfants : 2 comprimés à chacun des deux principaux repas.

SOJAMINOL

COMPRIMÉS

LABORATOIRES du NEUROTENSYL
72, Bd Davout - PARIS (20e)

---

dans toute cardialgie....

DACORÈNE

Chlorhydrate de diéthyl-aminoéthoxy-2-diphénylé
(1262 F.)

Nouveau médicament de synthèse doué d'une action élective contre

ANGORS
DUS À DES LÉSIONS CORONARIENNES
avec artérite
avec insuffisance ventriculaire gauche

INFARCTUS DU MYOCARDE
ARYTHMIES SANS DOULEUR

PRÉSENTATION
Dragées dosées à 0g025 (flacons de 100)
POSOLOGIE
Débuter par 0g05 par jour pour atteindre progressivement 0g15 à 0g20

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE SPECIA MARQUES POULENC FRÈRES ET USINES DU RHÔNE
21, RUE JEAN GOUJON - PARIS-8e

MORRHUËTINE VITAMINÉE JUNGKEN

Toutes les vitamines de l'Huile de Foie de Morue

Véritable **SUCRE VITAMINÉ**

Laboratoires **BRACQUEMOND & Cie**, 105, Rue de Normandie, **Courbevoie** (Seine)

GASTRHÉMA

CONTRE LES ANÉMIES
ASTHÉNIE - ANOREXIE - HYPOPEPSIE
17, Avenue de Villiers — PARIS (17e)

EXTRAIT DE MUQUEUSE D'ANTRE PYLORIQUE
1 à 3 amp. buvables, par jour

FRÉNASMA

TROIS A QUATRE COMPRIMÉS PAR JOUR. UN A DEUX DÈS LE DÉBUT DE LA CRISE.

LABORATOIRES DU GASTRHÉMA
17, AVENUE DE VILLIERS
PARIS (17e)

ASTHME - EMPHYSÈME - BRONCHITES CHRONIQUES - MÉDICATION PRÉVENTIVE, ABORTIVE ET CURATIVE DES CRISES

ATOPHAN

Cruet

Remède classique
de la GOUTTE
et du RHUMATISME

LABORATOIRES CRUET
89, Avenue de La Bourdonnais, PARIS VIIe

AFFECTIONS HÉPATO-BILIAIRES

SULFARLEM

TRITHIO-PARAMÉTHOXY-PHÉNYLPROPÈNE
40 % DE SOUFRE ORGANIQUE

Cholérétique et cholagogue de synthèse

★

DÉSINTOXICANT
DÉSENSIBILISANT

3 GRANULES PAR JOUR AVANT LES REPAS

★

LATÉMA
LABORATOIRES DE THÉRAPEUTIQUE MODERNE
51, RUE DE LISBONNE, PARIS-VIIIe

FOIE ET REIN DEFICIENTS

CHOPHYTOL

AMPOULES INJECTABLES

DRAGÉES . GOUTTES per os

Laboratoires **ROSA** 11 Rue Roger Bacon – PARIS 17e

ÉCHOS & commentaires

La renaissance du « Bulletin de l'Ordre »

Après une longue interruption due aux circonstances et à la réorganisation légale et administrative de l'Ordre des médecins, le Bulletin de l'ordre reparaît.

Organe officiel de la plus haute autorité du Corps médical, ce bulletin manquait, et nous sommes heureux de saluer son retour. Nous avons ici même, à plusieurs reprises, regretté le huis-clos des délibérations du Conseil et l'impossibilité où le Corps médical était de suivre ses travaux. Un premier élément de travail nous est enfin donné, et l'on doit reconnaître qu'un sérieux effort a été accompli pour ne point faire du bulletin un simple recueil d'actes et de textes, et pour y laisser transparaître un peu de ces « travaux préparatoires » qui, avec la doctrine et la jurisprudence, peuvent, seuls, éclairer la lettre de textes trop souvent hermétiques.

Est-ce à dire que nous soyons arrivés à la perfection ? Il serait difficile de l'affirmer. Qu'on nous permette donc quelques critiques.

Le compte rendu analytique des réunions qui nous est donné concerne les sessions de mai et de juillet, et nous parvient en fin novembre. Les comptes rendus, parfois trop sommaires, ne permettent pas toujours de se faire une idée exacte des mobiles d'une décision et des objections qu'elle a pu rencontrer. En bref, on souhaiterait une information plus rapide et plus détaillée, afin que l'opinion puisse se former, et réagir s'il y a lieu avant que les décisions ne soient acquises ou en passe de l'être.

On souhaiterait aussi un texte impeccable, dès lors surtout qu'il s'agit de questions primordiales. Ne lit-on pas (page 37), à propos du code de déontologie, que « le texte présenté avait été, après certaines modifications, adopté par le Conseil d'Etat, mais n'a pas précédemment admis par le Conseil d'Etat ». La différence entre l'adoption et l'admission est subtile ; nous avouons que la nuance nous échappe.



La lecture du Bulletin est, à tous égards, intéressante et soulève maintes questions que nous ne pouvons, aujourd'hui, qu'effleurer ici. Notons en passant : le problème de l'inscription au tableau des médecins fonctionnaires non d'autorité, n'exerçant pas en clientèle privée, et des médecins-conseils de Caisses d'A. S., qui ne nous paraît point exactement résolu ; l'interdit jeté sur l'assistance d'un médecin par un autre médecin sous certaines conditions (page 39) (nous ne parlons pas de l'assistance par un étudiant, interdiction superflue puisque découlant de la loi) ; les formalités d'inscription au tableau et l'appréciation des facteurs de moralité (dont les règles sont très solidement posées au point de vue juridique) ; les dispositions relatives aux cabinets multiples (page 38) qui tiennent compte de la jurisprudence du Conseil d'Etat et font place à l'intérêt des malades ; le projet de Caisse autonome de prévoyance et d'entraide (qui accepte la participation des médecins à l'assurance-vieillesse des A. S

GRIMAULT
DELBIASE
Stimulant biologique général
Dermatoses - Prophylaxie du Cancer
★
LABORATOIRES GRIMAULT
51, RUE FRANÇOIS-Ier - PARIS

FAUTEUILS ROULANTS
DUPONT
Cent ans de spécialisation
dans le confort du malade
VENTE & LOCATION
10, Rue Hautefeuille - PARIS (6e)
Téléphone : DANTON 05-61 · 05-62
Succ. à LYON, 6, Place Bellecour

OXYURYL
VIOLET DE GENTIANE
Laboratoires A. MARIANI, 10, rue de Châtillon - NEUILLY - PARIS

et disjoint les dispositions relatives au timbre-certificat obligatoire) ; enfin, les très intéressantes précisions sur l'action de l'Ordre en matière d'entr'aide dues à la plume de M. le professeur Baudouin.

Une seule remarque, qui ne s'adresse point à cet article, mais au compte rendu analytique : les questions d'entr'aide ne relèvent pas *que* de l'Ordre ; l'Ordre a vocation légalement pour s'en occuper, mais les Syndicats tiennent également ce droit de l'article 13 du Livre III du Code du Travail, et les médecins eux-mêmes, de la loi sur la mutualité. L'exposé des motifs de la Caisse autonome rappelle, au reste, fort justement qu'une cotisation d'entr'aide ne peut être exigée des médecins qu'en vertu d'une loi spéciale, et réclame cette loi, ce en quoi nous l'approuvons hautement.

Concluons donc en constatant que le dialogue s'amorce et que le voile se lève. Nous demandons seulement qu'on ne s'arrête point en si bon chemin.

Une position syndicale intéressante sur la sécurité sociale.

Le Syndicat des Médecins des Ardennes a discuté, dans sa séance du 30 octobre 1946, un fort intéressant rapport sur l'évolution des Assurances Sociales.

Nous en détachons les conclusions suivantes :

Pour une Sécurité sociale vraiment efficiente, nous demandons :

1° *Que les malades aient voix au chapitre pour toutes les questions qui les intéressent ;*

2° *Dans l'intérêt des malades, plus de souplesse dans le contrôle de la longue maladie, Il faut en particulier que l'expert soit désigné par le Syndicat ou l'Ordre, et non par le Directeur Régional de la S. S, ceci entre autres choses ;*

3° *Le respect absolu du secret professionnel et la répression des infractions en cette matière. Il n'est pas juste de créer des tribunaux uniquement pour les médecins ;*

4° *L'aménagement du régime de l'entente préalable ;*

5° *Sur le plan des tarifs, le retour au régime antérieur. En attendant, ne craignons pas de suivre, en cette matière, les seules directives de notre conscience. Mais les dépassements de tarif ne peuvent être qu'individuels, ils ne peuvent être l'objet d'une décision collective de la part du Syndicat, car cette décision serait nulle comme contraire à l'esprit de la loi ;*

6° *Enfin, sur le plan fiscal, l'application de la cédule de 16 %, l'abattement à la base de 60.000 francs, et la suppression de la patente. Il est inadmissible que nous ayions à payer une redevance simplement pour avoir le privilège d'assurer un service qui est devenu un service public !*

Nous n'arriverons à ces résultats qu'en nous groupant autour de nos dirigeants syndicaux. Prenons-y garde : devant les difficultés croissantes de l'exercice de la médecine bien des jeunes confrères risquent de se jeter au service des A.S. Nous voudrions que la Faculté, à côté de la déontologie, enseignât aux futurs médecins la conception du syndicalisme, ou tout au moins la notion de la solidarité entre confrères. Il ne faut pas que demain des médecins qui ont peiné toute leur vie se voient mis en danger par de jeunes confrères découragés au seuil de la profession.

Oui, les sulfamides font des prodiges...
Oui, la penicilline fait des miracles...

... cependant le vieux

NÉOL

a conservé ses modestes mais classiques propriétés

en **gargarismes** dans les angines
en **lavages** dans les affections et les ulcérations bucco-pharyngées

LABORATOIRES BOTTU
115, Rue Notre-Dame-des-Champs, PARIS VI°

Eubine

MIEUX QUE LA MORPHINE SANS SES INCONVÉNIENTS

ANALGÉSIQUE. ANTISPASMODIQUE
SÉDATIVE. HYPNOTIQUE
CHL DE DIHYDROOXYCODÉINONE
TABLEAU "B"
AMPOULES. CACHETS. SUPPOSITOIRES

LABORATOIRE J. KŒHLY
R. LÉPICE. DOCT. EN PHARMACIE
18, RUE DE MÉNILMONTANT, PARIS (XX°)
TÉLÉPHONE : MÉNILMONTANT 63-95

Malheureusement, le syndicalisme est facultatif, et on ne peut demander au jeune docteur de s'inscrire chez nous en sortant de la salle des thèses. Qu'à cela ne tienne. Il existe un organisme qui, lui, est obligatoire : l'Ordre des Médecins. Nous voudrions qu'il se fît le défenseur de la grande Famille Médicale, le guide des jeunes confrères. Que ceux-ci n'oublient pas qu'ils ne seront pas toujours des débutants, et qu'après des années d'asservissement aux Caisses, ils pourront se voir rejeter comme un bagage encombrant !

En terminant, nous souhaitons étudier la signature de conventions dès que la discipline syndicale nous en donnera la possibilité ; nous devrons veiller à inclure, dans ces conventions, des garanties réelles. Mais préalablement, nous désirons que l'on tienne compte de nos observations.

Alors seulement, si nous avons perdu la notion d'être des Français d'élite, nous aurons au moins le sentiment d'être des Français comme les autres !

Cette déclaration, fort nuancée, exempte de pathos, pleine, au contraire, de fermeté sereine, pourrait être proposée en exemple à l'ensemble des Syndicats Médicaux.

LES BEAUTÉS DE LA TARIFICATION DE SÉCURITÉ SOCIALE.

Nous avons reçu de la Fédération départementale des Syndicats médicaux du Tarn la lettre suivante :

« Incohérence des décisions de la Commission Nationale d'Homologation », disions-nous au lendemain de la décision du 4 octobre qui relevait les tarifs des départements n'ayant pas signé de Convention.

Que penser aujourd'hui à la lecture de la lettre émanant du service des Assurances Sociales du Ministère du Travail et d'après laquelle, parce que nous avons dénoncé la Convention, nous sommes prévenus qu'en guise de pénalisation, on nous imposera un tarif d'honoraires supérieur à celui prévu à la Convention ?... Cette augmentation nous était antérieurement refusée, sous le régime de la Convention...

Nos confrères n'ont pas manqué de conclure selon la plus saine logique ; « Le seul moyen d'être favorisé, c'est de faire obstacle à la loi. »

Au cours d'une visite à Toulouse, un des plus hauts dignitaires des Assurances Sociales a manifesté, nous a-t-on dit, son étonnement de l'incompréhension des dirigeants des Syndicats médicaux.

Hélas ! ceux qui ont prêché la collaboration à la loi n'ont que trop compris. Ils n'ont pas été aidés, ni par les organismes de Sécurité sociale, ni par les divers rouages du ministère.

Somme toute, dans certains départements, l'expérience de la Convention laisse d'amers regrets. Qu'en pense Monsieur le ministre du Travail ?

Sur le fond de la question, tout le problème consiste à savoir si, au moment du renouvellement de la Convention, la Fédération du Tarn n'aurait pas pu obtenir un tarif supérieur non seulement au tarif de l'ancienne Convention mais même au tarif autoritairement fixé.

Il ne faut, en effet, comparer que des choses comparables.



D'un tarif autoritaire entrant en vigueur le 20 décembre 1946, il faudrait rapprocher un tarif conventionnel destiné à s'appliquer à compter de la même date, et non un tarif conventionnel débattu avant le 20 juin dernier, c'est-à-dire largement dépassé par la hausse du coût de la vie.

Qui signe les certificats prénuptiaux ?

Depuis, nous écrit un lecteur, que les certificats en vue du mariage doivent être rédigés après radio et examen de sang, les candidats se rendent docilement au dispensaire afin d'y subir un examen radioscopique... et ne reviennent plus chez le médecin traitant. Qui donc établit les certificats ? »

A n'en pas douter, c'est le médecin du dispensaire. Si celui-ci fait le service du dispensaire à temps partiel, il est inscrit au tableau et est apte à signer ces certificats. Par contre, s'il est « full time », et non inscrit au tableau, la chose paraît plus contestable.

En outre, de toutes façons, il commet une faute de déontologie en se substituant à un confrère.

A moins que les candidats au mariage négligent de dire qu'ils sont envoyés par leur médecin traitant. Ce qui est fort possible.

Les fantaisies de la nomenclature

Il a été décidé récemment, nous écrit un autre lecteur, que les spécialistes appelés en consultation par un confrère devaient se contenter de V × 1,5. A ce prix, ils ont à examiner un cas difficile, orienter ou rectifier un diagnostic, formuler un traitement, prendre des responsabilités. S'ils avaient vu un malade courant de leur clientèle, dont le cas ne présentait aucune difficulté, le prix eût été identique.

Par contre, s'ils sont appelés par le médecin-conseil de la Sécurité Sociale pour assister à la visite de contrôle en vue d'une admission à la longue maladie, ils auront droit à V × 1,5 × 2. C'est généralement l'affaire de cinq minutes pour se mettre d'accord, et le prix est doublé.

Comprenne qui pourra la logique de la Nomenclature. L'abus de tarification aboutit à l'incohérence. Mais n'a-t-on pas remarqué aussi que l'abus de réglementation aboutit à l'anarchie ?

Que deviennent nos voitures ?

Nous voulons dire celles qu'une fallacieuse administration nous promet sans cesse et ne nous livre jamais. Elles sont exportées, nous le savons, mais à quelles conditions ? Un de nos lecteurs nous adresse une information qu'il a cueillie dans un journal de l'Ouest.

ne manquent pas
HORMOCRINOL
♀ F et ♂ M
Médication Thyro-génitale
associée aux électrolytes activateurs
PHOSPHORE et POTASSIUM
TROUBLES DU MÉTABOLISME
RHUMATISME ENDOCRINIEN
TROUBLES GÉNITAUX ET CIRCULATOIRES
6 à 8 comprimés par jour
GOSSYPIOL
MAURIN
16 DRAGÉES en deux jours
déterminent les règles et calment les douleurs
Laboratoires JAMMES, 86, r. Michel-Ange, Paris

PHENEGIC
PAQUETS - COMPRIMÉS
A base de PHÉNOTHIAZINE
actif contre :
OXYURES - ASCARIS
L'EQUILIBRE BIOLOGIQUE S. A.
(Association Technique Pharmaceutique et Equilibre Biologique réunis)
à COMMENTRY (Allier) R. C. Montluçon 10416 B

PERVOSINE
GOUTTES
A base de plantes indigènes fraîches
Médication générale contre :
TROUBLES de la CIRCULATION

Chaque mois, paraît-il, une quinzaine de Peugeot et une centaine de Renault sont débarquées à New-York. Elles s'y vendent aux prix respectifs de 1.575 $ (189.000 fr.) et 1.450 $ (174.000 fr.).

Les Américains sont stupéfiés par la petitesse de ces voitures et leur font un succès de curiosité. Même ils les achètent... et c'est à notre tour d'être stupéfiés, sachant que le prix actuel d'une Chrysler Royal est de 1.353 $, d'une Buick de 1.250 $, d'une Packard six de 1.510 $, d'une Ford de luxe de 995 $.

Ce qui tendrait à établir que, lorsque la construction indigène aura achevé sa « reconversion », il restera probablement des autos en France pour les Français.

Pourquoi s'affilier à la « MUTUALITE FAMILIALE ? »

Parce qu'il faut prévoir les revers du sort : la maladie. l'accident.

Parce qu'une société purement confraternelle est plus libérale et plus compréhensive qu'un vaste organisme nationalisé.

Parce que son budget est grevé de moins de frais généraux.

Parce qu'elle n'a pas le souci de faire des bénéfices.

Demandez la documentation concernant les indemnités journalières (jusqu'à 300 francs par jour), 37, RUE DE BELLEFOND, PARIS (9e).

CORRESPONDANCE

APPLICATION DU TARIF DES ASSURANCES SOCIALES

4913. — Fractures de côtes.

Je soigne actuellement un blessé du travail. Fracture d'une côte par chute sur une petite bûche.

Je cherche dans le tarif, je n'y vois pas la fracture de côte ou côtes, qui était jusqu'à présent dans tous les tarifs.

Je sais qu'une fracture de côte unique, les deux côtes sus et sous-jacentes faisant attelles, peut à la rigueur s'arranger toute seule, chez nos paysans, mais quand il y a plusieurs côtes fracturées?

Je mettais toujours la bande de diachylon de 1 m. 50 que je ne trouve plus d'ailleurs et le blessé bien maintenu continuant à circuler était guéri dans les quinze à vingt jours.

En cas de fractures de côtes multiples, je devrais donc faire hospitaliser les blessés.

Dr B.

Réponse :

A la deuxième séance de la Commission permanente (voir dans le Concours Médical *du 11 septembre* 1946) *il fut déclaré que le mot thorax est suffisant comme comprenant implicitement* la fracture de côte. *Il s'ensuit qu'en ce cas, on doit compter K 4 (page* 11, *B.).*

Dr F. DECOURT.

THÉRAPEUTIQUE **ACIDE** DE LA PEAU

DERMACIDE

pH 3,6

Liquide — Pain

VITA-DERMACIDE

Pâte acide **grasse**

soluble à l'eau

LABORATOIRES PORCHER, 35, R. Blancs-Manteaux, PARIS-4e

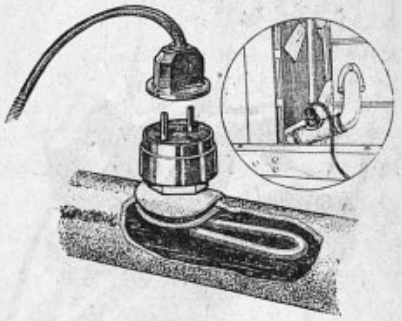
EN HIVER...

LES DÉPARTS EN AUTO

sont instantanés, avec un moteur chaud grâce au

PRÉCHAUFFEUR ÉLECTRIQUE DE NUIT

GULF STREAM



Petite voiture (— 13 CV) 490 frs

Voiture moyenne (+ 14 CV) 590 frs

Indiquer Voltage : 110 ou 220

Pose facile dans la durite inférieure

★

P.-J. GIGNOUX, Constructeur

76, Rue Tronchet — LYON

A PARIS, S.P.L. 65, Rue Bayen, 17e

QUESTIONS DIVERSES

5101. — Le certificat prénuptial.

La question du certificat prénuptial amène des situations regrettables. Pour la grève des carnets de réformés de guerre, certains l'ont faite, d'autres se sont abstenus. Résultat : ceux qui ont suivi les ordres reçus ont vu leurs clients passer aux cabinets de médecins moins rigoristes. Il va en être de même pour les certificats prénuptiaux. Lors de la récente réunion de notre Cercle de X... un confrère signala que parmi ses clients candidats au mariage, cinq auxquels il demandait d'aller au dispensaire (pour radio et prise de sang [où chez un radiographe]) n'y trouvant aucun plaisir, sont allés chez un médecin voisin qui leur délivra les certificats sans demander ces examens. Le confrère incriminé étant présent, confirma sans aucune gêne, déclarant que les dits examens n'étaient pas obligatoires. Une discussion s'engagea, des opinions divergentes furent émises et la conclusion fut qu'une loi rend le certificat obligatoire, mais qu'en ce qui concerne la prise de sang et la radioscopie, ces examens n'étant prescrits que par un arrêté ministériel, ils ne sont pas obligatoires.

Cette semaine, deux couples étant venus à mon cabinet, j'ai pratiqué de façon différente pour chacun d'eux, vu l'incertitude où je me trouvais.

Pour l'un qui montrait une répugnance aux examens j'ai délivré des certificats, disons « ancien modèle » sans parler ni de radio, ni de prise de sang.

L'autre couple acceptant de se rendre au dispensaire (ailleurs les frais seraient trop élevés) je les y ai adressés. C'était les premiers qui consentaient à perdre une journée entière pour s'y rendre. Or, si le fiancé a pu obtenir les deux examens, la fiancée, elle, n'a pu avoir que la radioscopie. En effet, au dispensaire, une jeune infirmière a essayé de lui faire aux deux bras une prise de sang (veines convenables) mais n'y parvenant pas, elle déclara « je débute, je n'ai pas l'habitude, tant pis allez vous en ».

Avouez qu'en ce qui me concerne, pour un début, (moi aussi) cela ne m'encourage guère à adresser au dispensaire d'autrres candidats au mariage. J'estime que, devant l'échec, la jeune candidate aurait dû être adressée au médecin du dispensaire ou à l'hôpital pour que la prise de sang soit faite. De plus, je trouve curieux qu'une loi réservant les prises de sang aux médecins, celles-ci soient pratiquées dans des dispensaires par des débutantes, *en absence de tout médecin*, sans la moindre surveillance. Attention aux phlegmons du bras, lorsque la même infirmière débutera dans les mêmes conditions les intraveineuses de cyanure de mercure, le pain quotidien des dispensaires.

Il est surprenant qu'une loi édictée par l'Etat, soit transgressée dans de semblables conditions dans des établissements dépendants du dit Etat.

Je sais que ce n'est pas un cas unique, puisque j'ai lu dans le *Concours Médical* des articles de confrères signalant des accidents graves après injections intraveineuses pratiquées sans surveillance médicale, c'est à la suite d'entorse à la loi. Je n'apporte qu'un cas de plus.

Dans la région la spécificité héréditaire, sans parler de l'autre, amène de nombreuses interruptions de grossesse ou la naissance d'infirmes. Je trouve très opportuns les examens prescrits, mais il faudrait que tous les médecins aient la même ligne de conduite ; il est important de savoir si oui ou non ces examens





sont obligatoires. Je vous prie en conséquence de bien vouloir me fixer à ce sujet.

Dr B.

Réponse

L'ordonnance du 2 novembre 1945 sur la protection maternelle et infantile a modifié l'article 63 du Code civil et décidé que l'officier de l'Etat civil ne pourrait procéder à la publication du mariage, ni, en cas de dispense de publication, à la célébration du mariage, qu'après remise par chacun des futurs époux d'un certificat médical, datant de moins de deux mois, attestant, à l'exclusion de toute autre indication, que l'intéressé a été examiné en vue du mariage.

La même ordonnance a modifié l'article 169 du Code civil et décidé que le Procureur de la République pourrait dans des cas exceptionnels dispenser les futurs époux, ou l'un deux seulement, de la remise du certificat médical. De même, le certificat médical n'est exigible d'aucun des futurs époux en cas de péril imminent de mort de l'un d'eux prévu au deuxième alinéa de l'article 75 du Code civil.

Enfin, suivant l'article 6 de l'ordonnance du 2 novembre 1945, au cours de l'examen prénuptial, l'attention du médecin doit se porter particulièrement sur les affections contagieuses ou chroniques susceptibles d'avoir des conséquences dangereuses pour le conjoint ou la descendance.

Le médecin ne doit délivrer le certificat prévu par l'article 63 du Code civil qu'au vu du résultat :

1° *D'un examen radioscopique, et éventuellement radiographique effectué par un dispensaire public ou par un médecin agréé à cet effet ;*

2° *D'un examen sérologique effectué par un laboratoire agréé.*

Le médecin doit communiquer ses constatations à l'intéressé et lui en signaler la portée. Dans les cas graves, il doit lui confirmer cette communication par écrit.

Enfin, l'article 6 ajoutait qu'un modèle de certificat prénuptial serait établi par arrêté du ministre de la Santé publique. Un premier arrêté du 15 avril 1946 a fixé comme suit la formule du certificat prénuptial :

« Je soussigné, Docteur en médecine..... certifie avoir examiné en vue du mariage :

Mademoiselle ..... (1)
Madame .....
Monsieur .....

Avant de délivrer le présent certificat, je déclare avoir pris connaissance des résultats des examens :

1° *Radioscopique ou radiographique* (1) *effectué par le dispensaire public de*..... (3) *ou par le Docteur*...(2) *médecin agréé à cet effet ;*

2° *Sérologique effectué par le laboratoire agréé de*..... (3) ;

et avoir fait part à l'intéressé de mes constatations et des conséquences que peut avoir son état de santé sur lui-même, sur la santé de son conjoint ou sur la santé de ses descendants.

A....., le.....»

(1) Rayer la mention inutile.
(2) Indiquer le nom du médecin.
(3) Indiquer le dispensaire ou le laboratoire.

Un nouvel arrêté ministériel du 14 septembre 1946 a modifié ce texte et lui a substitué le modèle suivant :

LA CAISSE D'ESCOMPTE MÉDICO-PHARMACEUTIQUE (C.E.M.P.)
13, Rue Auber, PARIS (IXe)

Règle *immédiatement* toutes les notes d'honoraires *d'Accidents* du *Travail.*

Taux d'Escompte 10 % (dix pour cent) du montant des notes.

Demander Imprimés et documention à la **C. E. M. P.**
13, Rue Auber, **PARIS** (IXe) — Tél. : **OPÉra 56-13**

BAUME THOMAS
Douleurs de la première dentition

Véritable Huile de Haarlem G. de Koning Tilly
Cachets Pachaut - Valériane Pachaut - Phosphogène Pachaut - Terbinthiol

Laboratoires THOMAS, 2, rue Ste-Cécile, 31, Fg Poissonnière, PARIS (9e)

« *Je soussigné, Docteur en médecine..... certifie avoir examiné en vue du mariage :*

Mademoiselle .....(1)
Madame .....(2)
Monsieur.....

Avant de délivrer le présent certificat, je déclare avoir pris connaissance des résultats des examens :

1° *Radioscopique ou radiographique* (1) *effectué par le dispensaire public de*..... (2) *ou par le Docteur*..... (3) *médecin agréé à cet effet ;*

2° *Sérologique effectué par le laboratoire agréé de*..... (2)
et avoir fait part à l'intéressé de mes constatations.

A....., le..... »

(1) Rayer la mention inutile.
(2) Indiquer le dispensaire ou le laboratoire.
(3) Indiquer le nom du médecin.

L'obligation pour les médecins, de délivrer des certificats prénuptiaux après un examen radioscopique ou radiologique et après un examen de laboratoire, résulte donc, non d'un arrêté ministériel, mais d'une disposition précise de la loi, dont l'arrêté ministériel n'a fait que fixer les modalités d'application.

Les médecins sont donc tenus de respecter la loi et de délivrer leurs certificats dans les conditions prévues par l'arrêté ; mais, aucun texte n'a dit par qui devait être agréé le médecin chargé de pratiquer l'examen radioscopique ou radiologique, ni le laboratoire d'analyses. En fait, l'administration n'ayant donné aucune directive à ce sujet, la plus grande anarchie règne encore actuellement.

DEMANDES & OFFRES

N° 795. — A vendre, cause double emploi : 1° Potter, négastocope, chauffe-bain, révélateur. etc. ; 2° Poupinel neuf.

N° 796. — Parente méd. 35 a., dipl. C.R.F., prat. hop., cherch. direct. ou sous-direct, clinique, mais. repos, secret. infirm. chez méd. ou chir. Région Marseille-Menton.

N° 797 — A céd Anjou, p. rais. santé t. b. poste méd. génér.

N° 798. — Bon poste I.-et-L., proxim. gr. ville, mais. agréable. Bail. Urgent.

N° 799. — J. méd., marié, 1 enf., désire remplacement long. durée avec ou sans reprise, préf., Bourgogne. Ecr. journ. qui transm.

N° 800. — Méd. 45 a. ayant dipl. médec. indust. cherche place dans entreprise. Ecr. journ. qui transm.

N° 801 — Ach. Simca 5 ou Rosengart Super 5, même mauv. état. Lemée, 87, rue Général Buat, Nantes.

N° 802. — A vendre au plus offr. : 1° appareil diathermic Piquet ; 2° 1 grand appareil ray. U. V. Gallois. Le tout parf. état. Ecr. journ. qui transm.

N° 803. — Cède, état neuf, ou peu usagé, instruments chirurg., gynécol., stérilisateur, micrisc. Leitz. immersion. Ecr. journ. qui transm.

N° 804. — Doct. 50 a., lég. d'h. désire aff. méd. ou paraméd. Paris ou banlieue imméd.

N° 805. — Docteur expérimenté accepter. remplacement médecine générale, dans un rayon 400 km. de Paris. Ecrir. journal qui transm.

N° 806. — Etudiant demande à acheter traité d'anatomie de Rouvière.

N° 807. — A vend., dispon. courant décembre : 1° installation radiolog. Casel à une soupape avec pupitre de commande ; 2° table bascul. avec tube autoprotecteur neuf et écran Superluménix 40 × 40. L'ensemble en parf. état de marche. Ecr. journ. qui transm.

N° 808. — Remplaçant est demandé pour longue durée, clientèle rurale, Manche.

Gérant : MIGNON Février 1879
Lang, Blanchong et Cie, 30, rue du Poteau - Paris (18e). — 31.1040
Dépôt légal : N° 8 4e trimestre 46

Eczéma
CUROZEMA
9 Dragées par jour
OPOSÉROTHÉRAPIE VALTRY
LABORATOIRE BIOLOGIQUE VALTRY
46, Rue St Didier Paris-16e
FORMULE INFANTILE :
Pédiozema
GRANULÉ

Maladies du Foie et des Voies biliaires
PANBILINE
Pilules
Auto-intoxication intestinale — Constipation
RECTOPANBILINE
Suppositoires
Anémies — Convalescence
HEMOPANBILINE
Comprimés
Lab. du Dr PLANTIER, à Annonay (Ardèche)

CALMOPELVINE
Dragées
ANTISEPTIQUE URINAIRE
LABORATOIRES FERGANT
81, Rue Réaumur, PARIS - Tél. : Central 37-91

ARHEMAPECTINE

GALLIER

Prévient et arrête les HEMORRAGIES de toute nature

Laboratoire R. GALLIER, 1 *bis*, Place du Président-Mithouard, PARIS (7e)

INTESTARSOL

Granulé

TOXI INFECTION INTESTINALE

PARASITOSES

Laboratoire H. CALAS
162, Rue de l'HAY
GENTILLY (Seine)

AMP. 5cc à 10% I.V.
AMP. 2cc à 2% I.M.
TABLETTES de 2grs.

GLYCOSTHENE

Solution de glycocolle

PATHOLOGIE MUSCULAIRE
CARENCES ALIMENTAIRES
TROUBLES VASO-MOTEURS des EXTREMITES

Pub S.B.

LABORATOIRES DU **MYORAL** 3 rue S'Roch PARIS

E.C.D

HYPERCHLORHYDRIE
— HYPERACIDITÉ —
DYSPEPSIES ACIDES

SEL DE HUNT

Granulé AGRÉABLE au goût, se prend délayé dans l'eau par cuillerées à café

PAR LE PARFAIT DOSAGE DE SON SEL ALCALIN **NEUTRALISANT** ET DE SES SELS NEUTRES **ABSORBANTS** ET **SATURANTS**, IL **SOULAGE** D'ABORD, PUIS **RÉGULARISE** ET **NORMALISE** LA SÉCRÉTION HYPERACIDE

LABORATOIRES ALPH. BRUNOT, 16, rue de Boulainvilliers, PARIS-16e

Boldolaxine

LABORATOIRE EMILE CHARPENTIER
7, RUE DU BOIS DE BOULOGNE PARIS. XIVe

LYSATS VACCINS du Dr DUCHON

GYNÉCO VACLYDUN



LYSAT VACCIN POLYVALENT EN AMPOULES DE 2 cc
VOIE BUCCALE OU SOUS-CUTANÉE
Injections de 1 cc les premiers jours, 2 cc ensuite

Laboratoires CORBIÈRE, 27 R. Desrenaudes PARIS (XVIIe)

Toutes les indications du Calcium et de la Vitamine D

ULTRACALCIUM

PHOSPHORE CALCIUM VITAMINE D

RECALCIFIANT COMPLET ET ÉQUILIBRÉ

EN COMPRIMÉS OU DRAGÉES A CROQUER

LABORATOIRES DEROL, 66 bis RUE St DIDIER. PARIS 16e

On désinfecte avec le

FUMIGATOR GONIN



60, Rue Saussure
PARIS (17e)

68e ANNÉE — N° 50 — 14 DÉCEMBRE 1946

LE

CONCOURS MÉDICAL

37, RUE DE BELLEFOND - PARIS (9e) - TRU 33-66

379-384

SOMMAIRE

PARTIE SCIENTIFIQUE.

Dystrophie infantiles. Meilleure connaissance des causes (Dr Germain Blechmann) 1.531

Le traitement physiothérapique des infections rhinopharyngées (Dr Baulande) 1.535

Coryza spasmodique vasomoteur et rhinoerythroedème médicamenteux chez l'enfant Dr Albéric Boudry) 1.537

Les Livres, 1.536. — Les Sociétés Savantes, 1.538. — La Presse, 1.542.

PARTIE PROFESSIONNELLE.

Propos du jour : Les propos pessimistes d'un Prix Nobel (G. Lavalée) 1.545

Organisation professionnelle : La toute dernière législation des accidents du travail (P. Douriez) 1.547

L'immoralité anti-nationale et anti-scientifique de la fiscalité médicale (Dr Jean Gallois 1.550

Pages sans médecine : Livres 1.553

Chronique financière 1.554

DEMI-COLONNES.

Dernières nouvelles, 1.521. — A travers l'Officiel, 1.524. — Echos et Commentaires, 1.557. — Correspondance, 1.560.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS — BIBLIOTHÈQUE

DIGITALINE NATIVELLE

AFFECTIONS RHINO-PHARYNGÉES
BIPHEDRINE
AQUEUSE-HUILEUSE
GOUTTES
Laboratoires du Dr BOUCHARA
47, Rue de Bretagne PARIS 3e

Toux — Coqueluche
ÆTHONE
Laboratoire de l'ÆTHONE 36, rue Boissonnade, PARIS

Association Iode et Cttrate de Soude
(Pilules)
IODOCITRANE
Artériosclérose, Hypertension
Scléroses, Ménopause
Labor. SCIENTIA
Dr PERRAUDIN
21, rue Chaptal, PARIS

Equilibre Phospho-calcique
TRICALCINE
Granulés IRRADIÉE Cachets
RECALCIFICATION de l'ORGANISME
Lab. SCIENTIA - Dr PERRAUDIN
21, rue Chaptal, PARIS

NATIBAÏNE NATIVELLE

ANEMIES

Ampoules buvables

Une ampoule avant chaque repas

HEPAMINE MAUCHANT

Acides aminés Hématogènes

Comprimés

Quatre comprimés avant chaque repas

LABORATOIRE MAUCHANT
GENNEVILLIERS (Seine)

LABORATOIRE CORBIÈRE, PARIS



SERUM ANTI-ASTHMATIQUE DE HECKEL

AMPOULES de 5cc adultes. 2cc enfants. Injection sous cutanée indolore

---

Sulfamidothérapie

SO²NH²

1162. F.

Néo-Coccyl

Comprimés
Crayons Chir.
Crayons Gyné.
Bougies
Mèches
Ovules

NH²

Laboratoires du Dr PILLET - 222, Bd Péreire, PARIS
ETOile 40-15 — Service de garde MOLitor 58-85

SARCOPTOL

LOTION (Formule d'avant-guerre) GALE - PARASITOSES DIVERSES } PITYRIASIS - SÉBORRHÉES, etc. }

POMMADE ECZÉMAS - PRURITS - ACNÉS - FURONCULOSES } DÉMANGEAISONS - TOUTES DERMATOSES }

LASSA - 31, RUE CHARDON-LAGACHE - PARIS 16e

LABORATOIRES DE SPÉCIALITÉS S.A. LASSA

DERNIÈRES NOUVELLES

Université de Paris.

M. le Pr Hyacinthe VINCENT, membre de l'Institut et de l'Académie de Médecine, ancien président de l'Académie des Sciences, a été nommé *docteur honoris causa* de l'Université de Bruxelles. Cette haute faveur, qui n'est qu'exceptionnellement conférée, lui a été attribuée au titre de représentant de la médecine française.

La cérémonie officielle de la remise de ce diplôme par les délégués, membres de l'Université, a eu lieu à l'Ambassade de Belgique le vendredi 22 novembre, à 16 heures, sous la présidence de S.E. M. l'Ambassadeur.

Faculté de médecine de Paris.

CONFÉRENCES D'ACTUALITÉS PRATIQUES.. — La Faculté de Médecine organise une série de conférences d'actualités pratiques qui auront lieu à 20 h. 30 et 21 h. 30 au grand amphithéâtre de la Faculté, les mardi et vendredi de chaque semaine, pendant les mois de janvier, février et mars. Ces conférences destinées à tous les médecins, comprendront des sujets de médecine, de chirurgie, d'obstétrique et des spécialités susceptibles d'intéresser tous les praticiens.

La première conférence aura lieu le 14 janvier à 20 h. 30. Elle comprendra deux exposés : L'un du doyen Binet, sur la réanimation, la lutte contre l'asphyxie, l'oxygénothérapie et le poumon d'acier ; l'autre du Dr Tzanck sur l'état actuel de la question des groupes sanguins, les indications, les résultats et les accidents de la transfusion sanguine. Le programme complet sera indiqué ultérieurement.

VALIDATION DE STAGE. — Les élèves de 4e année remplissant les fonctions d'interne ou d'externe non nommés au concours devront cesser ces fonctions le 28 février 1947. Ils devront s'inscrire au guichet 5 pour accomplir les stages de dermatologie et d'obstétrique obligatoires avant la 16e inscription. Aucun de ces stages ne sera reporté en 5e année.

La réunion d'Amitié Francaise du 13 nov. 1946.

Le 13 novembre 1946, le Groupe international de l'Amitié Française, sous la présidence de Stanislas FUMET, a entendu à Cité-Club plusieurs médecins exposer les résultats de leurs missions à l'étranger : Dr J.-A. HUET, le Congrès international de Médecine d'urgence à Lisbonne et le Comité France-Portugal ; Dr BLECHMANN, le gaullisme au Portugal ; Dr G. GODLEWSKI, visite au Brésil ; Pr J. SENÈQUE, mission aux U.S.A. et au Pérou.

Cours de Prévention, année 1946-1947.

Un cours de *prévention*, à l'usage des ingénieurs, commencera le lundi 25 novembre 1946, à la Salle des Fêtes de la Chambre de Commerce, 2, place de la Bourse, Paris.

Leçons et exercices seront groupés en trois sessions de six jours chacune, les sessions s'échelonnant du 15 novembre au 15 février.

Le Concours Médical

Hebdomadaire fondé en 1879 par A. Cézilly.
Directeur honoraire : Docteur J. NOIR.
Directeur : Dr G. LAVALÉE.
Rédacteur en Chef : Dr G. FISCHER.
RÉDACTION, ADMINISTRATION ET PUBLICITÉ, 37, rue de Bellefond, Paris (9e).
Téléphone : TRU 33-66. R. C. Seine 76.579.
Chèques postaux, Paris 167-95.
ABONNEMENTS
1 an, 400 francs (600 *fr. à compter du 1er janvier* 1947). Etudiants, 200 fr. Le No 15 fr. Changement d'adresse, 10 francs.

RECTOCALCIUM
CALCITHÉRAPIE INTENSIVE PAR VOIE RECTALE
SUPPOSITOIRES ADULTES
1 gr. de gluconate de chaux
SUPPOSITOIRES ENFANTS
0 gr. 50 de gluconate de chaux
Toutes les indications du Calcium
Tolérance et assimilation parfaites
Aucun des inconvénients de la Voie parentérale
LABORATOIRE ROGER BELLON
LOUIS FERRAND
Ex-interne, Lauréat des Hôpitaux de Paris
Pharmacien-Gérant
(GAMBÉOL, ACTIPHOS, HÉMOPYLORE "3", GLOBIRON)
28bis, Avenue Marceau - PARIS (8e)

OXYURYL
VIOLET DE GENTIANE
Laboratoires A. MARIANI, 10, rue de Chartres - NEUILLY - PARIS

On s'inscrit au Siège du Comité français d'études *Prévention et Sécurité*, 23, rue de la Pépinière, Paris.

Droits d'inscription : pour l'enseignement complet, 2.000 fr. ; pour une session, 800 fr. ; pour une seule leçon, 125 fr. ; documentation, 750 fr. Réduction de 10 % pour les abonnés du Comité. Réduction spéciale pour les Etablissements prenant plusieurs inscriptions.

Programme des cours. — I. Cours de Prévention des Accidents du Travail et des Maladies professionnelles.

II. Cours de Prévention du Feu et Protection contre l'Incendie. (Répartis sur les trois sessions.)

III. Compléments (répartis sur l'ensemble des trois sessions).

Conférenciers : Dr THEIL, chef des Services techniques médicaux et conseiller technique du Comité, M. TROYON, ingénieur des Arts et Manufactures, et diverses autres personnalités.

Etudes de questions particulières : chauffage, éclairage, dépoussièrage. — Organisation de la manutention et des transports. — Etude détaillée de la protection de certaines machines-outils. — Facteur humain. — Législation, etc...

Syndicat des gynécologues français.

Le Syndicat des Gynécologues français groupe les médecins et chirurgiens-gynécologues et les gynécologues-accoucheurs qui, conformément au Statut des Spécialistes de la Confédération des Syndicats médicaux français, ont renoncé à la pratique habituelle de la médecine générale. Les demandes d'admission sont reçues par le secrétaire-général, M. le Dr Jacques COURTOIS, 1, rue Racine, à Saint-Germain-en-Laye (Seine-et-Oise) ou par les délégués régionaux du Syndicat.

Inspection médicale scolaire.

Un concours sur titres sera ouvert au plus tard dans le courant du mois de janvier 1947 pour l'admission à plusieurs postes de *médecins examinateurs scolaires à temps plein* dans le département de la Vienne.

Les candidatures peuvent être adressées dès maintenant à M. l'Inspecteur d'Académie, à Poitiers qui donnera toutes indications pour la constitution du dossier. Les candidats doivent remplir les conditions suivantes : 1° Posséder la qualité de Français et jouir de la plénitude des droits civils et politiques ; 2° Avoir satisfait aux obligations des lois militaires ; 3° Etre titulaire du diplôme d'Etat de docteur en médecine ; 4° Avoir moins de 65 ans. Les médecins examinateurs scolaires, qui sont tenus de consacrer tout leur temps à l'exercice de leurs fonctions, seront des agents départementaux contractuels.

Inspection médicale de la Haute-Savoie.

Un poste de médecin des Dispensaires antituberculeux est actuellement vacant en Savoie, avec résidence à Albertville. Le médecin nommé à ce poste devra renoncer à toute clientèle. Pour tous renseignements, s'adresser à la Direction départementale de la Santé, Préfecture de la Savoie, à Chambéry.

Le Comité national de l'enfance organise pour l'année 1946-1947 une série de conférences d'informations touchant la mise au point de la : « Législation sociale de l'enfance ». Les réunions se tiendront le mercredi à 17 h., au siège du Comité, 51, avenue Franklin-D. Roosevelt, Paris (8e).

Programme des conférences : Mercredi 18 décembre : M. DOUADY, Scolarité. — Mercredi 8 janvier 1947 : Dr BIZE, Apprentissage, Orientation professionnelle. — Mercredi 22 janvier : Dr HEUYER, Enfance déficiente. — Mercredi 5 février : Me Hélène CAMPINCHI, Enfance délinquante. — Mercredi 19 février : M. Justin GODART, Adoption. — Mercredi 5 mars : Pr COURCOUX, Fléaux sociaux (Tuberculose). — Mercredi 19 mars : Me Maurice GARCON, Fléaux sociaux (Alcoolisme). —

LES ÉTABLISSEMENTS JACQUEMAIRE à Villefranche (Rhône) RAPPELLENT LEURS PRODUITS diététiques

★ LA BLÉDINE
Aliment de préparation au sevrage. Farine complète et équilibrée.

★ LA DIASE CÉRÉALE
Bouillie maltosée fluide. Assimilation totale.

★ LE MALTOGIL
Extrait de malt sec rigoureusement pur. Puissant reconstituant.

LES LABORATOIRES DU GALACTOGIL à Villefranche (Rhône) RAPPELLENT LEURS PRODUITS pharmaceutiques

★ LE GALACTOGIL
Puissant galactogène. A base d'extrait de galéga.

★ LE PEPTOGIL
Spécifique des anaphylaxies protéiques (peptones gastriques et pancréatiques)

Dupuy

AÉROCID Aérophagie Aérocolie CACHETS ET COMPRIMÉS

AQUINTOL Coqueluche Toux spasmodique EN GOUTTES

HEP'ACTI anciennement HEPASÉRUM Méthode de Whipple et de Castle Tréphones embryonnaires amino-acides AMPOULES DE 10 cc

OPOCÉRÈS Simple et vitaminé Fortifiant biologique général AMPOULES BUVABLES COMPRIMÉS FRIABLES

LABORATOIRES DE L'AÉROCID
20, rue de Pétrograd, PARIS (9e)

Mercredi 2 avril : Dr CAVAILLON, Fléaux sociaux (Syphilis).

Les coupures de courant électrique.

Le *Syndicat national des chirurgiens français* vient d'adresser au Ministre de la Santé publique la lettre suivante :

Je me permets, au nom du Corps chirurgical français, d'attirer votre attention sur les graves conséquences, que peuvent avoir pour la santé publique, les coupures actuelles de courant.

Les cliniques chirurgicales privées ne semblent pas, en effet, devoir être prioritaires, et seront privées de courant deux jours par semaine.

Si l'on peut, à la rigueur, avoir un éclairage de secours du champ opératoire par batterie, il est par contre impossible de se servir des appareils de radiographie, aspirateurs, bistouris électriques, etc.

Les fractures ne pourront plus être correctement réduites sous écran, les corps étrangers ne seront pas localisés, les diagnostics radiologiques d'urgence pour les syndromes aigus de l'abdomen ne pourront être établis.

Au cours des interventions chirurgicales, l'aspirateur électrique ne pouvant plus fonctionner, le chirurgien se trouvera devant des difficultés accrues, d'autant plus que c'est surtout dans la chirurgie d'urgence que l'on utilise cet appareil.

Enfin, dans les journées sombres de l'hiver, la qualité des soins donnés aux opérés, dans des chambres mal éclairées, sera évidemment très inférieure à ce qu'elle doit être.

Il y a donc là un préjudice considérable causé aux malades chirurgicaux et je vous serais très reconnaissant de bien vouloir attirer l'attention de M. le Ministre de la Production industrielle sur la nécessité absolue de ranger les cliniques privées dans la catégorie prioritaire.

(*Communiqué*).

Association Générale des Médecins de France

A la suite de l'article *Réflexions d'un vieux médecin*, paru dans notre numéro du 31 août, regrettant que « les Associations et Sociétés Mutuelles ne puissent distribuer aux vieux médecins que des allocations temporaires et secours illusoires, trois cent cinquante francs au maximum », le Secrétariat de l'A.G. nous adresse la mise au point suivante : « Si l'aide apportée par l'A.G. est malheureusement peu importante en raison des circonstances actuelles, cette aide dépasse de beaucoup un secours de 350 fr. au maximum comme l'indique notre confrère, puisque, dans son cas, il pourrait percevoir un secours de 2.800 fr. auquel sa société locale viendrait apporter un complément. D'après les formules que nous sommes en train d'étudier, nous espérons d'ailleurs que ces secours vont pouvoir atteindre ou même dépasser prochainement une somme de 8.000 fr. par an ».

Naissances.

Nous avons le plaisir d'annoncer la naissance de *Philippe Aurand*, quatrième enfant du Docteur G. Aurand (Marseille) ; *Dominique Touvet*, quatrième fille du Docteur Touvet (Juvizy-sur-Orge, S.-et-O.) ; *Françoise Bonvarlet*, deuxième enfant du Docteur Bonvarlet (Courtalain, Eure-et-Loir).

Mariage.

Le docteur G. Fischer, rédacteur en chef du *Concours Médical*, fait part du mariage de son fils *Jacques Fischer* avec *Mlle Pierrette Bourdillon* (Marseille, 30 novembre 1946). Les fonctions d'officier de l'état civil étaient exercées par M. le Professeur D. Olmer, de la Faculté de Médecine de Marseille, un éminent collaborateur de notre journal.

Nécrologie.

Nous avons le regret d'annoncer la mort du Docteur *L. Fagart* (Neuville, Vienne) ; Docteur *Maurice Mazier* (Harnes, Pas-de-Calais).

Nous apprenons le décès à Perpignan de *Madame Léonie Denoyès*, née de Lamer, épouse du Docteur Joseph Denoyès, électro-radiologiste, et mère du Docteur Paul Denoyès, ophtalmologiste à Perpignan.

LE DÉFICIT EN CALCIUM ALIMENTAIRE
peut être comblé par
L'OPOTHÉRAPIE OSSEUSE
qui représente une méthode sûre de
RÉMINÉRALISATION

HOLOS
POUDRE D'OS OPOTHÉRAPIQUE VITAMINÉE
DESCHIENS, Docteur en Pharmacie, 9, Rue Paul Bandry - PARIS (8e)


ACOLITOL
TOPIQUE INTESTINAL
COLITES, ENTÉROCOLITES, INTOXICATIONS, INFECTIONS
LANCOSME, 71, Av. Victor Emmanuel III, Paris (8e)

Révulsif Fouchère
DEUX FORMES :
EMULSION : Adultes
POMMADE : Bébés, Enfants et Adultes à épiderme sensible
LABORATOIRES FOUCHÈRE
RIVE-DE-GIER (Loire)

TUBERCULOSE
VITADONE
INJECTABLE
Vitamines A et D physiologiquement [illegible]
BOITES DE 6 AMPOULES DE 2 cc
Chaque ampoule contient :
20.000 unités int. de Vitamine A
20.000 unités int. de Vitamine D
2 injections intra musculaires par semaine
Littérature aux Etablissements BYLA
28, avenue de l'Observatoire, à PARIS (14e)

A L'OFFICIEL TRAVERS

MEDECINE DU TRAVAIL.

Décret du 26 novembre 1946 portant application de la loi du 11 octobre 1946 relative à l'organisation des services médicaux du travail.

Article premier. — Des services médicaux du travail, qui devront être agréés par le ministre du Travail et de la Sécurité Sociale, seront organisés dans les conditions suivantes, dans les entreprises visées par l'article 1er de la loi du 11 octobre 1946.

.. ..

TITRE Ier. — Organisation générale, gestion des services et nomination des médecins

Art. 2. — Les chefs d'entreprises devront s'assurer le concours d'un ou plusieurs médecins du travail qui leur consacreront au moins un temps calculé à raison de :

Pour les entreprises commerciales, les offices publics et ministériels, les établissements relevant des professions libérales, les sociétés civiles, les syndicats professionnels et les associations de quelque nature que ce soit :

Une heure par mois pour un chiffre moyen de vingt salariés ;

Pour les entreprises industrielles :

Une heure par mois pour un chiffre moyen de quinze salariés ;

Pour les entreprises comportant des ateliers où s'effectuent des travaux nécessitant une surveillance spéciale :

Une heure par mois pour un chiffre de dix salariés exposés.

Des arrêtés signés par le ministre du Travail et de la Sécurité Sociale et le ministre de la Santé détermineront ces travaux spéciaux.

Art. 3. — Lorsque le temps, calculé suivant les indications de l'article 2, que devra consacrer le médecin à une entreprise déterminée, sera au moins de 150 heures par mois, le chef de cette entreprise sera tenu d'organiser un service médical autonome dirigé par un médecin à temps complet.

Au-dessous de cette limite, les employeurs devront, soit organiser un service médical autonome lorsque le chiffre de 500 prévu à l'article 4 ci-dessous ne sera pas atteint, soit s'affilier à un système inter-entreprises organisé dans les conditions prévues audit article 4 du présent décret.

Art. 4. — Lorsque, dans une localité, la totalité du personnel des entreprises assujetties aux dispositions de la loi susvisée atteindra le chiffre de 500 pour l'ensemble des entreprises qui ne disposent pas d'un service médical autonome, ces établissements devront se grouper en vue de la constitution d'un ou plusieurs comités inter-entreprises. Cette constitution s'effectuera suivant les modalités prévues par l'article 9, alinéa 2 du décret n° 45-2731 du 2 novembre 1945 en ce qui concerne, d'une part, les représentants des chefs d'entreprises (président du comité et ses suppléants) et, d'autre part, les représentants des salariés des entreprises qui possèdent un comité d'entreprise.

La représentation des salariés des établissements qui ne possèdent pas de comité d'entreprise sera assurée proportionnellement au nombre de ces salariés dans les conditions qui seront déterminées par un arrêté du ministre du Travail et de la Sécurité Sociale. Ces représentants seront obligatoi-

EVONYL
COMPRIMÉS DRAGÉIFIÉS
Composition
SYNERGIE VÉGÉTALE et OPOTHÉRAPIQUE
Indications
(Double action FOIE ET INTESTIN) Affections hépato-biliaires, Cholécystite, Ictère, Congestions hépatiques, Lithiases, Angiocholite, Constipation aiguë et chronique, Hypertension.
Posologie
2 dragées, tous les soirs, au repas.
Enfants : demi-dose.
LABORATOIRES FLUXINE
VILLEFRANCHE (RHÔNE)

SILYMAR
Spécifique de l'Hypotension et des troubles liés aux états parasympathicotoniques
2 à 3 pilules
avant chacun des deux repas
LANCOSME, pharmacien, 71, Avenue Victor-Emmanuel-III Paris-8e

GASTRHÉMA
Anémies — Anorexie
Hémogénie — Hypopepsie
GASTRHÉMA
Asthénie — 1 à 3 ampoules buvables par jour
Méthode de Castle — 17, Av. de Villiers, Paris-17e
GASTRHÉMA

rement choisis, sur proposition des organisations syndicales les plus représentatives, parmi le personnel intéressé et pris parmi les délégués du personnel s'il en existe.

En cas de désaccord sur la représentation respective des divers établissements, l'inspecteur du travail décidera de la répartition des sièges dans le comité inter-entreprises.

Art. 5. — Les médecins du travail devront consacrer au service médical inter-entreprises un temps de travail calculé en faisant application au total des effectifs des établissements affiliés des barèmes prévus à l'article 2.

Toutefois, un même comité inter-entreprises ne pourra employer plus de trois médecins, sauf dérogation autorisée par l'inspecteur du travail.

Art. 6. — Le service médical est placé sous la direction du chef d'entreprises ou du président du comité inter-entreprises. Toutefois, les modalités de la gestion de ce service pourront faire l'objet d'un accord entre : d'une part le chef d'entreprise ou le président du comité inter-entreprise et d'autre part, les comités d'entreprises ou inter-entreprises.

Le ou les médecins du travail attachés à l'entreprise ou à l'organisation inter-entreprises ne peuvent être nommés ou révoqués que par accord réalisé, suivant les cas, entre le chef d'entreprise et le comité d'entreprise de l'établissement ou entre les chefs d'entreprises et le comité inter-entreprises.

Art. 7. — Les frais d'organisation et de fonctionnement du service, ainsi que la rémunération du ou des médecins du travail, seront à la charge de l'entreprise lorsque celle-ci comportera un service autonome.

Dans les organisations inter-entreprises, les frais d'organisation et de fonctionnement du service ainsi que la rémunération du ou des médecins du travail seront répartis par les soins du comité inter-entreprises au prorata du temps que le médecin devra consacrer aux salariés respectifs des diverses entreprises suivant les barèmes indiqués à l'article 2.

Art. 8. — Le chef d'entreprise ou le président du comité inter-entreprises doit établir chaque année un rapport sur l'organisation, le fonctionnement et la gestion financière du service médical.

Ce rapport comprendra en annexe un rapport rédigé par le médecin, comme le prévoit l'article 18 du présent décret.

Le rapport financier et le rapport médical seront transmis, en double exemplaire, au comité d'entreprise ou inter-entreprises. Celui-ci les adressera, dans le délai d'un mois à partir de leur réception, à l'inspecteur du travail et au médecin inspecteur du travail dont dépend l'entreprise ou l'organisation inter-entreprises. Le cas échéant, les observations des comités d'entreprises ou inter-entreprises seront portées à la connaissance du médecin avant d'être transmises à l'inspection du travail.

.. ..

TITRE II. — Obligations des médecins du travail

Art. 10. — Visites d'embauchage. — Tout salarié fera obligatoirement l'objet d'un examen médical avant l'embauchage ou au plus tard dans les dix jours qui suivent l'embauchage. L'examen comportera une radioscopie pulmonaire.

Cette visite a pour but de déterminer : 1° S'il est médicalement apte au travail envisagé ; 2° Les postes qui lui conviendraient le mieux et ceux auxquels, du point de vue médical, il ne doit pas être affecté ; 3° S'il n'est pas atteint d'une affection dangereuse pour ses camarades de travail.

Au moment de l'embauchage, le médecin du travail établira : Une fiche d'aptitude destinée à l'employeur et qui devra être conservée par celui-ci pour pouvoir être présentée à l'inspecteur du travail ou au médecin inspecteur du travail.

Une fiche médicale dont le modèle sera fixé par

NAÏODINE Logeais

NORMALE A & B et SURACTIVÉE

NAIODINE + VITAMINE B1

3 formes

A	B	B forte
INTRAMUSCULAIRE	INTRAVEINEUSE	INTRAVEINEUSE
NaI 1 %	NaI 5 %	NaI 10 %
Vitamine B1 : 2 mgrs.	Vitamine B1 : 10 mgrs.	Vitamine B1 : 25 mgrs.
1 à 3 ampoules par jour	1 à 2 ampoules par jour	1 à 2 ampoules par jour



toutes algies - névraxites et séquelles névrites et polynévrites infectieuses et toxiques

LABORATOIRES JACQUES LOGEAIS - ISSY-LES-MOULINEAUX - PARIS

un arrêté signé par le ministre du Travail et de la Sécurité Sociale et par le ministre de la Santé Publique, toutes dispositions matérielles nécessaires étant prises pour assurer le secret médical et l'inviolabilité du fichier détenu par le médecin.

Une fiche médicale sera remise au salarié qui devra se présenter, muni de celle-ci, à toutes les visites ultérieures du médecin du travail de l'établissement, pour qu'y soient portées les observations successives et le résultat des examens complémentaires s'il y a lieu.

Les fiches médicales ne pourront être communiquées qu'aux médecins inspecteurs du travail, lesquels demeureront liés par le secret professionnel, en ce qui concerne toutes les indications portées sur la fiche qui ne seraient pas relatives à une affection professionnelle à déclaration obligatoire.

Le médecin du travail reste tenu au secret professionnel en ce qui concerne tous les actes médicaux accomplis par lui.

Art. 11. — Examens médicaux périodiques des salariés. — Tous les salariés seront obligatoirement tenus à un examen médical au moins une fois par an. Les sujets de moins de dix-huit ans le seront tous les trois mois.

En outre, le médecin se conformera aux différentes prescriptions relatives aux travaux dangereux.

De plus, les sujets exposés à un travail dangereux quelconque, les femmes enceintes, les mères d'un enfant de moins de deux ans, les mutilés et les invalides seront l'objet d'une surveillance spéciale, le médecin restant juge, pour ces cas spéciaux, de la fréquence des examens.

Art. 12. — Visites de reprises — Le médecin du travail n'est pas chargé d'exercer un contrôle sur les justifications d'ordre médical données par les salariés lors de leurs absences Ce contrôle est réservé aux médecins des caisses de sécurité sociale. Sous cette réserve, après une absence ayant duré plus de dix jours, pour cause de maladie professionnelle ou non ou en cas d'absences répétées, les salariés devront subir, lors de la reprise du travail, une visite médicale dans le but de mettre en évidence les rapports qui peuvent exister entre les conditions de travail et leur maladie et de pouvoir apprécier leur aptitude à reprendre leur ancien emploi ou la nécessité d'une réadaptation.

Art. 13. — Examens complémentaires — En cas de nécessité le médecin pourra demander des examens complémentaires (radiographie, examens hématologiques, etc.) lors de l'embauchage.

Ces examens seront faits aux frais de l'employeur.

Lors des examens périodiques, il pourra en être de même, mais seuls les examens complémentaires nécessités par le dépistage des maladies professionnelles seront à la charge de l'employeur.

Art. 14. — Le temps des examens médicaux sera pris sur les heures de travail des salariés sans qu'il puisse pour cela être effectué une retenue de salaire.

Le temps des examens complémentaires ci-dessus définis sera, soit pris sur les heures de travail sans retenue de salaire, soit rémunéré comme heure de travail normale.

Art. 15. — Soins — Au siège du service médical, le médecin du travail peut donner des soins aux salariés atteints d'accidents ou de maladies professionnelles donnant droit à déclaration obligatoire, lorsque ceux-ci n'entraînent pas la cessation du travail.

En aucun cas, le libre choix des salariés ne doit être entravé.

Il peut occasionnellement assurer certains soins prescrits par le médecin traitant, en accord avec lui et, exceptionnellement, délivrer une ordonnance pour une affection médicale bénigne.

Dans ce cas, la première feuille d'assurances sociales seule pourra être signée par lui et elle ne

OPOTHÉRAPIE ASSOCIÉE

PANCRÉPATINE
LALEUF
CAPSULES GLUTINISÉES

DIABÈTE

6 A 12 CAPSULES PAR JOUR
(AU COURS DES REPAS)
SUIVANT PRESCRIPTION MÉDICALE

LITTÉRATURE
LABORATOIRES LALEUF
51, RUE NICOLO, PARIS-16e

Jécol

L'auxiliaire
physiologique
du foie

LAB. JÉCOL, COURBEVOIE

CARDIALGINE
CAMPHO-SPARTEINE
COLLO-IODE • IODOTENSYL

Laboratoires DUBOIS
— R. DUBOIS, Docteur en Pharmacie —
52, rue Montesquieu, ASNIÈRES (Seine)
Téléphone : GRÉ. 03-42

pourra l'être qu'une fois. Elle portera la mention : « Consultation exceptionnelle donnée à titre gratuit ».

En cas de maladie professionnelle entraînant un arrêt de travail, le médecin du travail assurera la liaison avec le médecin traitant, à titre d'information, et pourra être appelé par lui en consultation au domicile du malade.

Art. 16. — Surveillance de l'hygiène des entreprises. — Le médecin est le conseiller de la direction, des chefs de services, du comité d'entreprise, du comité de sécurité et du service social en ce qui concerne notamment :

1° La surveillance de l'hygiène générale de l'entreprise, en particulier au point de vue propreté, chauffage, éclairage, vestiaires, lavabos, cantine, eaux de boissons ;

2° L'hygiène des ateliers et la protection des ouvriers contre les poussières et les vapeurs dangereuses et contre les accidents. Le médecin fera effectuer les prélèvements et analyses de produits nocifs qu'il estimera nécessaires, sauf recours de l'employeur à l'inspecteur du travail, qui décidera après avis du médecin inspecteur du travail. Les analyses seront effectuées aux frais de l'entreprise dans un laboratoire agréé par le ministère du Travail ;

3° La surveillance de l'adaptation des salariés au poste de travail ;

4° L'amélioration des conditions de travail, notamment les constructions et aménagements nouveaux, l'adaptation des techniques de travail à la physiologie humaine, l'élimination des produits dangereux, l'étude des rythmes du travail.

Art. 17. — Le médecin sera obligatoirement consulté pour l'élaboration de toute nouvelle technique de production

Le chef d'entreprise devra mettre le médecin du travail au courant de la composition des produits employés dans son établissement.

Le médecin du travail sera tenu au secret des dispositifs industriels et techniques de fabrication et de la composition des produits employés, ayant un caractère confidentiel ; mais ce fait ne saurait entraver la déclaration obligatoire des cas de maladie professionnelle.

Art. 18. — Le chef d'entreprise sera tenu de prendre en considération les avis qui lui seront présentés par le médecin du travail, notamment en ce qui concerne les mutations de postes, l'application de la législation sur les emplois réservés et les améliorations des conditions d'hygiène du travail.

En cas de difficulté ou de désaccord, il sera fait appel à l'inspecteur du travail, qui décidera après avis du médecin inspecteur du travail.

Outre les fiches prévues à l'article 10, le médecin rédigera un rapport annuel, suivant un modèle qui sera précisé par un arrêté du ministre du Travail et de la Sécurité Sociale et du ministre de la Santé Publique. Ce rapport sera annexé au rapport financier prévu à l'article 8.

Art. 19. — Le médecin du travail est tenu de déclarer tous les cas de maladies professionnelles dont il aura connaissance dans les conditions prévues par la législation en vigueur.

En outre, lorsqu'il s'agira d'une maladie professionnelle indemnisable, le médecin du travail remettra au malade :

1° Le modèle de certificat médical qui devra être rempli par le médecin traitant ;

2° Le modèle de la déclaration qu'il lui incombera de faire suivant la législation en vigueur.

TITRE III. — Infirmiers et infirmières

Art. 20. — Les entreprises devront s'assurer à temps complet le concours d'infirmières ou d'infirmiers diplômés ou ayant l'autorisation d'exercer, à raison au moins :

L'AEÏNE

CORTICO-SURRÉNAL + MALONYLURÉE

ANXIÉTÉ — ÉMOTIVITÉ — IRRITABILITÉ
et INSOMNIE

4 à 12 COMPRIMÉS PAR JOUR
ET + S'IL Y A LIEU. AUCUNE TOXICITÉ

LES PLUS HAUTES RÉFÉRENCES SCIENTIFIQUES ET HOSPITALIÈRES

Laboratoire de L'AEINE, 6, Place Clichy. — PARIS-9e

2

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

1° Pour les entreprises commerciales, les offices publics et ministériels, les établissements relevant des professions libérales, les sociétés civiles, les syndicats professionnels et les associations de quelque nature que ce soit : une infirmière ou infirmier pour 500 salariés et plus ; deux infirmières ou infirmiers pour 1.500 salariés et plus ;

2° Pour les entreprises industrielles : une infirmière ou infirmier pour 200 salariés et plus ; deux infirmières ou infirmiers pour 800 à 2.000 salariés ;

Au-dessus de 2.000 salariés, une infirmière ou un infirmier supplémentaire par 1.000 salariés.

. . . . . .

Art. 21. — Au-dessous de 500 salariés pour les entreprises non industrielles, de 200 salariés pour les entreprises industrielles, une infirmière ou infirmier diplômés ou ayant l'autorisation d'exercer pourra être adjoint au service médical si le médecin et le comité d'entreprise en font la demande. . . . . .

. . . . . .

Art. 23. — Dans chaque atelier où sont effectués des travaux dangereux, un membre du personnel recevra obligatoirement l'instruction nécessaire pour donner les premiers secours en cas d'urgence. . . . . .

TITRE IV. — Locaux et matériel

Art. 24. — Les locaux comprendront au moins :

1° Lorsque les visites médicales ont lieu dans l'entreprise.

Au-dessous de 500 salariés : deux pièces de 16 m2 chacune ;

Entre 500 et 1.000 salariés : trois pièces de 16 m2 chacune ;

Pour 1.000 salariés et au-dessus : une salle d'attente, un cabinet médical, une salle de pansements, chacune de ces pièces de 16 m2, trois cabinets de déshabillage (ensemble 4 m2), une petite salle de repos de 8 m2.

Lorsque le service sera suffisamment important pour occuper deux médecins à temps plein, il devra y avoir un second cabinet médical.

Les locaux devront comporter une installation d'eau courante, avoir un éclairage et un chauffage suffisant et être aménagés de telle façon qu'aucun bruit ne puisse gêner les examens médicaux ;

2° Lorsque les visites ont lieu dans un centre commun à plusieurs entreprises, ce centre comportera au moins l'ensemble prévu plus haut pour 1.000 salariés et au-dessus.

En outre, dans chaque entreprise, une pièce sera réservée à l'usage d'un poste de secours.

Art. 25. — Un matériel médical et pharmaceutique suffisant devra exister dans chaque établissement. . . . . .

TITRE V. — Dispositions générales

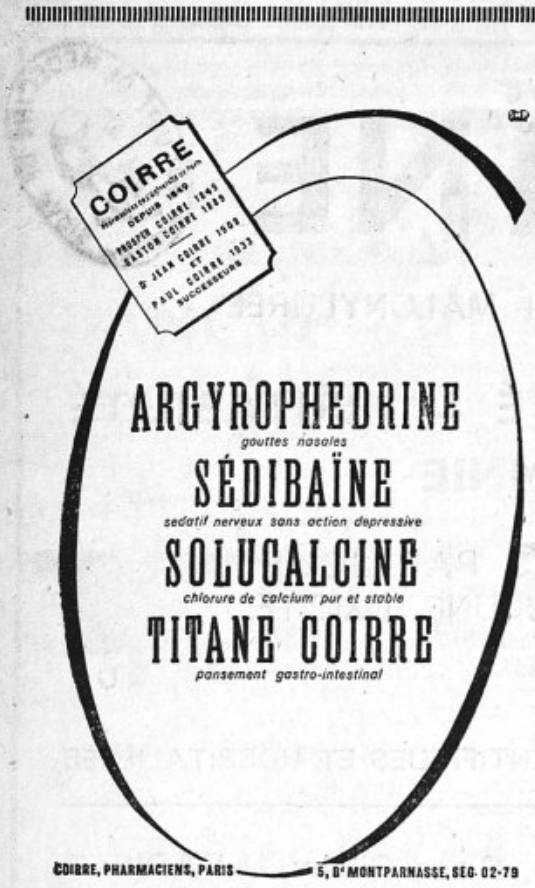
Art. 26. — A partir de la publication du présent décret, les services médicaux devront être organisés dans un délai de :

Deux ans pour les entreprises commerciales, les offices publics et ministériels, les établissements relevant des professions libérales, les sociétés civiles, les syndicats professionnels et les associations de quelque nature que ce soit ;

Un an pour les entreprises industrielles. Toutefois, pour les travaux nécessitant une surveillance spéciale, le délai ne sera que de six mois après la parution des arrêtés visés à l'article 2 du présent décret.

Art. 27. — Les services existant déjà dont la structure ne correspondrait pas aux dispositions édictées par la législation en vigueur devront se conformer aux règles susvisées dans un délai de six mois à partir de la publication du présent texte.

(« J. O. », 30 novembre 1946.)







PROVACS

(TRAITEMENT DES INFECTIONS FUSO-SPIRILLAIRES, SPIROCHETES ET BACTERIES ANAEROBIES DE LA FLORE BUCCO-DENTAIRE)

Vaccinothérapie des infections aiguës
Désensibilisation immunisante des infections chroniques

ANGINE/, ANGINE DE VINCENT, /TOMATITE/, PHLEGMON/ DES MAXILLAIRES, et ACCIDENTS DE LA DENT DE /AGESSE

POSOLOGIE { cas aigus : doses fortes de 1 à 3 cc. par jour
cas chroniques : doses faibles espacées et croissantes
en injections sous-cutanées. Pas de contre indications.

LABORATOIRES **DAUFRESNE** 42, rue Thiers-LE HAVRE

CONSTIPATION

LAXARLEM

Synergie laxative

★

STIMULE LA BILIGÉNIE
ACTIVE LE PÉRISTALTISME
PAS D'ACCOUTUMANCE

1 DRAGÉE AVANT CHACUN DES TROIS REPAS

★

LATÉMA

LABORATOIRES DE THÉRAPEUTIQUE MODERNE

31, RUE DE LISBONNE, PARIS VIIIe

PHAGOSTHYL

NEUROTONIQUE - RECONSTITUANT

HÉMO-PHAGOSTHYL

RÉGÉNÉRATEUR DES GLOBULES SANGUINS

PHAGOSTHYL MANGANÉ

RÉCALCIFIANT - RÉMINÉRALISATEUR

AMPOULES DE 5 CC.
(SÉRIE INFANTILE : ampoules de 2 cc.)
Une inject. intramusculaire ou sous-cutanée tous les deux jours

Lab. : ANDRÉ PARIS, 4, Rue de la Motte-Picquet, PARIS-15^e

ISOGEV

GARGARISME ou BAIN DE BOUCHE ISOTONIQUE

ANTISEPTIQUE PUISSANT — NON IRRITANT
à base de Phenylarsinate de sodium - Cuivre colloïdal - Borate de soude - Bleu de methylène

1 sachet dans un verre d'eau chaude pour un gargarisme ou un bain de bouche

ANGINES - GINGIVITES - STOMATITES

ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE
LABORATOIRES GEV, 5, rue Brézin, PARIS (14e) - Téléphone : SÉGUR 84-49

TRINITRINE - SCILLE

PHÉNYLÉTHYLMALONYLURÉE



SPASMES
DE LA
MUSCULATURE LISSE

•

HYPERTENSION

LABORATOIRE PERRIER
12, rue Henner, PARIS-9e

PARTIE SCIENTIFIQUE

DYSTROPHIES INFANTILES. MEILLEURE CONNAISSANCE DES CAUSES

Par le Dr Germain BLECHMANN

EN janvier 1945, une petite fille de 7 semaines est amenée à notre Service de Consultation de nourrissons (Maternité Adolphe Pinard). La mère, ayant accouché dans l'hôpital, désire qu'on suive son enfant.

La fiche de la Maternité révèle ceci : Mme D..., vers le 6e mois de la grossesse, a présenté de l'albuminurie avec une hypertension provisoire, et à 8 mois, elle met au monde par le siège un nouveau-né ne pesant que 1.530 gr. (placenta 500 gr.). Il s'agit donc d'une prématurée avec débilité grave du 3e degré, d'après la classification de Marfan.

Grâce au tire-lait électrique, on parvient à nourrir le nouveau-né au lait maternel qui lui réussit parfaitement, puisqu'il s'alimente et digère bien, prend du poids avec régularité.

A notre premier examen, l'aspect du bébé est des plus satisfaisants (2.920 gr.) ; il a pris 1.000 gr. depuis sa naissance. Nous ne fûmes pas médiocrement étonné, au cours de l'examen systématique, de découvrir d'importantes altérations osseuses. La fontanelle antérieure était anormalement large, se prolongeant par la suture métopique en partie ouverte. La fontanelle postérieure, non fermée, les parties latérales de l'écaille de l'occipital, complètement et symétriquement ramollies, de consistance parcheminée, les bords des sutures également minces et très mous, tout cet ensemble indiquait un rachitisme cranien anormalement étendu et précoce : depuis longtemps, nous n'avions constaté un cranio-tabes bilatéral aussi important. En outre, chapelet costal des plus nets, avec début de bourrelet sus-malléolaire.

Ces dernières lésions des os longs ne se rencontrent jamais avant l'âge de 4 mois, sauf dans le cas du rachitisme congénital, si bien étudié par Marfan, et qui se manifeste surtout par des déformations et des lésions à prédominence cranienne, comme chez l'enfant qui fait le sujet de ce mémoire.

J'ajoute que cet état du squelette ne s'accompagnait pas d'hydrocéphalie, ni d'aucun des autres signes de la série rachitique, c'est-à-dire l'intumescence ganglionnaire, l'hypertrophie du tissu lymphoïde (grosses amygdales, végétations adénoïdes, mégalosplénie, anémie et myatonie rachitique). L'état général était excellent, la nutrition bonne. L'exploration clinique la plus minutieuse ne laissait percevoir aucun des signes attribués à la syphilis congénitale.

Il nous parut intéressant de faire radiographier les os longs, afin de suivre l'évolution de la maladie. Ce ne fut pas sans surprise que nous prîmes connaissance du procès-verbal et du premier film communiqué par M. Desgrez, que confirma un nouvel examen radiographique. Il existait une **périostite ossifiante** au niveau des diaphyses tibiales et péronières, rappelant sans conteste cette forme d'ostéopathie décrite comme signe précoce de l'hérédo-Σ.

Pour nous résumer, rachitisme datant du début de la vie avec lésions craniennes considérables et périostite ossifiante, un syndrome qu'il semblait logique d'attribuer, suivant la doctrine de Marfan, à la syphilis congénitale, d'où urgence du traitement spécifique.

Or, personnellement bien éloigné d'une telle conception, si nous avons montré quelque hésitation à installer une thérapeutique, elle ne fut pas de longue durée.

L'enfant était nourrie au sein et pouvait être surveillée aisément. Nous décidons de recourir à un traitement antirachitique intensif : vitaminothérapie D. massive, calcium per os et R. U. V. Comme nous l'avions annoncé à nos élèves, nous devions assister à une réparation éclair de toutes les lésions rachitiques, ce qui d'ailleurs ne présente rien de bien original, et tous nos collègues pédiatres ont certainement obtenu ainsi des résultats aussi spectaculaires.

Ce n'est donc point là que se trouve le fait le plus typique de cette rénovation osseuse si rapide. La périostite qui nous avait tellement intrigué et dont l'image radiographique est calquée sur celles qui ont été publiées par Péhu et Policard, dans un travail que nous citons plus loin, ces lésions de périostite ont disparu, conjointement avec les précédentes, établissant ainsi qu'elles étaient du même ordre, donc impossibles à dissocier au point de vue pathogénique.

***

SI l'on veut bien se reporter à vingt-cinq ou trente ans en arrière, il n'est pas douteux que n'importe quel médecin ayant appartenu à l'Ecole du Pr Marfan aurait attribué, suivant en cela notre Maître, ce syndrome à l'hérédo-syphilis et aurait traité en conséquence.

On nous rendra cette justice que, dès 1924, à l'occasion du **Congrès de la Syphilis Héréditaire**, à Paris, nous nous insurgions contre cette manière de voir. En effet, à cette époque, le champ de la syphilis congénitale débordait de toutes parts et nous ne pouvons reproduire l'innombrable nomenclature des signes et symptômes qui lui étaient attribués. Nous avions donc protesté contre une extension aussi démesurée : maladie des vomissements habituels (qu'améliore le lactate de Hg per os, mais non les autres produits mercuriels, ni les injections arsenicales), hémorragies

* D'après la conférence d'Enseignement faite à la Société Médico-Chirurgicale des Hôpitaux libres (5 avril 1946).

du nouveau-né, guérissant en réalité par les injections de sang maternel, etc. Nous nous étions élevé également contre l'inclusion dans les stigmates héréditaires de la syphilis de ces dystrophies, anomalies et malformations congénitales, que ce soit parmi tant d'autres, le thorax en entonnoir, la luxation congénitale de la hanche, le bec de lièvre, le mongolisme (1), la langue plicaturée ou la maladie de Roger. Nombre de ces dystrophies ressortissent pertinemment au cadre de l'hérédité dominante ou récessive.

Nous nous sommes également refusé d'accorder une origine Σ à la plupart des encéphalopathies congénitales (tel le syndrome de Little), aux convulsions essentielles, à l'incontinence d'urine, etc.

C'est ainsi que, comme la Peau de Chagrin, cette trame de pseudo-symptômes et de pseudo-stigmates syphilitiques s'est rétrécie de jour en jour, si bien qu'il paraît rationnel à cette heure de se borner aux signes majeurs et à quelques signes secondaires en réalité peu nombreux.

***

OR, parmi les manifestations attribuées au tréponème congénital, l'une des plus caractérisées semblait bien être cette périostite syphilitique précoce sur laquelle les auteurs précités ont attiré l'attention. Dans **La Revue Médicale du Canada** (octobre 1939), Donat Lapointe affirme que chez tout nourrisson qui paraît souffrir et présente des cris incessants, il faut toujours penser à la syphilis — ce que nous savions déjà — explorer radiologiquement le squelette : on découvrira ainsi une périostite de nature syphilitique.

Nous nous demandons si, en réalité, tout ce qui a été décrit comme périostite spécifique précoce de la première enfance n'est point tout simplement un signe de rachitisme peu commun, mais sur lequel il convient néanmoins d'insister, quand ce ne serait que pour éliminer à son origine la syphilis.

D'ailleurs, Péhu et Policard, dans un article (2) intitulé : " **Nosologie** de la syphilis osseuse congénitale de la première enfance ", écrivent que la périostite peut être indiscutablement engendrée par le rachitisme, procédant de la même cause anatomique, à savoir une raréfaction osseuse excessive qui conduit à une trabéculation défectueuse. Mais ils affirment que la périostite rachitique est **plus tardive** que celle de la syphilis, s'accompagnant évidemment des modifications caractéristiques de la corticale et de la région méta-épiphysaire.

Notre cas prouverait que, bien loin d'être tardive, la périostite (rachitique) peut apparaître dès les premières semaines de la vie.

***

ON pense bien que toute cette démonstration a pour but pur et simple d'éliminer l'hérédo-syphilis. Alors, comment interpréter, au point de vue pathogénique, le syndrome que nous venons de décrire ?

Revenons sur certaines données fournies par l'interrogatoire et l'examen de Mme D...

Elle est atteinte d'un **psoriasis** qui date de la puberté, ayant résisté en général aux traitements habituels, présentant des rémissions spontanées, et il en était ainsi récemment. Il ne semble pas que ce psoriasis soit héréditaire en ligne directe, bien que rattaché familialement au groupe d'affections conjointes. En effet, une sœur de Mme D... a été atteinte depuis sa puberté d'une sorte de rhumatisme chronique qui se serait amendé. On sait les liens qui unissent psoriasis et affections rhumatismales.

Notre collègue Touraine a rappelé (3) que, parmi les nombreuses conceptions pathogéniques du psoriasis, l'intervention d'un facteur héréditaire est la seule dont l'existence ne puisse être contestée, à condition que l'affection soit envisagée comme l'un des éléments d'un groupe d'anomalies indépendantes, d'un état constitutionnel héréditaire à dominance régulière.

Ces parentés pathologiques assez étroites concernent le diabète (dans 46 % des psoriasis, il existe de l'hyperglycémie), le rhumatisme chronique déformant (forme arthropathique du psoriasis), sans oublier l'association avec la lithiase biliaire, l'eczéma, l'ichtyose, la goutte, l'hypertension juvénile, les dysendocrinies.

Une autre notion des plus intéressantes que rapporte Touraine est celle-ci : les psoriasiques appartiennent en majeure partie :

a) **Au groupe sanguin** 0 ;

b) **A la constitution pycnique de Kretschmer.**

***

NOUS avons étudié le cas de Mme D... à ce double point de vue. Tout d'abord, son groupe sanguin correspond bien au groupe 0, tandis que son mari — un solide gardien de la paix — appartient, comme sa petite fille, au groupe AB. Entre parenthèses, les recherches sérologiques concernant la syphilis furent pour tous les trois négatives. D'autre part, l'aspect morphologique de Mme D... rappelle, par de nombreux traits, la constitution dite pycnique. Ce biotype de Kretschmer, qui s'apparente au biotype bréviligne de Pende, est caractérisé au point de vue anthropométrique, par une taille souvent inférieure à la moyenne, tandis que le poids est relativement excessif. Les membres inférieurs sont courts par rapport au buste et le tronc est plutôt large et massif, comme les membres du reste, avec robustesse remarquable du squelette et des muscles.

Nous résumons : le crâne est bien développé,

1 Le problème du mongolisme a intrigué avec juste raison les chercheurs. J'ai publié, avec Ch. O. GUILLAUMIN et L. KARMAN, l'unique observation française de jumeaux mongoliens monozygotiques, l'opposant à une autre observation personnelle de gémelléité biplacentaire avec un mongolien et un jumeau sain (Iconographie in **Le Documentaire Médical**, n° 9, 1935). Rappelons à ce sujet que la fréquence de la langue plicaturée (caractère dominant) dans cette dystrophie est de 5,4 % au lieu du chiffre moyen de 1,3 %. Comment hésiter à soutenir qu'il ne s'agit pas d'une maladie, mais d'une anomalie germinale, d'une mutation récessive et " dégressive " sans rapport quelconque avec la syphilis, sans thérapeutique préventive ni curative ?

(2) " Presse Médicale ", 22 août 1931.

(3) " Revue Médicale Française ", n° 11, novembre 1944

la face hexagonale, anguleuse et robuste, la poitrine large et longue. Du côté endocrinien, on observe le tempérament hypersurrénalien, hypergénital, hyperpancréatique avec insuffisance relative de la glande thyroïde, etc.

Rappelons ici que les travaux communiqués à la **Société de Dermatologie**, respectivement par nos collègues Lévy-Franckel (4), A. Desaux et Goiffon (5) ont montré que le sérum sanguin des psoriasiques témoignait d'une composition des plus variables en ce qui concerne la lipémie, le cholestérol, la réserve alcaline. Le sang présente en outre des modifications du temps de saignement et de la coagulabilité. D'où certaines conclusions au point de vue thérapeutique : en ce qui concerne la cholestérolémie ou, d'une façon plus générale, la lipémie, les succès obtenus par la vitamine D (qui fait baisser le taux du cholestérol sanguin) doivent faire admettre, tout au moins dans les psoriasis avec hyperlipémie, que celle-ci joue un rôle dans la genèse des accidents cutanés.

Est-on en droit de rapprocher cette dernière notion des résultats si rapides obtenus chez notre nourrisson avec le stérogyl 15? Les examens de sang pratiqués chez Mme D..., malheureusement au cours d'une période de blanchiment, n'ont révélé que peu de modifications hormonales. Nous estimons, néanmoins, que ces aperçus sur le psoriasis, maladie étrange et encore mal connue, mettent en cause une origine germinale avec réaction de la structure chimique de certains gènes sur le milieu plasmatique. Celui-ci est-il capable d'exercer une perturbation sur l'embryon, par l'intermédiaire de la circulation placentaire? La question est posée.

***

EN 1919, Ludwik Hirszfeld introduisit les méthodes sérologiques en anthropologie. Près de vingt ans après, il publie un essai de synthèse sur les **Groupes Sanguins** (6).

" Les propriétés groupales s'héritent et la femme porte souvent dans son sein un enfant ayant, non son empreinte, mais celle du père. Comment expliquer que les isoanticorps maternels, qui, dans certains cas, pourraient détruire le sang de l'enfant, ne le tuent pas encore dans le sein de la mère? Pourquoi les substances du fœtus d'un autre groupe, en pénétrant dans la circulation de la mère, ne provoquent pas de choc semblable à celui qui a lieu lors de la transfusion du sang d'un groupe différent? "

Après avoir cherché une explication dans la structure des membranes qui isolent les deux circulations, après avoir étudié les propriétés des groupes sérologiques, l'auteur exprime son impression d'effectuer un voyage à travers des contrées vierges et inexplorées.

On n'attendit guère plus de deux ans pour qu'une découverte sensationnelle amorçat le " défrichage " qu'attendait Hirszfeld. En 1940, Landsteiner et son école, opérant avec les globules rouges du **Macacus Rhésus**, de Birmanie, établissent l'existence d'un nouveau groupe antigénique dit facteur Rh, signalent sa fréquence (Rh+ =85% dans la race blanche), la présence dans le sérum de certaines mères Rh — de grandes quantités d'anticorps ou agglutinine anti-Rh, qui [à travers le placenta] hémolysent les globules rouges du fœtus Rh.

On connaît la suite de cette révolution dans la science hématologique. Non seulement d'imprévisibles accidents transfusionnels trouvent leur explication rationnelle, mais les accoucheurs et les pédiatres reconnaissent peu à peu l'intervention d'un sérum agglutinant anti-Rh, d'une part dans l'origine d'avortements répétés, de fœtus macérés, voire d'accidents éclemptiques, dans la pathogénie d'autre part, des manifestations des érythroblastoses dites périnatales (anasarque fœto-placentaire, ictère grave familial avec sa forme ictéro-nucléaire à séquelles encéphalopathiques, anémie primitive du nouveau-né).

Retenons comme hypothèse de travail que l'on a voulu différencier deux types de fœtus S et **s**, le fœtus S étant sécréteur et diffusant largement ses antigènes (sous une forme hydrosoluble d'après Borman), le fœtus **s** ne diffusant par contre les siens qu'en quantité infime. Car, à la vérité les érythroblastoses sont très rares, 2 à 4 par 1000 nourrissons, malgré le nombre des unions dangereuses et le fait que mère Rh — et fœtus Rh+ s'observent dans 100 pour 1.000 grossesses.

Tenons-nous en sur le terrain purement clinique. Il appert de tout ce " défrichage " qu'échappent désormais à la Σ maints accidents obstétricaux et une partie de la pathologie du nouveau-né. Déjà, pour ceux-là, l'importance du corps jaune (hormone protectrice contre les agglutinines?) et pour la maladie hémorragipare, la notion de la vitamine K avaient permis un redressement des moins négligeables.

Avons-nous besoin d'ajouter que, dans le cas qui nous intéresse, le sang des membres de la famille fut examiné au Centre de Transfusion sanguine de l'Hôpital Saint-Antoine. Chez les trois, la recherche des agglutinines anti-Rh se révéla négative.

A notre avis, la connaissance des incompatibilités groupales et de leurs conséquences sur la morphogénèse du produit conceptionnel n'en est qu'à ses débuts. C'est par centaines qu'on compte aujourd'hui les groupes, sous-groupes et facteurs accessoires ! Ajoutons que cette science nouvelle pose sur un plan désormais solide et logique le problème des familles humaines, fondé sur les acquisitions et l'histoire de l'anthropologie sérologique.

***

C'est ici qu'il convient de rapporter en quelques lignes les remarquables travaux de P. Ancel et de Mme Lallemand, exposés dans un mémoire paru l'an dernier (7) et qui se révèle comme une contribution des plus originales à la pathogénie du nanisme achondroplasique. Je signale en passant que cette dystrophie héréditaire si caractéristique, illustrée d'une manière inoubliable par

(4) " Soc. Dermatologie ", 8 novembre 1945.
(5) " Soc. Dermatologie ", 10 janvier 1946.
(6) 1938, Masson, éditeur.

(7) " Annales d'endocrinologie ", t. 6, n° 1, 1945.

le génie de Velasquez, avait été portée également au compte de la syphilis héréditaire...

Il semble bien que cette dystrophie est due à une anomalie génotypique du cartilage. La transmission se fait tantôt du père, tantôt de la mère à l'enfant. Mais à côté d'un caractère dominant, il faut admettre aussi un caractère récessif. D'ailleurs un grand nombre de dystrophies congénitales du squelette sont héréditaires et généralement transmises comme un caractère dominant : la syndactylie, la polydactylie, les malformations congénitales de la boîte cranienne, la maladie de Pierre Marie et Sainton, la déformation du thorax dite " en entonnoir ", la maladie de Lobstein, etc.

Chez les mammifères domestiqués depuis longtemps, et plus récemment chez les oiseaux, on a décrit cette chondrodystrophie. Or, P. Ancel, avec Mme Lallemand, a obtenu sur l'oiseau, à l'aide de certaines substances chimiques pourvues d'un pouvoir tératogène très particulier, un ensemble de malformations parfaitement définies que l'on doit rattacher à l'achondroplasie. Parmi les 90 substances utilisées dans les expériences, plusieurs sulfamides (dont 1162 F) et des sels d'ésérine déposés sur l'embryon de poulet à la 48e heure de l'incubation exercent cette action. Il existe donc une preuve expérimentale que la réalisation d'une race nouvelle peut être déclenchée par l'**intervention** d'une substance déterminée, à un moment précis du développement embryonnaire. L'auteur pense que, suivant la constitution chimique des substances anormales formées sous l'influence : a) des gènes altérés ou b) d'une intoxication pathologique ou expérimentale, la prédominance de l'action lésante se localiserait sur des groupes cellulaires différents.

***

DANS la pénombre, où nous évoluons encore de récentes et suggestives observations des médecins australiens jettent une lueur éclatante sur deux types de malformations congénitales : la cataracte et les cardiopathies. En 1940, survient une épidémie de rubéole en Nouvelle-Galles du Sud. Près de 80 femmes sont atteintes **au début de leur grossesse ;** d'après Gregg, tous les enfants issus dans ces conditions ont été atteints de cataracte le plus souvent bilatérale et dans plus de la moitié des cas, on constate, en outre, à la naissance, une lésion cardiaque. Depuis, Swan (1943) et Carruthers (1945) ont complété cette découverte et ont confirmé sur une large échelle ces constatations. Il est avéré que le diagnostic de rubéole, peut-être d'une nature un peu spéciale comme c'est la règle dans la race anglo-saxonne, était inattaquable dans toutes les observations. A noter l'occurrence d'un très grand nombre de surdités concomitantes et quelques microcéphalies. Aux U.S.A., Reese (1944) s'étonne, à bien juste titre, que l'on n'ait point signalé depuis des années les rapports entre cette fièvre éruptive et les malformations congénitales (8).

C'est, semble-t-il, quand la rubéole a été contractée avant la sixième semaine de la grossesse que l'on observe le maximum d'anomalies graves à la naissance. Il n'est pas douteux que la connaissance de ces travaux doive inciter de nombreux cliniciens à reviser leurs fiches d'observations.

***

LA mutation ou phénomène de variation soudaine dans la structure d'un gène est un fait général chez une foule d'animaux et de végétaux. C'est le seul mode de variation héréditaire qui nous soit connu, déterminant la formation des races et sans doute celle des espèces. Parmi les mutations qui frappent les gènes, **celles qui sont nocives sont malheureusement de beaucoup les plus fréquentes**, produisant des maladies et monstruosités héréditaires (citons entre autres, maladie de Friedreich, chorée de Huntington, idiotie amaurotique familiale, daltonisme, ictère hémolytique familial, hémophilie, certaines myopathies, etc.), liées ou non au sexe.

On sait que, chez la mouche drosophile, certains facteurs brutaux, comme les rayons X, le radium, accroissent considérablement la fréquence des mutations. Les expériences de Simon Chevais e André Thomas montreraient que l'administration des sulfamides augmenterait chez cette mouche la fréquence des mutations (à rapprocher des travaux de P. Ancel). Comme l'écrit notre ami Jean Rostand, dans une conférence dont nous recommandons vivement la lecture (9), tout ce qu'il nous faut souhaiter, c'est qu'il n'en soit pas de même dans l'espèce humaine. Ailleurs, le même auteur signale les possibilités de conflit humoral, ovule-spermatozoïde par le fait d'une charge électrique différente.

Nous ne pouvons que rappeler les innombrables expérimentations faites sur la mouche du vinaigre, " matériel favori des généticiens ", montrant les modifications des races mutantes (différenciation sexuelle, coloration des yeux, nombre des facettes, etc.), à l'aide d'extraits hormonaux ou de substances chimiques. Et l'on commence à peine à entrevoir le développement inattendu de ces découvertes pour la prévention des tares héréditaires directes ou récessives — et des mauvaises mutations. Je cite de nouveau Jean Rostand : " Si, chez la mouche du vinaigre, on peut fournir à un œil destiné héréditairement à l'atrophie, de quoi accomplir un développement normal, pourquoi, chez l'Homme, ne pourrait-on fournir à un muscle, à un centre nerveux, à une rétine en voie d'atrophie, de quoi maintenir son intégrité ?

L'organothérapie des tares génétiques n'attend peut-être que son Brown-Séquard. ".

Il n'est pas hors de propos d'ajouter que l'on

(8) Lire l'excellente analyse de P.-E. Morhardt, " Presse Médicale ", nº 30, 29 juin 1946.

(9) Société Médico-Chirurgicale des hôpitaux libres (Enseignement), janvier 1945, voir " Archives Hospitalières ", 5, 6' 7, 8 ; mars, avril 1945.

n'a pu faire la preuve d'une modification chromosomique définitive due à la syphilis. Quant à l'hérédité alcoolique, M. d'Heucqueville a bien montré — ce qui est rassurant — que les stigmates dits de " dégénérescence " s'atténuent, puis disparaissent à partir de la troisième génération.

***

NOUS voilà parvenu au terme de cette étude (10). D'excellents esprits nous objecteront peut-être que son contenu diffère fondamentalement des conclusions des travaux que nous avons signés sur la syphilis héréditaire et dont les premiers remontent à l'année 1913 (11).

Certes, il nous a fallu un long cheminement pour nous persuader que nos convictions primitives ne cadraient plus ni avec les apports de notre expérience personnelle, ni avec la progression fulgurante des connaissances scientifiques.

Cet aveu ne nous coûte guère et l'exemple vient de haut, si l'on nous permet la suivante citation : " On raconte que Lachelier, dans les débuts de son enseignement, eut le courage de recommencer une série de leçons et de lui donner un nouvel aiguillage, avouant qu'il était arrivé philosophiquement à une impasse. " (12)

Nous serions heureux que ce revirement trouvât son écho parmi nos lecteurs. Cela en vaut la peine.

Tout d'abord, en effectuant une telle révision de " catalogues " et statistiques erronnés, on constatera que chez nous, on ne compte ni plus, ni moins de syphilis congénitale que dans la plupart des nations d'Europe et d'Amérique. Au point de vue de notre cote internationale, j'affirme que cette évidence a son prix.

Ensuite, on épargnera le traitement dit spécifique à des milliers d'enfants (dont de très petits nourrissons), ainsi qu'à leurs ascendants et à leurs collatéraux, traitement si souvent onéreux, astreignant, forcément sans fruits, sinon sans risques.

Enfin, en abandonnant une interprétation paresseuse et stéréotypée de nombreux aspects de la pathologie infantile, les jeunes médecins inclineront davantage vers la recherche scientifique.

Approfondir les lois de l'hérédité mendélienne, les mécanismes secrets des mutations, l'organothérapie des tares héréditaires, la prévention appropriée des désordres mentaux ou des influences cancérisantes, quel champ immense s'ouvre à ceux qui viendront après nous et qui s'efforceront de justifier ces paroles de Guyenot (1939) : " C'est là une voie nouvelle qui s'ouvre à ceux qui croient que l'humanité mérite encore que l'on travaille à soulager ses misères. "

(10) Elle doit servir de thèse à notre élève Mme G. Renaudin-Larsonneur. Nous en avons exposé les principaux points à plusieurs reprises, d'abord à la réunion médicale de Dreux (juillet 1945), à la " Société de Pédiatrie " (19 décembre 1945) avec Mlle Georgette Larsonneur sus-nommée, à la réunion Médicale de Saint-Germain (mai 1946) et, enfin, avec notre élève, dans une communication aux " Journées Médicales " de Tunis (avril 1946).

(11) **Cf.** " Feuillets du Pédiatre, 1re série, 1926 et Edition complète, 1947. " Maladies des Nourrissons et des Enfants ", 1re édition, 1926 et 5e édition, 1946.

(12) Michel Souriau, " Mon expérience du groupe d'Oxford La Revue Hebdomadaire ", 1er février 1936), p. 11.

LE TRAITEMENT PHYSIOTHÉRAPIQUE DES INFECTIONS RHINO-PHARYNGÉES

Par le docteur **BAULANDE**

La thérapeutique des rhinites infectieuses aiguës et particulièrement du coryza épidémique est l'une des plus décevantes. Que l'on s'adresse aux antiseptiques habituels des voies respiratoires ou aux spécialités à base de sulfamides, l'activité est faible. Les meilleurs résultats sont obtenus avec la médication symptomatique qui supprime les symptômes les plus désagréables en particulier l'obstruction nasale et la céphalée. Mais ces traitements ne réduisent pas la durée de l'évolution de la rhino-pharyngite grippale, et il est fréquent de la voir se prolonger pendant plusieurs semaines, risquant d'entraîner des complications surtout vers l'oreille ou les sinus. En outre, malgré le peu de gravité habituelle de ces infections pour les sujets atteints, elles constituent des réserves de virus pouvant se transmettre et contaminer des sujets fragiles, chez lesquels l'infection peut être très redoutable (nourrissons). Et c'est ainsi que la carence de la thérapeutique courante dans ce banal syndrome a permis aux profanes et aux ignorants de tourner en dérision médecine et médecins.

Aussi, depuis quelques mois, avons-nous cherché à donner à ce problème thérapeutique une solution efficace par les agents physiques. Nous nous sommes adressés à la d'Arsonvalisation parce que cet agent est à la fois puissant et non vulnérant. Cette modalité électrique possède, en effet, vis-à-vis de nombreuses infections à pyogènes staphylocoques, pneumocoques, gonocoques, etc... une efficacité remarquable. Mais alors que, dans les infections gynécologiques, par exemple, la d'Arsonvalisation est classique et largement employée, on ne sait pas assez quelles ressources elle offre dans le traitement des anthrax où les succès sont constants et rapides, associée ou non à la sulfamidothérapie. De même les Anglo-saxons ont-ils obtenu de bons résultats dans le traitement de la pneumonie abaissant par la diathermie le taux de la mortalité de 60 %. De nombreux médecins utilisent les ondes courtes dans le traitement des sinusites (1), et surtout pendant leurs poussées aiguës. C'est ainsi que l'on a été amené à essayer la diathermie dans le traitement du coryza, mais sans efficacité bien nette. Nous pensons que ces résultats insuffisants sont dûs à une technique défectueuse. En effet Bordier dans son livre classique et si documenté " Diathermie et diathermothérapie " cite deux techniques pages 411 et 412 de la 7e édition. La première (d'après

(1) Un très distingué confrère traite systématiquement les sinusites tant aiguës que chroniques par la diathermie avec des électrodes moulées sur les sinus maxillaires et frontaux. Les résultats obtenus paraissent surprenants et très supérieurs à ceux des thérapeutiques habituelles O.R.L., qui sont parfois dangereuses et toujours pénibles pour les patients.

Tsinoukas) consiste à appliquer deux électrodes de chaque côté du nez ou une seule électrode découpée en forme de trapèze (d'après Nadaud) tandis qu'une électrode indifférente est appliquée en dessous de la nuque. Ces deux techniques nous semblent peu efficaces et illusoires. En effet, le courant électrique avec cette disposition des électrodes n'intéresse pas tout le cavum le pharynx supérieur, en particulier échappe aux lignes de force. D'autre part les électrodes étant relativement éloignées, la résistance haute fréquence est élevée et une intensité suffisante est plus difficilement obtenue par suite de la petite surface des électrodes.

Nous avons donc utilisé une technique différente qui nous a donné des résultats excellents. Tout d'abord, nous avons choisi la diathermie de préférence aux ondes courtes. Nous évitons ainsi de chauffer à l'excès l'encéphale, et surtout l'hypophyse très proche de la partie haute du pharynx, car les doses relativement élevées semblent nécessaires. Par ailleurs, nous obtenons avec la diathermie une localisation anatomique plus précise. Nous avons utilisé un appareil à ondes entretenues, à lampe " Lasem " (2). Les électrodes en plomb doivent être très soignées et leur application doit donner un contact parfait. On ne saurait trop insister sur cette notion assez difficile à réaliser. Elles recouvrent les joues et la région sous et rétromaxillaire de façon telle que la totalité des fosses nasales, du cavum et du pharynx soi traversée par le courant de haute fréquence. La densité électrique doit être de 12 M.A.P. par centimètre carré environ, soit 1.000 à 1.200 M.A.P. au total pendant une durée de trente minutes. Exécuté dans ces conditions le traitement est très bien supporté par le patient.

Les séances doivent être quotidiennes ; le plus souven deux ou trois séances sont suffisantes. Les résultats obtenus semblent très intéressants. La rhino-pharyngite étant prise à la période d'état en pleine suppuration avec rejet de mucopus très abondant on observe au bout de quarante-huit heures et au plus tard le troisième jour la modification de l'écoulement qui, en quelques heures s'éclaircit complètement et s'arrête. En même temps, la fièvre disparaît et la respiration nasale redevient libre. Cette expérimentation n'a encore été faite que dans un petit nombre de cas. Mais il s'agissait de rhinites ou rhino-pharyngites intenses, dont certaines avaient débuté par un syndrome infectieux très marqué avec fièvre à 39°5 ou 40° rachialgie et céphalie. Et nous avons été frappés par la constance des résultats.

Par quel mécanisme agit la d'Arsonvalisation? Il a été établi par des expériences précises que la d'Arsonvalisation agit in vitro sur certains germes en provoquant leur destruction par l'élévation de leur température : il en est ainsi pour le gonocoque. Mais il existe aussi un effet électrique bien mis en évidence par d'Arsonval sur le bacille pyocyanique et les venins de serpent en culture congelée, ainsi que par Lapicque sur les spirogyres. Il s'agit d'une action directe de la haute fréquence sur le protoplasme cellulaire. Certes, in vivo, ces mêmes actions existent. Mais il semble que l'action de la haute fréquence sur les tissus soit de beaucoup plus importante. Celle-ci est caractérisée par : l'augmentation de la température des tissus en profondeur, l'accélération et l'accroissement de la circulation locale, l'augmentation du métabolisme cellulaire et la stimulation du système nerveux. Il s'ensuit une décongestion importante, un drainage des œdèmes. Toutes ces actions contribuent à une conséquence capitale : la multiplication du pouvoir phagocytaire des leucocytes et des cellules fixes du tissu conjonctif. Sous l'influence de la d'Arsonvalisation, ces derniers éléments réalisent très rapidement les conditions nécessaires de la guérison.

Ces résultats s'expliquent d'autant mieux dans le traitement des manifestations infectieuses rhino-pharyngées que l'on sait que les fosses nasales comportent des territoires très riches en tissu érectile sur lesquels l'action puissante vasodilatatrice et décongestive de la d'Arsonvalisation s'exerce avec facilité.

Indications. — Sans parler des professions qui tireront avantage de cette méthode pour des raisons personnelles, les artistes, les avocats, les professeurs et d'une façon générale toutes les personnes qui ont affaire au public, il nous semble que les chirurgiens, les accoucheurs et les pédiâtres, dont la profession nécessite des garanties contre la diffusion des germes pathogènes, y verront un moyen efficace de prophylaxie.

Les indications véritables nous semblent être de deux sortes :

Indications curatives : traitement des rhinites et rhino-pharyngites aiguës et subaiguës, des poussées d'adénoïdite de l'enfance, des amygdalites cryptiques ou non, des abcès de l'amygdale.

Indications préopératoires : Toutes les fois que l'on doit intervenir sur un cavum profondément infecté ou sur des amygdales cryptiques, l'infection résistant au traitement médical habituel.

Les contre indications sont évidentes et très rares : cancer du pharynx, et états hémorragiques auquel cas le traitement devra être prudent.

En résumé, on peut conclure de ce qui précède à l'action remarquable de la diathermie dans les infections. rhinopharyngées. Cet agent devrait être employé largement à titre prophylactique, curatif et préo-pératoire.

(2) Les appareils diathermiques à éclateur semblent aussi convenir parfaitement à condition qu'ils ne donnent pas d'effet faradique ce qui rendrait la séance insupportable étant donné l'intensité élevée nécessaire.

LES LIVRES

Les toxicomanies. — Études médico-sociale. Ant. Porot, professeur à la Faculté d'Alger. Librairie Ferraris. Alger.

Depuis l'opium et les divers stupéfiants jusqu'au café, au tabac et à l'alcool toutes les substances capables de causer une toxicomanie sont étudiées ici dans leur nocivité vis-à-vis de l'organisme et vis-à-vis de l'être sociale.

L'auteur a écrit ce livre dans un but moralisateur précis qu'il résume en ces lignes :

« L'heure est grave et décisive pour toutes les nations, pour la France en particulter. Le Destin est impitoyable pour les faibles et les malades. G. L.

LIBRAIRIE MALOINE
27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris

J. Vidal, Professeur à la Faculté de Médecine de Montpellier. — **Maladies de la nutrition** (285 pages, 7 planches hors-texte. Broché : **290 fr.** Cartonné : **390 fr.**

La première partie traite des **Apports alimentaires et des maladies par carence,** avec des développements consacrés aux syndromes de dénutrition et à la carence en eau. La deuxième partie est consacrée aux **Troubles des divers métabolismes** : étude des azotémies, diabète sucré, ses formes cliniques et son pronostic. Les hypoglycémies, les rhumatismes chroniques, les œdèmes sont autant de chapitres fort instructifs. La troisième et dernière partie a trait aux **intolérances et à l'anaphylaxie.**

CORYZA SPASMODIQUE VASOMOTEUR ET RHINOERYTHROEDEME MÉDICAMENTEUX CHEZ L'ENFANT

par le Dr Albéric BOUDRY

L'enfant, en particulier le petit neuro-arthritique allergique, hépato, musculo. neuro, psycho, idiosensible, est fréquemment assailli par un coryza fonctionnel, spasmodique, amicrobien, mécanique et vasomoteur qui surgit et explose brusquement ; coryza ainsi caractérisé : début et terminaison rapides, hydrorhinorrhée, catarrhe nasal, obstruction nasale partielle ou totale, soit que ce blocage affectât une seule narine, deux narines simultanément ou alternativement ; ce dernier cas est le plus habituel.

Le stade, localisé initialement à la muqueuse nasale progresse et s'élargit fréquemment ; l'hypérémie vasomotrice nasale gagne, tout d'abord, le cavum, puis elle s'étale, en nappe ou en tapis ; diffusant ensuite et procédant par paliers, elle intéresse la région tubo-tympanique, provoquant otalgie et surdité intermittentes, fonctionnelles et paroxystiques.

La manifestation rhino, pharyngo, tubo, tympanique fonctionnelle fait partie de l'allergie arthritique d'ensemble, nous en sommes bien persuadé ; aussi n'est-il pas interdit de la considérer comme un équivalent mineur et bienfaisant, si elle fait réellement obstacle à la possibilité de réactions anaphylactiques, donc plus sévères, issues de la même diathèse, réactions telles que bouffées d'asthme, urticaire, prurigo, prurigo-strophulus, migraine, une réserve étant faite au sujet de cette dernière, quant à sa rareté extrême, chez l'enfant au-dessous de trois ans et à son peu de fréquence chez l'enfant de trois à six ans, à moins qu'elle ne soit alors symptomatique ou n'extériorise, notamment. une atteinte rénale occulte.

La rhino-bronchite descendante, dans sa variété anaphylactique et catarrhale est un développement en longueur du processus rhinospasmodique fonctionnel, au même titre qu'une certaine toux allergique et vasomotrice qu'entretient l'excitation basale tussigène de l'épithelium cilié des bronches.

Le coryza spasmodique et l'hydrorhinorrhée nasale, sont donc, le plus souvent, une réaction allergique ou anaphylactique ; ils peuvent être, aussi, même chez l'enfant, le témoignage extérieur d'un dysfonctionnement rénal ; la pituitaire est alors vicariante ; elle élimine supplémentairement, ce que le rein ne peut évacuer lui-même.

Pratiquement, le traitement du coryza allergique de l'enfant et de l'adulte aussi bien, ne devra pas intéresser habituellement la muqueuse nasale directement, cette muqueuse étant fragile et instable par essence.

Au contraire l'abstention de topiques sur cette muqueuse, devra être, le plus souvent, une règle absolue.

Par extension, et à l'appui des affirmations précédentes, nous nous rapportons aux affirmations de M. le Pr Escat qui désignait, sous le terme de rhinoédème médicamenteux, un état rhinopathique, apyrétique, caractérisé cliniquement par un enchifrénement chronique progressif, difficilement réductible, et par un infiltration oédémateuse de la pituitaire, inflammation consécutive à l'application locale abusive d'agents thérapeutiques divers, styptiques, de valeu r non assez éprouvée, utilisés trop longtemps et maniés sans discernement, ni directives médicales. Il résulte de ces abus et de ces maladresses que la pituitaire répond, par une vase dilatation secondaire, réactionnelle et durable, à la vaso-constriction primitive, artificielle et fugace que déterminent, si fréquemment les topiques de la muqueuse nasale, d'où œdème pituitaire résultant, virant à la chronicité et analogue à celu que provoque la cocaïnomanie.

La pituitaire n'est pas, en effet, une muqueuse banale, mais un véritable écran sympathique polyesthésique et d'une sensibilité exquise. Le rhinœdème médicamenteux est une preuve de cette sensibilité dynamite de la muqueuse nasale.

Le rhinœdème (ou rhinoérythrœdème médicamenteux si, à un degré plus évolué en profondeur, il s'installe sur une base congestionnée), est donc une maladie artificielle, endémie véritable. Il sera bientôt neutralisé si le malade veut bien éliminer de son circuit thérapeutique topiques, antiseptiques, pulvérisations endo-nasales et gouttes, autant de panacées populaires, la plupart traumatisantes et agressives de la pituitaire.

Nous signalons, par contre, les effets mécaniques, hydrexosmotiques et décongestionnants, sur la muqueuse nasale, de la glycérine neutre, en frictions-massages fréquents des ailes du nez, l'alcool-ether ayant été préalablement appliqué sur cette même région, comme décapant et stéatolytique, en frictions-massages également pour préparer et faciliter l'action absorbante, deshydratante et antiphlogistique de la glycérine, par sollicitation indirecte. Les bains de pieds sinapisés, voies respiratoires nettement protégées des émanations agressives de la moutarde, concourront aux mêmes buts thérapeutiques de réduction de l'hydrorrhée nasale, par dérivation, et sans effets de contact avec la muqueuse, ce à quoi doivent en définitive tendre les thérapeutiques du coryza spasmodique essentiel et de ses prolongements.

Si toutefois pour un cas superposé à l'allergie pure, une thérapeutique endo-nasale directe est requise, le médecin la prescrira et le malade, procédera avec exactitude et sans abus, à l'application du traitement local.

Par ailleurs, et surtout, car nous avons ici, pour exclusif objet, le coryza spasmodique, fonctionnel, vaso-moteur et ses expansions, la souche étiologique en laquelle s'enracine et se nourrit l'allergie de l'enfant sera identifiée et traitée immédiatement. Le coryza spasmodique devra disparaître bientôt, sa cause et son aliment réels étant détruits.

Dr Albéric BOUDRY (octobre 1946).

LES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX DE PARIS
Séance du 25 octobre 1946

Hépatite ictérique et cholestérinogène. Action de la splénectomie.

MM. Maurice Loeper et André Varay relatent l'observation d'un ictère prolongé chez une femme jeune, dont ils suivent l'évolution depuis plus de 3 ans. Il s'agissait d'une hépatite survenue au cours d'un traitement arsenical pour syphilis récente, d'origine biotropique, dont les grands traits rappellent la description de la Maladie de Hanot. Les lésions étaient à la fois parenchymateuses avec contexte humoral très particulier, avec hypercholestérolémie que dix dosages montrent entre 5 et 8 gr. et hyperlipémie à 20 gr. Trois biopsies motivées permirent de suivre l'évolution anatomique vers une cirrhose rapide et marquée. La splénectomie transforma radicalement l'évolution clinique qui donnait les plus grandes inquiétudes et les perturbations du Métabolisme lipidique qui disparurent. La malade a repris une vie active et normale.

Les auteurs discutent le cadre nosologique de cette observation, la pathogénie des symptômes et le mécanisme d'action de la splénectomie.

Spondylite staphylococcique à forme condensante.

MM. de Gennes, Bricaire et Durupt présentent l'observation d'une malade qui, un mois après une septicémie à staphyloccques traitée par pénicilline et sulfaméthyldiazine, présenta des douleurs lombaires. A la radio, image de vertèbre d'ivoire au niveau de L1. Un traitement à la pénicilline amena une sédation des douleurs, mais les signes radiologiques de condensation osseuse augmentèrent et prirent L2. Interligne normal de face, légèrement pincé et flou de profil. En 3 mois disparition des douleurs, mais persistance des signes radiologiques.

Etiologie aurique d'un cas de néphrose lipoïdique.

MM. de Gennes, Bricaire et Durupt relatent l'observation d'une malade, qui, traitée par des sels d'or, présenta une néphrose lipoïdique, typique au point de vue clinique et humoral, et qui guérit par le traitement hypercarné et thyroïdien.

A propos d'ictère aggravé.

MM. de Gennes, Bricaire et Durupt ont observé en moins de 3 mois, 2 cas d'ictère aggravé. A l'occasion de leurs observations qui répondent au schéma classique, ils insistent sur l'impossibilité de prévoir, en pareille occurrence, l'évolution maligne. Ils soulignent également le caractère véritablement épidémique que peut revêtir cette affection en certaines périodes.

Syndrome agranulocytaire guéri par la pénicilline.

MM. H. Béliard, P. Rambert, A. Gajdos, La Fontaine et M. Durant relatent la guérison d'un syndrome agranulocytaire grave chez un homme de 69 ans : purpura T. à 44°, anémie modérée, leucopénie grave (900 G. B.) avec diminution considérable de polynucléaires (2 %) et sidération de la moelle vérifiée par ponction sternale. La pénicilline n'agit qu'en empêchant l'apparition de complications infectieuses et en permettant à la régénération médullaire de s'effectuer. Nécessité de son emploi précoce à doses élevées.

Images anormales de métastase du bassin.

M. Lehmann (présenté par M. Layani) relate l'observation d'une malade qui, après un néo du sein, fit des métastases au niveau du bassin, sous forme de petites taches hypercalcifiées.

J. Chevrolle.

SOCIETE MEDICALE ET ANATOMO-CLINIQUE DE LILLE

Un cas particulièrement curieux d'évolution d'un calcul de l'uretère.
(MM. G. Vincent et Maes)

Les A. présentent des documents particulièrement curieux concernant un petit calcul urétéral, éliminé spontanément.

Appendicite gangréneuse et péritonite. Ablation. Pénicilline intra-péritonéale et intra-musculaire. Guérison rapide.
(M. M. Favreau)

Dans des cas semblables, de nombreux chirurgiens se contentent de drainer. D'autres, plus audacieux, referment purement et simplement, ne tenant pas compte des désastres qu'ils enregistrent trop souvent.

L'attention doit être attirée sur les succès rapides dus à la pénicilline injectée dans le péritoine et employée par la voie classique (200.000 unités par 24 heures) associée ou non aux petits transfusions. Nous devons donner à nos malades le maximum de chances de guérison.

Traitement par la pénicilline d'un cas d'infection puerpérale grave chez une éclamptique césarisée au terme d'une grossesse gémellaire. Echec partiel de la pénicilline et des sulfamides ; succès des transfusions répétées. Considérations générales sur la Pénicilline.
(MM. M. Favreau, Deswarte et Florin)

Il faut insister sur la gravité de l'auto-intoxication de la fin et le pronostic sérieux d'une infection puerpérale dans ces cas. Aussi devons-nous mettre tous en œuvre pour juguler l'infection aussi rapidement que possible.

Lorsqu'on étudie minutieusement la feuille de température de notre malade, on voit une rémission partielle et momentanée soit après l'usage des sulfamides, soit après celui de la pénicilline. Signalons que cette dernière n'a pas été employée à dose assez forte (200.000 unités par 24 heures).

Nous avons l'impression que certains des nombreux microbes en cause (perfringens, coli, entérocoque, streptocoque) ont été influencés, mais que le succès définitif est dû au maintien de la défense de l'état général grâce aux transfusions répétées tous les deux jours (15 de 200 cc).

Péritonite sans perforation par manœuvres abortives.
(MM. J. Camelot, H. Batteur, J. Lemaitre et Mlle Gouillaud)

Les A. présentent le cas d'une jeune femme de 20 ans, enceinte de 6 semaines, chez qui une

Thiodérazine MIDY

SOUFRE ORGANIQUE - IODE ORGANIQUE - PIPÉRAZINE

Traitement général du RHUMATISME CHRONIQUE

Arthrites & Périarthrites — Algies rhumatismales
Sciatiques — Lumbagos — Rhumatisme déformant

LABORATOIRES MIDY. 67, Avenue de Wagram, Paris.

Fournisseurs des Hôpitaux.

HYPERCHLORHYDRIE
TOUTES DOULEURS GASTRIQUES

GASTROSEDYL

GOUTTES

Le grand remède de toutes les
GASTRALGIES

COMPOSITION INCHANGÉE

Teinture Dausse de belladone..... 46
Teinture Dausse de jusquiame..... 20
Liqueur ammoniacale anisée..... 20
Bromure de Sodium.. 13
Phosphate de codéine: 1

Antispasmodique certain

Régulateur de l'acide gastrique

Sédatif à effet immédiat

POSOLOGIE

10 à 30 gouttes dans un peu d'eau sucrée après les repas et au moment des douleurs

LABORATOIRES J. LANDRIER
— Coulange-sur-Yonne (YONNE) —

SUPPOSITOIRES

RECTOQUINTYL

DEUX FORMES
ADULTES-ENFANTS

ASSOCIE LES INDICATIONS DE
L'ORTHOFORMIATE D'ETHYLE
AUX AVANTAGES DE LA VOIE RECTALE

COQUELUCHE - QUINTES NOCTURNES
TOUX POST OPÉRATOIRES
AFFECTIONS BRONCHO-PULMONAIRES

Echantillons et Littératures sur demande

LABORATOIRES **A. MARIANI**
10, Rue de Chartres, NEUILLY (Seine)
TÉL : MAILLOT 61-09

---

les 3 Hormo...

HORMO-PROSTINE
(Extraits opothér. + Chlor. de Magnésium)
★
Association opothérapique préventive et curative des troubles de la PROSTATE
COMPRIMÉS SUPPOSITOIRES

HORMO-HÉPATINE
(Extraits opothér. + Boldo, Artichaut, etc...)
★
Médication polyvalente de l'insuffisance hépatique et de toutes les déficiences du FOIE

HORMO-LAXOL
(Extraits opothér. + Ferm. lactique, Evonym., Poudre podophylotoxique, Phénolphtaléine et Extraits végétaux)
★
Synergie médicamenteuse. Spécifique actif et complet de toutes les formes de la CONSTIPATION

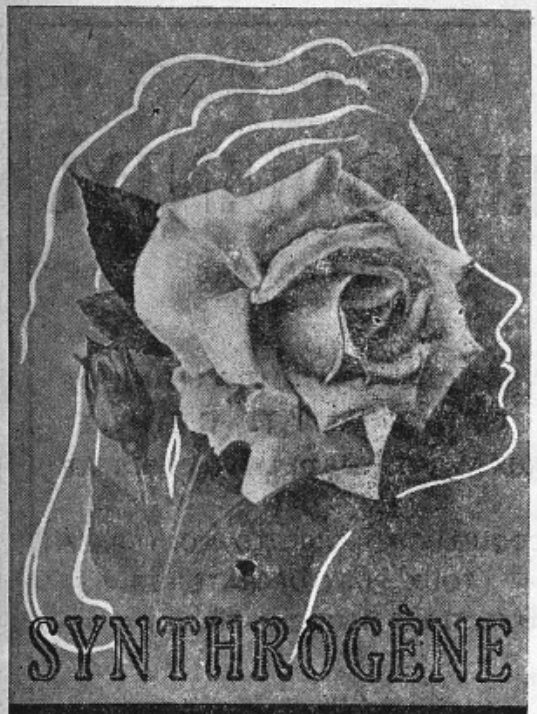
du LABORATOIRE H. CHAUZEIX

PHYTOJAVA

Affections hépatiques et hépato-arthritiques

Comprimés : 1 à 3 ou *Gouttes :* 20 à 60 avant chaque repas

LABORATOIRES LONGUET, 34, RUE SEDAINE - PARIS



SYNTHROGÈNE

OESTROGÈNE DE SYNTHÈSE
Documentation et Echantillons
GERDA, 10, RUE JACQUARD, LYON

AFFECTIONS PULMONAIRES

BALSAQUINTINE

Campho-gaiacolate de Pilocarpine et d'Atropine
en milieu Terpinobromoformique

1 à 2 cc par jour

LSW

LABORATOIRES LESCENE
58, Rue de Vouillé - PARIS-15e
et LIVAROT (Calvados)

Admis par le Ministère de la Santé Publique

LYSOTHIAZOL

(640 M)

2 (paraaminophénylsulfamido) thiazol aluminique

INDICATIONS : Colibacilloses - Blennorragie - Infections urinaires - Streptococcies - Staphylococcies

COMPRIMÉS à 0 gr. 56 de LYSOTHIAYOL

Établissements MOUNEYRAT, 12, rue du Chemin-Vert à VILLENEUVE-la-GARENNE (Seine)

injection intra-utérine d'eau simple provoqua immédiatement une violente réaction péritonale, sans perforation visible de l'utérus, avec continuation de la grossesse pendant encore 12 jours.

Prolapsus du rectum et maladie du col vésical. (MM. G. Vincent, A. Bernard et G. Desbonnets)

Histoire d'un homme jeune, atteint de dysurie si prononcée qu'il urinait en position accroupie ; les efforts provoquaient le plus souvent la défécation. Il en résulta un prolapsus du rectum, qui fut opéré sans améliorer les troubles urinaires. Une résection du col vésical mit fin à ces troubles particulièrement pénibles.

Syndrome de Milkman-Loeser, chez une femme de 73 ans. Guérison clinique et radiologique. Activité ovarienne et ostéomalacie. Rachitisme et ostéomalacie.

(MM. L. Langeron et J. Béra)

Les A., à propos de deux observations bien typiques, précisent quelques points intéressant l'ostéomalacie avec fissures osseuses de Milkman-Loeser : leur mécanisme de guérison, les rapports avec l'activité ovarienne et les relations entre rachitisme et ostéomalacie.

L'amine-2 thiazol et la thioürée dans le traitement des hyperthyroïdies (11 cas personnels).

(MM. L. Langeron, M. Paget et J. Cockenpot)

Les A. apportent comme contribution à l'étude clinique et biologique de cette question, leur expérience de onze cas, observés depuis 10 mois. Ils concluent au caractère actif et inoffensif de ces médicaments, mais estiment qu'une observation plus étendue est encore nécessaire pour bien préciser leurs indications et leurs résultats, surtout dans le temps. Ils signalent particulièrement la qualité des résultats dans la maladie de Basedow et les formes légères d'hyperthyroïdie, mais l'échec dans les formes cardiaques. Ils estiment que ces médicaments, limitant la production de thyroxine, s'adressent à un stade physiopathologieque de la maladie et non à sa cause elle-même, restriction qui situe probablement les possibilités thérapeutiques de cette médication.

P. David.

SOCIETE DES CHIRURGIENS DE PARIS

A propos du traitement des prolapsus pelviens.

M. Diamant-Berger rappelle une technique qu'il a décrite avant la guerre et qui lui donne toujours d'excellents résultats. Elle concerne le temps abdominal de ces interventions. Ce temps, loin d'être complémentaire, est souvent essentiel.

L'auteur, pour fixer le dôme vaginal, utilise une bandelette aponévrotique prélevée sur la gaîne d'un des grands droits. L'extrémité inférieure reste fixée à son insertion pubienne ; l'autre extrémité est solidement cousue à la face profonde du dôme vaginal.

A propos d'une fracture ouverte des deux os de l'avant-bras traitée par la méthode de Kuntscher. — M. André Cottard, rapport de M. Dupuy de Frenelle.

A l'occasion de 6 observations, l'auteur présente des considérations sur l'enclouage médullaire de Kuntscher.

Dans la 1er observation, il s'agissait d'une fracture ouverte des deux os de l'avant-bras, siégeant au centre de lésions cutanéo-musculaires importantes qui eussent rendu tout appareil de contention ou tout autre procédé d'ostéosynthèse impossible. L'enclouage a permis d'obtenir un très bon résultat.

Fracture du col de l'omoplate abordée par la voie postérieure. Bon résultat fonctionnel.

M. André Cottard, rapport de M. Dupuy de Frenelle.

Il s'agit d'une blessure de l'épaule par balle de mitrailleuse ayant provoqué un éclatement du col de l'omoplate. L'auteur intervient par une incision rappelant celle de Kocher et comportant une section provisoire de la base de l'acromion, ce qui permet de basculer en avant tout le moignon de l'épaule et donne un jour excellent sur la partie postérieure de l'artéole.

Infiltration du bulbe carotidien dans le choc traumatique.

M. Etienne Bernard, après une cholecystectomie sous-séreuse pour cholecystite calculeuse, a observé, dans les toutes premières heures, un état de choc intense résistant à tous les traitement classiques, y compris l'extrait cortico-surrénal à haute dose.

Une infiltration de novocaïne péricarotidienne transforme la situation en quelques minutes.

Trois hypothèses pourraient expliquer cette action :

1° Anémie des centres nerveux par suite du « stockage sanguin » dans le péritoine. Le blocage anesthésique rétablirait une circulation encéphalique normale ;

2° Section physiologique du nerf de Héring, centre cardio-modérateur et hypotenseur ;

3° Action réflexe à distance avec excitation de la cortico-surrénale et décharge massive d'hormone.

Faisant la critique de ces hypothèses, Etienne Bernard montre qu'aucune d'elles n'est entièrement satisfaisante. En particulier, les plus belles expériences de physiologie pure n'ont bien souvent que peu de valeur en clinique.

Phlegmon utérin diffus du post-partum. — M. Courtois, Mlle Lelièvre, M. Seinre.

Après un accouchement normal chez une primipare de 24 ans, apparaissent des signes d'infection sévère, des signes abdominaux de subocclusion et un écoulement lochial fétide.

L'utérus est douloureux, mou, mal involué.

A l'intervention faite au cinquième jour, on trouve du liquide louche dans le péritoine, un utérus d'aspect lardacé, atone.

Malgré l'hystérectomie et le drainage, les signes infectieux, les signes de parésie intestinale persistent et la mort survient.

L'examen histologique de la pièce opératoire montre une infiltration diffuse de toutes les tuniques utérines et de la paroi des vaisseaux par des polynucléaires et des lymphocytes d'aspect polymorphe. En aucun endroit, on ne voit d'agglomération d'éléments blancs, indiquant une tendance à la localisation de l'inflammation et à la collection.

A propos des voies d'abord de l'épaule.

M. Raphaël Massart rappelle l'incision en épaulette de Neudorfer qu'il utilise depuis plus de 10 ans.

La voie antérieure ne permet que des opérations laborieuses, hémorragiques, et ne donne que peu de jour.

La voie de Kocher, qui permet d'opérer loin des vaisseaux, donne beaucoup de jour, lorsqu'on a reséqué et rabattu l'acromion, mais ne permet pas de faire une reposition sanglante.

L'incision en épaulette donne une vue complète de l'articulation, aussi bien en avant qu'en arrière, lorsqu'on a sectionné l'acromion et la clavicule et qu'on a rabattu en dehors, avec eux, toute l'insertion supérieure des fibres du deltoïde dont l'innervation est conservée intacte. Elle est peu hémorragique.

L'auteur a pu, récemment, pratiquer avec aisance et sans délabrements, une luxation ancienne datant de plus d'un an.

Myélose ostéomalacique.

M. F. Masmonteil et J. Leuret présentent une malade atteinte de myélose ostéomalacique partielle, qui avait été soupçonnée de mal de Pott et qui, après traitement hématopoïetique et calcique, a guéri en 6 mois.

Fausses perforations après gastrectomie.

M. Etienne Bernard insiste sur les signes camouflés et trompeurs des péritonites, qui succèdent aux opérations importantes et, en particulier, aux gastrectomies. Si on ne fait pas systématiquement toutes les autopsies, on peut étiqueter « complication cardiaque ou pulmonaire » ce qui n'est qu'une fissuration gastrique ou surtout duodénale.

A la suite d'une gastrectomie pour ulcère duodénal à allure aiguë avec tissus cartonnés et friables, un malade est pris d'une vive douleur dans l'hypocondre droit. Ces signes persistent pendant plusieurs heures et s'accompagnent de défense locale. Sept heures plus tard, aucun changement malgré la thérapeutique classique. A l'intervention, on ne trouve pas une goutte de liquide dans l'abdomen, aucune fissuration. On place un Miculicz. La guérison survient rapidement.

L'auteur conseille, dans de tels cas, de toujours intervenir.

Epiploïte herniaire étranglée consécutive à une appendicite pelvienne aiguë.

M. Séjournet présente l'observation d'un malade porteur d'une hernie inguinale droite, chez lequel est survenue une crise douloureuse abdominale de diagnostic incertain. La hernie devient tendue, douloureuse, irréductible et domine bientôt la situation.

L'intervention met en présence d'une épiploïte aiguë étranglée dans le canal inguinal et en décèle la cause dans un appendicite pelvien, en voie de gangrène et prêt à la perforation.

J. Vidal-Naquet.

LA PRESSE

Une intoxication collective par le cadmium. — **L. Musso, R. Monnet** et **F. Sabon** rapportent que trois cents ouvriers d'un établissement industriel des environs d'Alger furent atteints, peu après le repas du midi qu'ils avaient pris à la cantine de l'usine, de troubles gastro-intestinaux d'intensité variable. Les premiers symptômes : crampes ou brûlures gastriques, nausées et vomissements, apparurent 15 à 30 minutes après la fin du repas, exceptionnellement après 1 heure à 1 h. 30. Des douleurs intestinales et de la diarrhée suivirent. Certains malades accusèrent des vertiges, de la fatigue ; l'un fut frappé de syncope. Tous ces troubles s'atténuèrent en quelques heures, sans soins spéciaux pour la plupart des victimes, ou après absorption d'un vomitif ; de la strychine fut injectée aux plus faibles. Aucun cas grave, aucune issue fatale ne furent constatés.

Les malades avaient bu, au cours d'un repas pris à la cantine de l'usine, du vin rouge ayant séjourné pendant quatre à six heures dans des brocs métalliques, nouvellement acquis, et revêtus de cadmium — à défaut d'étain. La quantité de cadmium présente dans le vin au moment de l'ingestion n'a pu être déterminée ; mais, à la suite d'expériences de conservation, on l'a évaluée entre 100 et 180 milligrammes par litre ; celle absorbée par chaque malade entre 10 et 45 milligrammes.

Cette intoxication cadmique d'origine alimentaire s'ajoutant à une dizaine d'observations faites à l'étranger, doit attirer l'attention des hygiénistes sur le danger d'emploi de récipients cadmiés pour la conservation d'aliments ou de boissons acides. (« Ann. de Médecine légale », N° 2, 1946.)

Quelques nouveaux cas de gestation prolongée vraie. — **Le Prof. A. Fruhinsholz** et **Mlle Strub** ajoutent à leurs précédents travaux 49 cas de gestation prolongée, dépassant ainsi le 300e jour, et allant jusqu'à 328 jours (précédemment, la prolongation jusqu'au 351e jour avait été notée). Il s'agit là d'une entité clinique, qui n'est pas très rare chez les femmes bien réglées. Elle se trouve fréquemment associée à des antécédents et à des stigmates pathologiques (syphilis héréditaire ou acquise), mais coïncide parfois avec l'alcoolisme et la tuberculose. Elle donne naissance à des œufs pathologiques, souvent à des enfants shokés, malades, entachés d'une morbidité importante dans le premier âge. Les interventions peu nombreuses sont motivées presque toujours par la souffrance fœtale. En général, la provocation de l'accouchement doit être réservée aux seules récidivistes, en particulier celles qui ont perdu des enfants à l'occasion de gestations prolongées précédentes ; les méthodes médicales doivent suffire, car le plus souvent la solution survient spontanément, et les femmes accouchent sans stimulus artificiel ; par conséquent, l'interruption des grossesses retardées ne doit pas être systématique.

Il serait intéressant d'étudier l'avenir des produits des grossesses prolongées ; ne restent-ils pas des retardataires, ne fournissent-ils pas un contingent important aux maladies de la première enfance, ne meurent-ils pas en plus grand nombre ? (« Revue Médicale de Nancy », 15 octobre 1946.)

PHYTOMENSYL

médication toni-veineuse à base de
vigne rouge

POSOLOGIE MOYENNE : 30 gouttes 2 fois par jour.
DOSES FORTES : 50 gouttes 6 fois par jour, durant 6 jours.

LABORATOIRES BLAQUE, 59 RUE BOISSIÈRE, PARIS (16e) KLE 88-70

Eczéma

CUROZEMA

9 Dragées par jour

OPOSÉROTHÉRAPIE VALTRY
LABORATOIRE BIOLOGIQUE VALTRY
46, Rue St-Didier-Paris-16e

FORMULE INFANTILE :
Pediozema
GRANULÉ

PULMONE

ELIXIR - CACHETS - AMPOULES
VOIES RESPIRATOIRES

GOUTTES IONISÉES

ALCALOSE

CARBONEX

ESTOMAC-FOIE-INTESTIN

LABORATOIRES BIOS
10, RUE VINEUSE PARIS
TRO. 57-44

SOLUTION HEPATOUM

SOLUTION DANS LES EAUX DU BASSIN DE VICHY, PRISES DIRECTEMENT AUX SOURCES, D'EXTRAITS DE PLANTES HÉPATIQUES

SPÉCIFIQUE DES AFFECTIONS DU **FOIE**, DES **REINS**, DE LA **VÉSICULE BILIAIRE**

ACTION RAPIDE DANS LES CRISES DOULOUREUSES **HÉPATIQUES, NÉPHRÉTIQUES MENSTRUELLES**

LABORATOIRE HEPATOUM • Saint-Yorre (Allier)

LACTOBYL

AUCUNE ACCOUTUMANCE



CONSTIPATION

1 à 6 comprimés par jour aux repas. Commencer le traitement par 2 comprimés, augmenter ou diminuer suivant résultat.

LABORATOIRES LOBICA
25, rue Jasmin, PARIS-16e

OVULES

Paraminophénylsufmide . . . 1 gramme
Oxyquinoléine . . . . . 0 gr. 05
Beurre de cacao véritable Q.S.P. un ovule

LEUCAGINE

SULFAMIDÉE

Prescrivez ces petits ovules fabriqués sans restriction. Ils fondent parfaitement et tapissent les muqueuses génitales d'un pansement

anti-inflammatoire
anti-pyogène (cocci)
anti-mycosique

Dans toutes les pharmacies

LABORATOIRES TORAUDE

22, Rue de la Sorbonne, PARIS (Ve)

VALS SOURCE LA REINE

ARTHRITISME - DYSPEPSIE
DIARRHÉE INFANTILE
GASTRO-ENTÉRITES
DIABÈTE

—

Cure de boisson dans les Maladies infectieuses

—

Eau de table remarquable



Sté VALS-REINE
à Vals-les-Bains
(Ardèche)

TRIADE DIGESTIVE CHARVOZ

CACHETS CHARVOZ
Apéritifs et Digestifs
•
Hyperchlorhydrie — Gastralgies
Dyspepsies

HÉPATOGÈNES CHARVOZ
•
Thérapeutique Hépato-biliaire complète
•
2 à 6 pilules par jour

INERTYL CHARVOZ
Antiseptique intestinal
•
Auto-intoxications
Diarrhées — Entérites

Lab. S. COUDERC
9 et 9 bis, rue Borromée, PARIS-XVe
En Z. N. O. :
2, place Croix-Paquet, LYON

47

PARTIE PROFESSIONNELLE

PROPOS DU JOUR

LES PROPOS PESSIMISTES D'UN PRIX NOBEL

Le prix Nobel 1946 de médecine vient, on le sait, dêtre décerné au Dr Hermann J. Muller, de l'Université d'Indiana.

A cette occasion la presse américaine évoque les travaux qui ont valu au grand biologiste américain cette éminente distinction, se livre à des commentaires et publie les interviews dont il a été assailli.

Il y a près de vingt ans que Muller découvrit que des mouches à fruit soumises aux radiations X donnaient une descendance sur laquelle s'observaient de notables mutations. Sur le moment, la découverte n'éveilla d'intérêt que chez les biologistes. C'est seulement au cours de ces dernières années, et du fait des énormes progrès réalisés en physique nucléaire que sont apparues les perspectives ouvertes par elle.

Tout être vivant est soumis à un bombardement constant par des rayons gamma de sources naturelles telles que les rayons cosmiques. Ce bombardement ne cause aucun dommage sensible car le corps est accoutumé au « niveau de rayonnement » qui, dans les conditions normales, demeure bas. Toutefois qu'un rayon gamma frappe le noyau d'une cellule reproductrice, spermatozoïde ou ovule, il peut endommager l'un des milliers de gènes porteurs des caractéristiques héréditaires et entraîne une « mutation ». Celle-ci sera plus ou moins apparente chez le descendant direct ou bien demeurera latente jusqu'à ce qu'elle se manifeste dans une génération ultérieure.

Beaucoup de biologistes pensent que c'est à la faveur de telles mutations que se fait l'évolution d'une espèce. S'il en est réellement ainsi, il deviendrait possible d'accélérer cette évolution, chez l'espèce humaine comme dans la plupart des autres.

Lorsque l'ère atomique aura réellement pris son cours et que les usines de désintégration atomique distribueront l'énergie de par le monde, le « niveau de rayonnement » s'élévera. Les populations habitant au voisinage des usines subiront un bombardement par rayons gamma beaucoup plus intense. Dans les régions plus éloignées se feront sentir les effets radio-actifs des sous-produits. Il en résultera vraisemblablement des mutations plus nombreuses qui peuvent avoir des conséquences plus sévères que l'apparition d'enfants roux dans des familles à cheveux noirs. Le Dr Hermann Muller, interwievé à ce sujet, ne se montre pas très rassurant. « La plupart des mutations, dit-il, sont défavorables. En fait les bonnes sont tellement rares que le bilan général sera mauvais ». Pour sa part, il pense que ce serait une chance inespérée si tous les survivants d'une explosion atomque telle que celle de Hiroshima devenaient définitivement stériles.

Tous les savants compétents ne sont pas, il est vrai, aussi pessimistes que le Dr Muller. Une Commission d'enquête vient de s'embarquer pour le Japon pour observer les effets génétiques de la bombe sur la population de Hiroshima, Les savants qui la composent s'attendent à constater sur les générations récemment nées de nombreuses mutations défavorables. Mais quelques-uns estiment que la plupart de ces mutations seront éliminées selon la loi de la survivance des plus aptes et que les quelques mutations supérieures qui persisteront aboutiront à une amélioration de la race.

Inquiets pour leur propre compte, les Américains, en tout cas, sont en train d'élaborer un programme de recherches pour déterminer, sur les habitants de Oak Ridge de quelle façon les cellules vivantes, y compris les cellules germinales, sont affectées par les nouvelles radiations.

Ainsi nous en sommes là : le savant dont la compétence particulière vient d'être proclamée par les juges du prix Nobel entrevoit dans l'ère atomique un risque de déchéance progressive pour les êtres vivant sur ce globe. S'ils échappent à la grandiose catastrophe qui doit, nous a-t-on expliqué, réduire la terre en miettes, ils seront voués à la dégénérescence et s'achemineront à un rythme accéléré vers l'extinction. Mais pas avant d'avoir assisté à l'éclosion d'êtres de cauchemars, de monstres dévoyés dans tous les sens de l'anormalité, physique aussi bien que mentale, qui susciteront l'horreur et la consternation, et qui seront nos descendants légitimes. L'évolution accélérée des espèces (car, bien entendu, cette influence maléfique ne se limitera pas à l'homme) peuplera la terre d'une faune absolument inimaginable, remaniera sans doute en même temps les souches végétales, transfigurant les forêts, les champs et les jardins. Des miasmes nouveaux, des vermines inconnues apparaîtront et mèneront leur lutte pour la vie selon les procédés adaptés à la nouvelle ambiance.

S'il subsiste alors, en quelque coin perdu, des hommes attardés dans l'actuelle structure, ils assisteront éperdus à une transe effrénée de la matière vivante tourbillonnant au vent de l'âbime. Ce sera l'Apocalypse au ralenti : H.-G. Wells est mort trop tôt : il avait là un magnifique sujet d'anticipation.

Ainsi menacé et dûment prévenu, l'homme ne peut-il rien que se résigner à son sort ? S'il n'est capable que de cette passivité de bétail, il se manifestera déjà tellement déchu qu'à la vérité cela ne vaudra guère la peine d'envisager comment conjurer la catastrophe terminale. Tant de peuples ont, ces récentes années, montré, et montrent encore, une docilité si entière aux mains de leurs conducteurs qu'il est permis de se demander si même prenant conscience d'un péril aussi pressant, ils retrouveront un peu d'initiative. La grande terreur que leur a inspirée l'an dernier, le bombardement de Hiroshima, à quoi a-t-elle abouti ? A des palabres où quelques hommes confrontent obstinément des conceptions différentes, où la perfidie alterne avec la brutalité, où la notion de paix s'embrume de subtilités et de réticences, où les mises en demeure réciproques se succèdent. En somme, depuis quinze ou seize mois

que la bombe atomique princeps a éclaté, jamais ne s'est éloigné le sentiment qu'elle demeure dans les tractations en cours un argument décisif et qui peut être asséné d'un moment à l'autre. Nous libérerons-nous de cette obsession ?

La découverte de l'énergie atomique porte les lourdes tares de son origine : placée sous l'égide et au service de la guerre, elle s'est développée dans la fébrilité et la rage des rivalités internationales. Son objectif délibérément choisi fut le carnage, ses premières manifestations répandirent l'épouvante et l'horreur. Aussi n'a-t-elle jamais pu atteindre à cette sereine, cette surhumaine beauté des acquisitions dues à la pure flamme de l'esprit. L'énergie atomique est avant tout une arme, ce sera peut-être demain en outre un outil utilisable. Elle n'éveille que des idées d'exploitation, des concupiscences mercantiles. Personne au monde, en considérant cette découverte, n'a l'idée d'en faire honneur à l'homme. Les noms de ceux qui y mirent la dernière main sont apparus comme ceux de ténébreux conspirateurs.

Je me souviens d'avoir vu, dans une revue américaine, une photo extraite du film que les Américains avaient tourné avec la collaboration des physiciens auteurs de la bombe sur la première expérience qui eut lieu dans les déserts du Nouveau-Mexique. On y voyait deux de ces savants photographiés au moment où éclate l'engin. Couchés à terre, ils se donnaient la main et leurs deux têtes dressées pour voir le spectacle avaient une expression hagarde qui me frappa. Ce n'était pas là l'expression de gens assistant au succès de leurs longues recherches. Leurs mains se joignaient dans une étreinte de terreur et de désespoir. « Qu'avons-nous fait ? » semblaient-ils dire. Et peut-être se le disaient-ils en effet, mieux aptes que quiconque à apprécier le saut qu'en cet instant l'humanité faisait dans l'inconnu.

Nous y voici maintenant, dans l'inconnu, et de leur fait, et voici que se pose la terrible question de la responsabilité de la science et des savants.

La science, bien entendu, n'a pas à répondre de ses responsabilités devant les hommes, puisqu'elle n'en a pas !

La science étudie les arcanes de l'ordre naturel sur lequel il serait futile que nos convenances ou nos goûts portassent un jugement. Avec ou sans la connaissance des hommes, les phénomènes intra-atomiques se déroulent selon les normes établies et aucun trouble ne s'ensuivra parce que nous avons appris à les examiner d'un peu plus près. Si les savants modernes s'étaient contentés d'en tirer une vue philosophique de l'unité de la matière ils seraient restés aussi purs de tout reproche que Galilée ou Newton ; ils auraient gardé leur prestige olympien et nous n'aurions qu'à leur rendre grâce de déployer sous nos yeux des spectacles aussi grandioses.

C'est en voulant tirer parti de leur découverte qu'ils ont perdu leur immunité et encouru des responsabilités accablantes. Monnayer la science est une faiblesse, et souvent une cupidité, à laquelle l'homme a cédé trop souvent au cours des décades passées. C'est ainsi qu'il a financé ses inventions, sources incontestables de progrès techniques mais terriblement dévastatrices en ce qu'elles ont rompu l'une après l'autre, l'adaptation séculaire de l'homme à son milieu. La rupture d'harmonie s'est poursuivie au rythme d'une progression géométrique car chaque invention introduisait à d'autres qui multipliaient l'action initiale. Au point où nous en sommes aujourd'hui, il semble qu'il suffise d'une chiquenaude, pour que nous soyons définitivement expulsés de cette terre à la façon de corps étrangers.

La question qui se pose et à laquelle il faudra bien répondre un jour prochain est de savoir s'il est permis au savant de scruter la nature à des fins utilitaires ou de se désintéresser des applications faites par d'autres de sa découverte. Il ne semble pas excessif de le tenir pour responsable de celles-ci.

Certains ont jeté l'anathème sur l'aviateur qui était allé jeter la bombe sur Hiroshima. A mon avis, il ne faisait que son métier de guerrier qui était traditionnellement de massacrer le plus d'ennemis possible et qui utilisait, à cet effet, l'arme la plus perfectionnée. Beaucoup plus coupables sont les physiciens qui préparèrent cette arme et donnèrent délibérément un but guerrier à la recherche scientifique. Ainsi dégradée par son idée directrice, celle-ci perd tout droit au respect des hommes ; elle n'est plus pour le savant qu'un moyen, non une fin. Dans le cas de la bombe atomique, l'on soupçonne même chez certains membres de l'équipe, Allemands et Autrichiens proscrits, un mobile de vengeance particulièrement pénible à envisager. L'humanité porte aujourd'hui le poids de cette défaillance : elle est fondée à en demander raison.

En définitive, il me semble qu'à mesure qu'il prend de l'altitude dans le domaine de la recherche et qu'il s'attaque à des problèmes plus vastes, le savant est tenu à une conscience plus exigeante. L'on peut se demander si le moment ne viendra pas, s'il n'est même pas déjà venu, où les savants devraient former une confrérie d'initiés analogue à celle que constituaient les prêtres dans l'ancienne Egypte, réceptacle tout à la fois de connaissances et de disciplines, ayant la charge de filtrer les acquisitions nouvelles de la science et de séparer ce qui peut être diffusé de ce qui doit être retenu. La seule prééminence de l'esprit ne paraît plus un titre suffisant pour être admis aux avant-gardes de la recherche, car elles en sont arrivées désormais à des régions dangereuses où le moindre faux-pas met en cause l'avenir de l'espèce. L'humanité relève aujourd'hui d'une intervention d'urgence : il s'agit de compenser le déséquilibre croissant entre l'intelligence et la conscience, entre le sens du pouvoir et le sens de ce qui est licite. Il faut lui faire admettre que l'ivresse du succès n'est pas la fin suprême et qu'il reste encore, au delà, à dominer cette ivresse par ce qu'il y a de plus viril dans l'être : le caractère.

Arrivé à ce point de mon raisonnement, je ne puis faire sans évoquer celui qui, il y a plus de dix ans, bien avant que nous n'en soyons venus à l'extrémité où nous sommes, nous avait conseillés de prendre le temps de réfléchir : Alexis Carrel. Il a été victime de dénigrements dus à l'incompréhension : aucune société n'aime écouter les pressentiments de Cassandre.

Mais que nous le veuillons ou non, aujourd'hui il nous faut, avant de poursuivre notre route, faire une pause décisive et édicter des mesures de salut public. Après le prix Nobel de 1911, le prix Nobel de 1946 nous montre le gouffre ouvert sous nos pas.

G. Lavalee.

LA TOUTE DERNIERE LEGISLATION DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

AVANT même son entrée en vigueur, l'ordonnance du 19 octobre 1945 sur les A.T. (1), jumelle de celle sur les A.S., vient d'être abrogée par une loi du 30 octobre 1946 (2) que nous avons seulement annoncée dans notre rubrique de l'*Officiel*, nous réservant de l'analyser en détail.

A la différence de l'ordonnance du 19 octobre 1945, qui n'était qu'un ouvrage de codification, de mise en ordre des textes existants et d'adaptation de la loi du 9 avril 1898 à la législation sur la Sécurité sociale, la loi du 30 octobre 1946 — nous dit son exposé des motifs (3) — « réalise une modification profonde de l'esprit même de la législation ; elle tend à prévenir et à combattre les accidents du travail et maladies professionnelles envisagées comme des risques sociaux et sous l'angle de leurs conséquences sociales : elle ne se contente plus de définir un régime juridique de responsabilité ». De fait, elle contient des innovations importantes que nous signalerons en suivant le plan tracé par le texte lui-même.

I. — Accidents du travail

A. Champ d'application

a) La *définition* de l'accident du travail est profondément modifiée par l'article 2. La loi de 1898 et l'ordonnance de 1945 se fondaient, pour l'appréciation des droits de la victime, sur la notion de contrat de louage de services, notion précise dont la jurisprudence ne pouvait donner d'interprétation trop extensive. Aujourd'hui, bénéficie de la loi toute personne salariée (c'est-à-dire liée par contrat de louage de services) *ou travaillant à quelque titre et en quelque lieu que ce soit*, (même sans contrat) — *pour un ou plusieurs employeurs* (notion de contrat de louage de services) ou *chef d'entreprise* (même sans contrat).

L'existence d'un contrat de louage de services n'est donc plus reconnue nécessaire pour ouvrir droit à protection. La jurisprudence ne manquera pas d'interpréter extensivement ce texte. Dans le domaine médical, nul doute que ne soit protégé le remplaçant du médecin, le médecin hospitalier, et même la religieuse soignante d'un hôpital public ou d'une clinique privée.

Autre extension considérable : « Est également considéré comme accident du travail l'*accident survenu pendant le trajet de la résidence du travailleur au lieu de travail et vice versa*, dans la mesure où le parcours n'a pas été interrompu ou détourné pour un motif dicté par l'intérêt personnel ou indépendant de l'emploi. » La jurisprudence, dans son dernier état, exigeait, pour que l'accident survenu en cours de trajet fût considéré comme A.T., que les frais de transport fussent à la charge de l'employeur, que cet avantage en nature constituât un élément du salaire et que le transport fût organisé, surveillé ou imposé par l'employeur (Cas. Civ. 22 juil. 1946). En imposant à l'employeur la preuve de l'interruption ou du détournement de parcours, la loi aggrave considérablement sa responsabilité.

La loi *officialise la protection* d'un certain nombre de salariés que les lois précédentes ne couvraient pas, mais que la jurisprudence protégeait : travailleurs à domicile, voyageurs et représentants de commerce, employés d'hôtel, contrôleurs de voitures publiques, porteurs de bagages, ouvreuses de théâtres (art. 2). Elle *protège aussi de nouvelles catégories de personnes* pour lesquelles, en dépit des termes fort larges de l'article 2, il aurait pu avoir doute : délégués à la sécurité des ouvriers mineurs, élèves des établissements d'enseignement technique, stagiaires de réadaptation fonctionnelle ou de rééducation professionnelle, pupilles de l'éducation surveillée, détenus exécutant un travail pénal (art. 3).

b) Il est confirmé que l'*assurance A.T. est obligatoire* : « l'employeur est *responsable des cotisations* fixées par l'ordonnance du 4 octobre 1945 sur la Sécurité sociale » (art. 2). Il *doit les supporter seul*, l'article 80 prévoyant de lourdes amendes contre l'employeur qui aurait opéré sur le salaire de son personnel des retenues pour l'assurance accident.

c) La *charge des prestations incombe aux Caisses de Sécurité sociale*, sauf quelques exceptions prévues par l'art. 4.

d) Les articles 6 et 7 prévoient l'*adhésion facultative* pour les personnes non protégées et la possibilité de stipuler des avantages complémentaires en faveur des personnes protégées.

e) La loi n'*est pas applicable aux accidents du travail agricoles* qui, depuis la loi du 18 mars 1943, sont soumis, sous réserve de quelques points de détail, à la législation de 1898 (art. 83).

f) La loi est *applicable*, sauf quelques dispositions relatives au paiement des rentes et quelques dispositions transitoires, *aux départements alsaciens et mosellan* (art. 88). *A la Martinique, la Guadeloupe, la Réunion et la Guyane, elle s'appliquera en même temps que la législation générale de Sécurité sociale* (art. 89). *En Algérie, les risques A. T. continuent à être couverts par les Compagnies d'assurances*, mais celles-ci doivent supporter, à partir du 1er janvier 1947, les augmentations d'indemnités, rentes et pensions décidées par la loi (art. 90).

g) *La loi entre en vigueur le* 1er *janvier* 1947 (art. 83).

B. Prévention

C'est la partie la plus originale de la loi. *Légalement*, en effet, rien n'existait dans cet ordre d'idées, sauf quelques textes disparates visant la prévention de certains risques spéciaux dans quelques rares professions, mais sans sanction pénale ni pécuniaire. *Pratiquement*, des résultats appréciables avaient été obtenus grâce à l'effort conjugué des Compagnies d'assurances, des industriels, des ingénieurs et des médecins : une réalisation typique est le Comité français d'études « Prévention et Sécurité ». Le ministre du Travail rend d'ailleurs hommage à ces efforts dans l'exposé des motifs de la loi, tout en soulignant — ce qui est indéniable — leur caractère limité et leur portée insuffisante. Dans une récente Conférence de Presse, sous l'empire sans doute de considérations politiques, le Ministre fut amené à prétendre que, mues par des préoccupations uniquement mercantiles, les Compagnies d'assurances avaient systématique-

(1) *C.M.*, 30 novembre 1945.
(2) *J.O.*, 31 octobre 1946.
(3) *Revue Française du Travail*, novembre 1946.

ment négligé la prévention. « Quand on veut tuer son chien... »

La prévention est confiée aux Caisses régionales qui recueillent tous renseignements permettant d'établir des statistiques, étudient tous problèmes qui s'en dégagent (art. 10), font procéder à des enquêtes sur les conditions d'hygiène et de sécurité (art. 11), peuvent inviter les employeurs individuellement, et, globalement, tous les membres d'une même profession, à prendre des mesures de sécurité sous peine de cotisations supplémentaires (art. 13). Elles peuvent aussi accorder des récompenses, des avances et subventions, faire de la publicité et de la propagande en vue d'une politique de prévention (art. 14, 15 et 21).

C. Formalités administratives

La caractéristique dominante de la réforme est la suppression du rôle confié au maire par l'ancienne législation.

a) La *déclaration de sinistre* doit être faite, sous peine d'amende, par l'employeur à la Caisse de Sécurité sociale (non plus au maire) (art. 23). La déclaration par la victime peut être faite jusqu'à l'expiration de la deuxième année qui suit l'accident (et non plus de la seule première année).

b) L'employeur délivre, sous peine d'amende, à la victime, une *feuille d'accident* (art. 24), et non plus un bulletin de visite, feuille sur laquelle, comme par le passé, afin de préserver le libre choix, il est interdit de mentionner le nom et l'adresse d'un praticien. Est supprimée la disposition introduite dans l'ordonnance du 19 octobre 1945 et que nous avions vivement critiquée, par laquelle le médecin était obligé de signaler par lettre recommandée au patron tout employé se prétendant victime d'un A.T. qui se présentait sans feuille d'accident.

c) Le *certificat initial* est établi en *double exemplaire* : l'un pour la victime, l'autre pour la Caisse primaire. L'ordonnance du 19 octobre 1945, attaquée ici même, qui prévoyait l'envoi d'une carte à la Caisse et la rédaction du certificat en triple exemplaire, a donc été heureusement réformée.

Lors de la guérison sans I.P. ou au moment de la consolidation si I.P., le médecin doit établir un *certificat en double exemplaire*, comme sous le régime de l'ordonnance du 19 octobre 1945. Quatre pièces seulement au lieu des sept prévues par l'ordonnance précédente sont donc imposées au praticien. Un grand effort de simplification administrative a été fait en faveur des médecins. Mais une *sanction fort lourde* est prévue contre eux par l'article 24 : hormis les cas d'urgence, le praticien qui ne remplirait pas les formalités imposées *se verrait déchu de tout recours en paiement de ses honoraires* contre la Caisse comme contre la victime, qui n'en seraient ni l'une ni l'autre tenues pour responsables. Regrettable innovation en médecine sociale : que l'on pénalise la négligence du praticien par une amputation de ses honoraires, nous l'admettrions à la rigueur ; mais que l'on en prenne prétexte pour nier le principe même de la dette de la Caisse, est, à notre avis, intolérable.

Des peines fort lourdes d'amendes sont prévues par l'article 81 contre les rédacteurs de faux certificats ou de certificats de complaisance.

d) Lors de l'*enquête* effectuée en cas d'I.P.P. ou de mort, une nouveauté intéressante est la faculté donnée au blessé de se faire assister par un camarade de la même profession ou par un délégué de son organisation syndicale (art. 26).

e) Une *autopsie* doit être faite chaque fois que les ayants cause de la victime la demandent ou si la Caisse l'estime utile. En cas d'opposition des héritiers, il leur incombe d'apporter la preuve de la relation de cause à effet entre l'accident et le décès (art. 27).

f) La Caisse peut faire procéder à l'*examen de la victime* par son *médecin conseil*, et en cas de désaccord avec le médecin traitant, par un *sur-expert* désigné selon la procédure prévue pour la longue maladie en A.S. Cette disposition soulève les mêmes réserves qu'en A.S.

g) Dans le cas où le caractère professionnel de l'accident est contesté par la Caisse, les prestations des A.S. sont, le cas échéant, servies à titre provisionnel jusqu'à décision par la juridiction compétente.

D. Prestations

Elles sont supportées par la Caisse primaire (et non plus régionale).

a) *Soins.* — Le principe du *libre choix* est réaffirmé dans l'article 33, des peines d'amendes étant prévues par l'article 81 pour sanctionner toute atteinte au libre choix.

Pour la *rémunération du médecin*, le *principe est le tiers payant* (art. 32 : « la Caisse verse directement le montant des prestations au praticien »...), avec *tarif* aligné sur celui de l'assurance maladie, « sous réserve des dispositions spéciales qui peuvent être fixées par arrêté interministériel ». Cette réserve est importante et pleine de sous-entendus menaçants. L'*entente directe exceptionnelle*, rétablie par l'ordonnance du 19 octobre 1945 et résultant de l'assimilation des deux régimes A.S. et A.T., *est confirmée et précisée* par l'art. 34 : « Les praticiens ne peuvent demander d'honoraires à la victime qui présente une feuille d'accident... sauf le cas de dépassement de tarif dans les conditions prévues en matière d'assurance-maladie et dans la mesure du dépassement. » Ce texte rétablit donc, *non seulement l'entente directe, mais le paiement direct du médecin par le blessé*, pour la fraction d'honoraires dépassant éventuellement le tarif, ce que ne faisait pas l'ordonnance du 19 octobre 1945. Nous avions discuté à l'époque la rédaction de cette ordonnance qui faisait supporter aux Caisses la charge supplémentaire des honoraires du médecin titré abusivement appelé pour le moindre bobo. En faisant supporter au blessé lui-même le supplément éventuel d'honoraires, la nouvelle loi répond à l'objection. Elle prévoit, heureusement, selon nous, les mêmes possibilités de dépassement qu'en matière d'assurance maladie-: notoriété du médecin, situation de fortune du blessé, importance du service rendu... Reste à savoir si le Corps médical estimera psychologiquement possible d'user de cette faculté.

En cas d'hospitalisation dans un hôpital public, le tarif et le mode de règlement des honoraires médicaux sont ceux applicables aux malades payants de la catégorie la plus basse (art. 35). Nous sommes donc renvoyés — et c'est logique — au fameux décret hospitalier si impatiemment attendu. En outre, il est spécifié que les honoraires médicaux sont payés par la Caisse à l'hôpital qui les reversera ensuite aux médecins. Un A.T. ne peut être hospitalisé *dans un hôpital privé* que si cet établissement présente les mêmes garanties techniques qu'un hôpital public et s'il est autorisé, dans les conditions prévues par le régime d'assurance-maladie, par une Commission régionale tripartite. Les honoraires médicaux y sont payés sur la base d'un tarif fixé par convention Syndicat-Caisse, et à défaut de convention, selon un tarif de responsabilité fixé par les Caisses (art. 36). « Les victimes d'accidents du travail — nous

dit ce même article — peuvent être soignées dans des établissements fondés par les Caisses, ou dans des établissements mutualistes... » Toujours la menace de ces établissements de Caisses...

Le *contrôle médical*, pendant l'incapacité temporaire et dans le cas de rechute, est le même qu'en matière d'assurance-maladie (art. 37). Nous renvoyons nos lecteurs à des dispositions qu'ils connaissent maintenant à fond.

b) *Réadaptation fonctionnelle* — : une des nouveautés de la réforme. Ce stade précède celui de la rééducation professionnelle. Le bénéfice en est accordé soit sur la demande du blessé, soit sur l'initiative de la Caisse, après examen calqué sur celui de la longue maladie. Le traitement peut comporter l'admission dans un établissement public ou privé autorisé. Pendant ce traitement, l'indemnité journalière est servie. Le bénéficiaire doit, bien entendu, se soumettre, sous peine de déchéance de l'indemnité journalière, aux traitements et mesures prescrits, aux visites et contrôles, s'abstenir de toute activité non autorisée, accomplir les exercices et travaux prescrits (art. 39 à 41).

c) *Rééducation professionnelle et reclassement*. — Rien de spécial à signaler, sauf la nécessité d'un examen psychotechnique préalable.

E. Indemnités

a) *Indemnité journalière* —, à la charge de la Caisse primaire.

L'indemnité journalière peut être *maintenue en tout ou partie en cas de reprise d'un travail léger* autorisé par le médecin traitant, si cette reprise est reconnue par le médecin conseil de la Caisse primaire comme de nature à favoriser la guérison ou la consolidation (art. 45). Disposition fort heureuse dans son principe, mais dont les modalités d'application seront sans doute délicates.

La Caisse primaire fixe la date de guérison ou de consolidation d'après l'avis du médecin traitant, ou en cas de désaccord, d'après l'avis d'un expert donné comme en matière de longue maladie.

L'indemnité journalière est égale à la moitié du salaire. Elle est portée aux deux tiers à partir du 29e jour (et non plus du 33e).

Enfin — signe des temps — une clause de révision est prévue en cas d'augmentation générale des salaires postérieure à l'accident (art. 46).

b) *Rentes* —, à la charge de la Caisse régionale.

De nouveaux chiffres sont fixés pour le calcul des rentes, dans le détail desquels il serait trop long d'entrer. Une modification importante est introduite pour la *détermination des taux d'I.P.P.* (art. 50). Alors que, sous le régime de 1898, l'indemnité était déterminée d'après un barème établi uniquement sur la nature de l'infirmité, alors que selon l'ordonnance du 19 octobre 1945 la qualification professionnelle devait être aussi prise en considération, les nouvelles dispositions prévoient la nécessité de déterminer dans chaque cas particulier le montant de la rente d'après « la nature de l'infirmité, l'état général, l'âge, les facultés physiques et mentales de la victime ainsi que d'après ses aptitudes et sa qualification profes-, sionnelle, *compte tenu* d'un barème indicatif d'invalidité ». Autrement dit, la réparation sera adaptée au préjudice réellement subi par chaque victime ; par conséquent elle sera beaucoup moins « militaire » et beaucoup plus équitable.

c) *Pensions en cas de mort* —, à la charge de la Caisse régionale.

De nouveaux chiffres sont adoptés par les art. 51 à 54, auxquels nous renvoyons nos lecteurs.

d) *Dispositions générales*.

L'article 55 prévoit que sont applicables aux *contestations portant sur le taux d'incapacité* les dispositions prévues en matière d'assurance-invalidité : le litige est porté devant une Commission régionale mixte comprenant un médecin désigné par la victime et un médecin désigné par la Caisse ; appel devant une Commission nationale.

Le *montant de la rente* elle-même *est fixé*, après au besoin avis d'un expert technique, *par le Conseil d'administration de la Caisse régionale ou par un Comité ayant reçu délégation*. Un règlement d'administration publique doit intervenir pour fixer les conditions d'application de ce texte (art. 54).

Un problème général se pose donc relativement au *contentieux des Accidents du travail*. Pour le contentieux des rentes, il faut attendre le R.A.P. annoncé. Mais quid pour le contentieux de toutes les autres questions soulevées par la loi des A.T. (à l'exception du contentieux sur le taux d'invalidité dont nous avons vu qu'il est réglé par une disposition expresse (art. 55) ?. La loi du 30 octobre 1946 ne souffle mot ni de procédure spéciale, ni de recours spéciaux. De temps à autre, elle signale l'intervention de « la juridiction compétente » sans la définir précisément. Son article 82 prévoit seulement un règlement d'administration publique général pour régler ses conditions d'application dans leur ensemble. Nous considérons, jusqu'à preuve du contraire, que, sauf pour celles des questions qui sont expressément réglées par la loi, c'est la procédure générale du Contentieux de la Sécurité sociale réglée par la loi du 24 octobre 1946 (1) qui doit être utilisée dans tous les domaines qui ne seront pas fixés par les Règlements d'administration publique et notamment en matière de recouvrement d'honoraires médicaux.

L'article 58 porte que « tout *retard injustifié dans le paiement soit de l'indemnité journalière, soit des rentes*, donne droit au créancier, à compter du huitième jour de l'échéance, à une *astreinte quotidienne de 1 % du montant des sommes non payées*, prononcée par la juridiction compétente ». Il y a là un vestige d'une disposition intéressante contenue dans l'ordonnance du 19 octobre 1945. La disposition initiale était beaucoup plus énergique : tout retard entraînait systématiquement un intérêt de 1 %, sans qu'il soit nécessaire d'établir que le retard était injustifié et sans qu'il y ait lieu de recourir, pour faire prononcer l'astreinte, à la juridiction compétente.

La loi reprend ensuite les dispositions déjà connues en ce qui concerne la *faute intentionnelle et inexcusable de la victime*, et en ce qui concerne la *faute intentionnelle et inexcusable de l'employeur*. Elle confirme ce que l'ordonnance du 19 octobre 1945 avait déjà décidé : *l'impossibilité pour l'employeur de s'assurer contre les conséquences de sa faute inexcusable*. Elle insiste même : « l'auteur de la faute inexcusable en étant responsable sur son patrimoine personnel », spécifie-t-elle (art. 65).

La loi confirme l'*incompatibilité* qui existe *entre les fonctions d'expert et les fonctions de médecin traitant du blessé, de médecin attaché à l'entreprise et de médecin conseil de la Caisse primaire* (art. 76). Elle précise que la *rémunération due en cas d'expertise* au médecin traitant, au médecin expert ou au médecin spécialiste, ainsi que leurs frais de déplacement, sont calculés

(1) *Concours Médical*, 23 novembre 1946, page 1403.

d'après le tarif prévu en matière d'assurance — longue maladie (arrêté du 9 janvier 1946 : médecin traitant : C 2 ou V 2). art. 77).

Elle rappelle la *prescription de 2 ans pour tous les droits aux prestations et indemnités prévues par la loi*, c'est-à-dire entre autres pour le *paiement des honoraires médicaux* (art. 78).

Elle rappelle enfin que *toute convention contraire* à son texte est *nulle* de plein droit. Elle doit donc être considérée comme d'*ordre public* (art. 79).

II. — Maladies professionnelles

La loi ne contient *aucune définition limitative* des maladies professionnelles. Elle se borne à renvoyer à des tableaux annexés à des Règlements d'administration publique qui comprendront des énumérations de manifestations morbides, d'intoxications aiguës ou chroniques, d'infections microbiennes, présentées par les travailleurs, le tout présumé d'origine professionnelle. D'autres tableaux pourront déterminer des affections présumées résulter d'une ambiance ou d'attitudes particulières nécessitées par l'exécution de travaux limitativement énumérés, ces tableaux étant, bien entendu, sujets à révision. La législation des maladies professionnelles sera donc — et c'est heureux — en constante évolution.

Les mêmes formalités qu'autrefois sont mises à la charge des praticiens : *certificats en triple exemplaire, déclaration obligatoire de toute maladie figurant sur un tableau spécial et non comprise encore dans la protection des maladies professionnelles*. Déclaration même de toute maladie non comprise dans cette liste, mais qui présente, à l'avis du praticien, un caractère professionnel.

Conclusion

Cette loi, on le voit, contient beaucoup de nouveautés, les unes heureuses, les autres moins. Une grosse lacune, à notre avis, dès l'instant que sont émises les grandes idées de Sécurité sociale et d'assujettissement du grand nombre, c'est le sort spécial fait encore aux accidents agricoles. A quand l'assimilation complète ? Peut-être pas pour demain, nous murmure un politique avisé..

P. DOURIEZ.

L'IMMORALITÉ ANTI-NATIONALE ET ANTI-SCIENTIFIQUE DE LA FISCALITÉ MÉDICALE

Par le Dr JEAN-GALLOIS
Membre de la Société d'Ophtalmologie de Paris
Membre associé de la Société française de Cardiologie

M. Bidault, chef du Gouvernement, à la date du 26 octobre 1946, a désigné, d'une manière toute particulière le *savant* parmi ceux dont il fallait assurer la subsistance, et pour qui il a exhorté les producteurs à ne pas « mettre en cause la capacité de travail ».

Mais les Contributions directes, qui dépendent de ce même Gouvernement, ont, cette année accru leurs exigences fiscales contre les *médecins*, et la semaine ne s'était pas écoulée que des *médecins*, même s'ils sont des *savants*, par leurs feuilles d'impôts directs, se voyaient taxer avec une rigueur écrasante jusque là inapprochée.

Sait-on exactement, le ministre des Finances sait-il, ce qu'est, comment travaille un médecin français, un savant français ? On a presque honte à le préciser, tant les faits semblent évidents.

LE MÉDECIN, c'est un citoyen dont le rôle est d'accroître la force de l'Etat, en décelant le plus tôt possible l'état de maladie de chaque citoyen, en réduisant au maximum les arrêts d'activité pour cause de maladie, en tentant de réduire au maximum la mortalité.

Le médecin français, qui vit encore dans le cadre d'une profession libérale, est sans doute le seul citoyen qui ne mandate pas ses représentants syndicaux pour exiger une limitation de ses heures de travail, et la stabilité de ses heures de loisir.

Le médecin sacrifie au malade ce que chaque citoyen entend faire respecter, la nécessité d'un minimum de repos, la détente de sa vie familiale et conjugale : de nuit comme de jour, au moindre appel du moindre malade — ou se croyant tel — il abandonne tout ce qui permet à l'homme de supporter la dureté de l'existence.

Parmi cette grande majorité des médecins français qui ont gardé intacte la noble tradition de leurs prédécesseurs qui soignaient avec le même dévouement le riche, et, gratuitement le pauvre, le médecin français ne « plaint pas sa peine » et travaille durement : il ignore la loi de l'offre et de la demande, isolé à la campagne ou travaillant dans une grande ville, même s'il survient une épidémie qui le force à travailler jusqu'à l'épuisement, il ne limite pas ses interventions par la hausse de ses honoraires.

Cependant, ni dans son alimentation, ni dans ses facilités de transport, les gouvernements actuels ne le placent dans une position privilégiée.

C'est entendu, il touche de l'argent de son malade et c'est ce que l'on appelle ses revenus professionnels, et jusqu'à présent, seul, le système des *honoraires* a permis au médecin des modalités de travail, inacceptables pour la masse, en accordant parallèlement la quantité et la qualité de son travail avec l'augmentation de ces revenus professionnels : revenus d'ailleurs insuffisants pendant de longues années au jeune médecin scrupuleux, insuffisants vers la vieillesse.

L'activité du médecin est donc liée à ses honoraires, et inversement : et si un malade a besoin de soins assidus, si, dans un cas aggravé, une opération s'impose, si, avec une perfection de soins sans cesse croissante, il voit s'augmenter le nombre de ses clients, si, avec les facilités que donnent les lois sociales, ces clients viennent le

consulter de plus en plus fréquemment pour des affections souvent insignifiantes, il en résulte une augmentation des revenus professionnels.

Or, actuellement, une augmentation des revenus professionnels, c'est un pas rapidement fait vers cette limite tragique où le Fisc estime que des revenus deviennent excessifs et doivent « être redistribués ». Du fait d'un *contrôle fiscal* de ces revenus professionnels de plus en plus précis, et rendant de moins en moins possible la fraude, le médecin va se trouver acculé de plus en plus à ce dilemne :

Gagner assez pour vivre et faire vivre sa famille (et si souvent une famille nombreuse) dans un pays où le coefficient d'augmentation des denrées élémentaires dépasse de beaucoup le coefficient d'augmentation des honoraires ;

Ne pas gagner trop pour que les exigences fiscales ne l'obligent pas, en fait, à travailler à perte.

Dans les mêmes conditions, qu'un industriel, qu'un commerçant réduise son activité, c'est regrettable, mais ce n'est pas, humainement, choquant. Mais qu'*un seul* médecin risque d'arriver à la *tentation* d'espacer ses visites à un malade, de ne pas, dans certains cas non urgents, mettre en œuvre un traitement, opératoire ou non, coûteux, de refuser des clients nouveaux attirés par sa juste renommée, *parce qu'il en résulterait une augmentation de ses revenus professionnels, et pour éviter l'écrasement fiscal*, voilà la *situation scandaleuse* à laquelle nous sommes amenés.

Elle ne présente que deux échappatoires : ou un esprit de sacrifice surhumain, ou la volonté délibérée de la fraude fiscale, qui n'est plus alors qu'un réflexe instinctif de défense vitale.

Ces revenus professionnels que l'on reproche au médecin, c'est, en effet, au-dessus d'un minimum vital qui plafonne actuellement très haut, la *possibilité d'une organisation matérielle plus parfaite pour le service de ses malades*, c'est l'automobile, ce sont les instruments sans cesse perfectionnés, c'est la secrétaire ou l'infirmière, ce sont les moyens de soigner mieux et avec moins de fatigue : c'est cela que l'on empêche si l'on classe le médecin pêle-mêle, avec tous ceux qui « gagnent de l'argent ».

En voulant détruire l'ivraie de la profession, c'est le bon grain que l'on frappe, mais c'est par ricochet le malade qui est atteint. L'Etat va payer très cher, en taxant durement le médecin, les quelques millions qu'il récupérera — goutte d'eau dans son budget, mais substance vitale pour le médecin — si c'est au prix, faute de moyens matériels suffisants, d'une moins parfaite défense contre la maladie.

Et voilà en quoi la fiscalité médicale est immorale sur le plan national.

⁂

LE SAVANT se trouve devant une situation encore plus grave. On semble ignorer qu'il n'y a pas, d'une part des praticiens, d'autre part des savants : ceux-ci n'ont pas une formation différente, ni dans la grande majorité des cas une vie professionnelle différente, ni des ressources différentes.

J'ai abordé ces problèmes à la Conférence Laennec en 1938 (1) : en France, actuellement et dans la grande majorité des cas, *quels médecins font de la recherche scientifique, comment se fait-elle, que coûte-t-elle, que rapporte-t-elle, et qui la paye* ?

a) *N'importe quel médecin français peut faire de la recherche :* c'est la conséquence de notre formation spécifiquement française : l'enseignement reçu de nos maîtres nous a donné à chacun l'essentiel, c'est-à-dire une solide formation clinique à base de critique des faits, qui peut servir à chacun de tremplin pour une recherche éventuelle.

Si, habituellement, les travaux de recherche sont le fait des professeurs de Facultés, ou du Corps médical des hôpitaux, c'est parce qu'ils représentent une sélection, mais il n'y a pas assez de chaires, ni de services hospitaliers pour tous les chercheurs, et très nombreux sont ceux qui continuent leurs recherches, bien que n'ayant pu atteindre aux postes officiels.

b) *La recherche exige*, avant tout, une perfection de connaissances personnelles et un travail d'entretien de ces connaissances qui demande au chercheur d'y consacrer *une part importante de son temps*, en dehors du travail de clientèle hospitalière ou privée : elle demande de même, une part importante de ce temps pour la *mise au point* des résultats, pour leur *rédaction*, pour leur *présentation* devant les Sociétés Savantes, pour leur *diffusion* éventuelle devant les Sociétés étrangères.

c) *La recherche coûte*, directement ou indirectement, en dépenses variées et en manque à gagner, à cause du temps qui lui est consacré et qui est pris sur le temps quotidien de travail professionnel.

d) *La recherche ne rapporte pas directement, au médecin, de bénéfice matériel.* La valeur d'une clientèle, surtout avec les facilités actuelles du tiers payant — n'est nullement en rapport avec la valeur scientifique du médecin.

Le savant, qui n'est pas un industriel, mettant dans le domaine public le résultat de ses recherches, sans brevet protecteur et sans redevances, à la disposition de chaque praticien, n'en retire pas de bénéfice pécuniaire direct.

e) *Le savant* qui, en médecine, ne reçoit habituellement pas de subvention d'un ministère ou d'un organisme social, *fait donc à lui seul les frais de ces recherches* dans la grande majorité des cas, et l'on peut dire qu'habituellement *ce sont les recettes professionnelles, les honoraires qu'il touche, qui servent à les payer :* honoraires insuffisants dans cette première partie de l'existence professionnelle où la notoriété scientifique est beaucoup plus longue à être connue du public que ne le sont les facilités qu'un certain public, grâce aux commodités du tiers payant, peut recevoir de certains médecins à la conscience élastique ; honoraires qui pourraient suffire à

(1) La Médecine de Science, Médecine sociale : Cahiers Laennec, n° 2 1939.

l'âge de la grande notoriété, acquise au prix d'un travail considérable, s'ils ne devenaient alors de ces « revenus excessifs » qu'il s'agit, avant tout, de « redistribuer ».

La fiscalité médicale, déjà immorale sur le plan national l'est encore plus sur le plan scientifique.

♣

Médecin, le savant supporte le poids des *taxes* et des *dépenses sociales* sur ses commodités de transport et sur son personnel éventuels, si souvent indispensables à la perfection de sa vie professionnelle et de ses recherches. Il doit payer *patente* pour avoir le droit de soigner ses malades.

Ses *impôts directs* sont calculés comme pour chaque médecin : abattement à la base insignifiant, taxation à 21 % au lieu de 16 % — en raison des fraudes possibles — font qu'il est, comme le médecin, automatiquement et lourdement surtaxé s'il fait une déclaration rigoureusement exacte de ses revenus professionnels.

Citoyen, il supporte, de plus, le poids écrasant de cette progressivité accélérée de l'impôt général sur le revenu, dont on dit que même en U.R.S.S. elle n'existe pas ; de même qu'il supporte la sous-estimation, tragique actuellement, des besoins vitaux d'une famille.

L'estimation de ses *dépenses professionnelles* qui, en principe, entre en ligne de compte pour l'établissement de ses bénéfices, peut être sujette à discussions. C'est qu'il existe, pour le médecin, et particulièrement pour le savant, toute une série de dépenses indispensables pour lui-même, indispensables pour le rayonnement de la France, et qui pouvant paraître des dépenses somptuaires peuvent être discutées : je veux parler d'abord de toute une série de dépenses nécessaires et qui ne sont pas rentables, et aussi de ce que la nécessité de contacts directs avec les savants étrangers peut exiger en voyages et en réceptions. Or, quand on a vu des contrôleurs en arriver presque à reprocher à des médecins, chargés de famille le nombre jugé excessif de leurs enfants en regard de l'insuffisance actuelle de leurs recettes professionnelles, il n'est pas impossible de voir des savants authentiques mis en mauvaise posture sur certaines dépenses qui pourraient être jugées comme n'étant pas directement professionnelles, ou n'étant pas en rapport avec les recettes professionnelles.

En ce citoyen qui, dans le cadre de la médecine, fait de la recherche scientifique, deux hommes sont confondus en un seul : *le savant* qui jouit de toute la sollicitude — verbale — du Gouvernement, sans en recevoir habituellement la moindre assistance matérielle, et *le médecin* qui, malgré ses modalités de travail inacceptables pour la masse, se voit actuellement traqué comme ne l'est pas un gangster du marché noir. On ne veut voir en lui que « l'homme-qui-gagne-de-l'argent », on ne veut voir que ses gains matériels sans admettre qu'ils lui servent avant tout dans l'intérêt de ses malades. On ne veut pas voir qu'un médecin, qu'un savant, appauvri dans son capital comme dans ses revenus, n'aura plus les moyens matériels suffisants, ni la liberté d'esprit suffisante, pour remplir sa mission scientifique avec un rendement suffisant.

Qu'importe alors l'augmentation bien inutile de ces honoraires, qu'importe l'autorisation des dépassements d'honoraires pour notoriété scientifique, si ces augmentations ne servent qu'à accroître le fardeau fiscal, d'autant plus lourd que le médecin est plus scrupuleux, d'autant plus lourd que le savant, plus connu, voit venir à lui plus de malades ?

Et si la tentation, pour le *médecin*, de restreindre son activité est déjà bien dangereuse pour la santé publique, quelle lourde faute que de donner au *savant* la tentation beaucoup plus grave de réduire cette activité scientifique qui a si souvent un caractère très personnel et irremplaçable, si chaque effort de plus vers un perfectionnement se voit stérilisé automatiquement par une fiscalité plus excessive ?

Ni le médecin, ni le savant ne sont assez inconscients pour refuser leur devoir de contribuables. Mais l'un et l'autre ne peuvent méconnaître l'insolence affichée de l'aisance et du luxe tolérée à tant d'inassujettis aux impôts directs, non plus que l'ignorance où les Pouvoirs publics sont de leurs conditions réelles de travail, professionnel ou scientifique.

On ne peut absolument pas les comparer à des revenus commerciaux, et c'est une folie de les limiter dangereusement, à plus forte raison de les « redistribuer » tant qu'on ne leur aura pas assuré, par ailleurs, des ressources exemptes d'impôts.

D'une manière ou d'une autre — quel que soit le régime où se développera la médecine — l'Etat se doit d'apporter au savant une aide, directe ou indirecte, indiscutable, substantielle et surtout spontanée, dont chaque citoyen bénéficiera. La nécessité d'aider la recherche elle-même, et non pas seulement ses résultats positifs, donc la difficulté d'attribuer des subventions éventuelles pour des travaux qui ne reposent souvent que sur des hypothèses, font qu'*actuellement, la meilleure aide à donner aux savants, en médecine, est de leur laisser la disponibilité d'un capital et de revenus suffisants : c'est la fécondité de leur travail qui en fera la « redistribution »* ; ceci n'empêche pas, parallèlement, les subventions pour des recherches confirmées.

Le Gouvernement français ne peut, en prolongeant la situation actuelle, risquer le camouflet que serait la constitution d'un *Syndicat de savants* venant présenter ses revendications, alors que dans tous les pays civilisés, des U.S.A. à l'U.R.S.S., le savant est l'objet de la sollicitude constante et effective d'un Etat compréhensif de son intérêt le plus immédiat. L'exemple récent de la dernière guerre a montré ce que peuvent les savants étrangers, parce qu'ils ont été aidés. *Quel ne serait pas le rendement des savants français*, également aidés, ou tout au moins *non brimés en tant que médecins*, quand on sait ce que, livrés à peu près à eux-mêmes, ils sont capables de faire.

PAGES SANS MÉDECINE

LIVRES

Ces « pages sans médecine » ne seront du moins pas sans médecins !

Il se trouve que nos auteurs d'aujourd'hui sont en majorité des confrères. La plume et le bistouri ne sont-ils pas liés d'amitié de longue date ?

SIMPLES RÉCITS D'UN CHIRURGIEN. *Dr René Luc. Préface du Dr Paul Voivenel.* Edit. Didier. Toulouse.

Il faut que le coude-à-coude quotidien avec la douleur humaine ait de bien puissantes suggestions pour que tant de médecins ne se sentent pas quittes avec tel ou tel cas clinique avant d'en avoir conté, la plume à la main, les péripéties. Souvent ce n'est pas sous le coup même de l'événement qu'ils ont écrit ; ils ont laissé s'amortir le choc et se clarifier leurs réflexions, car il est convenable qu'un médecin ne perde pas, fut-ce dans le style, le contrôle de sa sensibilité.

Les souvenirs du Dr René Luc ont subi une telle décantation. Ils ont cette noble pudeur de procéder par touches discrètes, de ne s'extérioriser qu'avec mesure; et ils atteignent ainsi à un pathétique contenu qui se transmet au lecteur avec une précision chirurgicale.

Cette profession qui jamais ne perd le contact avec la vie et la mort a sur toute autre cette vertu magnifique d'exalter le sens de l'humain ; et ces « simples récits » prennent avec simplicité place parmi les pages qui l'honorent et en déclarent la noblesse.

EDUCATION DE L'AMOUR. *Dr René Biot.* Edit. Plon.

Conjuguant, pour le bénéfice certain du lecteur, ses expériences de médecin, de père de famille et de philosophe, l'auteur aborde ici un délicat problème ; et dès les premières pages, on se rend compte qu'il n'a l'intention de biaiser avec aucune difficulté. C'est de l'amour « intégral » qu'il sera question, et les droits de la chair seront tranquillement, fermement déclarés. Il ne craint pas de proclamer que l'acte conjugal est, pour les époux, l'instrument de magnifiques progrès de leur valeur d'êtres humains, que, à condition que l'âme ne se laisse pas enliser par la volupté « il y a comme une illumination par le corps », et que la fécondité est un instrument providentiel de spiritualisation.

Soucieux de préserver la part de l'amour il ne méconnaît pas les difficultés que celui-ci rencontre dans notre monde dominé par l'argent et prône une refonte radicale de la société.

L'éducation de la sexualité chez l'enfant est abordée de front, et le médecin expose sans fausse pudeur au jeune homme, à la jeune fille tout ce qu'ils doivent savoir lorsqu'ils atteignent l'âge nubile; sur les déviations de la sexualité il ne jette pas l'anathème mais en fait des faiblesses morbides auxquelles il peut être remédié.

Ce livre loyal et sain sera certainement d'un grand secours aux parents qui ne savent comment aborder ces explications nécessaires.

CRÉPIN, INFIRMIER DE RÉSERVE. *Dr Fulbert Taillard.* Edit. Société d'Editions Savoyardes. Thonon.

Par la bouche du jovial, du truculent Crépin, l'auteur narre des souvenirs de la « drôle de guerre ». La drôle de guerre vue de l'arrière ; hôpitaux complémentaires avec leur faune funambulesque demeurée inchangée depuis la précédente : médecins-chefs faisant feu de leurs quatre galons, gestionnaires tâtillons et soupçonneux, chirurgiens orgueilleux de leur qualité. Et tout ce monde affairé, fébrile, incohérent, péremptoire, bref souffrant de cet étrange complexe qui saisit de paisibles civils lorsqu'ils revêtent un uniforme.

La bouffonnerie se poursuit jusqu'au moment où l'approche des Allemands précipite tout le monde dans la plus inéluctable des réalités. La drôle de guerre se termine sans transition par un emprisonnement général.

La langue se maintient résolument dans les bonnes traditions militaires. La verve est incontestable et les expressions fortement descriptives abondent. Il n'y a pas là de quoi dérouter les lecteurs d'aujourd'hui ; mais les jeunes personnes désireuses de châtier leur style feront bien de préférer Bossuet à Crépin.

PIERRE L'ERMITE ET LA CROISADE. — *Yves Le Febvre,* Edit. Malfère, Amiens.

Figure dans une collection qui s'intitule : *Les grandes heures de l'Histoire.* Ce volume étudie les remous de peuples et les chocs de civilisation qui ont ouvert la voie des croisades. En se scindant en ses deux tronçons, le féodal à l'occident et le byzantin à l'orient, la chétienté s'était affaiblie. Le flot arabe les mit tous deux en péril mais fut endigué à Poitiers. L'Asie mineure fut ensuite envahie par les Turcs et Byzance vit s'approcher lentement la menace qui réduisit les fiers empereurs à crier à l'aide. C'est ainsi que la papauté, par la voix des deux grands papes Grégoire VII et Urbain II, fut amenée à prêcher la Guerre sainte.

Mais l'atmosphère favorable à cette explosion de foi religieuse avait été créée préalablement, et l'auteur en attribue le mérite à l'abbaye de Cluny qui avait essaimé dans l'Europe ses cloîtres et y attisait la ferveur chrétienne.

Pierre l'Ermite ne fut en somme que l'agitateur populaire, le propagandiste fanatique qui donne le branle à la vaste migration.

Cet ouvrage fortement documenté retrace dans un style vigoureux et coloré ce moment crucial de notre histoire.

G. L.

CHRONIQUE FINANCIÈRE

Entre la hausse et la baisse la Bourse semble choisir la stabilité

Est-il possible de dégager une tendance bien définie des séances boursières du mois de novembre ? C'est la question que se posent ces jours-ci maints observateurs. Mais la réponse dépend de trop de facteurs pour qu'il soit possible de trancher dans un sens ou dans l'autre.

L'indice général, qui était de 1034 le 31 octobre, atteint 1080 le 29 novembre. Mais cette légère hausse de l'ensemble des groupes n'a pas été uniforme et continue :

	31 oct.	8 nov.	15 nov.	22 nov.	29 nov.
Indice général.....	1034	1037	1096	1106	1080
Valeurs métropolit...	1004	1015	1066	1075	1049
Valeurs coloniales ...	1050	1043	1101	1123	1091
Stés franç. à l'étr. ...	1125	1111	1201	1198	1178
Valeurs étrangères ..	432	431	441	479	457
Val. franç à rev. fixe	139,9	139,7	140,5	140,7	141

Depuis le 29 novembre, es cours n'ont pas été sensiblement modifiés.

L'indice maximum a donc été atteint le 22 novembre avec le chiffre de 1106. Depuis lors, un tassement s'est produit, en même temps que les transactions se raréfiaient.

Mais peut-on en conclure que, depuis le 22 novembre, le marché soit entré dans une période de baisse ? Nullement. Acheteurs et vendeurs sont restés sur la réserve, le marché est en attente.

La crise gouvernementale tient les opérateurs en suspens. Les différents partis politiques ont exposé leurs programmes financiers. Fait assez rare, ils semblent d'accord sur l'ensemble des mesures à prendre pour opérer le sauvetage du franc : économies, suppression des administrations inutiles, équilibre du budget, aménagements fiscaux.

Mais il faut, là encore, se garder de conclure hâtivement. Un rétablissement du franc, dit-on, devra mettre fin à la hausse ininterrompue à laquelle on assiste depuis bientôt sept ans.

Mais une monnaie ne se rétablit pas en un jour, et en 1946 un ministre des Finances aurait bien du mal à effectuer le redressement que M. Poincaré réussit en 1926. Le mal est maintenant plus profond, la situation générale du pays plus délicate. En 1926, la crise était monétaire ; en 1946, elle est monétaire, certes, mais aussi économique, sociale, et politique. Les partis et les hommes au pouvoir, quels qu'ils soient, devront trouver des remèdes nouveaux.

Ce redressement du franc, tout le monde le souhaite dans l'intérêt du pays. Il serait illusoire de croire qu'il pourrait s'effectuer sans l'aide de la Bourse et des capitaux qui, par son intermédiaire, s'investissent dans l'industrie et le commerce.

Et cependant, ce n'est certes pas sans raison que l'on assimile le rétablissement de la monnaie à l'arrêt de la hausse boursière. Le retour d'une monnaie saine verrait la réapparition d'une notion que le public boursier a bien perdu de vue depuis la guerre, celle de rendement. Pendant sept ans, seule la notion de plus-value en capital a préoccupé la Bourse. Et c'est pour cela que certains compartiments ou certaines valeurs ont monté beaucoup plus que d'autres. Cette hausse « sélective » doit-elle être attribuée au fait que certaines affaires ou que certains groupes d'activité étaient plus favorisés que d'autres ? Oui, certes, mais pas entièrement. Il est bien évident, par exemple, que les valeurs de textile qui sont à l'indice 1994 (base 100, 1938), n'ont pas acquis six fois plus de valeur réelle que les banques, qui ne sont qu'à l'indice 394. Mais les banques ont été menacées de nationalisation, de même que les produi ts chimiques ; les assurances ont été partiellement nationalisées, alors que les textiles paraissaient absolument hors d'atteinte. Les éléments qui ont influé sur la tenue des différents groupes ont donc été très variés et, bien souvent, relevaient de la politique beaucoup plus que de l'économie proprement dite.

Mais, dans une économie enfin stabilisée, quelles raisons y aurait-il que les textiles soient à l'indice 1994, l'alimentation à 1394, les constructions mécaniques à 1365, les pétroles à 1017, alors que la métallurgie n'atteint que 667, les automobiles 949, les industries extractives 808 ?

Evidemment certaines différences sont explicables ; les besoins de la reconstruction, par exemple, feront peut-être travailler davantage les textiles ou les matériaux de construction. Cependant, ces écarts considérables que l'on relève d'un groupe à l'autre devront, tôt ou tard, avoir tendance à se combler. C'est pour cela que l'heure semble venue de réviser son portefeuille. Mais s'il faut le faire avec soin et se garder d'acheter automatiquement ce qui est le moins cher en vendant ce qui est le plus cher (car dans certains cas les écarts sont évidemment justifiés), il faut surtout éviter l'excès contraire qui consiste à porter ces achats sur les valeurs en hausse. Une valeur ne s'acquiert pas comme une voiture ou un manteau de fourrure ; ce ne sont pas toujours les plus chères qui sont les meilleures, c'est même souvent le contraire.

Nouvelles réquisitions de valeurs étrangères

Pendant longtemps les valeurs étrangères se tinrent à Paris à des cours très inférieurs à ceux de leur place d'origine. Nous avions signalé notamment cette anomalie dans notre rubrique du mois de septembre. La Bourse a voulu la rectifier et, au début de novembre, alors que certains titres français semblaient déjà plafonner, le compartiment étranger s'anima brusquement et prit une large avance ; les acheteurs étant encouragés par une éventuelle dévaluation que des bruits persistants annonçaient. Si bien que les cours de certaines valeurs attinrent et même dépassèrent dans certains cas, ceux des places d'origine. Mais il y avait là un danger que nous avions signalé dans notre dernière chronique : en cas de réquisition, en effet, le Trésor devait payer les titres non pas d'après les cours de Paris, mais sur la base du cours de la place d'origine. Acheter 6.000 francs à Paris une mine d'or qui en vaut 5.000 à Londres, c'était s'exposer à perdre 1.000 francs. Et certains porteurs imprudents ont pu en faire l'expérience puisque le *Journal Officiel* du 1er décembre a publié la liste d'un certain nombre de valeurs mobilières libellées en sterling réquisitionnées. Parmi celles-ci, sont cotées à Paris : Brackpan (prix de réquisition 14/4/2), City Deep (45 Shillings), Crown mines (£ 5 1/4), New Jagersfontein (27/6), Springs (12/6) Tanganyika ord. (17 sh.) Tanganyika préf. (30 sh.) West Springs (21/3).

Le compartiment des valeurs étrangères doit être surveillé de près, car il n'y aurait pas de raison qu'un mouvement de réaction déjà amorcé ces jours derniers fasse descendre les cours de Paris à un niveau très inférieur à ceux des places étrangères. Voici certaines parités comparées au cours à Paris (ce dernier entre parenthèses).

Mexican Eagle 360 (364) ; Shell 2265 (2170) ; Anglo-American 2790 (2650) ; De Beers ord. 10320 (9425) ; De Beers préf. 10800 (9925) ; East Rand 960 (915) ; Rand Mines 3430 (3200) ; Goldfields 1800 (1690) ; Transvaal 1775 (1625) ; Roan Antelope 318 (320) ; Rio 7560 (8000) ; Union Corpo 6360 (6250) ; East Geduld 4340 (4550) ; Geduld 2880 (2880) ; Central Maning 10800 (10250) ; Crédit foncier égyptien 15386 (14600).

M. PEZEU.

DRAGÉES "YSE" Névrosthéniques

Phosphure de zinc 2 milligr.
Nux vomica
Kola guarana

Asthénie - Surmenage Intellectuel
Dépressions Physique et Cérébrale
forme B pour Diabétique

Médication iodo-arsénicale-phosphorée - Strychnique

HEMAGÉNINE GIRAUD

Lymphatisme - Rachitisme - ASTHME - Tous états infectieux et ganglionnaires

— LABORATOIRES YSE —

65, Rue Louis Blanc, Paris (X^e^) — — — Saint-Benoît du Sault (Indre)

PASSIFLORINE

Le médicament des cœurs instables

La PASSIFLORINE
par sa composition atoxique
PASSIFLORE, AUBÉPINE, SAULE
est un calmant
du Système végétatif
et un
Régulateur toni-cardiaque

La PASSIFLORINE
est le grand remède phytothérapique
de l'Eréthisme cardiaque
avec
Palpitations et Tachycardie

Laboratoire G. RÉAUBOURG, D^r en Ph^ie
115, Rue de Paris - BOULOGNE-sur-SEINE

Schéma d'ordonnance

HYPERTENSION DE LA MÉNOPAUSE

La suppression des fonctions ovariennes rompt l'équilibre neuro-végétatif en déréglant l'appareil régulateur de la pression sanguine, fait apparaître avec une élévation de la tension artérielle, un riche cortège de troubles nerveux et circulatoires.

1° Il faut rechercher la vie calme, exempte d'agitations, de préoccupations irritantes, les excès de fatigue. Du régime exclure les excitants café, thé, alcool.

2° Assagir les réactions vaso-motrices, abaisser la tension, atténuer les troubles fonctionnels par un sédatif polyvalent qui s'adresse à la fois au système végétatif, à l'hypersensibilité du système nerveux et aux spasmes vasculaires en donnant :

Trois semaines par mois, au début de chacun des trois repas, deux comprimés de *TENSÉDINE* *.

3° La dernière semaine traiter la cause endocrinienne par l'extrait ovarien, la folliculine ou la lutéine, suivant la forme symptomatique.

* La **TENSÉDINE** est une spécialité des Laboratoires MONAL, Docteurs en Pharmacie
13, Avenue de Ségur, PARIS



IODO-GLUTHIONAL

RHUMATISMES

LABORATOIRES CADUCIA CLAMART

AGOCHOLINE

DU DOCTEUR ZIZINE

STIMULANT HÉPATIQUE ET BILIAIRE

POSOLOGIE :
1 à 3 cuillerées à café le matin à jeun, dans un demi-verre d'eau chaude.

LABORATOIRES DU DOCTEUR ZIZINE
24, Rue de Fécamp
PARIS-12e

CACODYLINE

JAMMES

A : 10 cgs.
B : 20 cgs. **D** : 50 cgs.
C : 30 cgs. **E** : 1 gr.

ET

MAGNÉSIO-CACODYLINE

IODINJECTOL

3 FORMES { SIMPLE / SALICYLÉ / GOUTTES

Une injection intramusculaire ou intraveineuse par jour. 60 à 100 gouttes par jour.

Laboratoires JAMMES
86, Rue Michel-Ange, 86
PARIS (16e)

LABORATOIRES

MAYOLY-SPINDLER

1, Place Victor-Hugo — PARIS (16e)

Usine à RUEIL-MALMAISON (S.-&-O.)

Baume AROMA — BOROSTYROL

DICALIODE — EUPHON
(Sirops, Gouttes, Pastilles)

PERUBORE — SANOFORMINE

STILLARGOL — VALBROL

TRAITEMENT RATIONNEL de toutes formes de l'

OBÉSITÉ

et des troubles annexes

par **DELLOVA**

à base d'extraits opothérapiques — renforcés par un laxatif —

2 formes { CACHETS : 1 à 2 par jour / COMPRIMÉS : 2 à 4 par jour

Laboratoire **C. LAFOSSE**, 48, *Avenue de la République* - PARIS

ÉCHOS & commentaires

OU IL APPARAIT NÉCESSAIRE DE S'ENTENDRE SUR LE SENS DES MOTS.

Depuis longtemps déjà les hommes d'Etat ont fait remarquer que les différends entre nations liées par des traités tiennent bien souvent à ce que chacune des parties ne parle pas le même langage.

Les Caisses d'Assurances sociales et le Corps médical ne constituent point, que nous sachions, deux nations étrangères, et pourtant il semble que les accords qu'ils concluent — à force d'être verbaux — finissent par ne plus même porter sur le sens des mots.

Il nous revient en effet qu'au cours de contacts pris dans la Seine entre les deux parties en présence, dans le cadre du nouveau *modus faciendi* accepté par F.N.O.S. et Confédération, il aurait été déclaré que le tarif d'honoraires que les Caisses étaient disposées à accepter, devrait être obtenu en appliquant le coefficient 5 (sur lequel tout le monde semble provisoirement à peu près d'accord) non pas au tarif syndical minimum de 1939, *mais au tarif de responsabilité* des Caisses à la même date.

C'est là commettre tout d'abord une erreur de principe, quant au sens même de la réforme opérée par l'ordonnance du 19 octobre. Un effort a été fait par les A.S. en vue de permettre à leur tarif de responsabilité de rejoindre les tarifs médicaux, afin de réduire le ticket modérateur réel aux seuls 20 % de participation de l'assuré. C'est donc bien des tarifs d'honoraires, et non de responsabilité, qu'il s'agit d'établir. Et pour cela le coefficient 5 doit être appliqué à un tarif d'honoraires — un tarif syndical d'avant-guerre.

Mais, d'autre part, la thèse des Caisses est en opposition directe et évidente avec le *modus faciendi* accepté sur le plan national par les représentants des Caisses : au § 2°, il est en effet déclaré que « ce barème sera établi en tenant compte notamment des tarifs *minima* de 1939 ». De quel tarif minimum peut-il s'agir, sinon du tarif médical ? N'est-ce point les mots mêmes qui figuraient à cette époque dans l'art. 6 du décret-loi du 28 octobre 1935 ?

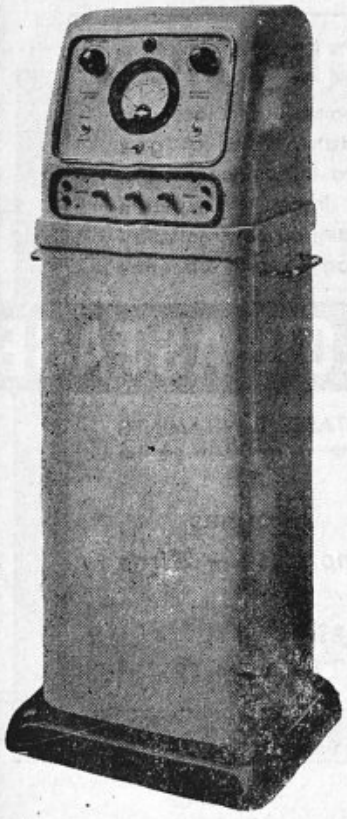
En réalité l'entente devient impossible, si elle intervient avec des réserves et des restrictions mentales et si les parties ne respectent point la parole donnée par leurs représentants qualifiés. Les Caisses se sont-elles donné pour tâche de décourager les partisans mêmes des conventions ?

OU L'ASSISTANCE EST MISE UN PEU RAPIDEMENT HORS LA LOI.

En prenant connaissance des articles du futur Code de Déontologie, publiés dans le dernier *Bulletin de l'Ordre*, nous sommes tombés en arrêt sur l'art. 68 *bis* relatif à l'assistance d'un médecin par un étudiant ou un autre médecin.

En bref (et sauf urgence — pendant une courte période) il est interdit aux médecins de se faire assister « dans l'exercice normal, habituel et organisé de leur profession ».

Nous comprenons bien que l'Ordre soit hostile à une forme



LE THERMOCEM

Appareil de Diathermie à Ondes Entretenues modulées
Licence OCEM

Le Thermocem d'un montage nouveau permet d'effectuer :
LA DIATHERMIE MÉDICALE (application directe sur la peau)
L'ÉLECTRO-COAGULATION (monopolaire et bipolaire)
LA GRANDE ET PETITE CHIRURGIE (coupe sous l'eau)
L'ÉCLAIRAGE du CHAMP OPÉRATOIRE (prise spéciale 0 v. 5 à 6 v.)

DÉBIT : 4 Ampères - PUISSANCE : 200 watts
Longueur d'ondes : 15 mètres

MÉDECINE GÉNÉRALE — CHIRURGIE
GYNÉCOLOGIE — DERMATOLOGIE — O. R. L.

Le fonctionnement du Thermocen est le plus simple de tous les appareils existant à ce jour

— Fournisseurs de l'Assistance Publique —

OCEM-PARIS
26, rue du Quatre-Septembre, 26
Tél. : RIChelieu 94-34

« capitaliste » d'exercice de la médecine qui tendrait à faire du titulaire du poste une sorte de chef d'entreprise et à donner à son activité un caractère nettement commercial, incompatible avec la dignité médicale.

Mais le texte ainsi conçu semble d'autre part jeter une condamnation morale sur une autre forme d'assistance qui, dès lors qu'elle est faite par un diplômé et non par un étudiant, et qu'elle respecte, avec le libre choix du malade, l'indépendance professionnelle de l'assistant, nous paraît au contraire hautement recommandable, et particulièrement utile dans les temps actuels.

Ne trouvons-nous pas dans le *Journal de Médecine de Paris* d'octobre 1946, sous la signature du Dr Rouèche, président de la Chambre syndicale des médecins de la Seine, ces lignes particulièrement instructives : « Les jeunes nous disent l'angoisse du lendemain... Où s'installer, et où trouver même maintenant un appartement professionnel ?... Pour ceux qui veulent rester à Paris, il leur est impossible de trouver un local, à moins d'acheter une clientèle, ce qui représente actuellement une somme fort importante... Si la situation ne s'éclaircit pas, ceux qui veulent rester en ville iront indubitablement vers les organisations de soins que créeront les Caisses... et seront nos concurrents directs par la force des choses. » Faut-il donc les pousser vers ces solutions par des règles rigides et hors de saison. Ne vaut-il pas mieux au contraire, avec l'auteur « favoriser la médecine de groupe, l'*assistanat*, l'internat obligatoire en province pour permettre l'installation dans ces régions ». Ce serait par là même aussi, nous dit le Dr Rouèche « empêcher les vieux médecins de mourir de faim ».

Le texte actuel de l'art. 68 *bis* est imprécis et équivoque. Ne vaudrait-il pas mieux le refondre afin de définir exactement la forme d'assistanat coupable et laisser vivre l'autre, premier et précieux embryon de la coopération médicale ? Ce serait en même temps l'occasion de faire disparaître du Code cette hardiesse juridique de l'assistance temporaire par un étudiant en médecine, qui peut conduire assisté et assistant — avec la bénédiction du Code — devant le Tribunal correctionnel.



Les syndicats et la sécurité sociale.

Nous avons publié dans nos derniers numéros des articles et des communiqués de plusieurs dirigeants de syndicats qui, après avoir été fougueux partisans de la signature des conventions, exhalaient, expérience faite, leur amertume. Ainsi en est-il dans le Tarn, la Haute-Garonne, etc.

Par souci d'objectivité, nous tenons à porter à la connaissance de nos lecteurs la lettre que nous avons reçue du Secrétaire général du Syndicat de la Corrèze à la suite de l'article consacré ici même à la question des dispensaires. En conclusion de cet article, nous disions que le seul moyen pour le Corps médical d'éviter le foisonnement des dispensaires et établissements de Caisses était d'insérer dans les conventions Syndicats-Caisses des clauses subordonnant toute création d'établissement de soins à l'accord des médecins.

Voici la lettre :

Je viens de lire avec le plus vif intérêt votre article sur les dispensaires, paru dans le Concours Médical *du 16 novembre* 1946.

Le début m'intéresse parce que nous sommes en train de contrer un projet de petit dispensaire municipal.

La fin m'intéresse encore plus, parce que nos rapports avec la

TROUBLES DU MÉTABOLISME PHOSPHO-CALCIQUE
RACHITISME
GROSSESSE
LACTATION
SPASMOPHILIE
CARIES DENTAIRES
FRACTURES
ERGORONE
SOLUTION GLYCÉRO-ALCOOLIQUE RENFERMANT 0,03 POUR 100 DE VITAMINE D CRISTALLISÉE
400 unités internationales par goutte
MÉDICATION D'UNE POSOLOGIE PRÉCISE contrôlée physiquement et biologiquement
SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE MARQUES POULENC FRÈRES ET USINES DU RHONE SPECIA
21, RUE JEAN GOUJON - PARIS (8ème)

DIGESTION
du pain et des féculents. Fermentations et gaz gastro-intestinaux - Colites droites - Dyspepsie salivaire ou pancréatique - Maladies par carence
AMYLODIASTASE
DIASTASES & VITAMINES de l'Orge et des céréales germées
2 Formes
Comprimés — Sirop
LABORATOIRES THÉPÉNIER
10, rue Clapeyron - Paris (8e)

Caisse départementale de la Sécurité sociale sont exactement ceux que vous préconisez. Bonne entente et large compréhension mutuelle.

Nous avons le coefficient 5 et une convention écrite où la Caisse s'interdit la création et la subvention d'organismes de soins sans l'accord et la participation du Syndicat médical.

Nous croyons comme vous que l'avenir est par là.

Ce que le Corps médical de Corrèze a réussi, celui de l'Oise l'a aussi obtenu. Nous savons que dans certains autres départements des efforts sont déployés vers le même but.

Nous ne prétendons pas que le Corps médical doive nécessairement s'entendre avec les Caisses : souverainement, il prendra sa décision sur ce point. Mais ce sur quoi nous sommes formels, c'est que s'il opte pour une politique d'entente, il lui faut ne pas rester en chemin, et ne pas négliger de recueillir tous les fruits de son attitude conciliante.

QUELQUES RÉFLEXIONS SUR LE REMPLACEMENT MÉDICAL.

Nous avons publié dans notre dernier numéro un communiqué du Conseil national de l'Ordre sur la question des remplacements, qui contient des précisions fort intéressantes.

La licence de remplacement, instituée par l'Ordre première manière, est rétablie. L'exigence de cette pièce ne trouve pas son fondement dans la loi, mais elle constitue une précaution administrative et déontologique, dont la meilleure justification sera l'accroissement de sécurité qu'elle fournira au médecin remplacé.

En cas de décès du médecin, l'Ordre se fait fort d'assurer à la veuve, en toute quiétude juridique, les services d'un remplaçant pendant le délai de trois mois qui lui permettra de trouver un successeur. Une telle facilité n'est peut-être pas tout à fait légale, mais il ne se trouvera personne, nous en sommes sûrs, pour critiquer une si faible et si humaine entorse au droit.

Enfin, il nous est révélé que le Code de Déontologie, toujours impatiemment attendu, limitera à deux ans seulement le délai pendant lequel l'ex-remplaçant ne pourra s'installer dans un poste où il serait susceptible d'entrer en concurrence avec le médecin qu'il a remplacé. Le Code première manière prévoyait une interdiction définitive d'installation, ce qui était évidemment excessif. Mais deux ans seulement, c'est bien court... Il est vrai que cette disposition ne sera appelée à jouer qu'à défaut de convention passée entre remplaçant et remplacé. Nous engageons plus que jamais nos confrères à faire signer par le remplaçant, avant son entrée en fonction, un engagement de ne pas s'installer pendant au moins dix ans dans un rayon que chacun pourra calculer à son gré autour de la localité où il réside.

LA PROCÉDURE DISCIPLINAIRE DEVANT LES CONSEILS DE L'ORDRE.

Le Bulletin de l'Ordre, qui vient d'être diffusé, contient le texte d'un projet de décret relatif au fonctionnement des Conseils régionaux et de la Section disciplinaire du Conseil National de l'Ordre. Ce texte, nous dit-on, a été élaboré par le Conseil d'Etat sur proposition du Conseil National.

LE LAIT CONCENTRÉ SUCRÉ N'EST PAS STÉRILISÉ, IL CONTIENT TOUTES LES VITAMINES DU MEILLEUR LAIT FRAIS.

« Si le contrôle bactériologique du lait est d'une nécessité indispensable, le contrôle biologique de sa teneur en vitamines devient dans ces conditions tout aussi nécessaire. **La vitamine C étant la plus fragile, on peut admettre pratiquement que le degré de conservation de la vitamine C dans le lait pasteurisé constitue un bon indice de la conservation des autres vitamines ».**

(Simonnet, Paris).

Quelle est la teneur du Lait concentré sucré en vitamine C ?

(La vitamine C est la plus fragile. Si elle est respectée, à fortiori le sont les autres vitamines, en particulier A, B et D).

« 100 cm³ de Lait concentré sucré entier, reconstitué, répondant au lait de vache frais, contiennent **1,85 mg.** d'acide ascorbique (vitamine C). »

(Institut de l'Etat pour le Contrôle Officiel des Vitamines, Lausanne).

« Teneur moyenne en vitamine C du lait reconstitué à partir du Lait concentré sucré : **1,62 mg.** pour 100 gr. »

(Dr Schmid, Lausanne).

et du lait de vache ?

La teneur du lait de vache variant entre 0,07 mg. à un maximum de 2,2 mg. d'acide ascorbique par 100 cm³, on voit que **le Lait concentré sucré contient autant de vitamine C que le meilleur lait frais.**

C'est à sa pureté, à sa teneur en vitamines et à la présence du sucre que le Lait concentré sucré doit son succès en matière d'alimentation infantile.

Dosage : Pour fournir à l'enfant 100 calories, donner 30 gr. de Lait concentré sucré, dilués dans 150 gr d'eau bouillie ou de décoction farineuse.

Il contient en fait la substance, légèrement complétée et améliorée, dûment adaptée à la nouvelle législation, du décret du 10 juin 1944 qui ne fut jamais appliqué. Le Conseil National a pris la sage décision de publier ce texte. Même sous la forme modeste d'un règlement intérieur, dont les dispositions ont seulement valeur indicative et non coercitive, il rendra service aux Conseils régionaux et aux médecins justiciables de la juridiction disciplinaire. Tant que le Corps médical dans son ensemble n'en avait pas eu connaissance, ce texte ne présentait aucune utilité pratique, puisque son observation était livrée au bon vouloir des Conseils régionaux. Il sera maintenant loisible aux intéressés de l'invoquer en cours de procédure et d'obtenir ainsi des garanties auxquelles il leur était impossible de savoir jusqu'à présent qu'ils pouvaient même avoir droit.

Pourquoi s'affilier à la « MUTUALITE FAMILIALE ? »

Parce qu'il faut prévoir les revers du sort : la maladie. l'accident.

Parce qu'une société purement confraternelle est plus libérale et plus compréhensive qu'un vaste organisme nationalisé.

Parce que son budget est grevé de moins de frais généraux.

Parce qu'elle n'a pas le souci de faire des bénéfices.

Demandez la documentation concernant les indemnités journalières (jusqu'à 300 francs par jour), 37, RUE DE BELLEFOND, PARIS (9e).

CORRESPONDANCE

APPLICATION DES TARIFS D'HONORAIRES DE SÉCURITÉ SOCIALE.

5140. — C ou Pc ?

Un de mes confrères du Syndicat me signale le fait suivant au sujet duquel je serais heureux d'avoir votre avis (pour traiter de cet incident à notre prochaine réunion syndicale).

En son absence, on est venu payer chez lui une note d'A.T. (*non* agricole) à laquelle on a fait subir une réduction sous prétexte de l'application de l'art. 24. (On avait joint le papier que je vous envoie, papier passe-partout). Y aurait-il un coffensive décidée contre les médecins à propos de l'interprétation de l'art. 24?

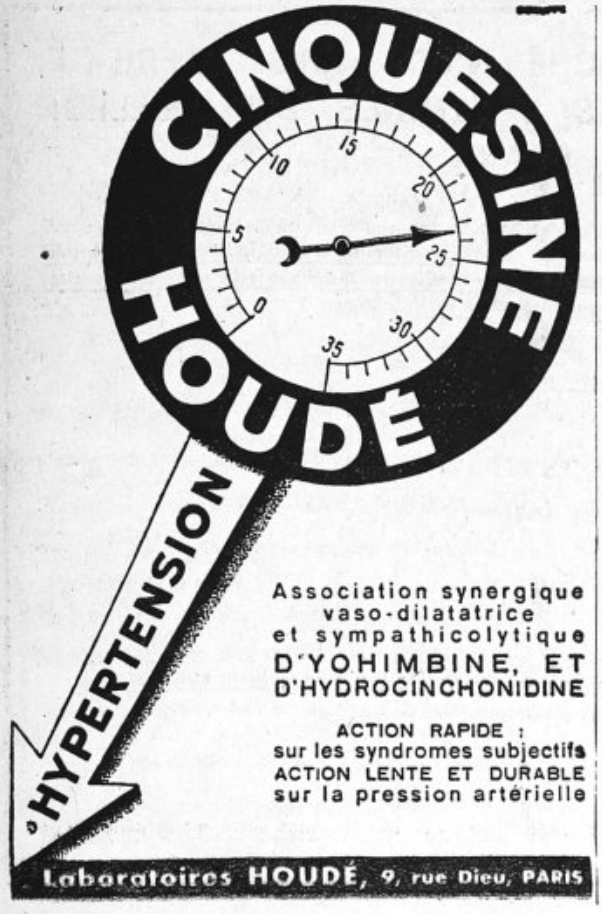
Le confrère m'écrit que ces 5 actes médicaux se sont étagés sur trois semaines. Il conteste donc qu'il s'agisse d'actes « en série ».

De quelle façon peut-il faire valoir son droit au règlement intégral de 5 « consultations », au cas où la Caisse de Sécurité refuserait de le faire?

Dr G.

Réponse

a) *Il est évident que si tous les deux jours par exemple un médecin fait un pansement à un blessé, il s'agit d'actes en série où le confrère n'a pas à faire chaque fois l'examen du malade et la pose d'un diagnostic. En ce cas, ce n'est pas C, mais Pc 1 qui, équitablement, doit être marqué. Mais, dans votre cas où 5 actes médicaux ont été pratiqués en trois semaines, il ne peut s'agir, à mon*





avis, d'actes en série, mais bien de consultations successives.

b) *L'art.* 39, *alinéa* 3 *de l'ordonnance du* 19 *octobre* 1945 *sur les A.T. dit : « Le juge de paix connaît des demandes relatives au paiement des frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques... »*

Dr F. DECOURT.

4934. — **Interventions multiples.**

On m'amène un matin un *accidenté du travail* dont l'état nécessite :

1° Une suture d'un tendon extenseur et 4 crins pour une plaie de 5 cm. de longueur du dos de la main gauche ;

2° A la même main, 1 point à la base du médius ;

3° Une radioscopie de la main ;

4° Une immobilisation avec extension continue de l'auriculaire et de l'annulaire gauches, fracture de la tête de la première phalange de chacun de ces doigts ;

5° Une graphie de cette main (preuve pour la Compagnie d'Assurances) ;

6° Une injection de sérum antétanique .

Tout ceci a pris pas mal de temps, mais je ne pouvais tout de même pas scinder en plusieurs consultations, en plusieurs séances.

Et je m'aperçois que 2 (*Deux*) actes seulement peuvent être remboursés !!! (en *A.T.*).

Aurait-il fallu multiplier les « séances » pour avoir le droit de faire honorer mon travail ! ?

Je vous prie donc de bien vouloir me faire savoir si la loi prescrit réellement l'impossibilité de se faire payer le travail lorsqu'il comporte plus de 2 actes?

S'il en est ainsi, ne croyez-vous pas aussi que ce n'est pas très juste? et que l'on se verra obligé de séparer les actes multiples en plusieurs séances, ce qui n'est ni logique, ni utile au malade, mais qui permettra une rémunération plus juste du travail effectué.

Dr A.

Réponse :

L'article 16 *est formel. En cas d'*actes multiples *on compte le plus important à tarif plein, le deuxième à demi-tarif et les suivants : néant. Toutefois* in fine *de l'article on lit : « Certaines exceptions à cette règle sont formulées en E.R. d'*autres peuvent être appréciées par le contrôle médical de la caisse » . *Ceci ouvrirait la porte à une explication technique de votre part sur vos diverses interventions, en demandant au médecin de la Caisse un accord sur un prix global plus équitable. Évidemment, ceci sous réserves, mais vous pourriez toujours essayer, car vous avez certaines bonnes raisons à faire valoir.*

Dr F. DECOURT.

★

HOSPITALISATION

5433. — **Clinique ouverte à l'hôpital.**

Nous sommes quatre confrères à N... ou plus exactement quatre concurrents... L'un est médecin de l'hôpital, un autre y trouve accès officieusement.

J'en suis évidemment exclu.

Me basant sur des dispositions ministérielles récentes (parues dans le CONCOURS que j'ai malheureusement égaré) j'ai demandé officiellement au maire de N... et à la Préfecture qu'un « service ouvert » soit installé à l'hôpital de façon à permettre dans certaines conditions (malades payants, je crois) le libre choix des malades ou des parturientes.

le premier pansement biologique français
MITOSYL
stimule les mitoses cellulaires
PATE AUX VITAMINES A & D
HUILE DE FOIE DE MORUE ET DE FLÉTAN
CICATRISANT ESTHÉTIQUE RAPIDE
plaies brûlures ulcères
dermatoses prurigineuses
dermatoses croûteuses
eczéma du nourrisson
érythème fessier
Laboratoires DELAGRANGE, 39, Boulevard de la Tour-Maubourg, PARIS (7e)

M. le Maire m'a répondu, longtemps après, qu'il en avait référé à la Préfecture ; longtemps après la Préfecture m'a informé que cela regardait la ville. Silence depuis.

Que puis-je faire et quels sont mes droits, si tant est que j'en aie ?

Dr N.

Réponse :

C'est l'article 25 du règlement d'administration publique du 17 avril 1943 qui prévoit la possibilité de créer des cliniques ouvertes dans les établissements hospitaliers.

Aux termes de cet article 25, en cas d'insuffisance de l'initiative privée et lorsqu'il est reconnu par le directeur de la Santé et de l'Assistance que les commissions administratives sont en mesure de satisfaire à toutes les obligations qui leur sont imposées, par les actes de fondation, par l'organisation de l'assistance obligatoire, ou par l'article 22 du décret, pour les malades payants, elles peuvent après consultation du Conseil départemental de l'Ordre des médecins, et sur l'autorisation du Préfet donnée, après avis du directeur de la Santé et de l'Assistance, créer des cliniques ouvertes, dans lesquelles les malades sont libres de faire appel aux médecins, chirurgiens ou spécialistes de leur choix, appartenant ou non au Corps médical hospitalier.

Une circulaire du ministre de la Santé publique du 25 août 1945 a prévu l'organisation dans les établissements hospitaliers publics de services ouverts fonctionnant sur la même base que les cliniques ouvertes.

C'est donc en définitive aux commissions administratives intéressées qu'il appartient de mettre en route la procédure nécessaire pour la création d'une clinique ouverte ou d'un service ouvert à l'hôpital. Si pour une raison quelconque, elles refusent de prendre cette initiative, il n'est pas possible à un particulier de les y contraindre dans son seul intérêt privé. Mais bien entendu il faut que l'impossibilité où vous êtes de soigner des malades à l'hôpital public ne soit pas le résultat d'une brimade personnelle, mais que seuls les médecins régulièrement nommés à l'hôpital aient le droit d'y donner des soins, faute de quoi un recours pourrait être formé.

★

LOYERS

5538. — **Bail ou prorogation légale.**

Je suis locataire d'une maison dont le bail expire fin décembre 1946 (bail de 9 ans, conclu en 1937). Mon propriétaire me demande, ou de quitter les lieux ou d'accepter une augmentation du loyer. Ne trouvant pas d'autre logement, je préfère cette dernière solution, mais je voudrais savoir : 1° si mon propriétaire a le droit de me renvoyer.

2° S'il peut fixer à son gré le nouveau chiffre du loyer. Sur quoi se baser pour établir la valeur d'un loyer par rapport aux chiffres d'avant guerre ?

Dr P.

Réponse :

Toute la législation d'exception actuellement en vigueur en matière de loyers arrive à son terme le 31 décembre 1946. Si elle ne devait pas être remplacée par une nouvelle législation d'exception, votre propriétaire pourrait à son gré, ou vous contraindre à évacuer les locaux, ou vous consentir un nouveau contrat de location à des conditions





qu'il serait libre de déterminer. Mais la crise du logement, aggravée d'ailleurs par une législation inconsidérée, sévit plus que jamais ; une nouvelle loi interviendra donc pour régler la question des loyers d'ici le 1er janvier prochain. Elle est d'ailleurs formellement prévue par la législation actuellement existante. Bien entendu, tant qu'elle n'aura pas été votée ou promulguée, il sera impossible d'en préjuger les dispositions mais, sans trop se hasarder, on peut cependant prévoir qu'elle accordera aux locataires en possession des prorogations de jouissance de longue durée en échange de certaines augmentations, qui seront contenues dans des limites strictes.

Pratiquement, nous ne pensons pas que vous ayez à vous inquiéter outre mesure, car à défaut de contrat, vous bénéficierez des prorogations légales.

Le seul intérêt d'obtenir un contrat de votre propriétaire consisterait dans la faculté qui vous serait laissée par ce contrat d'en céder le bénéfice à un successeur éventuel. En effet, jusqu'à présent, les prorogations légales ont été accordées au locataire lui-même et aux personnes de sa famille habitant avec lui, sans jamais pouvoir être cédées à un tiers.

★

QUESTIONS DIVERSES

5411. — **Injections intraveineuses pratiquées par des infirmières.**

Le Bureau de Bienfaisance refuse de donner des bons d'Assistance médicale gratuite à mes malades quand je veux leur faire des piqûres intraveineuses, prétextant que les sœurs-infirmières doivent les faire.

Or, je crois qu'au début de l'année, une loi est passée interdisant aux auxiliaires médicaux de faire les intraveineuses et les radiographies.

Pourriez-vous me donner le texte et le numéro du *J. O.* afin que je puisse dire au Bureau de Bienfaisance qu'il ne doit pas refuser les bons quand je constate que mes malades ont besoin de piqûres intraveineuses et que les auxiliaires médicaux n'ont pas le droit de faire de telles piqûres.

Dr G.

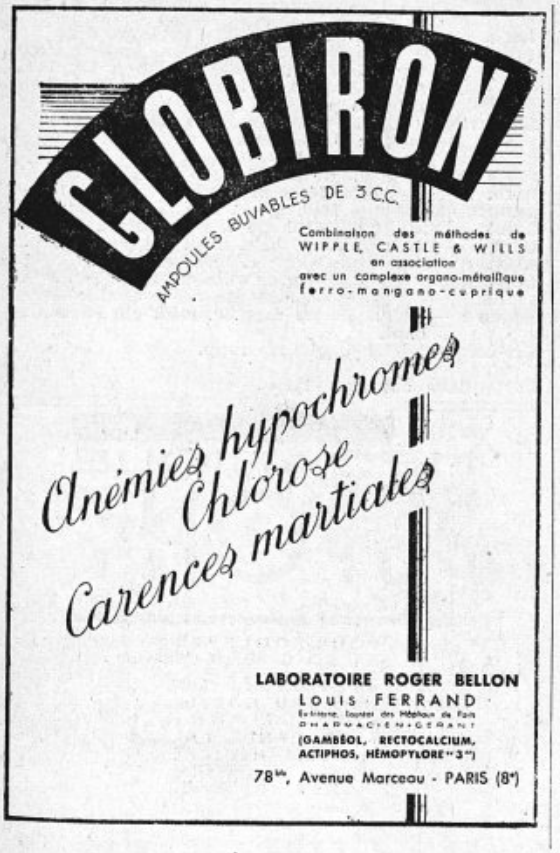
Réponse

Un arrêté ministériel du 5 janvier 1944, qui ne faisait d'ailleurs que confirmer l'opinion et les usages généralement admis, réservait aux docteurs en médecine, la prise de tension artérielle, la ponction veineuse et l'injection intraveineuse. Mais cet arrêté a été implicitement abrogé par l'Ordonnance du 24 septembre 1945, qui a abrogé la loi du 15 novembre 1943, en application de laquelle il avait été pris.

L'Ordonnance du 24 septembre 1945, dans son article 8-1°, interdit à toute autre personne que les docteurs en médecine la pratique d'un des actes professionnels prévus dans une Nomenclature qui sera fixée par le ministre de la Santé, après avis de l'Académie de Médecine.

Mais, en fait, cette Nomenclature n'a pas encore été promulguée et, par suite, on ne peut actuellement se baser sur une disposition légale en vigueur pour interdire aux auxiliaires médicaux les injections intraveineuses.

Cependant, il est admis, dans la doctrine médicale, que cette interdiction est logique et conforme aux usages et il y a lieu, à notre avis, de le faire observer aux Administrateurs qui refusent de vous remettre les bons nécessaires pour que vous soyiez rémunéré, lorsque vous effectuez ces interventions.





DEMANDES & OFFRES

N° 809. — Cab. méd. gén. à céd. banl. Paris. Fixes import., villa tout conf. Urg. Ecr. journ. qui transm.

N° 810. — A céd. urg. poste méd. génér., logt., 15 km. Clermont-Ferrand. Ecr. Dr Eydieux, Volvic (P.-de-D.).

N° 811. — A céd. poste méd. gén., client. rur. et ouvr., proxim. Paris. Maison et chauffage assurés. Ecr. journ. qui transm.

N° 812. — Méd. dermatol., anc. assist. hôpit., recherche association ou success. uro-dermato-vénér., Paris.

N° 813. — J. femme excell. fam., honorab. parf. cherche poste secrét. méd., récep. clin., mais. d'enfants : France, Belgique, Suisse, colonies.

N° 814. — Désire repr. à Paris bon cabinet O.R.L.

N° 815. — Confr. recherche 5 chambres à air 6,50 × 17 et un pneu. Vendr. : 1° machine à ramer état neuf ; 2° Pachon ; 3° microscope compl. ; 4° Demi-squelette au plus offr. Ecr. journ. qui transm.

N° 816. — Demande : 1° Séméiologie de Sergent ; 2° Anatomie Pathol. Roussy ; 3° Pathol. chir. par les 9 agrégés. Offres et prix : Dr Martin, à Fourmies (Nord).

N° 817. — Bonne client. ch.-lieu départem. 70 km. Paris à échang. avec petite client. Paris.

N° 818. — Méd. 30 ans, marié, habitué client., effectuer. remplacements ttes rég. ou désire reprend. en janvier client. Paris ou banl.

N° 819. — A vendre microscope « Stassnié » C.M.I., 4 object. immers. M. Delors, 5, rue Alex-Cabanel, Paris. SUF. 38-30.

N° 820. — Jne femme de méd. malade, doct, en pharm., dip. bactériol., cherche situat. Paris ou Centre. Ecr. journ. qui transm.

N° 821. — A vendre : 1° instrum. et appar. O.R.L. ; 2° un microscope Nachet.

N° 822. — Méd. omni-praticien, cherche remplacement ou success. ; ville préfér. région paris.

N° 823. — A vendre : 1° bureau ministre recouvert d'une glace ; 2° un fauteuil tournant ; 3° un classeur double à rideaux ; 4° une bibliothèque vitrée en noyer de grandes dimensions. S'adr. Dr Thévenin, 26, av. de la République, à Juvisy (S.-et-O.).

N° 824. — Echanger, avec différ., avant mars, très gr. client., gr. maison tout confort, jardin, bail 9 ans, loyer 4.500, contre simil. banl. ou Paris de préfér.

N° 825. — Méd. électro-radiolog., 25 ans d'exerc., cherche associat. dans cab. très import. ; accepter. situat. dans administ. ou labor. de recherches. Ecr. journ. qui transm.

N° 826. — Jne méd. célib., libre apr.-midi, recherche occupat. médic., remplacem. ou assist. Lille ou rég. immed.

N° 827. — Poste rechargem. accus, moteur 210/315 v. Dynamos 6 v. 25 A. avec tableau. Disjoncteur Gardy. Contact mercure. Valeur cour. 30.000. A discuter.

N° 828. — Clin. Neuilly dem. inf. qualif. salle d'opér. Pet. chambre si nécess. Tél. MAI 98-67.

N° 829. — Situat. pour méd. célibat. 33-40 a., cathol., dans gros chef-lieu canton, rég. Ouest 200 km. Paris. Logem. assuré.

N° 830. — Méd. très introd. dans mil. médic. Afrique du Nord, cherche assoc. avec méd. stat. therm. ou climat. success. éventuelle.

N° 831. — Touraine. Poste proph. proxim. gr. ville, à céd. urg. Cond. très intér. Ecr. journ. qui transm.

N° 832. — Méd. Loir-et-Cher, recomm. veuve très sérieuse pouvant prendre un ou deux enfants en pension. Ravit. garanties de moralité.

N° 833. — Méd. 33 ans, cherche client. méd. gén. rég. Gironde, Dordogne, Lot-et-Garonne, Basses-Pyrénées, avec maison confort. Ecr. journ. qui transm.

N° 834. — Méd. : 1° achèter. à confr. ou à particul. auto bon état ; 2° cèderait éventuel. Encyclopédie médico-chirurp. compl., tenue à jour.

N° 835. — A céd. excell. poste proph. campagne riche, 300 km. Paris-Ouest. Belle maison, beau jardin ; très important stock médicaments, avec auto si besoin.

N° 836. — Veuve méd. au cour. client. rech. situat. dans cab. médic. ou gouvernante chez pers. âgé non infir.

N° 837. — Achèt. appar. d'électrocardiographie. Ecr. Dr Pinatzis, 1, rue de la Muette, Paris (16e).

N° 838. — Infirmier-chauffeur recherché début janvier, pour mutilé 100 %, bien logé, bien nourri, bons gages. Référ. exig. Prof. Gustave Cohen, 112 ter, avenue de Suffren, Paris (Suf. 52-54).

Gérant : MIGNON Lang, Blanchong et Cie, 30, rue du Poteau - Paris (18e). — 31.1040
Février 1879 Dépôt légal : N° 8 4e trimestre 46

PHENEGIC

PAQUETS - COMPRIMÉS

A base de PHÉNOTHIAZINE

actif contre :

OXYURES - ASCARIS

L'EQUILIBRE BIOLOGIQUE S. A.
(Association Technique Pharmaceutique et Equilibre Biologique réunis)
à COMMENTRY (Allier) R. C. Montluçon 10416 B

PERVOSINE

GOUTTES

A base de plantes indigènes fraîches

Médication générale contre :

TROUBLES de la CIRCULATION

LE CONSEIL MEDICAL
CABINET BREITEL ET CORET
Fondé en 1903
1, Rue Dante
PARIS (5e)
ODE : 36-46

Paris : — Clin. chir. génér., 38 lits. Imm. 6 ét.
— 8e : Physiothér. Bien situé. App. et mat.
— 16e : Méd. gle, 40 ans anc. 6 p. Confort.
— Porte Sud-Est : Derm. Vén. Urol. Grs rapp. 6 p.
Banl. Nord : Clin. Chir. Obst. Grs rapp. 14 lits.
— Ouest : O.R.L. Cab. et mais. sép. Bas pr.
ECHANGES :
Paris 8e : — Méd. gle c. méd. gle banl. N.-O.
Paris 19e : — Suite décès méd. gle c. app. 4 p.
Banlieue N.-E. : — Méd. gle c. app. 6 p. 8e. Conf.
Banlieue N.-O. : — Méd. gle c. cab. phtsis. Paris.;
Nord : — Méd. gle 7.000 h. c. méd. gle banl. Paris.
Aisne : — Méd. gle bourg c. méd. gle Paris.
Bretagne : — Méd. gle grde ville c. méd. gle Paris.
S.-et-M. : — Méd. gle c. méd. gle ville av. coll.
Yonne : — Méd. gle grs rapp. c. méd. gle Paris ou banl.
Hte-Loire : — Méd. gle grs rapp. c. méd. gle, ach. mais.
Parts dans cliniques Paris.

LIT MÉCANIQUE DUPONT
Cent ans de spécialisation dans le confort du malade
POUR SOULEVER ET SOIGNER LES MALADES
NOUVEAU MODÈLE PERFECTIONNÉ
RECOMMANDÉ PAR LE CORPS MÉDICAL
10, Rue Hautefeuille
PARIS (VIe Arr.)
Téléphone : Danton 05-61 et 62
Succ. à Lyon, 6, Place Bellecour
VENTE ET LOCATION

Micelliode

IODE COLLOIDAL MICELLAIRE ÉLECTRO-POSITIF

Toutes les Indications de l'IODE,
SANS IODISME POSSIBLE

GOUTTES

Laboratoires de l'HÉPATROL – 4 Rue Platon, PARIS (XVe)

UN NOUVEL
ŒSTROGÈNE DE SYNTHÈSE

Cyclœstrol
di-hydroxy-di
phényl-hexane

TOUTES LES INDICATIONS
DE LA FOLLICULINE

COMPRIMÉS à 1 mgr — AMPOULES à 2 mgr 5

LES LABORATOIRES BRUNEAU & Cie
17 RUE DE BERRI - PARIS VIII

OPOFERRINE

VITAMINÉE

Fer et manganèse organiques
Extraits hépatique et splénique
VITAMINE A
Chlorophylle

STIMULE L'HÉMATOPOIÈSE

GRANULE
les 3 cuillerées à dessert par jour

LABORATOIRES DE L'OPOCALCIUM
96, rue Orfila, PARIS (20e)

TOT-SANG

SANG DE CHEVAL
EXTRAIT SPLÉNIQUE
EXTRAIT HÉPATIQUE

TOT-SANG
"Régénérateur puissant"

Anémies

Asthénies, Suites post-opératoires,
Carences, Croissance, Puberté

Laboratoires
Pharma-France
43, rue de l'Ancienne Mairie
Boulogne-s-Seine - Mol 12-13

HUILE VÉGÉTALE

ÉPHÉDRINÉE
+ESSENCES BALSAMIQUES

OLIPHEDROL
Gouttes et Capsules

Rhino-pharynx

Sinusites, Coryzas,
Angines, Grippes, etc.

Laboratoires PHARMA-FRANCE
43, rue de l'ancienne Mairie
BOULOGNE-SUR-SEINE

BILAXYL

Le laxatif des hépatiques

1 A 2 COMPRIMÉS LE SOIR

LABORATOIRES ROLAND MARIE

191, RUE DU Fg St-ANTOINE, PARIS

ÉTABLISSEMENTS SOUDAN

48, rue d'Alésia – PARIS-XIV•

NITRITE D'AMYLE BOISSY

EUONYMINE PAUL THIBAULT
(Pilules)

GRAINS MIRATON
(Laxatif)

VIN GIRARD
Iodotannique phosphaté

SIROP GIRARD
Iodotannique phosphaté

BIOPHORINE GIRARD
(Granulé)

IODOMAISINE Globules

IODOMAISINE Pommade

LACTAGOL

Toutes ces spécialités sont enregistrées au Laboratoire National de Contrôle des Médicaments et peuvent être prescrites aux Assurés sociaux.

EUPHORYL
Désensibilisant

EUPHORYL INFANTILE
Troubles hépato-digestifs de l'enfance

HIRUDINASE
Troubles de la circulation veineuse

SALICYLATE "ANA" SURACTIVE
Médication classique formule moderne

SCLÉRANA
injections sclérosantes

SPASMORYL
Médication de base du terrain spasmogène

LABORATOIRES "ANA"
DR VENDELLET C^IE
16, 18, Avenue Daumesnil - PARIS (12e)



CHLORO-CALCION

68e ANNÉE — N° 51 — 21 DÉCEMBRE 1946

379-381

LE CONCOURS MÉDICAL

37, RUE DE BELLEFOND - PARIS (9e) - TRU 33-66

SOMMAIRE

PARTIE SCIENTIFIQUE.

Danger des injections d'adrénaline chez les asthmatiques (Maurice Brunel) 1.575

Réflexions sur huit cas de tétanos (A. Gaquière et Fougère) 1.581

Hémiplégie par ramollissement cérébral, hypertension (Dr Yves Dhotel) 1.583

A propos de l'article « L'hypertension artérielle chez les amputés de guerre » (Dr Antoine Dumas) 1.583

XLIXe Congrès de Chirurgie (*fin*) 1.584

Nouvelles d'Angleterre 1.586

Les Livres, 1.586. — Les Sociétés Savantes, 1.589. — La Presse, 1.590,

PARTIE PROFESSIONNELLE.

Propos du Jour. — L'organisation mondiale de la santé (G. Lavalée) 1.593

Organisation Professionnelle. — Assurances sociales. Les conditions d'un contrat social Syndicats-Caisses (Jean Mignon) 1.595

Médecine et Monde Moderne. — La médecine canadienne et la tradition française (Dr Jacques Ménétrier) 1.597

Sécurité Sociale. — Les allocations familiales 1.598

Le Mot du Lecteur. — Honoraires hospitaliers 1.600

Pages sans Médecine. — Chronique automobile (Henri Tinard) 1.601

DEMI-COLONNES.

Dernières nouvelles, 1.569. — A travers l'Officiel, 1.569. — Echos et Commentaires, 1.605. — Correspondance, 1.609.

NATIROSE

Dragées de Trinitrine

Laboratoire NATIVELLE

Le laxatif des hépatiques

BILAXYL

Laboratoires ROLAND-MARIE

— 191, Rue du Fg. Saint-Antoine, Paris —

Traitement Spécifique de l'Acné

SACNEL

Laboratoires DUMESNIL, 10, Rue du Plâtre, Paris 4e

Opothérapie Hématique (amp. buv.)

GLOBEXINE

Anémies - États infectieux
Misère physiologique

Labor. SCIENTIA
Dr PERRAUDIN
21, rue Chaptal, PARIS

Huile de Foie de Morue - Calcium - Vitamines A. B. D.

CALCOLEOL

AVITAMINOSES— RACHITISME
DÉMINÉRALISATION

Laboratoires SCIENTIA, 21, Rue Chaptal, PARIS-9e

Toux *Coqueluche*

ÆTHONE

URISANINE

antiseptique urinaire
diurétique et balsamique

- 1 à 3 cuill. à café par jour -

Laboratoires LONGUET - 34, rue Sedaine - Paris

RECTOCALCIUM

CALCITHÉRAPIE INTENSIVE PAR VOIE RECTALE

SUPPOSITOIRES ADULTES
1 gr. de gluconate de chaux

SUPPOSITOIRES ENFANTS
0gr. 50 de gluconate de chaux

Toutes les indications du Calcium
Tolérance et assimilation parfaites
Aucun des inconvénients
de la Voie parentérale

LABORATOIRE ROGER BELLON
LOUIS FERRAND
Ex-Interne, Lauréat des Hôpitaux de Paris
PHARMACIEN-GÉRANT
(GAMBÉOL, ACTIPHOS, HÉMOPTYLORE "3", GLOBIRON)
78bis, Avenue Marceau - PARIS (8e)

ORGANOTHÉRAPIE ET CHIMIOTHÉRAPIE

DRAGÉES DE

PLEXALGINE LALEUF

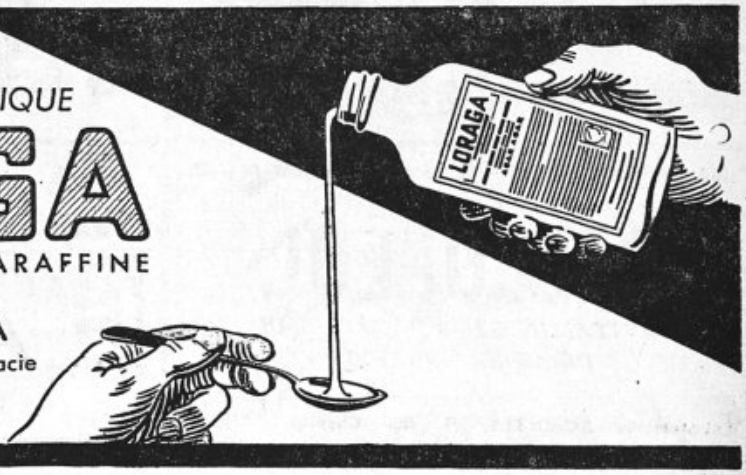
RÉGULATEUR CIRCULATOIRE ET VAGO-SYMPATHIQUE
SÉDATIF DES PLEXUS DOULOUREUX

LABORATOIRES LALEUF
Georges DUGUÉ, Docteur en Pharmacie
51, Rue NICOLO, PARIS-16e
Téléphone : TROcadéro 62-24

TRAITEMENT DE
LA CONSTIPATION
ACCIDENTELLE OU CHRONIQUE

LORAGA

ÉMULSION D'HUILE DE PARAFFINE



Laboratoires SUBSTANTIA
M. GUÉROULT, Docteur en Pharmacie
SURESNES (Seine)

DERNIÈRES NOUVELLES

A l'Académie de Médecine

RÉCEPTION DE L'ACADÉMIE SUISSE DES SCIENCES MÉDICALES.

Ce fut une grande cérémonie, organisée le 10 décembre 1946, dans le but de remercier les Savants suisses des fêtes qu'ils avaient organisées en octobre dernier à Genève et à Lausanne, pour recevoir les Médecins de France. Tout d'abord le président M. Rouvillois salua en termes chaleureux l'amitié franco-suisse et plus particulièrement la Croix-Rouge internationale, représentée par son président le Pr Wégelin, association à laquelle la France doit tant de bienfaits, spécialement dans la recherche des prisonniers et des déportés.

Le Pr Wégelin, président de l'Académie suisse des Sciences médicales, fondée depuis 1943 seulement, se plut ensuite à souligner que, en dehors des tâches nationales, ce grand Corps intellectuel, s'efforçait de maintenir le contact avec les savants étrangers, notamment avec la France et l'Université de Paris, « qui ont toujours exercé un attrait spécial » sur les médecins helvétiques.

Vinrent ensuite d'intéressantes communications : des Prs Michaud (Lausanne) sur la régulation du métabolisme du fer ; Jentzen (Genève) sur quelques affections chirurgicales du pancréas ; Nicod (Lausanne) sur les problèmes actuels de la silicose ; Gsell (Saint-Gall) sur les leptospiroses bénignes.

Facultés de médecine.

Les agrégés institués par l'arrêté du 19 août 1946 sont affectés, à compter du 1er octobre 1946, aux facultés ci-après désignées :

Section IV. — Chimie médicale

Faculté de médecine de Paris, M. Schapira ; Faculté mixte de médecine et de pharmacie d'Alger, M. Grangaud ; Faculté mixte de médecine et de pharmacie d'Aix, M. Derrien ; Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux, M. Tayeau ; Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon, M. Raynaud ; Faculté de médecine de Nancy, M. Desgrez ; Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Toulouse, M. Valdiguié.

Section XII. — Physique médicale

Faculté de médecine de Paris, M. Djourno ; Faculté mixte de médecine et de pharmacie d'Alger, M. Chéchan ; Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux, M. Reboul ; Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Toulouse, M. Marques ; Faculté de médecine de Strasbourg, Mlle Achard.

Le cinquantenaire de la mort de Pasteur.

Les solennités organisées à l'occasion de cet anniversaire ont, durant la semaine du 18 au 25 novembre, alterné avec les séances du Congrès des sciences pastoriennes. De nombreux savants étrangers, et parmi les plus illustres, ont, par des conférences sur leurs recherches en cours, apporté

Le Concours Médical
Hebdomadaire fondé en 1879 par A. Cézilly.
Directeur honoraire : Docteur J. NOIR.
Directeur : Dr G. LAVALÉE.
Rédacteur en Chef : Dr G. FISCHER.
RÉDACTION, ADMINISTRATION ET PUBLICITÉ, 37, rue de Bellefond, Paris (9e).
Téléphone : TRU 33-66. R. C. Seine 76.579.
Chèques postaux, Paris 167-95.
ABONNEMENTS
1 an, 400 francs (600 *fr. à compter du 1er janvier* 1947). Etudiants, 200 fr. Le N° 15 fr. Changement d'adresse, 10 francs.

NOCTIVANE
COMPRIMÉS
★
Hypnotique d'action rapide et de courte durée
★
A prescrire dans les cas "d'endormissement" difficile
THERAPLIX
98, RUE DE SÈVRES, PARIS-VII•

BISMUTH TULASNE
NÉO-PANSEMENT TULASNE
LACTO PANSEMENT TULASNE
BISMU-CÔNES
FUCHELMINE
IODULANE
LABORATOIRES BOUILLET
7, SQUARE THIERS - PARIS 16e
TÉL PASSY 16-12

leur hommage à la grande figure qui fit rayonner une pure lumière sur les dernières décades du XIXe siècle.

La cérémonie de la Sorbonne fut particulièrement émouvante en évoquant, dans le même lieu et avec le même éclat, un moment qui fut l'apogée de la carrière de Pasteur : cette fête du jubilé au cours de laquelle, appuyé au bras du président de la République, il rendait leur salut aux délégations étrangères.

Au Palais de la Découverte puis au Palais de Chaillot eurent lieu des démonstrations suggestives de ce que la technique moderne a pu faire en mettant en œuvre les idées directives du Maître.

Un pèlerinage au pays de Pasteur fut pour tous les participants l'occasion de confronter l'humilité du point de départ avec le prestigieux aboutissement.

C'est en de telles journées que l'on retrouve une foi nouvelle dans le génie de la France, et que l'étranger se rend compte qu'il ne peut la juger sur les seules conjonctures présentes.

Faculté de médecine de Paris.

VALIDATION DE STAGE. — Les élèves inscrits directement en surnombre dans un service hospitalier, sans avis préalable de la Faculté, se verront refuser la validation de leur stage.

Stomatologistes des Hôpitaux de Lyon. — Ont été reçus : MM. J. LAIR, stomatologiste ; LANDWERLIN et DESTANDAU, stomatologistes suppléants.

Académie de Lille. Hygiène scolaire.

Les postes de « médecin départemental d'hygiène scolaire » à temps plein sont disponibles dans les départements suivants : Pas-de-Calais avec résidence à Arras, Aisne avec résidence à Laon, Ardennes avec résidence à Mézières, Somme avec résidence à Amiens.

Les candidats peuvent obtenir tous renseignements utiles sur les conditions de nomination et de rétribution à l'Inspection de l'Hygiène scolaire et universitaire, au Rectorat d'Académie, 20, rue des Jardins, à Lille (tél. 616-13).

Fédération nationale des médecins du front.

Les huit associations qui composent la Fédération Nationale des Médecins du Front groupent plus de 2.000 médecins. Ce sont :

— L'Association Amicale des Anciens Médecins des Corps Combattants 1914-1918.

— L'Union des Médecins Mutilés de Guerre.

— L'Association des Médecins Médaillés militaires.

— L'Association Nationale des Médecins Blessés et Prisonniers de Guerre.

— L'Association des Médecins Combattants 1939-1945.

— L'Association des Médecins des Formations Sanitaires de l'Avant.

— L'Association des Médecins Prisonniers de Guerre.

— L'Association des Médecins Déportés.

La première Assemblée générale statutaire d'après-guerre s'est tenue le 11 novembre dernier à la Faculté de médecine de Paris. Après l'exposé du secrétaire général provisoire sur l'activité de la Fédération, ont été élus : *Président* : Dr de Parrel ; *vice-présidents* : Drs Letulle, Largeau, Grasset, Guyot ; *secrétaires généraux* : Drs P.-J. Viala, Bohn, T. Gallet ; *trésoriers* : Drs Garnier-Claudon, Diguet.

Les médecins anciens combattants, anciens prisonniers ou anciens déportés non encore inscrits sont priés, en vue de leur admission, de s'adresser au secrétaire général de la Fédération Nationale des Médecins du Front, le Dr P.-J. Viala, 35, boulevard Saint-Michel, Paris (5e). Odéon 10-32.

Sou médical.

Il est rappelé aux adhérents du « Soul Médical » que leur cotisation vient à échéance le 13 décembre 1946. Les sociétaires qui ne l'auraient déjà fait

LES ÉTABLISSEMENTS JACQUEMAIRE à Villefranche (Rhône) RAPPELLENT LEURS PRODUITS diététiques

★ LA BLÉDINE
Aliment de préparation au sevrage. Farine complète et équilibrée.

★ LA DIASE CÉRÉALE
Bouillie maltosée fluide. Assimilation totale.

★ LE MALTOGIL
Extrait de malt sec rigoureusement pur. Puissant reconstituant.

LES LABORATOIRES DU GALACTOGIL à Villefranche (Rhône) RAPPELLENT LEURS PRODUITS pharmaceutiques

★ LE GALACTOGIL
Puissant galactogène. A base d'extrait de galéga.

★ LE PEPTOGIL
Spécifique des anaphylaxies protéiques (peptones gastriques et pancréatiques)

Dupuy

LE PANSEMENT BIOLOGIQUE COMPLET
DESITIN
DESITIN
DESITINOL
Pâte et crème vitaminée à l'huile de flétan (vitamines A & D)
Laboratoire CANAT, 22, Rue Lalande, PARIS

RHUMATISMES
MAGSALYL
Association Soufre Salicylate
Solution de goût agréable
Comprimés glutinés
Laboratoires du MAGSALYL
8, rue Jeanne Hachette, IVRY (Seine)
TÉL. : ITA 16-01

sont priés d'envoyer dès à présent leur cotisation pour 1947 par chèque bancaire, mandat-poste ou virement au compte de ch. post. Paris 182-31.

La cotisation ordinaire pour 1947 a été fixée à 1.150 fr.; en outre une cotisation extraordinaire de 100 fr. est réclamée en vertu de l'article 31 des statuts. Les impôts étant de 75 fr., la cotisation totale est donc de 1.325 fr. Dans le cas où la cotisation ne serait pas parveune le 12 février 1947, le montant de la cotisation augmentée des frais serait recouvrée par voie postale.

Chambre Syndicale des Médecins de la Seine.

CONSTITUTION D'UNE SECTION DES MÉDECINS DES HOPITAUX LIBRES, AU SEIN DE LA CHAMBRE SYNDICALE DES MÉDECINS DE LA SEINE

Après agrément du Conseil d'Administration de la Chambre Syndicale des Médecins de la Seine, en date du 24 octobre 1946, s'est créée une section des médecins des hôpitaux libres de la Seine. Le bureau pour 1946, composé des Drs Paul Lefevre, président, P. Walther et A. Le Roy, vice-présidents et André Corteel, secrétaire général, a été élu lors de l'Assemblée générale constitutive du 20 novembre 1946. La définition de l'hôpital libre, qui a fait l'objet de cet agrément, détermine les établissements qui peuvent s'y faire représenter; cette définition est donnée ici à titre d'information:

Sont qualifiés hôpitaux libres les établissements privés destinés à hospitaliser des malades, des blessés ou des femmes en couches. Ils doivent répondre aux conditions suivantes:

Poursuivre un but désinréressé.

N'être pas réservé de façon exclusive à une catégorie de malades.

Avoir une activité partiellenent gratuite ou !à tout le moins partiellement orientée vers des soins peu onéreux.

Avoir en propre, son règlement, ses administrateurs, ses médecins.

Présenter toutes garanties de moralité.

Les membres de la Chambre Syndicale exerçant dans ces établissements, peuvent faire partie de plein droit, mais sur leur demande, de la section des hôpitaux libres.

Les demandes d'adhésion seront adressées au secrétaire général de la section, Dr André Corteel, 119, rue de la Pompe, Paris (16e). Téléphone : Passy-18-03.

(Communiqué, 2 décembre 1946).

Inspection de la Santé de Nantes

Un concours pour le recrutement de *trois internes en médecine à l'hôpital de la Roche-sur-Yon* sera organisé en janvier 1947 au Centre Hospitalier de Nantes à une date, qui sera précisée ultérieurement.

L'Hôpital de Chauny (Aisne) demande un Interne en médecine. S'adresser au Directeur.

Naissances.

Nous sommes heureux d'annoncer la naissance d'*Anne-Marie Masquin*, quatrième enfant de notre excellent confrère, le docteur P. Masquin, d'Avignon, à qui nous adressons toutes nos félicitations. On nous fait part de la naissance de : *Mireille Lippmann*, fille du docteur Lippmann, Nice ; *Nicole Roy*, troisième enfant du docteur Roy, Auxerre ; *Marie-Christine Vaxman*, fille du docteur Vaxman, Granges-sur-Vologne (Vosges) ; *Chantal Dumortier*, cinquième enfant du docteur A. Dumortier, Chatellerault (Vienne) ; *Evelyne Daguet*, fille du docteur Daguet, Besançon (Doubs) ; *Frédéric-Roger Lerich*, second fils du docteur Lerich, Ambert (P.-de-D.) ! *Pierre Robert*, fils du médecin-capitaine J. Robert, petit-fils du docteur Robert, Lavoncourt (Hte-Saône), neveu des docteurs J. Robert, et B. Robert, Strasbourg ; *Marie-Françoise Guyot*, fille du docteur R. Guyot, Clohars-Carnoët (Finistère) ; *Nicole Le Minor*, fille du docteur Le Minor, petite-fille du docteur L. Robert d'Issoudun, Paris ; *Brigitte Chavastelon*, deuxième enfant du docteur Chavestelon, petite-fille du docteur Legros, St-Pierre-de-Plesguen et Combourg (I.-et-V.) ; *Marilène Authie*, troisième enfant du docteur Authie, Monclar-d'Agenais (Lot-et-G.) ; *Emmanuel Derieux*, neuvième enfant du docteur De-

ENTEROSPASMYL
Logeais
FOIE
SIMPLE
HÉPATIQUE
MUCILAGINEUX
INTESTINAL
INTESTIN
GRANULÉ VITAMINÉ
n'est pas un charbon
LABORATOIRES JACQUES LOGEAIS - ISSY-LES-MOULINEAUX - PARIS

rieux, Villeneuve-sur-Lot) ; *Odile Barde*, sixième enfant du docteur Barde, Vayres (Gironde) ; *Eric Balandra*, fils du docteur Balendra, Crécy-en-Ponthieu (Somme) ; *Marie-Christine Prunier*, deuxième enfant du docteur Prunier, Tours ; *Elisabeth-Nicaise*, quatrième enfant du docteur Nicaise, St-Dizier (Hte-Marne) ; *Michèle Jourdan*, quatrième enfant du docteur Jourdan, Marigny (Manche) ; *Marie-Françoise Vautrin*, troisième enfant du docteur Vautrin, fant du docteur Couzigou, St-Michel-en-Grève (Finistère) ; *Bertrand* et *Henri-François Claquin*, Briey (M.-et-M.) ; *Patrice Couzigou*, troisième en fils du docteur Claquin, Quimper.

Fiançailles.

Le docteur et Mme Lemarchal font part des fiançailles de leur fils, *André Lemarchal*, avec Mlle Annick Willaime, Laon.

Mariages.

Le Docteur et Mme Loucas (Nimes) font part du mariage de leur fille Elyse, avec le Dr Ed. Brager (Milhaud).

Nécrologie.

Le docteur Escarras fait part du décès de son épouse, *Mme Escarras*, fille et petite-fille des docteurs Imbert, et mère du docteur Escarras, chirurgien à Toulon, Castellane (B.-A.). Le docteur A. Lecouillard (de St-lô) a le regret d'annoncer la mort de *Mme P. Lecouillard*, sa mère ; elle était l'épouse du docteur Pierre Lecouillard, Quetehou (Manche) et la sœur du docteur Esnouf, Servigny (Manche). Le docteur *Lucien Constant* est décédé à Prunay-le-Gillon (Eure-et-Loir).

Les Drs André Paquet, professeur à la Faculté de médecine de Lille, Fernand Brulin et Pierre Brulin font part du décès du Dr Pierre Paquet (Le Touquet-Paris-Plage).

Le Dr et Mme G. du Lac de Fugères (Aix-les-Bains) font part du décès de leur fillette Françoise, à l'âge de six ans.

Le docteur F. Jung, interne des hôpitaux de Toulouse fait part du décès de son père, le docteur *Gabriel Jung*, chirurgien-chef des Hospices Civils, Président du Conseil départemental de l'Ordre des Médecins de la Moselle (Metz, 29 novembre 1946).

A L'OFFICIEL TRAVERS

CONTROLE MEDICAL SCOLAIRE

Décret du 26 novembre 1946 fixant les modalités d'application de l'ordonnance du 18 octobre 1945 sur le contrôle médical scolaire.

TITRE Ier. — Visites et examens de santé

Chapitre Ier. — *De la visite médicale d'incorporation scolaire*

Article premier. — A partir du 1er octobre 1947, nul enfant ayant atteint l'âge de l'obligation scolaire ne sera admis dans un établissement d'enseignement ou d'éducation public ou privé s'il n'est vacciné conformément aux textes en vigueur et porteur d'un certificat médical d'aptitude délivré sans frais par un médecin scolaire agréé.

Les modalités d'application de cette disposition et le modèle de certificat d'aptitude seront déterminés par des arrêtés des ministres de l'Education Nationale et de la Santé Publique.

Art. 2. — Entre le 1er janvier et le 30 septembre de l'année qui précède l'âge de l'obligation scolaire, les enfants doivent être présentés par leurs parents ou tuteurs, après convocation administrative, au médecin scolaire affecté au centre médico-scolaire du secteur auquel leur lieu de domicile habituel est rattaché.

VINGT PEPTONES DIFFÉRENTES
Hyposulfites de Magnésium et de Sodium
Sels halogénés de Magnésium
ANACLASINE
RANSON
Comprimés — Granulé
Désensibilisation
Etats Hépatiques
Action Cholagogue
ANACLASINE INFANTILE
Granulé soluble
LABORATOIRES DÉ L'OPOCALCIUM
96, Rue Orfila PARIS (20e)



GLUCALCIUM
GLUCONATE DE CALCIUM
Ampoules injectables, buvables. Granulé vitaminé
LABORATOIRES CLÉVENOT
3, RUE LAMBLARDIE - PARIS — TÉL. : DORIAN 56-38

Les modalités administratives de convocation seront établies par arrêté des ministres de l'Education Nationale et de l'Intérieur.

Les présentes dispositions entreront en vigueur en 1947.

Art. 3. — A la suite de la visite médicale d'incorporation scolaire, les enfants sont classés en trois catégories : aptes, à surveiller et inaptes.

Les résultats de la visite médicale sont inscrits sur un fascicule scolaire du carnet de santé du ministère de la Santé Publique conservé au centre médico-scolaire du secteur tant que l'enfant fréquente l'école.

Le mode de classement des élèves, les conséquences médicales et scolaires de ce classement, le modèle de fascicule scolaire du carnet de santé sont fixés par des arrêtés des ministres de l'Education Nationale et de la Santé Publique.

Chapitre II. — *Des examens de santé des élèves*

Art. 4. — A partir du 1er janvier 1947, tous les élèves des établissements d'enseignement et d'éducation, publics ou privés, seront soumis à l'école, par les soins des éducateurs habituels et, s'il y a lieu, du professeur d'éducation physique, avec le concours du service social scolaire, à des mensurations périodiques et à des observations portant sur leur développement physique et psychique et sur leur comportement social. Les résultats en seront notés sur une fiche individuelle d'aptitude qui ne comportera aucune indication relevant du secret médical.

Les fiches d'aptitude des élèves appartenant à une même classe ou à un même cours seront conservées par l'un des éducateurs habituels, qui les communique au médecin examinateur scolaire et à ses auxiliaires.

Art. 5. — Les élèves qui, lors de la visite médicale d'incorporation scolaire, auront été classés dans la catégorie « à surveiller » sont, aussi souvent que l'état de leur santé le nécessite, examinés par le médecin scolaire et soumis, s'il y a lieu, à des examens médicaux complémentaires en liaison avec les organismes relevant du ministère de la Santé Publique.

Dans le courant de l'année scolaire, le médecin examinateur, assisté par ses auxiliaires, se rend, au moins une fois par an, dans chaque classe ou dans chaque cours de chaque établissement d'enseignement et d'éducation public et privé pour désigner les élèves qui seront examinés par ses soins au centre médico-scolaire puis soumis, s'il y a lieu, à des examens complémentaires. Tout élève pourra être convoqué par le médecin examinateur scolaire aussi souvent que l'état de sa santé le nécessitera.

Le médecin examinateur scolaire inscrit chaque année ses observations sur la fiche d'aptitude de chaque élève destinée à l'éducateur et ne relevant pas du secret médical.

Les modalités d'application concernant les examens médicaux scolaires et le dépistage des affections bucco-dentaires, les examens complémentaires et les examens spéciaux, les conséquences de ces examens, le dépistage systématique des maladies sociales, tuberculose en particulier, les transmissions aux familles, les liaisons avec les services de médecine préventive et de médecine sociale seront déterminées par des arrêtés des ministres de l'Education Nationale et de la Santé Publique.

Art. 6. — A la fin de chaque année scolaire, un extrait de la fiche d'aptitude est adressé à la famille de chaque élève par les soins du chef d'établissement.

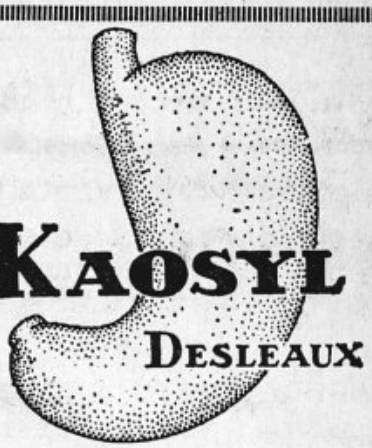
En cas de changement d'école, la fiche d'aptitude suit l'élève.

A la fin de la scolarité, la fiche d'aptitude, complétée par les conseils du chef d'établissement, du médecin examinateur scolaire et, s'il y a lieu, de l'orienteur professionnel, est adressée à la famille.

Art. 7. — Les résultats des examens médicaux

MIGRAINES — GRIPPES
DOULEURS CATAMÉNIALES
ALGIES

ALGOCRATINE
Un cachet dès la première sensation de douleur
LANCOSME, 71, Avenue Victor-Emmanuel III — PARIS


KAOSYL
DESLEAUX
PANSEMENT GASTRO-INTESTINAL
LANCOSME, 71, Av. Victor Emmanuel III, Paris

BAUME THOMAS
Douleurs de la première dentition
Véritable Huile de Haarlem G. de Koning Tilly
Cachets Pachaut - Valériane Pachaut - Phosphogène Pachaut - Terbinthiol
Laboratoires THOMAS, 2, rue Ste-Cécile, 31, Fg Poissonnière, PARIS (9e)

scolaires, des examens complémentaires et des examens spéciaux sont inscrits sur le fascicule scolaire du carnet de santé.

En cas de changement d'école, le fascicule scolaire suit l'élève.

A la fin de la scolarité, il est remis à la famille pour être annexé au carnet de santé.

Des extraits sont communiqués, soit immédiatement, soit périodiquement, aux services de médecine préventive intéressés, dans des conditions qui seront précisées par arrêté des ministres de l'Education Nationale et de la Santé Publique.

Un extrait statistique des fiches d'aptitude et des fascicules scolaires est établi à la fin de chaque année scolaire.

Chapitre III. — *De la surveillance médicale des maîtres et des personnes se trouvant au contact des élèves*

Art. 8. — A partir du 1er octobre 1947, aucun membre du personnel titulaire ou auxiliaire ne pourra exercer dans un établissement d'enseignement ou d'éducation public ou privé s'il n'est établi qu'il est indemne de toute maladie contagieuse pour les élèves et notamment de tuberculose.

Les mêmes dispositions sont applicables à toutes les personnes employées dans un établissement d'enseignement ou d'éducation public ou privé qui se trouvent en contact avec les élèves.

La constatation de non-contagiosité est apportée par un certificat médical établi gratuitement par un médecin agréé par le service d'hygiène scolaire et universitaire.

Les examens médicaux nécessaires à l'établissement de ce certificat devront être effectués entre le 1er janvier et le 30 septembre 1947.

Art. 9. — Après le 1er octobre 1947, les personnes visées à l'article 2 de l'ordonnance du 18 octobre 1945 sont tenues de se soumettre à un examen de dépistage des maladies contagieuses, effectué dans les mêmes formes :

1° Avant leur entrée en fonction ;

2° A chaque invitation notifiée par l'administration et au moins une fois tous les deux ans.

Art. 10. — Si les examens médicaux précités permettent de reconnaître chez un assujetti visé à l'article 2 de l'ordonnance du 18 octobre 1945 l'existence d'une affection susceptible d'être contagieuse pour les élèves, et notamment d'une affection tuberculeuse, le service d'hygiène scolaire et universitaire :

1° Précise à l'intéressé son état de santé tel qu'il résulte des constatations du médecin examinateur et lui indique les conséquences prophylactiques et administratives qui en découlent, notamment ses droits à des congés de longue durée ou à des prestations des assurances sociales ;

2° Fait connaître à l'administration ou à l'organisme dont relève l'intéressé que celui-ci ne peut continuer à exercer ses fonctions dans l'établissement d'enseignement et qu'il convient de supprimer immédiatement les contacts entre cette personne et les enfants ;

3° Saisit les services médico-sociaux compétents relevant du ministère de la Santé Publique.

Les cas litigieux seront déférés devant une commission médicale siégeant auprès de l'inspection d'académie. Il pourra être fait appel des décisions de cette commission devant une commission nationale siégeant au ministère de l'Education Nationale. L'appel n'est pas suspensif des décisions prises par la commission académique.

Art. 11. — Les modalités d'application des articles 8, 9 et 10 ci-dessus seront fixées par des arrêtés des ministres de l'Education Nationale et de la Santé Publique.

TITRE II. — Service d'hygiène scolaire et universitaire

Chapire Ier. — *Du service d'hygiène scolaire et universitaire du département*

Art. 12. — A dater du 1er octobre 1946, le service

DIGIBAÏNE
remplace avec avantage
digitale et digitaline
LABORATOIRES DEGLAUDE
15, Boulevard Pasteur — PARIS-XVe

Révulsif Fouchère
DEUX FORMES :
EMULSION : Adultes
POMMADE : Bébés, Enfants et Adultes à épiderme sensible
LABORATOIRES FOUCHÈRE
RIVE-DE-GIER (Loire)

Sciatique-Lumbago
CAMPHRO-SALYL
GLUCONATE DE Décalcification
CALCIUM INJECTABLE
ASSOCIATION FER ET CUIVRE
Anémies graves
FER INTRAVEINEUX
Artériosclérose
GOUTTES HYPOTENSIVES
Adynamie
AMPOULES ET GOUTTES NÉVROSTHENIQUES
LABORATOIRES FRAISSE PÈRE & FILS 8 RUE JASMIN PARIS

administratif de l'hygiène scolaire fait partie des services de l'inspection académique.

Un médecin conventionné assure, sous l'autorité administrative de l'inspecteur d'académie, la direction, l'inspection et le contrôle de l'hygiène scolaire dans le département, en liaison avec le directeur départemental de la santé.

.. ..

Un rapport périodique d'activités établi par le médecin de l'hygiène du département est adressé au préfet et communiqué au directeur départemental de la santé.

Art. 13. — Dans le département siège du chef-lieu d'académie, est affecté un médecin inspecteur de l'hygiène scolaire et universitaire qui est le conseiller technique du recteur de l'Académie. En plus des fonctions départementales définies à l'article 13 (§§ 2 et 4 ci-dessus), il est chargé, dans le ressort de l'Académie, d'une mission technique permanente d'inspection, de coordination des activités du personnel médical et social et de contrôle de l'exécution des prescriptions réglementaires concernant l'hygiène scolaire et universitaire. Il peut être assisté par un ou plusieurs médecins adjoints.

.. ..

Le médecin inspecteur de l'hygiène scolaire et universitaire qui est affecté au département siège du chef-lieu d'académie adresse au recteur de l'Académie des rapports périodiques sur l'exécution de la mission technique prévue au premier paragraphe du présent article.

Art. 14. — Les visites et examens médicaux de santé visés aux articles 1er, 2 et 10 de l'ordonnance du 18 octobre 1945 sont effectués par des médecins scolaires de secteurs ou par des médecins praticiens. L'activité de ces derniers dans le domaine de l'hygiène scolaire est coordonnée par les médecins scolaires de secteur.

Les médecins scolaires de secteur sont placés sous la direction technique et le contrôle du médecin assurant l'inspection de l'hygiène scolaire dans le département. Ils adressent à celui-ci des rapports périodiques d'activités.

Pour toutes les conséquences sociales des visites et examens médicaux, elle établit la liaison avec les services sociaux et de médecine préventive du secteur du centre médico-scolaire.

.. ..

Art. 17. — La qualification, les modalités de recrutement et les attributions du personnel médical et du personnel social visés aux articles 12 à 16 ci-dessus seront fixées par arrêté interministériel.

Chapitre II. — *Du centre médico-scolaire*

Art. 18. — Le centre médico-scolaire est un ensemble de locaux spécialement aménagés et équipés pour permettre d'effectuer correctement :

1° Les visites d'incorporation scolaire ;

2° Les examens médicaux des élèves spécialement désignés par le service médical scolaire ;

3° Les examens médicaux du personnel des établissements d'enseignement et d'éducation publics et privés et des personnes se trouvant en contact habituel avec les élèves dans l'enceinte desdits établissements ;

4° Toutes autres visites et tous examens utiles, ainsi que le dépistage des affections bucco-dentaires.

Art. 19. — Les communes visées à l'article 3 de l'ordonnance du 18 octobre 1945 sont tenues d'organiser un centre médico-scolaire agréé. Elles devront mettre les locaux nécessaires à la disposition du service d'hygiène scolaire du département.

Chaque département est divisé par arrêté préfectoral pris sur proposition de l'inspecteur d'académie après avis du directeur départemental de la santé, en secteurs territoriaux de centres médico-scolaires.

Art. 20. — Il pourra être affecté à certains

SUPPOSITOIRES

RECTOQUINTYL

DEUX FORMES
ADULTES-ENFANTS

ASSOCIE LES INDICATIONS DE
L'ORTHOFORMIATE D'ETHYLE
AUX AVANTAGES DE LA VOIE RECTALE

COQUELUCHE - QUINTES NOCTURNES
TOUX POST OPÉRATOIRES
AFFECTIONS BRONCHO-PULMONAIRES

Echantillons et Littératures sur demande

LABORATOIRES A. MARIANI
10, Rue de Chartres, NEUILLY (Seine)
TÉL : MAILLOT 61-09

MÉTHODE DE WHIPPLE
TECHNIQUE DE MINOT ET MURPHY

SYNDROMES ANÉMIQUES
INSUFFISANCES HÉPATIQUES

HÉPATHÉMO
DESCHIENS

EXTRAIT CONCENTRÉ DE
FOIE DE VEAU FRAIS
Hémoglobine, Vitamines Hépato-Sanguines
Ampoules buvables de 10 cc. et 3 cc. - Sirop

DESCHIENS, Docteur en Pharmacie, 9, Rue Paul-Baudry PARIS (8e)

CHLORO-MAGNESION
Asthénie - Modificateur du Terrain
DRAGEVAL
Insomnies - Anxiété
FER-OVARINE VITALIS
Insuffisances ovariennes
TENSORYL
Hypertension artérielle
FER-ANDRINE VITALIS
Infantilisme - Carence sexuelle
DESCOURAUX et Fils, 52, Boulevard du Temple, PARIS

centres médico-scolaires un ou plusieurs moyens de transport spécialement aménagés et équipés pour les examens médicaux et pour les examens bucco-dentaires des élèves fréquentant les établissements éloignés de ces centres.

Art. 21. — Le centre médico-scolaire, avec le personnel qui lui est affecté, est l'organisme technique chargé de permettre l'application des mesures réglementaires d'hygiène scolaire et universitaire. Il est administrativement rattaché à un établissement d'enseignement public et est grevé d'affectation scolaire.

Toutes les fois que l'équipement sanitaire le permet, le centre médico-scolaire a recours, dans des conditions fixées d'un commun accord entre le médecin de l'hygiène scolaire du département et le directeur départemental de la santé, aux organismes et établissements relevant du ministère de la Santé Publique, en particulier aux dispensaires d'hygiène sociale, ainsi qu'aux centres de santé ou de diagnostics, notamment ceux visés par l'arrêté du 19 juillet 1946, du ministre du Travail et de la Sécurité Sociale et du ministre de la Santé Publique.

Art. 22. — Dans un délai d'un an à partir de la date de publication du présent décret, sera établi, au titre des constructions scolaires, un plan national d'organisation des centres médico-scolaires, avec moyens de transport dans les communes visées à l'article 3 de l'ordonnance du 18 octobre 1945. Ce plan sera dressé compte tenu du dispositif d'hygiène et de médecine préventive actuellement existant et du plan d'équipement sanitaire général prévu par le ministre de la Santé Publique dans l'esprit des dispositions du dernier paragraphe de l'article précédent.

Un arrêté interministériel déterminera les modalités d'exécution des dispositions susvisées.

TITRE III. — Casier sanitaire des locaux et dépendances scolaires

Art. 23. — Un état des conditions hygiéniques et de salubrité de tous les locaux et dépendances de chaque établissement d'enseignement et d'éducation public ou privé sera établi entre le 1er janvier et le 31 juillet 1947 par les soins du chef de l'établissement.

Cet état est ensuite tenu à jour chaque année. Il est contrôlé, complété et annoté au moins une fois par an, par le médecin scolaire, du secteur.

Les extraits du casier sanitaire des locaux et dépendances de tous les établissements d'enseignement et d'éducation, publics et privés, du département sont conservés par le service de l'hygiène scolaire du département. Ils sont tenus à la disposition du directeur départemental de la santé.

Le modèle de casier sanitaire, le modèle d'extrait et les modalités d'exécution des dispositions visées au présent article seront déterminés par des arrêtés des ministres de l'Education Nationale et de la Santé Publique.

Art. 24. — Chaque année, pour le 31 décembre, un rapport sur les conditions d'hygiène et de salubrité des locaux et dépendances de tous les établissements d'enseignement et d'éducation publics et privés de chaque département est établi par le médecin chargé de l'inspection de l'hygiène scolaire dans le département et adressé au préfet (direction départementale de la santé) et au recteur de l'Académie pour transmission au ministre de l'Education Nationale. Le préfet en communique des extraits aux maires des communes intéressées. (*J. O.*, 29 novembre 1946.)

SECURITE SOCIALE

Loi n° 46-2425 du 30 octobre 1946 modifiant l'ordonnance du 4 octobre 1945 portant organisation de la sécurité sociale et fixant les modalités relatives à l'élection des membres des Conseils d'administration des organismes de sécurité sociale.

(*J. O.*, 31 octobre 1946.)


APSORA
POMMADE
★
GALE
PSORIASIS
★
LABORATOIRES DU DOCTEUR F. DEBAT - 60 RUE DE MONCEAU - PARIS 8e

INFANGYL CARLIER
TOUX BRONCHITES INFANTILES
COLLUTOIRE INALTÉRABLE AU NOVARSENOBENZOL
COLARSENOL
ANGINES STOMATITES GINGIVITES
LABORATOIRES CARLIER - 43, RUE DE CRÉTEIL - JOINVILLE-LE-PONT (SEINE)

VERIANE BURIAT

LIQUIDE
2 à 5 cuillerées à café

COMPRIMÉS
2 à 5 comprimés

HYPERCHLORHYDRIE
TOUTES DOULEURS GASTRIQUES

GASTROSEDYL

GOUTTES

Le grand remède de toutes les GASTRALGIES

COMPOSITION INCHANGÉE

Teinture Dausse de belladone	46
Teinture Dausse de jusquiame	20
Liqueur ammoniacale anisée	20
Bromure de Sodium	13
Phosphate de codéine	1

Antispasmodique certain

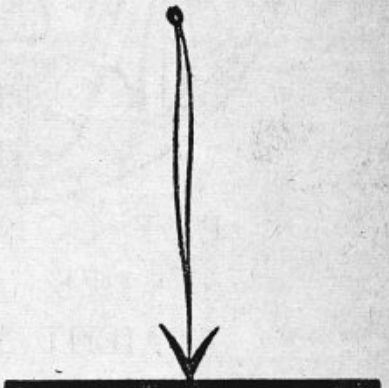
Régulateur de l'acide gastrique

Sédatif à effet immédiat

POSOLOGIE

10 à 30 gouttes dans un peu d'eau sucrée après les repas et au moment des douleurs

LABORATOIRES J. LANDRIER
— Coulange-sur-Yonne (YONNE) —



OXYURYL

VIOLET DE GENTIANE

Laboratoires A. MARIANI 10, rue de Châtillon - NEUILLY - PARIS

CAMPHO-PNEUMINE

AMPOULES
INJECTABLES 2cc.

SUPPOSITOIRES
SIMPLES ET
SULFAMIDÉS

LABORATOIRES
DEBARGE
25, R. LAVOISIER. PARIS 8e



ACHILLE

EUT CONSERVÉ SON PIED LÉGER
SI LES DISCIPLES D'ÆSCULAPE
AVAIENT SU ACCÉLÉRER SES MITOSES
CELLULAIRES
MAIS LES DIEUX MÊMES IGNORAIENT
LA VERTU DE

MITOSYL

MIEUX AVERTI QUE CEUX DE L'OLYMPE
LAISSANT LES SIMPLES AUX PLAINES
D'ILION, TU APPLIQUERAS MITOSYL
SUR LES PLAIES ET LES BLESSURES
PAR LE FER, PAR LE FEU, PAR LE FROID,
PAR LE SOLEIL, PAR LE RELÂCHEMENT
DES VEINES OU L'IMPURETÉ DES HUMEURS

Laboratoires DELAGRANGE, 39, Boulevard de Latour-Maubourg - PARIS-VIIe

PARTIE SCIENTIFIQUE

DANGER DES INJECTIONS D'ADRÉNALINE CHEZ LES ASTHMATIQUES

par **Maurice BRUNEL**
Ancien Chef de Clinique à la Faculté de PARIS

Il n'est pas superflu d'insister périodiquement sur les inconvénients que présentent — chez les asthmatiques — les injections répétées d'adrénaline. Deux médications spécialisées — trop connues des médecins — ont la faveur des malades ; c'est elles que nous mettons surtout en cause : soit solutions injectables d'adrénaline seule ou d'extrait surrénal total, soit association adrénaline-hypophyse. Les associations d'adrénaline avec papavérine, atropine, ou éphédrine, tout comme les injections d'éphédrine seule, présentent les mêmes inconvénients, de même que toutes les préparations à ingérer des mêmes médications, bien qu'à un moindre degré. Les pulvérisations rhino-pharyngées relèvent des mêmes considérations par l'usage intensif et presque continu qu'en font certains malades. Quant aux aérosols, dits broncho-dilatateurs, d'adrénaline ou d'éphédrine, ils pourraient présenter des inconvénients analogues, si leur emploi n'était sagement dosé sous surveillance médicale.

Certes, nous ne méconnaissons pas l'amélioration immédiate que procurent, à la majorité des asthmatiques en crise, de telles injections. L'importance des services rendus a imposé ces médications au premier plan dans la thérapeutique de l'asthme, tant auprès des médecins que des malades. Les médecins en limitent rarement la prescription, assurés de la reconnaissance immédiate de l'asthmatique, trop heureux d'avoir trouvé la drogue à laquelle il n'hésitera plus à recourir une à plusieurs fois par jour.

C'est contre cette solution de facilité que nous renouvelons la mise en garde que A. Jacquelin, Cantonnet et, avec eux, ceux qui s'intéressent vraiment aux asthmatiques, répètent depuis de nombreuses années : le rôle du médecin ne doit pas se borner à calmer une crise, mais exige que tout soit mis en œuvre pour guérir une maladie complexe, souvent mystérieuse dans ses causes, toujours très différente d'un malade à l'autre.

Nous n'envisageons pas, ici, les multiples moyens que justifie le traitement de fond d'un asthmatique ; seuls nous retiendront les écueils du traitement de la crise d'asthme.

Pour les raisons que nous allons donner, il conviendrait que chaque médecin pose en principe :

1° Que tout asthmatique, jusqu'ici non drogué par l'adrénaline, peut être amélioré, sinon guéri, sans qu'il soit besoin de recourir aux injections d'adrénaline ;

2° Qu'il est inutile de tenter la cure d'un asthmatique qui continue ses injections d'adrénaline. Sauf de rares exceptions, un asthmatique " drogué " ne guérit pas, mais s'aggrave. Tout médecin, qui prend en charge un nouveau malade, doit mettre en garde celui-ci contre le danger de ces injections, pour aussi indispensables qu'elles lui paraissent, et refuser de le soigner s'il s'oppose à leur suppression.

Ceci demande souvent beaucoup de tact et de patience, pour qui connaît le caractère anxieux et le fond psychopathique de bien des asthmatiques. Mais, c'est précisément là le rôle du médecin, et le traitement d'un asthmatique ne se résout pas en une ordonnance.

Pourquoi l'emploi de l'adrénaline comporte-t-il des écueils ?

Théoriquement l'adrénaline, médiateur chimique du sympathique, vaso-constricteur dans le territoire artériel, est un agent broncho-dilatateur. Elle permet de lever le spasme bronchique qui, théoriquement encore, serait l'élément essentiel de la crise d'asthme. Il faut reconnaître qu'elle y réussit généralement bien, du moins dans les asthmes jeunes, secs. On ne saurait lui faire le reproche de perturber l'équilibre artériel, le rôle hypertensif de ces injections, même répétées, étant négligeable. Mais l'asthme n'est pas une maladie respiratoire, bien plutôt un syndrome neurotonique : le plus souvent, le désordre initial est de type vagotonique, d'où le spasme bronchique ; mais loin d'appartenir tous à ce type, certains asthmatiques ont un déséquilibre sympathicotonique d'emblée, sans oublier ceux chez lesquels l'exagération du tonus porte tantôt sur le vague, tantôt sur le sympathique, et même sur le phrénique.

a) **Il y a donc des sujets intolérants d'emblée à l'adrénaline,** parce qu'ils ont une constitution sympathicotonique, ce qu'un simple examen clinique aurait pu faire prévoir ; de fait l'injection d'adrénaline, loin d'améliorer la dyspnée, entraîne des malaises pénibles : pâleur, angoisse, insomnie, palpitations, tremblement, tachycardie. Pour ce type de malades, l'adrénaline ou l'éphédrine, et même l'atropine, sont contre-indiquées sans discussion.

b) **Pour tous les autres asthmatiques à constitution vagotonique apparente.** (Ceci n'est qu'un schéma) : l'adrénaline calme la crise dyspnéique ; mais l'écueil consiste, précisément, dans la répétition des injections auxquelles vont recourir ces malades. Il n'est pas question d'adrénalinomanie : elle n'existe pas ; mais il peut se créer une besoin de drogue, parce que l'asthmatique, sujet anxieux, résiste de moins en moins à la dyspnée qu'il sent venir, et devient un " drogué " aux multiples injections quotidiennes.

A partir de ce moment, l'adrénaline peut contribuer à dérégler la neurotonie habituelle de ces malades, et, après des injections trop fréquentes, transformer des asthmatiques, initialement vagotoniques, en **sympathicotoniques secondaires :**

ceci, lorsque apparaissent, après les injections, les symptômes d'intolérance — détaillés plus haut — où la tachycardie et l'angoisse vont de pair avec la polypnée, l'amaigrissement et la chute tensionnelle (écrasement de la tension différentielle). Mais le bronchospasme n'explique pas toute la crise d'asthme ; il faut tenir compte de l'hypersécrétion à éosinophiles de la muqueuse bronchique, à peine marquée dans les asthmes secs des sujets jeunes, de plus en plus importante, suivant l'âge, à mesure que se développent la congestion bronchique et les réactions indirectes du tissu péribronchique. **C'est sur la sécrétion bronchique que l'adrénaline a une action des plus fâcheuses** : elle exagère la réaction catarrhale, mais s'oppose à l'élimination des sécrétions. L'éphédrine et la belladone contribuent aux mêmes méfaits ; sous l'influence de l'encombrement bronchique, on assistera à l'évolution caractéristique de certains asthmes, surtout à la cinquantaine : les crises dyspnéiques perdent leur caractère paroxystique ; la dyspnée augmente entre les crises et tend à devenir permanente, de moins en moins calmée par les injections d'adrénaline, que le malade a tendance à répéter sans cesse.

Les constatations anatomiques, effectuées à l'occasion de quelques cas récents **d'asthmes mortels**, sont très instructives à cet égard, et expliquent l'asphyxie progressive : les bronchioles sont obstruées par un exsudat mucineux très dense, formant de véritables moules bronchiques ; il y a une éosinophilie locale considérable de la paroi bronchique et des ganglions péri-bronchiques, avec modification importante de la charpente musculo-conjonctive des bronches, qui est, soit épaissie, soit amincie et dilatée. La mort semble due à ce que le mucus bronchique n'a pu être éliminé, soit qu'il était trop épais, soit que le mécanisme d'expulsion ait été trop perturbé ; or, il est frappant de constater, à la lecture de ces observations d'asthmes mortels, qu'il s'agissait presque toujours de **sujets drogués par de multiples injections quotidiennes d'adrénaline** ou d'evatmine : femmes d'un certain âge, à troubles neurotoniques francs, à l'époque de la ménopause pour la plupart, chez lesquelles la dyspnée d'abord intermittente, s'exagèra pour prendre un type polypnéique et continu, avec une expectoration d'abord fluide, puis de plus en plus rare et épaisse.

La notion bien établie de tels accidents, dans lesquels l'adrénaline a sa part de responsabilité, doit donc limiter l'emploi de cette drogue chez les asthmatiques.

Comment sevrer d'adrénaline l'asthmatique déjà drogué ? A cette phase redoutée du malade, le médecin doit apporter toute son attention, et user de son influence pour rassurer un sujet plus anxieux que jamais : pour cela il doit lui expliquer les données de son traitement de fond, les eupnéiques qu'il peut employer sans danger, l'intérêt qu'il y a à favoriser l'expectoration et la diurèse.

Pour combattre la dyspnée, chaque cas particulier a ses indications ; on ne négligera pas certaines associations médicamenteuses, calmantes, et eupnéiques, comme celles de caféine, valériane, théobromine, aspirine, papavérine, qui, utilisées per os, sont souvent fort appréciéesdes malades. Signalons les services qu'on peut attendre d'analeptiques comme le camphre, le cardiazol, la coramine ; l'intérêt de la caféine, de la théophylline, éthylène-diamine ; la pilocarpine, la novocaïne, les solutions de peptone en injections intraveineuses, répétées au besoin, donnent parfois des résultats spectaculaires ; nous avons vu de véritables états de mal asthmatiques céder aux antihistaminiques de synthèse, aux médications de choc, à l'oxygénothérapie, à l'infiltration stellaire, à l'abcès de fixation.

C'est dire que la gamme thérapeutique est assez variée, qui — dans l'état actuel de nos connaissances sur l'asthme — permet d'apaiser la crise dyspnéique, sans recourir à l'adrénaline.

Mais quels que soient les moyens employés, leur action n'aura quelque chance d'être durable que combinée à un traitement de fond adapté à chaque malade, complétée par une psychothérapie patiente, l'ensemble nécessitant des contacts répétés du malade et de son médecin.

Il faut compter avec la possibilité **d'incidents de sevrage adrénalinique**, survenant du sixième au huitième jour, et prévenir les malades : incidents pénibles, avec polypnée, angoisse, tachycardie, douleurs thoraciques, cédant en général aux tonicardiaques et aux sédatifs habituels.

On voit pourquoi l'adrénaline, si elle est contre-indiquée formellement chez tout asthmatique sympathicotonique, ou chez tout dyspnéique à tendance catarrhale, peut être dangereuse de par les incidents auxquels expose son emploi renouvelé.

RÉFLEXIONS SUR HUIT CAS DE TÉTANOS

par A. GAQUIÈRE et FOUGÈRE
(Hôpital d'Angoulême)

Bien qu'il soit toujours hasardeux de tirer des déductions d'un petit nombre d'observations, la consultation médico-chirurgicale parue dans le " Concours Médical " du 7 septembre 1946, nous incite à résumer les huit cas de tétanos observés dans notre service hospitalier.

Obs. I. — Enfant Sl..., 10 ans. Contamination le 9 mai 1945 par chute ayant entraîné à la fois des écorchures superficielles (porte d'entrée probable) et une fracture des deux os de l'avant-bras droit (fracture fermée, sans déplacement, nullement reconnue par l'entourage).

Incubation silencieuse d'une durée de dix jours.

Début du tétanos le 19 mai par gêne à l'ouverture de la bouche.

Hospitalisation le 21 mai. Trismus. Contractures généralisées. Crises paroxystiques fréquentes. Température 37°. Sous l'influence des contractures, angulation importante au niveau du foyer de fracture qui fut ainsi extériorisé d'une manière assez originale.

Traitement (48 heures après l'apparition du trismus) : injection unique et massive de 160.000 unités de sérum (voies sous-cutanée et intra-musculaire). 2 cm³ d'anatoxine. Réduction de la fracture sous-anesthésie générale au chloroforme. Somnifère intra-musculaire.

Deuxième jour : température 40° ; plus grande fréquence des crises paroxystiques. Nouvelle injection intra-musculaire de 40.000 unités de sérum. Décès dans la nuit du 22 au 23 mai.

Obs. II. — M. L..., 69 ans.

Contamination et durée d'incubation impossibles à préciser. Crevasses au talon (le malade avait l'habitude de marcher pieds nus dans des sabots).

Début le 24 mai 1945 par gêne légère à l'ouverture de la bouche.

Hospitalisation le 26 mai. Trismus. Raideur de la nuque. Température 37°6.

Traitement (48 heures après le début du trismus) : injection unique et massive de 300.000 unités par voies intra-musculaire et sous-cutanée, dont 10.000 au voisinage des crevasses du talon. 2 cm³ d'anatoxine.

27 mai : Généralisation des contractures. Crises paroxystiques frustes. 200.000 unités en deux fois. Syncortyl, somnifère (2 cm³) et ouabaïne par voie intra-veineuse.

28 mai : 100.000 unités, soit pour l'ensemble de la cure, un total de 600.000 unités. Anatoxine : 4 cm³.

29 mai : Température 39°. Décès dans la nuit.

Obs. III. — Mme A..., 54 ans.

Contamination le 23 août par petite plaie au pouce droit.

Durée de l'incubation : 8 jours.

Début le 31 août par trismus et raideur de la nuque.

Hospitalisation le 2 septembre. Température 38°. Injection unique et massive de 250.000 unités (48 heures après le début du trismus). 2 cm³ d'anatoxine. Somnifère intra-veineux. Décès dans la soirée.

Obs. IV. — M. X..., 72 ans. Cultivateur.

Contamination et durée d'incubation impossibles à préciser. Excoriations au niveau des jambes.

Début le 25 mars 1946 par gêne de la déglutition.

Le 26 mars, léger trismus s'accentuant progressivement.

Hospitalisation le 28 mars. Trismus invincible. Pas de contractures généralisées. Somnolence. Température 37°5.

Injection massive de 200.000 unités par voie sous-cutanée et intra-musculaire (48 heures après l'installation du trismus). 2 cm³ d'anatoxine.

29 mars : Nouvelle dose de 100.000 unités qui est répétée les 30 et 31 mars, soit, pour l'ensemble de la cure, un total de 500.000 unités.

2 cm³ d'anatoxine le 30 mars, 4 cm³ le 2 avril.

3 avril : Température 38°5. Décès.

Obs. V. — M. A..., 49 ans. Maréchal-ferrant.

Soigné antérieurement pour hypertension, albuminurie et excès d'azotémie.

Contamination le 1er avril 1946 : plaie du talon par clou.

Durée de l'incubation : 20 jours.

Début brusque le 20 avril, au cours d'un repas par trismus et raideur généralisée.

Hospitalisation le 20 avril. Tétanos généralisé. Injection massive de 300.000 unités (quelques heures après le début apparent de la maladie). Un cm³ d'anatoxine.

21 avril : 100.000 unités par voie intra-musculaire. La dose de 100.000 unités est répétée les 22, 23, 24 et 25 avril, soit un total de 800.000 unités. 2 cm³ d'anatoxine le 24 avril Albuminurie. Azotémie à 1 gr. Pressyl, chloral. Somnifère par voie intra-veineuse. Sérum glucosé. Nettoyage chirurgical de la cicatrice punctiforme du talon sous anesthésie générale au chloroforme. Découverte d'un petit abcès profond qui est largement ouvert et drainé. Injection de 20.000 unités de pénicilline au voisinage de la plaie.

24 avril : Coma. Hyperthermie à 41°. Décès le 25 avril.

Obs. VI. — Enfant G..., 4 ans.

Contamination probable le 1er mai 1946 par plaie au talon.

Incubation d'une durée de 10 jours.

Début le 11 mai par gêne à la déglutition. Apparition du trismus le 14 mai.

Hospitalisation le 15 mai. Contractures généralisées. Température 38°2.

Injection intra-musculaire de 200.000 unités (plus de 24 heures après le début du trismus). 2 cm³ d'anatoxine. Nettoyage chirurgical de la plaie du talon sous anesthésie générale au chloroforme. Absence de suppuration. Syncope au début de l'anesthésie.

0 gr. 20 d'acide phénique en intra-musculaire. Somnifène intra-musculaire (2 cm³) et intra-veineux (2 cm³).

16 mai : 100.000 unités de sérum. 0 gr. 40 d'acide phénique. Azotémie : 0 gr. 63. Hyperthermie à 40°. Décès le 17 mai.

Obs. VII. — M. R..., 35 ans.

Contamination vers le 10 juillet 1946 : plaie à la plante du pied par clou de sabot.

Durée de l'incubation : 12 jours.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Début le 22 juillet par malaise général, douleurs cervicales et gêne à la déglutition. Apparition du trismus le 25 juillet, trismus très léger.

Hospitalisation le 29 juillet. Raideurs généralisées. Sept à huit crises paroxystiques par jour. Température 38°2.

Injection intra-musculaire de 150.000 unités (près de quatre jours après l'installation du trismus).

A la plante du pied gauche, cicatrice punctiforme. Nettoyage chirurgical sous anesthésie générale à l'evipan intra-veineux ; ouverture, au bistouri électrique, d'un abcès profond situé au contact des métatarsiens.

30 juillet : 300.000 unités en deux fois ; 2 cm³ d'anatoxine.

31 juillet : 150.000 unités en deux fois, soit, pour l'ensemble de la cure, un total de 600.000 unités. Azotémie : 0 gr. 57. Syncortyl. Pressyl. Rectanol, puis somnifène intra-musculaire (2 à 4 cm³). 3 cm³ d'anatoxine, puis 4 et 5 cm³ les 5 et 9 août. Guérison.

Obs. VIII. — R..., 14 ans. Cultivateur.

Contamination et durée d'incubation impossibles à préciser. Plaies superficielles aux jambes.

Début apparent le 15 août 1946 par gêne à la marche et raideurs au niveau des membres inférieurs. Apparition du trismus le 21 août.

Hospitalisation le 22 août. Contractures généralisées. Crises paroxystiques peu intenses mais nombreuses. Température 37°5.

Traitement (Dr Decressac assurant l'intérim) 24 heures après l'installation du trismus. Ponction lombaire : liquide clair (albumine : 0 gr. 50 ; glucose : 1 gr. 05 ; un élément par mm³). 10.000 unités par voie intra-rachidienne ; 40.000 unités en intra-musculaire ; 50.000 unités en sous-cutanée. Lavement de chloral-bromure.

23 août : 10.000 unités intra-rachidienne ; 20.000 unités intra-musculaire ; 20.000 unités sous-cutanées.

27 août : 20.000 unités sous-cutanées, soit, pour l'ensemble de la cure, un total de 170.000 unités. Amélioration. Un demi cm³ et un cm³ d'anatoxine les 29 août et 3 septembre (à titre complémentaire). Guérison.

De ces observations se dégage, avant tout, une impression d'extrême gravité : six décès sur huit cas, malgré une sérothérapie administrée d'emblée à doses massives (150.000 à 300.000 unités pour la première injection), souvent répétée et toujours combinée à l'anatoxithérapie.

Un certain nombre de faits peuvent expliquer la sévérité de ces formes et permettre, en outre, quelques remarques d'ordre clinique :

1° Sujets, pour la plupart, appartenant au milieu rural (cultivateur, jardinier, maréchal-ferrant), donc susceptibles d'avoir été soumis à des contages virulents ;

2° Chez tous nos malades, aspect anodin ou superficiel des plaies tétanigènes qui, de ce fait, ne furent l'objet d'aucune désinfection locale ; seule, une recherche systématique pouvait parfois identifier la lésion cutanée responsable. Bien plus, dans les observations V et VII, un abcès de la plante du pied s'était développé d'une manière anormalement indolore et silencieuse sous une plaie superficielle en apparence cicatrisée et complètement ignorée du patient ;

3° Conséquence des particularités précédentes absence de séro-prévention ; à noter, en outre, qu'aucun de nos malades n'avait été antérieurement soumis à la vaccination préventive ;

4° Durée de l'incubation relativement courte : dix jours en moyenne ;

5° Résistance des malades souvent déficiente, soit en raison de tares antérieures (Obs. V), soit en raison de l'âge et, à ce sujet, il nous a semblé que le tétanos était surtout redoutable chez les vieillards ainsi que chez les jeunes enfants ;

6° Par la faute de circonstances indépendantes de notre volonté, institution du traitement à une date tardive : vingt-quatre heures, deux jours et parfois davantage après l'apparition du trismus.

Ce retard s'explique en partie par la méconnaissance de la plaie tétanigène apparemment insignifiante, jointe à l'allure insidieuse du début de l'affection : simple douleur à la déglutition, malaise général, algies cervicales simulant un torticolis banal, raideurs dans les membres inférieurs. De même le trismus s'est presque toujours installé très progressivement, d'abord simple gêne de la mastication considérée comme sans importance par le sujet, puis accentuation plus ou moins rapide et c'est seulement une fois le trismus devenu évident que le malade a été hospitalisé et la sérothérapie instituée ; or, dans le traitement du tétanos, selon l'expression du Pr Ramon, " les minutes comptent ", on pouvait donc, chez la plupart de nos malades, redouter un échec de la sérothérapie, quelque massive que fût sa posologie.

Dans les deux cas terminés par la guérison, la longueur de la période de début (près d'une semaine) mérite d'être soulignée et c'est peut-être cette particularité — témoin probable d'une virulence atténuée — qui permit à la sérothérapie de neutraliser les toxines.

Par ailleurs, dans l'observation VII, la guérison fut obtenue par une sérothérapie massive, exclusivement intra-musculaire et combinée à l'anatoxithérapie, tandis que dans l'observation VIII, le même heureux résultat fut atteint avec une posologie relativement faible (170.000 unités au total) et échelonnée sur plusieurs jours, des voies d'introduction multiples (intra-rachidienne, intra-musculaire et sous-cutanée) et pratiquement, sans le secours de l'anatoxine.

Ces quelques observations démontrent, une fois de plus, que l'idéal, pour un clinicien appelé à dépister et traiter un tétanos, serait de pouvoir instituer la sérothérapie, sinon avant l'apparition du trismus, du moins dès la première esquisse de ce symptôme majeur.

En outre, la seule thérapeutique étant surtout d'ordre prophylactique d'une part, et des tétanos rapidement mortels pouvant succéder à des excoriations apparemment insignifiantes d'autre part, il serait indispensable de donner à la pratique de la vaccination préventive par l'anatoxine — théoriquement obligatoire — toute l'ampleur nécessaire.

HEMIPLEGIE PAR RAMOLLISSEMENT CÉRÉBRAL, HYPERTENSION

Traitées par les injections intraveineuses d'émulsion d'huile de foie de poisson à haute teneur vitaminique.

Mlle Mathilde B..., 80 ans, fille et sœur de médecins propharmaciens, habituellement bien portante quoiqu'hypertendue aux environs de 20 Mx depuis plusieurs années.

En mars 1945, bronchite.

Du 16 avril au 15 mai, sans perte de connaissance et sans atteinte psychique, ni faciale, se constitue une hémiplégie gauche malgré les injections d'acétylcholine, la tension max. étant aux environs de 20.

Au début de mai, l'hémiplégie gauche est complète aux deux membres, flasques avec Babinski positif.

La malade confinée au lit fait plusieurs eschares de décubitus conjurées à grandes peines ; la plus importante, située à gauche du sacrum, reste ouverte pendant cinq mois et ne se cicatrise qu'en septembre.

A ce moment la tension Mx est toujours aux environs de 20, malgré la thérapeutique banale, les deux membres gauches sont inertes sans troubles trophiques notables autres que l'hypotonie et la fonte musculaire.

La malade prend de temps à autre un tube de comprimés de vitamines B à 0,005 et de vitamine PP à 0,05 ; on la porte du lit au fauteuil et du fauteuil au lit ; l'intelligence reste intacte et elle continue à lire les journaux anglais.

Dans cet état, le 9 mai 1945, T. A. 19-10, elle reçoit une injection intraveineuse d'un vingtième de cm3 d'huile de foie de poisson titrée à 25.000 U. I. de vitamine A par cm3, vigoureusement émulsionné dans une ampoule de soluté injectable de salicylate de sodium et de glucose.

Le 14 mai T. A. 17-10, sensation d'euphorie depuis le 9 ; injection intraveineuse d'un quinzième de cm3 de la même huile dans le même émulsionnant.

Le 20 mai T. A. 16-8
Le 24 mai T. A. 16-9
Le 24 juin T. A. 14-9
Le 28 juin T. A. 15-9

Le 25 juillet T. A. 19-11. La malade commence à marcher seule pour la première fois depuis 15 mois.

Le 5 août, T. A. 17-10. Injection intra-veineuse d'un quarantième de la même huile émulsionné dans une ampoule de 10 cm3 de soluté hypertonique de glucose.

Le 23 août Mlle B... se lève seule pour la première fois.

Le 30 août T. A. 17-10.

Le 27 septembre T. A. 18-11. Mlle B... circule sans difficulté dans la maison et arrive à porter seule la main gauche à son chignon.

Le 12 octobre. L'examen montre une légère asymétrie de la face, la bouche s'ouvre un peu en raquette du côté droit, mais la malade a toujours pu siffler et souffler ; il n'y a ni déviation de la langue, ni signes d'atteinte du nerf facial ; l'asymétrie de la face correspond à un tic très ancien.

Au membre supérieur gauche, tous les mouvements musculaires sont possibles avec beaucoup moins de force qu'à droite, les masses musculaires surtout à la main étant comparativement amoindries. L'épaule conserve une certaine ankylose, qui limite l'abduction active et passive à l'horizontale. L'extension complète du coude est de même limitée.

Les réflexes tendineux sont bien marqués.

Au membre inférieur gauche, on remarque par rapport au côté sain, une atrophie d'ensemble, de l'hypothermie et un peu de cyanose.

Le signe de Babinski a disparu. Le réflexe achilléen est marqué, le rotulien très vif, sans clonus. Il n'y a pas de syncinésies. Sauf l'articulation de la cheville qui présente de la limitation de la flexion, tous les mouvements normaux sont possibles spontanément.

Mensuration ; cuisse droite 41,5 cm, gauche 40 cm ; mollet droit 28,5 cm, gauche 26 cm.

A gauche de l'extrémité inférieure du sacrum à 7 cm de la ligne médiane on remarque une cicatrice très déprimée longue de 3 cm.

Docteur Yves Dhotel.

Cf. **Léon Bruel et Raoul Lecoq** « Traitement de l'hypertension artérielle essentielle par les injections intra-musculaires de vitamine A » « Gazette Médicale de France », 1er septembre 1946.

A propos de l'article " L'hypertension artérielle chez les amputés de guerre "

du Dr Tourneux " Concours Médical " du 16 novembre 1946

Pour intéressantes que soient les considérations pathogéniques invoquées, aucune ne paraît exclusive. C'est pourquoi je me permets d'en formuler une autre à laquelle j'avais eu recours lors de diverses discussions à ce sujet, sans qu'elle n'ait été jamais publiée.

Elle est simple, peut-être un peu simpliste, mais mérite cependant, je crois, d'être prise en considération, ne serait-ce qu'en raison des recherches expérimentales qu'elle est susceptible de suggérer. La voici :

L'amputation d'un membre inférieur supprime un secteur important (1/5 ou 1/6) du réseau circulatoire. Le cœur n'en étant pas affecté, n'est-il pas naturel que la tension artérielle s'élève dans le territoire restant. Surtout quand il s'agit de sujets scléreux qui n'ont pas la faculté de compenser par vaso-dilatation l'accroissement tensionnel.

Retenons en cette faveur le fait que l'élévation tensionnelle est d'autant plus importante que le membre amputé est plus volumineux (la jambe plus que le bras).

Je ne sais si cette interprétation a déjà été émise, n'ayant pas en mains la bibliographie complète de la question. Si elle l'a été, je m'en excuse auprès de qui m'a précédé et admets avec lui que cette explication mérite d'être considérée.

Dr Antoine Dumas, professeur agrégé, Lyon.

Discussion du Troisième Rapport sur la Réparation des pertes de substance traumatiques des troncs nerveux des membres

— **Miss Ruth E. M. Bowden** (Londres) a étudié, à Oxford, sous la direction de Seddon, les modifications accompagnant l'énervation et la réinnervation des muscles striés, par 5 méthodes différentes : 1° **biopsie des muscles** permettant de vérifier les modifications anatomiques (perte de l'apparence compacte, décoloration des disques épais, augmentation du nombre des noyaux, plus tard rétrécissement progressif et transformation fibroadipeuse — atrophie plutôt que dégénérescence — rôle important du facteur temps) ; 2° **mesure de la rapidité de la guérison** (myélinisation suffisamment accentuée de l'axone, connexions myoneurales, réversibilité des modifications atrophiques sont les trois éléments de la guérison fonctionnelle) ; 3° **l'exploration électrique** (intéressante surtout pendant la période de guérison) ; 4° **l'électromyographie** qui tend à suppléer l'usage des réactions électriques (plus rapide — décèle des degrés d'énervation minimes — permet de découvrir la présence d'un petit nombre de potentiels moteurs) ; 5° **la mesure des altérations de volume.**

— **M. Seddon** (Oxford) présente à la suite une série de clichés montrant les résultats obtenus par la suture nerveuse d'une part et les greffons autogènes d'autre part en Grande-Bretagne.

— **M. Weber** (Genève) relate une série d'expériences accompagnées de nombreux clichés très suggestifs sur le neurotropisme "négatif" du bout proximal d'un nerf sectionné, où toutes les fibres, alors même qu'il n'existe aucun obstacle mécanique, ont tendance à rebrousser chemin et à s'incurver sur elles-mêmes en épingles à cheveux ou à former ces pelotonnements connus sous le nom d'appareils de Perroncito. Pour remédier à cela, il est nécessaire de mettre le moignon proximal au contact d'une substance favorisant la croissance du nerf par un mécanisme non encore entièrement précisé. A cet égard l'auteur a obtenu de très beaux résultats avec l'**unguentolan**, mélange d'huile de foie de morue purifiée avec un excipient d'onguent stérile et indifférent.

— **MM. Fontaine** et **Dany** (Strasbourg) ont observé dans 28 cas un **syndrome déficitaire** pur, alors que leurs autres malades ont tous présenté en même temps des troubles réflexes variés. Ce syndrome pur paraît d'autant plus fréquent que la cicatrice nerveuse se rapproche de la cicatrice expérimentale. Les troubles douloureux et vaso-moteurs paraissent avoir une origine vaso-motrice aux dépens des fibres amyéliniques. Pour les contractions, il s'y ajoute une irritation des fibres myéliniques cérébro-spinales. Enfin les lésions artérielles semblent aggraver nettement les troubles réflexes.

Au point de vue technique, la suture leur paraît indiscutablement supérieure à la greffe, et ils rapportent 4 cas de régénérations certaines et un nombre important d'améliorations incomplètes, mais utiles.

— **M. Bourguignon** (Paris) discute les conclusions des rapporteurs sur la chronaxie et l'électrothérapie. Il insiste sur la technique de l'excitation des muscles profonds et les causes d'erreur, d'ailleurs faciles à éviter, provenant de l'innervation double d'un même muscle. L'examen électrique doit toujours être fait par un neurologiste. Bien appliquée, la chronaximétrie permet un diagnostic précis. Quant au traitement post-opératoire, il faut appliquer pendant longtemps la diélectrolyse iodée associée à la diélectrolyse transverso-médullaire, qui excite les centres trophiques et produit une importante vaso-dilatation.

— **M. Petit-Dutaillis** (Paris) estime nécessaire de réviser certains dogmes, touchant en particulier la suture primitive très inférieure dans ses résultats à la suture secondaire. Il existe à cet égard un moment optimum paraissant se situer entre le 15e et le 30e jour. La résection du bout supérieur peut sans danger être très économique et la suture à tout prix, même avec flexion forcée, condamnée après la guerre de 1914, doit retrouver droit de cité. Toutefois, bien que la suture reste le procédé de choix, les greffes et surtout l'hétéro-greffe de chien, prélevée au dernier moment sur l'animal vivant, ont encore des indications. Ce dernier procédé a donné à l'auteur 40 % de succès. La diélectrolyse iodée de Bourguignon est chaudement prônée dans les soins post-opératoires.

— **M. Leriche** (Paris), avait pensé en 1940 que la libération étendue du moignon nerveux, ischémiait le nerf et que, dans les pertes de substances étendues, mieux valait la greffe que la suture forcée. Aujourd'hui " il fait amende honorable ", l'hétéro et l'omo-greffe ne lui ayant donné que des échecs, sauf dans 2 cas : 1 greffe de Nageotte sur radial et 1 greffe de nerfs de chien sur médian. Il se rallie aujourd'hui à l'enseignement de Seddon : libération étendue, suture directe et (s'il le faut absolument) : auto-greffe.

— **M. Marc Iselin** (Paris), avec la collaboration du **Pr. Verne** (Paris), a cherché, comme **M. Weber**, un corps perméable à interposer entre les deux bouts de section, afin de permettre la progression des neurites vers le bout périphérique. Ils utilisent à cet effet le plasma coagulé avec engainement du nerf dans un tube de parchemin. Bien qu'encore très partiels et ne portant que sur un petit nombre de cas, leurs résultats leur permettent de conclure à la nécessité de persévérer dans cette voie.

— **MM. André Sicard** et **Faurel** (Paris), sur 28 cas de plaies des nerfs, ont utilisé 15 fois la suture avec 66 % de succès et 13 fois la greffe (greffe morte, greffe de sciatique de chien, moelle de lapin) avec seulement 15 % de succès. Ils montrent les avantages indiscutables de la suture bout à bout qu'il faut toujours essayer d'obtenir, même au prix d'une résection osseuse.

Pour la réaliser, ils utilisent de petites gouttières en argent qui se moulent sur le nerf et qui maintiennent en contact ses deux extrémités. La suture gagne ainsi en simplicité, en rapidité et en solidité. Elle se trouve à l'abri d'une inclusion dans le tissu cicatriciel.

Les résultats cliniques ont été très encourageants.

— **M. Weiss** (Strasbourg) ayant étudié, de nombreux cas, ne partage pas l'optimisme des rapporteurs sur la suture et **a fortiori** sur les greffes. D'après son expérience le neurogliome de section joue un rôle capital dans la genèse des troubles trophiques et douloureux et même dans l'apparition de troubles sensitivo-moteurs débordant le territoire du nerf lésé. Il faut donc avant tout

prévenir la formation du gliome, le réséquer dès son apparition et chercher à en éviter la réapparition. C'est pour lui la clé du problème à résoudre.

— **M. Klein** (Strasbourg) a étudié histologiquement cette question du neurogliome dont la structure rappelle celle d'un nerf aneuritique, même longtemps après le traumatisme. C'est l'étude de cette région particulière caractérisée par le contact des neurites arrêtés avec, le syncytium de Schwann proliféré, qui pourra fournir la base morphologique de la physio-pathologie des moignons de section des nerfs périphériques.

***

Communications particulières

Les voies d'accès pour la péricardectomie. — M. Decher (Lausanne) estime qu'à côté de la voie extrapleurale classique, il y a place dans certains cas et en particulier chez l'adulte pour l'emploi de la voie transpleurale gauche sous protection d'un pneumothorax préalable. Cette voie paraît présenter de sérieux avantages et mérite d'être étudiée. Chez l'adolescent et en général chez tous les malades à médiastin souple, les deux voies se valent, mais rien : ni l'anesthésie générale, ni l'ouverture large de la plèvre, ni le déplacement de médiastin ne constituent un obstacle à la voie transpleurale.

Traitement actuel des ostéosarcomes. — M. Tavernier (Lyon). Les amputations précoces hautes faites dans le but d'éviter les métastases et les récidives locales n'ont donné que de mauvais résultats. Si paradoxal que cela paraisse, on obtient mieux et à moins de frais par la radiothérapie, les exérèses locales suivies de greffes ou d'autoplasties réparatrices, et l'amputation retardée si elle devient malgré tout nécessaire. La biopsie et même les évidements intratumoraux n'augmentent pas la proportion des métastases. Sur 10 cas, l'auteur a obtenu 3 survies au delà de 5 ans avec conservations d'un membre utile, proportion que ne donnent jamais ni l'amputation précoce, ni la radiothérapie seule.

Névralgie du trijumeau traitée par la coagulation élective du ganglion de Gasser. — M. Grinda (Nice) apporte les résultats de 150 cas traités par lui. L'intervention consiste à détruire par coagulation la partie externe du ganglion en respectant son tiers interne ophtalmique. Grâce à un repérage précis, l'aiguille est dirigée à travers le trou ovale, les difficultés opératoires et les résultats varient selon qu'on a affaire à une variété totale ou au contraire limitée à une des 3 branches. Celles du maxillaire inférieur sont les plus favorables.

Sur le traitement chirurgical de l'angine de poitrine secondaire. — M. de Sousa Pereira (Porto, Portugal). En poursuivant les recherches de Leriche, à propos du traitement chirurgical de l'angine de poitrine par action sur l'innervation sympathique, l'auteur a étudié particulièrement le problème de l'angine de poitrine d'origine extracardiaque.

De l'étude de 8 malades avec angine de poitrine secondaire, il est arrivé à la conclusion que, par l'interruption des voies sympathiques, il est possible d'arrêter dans ces cas les crises angineuses. Tous ses malades ont été soulagés par l'opération sympathique. Deux d'entre eux sont complètement guéris depuis 2 ans 1/2.

L'anus artificiel dissimulé sur la ligne axillaire. — M. Chevassu (Paris) rappelle les avantages tant physiques que moraux, réalisés par cette technique qu'il emploie depuis longtemps et qu'il a décrite en 1919, sous le nom d'anus sous angulo-colique. L'opération est des plus simples, assure une bonne continence et l'anus reste très dissimulé, ce qui n'est pas le moindre avantage de cette méthode.

A propos du traitement du cancer de l'œsophage. — M. Guisez (Paris). L'auteur après avoir passé en revue les résultats de l'œsophagectomie (rarement positifs et durables), expose la technique qu'il emploie depuis près de 40 ans, de la radiumthérapie locale du cancer de l'œsophage. Des tubes de Dominici sont, dans une ongue sonde en gomme amétallique, mis sous œsophagoscopie, en contact exact avec les lésions qu'il s'agit de détruire. La dysphagie disparaît très rapidement et la déglutition redevient de nouveau facile, donnant au malade le retour à une vie normale pendant plusieurs années.

Dans 29 observations suivies, la survie a dépassé 5, 6 et 10 ans.

Etat actuel des rayonnements infra-rouges et ultra-violets au cours des opérations majeures. — M. Paschoud (Lausanne) montre l'avenir de la combinaison judicieuse des deux rayonnements dans la période per-opératoire, leurs effets sur la prophylaxie de la maladie post-opératoire, l'augmentation de la diurèse, la suppression de la crise des gaz, l'augmentation de la sécurité opératoire Il regrette que les circonstances actuelles ne permettent pas une plus large diffusion de cette méthode.

Cervico-cystopexie et incontinence d'urine chez la femme. — M. Perin (Lyon) préconise depuis 2 ans cette méthode plus simple, moins dangereuse et tout aussi efficace que la classique opération de Gœbel-Stockel. Elle consiste essentiellement à fermer l'angle urétro-vésical en fixant le col et la paroi antérieure de la vessie à la paroi abdominale antérieure. 30 cas suivis ont donné 30 succès.

Il n'existe pas de sulfamido-résistants en urologie, si les foyers d'infection ont été complètement détruits. — M. Georges Luys (Paris). Si les sulfamides ont donné de merveilleux résultats, il est loin d'en être toujours ainsi. Trop souvent, après l'absorption des sulfamides, l'écoulement réapparaît aussi abondant qu'avant .L'auteur croit qu'il n'y a pas de sulfamido-résistants. Tous ceux qui sont ainsi dénommés sont toujours porteurs de foyers, qu'il faut déceler et traiter pour les guérir. Les localisations les plus fréquentes sont les vésicules séminales, la prostate, les glandes de Littre, les glandes de Cowper. Quand ces foyers ont été complètement détruits, le malade guérit complètement.

De la résection endo-urétrale de la prostate à la prostatectomie endoscopique. — M. Denis (Mâcon), se basant sur une expérience de plus de 1.000 cas, affirme que la résection endo-urétrale, malgré les résultats très intéressants qu'elle donne, doit être abandonnée en raison de la nécessité de quelques retouches précoces par résection insuffisante, de cicatrisation vicieuse, d'hématuries tardives et d'infections chroniques par résection insuffisante. Il faut lui substituer " **La prostatectomie endoscopique** ", opération complète qui supprime tout le tissu hypertrophié au même titre que l'énucléation hypogastrique.

L'auteur en fait un exposé technique par une série de dessins projetés et commentés.

Le drainage par écarteur élastique. — M. Pervès

(Marine), présente cet appareil qu'il a fait construire pour suppléer à l'insuffisance des drainages classiques, en maintenant la béance de la plaie.

Opération plastique par lambeau tubulaire cutané pour agénésie vaginale. — M. d'Ernst (Genève), présente et commente ce film exécuté à Prague au cours d'une intervention du Dr Burian pendant l'occupation allemande.

Utilisation de l'os mort humain, en chirurgie ostéo-articulaire, préparé d'après la technique de Christian Rocher. — M. H. L. Rocher (Bordeaux), rappelle la thèse de son élève Doriotz (Bordeaux, 1939), relatant les premiers résultats de cette méthode qu'il a employée pour les butées cotyloïdiennes, les arthrorises du cou-de-pied, les kystes osseux, l'évidement de chondromes, une fracture itérative du radius, le mal de Pott et l'arthrodèse dans la coxalgie. Il s'agit d'une technique simple pour la préparation des greffons, économique et sûre dans ses résultats de reconstruction. La communication est suivie de présentation de films radiographiques de reconstruction de la hanche.

A propos de 9 observations d'ostéomyélite des corps vertébraux. A MM. Ingelrans, Vendeuvre et Groult pensent que l'ostéomyélite vertébrale est souvent méconnue. Ils n'ont observé personnellement qu'un seul cas aigu. Dans leurs observations, on trouve 7 fois le staphylocoque, 1 fois le streptocoque et 1 fois l'Eberth. Douleurs paroxystiques sur fond continu, contracture vertébrale, état général grave doivent toujours faire penser à l'ostéomyélite vertébrale aiguë. Les formes subaiguës ressemblent au mal de Pott, mais la douleur plus vive n'est pas calmée par le repos. Le début s'accompagne parfois de réaction péritonéale à forme appendiculaire. Les formes prolongée ou chronique d'emblée se confondent aisément avec le mal de Pott. Seul le laboratoire peut apporter un diagnostic de certitude.

Au stade initial, l'ostéomyélite vertébrale est justiciable du traitement pénicilliné, plus tard la thérapeutique est moins active : coquille plâtrée, débridements chirurgicaux, traitement général anti-infectieux. Sur les 9 cas observés on note : 2 décès et 7 évolutions favorables dont 3 consolidations.

Les indications respectives de la résection arthroplastique de la hanche par section de la tête première et par émondage dans le traitement des arthrites déformantes de la hanche. — M. Charry (Toulouse). La radiographie permet de classer les arthrites déformantes de la hanche en deux variétés :

1° **Les arthrites déformantes primitives** se développent sur une hanche auparavant saine.

Le cliché de profil montre le respect du parallélisme de la partie postérieure de l'interligne. Arthrites déformantes primitives ankylosantes à temps de sédimentation élevé, elles évoluent comme un rhumatisme chronique ankylosant.

2° **Les arthrites déformantes secondaires** touchent une hanche au préalable malformée. Le cliché de profil montre une altération typique de la partie postérieure de l'interligne articulaire, qui est déshabité. Il y a rupture du parallélisme articulaire ; enfin, la sédimentation est le plus souvent normale. **Ce sont des arthroses.**

La lésion primordiale des arthrites déformantes primitives est la destruction du cartilage in situ ; celle des arthrites déformantes secondaires, l'éjection hors du cotyle d'une énorme tête qui prolifère et se déforme.

A la première variété ressortit la résection arthroplastique, tandis que la seconde est justiciable de l'" émondage " des parties exubérantes de la tête.

Phlébite et radiothérapie. — M. Costantini (Alger) a été amené par hasard à constater les effets de la radiothérapie sur une malade atteinte de cancer du col, qui fit sa phlébite au début d'un traitement par le radium. — C... constata une amélioration rapide et traita depuis ses phlébites par les rayons X. Mais il faut employer des doses cancéricides et non de petites doses anti-inflammatoires, car il s'agit ici d'un processus plus complexe. Vraisemblablement c'est par action sur le sympathique péri-veineux qu'agissent les radiations.

Résultats éloignés de l'enclouage médullaire. — M. Christian Rocher (Bordeaux) présente une importante série de radiographies, montrant les très beaux résultats anatomiques et fonctionnels obtenus par lui dans les fractures d'os très diverses par l'emploi de l'enclouage à la Küntscher.

Michel DENIKER.

NOUVELLES D'ANGLETERRE

A PROPOS DU TRAITEMENT DU RHUMATISME.

On traite maintenant le rhumatisme par la transfusion du sang.

Au Congrès de la Société de Physiothérapie qui vient de se tenir à Londres, on a écouté avec un très vif intérêt la semaine dernière une communication de Mr. L. E. Richmann, de Blackpool, relative à une nouvelle méthode de traitement de rhumatisme par transfusion du sang.

A la vérité, il ne s'agit pas de transfusion, à proprement parler mais de réinjection du sang. Voici en effet, comment procède depuis quelque temps un médecin de Blackpool sur sa clientèle, avec un succès qui mérite d'attirer l'attention générale du monde médical : il prélève sur le patient une certaine quantité de sang, variable selon le malade, dispose ce sang dans un réceptable où il est exposé au rayonnement d'une lampe de lumière ultra-violette, puis le réinjecte au rhumatisant.

Dr Mourgues.
(Carcassonne.)

LES LIVRES

LIBRAIRIE MALOINE
27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris

J. Vidal, Professeur à la Faculté de Médecine de Montpellier. — **Maladies de la nutrition** (285 pages, 7 planches hors-texte. Broché : **290 fr.** Cartonné : **390 fr.**

La première partie traite des **Apports alimentaires et des maladies par carence,** avec des développements consacrés aux syndromes de dénutrition et à la carence en eau. La deuxième partie est consacrée aux **Troubles des divers métabolismes** : étude des azotémies, diabète sucré, ses formes cliniques et son pronostic. Les hypoglycémies, les rhumatismes chroniques, les œdèmes sont autant de chapitres fort instructifs. La troisième et dernière partie a trait aux **intolérances et à l'anaphylaxie.**

♣

IMPRIMERIE CHARRUEY
Arras (Pas-de-Calais)

Dr Yves Dhôtel. — Les injections intraveineuses d'émulsions d'huile de foie de poisson à hauteur teneur vitaminique (une plaquette, 1946).

Par des observations intéressantes, l'auteur démontre que cette méthode constitue un traitement efficace dans les rhumatismes, notamment dans les rhumatismes aigus. Ces injections présentent des possibilités, qui ne sont encore ni reconnues, ni limitées, en particulier dans l'hypertension, la tuberculose et la vieillesse.

CORYZAS - SINUSITES
RHINO-PHARYNGITES
AFFECTIONS GRIPPALES



BALSAMO-RHINOL

Huile balsamique - Essences végétales à action élective sur la flore microbienne du nez et du rhino-pharynx

●

S'emploie en instillations (bouchon compte-gouttes très pratique) et en pulvérisations.

LABORATOIRE FIDES, 14, Rue de la Comète, PARIS

Micelliode

IODE COLLOIDAL MICELLAIRE ÉLECTRO-POSITIF

Toutes les Indications de l'IODE.
SANS IODISME POSSIBLE

GOUTTES

Laboratoires de l'HÉPATROL _ 4 Rue Platon. PARIS (XVe)

SULFAMIDE POLYVALENT
FACILEMENT TOLÉRÉ PAR L'ORGANISME

THIAZOMIDE

2090 R.P SULFATHIAZOL
Tube de 20 comprimés à 0g50
DOSE JOURNALIÈRE INITIALE 4 à 8 GRAMMES



GONOCOCCIES
COLIBACILLOSES
PNEUMOCOCCIES
MÉNINGOCOCCIES
STREPTOCOCCIES
STAPHYLOCOCCIES

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
POULENC FRÈRES — USINES DU RHÔNE
21, RUE JEAN GOUJON - PARIS-8e



CRINEX
EXTRAIT OVARIEN TOTAL STANDARDISÉ — *stimule*

OREX
EXTRAIT ORCHITIQUE TOTAL STANDARDISÉ — *équilibre*

FRÉNOVEX
EXTRAITS MAMMAIRE ET LUTÉINIQUE — *freine*

la fonction ovarienne

LABORATOIRES 2d CRINEX-UVE
1, AVENUE DU DOCTEUR LANNELONGUE PARIS (XIVe)

CALCIUM PLÉ
AMPOULES 5 cc. ET 10 cc.
POUDRE

PHYTOSPLÉNOL PLÉ
GRANULÉS
DRAGÉES

LABORATOIRE PLÉ
111 bis, Rue de Turenne — PARIS 3e

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX DE PARIS

Séance du 25 octobre 1946 (Suite)

Le traitement d'assaut de l'amibiase.

(MM. Blanc et Siguier)

Il peut être tenté par l'association « émétine, pénicilline, sulfaguanidine ». Pendant 7 jours le malade reçoit chaque jour :

— 0,06 gr. d'émétine.
— 200.000 Unités Oxford de pénicilline.
— 16 gr. de sulfaguanidine.

L'infection microbienne, facteur permanent de rechutes rapprochées est ainsi combattue par les plus efficaces bactériostatiques. Les résultats immédiats sont bons. L'avenir rapproché des malades ainsi traités ne pourra être connu qu'après mise en observation prolongée.

Facteurs de chronicité d'emblée, de rechutes précoces, d'échecs thérapeutiques de l'amibiase en milieu tropical.

(MM. Blanc et Siguier)

Ils résident dans les causes qui, réduisant les résistances générales et locales, favorisent la mutation de l'amibe tétragène saprophyte en amibe histolytique pathogène.

Au premier rang de ces facteurs, figurent les infections microbiennes coliques, au sens le plus large du terme ; les manifestations coliques de la toxicité émétinienne sont un autre facteur souvent méconnu, à prendre en considération.

Le traitement de tout état amibien aigu, chronique d'emblée ou à rechute doit, pour être efficace, être dirigé non seulement contre l'amibe et l'ulcération, mais aussi contre la cause qui permet à l'amibe d'objectiver sa potentialité agressive. Cette cause est le plus souvent, sinon toujours microbienne.

En milieu tropical, il n'y a pas d'amibiase pure.

Premiers essais thérapeutiques par « pénicilline, émétine, sulfaguanidine » dans le traitement des amibiases graves et rechutes en milieu tropical.

(MM. Blanc et Siguier)

Les auteurs rapportent leurs premiers essais thérapeutiques de l'amibiase par la pénicilline. La technique employée utilise 200.000 unités par jour pendant une semaine. Les résultats immédiats obtenus sont spectaculaires. L'amélioration de l'état général est constante, l'atténuation ou la disparition des douleurs presque de règle, les selles passent de 20 et même plus par 24 heures à 3, 2 ou même 1 selle quotidienne. En une semaine en moyenne, le malade est le plus souvent transformé.

Malheureusement, en milieu tropical tout au moins, ces résultats impressionnants ne sont durables que dans environ 50 % des cas et la moitié de ces malades présentent une rechute. Même dans cette éventualité, le traitement pénicilliné n'est pas moins précieux, puisque, lorsqu'elle surgit, la rechute survient habituellement après le 45e jour qui suit le dernier traitement émétinien. Il est donc possible d'éviter, du fait de cette rechute moins précoce, l'association fréquente des effets de la toxicité accumulative et la rechute dysentérique et de rompre le cercle vicieux : dysenterie toxicité émétienne, qui, chez tant de malades, s'oppose à la reprise du traitement spécifique, rend la dysenterie irréversible et perennise la malade.

M. Hillemand. — Cette communication pose un certain nombre de question, notamment la cause du si grand nombre d'échecs de l'émétine en milieu tropical : infection secondaire ? Il est intéressant d'étudier l'effet de ce traitement en France chez des malades atteints de colite amibienne (la dysenterie ambienne ne se voit pas en France).

M. Derot. — Cite un cas d'hépatite amibienne non guérie par la pénicilline, alors que l'émétine l'a guérie en 8 jours.

M. Et. Bernard. — Le traitement émétinien, suivi antérieurement par ces malades et qui a échoué, était-il pur ou associé au novar.

M. Siguier. — Beaucoup de ces malades avaient reçu émétine sulfamides, du mixiod, de l'arsenic, accumulant des séries de thérapeutiques inopérantes et beaucoup étaient condamnés.

M. Et. Bernard. — Demande quel est le germe associé.

M. Siguier n'avait pas l'armement bactériologique suffisant, mais dans un grand nombre de cas, certains auteurs incriminent les salmonella.

M. Cattan. — En Afrique du Nord, l'amibiase n'a pas le même tableau qu'en Indochine. Il n'a jamais vu d'échecs de l'émétine, ni de malades avec des rechutes si fréquentes. Se demande si on a affaire à la même amibe.

M. Siguier. — Dans 40 % des cas, le laboratoire répond amibe dysentérique. La plupart des malades traités étaient des militaires ayant une vie très pénible avec un effort physique très important.

M. Cattan. — L'émétine doit être maniée de façon très prudente ; l'A. ne l'emploie pas dans les colites amibiennes, car on y trouve des kystes et non des amibes ; il préfère dans ces cas le mixiod et le yatren.

M. Siguier. — Les malades acceptent très bien ce traitement.

M. Hillemand. — La pénicilline agit-elle vraiment sur les germes associés et lesquels ? A vu des échecs de la pénicilline dans les recto-colites ulcéro-hémorragiques.

Staphylococcie maligne de la face. Thrombophlébite de s sinus caverneux. Méningite staphylococcique. Séquelles de paralysie oculaire. Guérison par les sulfamides, malgré une anurie transitoire.

MM. Derot, Canivet et Lefort rapportent l'observation d'une malade de 29 ans dont la staphylococcie a évolué en 4 phases : une phase de staphylococcie maligne de la face avec thrombophlébite sinusale, une phase d'amélioration, une rechute de méningite aiguë suppurée, une phase de convalescence au cours de laquelle une paralysie de la 6e paire a persisté pendant 2 mois. Le traitement a associé les sulfamides, en particulier la perfusion sulfamidée, à la vaccinothérapie. Un accident anurique qui avait amené l'interruption du traitement est vraisemblablement responsable de la rechute méningée. Cet incident n'a pas empêché les auteurs de reprendre la chimiothérapie qui a été, cette seconde fois, bien tolérée.

Note sur l'Association iode-aminothiazol dans la cure des syndromes basédowiens.

M. G. Laroche, vu l'existence de cas intolérants ou réfractaires à l'aminothiazol, pose le problème du recours après une cure d'aminothiazol à d'autres agents thérapeutiques notamment l'iode.

L'auteur rapporte 5 observations de Basedow chez lesquels l'iode a été prescrit avec succès avant, pendant et après un traitement par l'aminothiazol. La circonstance la plus délicate est celle où l'iode a été administré seul après une cure aminothiazolée, car le corps thyroïde est en état d'hyperplasie par hyperfonctionnement hypophysaire et on peut en certains cas craindre l'apparition de phénomènes toxiques hyperthyroïdiens.

Bien qu'il n'en ait pas observé, l'auteur estime qu'il est indiqué, si possible, de continuer pendant quelque temps l'antithyroïdien, afin d'empêcher la synthèse de la thyroxine. Il est sage en tout cas de prescrire l'iode à doses modérées et sous surveillance médicale stricte. Il serait utile que des médecins ayant traité des malades avec les antithyroïdiens de synthèse apportent des observations permettant une opinion fermé sur ce problème thérapeutique qui sera entièrement résolu par des expériences cliniques.

M. Perrault. — L'aminothiazol ne bloque pas complètement la fonction thyroïdienne, et l'iode n'est que très peu utilisé. L'iode est surtout dangereux quand on a créé l'hyperthyroïdie à vide. L'A. a vu un cas où, sur une erreur de diagnostic, on a donné de la thiourée qui a déclenché un goître et de l'exophtalmie. Puis, par l'iode alimentaire, un véritable Basedow s'est installé. Au point de vue expérimental, l'aminothiazol est moins nécrosant que la thiourée et le thiouracil. De toutes façons, il faut être très prudent après des thérapeutiques antithyroïdiennes.

J. Chevrolle.

SOCIETE DE CHIRURGIE DE LYON

Récidive d'une tumeur conjonctive à type histologique de fibrome pur.

(M. Creyssel)

Tumeur conjonctive récidivante. Trois ans après une première exérèse, nouvelle intervention large avec résection du sciatique englobé dans la tumeur. Excellente récupération fonctionnelle.

LA PRESSE

Sur le traitement de l'adénome prostatique. — **R. Couvelaire** envisage seulement trois points particuliers : l'indication thérapeutique en fonction de l'urographie, le traitement hormonal, et la technique d'exérèse des adénomes prostatiques.

L'urographie est une exploration complète, tandis que les chiffres fournis par le laboratoire pour les explorations chimiques n'ont pas obligatoirement une valeur absolue. L'urographie est parfaite à la condition de ne pas troubler la fonction rénale par une compression abdominale immédiate, qui crée une stase pyélo-calicille artificielle, dont on sait l'influence sur la sécrétion. L'erreur, facile à éviter, ne risque que de se glisser dans l'interprétation du document. Fixant, d'après le moment d'apparition des images, le pouvoir de concentration du rein, l'urographie permet aussi la découverte de la distension et de l'hypotonie de la voie excrétrice, la prévision du reflux vésico-urétéral (que confirmera la cysto-radiographie), la mise en évidence de diverticules vésicaux, la vision du dôme adénomateux soulevant le plancher vésical, la recherche du résidu et son importance. Entre l'adenomectomie raisonnable sans délai en un temps (sécrétion rénale satisfaisante, excrétion peu ou pas troublée) et l'adenomectomie différée (sécrétion troublée, excrétion imparfaite, résidu copieux ou distension) l'urographie permet de choisir en toute sécurité

Le traitement hormonal de l'adénome prostatique jouit d'une grande faveur, mais à la condition qu'il ne s'agisse pas de sclérose cervicale, de barre prostatique, d'hypertrophie charnue du col, d'abcès chroniques de la glande, etc. Encore faut-il recourir à l'oestrogène et non à l'androgène, dont l'effet est inverse. Dès qu'un adénome prostatique provoque une élévation de phosphatase acide du sang entre 5 unités B et 10 unités B, on peut prévoir le bienfait apporté par l'oestrogène.

Quant à la technique de l'adénomectomie prostatique, elle ne se résume plus à l'énucléation par la voie périnéale (Albarran), par la voie transvésicale (Freyer), et à la résection par voie endo-uréthrale, depuis que Terence Millin (de Londres) a proposé et réalisé l'adénomectomie rétro-pubienne extravésicale. Elle guérit le malade dans les délais les plus courts, en une douzaine de jours, sans tamponnement douloureux, sanse cystostomie. Le jour où l'adénomectomie prostatique sera devenue l'équivalente de la myomectomie utérine, le préjugé défavorable qui s'attache à la prostatectomie s'estompera certainement. (« Paris Médical » 26 octobre 1946.)

A propos de la coqueluche. — **A. Bertoye** expose l'étiologie, le diagnostic, la prévention et le traitement de cette infection d'après de récents travaux anglo-américains. Le rôle de cocco-bacille de Bordet-Gengou est bien prouvé actuellement dans l'étiologie de la coqueluche : la constance, avec laquelle on le retrouve dans la maladie humaine ainsi que dans les maladies expérimentales, en constitue la preuve. Le diagnostic bactériologique est facilité par l'emploi de la méthode du prélèvement naso-pharyngé de Bradford, plus commode que le simple ensemencement à la toux.

On peut suivre l'immunisation d'un sujet par la recherche de la réaction opsono cytophagique dans le sang, le dosage des agglutinines et du taux de déviation du complément du sérum. L'isolement par Flosdorf d'un extrait antigénique non irritant du bacille a permis d'obtenir des réactions certaines valables, d'application plus commode que les procédés précédents. La vaccination avec des produits à base de germes en phase virulente, et à dose suffisante, donne des résultats intéressants dans la prévention de la maladie. L'utilisation des sérums humains de convalescents, ou d'anciens malades revaccinés, ainsi que du sérum de lapin antimicrobien est efficace dans la prévention immédiate et le traitement de la maladie. (« Le Journal de Médecine de Lyon », 5 septembre 1946.)

ENTEROBYL



DRAINE
DÉSINFECTE
DÉSENSIBILISE

CACHETS ET GRANULÉS

LAB. DEHAUSSY, 50, Rue Nationale, LILLE. Pour la France sud : 21, Av. St-Sulpice, Lavaur (Tarn)

STAPHYLASE
ACNÉ, ANTHRAX
FURONCULOSE

MYCOLYSINE
MALADIES INFECTIEUSES

GERMOSE
TOUX SPASMODIQUES
COQUELUCHE

VEINOSINE
AFFECTIONS VEINEUSES

LABORATOIRES LEBEAULT
BESINS & Cie
5, Rue Bourg-l'Abbé, PARIS - Tur. : 69-50

PYUROL

Antiseptique le plus actif et le moins toxique

sur l'appareil Urinaire,
l'appareil Digestif,
sur le Foie et sur le Diurèse

ORTHOPHORINE

Acide phosphorique granulé (Formule de Joulie)

TROUBLES DE LA NUTRITION
TONIQUE DU SYSTÈME NERVEUX

ORTHO-GASTRINE

TROUBLES D'ORIGINE GASTRIQUE
OU INTESTINALE

Laboratoires A. LE BLOND
Docteur en Pharmacie
15, rue Jean-Jaurès, PUTEAUX (Seine)

SULFURYL MONAL

MÉDICATION SULFUREUSE
par l'Hydrogène Sulfureux naissant, principe actif des eaux minérales sulfureuses

8 Formes

SULFURYL MONAL	1	Pastilles	Pharyngites · Angines · Rhumatismes.
	2	Granulé	
	3	Comprimés inhalants	Rhinites · Sinusites · Bronchites chroniques · Otites.
	4	Bain	Dermatoses · Gale · Rhumatisme.
	5	Savon	Toilette de la peau · Affections cutanées.
RHINO - SULFURYL	6	Gouttes	Coryza · Sinusites · Rhino-pharyngites · Otites.
DERMO - SULFURYL	7	Pommade	Maladies de la peau et du cuir chevelu · Gale.
LAXO - SULFURYL	8	Dragées	Constipation · Hémorroïdes · Colibacillose.

Laboratoires MONAL, 13, Avenue de Ségur, PARIS

GADEOL 20

1 ampoule buvable de 5 cc.

THÉRAPIE DES TROUBLES DU MÉTABOLISME PHOSPHOCALCIQUE ET DES ÉTATS INFECTIEUX PAR DOSE MASSIVE DE VITAMINES A & D

OPO-VEINOGENE

1 ampoule buvable par jour

THÉRAPIE PHYSIOLOGIQUE DES TROUBLES DE LA CIRCULATION A BASE DE FEUILLE DE VIGNE ROUGE ET PLURI-OPOTHÉRAPIE

HEPANOVA

1 à 2 ampoules buvables par jour

TRAITEMENT DES ANÉMIES ET ÉTATS DE CARENCE PAR LES VITAMINES B^1 B^2 ET LE FER ASSIMILABLE ASSOCIÉS A L'OPOTHÉRAPIE HÉPATO-SPLENIQUE

SYMPATHOCRINE

Sédatif et Tonique

GADERMYL

Pansement chimiobiologique
la Vitamine B^6 associée aux Vitamines A et D

LABORATOIRE BIOSEDRA

60, RUE DE ROME, PARIS - LABORDE 19-13 - 14

USINE A MALAKOFF

PARTIE PROFESSIONNELLE

PROPOS DU JOUR

L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE

Du seul fait que la protection de la santé ne peut se limiter aux méthodes de la médecine de soins mais qu'elle doit se préoccuper aussi de la prévention, il s'ensuit qu'elle doit dépasser l'individu pour envisager la collectivité et dépasser la collectivité nationale elle-même pour édicter des règles applicables dans tous les pays.

L'idée d'une organisation internationale de la santé n'est pas récente. Il y a déjà quatre ou cinq siècles qu'en France elle avait surgi à propos de la lutte contre la peste et le choléra. Mais c'est seulement en 1907, à la Conférence Internationale de Rome, que cette idée prit corps et que fut fondé l'Office International d'Hygiène publique dont le siège s'établit à Paris et dont le secrétaire général fut un Français. A cet office adhérèrent, en l'espace de quelques années, à peu près toutes les nations civilisées ; celles qui détenaient un empire colonial y rattachèrent en outre leurs territoires d'outre-mer.

L'objet de cet office était, avant tout, d'étudier des Conventions sanitaires internationales, de veiller, au contrôle de la propagation des maladies exotiques, de s'efforcer de localiser et étudier les foyers épidémiques. A cet égard, d'incontestables résultats furent obtenus, à propos du pélerinage rituel de la Mecque notamment, où un intens brassage de populations musulmanes essaimaient comme à plaisir les germes les plus redoutables.

Mais à cette vigilance contre les épidémies se bornait à peu près l'action de l'Office International. Cependant, il mit sur pied un arrangement pour que, en matière de syphilis, les marins de commerce puissent recevoir des soins appropriés dans les ports d'escale. Enfin, il éditait un bulletin mensuel. Il demeura le seul organisme de médecine internationale jusqu'à la fin de la guerrre de 1914-1918.

A ce moment fut fondée la Société des Nations qui créa aussitôt une section d'hygiène. Celle-ci fut confiée à un Polonais et eut son siège à Genève. Elle se consacra surtout à mettre à l'étude certaines questions techniques et à pratiquer une épidémiologie plus poussée. En outre, elle commença à se préoccuper des grands problèmes d'hygiène sociale et à les présenter sur le plan mondial.

Cependant, l'Office International d'Hygiène publique de Paris n'avait pas cessé son activité. De la coexistence de deux organismes investis de prérogatives très voisines résultaient des interférences et des rivalités qui se poursuivirent jusqu'à la guerre de 1939.

Dès l'occupation de Paris, l'Office International, désormais sans objet, fut mis en sommeil. Quant à la Section d'hygiène de la S.D.N., victime d'une situation à peine moins défavorable, elle se divisa en deux tronçons : l'une émigra en Amérique, l'autre demeura à Genève.

Cependant, les Etats-Unis, sentant le besoin d'obvier à cette carence, avaient créé en pleine guerre une section sanitaire de l'U.N.R.R.A. pour l'action extérieure et, pour l'Amérique, un bureau pan-américain dont le siège social était à Washington.

Les choses en étaient là, lorsque survint la victoire. C'est pour exposer ce qui fut fait depuis lors, que le Dr Cavaillon, directeur général de la Santé au Ministère de la Santé publique, avait convoqué, le 3 décembre dernier, une réunion d'informations.

Dès que, au début de 1946, la Conférence de San-Francisco eut donné le jour à l'O.N.U., celle-ci subdivisa son champ d'action en deux parties et confia chacune d'elles à une section distincte. Il y eut ainsi : 1° le Conseil de Sécurité et 2° le Conseil Economique et social.

Ce dernier, s'inspirant de la Charte des Nations Unies, répartit à son tour. ses prérogatives entre plusieurs institutions spécialisées : le F.A.O. (s'occupant de l'agriculture et du ravitaillement), le B.I.T. (Bureau International du Travail), l'Unesco (consacré aux questions culturelles) et l'Institution de la Santé.

Au mois de mars se tint à Londres la première réunion du Conseil Economique et Social, au cours de laquelle il fut décidé de convoquer à Paris, le mois suivant, une Conférence de la Santé. Ce ne fut qu'une conférence d'experts qui, après discussion de trois rapports dus à l'Angleterre, les U.S.A. et la France, jeta les bases définitives de l'Institution et rédigea un avant-projet. L'accord s'y fit à peu près sur tous les points sauf sur le siège de l'Organisation mondiale de la Santé. La décision avait été laissée à une grande conférence qui eut lieu à New-York en juin-juillet.

A cette conférence, 75 pays étaient représentés par des délégations de 4 ou 5 personnalités. N'y manquaient que les pays ennemis (ils furent en fait représentés par des membres de l'armée américaine d'occupation) et l'Espagne.

Le titre officiel de l'Institution fut d'abord arrêté : Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.), ou en anglais, World Health Organisation (W.H.O.).

Ensuite, un certain nombre de principes furent adoptés précisant des généralités telles que la définition de la santé et le droit à la santé de tout individu-

Le rôle et les modalités d'action de l'O.M.S. furent codifiés et les résolutions suivantes adoptées :

— Agir comme une autorité de direction et de coordination ;

— Etablir et maintenir une collaboration effective entre les divers groupements concourant au même but d'hygiène et de prévention des maladies ;

— Aider les gouvernements à renforcer leurs services sanitaires ;

— Fournir une assistance technique appropriée en cas de besoin aux pays qui en feront la demande ;

— Fournir des services sanitaires ou des secours à certaines populations qui en sont dépourvues ou insuffisamment pourvus ;

— Etablir et entretenir certains services nécessaires à la lutte contre les épidémies ;

— Favoriser l'amélioration de la nutrition, du logement, des loisirs ;

— Favoriser l'hygiène mentale ;

— Stimuler les recherches.

Ce programme est sensiblement identique à celui que s'étaient proposé les diverses institutions préexistantes.

Il a été prévu que, tous les ans, serait convoquée une assemblée générale où chaque nation, membre de l'O.N.U. ou agréée, disposera d'une voix.

Mais entre les sessions de cette assemblée, un conseil exécutif composé de 18 membres se réunira pour prendre les décisions commandées par les circonstances. Dans ce conseil, la France a un siège.

Enfin, un secrétariat ayant à sa tête un directeur général et disposant du personnel approprié, sera l'expression permanente de l'Organisation.

Pour tenir compte de l'universalité de cette Organisation, pour assouplir et accélérer son action, des bureaux régionaux seront répartis à travers le monde. Il en est prévu un pour l'Europe, un pour l'Amérique, un pour le Proche-Orient, un pour l'Extrême-Orient.

Un débat assez vif s'est engagé lorsqu'il s'est agi de fixer le siège de l'O.M.S. Paris fut proposé. Les Américains intervinrent alors en faveur de l'Amérique. Enfin, certains firent remarquer qu'à Genève, sont toujours disponibles les magnifiques bâtiments élevés pour la S.D.N.

Un vote de principe avait été favorable à Paris par une majorité de deux ou trois voix. En définitive, il fut décidé d'attendre que l'assemblée plénière de 1947 fît connaître son point de vue.

En attendant, cependant, il convenait d'envisager le sort à réserver aux diverses institutions d'hygiène internationale préexistantes qui, n'ayant jamais été dissoutes, continuent donc a avoir une existence officielle.

Dans un but de simplification et de centralisation, il fut admis qu'elles disparaîtraient toutes et verseraient leur personnel à la nouvelle O.M.S.

Pour accéder à la vie effective, les divers échelons de l'Organisation Mondiale de la Santé doivent maintenant attendre la ratification des divers gouvernements. En attendant, un conseil intérimaire la supplée. Il s'est réuni à Genève et a commencé ses travaux en utilisant les ressources et le personnel légués par l'Institut International, la section sanitaire du B.I.T. et la section sanitaire de l'U.N. R.R.A.

La tâche la plus urgente était de reprendre l'activité autrefois dévolue à ces divers organismes : la lutte contre les maladies épidémiques, la lutte contre les maladies vénériennes, l'assistance aux pays ravagés par un cataclysme sanitaire. Une conférence sera prochainement réunie à Alexandrie pour remettre en vigueur les dispositifs de protection contre les maladies exotiques et les règlements de quarantaine.

Avant la guerre, outre les fondations publiques dont il a été parlé, existaient aussi des organisations privées, de caractère international, ayant un but de défense sanitaire. C'est ainsi qu'avait été instituées une Union internationale contre la tuberculose, une Union Internationale contre les maladies vénériennes, et une contre le cancer. Jusqu'à présent, ces fondations étaient restées sans liaison avec les organisations publiques et poursuivaient une action personnelle.

Il a été décidé, à Genève, de renouer des rapports avec elles. Dès maintenant, le contact a été pris avec l'Union Internationale contre les maladies vénériennes et un programme d'action a été étudié.

Quels rapports l'O.M.S. aura-t-elle avec les gouvernements nationaux ?

A l'Association Médicale Mondiale qui vient, en septembre dernier, de prendre naissance à Londres (et qui n'est autre que la fille légitime de l'A.P.I.M., fondée il y a vingt-cinq ans par notre ami Decourt (1)) fut exprimée la crainte que l'O.M.S. ne fût une autorité supra-nationale et ne donnât des ordres aux gouvernements. Le Dr Cavaillon insiste sur ce fait que cette éventualité n'est pas à envisager. L'O.M.S. est un organisme strictement technique autorisé seulement à donner des conseils, des directives, des informations, et, éventuellement, une assistance matérielle mais sur la demande expresse des pays intéressés. En aucun cas, il ne geut s'immiscer dans la politique sanitaire d'un Gouvernement.

Telles sont les bases jetées jusqu'à présent pour une organisation mondiale de la santé. Les pourparlers ont donc été plus fructueux sur ce plan que sur le plan politique. Les peuples des cinq continents ne peuvent que souhaiter voir un jour la paix disposer d'une structure de défense analogue et les semeurs de discorde surveillés d'aussi près que les microbes

G. Lavalée.

1) Voir *Concours Médical* 26 oct. 1946.

ASSURANCES SOCIALES

LES CONDITIONS D'UN CONTRAT SOCIAL SYNDICATS-CAISSES

Depuis qu'une Assemblée Générale, à la quasi-unanimité, a décidé que les Syndicats médicaux ne signeraient plus de conventions avec les Caisses d'assurances sociales, les contacts entre les représentants des Caisses et des médecins, tant localement que nationalement, semblent curieusement n'avoir jamais été plus fréquents.

La question mérite qu'on s'y attarde quelque peu et que l'on essaye de dégager, de négociations extrêmement confuses, les conditions d'un accord valable, d'un nouveau « contrat social » entre le Corps médical et les organismes d'assurance-maladie.

Une première chose semble acquise aujourd'hui de part et d'autre : le cadre préparé par l'ordonnance du 19 octobre 1945 est trop rigide, trop étatique pour permettre la réalisation spontanée d'une solution viable ; et, d'autre part, les Pouvoirs publics ne semblent point réellement en mesure d'en imposer par la force la stricte observation.

Au reste, l'imposition des règles prévues par l'ordonnance, mais non par la « volonté générale », prendrait l'aspect d'un pur acte d'autorité et — à l'égard du Corps médical — du simple exercice du droit du plus fort. « Céder à la force est un acte de nécessité, non de volonté ; c'est tout au plus un acte de prudence. En quel sens pourra-ce être un devoir ? Sitôt qu'on peut désobéir impunément, on le peut légitimement, et puisque le plus fort a toujours raison, il ne s'agit que de faire en sorte qu'on soit le plus fort (1). »

Il n'empêche que l'ordonnance a juridiquement (mais non réellement) « force de loi » et que toute infraction ouverte à ses dispositions ne peut qu'atteindre un peu plus le principe de légalité et renforcer, davantage encore, cet état d'anarchie dont souffre, aujourd'hui, chaque membre du Corps social, et les auteurs de l'infraction comme tous les autres. Il est donc d'un intérêt évident, pour les deux parties en cause (en dehors de cette « prudence » qui conduit à « céder à la force »), d'essayer de trouver, dans les limites légales, le chemin d'un transitoire *modus vivendi* qui soit conforme à la lettre du texte, sans en respecter l'esprit.

A cet égard, deux « manières de vivre » peuvent être également envisagées par les deux parties au problème : ou bien « prendre le maquis », c'est-à-dire revenir à la loi de la jungle et réduire les rapports respectifs à un simple rapport de forces politiques, ou sociales ; ou bien, au contraire, essayer de retrouver spontanément, malgré les obstacles d'un législateur maladroit, les chemins de cet accord de base, de ce « contrat social » sans lequel les sociétés humaines cessent d'être des sociétés « civiles » pour devenir un simple état de fait où tous les coups sont permis.

(1) In le *Contrat social*. « Du droit des plus forts.

Nous ne sommes pas loin d'être dans cet " état " et nous avons à refaire en sens inverse le chemin qui mène à la " société civile ": « Ce passage de l'état de nature à l'état civil produit, dans l'homme, un changement très remarquable, en substituant, dans sa conduite, la ustice à l'instinct... Ce que l'homme perd par le contrat social, c'est sa liberté naturelle et... ce qu'il gagne, c'est la liberté civile... La liberté naturelle n'a pour bornes que les forces de l'individu ; la liberté civile est limitée par la volonté générale... On peut ajouter à l'acquis de l'état civil la liberté morale qui, seule, rend l'homme vraiment maître de lui, car l'impulsion du seul appétit est esclavage, et l'obéissance à la loi qu'on s'est prescrite est liberté. »

Depuis que le problème des rapports entre les médecins et les Assurances sociales a été posé en termes nouveaux, le Corps médical s'est surtout montré soucieux de préserver ses libertés naturelles menacées. Et cette position était nécessaire s'il ne voulait point d'un pacte hypocrite, cachant mal une véritable aliénation de ses droits. Mais il paraît impossible qu'il s'en tienne là. Cette liberté précieusement sauvegardée doit se donner pour principal objet de renouer, sans arrière-pensées ni pression extérieure, des liens sociaux sans lesquels il n'est point de cité.

En fait, au reste, on ne s'en est point tenu là. Certes, le premier *modus vivendi* établi par la Confédération n'engageait que ses membres. Mais il contenait, en lui-même, des ébauches de contrats : des contacts étaient prévus avec les Caisses « aux fins de réaliser une entente basée sur les indications ci-dessus inscrites ». Le Corps médical acceptait, enfin, de limiter volontairement ses libertés, à l'effet de coopérer à une œuvre commune. Il sortait du maquis.

Des contacts eurent lieu, avec difficultés, chaque partie étant soucieuse de ne point paraître céder sous la pression d'une force étrangère. Mais bien vite apparut le danger de contacts locaux, non préparés par un accord intervenu nationalement entre le Corps médical et la généralité des organismes d'assurances sociales (Fédération Nationale des Organismes de Sécurité sociale ou F.N.O.S.). Le contrat social que nous réclamons ne peut, en effet, intervenir, avec tous ses effets psychologiques, moraux et sociaux, que dans le cadre de la nation. Limité au cadre local, l'accord ne peut être qu'un compromis d'intérêts opposés, et l'égalité des forces n'étant jamais acquise, ce compromis est, nécessairement, le fruit d'un marchandage qui déconsidère tout aussi bien les médecins que les Caisses.

Des contacts nationaux ayant pu, enfin, se réaliser, un projet de nouveau *modus vivendi* fut donc établi et accepté, croyons-nous, par les représentants de la F.N.O.S. Le contrat, cependant, manque encore, pour être parfait, du consentement valable et éclairé du

Corps médical représenté par l'Assemblée Générale de la Confédération, et par l'opinion elle-même.

Il ne nous appartient pas d'en indiquer le texte exact. Un tel contrat signifie, d'ailleurs, beaucoup plus par son existence et par son esprit que par les détails de sa forme. Nous noterons seulement qu'il prévoit trois ordres de prescriptions :

a) Des règles permettant de déterminer les barèmes d'honoraires syndicaux en appliquant un coefficient pondéré (salaires, traitement, frais professionnels) à une base déterminée (les tarifs minima de 1939), ce qui supprime tout marchandage dans les contacts locaux ;

b) Une procédure de recours aux organismes nationaux respectifs en vue de résoudre, dans l'esprit du pacte de base, les différends locaux ;

c) L'engagement pris par les représentants du Corps médical de faire respecter par lui l'esprit de l'accord et de juger ceux qui le trahiraient.

Une première expérience, tentée, il est vrai, dans le cas le plus difficile, celui de Paris, devait montrer que toutes les conditions nécessaires à la conclusion du pacte n'étaient pas encore réunies.

Dès les premières rencontres, une difficulté aurait été soulevée, dont la raison eut facilement trouvé la solution si la volonté d'accord, dans le respect des libertés mutuelles, existant sur le plan national, s'était également retrouvée sur le plan local. Nous avons déjà indiqué l'objet du litige : le coefficient 5 est momentanément admis, mais la base proposée par les Caisses est non point le tarif syndical minimum de 1939, mais le tarif de responsabilité des Caisses à cette même époque.

Il nous est facile de réfuter, une fois encore, cette thèse : l'objet essentiel de la réforme de 1945 (objet légitime, que le texte s'efforçait d'atteindre par des moyens mauvais), est de limiter la participation effective des assurés dans les frais de maladie au seul ticket modérateur de 20 %. Un effort financier doit donc être fait du côté des Caisses en vue de faire coïncider leur tarif de responsabilité avec le taux des honoraires médicaux, ce taux ne devant lui-même varier que dans des limites raisonnables afin de permettre cet ajustement. Mais ce sont bien les honoraires médicaux qui servent de niveau d'alignement. L'article 10 de l'Ordonnance et l'exposé des motifs ne sauraient laisser de doute sur l'esprit du législateur, puisqu'il n'y est question que de « tarifs d'honoraires » et non de tarifs de responsabilité.

C'est donc retourner le problème, et abolir ce que la réforme de 1945 avait d'heureux, que de vouloir contraindre les honoraires à se rapprocher de tarifs dont, de l'aveu même de leurs auteurs, on avait fixé volontairement le taux à un niveau suffisamment faible pour permettre la constitution de réserves importantes, Chacun sait que le tarif de responsabilité, avant 1945, n'atteignait qu'exceptionnellement le niveau des honoraires syndicaux minima, et le décret-loi du 28 août 1935 le définit, au reste : « la part remboursée par les Caisses dans le prix de l'acte, établie par les Caisses, compte tenu des tarifs médicaux syndicaux minima pratiqués dans la région ».

Prendre pour base ces tarifs de responsabilité, les multiplier par le coefficient admis, ne peut, en fin de compte, que donner un tarif *partiel* d'honoraires. Le seul tarif de base dont il y a lieu « de tenir compte », c'est le tarif déjà visé par le texte de 1935, c'est-à-dire le *tarif syndical minimum*.

Au reste, le texte du nouveau *modus vivendi*, dont les Caisses sont prêtes à invoquer certaines dispositions contre le Corps médical, prévoit formellement comme base ce « tarif minimum de 1939 ». Certes, le mot « syndical » n'y figure pas expressément. Mais il est implicite... et l'argument qui consiste à invoquer son absence prouve combien l'on reste loin encore de cet accord de base sans lequel tout travail de rapprochement apparaît d'emblée comme parfaitement vain.

Nous n'avons cité et exposé en détail cet incident que pour montrer combien sont encore méconnues les conditions d'un véritable pacte social entre la médecine d'une part et les représentants des assurés d'autre part. Il ne doit point s'agir d'une sorte de contrat purement juridique et formel, dont tout le contenu est emprisonné étroitement en des mots, des paragraphes ou des articles, et dont chaque obligation peut être éludée par l'une ou l'autre des parties grâce à des équivoques, des ambiguïtés ou des réserves soigneusement dissimulées dans les mots. Il faut avant tout un « accord » avec toute la force étymologique de ce mot, la volonté de vivre non point seulement en étrangers que la force des choses contraint à voisiner sur le territoire d'un même pays, mais de vivre ensemble en coopérant à une même œuvre en se donnant une même fin.

Si cet accord existe, il importe peu qu'il soit écrit : l'écrit n'apporte qu'un instrument commode de preuve, ce n'est pas lui qui engage. Cependant, il ne doit point pour cela rester « verbal ». Les mots traduisent — mais peuvent aussi trahir — la pensée. C'est elle en définitive qui importe. Mais la concordance une fois constatée sur les fins et les moyens, l'accord doit être considéré comme sacré, non seulement par les signataires mais aussi et surtout par tous ceux qu'ils prétendent représenter. Il ne saurait certes déterminer une fois pour toutes les modalités détaillées des rapports ultérieurs entre les deux parties, mais ces variations contingentes peuvent faire l'objet de contrats locaux et temporaires, qui se concluront d'autant plus aisément que l'on sera d'accord sur le fond, sur les bases, sur les modalités de la procédure de révision. Le pacte que nous souhaitons n'est donc point un corset rigide, mais une méthode de vie et d'évolution en commun.

Ainsi conçu, l'accord ne saurait se limiter à un point, tel que le taux actuel des tarifs ou des honoraires ; il doit être de chaque côté sans réserves, sans limites et contenir le moyen de traiter *tous* les problèmes qui se posent, dans l'immédiat comme dans le futur. Il importerait en particulier que le problème des dispensaires et des centres d'examen dépendît de ce pacte de base, et que l'on soit sûr que l'attitude relativement conciliante des Caisses dans l'heure présente ne soit point commandée par de

pures considérations de tactique politique ou partisane et ne masque point temporairement une volonté simplement différée d'aménager l'exercice de la médecine, le moment venu, en dehors et à côté de la médecine libre.

L'HEURE est favorable aujourd'hui, sur le plan général, à un retour aux conventions collectives se substituant au dirigisme étatique. Si dans les faits le contrat social Syndicats-Caisses se réalise et prend vie, il sera relativement aisé de faire donner à ce nouveau régime la sanction législative. « Les lois, nous dit l'auteur du *Contrat social*, sont les actes de la volonté générale... ; elles ne sont proprement que les conditions de l'association civile ; il n'appartient qu'à ceux qui s'associent de régler les conditions de la société. » Certes la « volonté générale » est formellement dans notre régime la décision du Parlement. Mais la réalité sociale prouve — avec la doctrine — que « nos représentants ne peuvent rien conclure définitivement. Toute loi que le peuple n'a pas ratifiée est nulle... » Au reste peut-on dire que notre Parlement puisse prétendre aujourd'hui dégager la « volonté générale » du pays ? Il n'en irait ainsi que si chaque citoyen « n'opinait que d'après lui » ; « Quand il se fait des associations partielles aux dépens de la grande, la volonté de chacune de ces associations devient générale par rapport à ses membres et particulière par rapport à l'Etat ; on peut dire qu'il n'y a plus autant de votants que d'hommes, mais seulement autant que d'associations... Alors il n'y a pas de volonté générale, et l'avis qui l'emporte n'est qu'un avis particulier » (1).

Autrement dit, dans notre régime de bureaucratie partisane et étatique, le pacte conclu entre la médecine et les masses est beaucoup plus l'expression de la volonté générale qu'un texte voté par le Parlement. Il appelle nécessairement la consécration formelle du législateur, qui ne saurait la lui refuser.

Considérons enfin, du côté médical, que l'échange des libertés « naturelles » contre les libertés « civiles » ne signifie nullement un asservissement. « Les engagements qui nous lient au corps social ne sont obligatoires que parce qu'ils sont mutuels, et leur nature est telle qu'en les remplissant on ne peut travailler pour autrui sans travailler aussi pour soi. » L'idée, le concept même de l'accord suppose qu'en s'obligeant « on n'obéit pourtant qu'à soi-même et que l'on reste ainsi aussi libre qu'auparavant. »

Aujourd'hui le Corps médical a fort courageusement sauvé le principe même de ses libertés. Il reste à savoir si les conditions d'un accord existent réellement de l'autre côté ; dans ce cas il est temps de conclure ce contrat social sans lequel il n'est pour les deux parties que loi de la « jungle » ou mœurs du « maquis ».

JEAN MIGNON.

(1) In « *Le contrat social* ».

MÉDECINE ET MONDE MODERNE

LA MÉDECINE CANADIENNE ET LA TRADITION FRANÇAISE

par le Docteur Jacques MÉNÉTRIER

Laissant à d'autres, mieux informés et plus compétents, le soin de préciser les modalités de la vie médicale en Amérique du Nord, je me contenterai de résumer en quelques lignes les réflexions que m'ont suggérées deux voyages récents aux Etats-Unis et au Canada.

Pour mieux situer mon point de vue sur ces deux pays, et sur le Canada, en particulier, je dois préciser que je m'y rendais, à titre personnel, pour m'informer de l'état actuel des techniques nord-américaines et pour informer certains médecins et biologistes de mes propres recherches sur les terrains et les équilibres endocrino-catalytiques.

***

Sur ce plan, peut-être mieux que sur les autres plans de la pratique et de la spécialisation, il apparaît immédiatement un contraste frappant entre deux conceptions de la médecine qui sont, à mon avis, plus complémentaires qu'opposées. D'un côté, **une école, qualifiée de française au Canada**, qui attribue à la **clinique**, c'est-à-dire à la **valeur personnelle du médecin, une prépondérance et une priorité**. De l'autre côté, **une école dite américaine**, qui reconnaît **aux techniques de laboratoires et d'examens systématiques une valeur décisive**.

Il ne s'agit certes pas de prétendre que les Français n'utilisent pas les moyens techniques ni de suggérer que les Américains méconnaissent l'utilité de l'examen clinique, mais seulement de marquer le contraste frappant entre deux méthodes et entre deux pratiques. Si, en effet, le praticien français conserve, malgré l'évolution progressive vers la spécialisation, la capacité et le don dirons-nous, de la médecine générale, du cas individualisé et s'il ne fait souvent appel au laboratoire que pour confirmer son diagnostic, le médecin américain a de plus en plus tendance à multiplier les examens préalables, les explorations spécialisées, et à n'établir son diagnostic qu'a posteriori sur un bilan complet mais purement analytique. Pour schématiser cette opposition trop absolue, on pourrait dire que la médecine française est une synthèse qui commande l'expérience tandis que la médecine américaine est une analyse qui tend à la synthèse.

De telles tendances impliquent l'évolution divergente de deux écoles et expliquent partiellement une opposition apparente dans la pratique. La médecine française cherche ses nouvelles voies plutôt **dans l'intuition de ses cliniciens** que dans les déductions de ses chercheurs, eux-mêmes inspirés par des considérations générales. **La médecine américaine poursuit son développement technique et le perfectionnement de ses méthodes d'analyse** avec une ampleur, une ténacité et une audace dont nous n'avons pas idée, ici. Ainsi, s'accentue tous les jours la différence entre une médecine " artisanale " et une médecine " industrielle " et s'accuse une opposition entre notre pratique encore fortement **individualisée** et leur pratique extrêmement **spécialisée et systématisée**.

***

Il ne s'agit pas ici de faire le procès ou l'apologie de l'une ou l'autre tendance mais seulement d'en montrer **l'interdépendance et la complémentarité possible. En cela le Canada nous offre un excellent exemple puisqu'il participe directement à la vie américaine et qu'il conserve les traditions européennes des cultures française et anglaise.**

Bien que séparé pendant cinq ans de toute influence française réelle et associé, en fait, à l'activité des Etats

Unis, ce pays est demeuré un **lieu de rencontre** entre les traditions de l'Europe et le dynamisme nord-américain. Sa médecine et son organisation médicale portent la marque de cette double origine et de ce double courant d'animation.

En effet, **la pratique canadienne** demeure foncièrement individualiste, bien qu'elle soit déjà plus spécialisée que la nôtre. Elle conserve à la clinique une importance considérable ; elle fait intervenir **la qualité du médecin** et sa personnalité propre ; **elle se préoccupe de la personne humaine dans sa totalité physique et mentale ;** elle **soigne** des malades plutôt qu'elle **n'expertise** des cas. Mais son équipement technique est admirable, ses hôpitaux sont peut-être les plus beaux et les plus pratiques du monde, sa recherche scientifique est directement intégrée dans la pratique médicale et ses moyens scientifiques sont extrêmement développés dans un pays aussi peu peuplé et aussi vaste.

Il n'est pas question de prétendre que la médecine canadienne soit supérieure aux médecines européenne et américaine, elle leur est même inférieure sur beaucoup de points car elle manque d'hommes, de passé, d'expérience. Mais elle fait déjà mieux que de promettre car elle tient déjà une place capitale dans l'évolution de la médecine moderne. A mes yeux, elle représente en puissance cette synthèse entre l'art et la Science de guérir, cet **équilibre** entre l'esprit et la technique auquel doivent tendre les efforts des médecins et des biologistes. Si la médecine canadienne ne succombe pas à la tentation de la facilité apparente, si elle ne remet pas le sort de ses malades aux mains sûres mais aveugles du seul laboratoire et de la seule analyse, si elle apprend à se servir de la technique sans s'y asservir, elle peut contribuer puissamment, malgré sa faiblesse numérique, à ouvrir les voies de la médecine préventive, de cette médecine de santé dont le secret repose à la fois dans l'intuition du médecin et la connaissance des mécanismes physiologiques d'équilibration et de fonction.

***

La médecine française qui fut un des berceaux de la médecine canadienne, doit sauvegarder une tradition médicale qui demeure un des fondements de l'art de guérir. Si elle ne peut prétendre rivaliser avec l'école américaine sur le plan purement technique, faute de moyens et d'équipement scientifique, **elle doit maintenir sa position " humaniste "** par ses publications, ses constatations, ses chercheurs et **son sens de la synthèse.** La guerre et l'occupation nous ont isolés du monde américain pendant de longues années mais nous savons tous que **le travail et la pensée, ainsi enclos, n'en ont pas moins vécu.** Le Canada, tout spécialement, attend encore beaucoup de la médecine française et nous ne devons pas le décevoir à un moment ou se pose pour lui le problème capital de son orientation médicale. N'est-ce pas pour nous un stimulant nécessaire que de démontrer l'existence toujours vivace d'une tradition qui peut servir de guide et de contrôle à une technique trop abandonnée à elle-même ? **Dans une civilisation où se pose essentiellement le problème d'une utilisation humaine de nos moyens d'action, à un moment où il nous faut retrouver des mobiles à nos techniques, nous devons participer à l'œuvre médicale à laquelle le Canada nous convie.**

SÉCURITÉ SOCIALE

LES ALLOCATIONS FAMILIALES

Nous allons, c'est malheureusement trop vrai, être gratifiés dès le 1er janvier 1947 des faveurs de la Sécurité Sociale, dont nous lisons partout des éloges délirants. Voyons la réalité et, pour prendre un exemple, permettez-moi d'exposer mon « observation ».

J'ai 64 ans et, *sans y être obligé par l'Etat*, je me suis préoccupé de ma sécurité dès 1908, année où je passai ma thèse, et surtout dès 1910 à l'époque de mon mariage.

J'ai, dans ce but, contracté des assurances sur la vie. Ces assurances, j'en ai payé les primes, d'abord en Or (de 1910 à 1914), puis en francs Poincaré, puis en francs Auriol (j'en oublie probablement). C'est en francs Pleven que j'ai touché mes premières assurances : en quels francs vais-je toucher celles qui me restent à percevoir ? Dieu seul le sait. Quoiqu'il en soit, ce n'est pas avec le papier que j'ai reçu pour prix de trente années d'effort et d'épargne, que je puis espérer vivre, même très modestement.

Me voici donc à l'âge où je pourrais, où je devrais pouvoir, me reposer. Je m'étais assuré par une épargne raisonnée, une modeste aisance. Par la faute de nos Gouvernants, (Ils ne sont pas seuls coupables, je m'empresse de le dire, mais ils le sont), par la faute de nos Gouvernants, je suis dans l'obligation de travailler jusqu'au bout. Ma santé a reçu il y a quelques mois un sérieux accroc ; je ne puis penser à me soigner ; il faut marcher encore.

Ce malheureux papier, gagné par tant d'années d'efforts et d'épargne, pourrai-je au moins l'utiliser pour subvenir à mes besoins ? Non pas. Dès l'an prochain, la sécurité Sociale va m'obliger à verser des primes élevées, de 20 à 30 mille francs par an, dont je ne toucherai jamais rien en contre partie.

Ce n'est pas tout. J'ai élevé dix enfants ; sept d'entr'eux sont mariés et j'ai actuellement treize petits enfants. Je n'ai jamais touché *aucune* allocation familiale. Jusqu'ici, j'étais dispensé des versements au titre de l'allocation familiale, ce qui n'était que justice, je dirais même ce qui était le devoir le plus élémentaire de l'Etat. Je viens de recevoir un avis d'avoir à payer la somme de 3.380 fr. pour le semestre écoulé (effet rétroactif de l'arrêté du 10 septembre 1946). Ce qui fera l'an prochain, si le taux n'est pas augmenté ce qui m'étonnerait bien, la somme de 6.760 fr. Je ne puis être exonéré de ce versement que si je suis vraiment un « crève de faim. »

Mais il y a plus encore. Ayant eu 10 enfants, j'ai acquis une maison me permettant de les loger. Aujourd'hui, je suis menacé d'être frappé d'un impôt progressif sur les locaux inoccupés, impôt très lourd et qui est, dès la 3e chambre inoccupée, véritablement prohibitif. J'ai donc loué les chambres en excès : je loge des étrangers chez moi. Ils sont convenables ; mais jusque quand aurai-je le droit de choisir mes locataires et ne devrai-je pas subir les gens que l'on m'imposera ? — Quand, à l'occasion d'une fête de famille, mes enfants viennent me voir, je suis obligé de les loger à l'hôtel.

Il y a bien la solution préconisée par notre Confrère R. H. dans le Concours du 16 novembre, qui conseille de refuser l'impôt et de se laisser poursuivre. Je suis un pacifique, disons un mouton qui

se laisse tondre, dut-il en crever. Mais étonnez-vous qu'il y ait tant de foyers stériles ou dotés de l'enfant unique cher aux Français. Ceux qui ont des enfants sont des *fous*, qui heureusement ne les ont pas eus pour plaire aux hommes politiques et aux Gouvernants.

On s'étonne que les générations actuelles ne pratiquent plus l'épargne. Ce qui m'étonne au contraire, c'est qu'il y ait encore tant d'épargnants alors que l'on fait tout pour leur démontrer l'inutilité de l'épargne et la vanité de l'effort. Tout pour l'Etat et par l'Etat. Hors de l'Etat, pas salut. Et par là on mène le Pays à la ruine et au désespoir,

Mais la Sécurité Sociale, allons donc ! Laissez-moi rire, pour n'avoir pas à en pleurer... L'égalité dans la misère.

Dr. C. L.

Le Dr C. L. revient sur une question qui, soulevée dans nos colonnes par la « Protestation d'un médecin père de famille (1) », *a provoqué un afflux de correspondance.*

Le Dr C. M. (Aube), le Dr V. (Seine-et-Marne), le Dr M. D. (Aveyron), le Dr J. L. (Sarthe), le Dr M. (Haute-Saône), le Dr A. G. (Haute-Vienne), content tous une histoire à peu près identique : ils atteignent ou ont dépassé la soixantaine, le tournant au delà duquel l'activité professionnelle ne peut que baisser, ont élevé quatre enfants ou plus dont certains sont étudiants, et leur coûtent de grosses dépenses. La plupart n'ont jamais touché un sou au titre des allocations familiales. Leurs économies fondent à vue d'œil par l'effet de la hausse générale des prix. Ils se savent condamnés à travailler tant qu'ils en auront la force.

C'est ce moment que choisit l'Etat pour leur supprimer l'exonération totale de 50 p. cent de la cotisation aux allocations familiales et pour élever leur cotisation de quelques centaines de francs à plus de deux mille. Ils sont à juste titre indignés et crient au scandale. Plusieurs ont décidé de s'opposer par tous les moyens possibles à cette indignité.

Devant cette levée de boucliers, et pour répondre à certaines questions posées nous avons cru opportun de faire rédiger une mise au point par l'un de nos collaborateurs juristes, afin que chacun connaisse sans ambiguïté ses droits et ses obligations.

L'article 35 du Code de la Famille prévoyait que certaines catégories de travailleurs indépendants pouvaient être exonérées de toutes cotisation, en raison du nombre d'enfants élevés par eux, et les conditions de ces exonérations avaient été déterminées par un arrêté du 1er novembre 1940, stipulant que les travailleurs indépendants ayant élevé quatre enfants au moins jusqu'à l'âge de 14 ans étaient dispensés de toute cotisation. En outre la Caisse d'allocations familiales des professions médicales accordait bénévolement une exonération de 50 p. cent aux médecins ayant élevé trois enfants. Ce régime fonctionna jusqu'à la parution d'un arrêté du 16 janvier 1946 pris en vertu d'une ordonnance du 3 juillet 1945. Ce nouveau texte qui avait théoriquement un effet rétroactif au 1er janvier 1945 ajouta une condition supplémentaire pour pouvoir bénéficier de cette exonération. Désormais il fallut non seulement avoir élevé quatre enfants, jusqu'à 14 ans, mais en outre ne pas avoir perçu une somme supérieure à 5.000 francs au titre des allocations familiales, disposition qui diminuait considérablement le nombre des bénéficiaires et qui tendait même à les supprimer progressivement, puisque seuls les médecins ayant élevé leurs enfants avant l'application du Code de la Famille aux professions médicales, c'est-à-dire avant 1940, pouvaient en bénéficier.

⁂

Mais l'exonération de 50 p. cent accordée bénévolement par la Caisse aux médecins ayant élevé au moins trois enfants restait en vigueur, c'est alors qu'intervinrent les dispositions établissant le régime de Sécurité Sociale, dispositions qui aboutissaient à la suppression des Caisses d'allocations familiales professionnelles. Depuis le 1er juillet 1946 la Caisse des professions médicales n'a plus qu'une existence provisoire et ne peut qu'appliquer strictement les dispositions légales, en attendant que ses adhérents soient tous absorbés par les nouvelles caisses départementales. En outre une nouvelle loi sur les allocations familiales est intervenue le 22 août 1946 et ce texte, sans faire aucune mention du Code de la Famille et des textes antérieurs, se contente de poser certains principes et de dire que toutes les dispositions antérieures contraires sont annulées. Quel est alors le régime des exonérations de cotisations ?

La loi du 22 août dans son article 24 prévoit deux cas d'exonération et, dans chacun de ces cas, il faut remplir deux conditions :

1er *cas :*

a) avoir élevé quatre enfants jusqu'à 14 ans ;

b) avoir un revenu inférieur à la moitié du salaire moyen départemental.

2e *cas :*

a) si l'âge moyen des conjoints dépasse 65 ans ou en cas de veuvage, 65 ans pour le veuf, 60 ans pour la veuve ;

b) avoir un revenu inférieur au salaire moyen départemental ou avoir élevé quatre enfants jusqu'à 14 ans.

Mais cet article 24 semble s'appliquer non pas à toutes les catégories de travailleurs indépendants mais à celles bénéficiant d'une participation de l'Etat. En effet il débute ainsi : « Les travailleurs indépendants visés à l'article ci-dessus », et l'article visé traite de la participation de l'Etat pour la charge des allocations familiales de certaines catégories de travailleurs indépendants. Les professions médicales ne bénéficiant jusqu'à présent d'aucune aide financière de l'Etat pour leurs allocations familiales, (et il est probable que ce régime se perpétuera), faut-il en conclure que les médecins ne peuvent bénéficier de l'article 24 de la loi du 22 août 1946 .C'est ce que certaines caisses, notamment dans le Midi, prétendent déjà. Par contre la caisse de la région parisienne semble

(1) Conc. Méd. 16 nov. 1946.

interpréter ce texte en appliquant les exonérations prévues à toutes les catégories de travailleurs indépendants.

Ne pourrait-on, par ailleurs, prétendre que pour les catégories de travailleurs indépendants qui ne seraient pas visés par l'article 23, les dispositions antérieures continuent à s'appliquer, puisqu'elles ne sont pas contraires aux dispositions de la loi du 22 août 1946 ? Les réponses à toutes ces questions ne pourront probablement être données que lorsque le règlement d'administration publique, qui est expressément prévu pour déterminer les modalités d'application de la loi du 22 août 1946, aura paru (1).

Mais en attendant il est certain que ni les dispositions de l'arrêté du 16 janvier 1946 ni celles de la loi du 22 août 1946, ne pourront satisfaire les médecins ayant élevé plusieurs enfants, qui, de toutes façons, vont se voir déjà réclamer des cotisations d'autant plus importantes, que depuis le 1er juillet les prestations familiales ont été beaucoup augmentées. Aussi ne voyons-nous d'autre solution que de tenter d'obtenir, par des interventions pressantes auprès des Pouvoirs Publics, la modification des textes en vigueur. Les médecins intéressés devraient alerter leurs syndicats, leurs organisations professionnelles, ils devraient signaler à leurs députés la situation créée par la loi, et cela d'autant plus que l'intention de certains législateurs semblait bien être d'accorder une exonération totale aux pères de quatre enfants. Si nous nous reportons aux débats de l'Assemblée constituante du 6 août 1946 (*J. O.* Débats 7 août, page 2.999) nous trouvons en effet un amendement de M. Siefridt concernant l'article 24 qui est conçu exactement dans les mêmes termes que l'article adopté, mais dans lesquels ne figurent pas les mots « à la fois » pour la première catégorie d'exonération, ni « en même temps » pour la deuxième. Lors de la discussion Mr Siefridt déclara retirer son amendement, le nouveau texte proposé par la Commission lui donnant satisfaction. Or, en réalité, l'adjonction des termes « à la fois » et « en même temps » changeait complètement le régime des exonérations et restreignait considérablement le nombre des bénéficiaires

***

Nous savons que la plupart des organisations professionnelles ont déjà protesté contre le nouveau régime d'allocations familiales et ont déjà réclamé le retour aux régime des caisses professionnelles. Ces protestations doivent être renouvelées, les nombreuses lettres que nous recevons à ce sujet montrent que le Corps Médical réagit vigoureusement contre les nouvelles charges qu'on prétend lui imposer et nous comprenons les protestations des médecins qui, ayant élevé de nombreux enfants sans bénéficier alors d'aucune aide financière, se voient maintenant réclamer des cotisations aussi importantes que s'ils n'avaient eux-mêmes jamais supporté aucune charge familiale. G. Cazac.

(1) La présente mise au point était sous presse quant fut publié au J.O. du 13 Décembre le décret attendu. Nous le commenterons dans un prochain numéro.

LE MOT DU LECTEUR

HONORAIRES HOSPITALIERS

Je lis dans le « Concours » du 9 novembre l'article du Dr Woimant.

Voulez-vous me permettre une suggestion ? Elle est basée sur les tarifs hospitaliers de Bourg (Ain).

En 1936 la journée de malade payant était de 20 fr. 50 et les honoraires médicaux étaient de 6 fr. c'est-à-dire 29,3 % du prix de la journée. Actuellement la journée est de 131 fr. Les honoraires sont toujours de 6 fr. soit 4,58 %.

Les honoraires médicaux sont donc 6,05 fois moins élevés qu'en 1936.

Même constatation pour les assurés sociaux : en 1936, journée d'hospitalisation : 20 fr. 50, honoraires : 4 fr. ; en 1946, journée d'hospitalisation : 131 fr., honoraires : 4 fr., c'est-à-dire 19,0 % du prix de la journée. Actuellement : 3,05 %, 6,05 fois moins qu'en 1946.

Or la journée d'hospitalisation est l'expression du coût de la vie, et nos honoraires doivent en suivre le prix.

Nous demandons donc simplement le *maintien du pourcentage* accordé en 1936 : 29 %.

Ainsi sera réalisée l'échelle mobile, qui *seule* est logique et loyale et qui évite les difficiles révisions de tarifs.

J'ai exposé à la dernière réunion de notre syndicat, ce point de vue, mais je tenais à vous en faire part dans l'espoir de gagner un temps précieux. Dr Saint-Pierre. (Bourg).

Je suis chirurgien de l'hôpital dans une ville où n'existe aucune clinique.

J'estime qu'il y a une véritable malhonnêteté de la part des Caisses d'A. S. Le K actuellement appliqué à l'hôpital est K = 15, alors qu'il est au cabinet du médecin de K = 75. Sous prétexte qu'un acte chirurgical est pratiqué en milieu hospitalier il est inadmissible qu'il soit honoré 5 fois moins que le même acte pratiqué au cabinet médical ou en clinique.

Dans les villes où le chirurgien donne la totalité des soins chirurgicaux à l'hôpital, ce qui est le cas de nombreux confrères de province, le K devrait être au minimum des 3/4 du K spécialiste, soit actuellement K = 50. Sinon s'est détourner le chirurgien de l'hôpital pour l'obliger à créer des installations privées.

Or, à mon sens, c'est en milieu hospitalier que peut se faire le meilleur travail, en particulier grâce à la collaboration du médecin et du radiologue.

C'est l'intérêt du malade d'être traité en milieu hospitalier avec chambres particulières pour ceux qui le désirent.

Dr J. L.

P.-S. — Je vous signale également qu'au point de vue fiscal, quand la totalité des honoraires est perçue par le bureau de l'hôpital, la fraude fiscale est impossible et que dans ces conditions le taux supérieur appliqué aux professions médicales est une injustice criante.

CHRONIQUE DE L'AUTOMOBILE

POUR VAINCRE LES DIFFICULTÉS DU DÉMARRAGE EN HIVER

Les moteurs d'automobiles n'aiment pas le froid, c'est un fait, et, en hiver, ils manifestent particulièrement leur mauvaise humeur au moment de leur mise en route, Mais ils sont, suivant leur état et la manière dont est assuré leur entretien, plus ou moins sensibles à l'abaissement de la température, et notre premier souci, lorsque nous voulons nous mettre à l'abri des départs difficiles — si fâcheux dans une profession où l'on est appelé à tout moment, la nuit comme le jour, à faire usage de la voiture — doit être de maintenir notre moteur en excellent état, ce terme étant pris dans son sens le plus large.

Ayons toujours un moteur en parfait état

Par état du moteur, il convient d'abord d'entendre l'état mécanique de la machine et tout spécialement la qualité de l'ajustage des pistons dans les cylindres et l'étanchéité des soupapes, deux éléments d'où dépend la compression. Un moteur très usagé, ou dont les soupapes n'ont pas été revues depuis longtemps, a généralement une mauvaise compression. On ne saurait lui demander, dans ces conditions, d'avoir des départs aisés, surtout à froid. Ayons donc toujours un moteur dont les pistons soient bien étanches et dont les soupapes soient bien rodées : c'est un moteur qui satisfait à une première condition des lancements faciles.

Le bon état mécanique du moteur dépend très étroitement de la façon dont est assuré le graissage. Bien entendu, nous devons faire exclusivement usage d'huiles d'excellente qualité. Le « type » de ces huiles doit, en outre, être exactement adapté aux caractéristiques du moteur et tenir compte de la saison. En hiver, nous devons employer une huile fluide qui entrera en circulation dans toutes les canalisations de graissage dès les premières explosions. Nous serons certains d'avoir ainsi une bonne lubrification au moment le plus critique du fonctionnement de la machine. Il nous est d'ailleurs loisible d'améliorer encore cette lubrification en incorporant à l'huile une faible proportion de graphite colloïdal ; ce lubrifiant solide, doué de hautes qualités d'onctuosité, favorise beaucoup le graissage en revêtant les surfaces de portée des pièces en mouvement d'une pellicule infiniment mince, mais très adhérente, dite « couche graphoïde », qui empêche les contacts métalliques directs, générateurs d'usure et, au surplus, aide à l'étalement de l'huile et à la formation du film lubrifiant.

Le graissage du moteur avec une huile d'excellente qualité, de fluidité convenable, enrichie de graphite colloïdal, contribue au premier chef à le maintenir en parfait état mécanique. Le graissage est déjà, à ce titre, un auxiliaire des départs faciles. Il l'est plus encore en réduisant au minimum les résistances passives à froid qui rendent souvent si pénibles les mises en route. Eviter le gommage des pistons dans les cylindres ; assurer le libre jeu des bielles et du vilebrequin grâce à une huile fluide — c'est-à-dire essentiellement « mobile » — interposée entre des surfaces polies par une mince couche de graphite, c'est réaliser une deuxième condition des lancements heureux du moteur.

La notion d'état parfait de la machine s'applique maintenant à l'équipement électrique et au système d'alimentation en carburant.

Surveillons l'équipement électrique

L'équipement électrique est, par tous ses éléments, un des grands responsables de la mise en route aisée, ou laborieuse, voire impossible du moteur.

La batterie d'accumulateurs, source d'énergie, retient en premier l'attention. Seule une batterie en bon état, chargée à fond, peut entraîner allègrement le démarreur et assurer de bons départs. Nous ne chercherons donc pas à tirer parti, par des moyens de fortune, d'une batterie usée ou fatiguée. Mieux vaut la remplacer dès qu'elle donne des signes de faiblesse, c'est-à-dire dès qu'on constate qu'elle ne « tient » plus bien la charge. Cette question de la charge est primordiale ; une batterie toujours bien alimentée et que l'on ne soumet pas à de trop rudes épreuves en voulant lui faire démarrer un moteur gommé, ou rétif au lancement pour toute autre raison, dure longtemps. Nous veillerons donc à la recharge de notre batterie.

En hiver, surtout, si nous roulons beaucoup en ville et que nous ayons à faire un fréquent usage du démarreur, il peut arriver que la batterie soit insuffisamment alimentée par la dynamo. Il y a alors intérêt à augmenter le débit de celle-ci, dans la mesure du possible, en agissant sur son système de réglage (en général, déplacement du 3e balai). Au retour des beaux jours, on reviendra au réglage initial.

Mais cela ne suffit pas toujours. Il convient alors d'emprunter au secteur électrique l'énergie nécessaire. Il existe maintenant d'excellents chargeurs statiques capables de maintenir le « plein » électrique de la batterie dans les meilleures conditions. On peut les considérer comme des appareils indispensables de l'équipement du garage moderne.

Avec une batterie bien chargée, nous nous trouvons déjà en bonne posture pour mettre en marche notre moteur. Pourtant, les résistances offertes par ce dernier à la rotation ne deviennent pas pour cela négligeables et les précautions que nous avons prises pour les réduire au minimum ne sont pas inutiles. Que se passe-t-il, en effet, lorsqu'on envoie le courant de la batterie dans le démarreur? Ce dernier, immobile et qui possède une résistance interne très faible, réalise un véritable court-circuit de la batterie et l'appel de courant est énorme. Dès que le démarreur tourne, les choses changent, fort heureusement, et le courant absorbé diminue. Il reste néanmoins très élevé (de plusieurs centaines d'ampères au moment de l'appel, il tombe à une centaine, rarement à moins) et d'autant plus que le moteur présente plus de résistance. Cela a pour conséquence non seulement de fatiguer la batterie, mais d'occasionner une chute de tension plus ou moins importante à ses bornes, ce qu'enregistrent parfaitement les phares, dont la clarté baisse au moment des démarrages.

Une telle chute de tension entraîne une sous-alimentation de la bobine d'allumage et, par suite, une diminution de la qualité des étincelles aux bougies au moment précis où elle devrait être la meilleure. On conçoit sans peine qu'une bobine construite pour

fonctionner sous 6 ou 12 volts ne donnera pas son plein rendement si on l'alimente sous 4 ou 8 volts. Le remède, c'est de faire usage d'une bobine à deux circuits primaires, l'un de mise en route, établi pour tenir compte de la chute de tension aux bornes de la batterie lorsqu'elle débite dans le démarreur, l'autre pour la marche normale. De telles bobines ont été étudiées notamment pour l'équipement des moteurs à gazogènes ; elles rendront les mêmes services aux possesseurs de moteurs à essence.

A défaut d'une bobine spéciale, on facilitera grandement la mise en route du moteur froid en prenant soin de le dégommer à la manivelle, avant d'actionner le démarreur. Dans le cas où la batterie ne serait pas très vigoureuse, il y aurait intérêt à lancer le moteur à la main, afin de supprimer cette fameuse chute de tension, d'autant plus accentuée aussi que la batterie est plus fatiguée.

Au reste, pour avoir des départs brillants, nous aurons des bougies bien propres, aux électrodes correctement réglées (écartement de 6 à 8 /10 de mm.) ; nous veillerons au réglage du rupteur (4 à 5/10 de mm.) et à la parfaite netteté de ses grains de contact ; en un mot, nous nous attacherons à avoir un système d'allumage au-dessus de tout reproche.

Ne négligeons pas l'alimentation en carburant

La nature du mélange détonnant introduit dans les chambres d'explosion du moteur a naturellement aussi une influence considérable sur la mise en route de ce dernier. Un mélange à la fois homogène et riche est favorable et il ne peut être produit que par un carburateur correctement réglé, muni d'un starter offrant les mêmes qualités. Avec les essences dont nous disposons actuellement, fort peu volatiles, les difficultés de démarrage ne peuvent qu'être aggravées.

Nous devons donc apporter une attention particulière au bon fonctionnement du carburateur et de son starter. Il y a lieu, en particulier, de penser, en cas de départs vraiment laborieux, à une modification intervenue dans le réglage du niveau dans la cuve du carburateur. Un pointeau qui ferme mal occasionne une élévation anormale de ce niveau et il en résulte un enrichissement excessif du mélange explosif. Ce phénomène est très fâcheux avec les carburateurs inversés (si répandus aujourd'hui), car si le niveau s'élève de façon excessive, il peut se produire une véritable « noyade » du moteur, l'essence ne demandant qu'à couler par gravité dans les cylindres. Outre que cela n'est pas précisément fait pour améliorer le graissage des pistons, il en résulte une impossibilité de mise en marche, par défaut d'air et souvent aussi par le fait que les bougies sont littéralement inondées.

Nous veillerons donc à la bonne étanchéité du pointeau du carburateur, nous souvenant qu'avec les pompes à essence, qui refoulent le liquide sous pression relativement forte, il est difficile de rendre, par rodage, son étanchéité à un pointeau qui l'a perdue : le mieux est de changer le pointeau et son siège.

Et si nous réchauffions le moteur ?

Tout en nous efforçant de rendre aussi favorables que possible les conditions du démarrage du moteur en hiver, comme nous venons de l'indiquer, nous pouvons encore chercher à améliorer la situation en supprimant (ou en atténuant) la cause des difficultés de lancement : le froid, autrement dit, en réchauffant le moteur. De cette façon, nous rendrons la carburation meilleure et nous maintiendrons l'huile tiède, donc fluide.

Le moyen le plus simple — et le plus radical — consiste à faire résider la voiture dans un garage chauffé, mais ce n'est malheureusement pas un moyen à la portée de tout le monde en cette époque de pénurie de combustible. Nous devrons donc nous contenter, dans la majorité des cas, d'un chauffage local du moteur, ce qui, après tout, est très suffisant.

Si nous avons l'électricité dans notre garage, nous pouvons intaller sous le capot de notre voiture, lorsque nous le remisons, une lampe de 40 à 50 watts *à filament de carbone* (et non à filament métallique, car la chaleur dégagée serait tout à fait insuffisante). Cette lampe sera placée de préférence à la partie inférieure du moteur, au voisinage de la tuyauterie d'entrée d'eau venant du radiateur et ce dernier, ainsi que le capot, seront recouverts d'une lourde couverture formant calorifuge. Si nous ne regardons pas trop à la dépense d'énergie électrique, nous aurons avantage à disposer deux lampes, l'une comme nous venons de l'indiquer, l'autre sous le carter du moteur, où elle contribuera à maintenir l'huile à une douce température.

Il existe d'ailleurs, dans le commerce, des appareils de chauffage plus perfectionnés. Les uns consistent dans une résistance chauffante étanche, logée directement dans l'eau du radiateur, à la base de ce dernier ou dans la tuyauterie en caoutchouc qui le met en communication avec le moteur. Les autres s'appliquent intimement contre la paroi inférieure du radiateur, et peuvent même faire partie d'une installation de recharge des accumulateurs, installée à demeure sous le capot.

En l'absence du courant électrique dans le garage, on peut encore réchauffer le moteur au moyen d'un réchaud catalytique à essence, logé, lui aussi, sous le capot ou sous le moteur. Ce réchaud sans flamme, dont l'élément chauffant est protégé, au surplus, par une toile métallique, ne présente aucun danger d'incendie.

Le réchauffage local du moteur rend les départs faciles et évite, en outre, tout risque de gel de l'eau de refroidissement. Cela n'empêche pas, pourtant, d'employer une solution anticongélatrice, à base d'alcool ou de glycérine, pour faire disparaître tout ennui de ce côté. Mais si l'on ne peut réchauffer le moteur par l'un quelconque des moyens sus-mentionnés, si l'on vidange l'eau du radiateur à chaque retour au garage pour mettre le moteur à l'abri du gel, il reste encore un procédé pour réchauffer le moteur en vue de faciliter son lancement : c'est de remplir le radiateur avec de l'eau bouillante au moment des départs. Mais la méthode est vraiment trop rustique et trop peu pratique pour que nous insistions...

Henri TINARD
Ingénieur E.T.P.

Anémies · Asthénies
Amaigrissement
TOUTES DÉFICIENCES

ARSENOCRINE

AMPOULES BUVABLES AGRÉABLES A PRENDRE

LABORATOIRES DE SPÉCIALITÉS S.A. LASSA

LASSA - 31, R. Chardon-Lagache, Paris 16e



MINERALINE

DU Dr BAUD

LABORATOIRE MAUCHANT · GENNEVILLIERS · SEINE

INTESTARSOL

Granulé

TOXI INFECTION INTESTINALE

PARASITOSES

Laboratoire H. CALAS
162, Rue de l'HAY
GENTILLY (Seine)

PHLÉBOGEV

Affections veineuses : **HÉMORROIDES, VARICES, PHLÉBITES**

à base d'Argyrine, nouveau glucoside actif du Marron d'Inde

Vaso-constricteur à action plus prolongée que l'adrénaline et ne provoquant pas d'hypertension artérielle.

TROIS FORMES :

GRANULES : 3 à 6 par jour — Dose massive : 25 à 30 granules par jour
POMMADE : en onctions, le soir — SUPPOSITOIRES : un le soir, au coucher

ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE

LABORATOIRES GEV, 5, rue Brézin, PARIS (14e) - Téléphone : SÉGUR 84-49



CÉRÉRIF

FARINES COMPOSÉES MALTÉES SUCRÉES

Le traitement thermique que subissent les céréales de ces farines leur assure un goût agréable et une grande digestibilité.

Ets RIFF · Laboratoire et Usine à Valenciennes (Nord)

CONTRE
LA DYSPNÉE SPASMODIQUE
un adrénalinique nouveau
ÉPROUVÉ DANS L'ASTHME BRONCHIQUE

ALEUDRINE

SULFATE DE DIOXYPHÉNYLÉTHANOLISOPROPYLAMINE

NÉBULISATIONS AÉROSOLS
ALEUDRINE SOLUTION

ADMINISTRATION PERLINGUALE
ALEUDRINE TABLETTES

LABORATOIRES M.R. BALLU
104, RUE DE MIROMESNIL - PARIS 8e

DYSTROPHIES NEURO-VÉGÉTATIVES.

PHYSEDAL

Sédatif nervin atoxique

★

SANS LES INCONVÉNIENTS DES BROMURES OU BARBITURIQUES
CURES PROLONGÉES SANS INCIDENTS NI ACCOUTUMANCE

2 A 6 DRAGÉES PAR JOUR AVANT LES REPAS

★

LATÉMA
LABORATOIRES DE THÉRAPEUTIQUE MODERNE
31, RUE DE LISBONNE, PARIS-VIIIe

LES LABORATOIRES
BOUCHET

KALANOSE

LAXATIF DOUX
Rééducateur des Fonctions Intestinales & Biliaires
SANS ACCOUTUMANCE
SANS CONTRE-INDICATION

★

ENTÉROKINASE · HÉPATINE · BILE
BOURDAINE · ISATINE · LEPTENDRA · BELLADONE

★

1 À 3 DRAGÉES AU REPAS DU SOIR

153-155 · AVENUE DU ROULE - NEUILLY/SEINE
TEL. MAILLOT 05-17-58-36

ÉCHOS & commentaires

LES CONSEILS DES CAISSES DE SÉCURITÉ SOCIALE VONT-ILS SE RENOUVELER ?

ON sait qu'une des pièces maîtresses du plan de Sécurité sociale consistait, aux dires de ses auteurs, à confier aux assurés (et non plus comme autrefois à l'Administration) la gestion des Caisses, afin que les Assurances sociales ne leur apparaissent plus comme une organisation étrangère à eux, mais bien au contraire comme leur bien propre.

Mais, en vertu d'une assez curieuse conception de la démocratie, les représentants des assurés aux Conseils des Caisses devaient être désignés par les « organisations syndicales les plus représentatives », c'est-à-dire en fait par la C.G.T. Avec beaucoup d'autres, nous nous étions inquiétés à l'époque de cette « cégétisation » succédant à l'étatisation, et ne pouvions nous résoudre à considérer la grande Centrale syndicale comme qualifiée pour représenter la grande masse des assurés, appelée à être peu ou prou la grande masse des Français.

A la suite des interpellations qui eurent lieu à ce sujet devant le Parlement au mois d'août dernier, le Gouvernement promit de présenter un texte réformant cette disposition.

C'est maintenant chose faite depuis la loi du 30 octobre dernier, publiée depuis peu à l'*Officiel*, et sur laquelle nous croyons opportun d'attirer l'attention des médecins.

Il ne leur est pas indifférent tout d'abord de connaître comment sont nommés les conseillers avec qui ils peuvent avoir à traiter, et quelle force sociale réelle ils représentent. Leur nomination sera donc faite dorénavant (dans la proportion des trois quarts) par l'ensemble des travailleurs relevant de la Caisse. Il n'est d'ailleurs pas sûr que, pour l'instant tout au moins, ce mode de désignation modifie considérablement la nature syndicaliste ou politique des conseillers !

D'autre part, les deux médecins, membres du Conseil, seront dorénavant élus par l'ensemble des médecins ayant leur domicile professionnel dans la circonscription de la Caisse et inscrits au tableau de l'Ordre. Ils auront ainsi une force représentative plus grande encore qu'auparavant et pourront peut-être conduire les autres conseillers à une meilleure compréhension des problèmes médicaux. C'est en tous cas au sein de ces Conseils, ainsi que par des contacts Syndicats-Caisses, que peut s'amorcer cette coopération sans laquelle l'étatisme triomphera dans le domaine de l'assurance-maladie.

COMMENT, POUR LES EXAMENS RADIOSCOPIQUES PRÉNUPTIAUX, SONT AGRÉÉS LES MÉDECINS ?

BEAUCOUP de lecteurs sont inquiets de savoir par qui, et suivant quelle procédure, seront agréés les médecins aptes à faire les examens radioscopiques ou radiologiques prescrits avant délivrance du certificat prénuptial.

Une circulaire ministérielle n° 147 du 6 juin 1946 a donné les instructions suivantes aux directeurs départementaux de

THÉRAPEUTIQUE RHINO-PHARYNGÉE A DOSE FAIBLE

KIDARGOL

LABORATOIRE R. GALLIER, 1 bis, Place du Président-Mithouard, PARIS-VI.

Régulateur du
Système Nerveux Sympathique

FREINOSPASMYL

2 à 4 comprimés par jour

Laboratoires du Dr. M. LEPRINCE
62, rue de la Tour — PARIS (XVIe)

GRIMAULT

DELBIASE

Stimulant biologique général
Dermatoses - Prophylaxie du Cancer

LABORATOIRES GRIMAULT
51, RUE FRANÇOIS-Ier - PARIS

la Santé pour l'établissement de la liste des médecins agréés : s'inspirer des directives déjà données pour la confection des listes des experts de la longue maladie et des spécialistes qualifiés prévus par la nomenclature des actes médicaux : « *Seront portés sur la liste des médecins agréés les médecins qualifiés par leurs titres ou leur notoriété* et *spécialisés soit en phtisiologie médicale, soit en électro-radiologie (électro-radiologistes qualifiés à l'exclusion des curie-thérapeutes)* ; *pourront également être agréés certains médecins qui, bien qu'exerçant la médecine générale, ont une compétence indiscutée en phtisiologie* ». Selon ces directives ministérielles dont il resterait à apprécier la légalité et la force coercitive, deux catégories de médecins seulement devraient être habilités à pratiquer les examens radiologiques en question : les électro-radiologistes qualifiés et les phtisiologues spécialisés.

Le Syndicat national des Médecins électro-radiologistes qualifiés appuie en gros la thèse ministérielle. Mais il fait observer que si l'examen radiologique prénuptial est particulièrement important pour les poumons, il l'est aussi pour d'autres organes (rate volumineuse dans une leucémie ignorée, lésion osseuse de carence, déviation du bassin, etc.). En conséquence, dit-il, dans l'intérêt des géniteurs et de la descendance, il serait bon que l'examen prénuptial ne fût pas limité aux poumons, mais s'étendît à la plupart des organes ; il ne saurait en conséquence être pratiqué que par des électro-radiologistes qualifiés, syndiqués ou non, dont la compétence aurait été reconnue par leurs pairs. Le mode d'agrément pour les examens prénuptiaux ne devrait pas être différent de celui qui reconnaît les médecins aptes à pratiquer les actes de la spécialité pour laquelle ils sont qualifiés, en exécution de l'arrêté du 9 août 1946 en matière d'assurances sociales.

Thèse ministérielle, thèse électro-radiologique sont donc bien nettes. Reste à savoir si, en pratique, il est possible d'imposer à tous les candidats au mariage le déplacement jusqu'au cabinet des électro-radiologistes qualifiés dont la densité, en province, est faible. Il y a là un problème d'organisation à résoudre.

En fait, à l'heure actuelle, des instructions semblent avoir été données pour que soit considéré comme automatiquement agréé tout médecin qui dispose d'un appareil radiologique. Une circulaire du Préfet de la Seine, en date du 23 octobre dernier, publié dans le *Bulletin Municipal Officiel* du 24 octobre, invite les maires « à ne pas refuser de publier ou de célébrer un mariage, *même lorsque les futurs époux ne présentent pas un certificat rigoureusement conforme au modèle réglementaire. Des instructions seront adressées aux maires lorsque la liste des médecins agréés pour effectuer les examens radioscopiques ou radiologiques aura été établie.* »

La parole est donc maintenant aux organisations professionnelles compétentes, et notamment à la Confédération.

Quand les médecins de la Seine tiennent un « meeting ».

Le mercredi 11 décembre, la Chambre syndicale des Médecins de la Seine avait projeté de tenir son Assemblée générale du quatrième trimestre, en vue tout à la fois de fixer le taux de sa cotisation, de désigner ses 44 délégués à la très prochaine Assemblée de la Confédération et de leur donner mandat sur l'attitude à observer à l'égard de la Sécurité sociale, ainsi



PHENEGIC

PAQUETS - COMPRIMÉS

A base de PHÉNOTHIAZINE

actif contre :

OXYURES - ASCARIS

L'EQUILIBRE BIOLOGIQUE S. A.
(Association Technique Pharmaceutique et Equilibre Biologique réunis)
à COMMENTRY (Allier) R. C. Montluçon 10416 B

PERVOSINE

GOUTTES

A base de plantes indigènes fraîches

Médication générale contre :

TROUBLES de la CIRCULATION

que de renouveler quelques membres de son Conseil d'administration.

On ne saurait dire que ce louable projet ait été réalisé. La rapide croissance de la Chambre qui compte aujourd'hui plus de 5.000 membres et constitue ainsi le plus gros Syndicat médical de France, explique aisément ce que l'on n'avait point osé prévoir en se souvenant des squelettiques assemblées d'autrefois : l'amphithéâtre de La Tour-Maubourg devint vite une cuve trop étroite où sans cesse de nouveaux médecins se pressaient. Il suffisait d'une étincelle pour déclencher les plus torrentueux mouvements de foule, et deux groupes opposés semblaient s'être donné le mot pour apporter, au lieu d'étincelles, de véritables brûlots.

Rapidement, la salle prit feu. Un match s'engagea par-dessus la tête de la plus grosse partie des membres présents ; il s'agissait visiblement de savoir laquelle des deux minorités agissantes, l'extrême gauche ou l'extrême droite, possédait les cordes vocales les plus puissantes, les troupes les plus nombreuses, les chefs d'orchestre les plus valeureux. Très nettement, l'extrême gauche possédait une troupe d'orateurs de choc capable de se relayer à une cadence permettant l'occupation permanente de la tribune, mais elle dut cependant s'incliner devant la puissance des chœurs du balcon, dont à vrai dire la pensée exprimée parut manquer quelque peu de nuances.

Au cours de quelques rares éclaircies, il fut cependant possible de comprendre que l'Assemblée souhaitait — à vrai dire on s'en doutait un peu — le maintien des principes de la Charte, tout en déniant toute hostilité de principe à l'égard de la Sécurité sociale.

Nul doute que les délégués, que le désordre ne permit point d'élire, et qui seront nommés par correspondance, ne se sentent ainsi guidés d'une manière précise vers des solutions efficaces et pratiques.

Une telle réunion mérite de laisser une leçon : le fonctionnement de la démocratie médicale (comme celui de la démocratie française) a grand besoin d'organisation technique si elle veut éviter la plus sombre anarchie.

La qualification des psychiatres.

Le rapport du Dr Carlotti, au Conseil National de l'Ordre, sur la qualification des spécialistes, a violemment ému les psychiâtres, du moins une partie d'entre eux.

Il s'exprime ainsi :

« La neuro-psychiâtrie est une spécialité depuis très longtemps individualisée. Les neuro-psychiâtres reçoivent un enseignement spécial, passent des concours spéciaux et se destinent généralement à fournir les cadres des Hôpitaux psychiâtriques.

« Il s'agit là d'une organisation ancienne, ayant fait ses preuves, dont le rôle médico-social est évident et la qualification n'est que la conséquence d'une situation acquise. »

Or, font remarquer les psychiâtres en question, nous n'appartenons pas aux cadres des hôpitaux psychiâtriques et n'avons pas passé de concours spéciaux. Nous sommes d'anciens internes de médecine générale, d'anciens chefs de clinique des maladies mentales et exerçons la psychiâtrie en clientèle



libre. Nous prétendons être des psychiâtres qualifiés. Le paragraphe ci-dessus semble nous ignorer et tout disposé à nous refuser la qualification. Il la refuserait donc aussi au professeur de la clinique des maladies mentales de Sainte-Anne, puisque, lui non plus, n'a pas passé les concours spéciaux et n'appartient pas aux cadres des hôpitaux psychiâtriques.

Comme cette conséquence absurde n'est certainement pas dans les intentions du rapporteur ni du Conseil National, il semble que quelques précisions ne seraient pas superflues.

Quelques observations a propos d'une statistique.

Nous extrayons, de statistiques publiées par le ministère du Travail dans la *Revue française du Travail* (1) sur les dépenses en matière d'Assurances sociales, les chiffres suivants :

Le coefficient de hausse des *frais médicaux* d'assurance-maladie par rapport à 1939, ressort en 1945 à 4. Ce même coefficient, en matière d'*indemnités journalières*, ressort à 7,8.

Ces deux chiffres n'appellent point de bien longs commentaires. Ils mériteraient cependant selon nous d'être mis sous les yeux de certains membres de la Commission nationale tripartite, qui ne sont pas loin d'accuser les médecins de mettre en péril par leurs hausses de tarifs l'équilibre financier de la Sécurité sociale.

Nous ajouterons à cet égard un autre chiffre — qu'il est bon de rappeler aux représentants des Caisses lors de la discussion d'accords plus ou moins verbaux : l'ensemble des frais médicaux et chirurgicaux ne représentaient en 1945 que 19 % environ des dépenses totales de l'assurance maladie.

Mieux que nous ne saurions le faire, les statistiques officielles montrent donc avec évidence que les honoraires médicaux sont loin de s'aligner — comme les indemnités journalières — sur la hausse du coût de la vie, et que l'augmentation de leur taux n'a qu'une répercussion secondaire sur les charges des Caisses.

(1) Novembre 1946, p. 702.

Pourquoi s'affilier à la « MUTUALITE FAMILIALE ? »

Parce qu'il faut prévoir les revers du sort : la maladie, l'accident.

Parce qu'une société purement confraternelle est plus libérale et plus compréhensive qu'un vaste organisme nationalisé.

Parce que son budget est grevé de moins de frais généraux.

Parce qu'elle n'a pas le souci de faire des bénéfices.

Demandez la documentation concernant les indemnités journalières (jusqu'à 300 francs par jour), 37, RUE DE BELLEFOND, PARIS (9e).

Migraines, Rhumatismes
Toutes Algies

CURATINE BRUNET

1 à 4 cachets par jour

LABORATOIRE BRUNET
23, rue des Écouffes - PARIS-4e

FURONCULOSE
DERMATOSE

ALLERGANTYL
MILUC

Solution et Pommade

HEMOPYLORE 3

AMPOULES BUVABLES DE 5CC ET 2CC

la 1ère Combinaison des méthodes de WHIPPLE, CASTLE & WILLS

Anémies
Anorexie

LABORATOIRE ROGER BELLON
LOUIS FERRAND
Ex-Interne, Lauréat des Hôpitaux de Paris
PHARMACIEN-GÉRANT
(GAMBÉOL, RECTOCALCIUM, ACTIPHOS, GLOBIRON)
78bis, Avenue Marceau - PARIS (8e)

CORRESPONDANCE

APPLICATION DES TARIFS D'HONORAIRES DE SÉCURITÉ SOCIALE.

5244. — **Pc à domicile.**

Je serais heureux de savoir si dans le tarif des honoraires pour accidents de travail il y a une différence entre les Pc pratiqués au Cabinet du médecin et au domicile du blessé, comme entre la consultation et la visite.

Eventuellement, je serais heureux aussi de savoir de combien elle est et comment on peut l'indiquer sur la note d'honoraires.

Dr P.

Réponse :

Voir la nomenclature art. 24, alinéa 4 où il est dit : « Lorsqu'un acte en Pc est accompli au domicile du malade..... l'indemnité fixe de déplacement ou l'indemnité kilométrique s'ajoute au prix de l'acte. Le médecin inscrit sur la feuille de maladie : Pc 3 (par exemple) à domicile. »

Dr F. Decourt.

4920. — **Honoraires à l'hôpital pour assistance du médecin traitant.**

Je suis chirurgien d'un hôpital-clinique ; les A.S. et les Caisses chirurgicales refusent de payer les honoraires du médecin assistant ou m'aidant à l'opération, sous prétexte qu'il y a une loi spéciale aux hôpitaux cliniques interdisant cela. Or, sur la nouvelle Nomenclature des A.S., les honoraires du médecin sont tarifés Pc 5.

Pourriez-vous me dire si le non-paiement du médecin est le fait d'une ordonnance spéciale aux hôpitaux-cliniques, ou de l'arbitraire des Caisses, et dans ce cas ce qu'il faut faire, les médecins refusant à la commission administrative toute collaboration s'ils ne peuvent pas recevoir la juste rémunération de leur travail.

Dr C.

Réponse :

1° *L'art. 8 de la convention-type approuvée par l'arrêté du 8 janvier 1946, porte au deuxième alinéa : « ... les dispositions de la nomenclature relatives à l'assistance du médecin traitant à l'opération sont applicables aux interventions effectuées à l'hôpital public.*

« 2° *A l'hôpital les honoraires non compris dans le forfait par tarif global de la nomenclature sont remboursés :*

1° *Sur la base d'un tarif journalier d'après le tarif réglementaire en ce qui concerne les hôpitaux publics ;*

2° *Sur la base des tarifs prévus dans les conventions conclues entre les Caisses régionales de Sécurité sociale et les Syndicats de Praticiens pour les hôpitaux privés (art. 9 de l'arrêté du 29 octobre 1945). »*

Dr F. Decourt.





APPLICATION DE LA NOMENCLATURE

5399. — Actes médicaux de nuit.

Abonné à votre journal, j'ai cherché à la nouvelle nomenclature l'augmentation d'honoraires pour soins donnés la nuit ou les jours fériés, et si j'ai trouvé, pour les actes effectués la nuit, un article 18 spécifiant que les actes de coefficient supérieur à 12 (*sic*) effectués la nuit donnaient droit à une augmentation égale à K × 5 ; je n'ai rien trouvé, ni pour les actes effectués les jours fériés, ni pour ceux effectués la nuit, lorsqu'ils sont inférieurs à K 12 (K 12 et P C 12 vraisemblablement).

Alors, si je ne me trompe pas, et puisque les honoraires relatifs aux soins donnés aux accidentés du travail sont réglés désormais selon cette nomenclature, quels sont les honoraires que les médecins doivent demander aux Compagnies d'Assurances pour les soins donnés aux accidentés les jours fériés ou la nuit, lorsque les soins donnés sont inférieurs ou égaux à 12 ?

Dr H.

Réponse :

Il n'y a que pour les visites une majoration pour les dimanches ou pour la nuit (art. 21). L'article 18 s'applique uniquement aux actes effectués la nuit, mais d'un coefficient égal ou supérieur à K 12. Tout cela vous l'avez bien constaté. Il en résulte évidemment qu'il n'y a pas de majoration de ce genre pour les actes en Pc. ni pour les actes inférieurs à K 12. Dans l'ancien tarif A.T., la visite de nuit était comptée triple et l'acte effectué de nuit majoré de 25 %. Il est fort regrettable qu'on ait « oublié » ces dispositions, très légitimes cependant, le repos du médecin étant tout aussi nécessaire à celui-ci qu'à tout être vivant, même au-dessous de K 12.

Dr F. Decourt.

5620. 1° Pc ou C ? 2° Actes à domicile.

Un accident du travail (plaie de 4 doigts main droite) a nécessité 10 consultations : 17-18-19-20-22-23-25-27-29-31 août.

J'ai réclamé, à tort, je crois, 10 consultations × 64.

La Compagnie d'Assurances La Nationale me règle 10 Pc × 60.

Or, je pense que la première consultation n'est pas une Pc, puisqu'il y a eu *examen du blessé avant* pansement et que le tarif du Pc est inférieur à la consultation.

La dernière, du 31 août, sans pansement, n'est pas un Pc, mais une consultation pour examen et établissement du certificat de reprise de travail.

Au cours du traitement, il semblerait logique d'admettre un ou deux examens-consultations à 64 au lieu de Pc = 60.

J'ai soumis le cas au Président de la Fédération du Calvados qui est de mon avis.

D'autre part, pour un autre accident, en cas de *visites* (et non consultations) journalières (plaie de la jambe), dois-je compter V = 80 ou Pc = 60, avec déplacements en plus, bien entendu ?

Dr D.

Réponse :

a) *La première consultation n'est évidemment pas un Pc, mais un C, puisqu'il y a examen en vue du diagnostic et pronostic à poser. De même, au cours du traitement, il serait normal de compter quelques C sans abus, cela va de soi.*

b) *En cas de Pc ou de K à domicile, les indemnités de déplacement sont à compter en plus. (Voir art. 17 de la nomenclature.)* Dr F. Decourt.

5537. — Indemnité de déplacement.

Je voudrais vous signaler un détail au sujet de la

FOIE ET REIN DEFICIENTS
CHOPHYTOL
AMPOULES INJECTABLES
DRAGÉES. GOUTTES par os
Laboratoires ROSA 11 Rue Roger Bacon – PARIS 17e

MYRTINE BÉRAL
contre
la MUCO-PURULENCE
BRONCHO-PULMONAIRE
AMPOULES (2 cc hypod ou muscul indolore) 2-4 cc
SUPPOS (Adultes et Enfants) 1-2
GOUTTES X à XL dans un peu de lait
LABORATOIRE BERAL 36, Avenue Hoche - Paris

Vaccin contre la VARIOLE
Service Vaccinal du « Concours Médical »
assuré par
L'INSTITUT DE VACCINE
8, Rue Ballu
PARIS (IXe)
Téléph : TRInité 46-15

nouvelle nomenclature des A. S. qui vous a peut-être également frappé, et qui n'est pas précisé.

L'article 26 de ladite nomenclature indique en effet : « ...Lorsqu'un acte en Pc est accompli au domicile du malade..., l'indemnité fixe de déplacement ou l'indemnité kilométrique s'ajoute au prix de l'acte. Le médecin inscrit sur la feuille de maladie : Pc × 3 (par exemple) à domicile. »

L'article 17 dit de même : « Lorsqu'un acte inscrit à la nomenclature doit être effectué au domicile du malade, les frais de déplacement du médecin sont remplacés, en sus de la valeur de l'acte. »

Or, en aucun endroit, ni de la nomenclature, ni d'aucune convention, ni d'aucun tarif syndical, le terme et la valeur de l'indemnité fixe de déplacement à l'intérieur de la commune ne sont définis.

Faut-il comprendre que là où la consultation était à 80 francs et la visite à 100 francs, l'indemnité fixe de déplacement, à l'intérieur de la commune, doit être fixée à 20 francs ? Dans ce cas, pour un acte Pc 2 fait à domicile, le médecin devait-il demander 20 francs de plus que le tarif du Pc 2 ?

S'il en est ainsi, et vous seriez très aimable dans ce cas de me le confirmer, soit dans la nomenclature, soit dans les tarifs, afin que l'attention des médecins, comme celle des Caisses soit attirée sur le fait ?

Dr D.

Réponse :

L'indemnité de déplacement dans une même commune, est la différence entre le prix de la consultation et le prix de la visite ; si la première est de 80 francs — et la seconde de 100 francs — c'est que l'indemnité de déplacement est de 20 francs. C'est d'ailleurs pourquoi, quand il s'agit de communes différentes, on ajoute le montant de l'indemnité kilométrique au prix de la consultation et non à celui de la visite. Autrement, on compterait deux fois une partie du déplacement.

Dr F. DECOURT

★

AUTOMOBILISME

690. — L'influence du froid sur la suspension des voitures.

Comment se fait-il que, dès que la température s'abaisse au-dessous de zéro, ma voiture, qui est une Simca 8 âgée de 7 ans et qui a fait 30.000 km., soit privée de toute suspension, à telle enseigne que j'ai l'impression de me promener dans une charrette à foin sur une route défoncée?

Dès qu'il dégèle, la voiture se trouve de nouveau suspendue et amortie.

Y a-t-il un remède à cet état de choses?

Si oui, je vous serais bien reconnaissant de me l'indiquer, car c'est bien fatigant de conduire dans ces conditions.

Dr B.

Réponse

Le durcissement de la suspension de votre Simca 8 par temps froid provient à peu près sûrement du fait que l'huile qui garnit les amortisseurs avant est trop épaisse. Vidangez-les donc complètement et mettez de l'huile très fluide. Si vous manquez d'huile fluide, ajoutez du pétrole ou du gas-oil à l'huile que vous avez.

Je ne vous conseille pas de toucher aux amortisseurs arrière, qui sont très peu accessibles et qui doivent être remplis avec un liquide spécial... à moins que vous n'ayez fait mettre de l'huile très épaisse.

Henri PETIT.





INSTRUMENTS de Précision
pour la Médecine
et la Chirurgie

Établissements SPENGLER
— 16, Rue de l'Odéon, PARIS-6e —

Tous les Appareils
pour la Mesure
de la Tension Artérielle

CONNAITRE

CAHIERS DE L'HUMANISME MEDICAL

CAHIER N° 5

TRAVAIL ET MÉDECINE

SOMMAIRE

Editorial (Connaître). — Finalités économiques, techniques et humaines dans l'industrie (Yves Mainguy). — Le travail féminin dans l'industrie (Soubrane). — Sociologie de la médecine du travail (René Barthe). — Les résultats d'une expérience (Dhers). — Les conditions sociales de la joie au travail (J. Wilbois). — L'ingénieur en face de la médecine du travail (Jean Daric). — La médecine du travail vue par un ouvrier (Marius Chirat). — La médecine est-elle un travail ? (Jean Mignon). — CHRONIQUES : *Les courants de pensée* : Gustave Thibon (E. et H. Biancani) ; SCIENCES : La Médecine expérimentale. Les lois de la nature. Les lois du hasard (I.-A. Galloway) ; Sur le Chemin de Pétrarque (René Barthe) ; Les Expositions (Pierre Mornand) ; La Musique ; Le Cinéma ; Correspondances. — BIBLIOGRAPHIE. — REVUE DES REVUES.

PRIX DU NUMÉRO : 160 francs.

PRIX DE L'ABONNEMENT (5 numéros par an) : 700 francs. Au *Concours Médical*, 37, rue de Bellefond, Paris (9e). Ch. Post. Paris 167-95.

RAPPEL DES CAHIERS DÉJA PARUS : N° 1. *La Médecine et l'Homme.* N° 2. *Familles, Peuples et Médecine* (épuisés) *et l'Homme.* N° 2. *Familles, Peuples et Méddecine* (*épuisés*). N° 3. *Education et Médecine.* N° 4. *Masses, Elites et Médecine.*

DEMANDES & OFFRES

N° 839. — A vendre dans ville du Sud-Est cab. gynécologie et accouchement. Pratiquem. seul spécialiste. Grosse clientèle. Ecr. Journal qui transm.

N° 840. — A vendre très bon état, ondes courtes Walter O. B. 4, 26, rue Gante. Villemonble. Tél. : 364.

N° 841. — Disposant gr. propriété 8.000 m2, banlieue Nord 15 km. Paris. Possibilité clinique en transform. construction existante. Cherche associat. ou location. Mén. 97-13. de 14 h. à 18 h.

N° 842. — Au plus offr. vends appar. R. X, access ; lampe R. U. V. Walter charbon ; fichier Desfours ; collect. Ridendo et Chanteclair 1908 à 1939. Ecr. Jour. qui transm.

N° 843. — A vendre contact tournant Drault et pupitre commande parfait état.

N° 844. — Ach. appar. Diathermie. Duflos de préférence. Dr Guilhendou, Aizenay, Vendée.

N° 845. — A céd. cient. méd. gén. chef-lieu de canton, 130 km. Paris.

N° 846. — Méd. rech. situat. dans labo. spécialités représentat. toutes rég. Ecr. Journ. qui transm.

N° 847. — Méd. cherche à acheter ou acquérir en viager belle propriété pour exercer profession, toutes régions, sauf bord de mer et Est.

N° 848. — Poste à prendre dans Sud Finistère, bord de mer. Maison confort.

N° 849. — Méd. offre 3 fois par sem. de 14 h. à 16 h. salon d'attente, cab. de consult., salle d'exam. très belle situation, plein centre. Ecr. Journ. qui transm.

N° 850. — Fille méd. 28 ans, ayant dirigé intérieur, cherche poste confiance dans milieu médic. Province (sauf Est). De préférence clinique ou mais. santé. Ecr. Journ. qui transm.

N° 851. — Jeune fille, bonne présent., sér. référ., élève aide-médico-sociale, cherche à partir janvier, pour apr.-midi, place d'assist. secrét. chez chirurg. ou méd.

Gérant : MIGNON
Février 1879
Lang, Blanchong et Cie, 30, rue du Poteau - Paris (18e). — 31.1040
Dépôt légal : N° 8
4e trimestre 46



CHLORO-CALCION

La bactériothérapie lactique rénovée

FERMENT LACTIQUE INTESTINAL VIVANT

VIVACIDOL

(VIVANT + ACIDOPHILUS)

Ampoules buvables 1 à 4 par jour

LABORATOIRES F. BOUCHARD
83, RUE DUTOT, PARIS-15e

FAUTEUILS ROULANTS DUPONT

Cent ans de spécialisation dans le confort du malade

VENTE & LOCATION
10, Rue Hautefeuille - PARIS (6e)
Téléphone : DANTON 05-61 - 05-62
Succ. à LYON, 6, Place Bellecour

Gouttes Livoniennes

Affections chroniques des Voies Respiratoires

Au Tolu
Goudron
Créosoté

Par jour,
2 à 6 capsules
aux repas

Laboratoires Trouette-Perret, 61, Avenue Philippe-Auguste, Paris (11e)

ROUGEOLE - BRONCHITES - BRONCHO-PNEUMONIE
DIÉNOL
TOUS ÉTATS FÉBRILES ou TONI-INFECTIEUX
VOIE RECTALE 2 à 3 tubes doses par 24 h.
VOIE HYPOD. 2 amp. de 10 cc. par 24 h.

DÉPRESSIONS NERVEUSES
PHOSPHONEUROL
SURMENAGE surtout avec INSOMNIE
30 à 40 gouttes au repas de midi.

DIGESTIONS INCOMPLÈTES
Dragées "ELKIN"
DOULEURS POST-PRANDIALES
2 dragées après les repas.

TOUX SPASMODIQUES
SODERSEINE
COQUELUCHE
3 à 6 cuillerées à soupe par jour.

LABORATOIRES DEPRUNEAUX
23, Rue du Parc, FONTENAY-sous-BOIS (Seine)
(près PARIS)

---

ne manquent pas

HORMOCRINOL

(F) et (M)

Médication Thyro-génitale
associée aux électrolytes activateurs
PHOSPHORE et POTASSIUM

TROUBLES DU MÉTABOLISME
RHUMATISME ENDOCRINIEN
TROUBLES GÉNITAUX ET CIRCULATOIRES

6 à 8 comprimés par jour

GOSSYPIOL

MAURIN

16 DRAGÉES en deux jours
déterminent les règles et calment les douleurs

Laboratoires JAMMES, 86, r. Michel-Ange, Paris

GASTRHÉMA

CONTRE LES ANÉMIES
ASTHÉNIE - ANOREXIE - HYPOPEPSIE
17, Avenue de Villiers — PARIS (17e)

EXTRAIT DE MUQUEUSE D'ANTRE PYLORIQUE
1 à 3 amp. buvables, par jour

FRÉNASMA

TROIS A QUATRE COMPRIMÉS PAR JOUR. UN A DEUX DÈS LE DÉBUT DE LA CRISE.

LABORATOIRES DU GASTRHÉMA
17, AVENUE DE VILLIERS
PARIS (17e)

ASTHME - EMPHYSÈME - BRONCHITES CHRONIQUES - MÉDICATION PRÉVENTIVE, ABORTIVE ET CURATIVE DES CRISES

granulés
CAS AIGUS

Choléfluine

CHOLAGOGUE - ANTIANAPHYLACTIQUE
(HYPOSULFITE DE SOUDE)

comprimés
CAS CHRONIQUES

LABORATOIRES LECONTE, 29, rue Duret, PARIS-16e

Boldolaxine

LABORATOIRE EMILE CHARPENTIER
7, RUE DU BOIS DE BOULOGNE PARIS. XIVe

Toutes les indications du Calcium et de la Vitamine D

ULTRACALCIUM

PHOSPHORE CALCIUM VITAMINE D

RECALCIFIANT COMPLET ET ÉQUILIBRÉ

EN COMPRIMÉS OU DRAGÉES A CROQUER

LABORATOIRES DEROL, 66 TER RUE St DIDIER. PARIS 16e

AGOCHOLINE

DU DOCTEUR ZIZINE

STIMULANT HÉPATIQUE ET BILIAIRE

POSOLOGIE :
1 à 3 cuillerées à café le matin à jeun, dans un demi-verre d'eau chaude.

LABORATOIRES DU DOCTEUR ZIZINE
24, Rue de Fécamp
PARIS-12e

68e ANNÉE — Nº 52 — 28 DÉCEMBRE 1946

Méd
374-381

LE CONCOURS MÉDICAL

37, RUE DE BELLEFOND - PARIS (9e) - TRU 33-66

SOMMAIRE

PARTIE SCIENTIFIQUE.

Sur quelques cas de laryngo-trachéite aiguë à caractère épidémique (Pr G. Beltrami) .. 1.623

Le dispensaire et la prophylaxie de la tuberculose dans les campagnes (Dr J. Angenary) 1.625

A propos de l'épidémie actuelle de poliomyélite (Dr Duchêne-Marullaz) 1.627

Les Sociétés Savantes, 1.628. — La Presse, 1.631.

PARTIE PROFESSIONNELLE.

Propos du Jour. — Nécessité de codifier l'urbanisme (G. Lavalée) 1.632

Droit Professionnel. — Secret professionnel et certificats de décès (H. Meillet) 1.634

Un referendum dans le corps médical de Grande-Bretagne (Dr F. Decourt) 1.636

Libres Opinions. — L'avenir de la médecine libérale (Dr J. Maréchal) 1.638

DEMI-COLONNES.

Dernières Nouvelles, 1.617. — Echos et Commentaires, 1.640.

FACULTÉ DE MÉDECINE
LYON-LYON

COLIBACILLOSE-BLENNORRAGIE-STREPTOCOCCIES

LYSOTHIAZOL
(640 M)

Comprimés 0 g., 56 de LYSOTHIAZOL.

Éts MOUNEYRAT
VILLENEUVE-LA-GARENNE (Seine)

Une nouvelle forme

NAIODINE SURACTIVÉE
B. FORTE

Laboratoires Jacques LOGEAIS.

Vitamine B_1 25 mgrs. pour 10 CC.

PYRÉTHANE

Antinévralgique Puissant

18, Rue Ernest-Rousselle - PARIS-13e

Infangyl Carlier
TOUX INFANTILES

VÉRITABLE HUILE DE
HAARLEM
G. de KONING TILLY
GOUTTES — CAPSULES

Laboratoires THOMAS, 2, rue Ste-Cécile, PARIS 9e

Silicyl
Médication de BASE et de RÉGIME des ÉTATS ARTÉRIOSCLÉREUX et des carences siliceuses

18, Rue Ernest-Rousselle - PARIS-13e

PROVACS

(TRAITEMENT DES INFECTIONS FUSO-SPIRILLAIRES (SPIROCHETES ET BACTERIES ANAEROBIES DE LA FLORE BUCCO-DENTAIRE)

Vaccinothérapie des infections aiguës
Désensibilisation immunisante des infections chroniques

ANGINE/, ANGINE DE VINCENT, /TOMATITE/, PHLEGMON/ DES MAXILLAIRE/, et ACCIDENT/ DE LA DENT DE /AGE/SE

POSOLOGIE { cas aigus : doses fortes de 1 à 3 cc. par jour
cas chroniques : doses faibles espacées et croissantes
en injections sous-cutanées. Pas de contre indications.

LABORATOIRES **DAUFRESNE** 42, rue Thiers-LE HAVRE

RECONSTITUANT GLOBULAIRE
MÉTHODES de WHIPPLE et de CASTLE

OPOFERROL

Extraits hémolétiques de FOIE DE VEAU d'ANTRE PYLORIQUE de PORC, de RATE
OXYHÉMOGLOBINE

★

TOUTES LES ANÉMIES de l'ENFANT et de l'ADULTE
quelles qu'en soient les origines

★

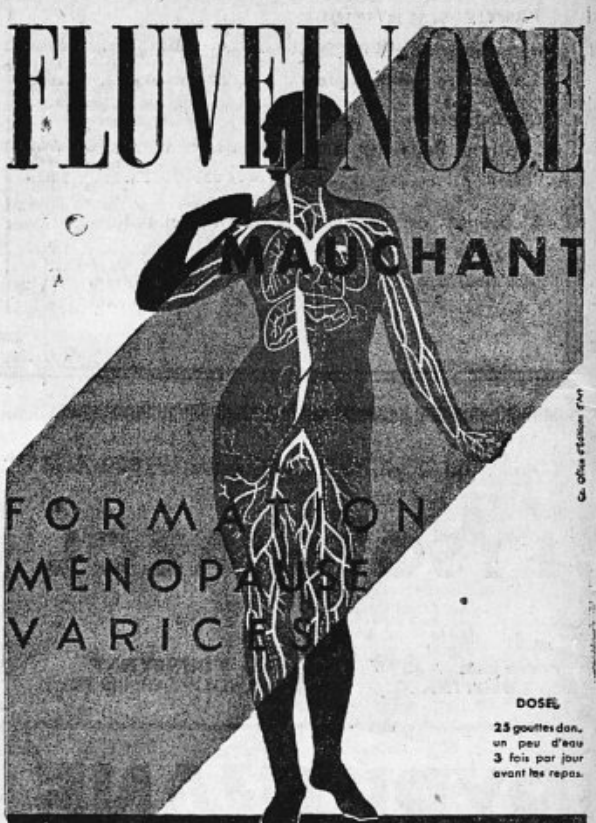
AMPOULES BUVABLES

ENFANTS . . . 3 cc. 1 à 3 par jour
ADULTES . . . 10 cc. 1 à 3 par jour

LABORATOIRES DE L'OPOCALCIUM
96, Rue Orfila — PARIS-XXe

FLUVEINOSE

MAUCHANT



DOSE
25 gouttes dan. un peu d'eau 3 fois par jour avant les repas.

RÉGULATEUR DE LA CIRCULATION VEINEUSE

LABORATOIRE MAUCHANT - GENNEVILLIERS (SEINE)
A. EURY, Docteur en Pharmacie

---

2 comprimés à chacun des 3 repas

Bromésérine

G. BLAQUE

neuro-sédatif général

LABORATOIRES BLAQUE, 59, RUE BOISSIÈRE. PARIS. KLE. 88-70

DERNIÈRES NOUVELLES

A nos abonnés.

Comme toutes les entreprises françaises, les journaux médicaux vivent des jours bourrelés de soucis et d'appréhension. La hausse continue des prix retentit alternativement sur le coût du papier, de l'impression, de l'expédition, sur les frais généraux, quand ce n'est pas sur les quatre postes à la fois. Il en résulte qu'un prix de revient, si soigneusement étudié soit-il, n'est plus valable que l'espace de quelques semaines, et que les derniers numéros d'un abonnement d'un an sont servis à perte.

C'est à cette préoccupation que répond la résolution suivante adoptée par le Syndicat des journaux médicaux :

« Dans l'impossibilité où les journaux médicaux se trouvent actuellement d'établir un prix de revient, et devant la perspective d'un relèvement continu en cours d'année des frais d'impression et de papier, et des frais généraux, le Syndicat des Journaux médicaux a dû décider d'appliquer aux tarifs d'abonnement, au début de l'année 1947, une majoration nouvelle destinée à permettre à ses adhérents de faire face en cours d'abonnement aux nouvelles charges d'exploitation qui leur incomberaient. »

Cette majoration porte notre nouveau tarif d'abonnement à 600 francs par an (300 francs pour les étudiants) à compter du 1er janvier 1947.

Nous ne méconnaissons pas la charge que ce prix représente pour nos lecteurs et nous ne nous y sommes décidés que contraints par la nécessité. Nous savons que le plus grand nombre nous fait assez confiance pour admettre que si nous lui demandons d'accepter cette charge c'est que nous n'avons pu faire autrement.

Pour ceux qui seraient tentés de la trouver exagérée il nous faut rappeler ici qu'en moins d'un an notre journal a augmenté sa périodicité (de trimensuel à hebdomadaire), le nombre de ses colonnes, qu'il a amélioré sa présentation, qu'il a repris déjà un certain nombre de ses chroniques extra-médicales d'avant-guerre et se propose de les développer encore, qu'il s'est constamment efforcé de représenter pour les praticiens français non seulement un véritable outil de travail, non seulement un lieu d'échange de pensées et d'aspirations, mais aussi un organe de culture conçu spécifiquement pour eux.

Faculté de Paris.

LEÇON INAUGURALE DU Pr MOREAU. — Le Pr René Moreau a fait le 12 décembre dernier sa leçon inaugurale à la Chaire de Pathologie Médicale devant un auditoire plein d'enthousiasme fervent. Après l'habituel portrait de ses maîtres, marqué tantôt d'une pointe malicieuse, tantôt d'un éloge vibrant, le Pr Moreau a invité les étudiants à travailler en équipes en ne négligeant rien des dernières acquisitions scientifiques, mais aussi en gardant toujours pour but de faire une médecine qui soit vraiment « humaine ». J. GOSSET.

Le Concours Médical

Hebdomadaire fondé en 1879 par A. Cézilly.
Directeur honoraire : Docteur J. NOIR.
Directeur : Dr G. LAVALÉE.
Rédacteur en Chef : Dr G. FISCHER.
RÉDACTION, ADMINISTRATION ET PUBLICITÉ, 37, rue de Bellefond, Paris (9e).
Téléphone : TRU 33-66. R. C. Seine 76.579.
Chèques postaux, Paris 167-95.
ABONNEMENTS
1 an, 400 francs (600 *fr. à compter du 1er janvier* 1947). Etudiants, 200 fr. Le N° 15 fr. Changement d'adresse, 10 francs.

LABORATOIRES
ADRIAN
4, rue Ficatier - Courbevoie (Seine)

REVULSIF ADRIAN

●

EUCALYPTO GAÏACOL

AMPOULES 1, 2 et 5 cc.
DRAGÉES
SUPPOSITOIRES
Adultes, Enfants, Nourrissons

●

Echantillons sur demande

CACODYLINE

JAMMES
A : 10 cgs.
B : 20 cgs. D : 50 cgs.
C : 30 cgs. E : 1 gr.
ET
MAGNÉSIO-CACODYLINE

IODINJECTOL

3 FORMES { SIMPLE / SALICYLÉ / GOUTTES

Une injection intramusculaire ou intraveineuse par jour. 60 à 100 gouttes par jour.

Laboratoires JAMMES
86, Rue Michel-Ange, 86
PARIS (16e)

Faculté de Médecine de Paris.

Chaires de physiologie et médecine expérimentale. — Un cours supérieur de Physiologie et Médecine expérimentale sera organisé en liaison avec les deux chaires intéressées. Les leçons auront lieu cinq fois par semaine à la Faculté, à 14 h. 30, amphithéâtre Vulpian, et seront complétées par des démonstrations pratiques. Ce cours commencera le mercredi 15 janvier 1947.

Cet enseignement s'adresse surtout aux internes des hôpitaux qui se destinent aux concours. Les inscriptions sont reçues au Secrétariat de la Faculté, guichet n° 4, les lundis, mercredis et vendredis de 14 à 16 heures. Droits d'inscription : 3.000 fr. Un examen écrit de 3 heures aura lieu à la suite du cours, il portera sur l'enseignement donné et servira à l'attribution d'un certificat de Physiologie et Médecine expérimentale.

Chaire de Stomatologie.

Le Pr *Dechaume* fera sa leçon inaugurale au grand amphithéâtre de la Faculté, le mardi 14 janvier 1947 à 18 heures. Il continuera son enseignement : 1° par des présentations de malades, les samedis matin à 8 h. 30 à l'amphithéâtre de la Pitié ; 2° par une série de conférences pendant le semestre d'été.

Enseignement des hôpitaux libres.

Le Pr Lipshuts, de Santiago du Chili, a fait le 17 décembre, à 21 heures, à l'amphithéâtre de l'Institut prophylactique, 36, rue d'Assas à Paris, une leçon sur : « Les aspects pratiques des nouvelles connaissances sur les actions tumorigènes et antitumorigènes des stéroïdes. »

Elections à la Société des hôpitaux libres.

La Société Médico-chirurgicale des Hôpitaux libres a procédé le mardi 3 décembre 1946 au renouvellement de son Conseil d'administration pour l'année 1947

Président : M. Germain Bleckmann ; vice-présidents : MM. Iselin, Durand (de Courville), Larget, Nora ; secrétaires généraux : MM. Delort, J.-A. Huet, Martiny ; membres : MM. Auclair, Courtois, Denet, Desaux, Charry, Longjumeau, Moulonguet, F. Viala ; trésorier : M. André Ribardière ; bibliothécaire : M. Houzel ; conseil juridique : Me Maurice Garçon.

A la séance du mardi 3 décembre 1946 : M. Rouquès Pierre-Jean, chirurgien de l'hôpital de Créteil ; M. Trotot Raymond, assistant de neuro-chirurgie à l'hôpital de la Pité, ont été élus au titre de membres titulaires.

Association générale des médecins de France.

L'Association générale, groupant ses 90 sociétés mutualistes, a tenu le 17 novembre, à son siège social, 60, boulevard Latour-Maubourg, sous la présidence du Pr Baudouin, son Assemblée générale annuelle qui a réuni de nombreux délégués de province et a eu pour objet la discussion des questions actuelles de l'Entr'aide.

Dans la distribution des secours, elle a fait un effort qui s'amplifiera avec l'augmentation des cotisations, malgré le difficile problème, non encore actuellement résolu, du cumul des cotisations d'entr'aide. Les subventions aux Sociétés départementales, dès cette année, dépassent souvent par allocataire secouru 8.000 francs qui s'ajoutent au secours accordé par la Société elle-même.

Les délégués ont vivement manifesté, par ailleurs, leur émotion de voir le plan de Sécurité sociale anéantir les projets et les avantages acquis de la profession, spécialement en matière d'allocations familiales, et leur désir de voir généraliser dans le cadre professionnel l'œuvre de secours de l'A. G. et ses institutions de prévoyance (indemnité de maladie et longue maladie, invalidité-décès, retraites individuelles).

En conséquence, l'Ordre du jour suivant a été voté à l'unanimité :

ENTÉRITES
aiguës et chroniques.
Putréfactions intestinales - Coliques gauches - Diarrhée - Constipation - Dermatoses d'origine intestinale.
BULGARINE
Culture pure de Bacilles Bulgares sur milieu végétal
3 Formes
Comprimés - Gouttes - Bouillon
LABORATOIRES THÉPÉNIER
10, rue Clapeyron - Paris (8e)

MÉDICAMENT DES ANGOISSÉS DU CŒUR
PRODUIT PHYTOTHÉRAPIQUE
EUPHYTOSE
Deux formes : Solution, Comprimés
LABORATOIRE MADYL
14, Rue de Miromesnil, PARIS (8e)

La meilleure manière de prescrire le PHOSPHORE sous une forme entièrement assimilable
FOSFOXYL CARRON
" Phosphore colloïdal "
TOUTES DEFICIENCES ADULTES et ENFANTS
SIROP anisé
PILULES dragéifiée — LIQUEUR menthée (non sucrée)
Laboratoire B. CARRON, — Clamart (Seine)

Les Sociétés de l'Association générale des médecins de France, réunies en Assemblée générale le 17 novembre :

1° Réclament l'action concertée du Conseil national de l'Ordre des Médecins, de la Confédération des Syndicats médicaux français et de l'Association générale des Médecins de France pour obtenir des Pouvoirs publics :

a) Que le régime de la Sécurité sociale mette les travailleurs indépendants en général et les médecins en particulier à même de défendre efficacement leurs intérêts propres et ceux de leurs familles, ces intérêts risquant d'être méconnus par les Conseils des Caisses, tels qu'ils sont actuellement composés.

b) Que l'organisation nouvelle maintienne en matière d'Allocations familiales les avantages dont les médecins bénéficiaient jusqu'à maintenant au sein de la Caisse des Allocations familiales des professions médicales.

2° Demandent au Conseil national de l'Ordre d'établir pour la profession médicale un régime de sécurité, d'entr'aide et de prévoyance avec le concours de l'Association générale et de ses Sociétés mutualistes fédérées.

(*Communiqué*, 29 *novembre* 1946).

Assemblée générale de la Confédération des Syndicats Médicaux Francais (*Séance du* 16 *décembre* 1946).

ORDRES DU JOUR ADOPTÉS.

SÉCURITÉ SOCIALE. — *Modus vivendi transitoire* — Le Conseil de la Confédération estime urgent d'établir les bases d'un *modus vivendi* vis-à-vis des assurés sociaux qui, tout en maintenant les principes de la Charte médicale, permette à ceux-ci de bénéficier des avantages que leur accorde l'ordonnance du 19 octobre 1945, ceci en attendant les modifications dont il a établi le projet.

A cet effet, il décide :

1° Les syndicats départementaux établiront un barème d'honoraires syndicaux.

2° Ce barème sera établi en tenant compte notamment des tarifs minima de 1939, du coefficient d'augmentation des salaires, traitements et indemnités, et de l'augmentation beaucoup plus forte des frais professionnels.

3° Chaque barème sera homologué et le cas échéant fixé par le Conseil de la Confédération qui veillera à l'application loyale des règles édictées

4° Ce barème sera révisé lorsque les éléments prévus au paragraphe 2 se seront élevés ou abaissés dans une proportion qu'il conviendra de fixer et qui ne saurait être supérieure à 20 %.

5° Les barèmes ainsi homologués sont communiqués par les syndicats départementaux aux caisses primaires qui font leurs propositions à la caisse régionale intéressée en vue de la signature de conventions provisoires suivant les règles du *modus vivendi* : — conventions qui précéderaient éventuellement la signature de nouvelles conventions rendues possibles par les modifications réclamées à l'ordonnance du 19 octobre 1945.

6° En cas de désaccord sur les barèmes, entre les syndicats départementaux et les caisses régionales, une Commission paritaire composée de représentants de la Confédération des Syndicats Médicaux Français et de représentants de la Fédération Nationale des Caisses de Sécurité Sociale, est saisie du différend et procède à son règlement par voie amiable, compte tenu des éléments retenus d'un commun accord pour la détermination du montant des honoraires.

7° Pour apporter à la bonne marche de la Sécurité sociale une aide efficace et puissante, la Confédération des Syndicats Médicaux s'engagera :

a) A veiller à ce que les honoraires homologués par la Confédération soient maintenus dans des limites strictement raisonnables.



ACOLITOL

TOPIQUE INTESTINAL
COLITES, ENTÉROCOLITES, INTOXICATIONS, INFECTIONS

LANCOSME - 71, Av. Victor Emmanuel III, Paris (8e)

LIT MÉCANIQUE DUPONT
Cent ans de spécialisation dans le confort du malade

POUR SOULEVER ET SOIGNER LES MALADES
NOUVEAU MODÈLE PERFECTIONNÉ
RECOMMANDÉ PAR LE CORPS MÉDICAL
10, Rue Hautefeuille
PARIS (VIe Arr.)
Téléphone : Danton 05-61 et 62
Succ. à Lyon, 6, Place Bellecour

VENTE ET LOCATION

PASSIFLORINE
Le médicament des cœurs instables

La PASSIFLORINE
par sa composition atoxique
PASSIFLORE, AUBÉPINE, SAULE
est un calmant
du Système végétatif
et un
Régulateur toni-cardiaque

La PASSIFLORINE
est le grand remède phytothérapique
de l'Eréthisme cardiaque
avec
Palpitations et Tachycardie

Laboratoire G. RÉAUBOURG, Dr en Phie
115, Rue de Paris - BOULOGNE-sur-SEINE

b) A ce que les honoraires soient appliqués effectivement à tous les assurés dont les ressources globales, le train de vie, compte tenu des charges, ne permettent pas l'assimilation aux catégories aisées de la population. Ils le feront suivant leur conscience et dans l'esprit social le plus large, toute contestation d'honoraires devant être déférée à la juridiction professionnelle.

Seule la juridiction professionnelle devant arbitrer ou juger tout dépassement qui, hors les dérogations légales, apparaîtrait comme excessif.

c) Les médecins seront invités de façon pressante et continue :

— 1° A limiter au nécessaire, dans tous les cas, les prescriptions médicamenteuses et autres.

— 2° A freiner dans toute la mesure du possible l'absentéisme, c'est-à-dire prescrire les repos nécessaires, mais seulement ceux qui seront jugés indispensables au rétablissement complet des malades.

— 3° A collaborer au plan technique sanitaire et social, en particulier par une représentation plus importante au sein des Conseils d'administration des différents organismes.

Ont voté contre :

Hautes-Alpes, Aube, Aude, Calvados, Cannes, Cher, Côte-d'Or, Deux-Sèvres, ½ Hérault, Indre-et-Loire, Loir-et-Cher, Manche, ½ Marne, Marseille, Nièvre, Savoie, Haute-Savoie, Seine, 1 délégué sur 4 de la Seine-Inférieure, Var.

ALLOCATIONS FAMILIALES.

L'Assemblée Générale de la Confédération des Syndicats Médicaux Français,

— Après étude des incidences sur l'exercice de la profession des très lourdes charges fiscales et sociales qui accablent et menacent d'écraser complètement tous les médecins, et spécialement ceux d'entre eux dont le revenu est faible, les vieux, les débutants, et les chargés de famille ;

— Proteste énergiquement contre des assertions officielles et des campagnes de presse tendant à faire croire au pays que les professions libérales échappent à leur devoir fiscal, alors que les charges fiscales du médecin représentent le *tiers* et le *huitième* de leurs revenus bruts avec une contrepartie nulle en ce qui concerne la vieillesse et une contre partie très insuffisante pour les prestations familiales ;

Considérant que :

— La justice sociale impose la révision des modalités prévues pour l'intégration des médecins dans le plan de Sécurité sociale ;

— Qu'il est indispensable de réaliser d'urgence une répartition plus équitable à l'intérieur de la profession, des charges fiscales et sociales ;

— Que le Corps médical tient à organiser pour lui-même un système de protection sociale au moins équivalent à celui de tous les Français ;

— Emet le vœu que le Corps médical soit l'objet d'une légitime dérogation au système actuel de Sécurité sociale ;

— Réclame un système autonome tant pour les Assurances sociales proprement dites (assurances maladie, invalidité, maternité, vieillesse) que pour les allocations familiales ;

— Et décide de rechercher une action concertée avec les autres professions indépendantes, en vue d'aboutir au résultat à atteindre.

ASSURANCE VIEILLESSE,

L'Assemblée Générale de la Confédération des Syndicats Médicaux Français ;

— Considérant que le système de «l'assurance vieillesse » appliqué sans aucun assouplissement aux membres du Corps médical aboutit à faire verser par tous les médecins, et plus particulièrement par les médecins âgés, des sommes annuelles considérables, sans contrepartie appréciable ;

— Considérant, par ailleurs, que les médecins apportent de façons diverses une contribution largement effective au fonctionnement de la Sécurité sociale.

L'AEÏNE

CORTICO-SURRÉNAL + MALONYLURÉE

ANXIÉTÉ — ÉMOTIVITÉ — IRRITABILITÉ
et INSOMNIE

4 à 12 COMPRIMÉS PAR JOUR
ET + S'IL Y A LIEU. AUCUNE TOXICITÉ

LES PLUS HAUTES RÉFÉRENCES SCIENTIFIQUES ET HOSPITALIÈRES

Laboratoire de L'AEINE, 6, Place Clichy. — PARIS-9e

Les médecins réunis en Assemblée générale le 16 décembre 1946 décident de réclamer le droit de dérogation, dans les conditions analogues à celles qui sont reconnues à de nombreuses catégories de travailleurs, mineurs, fonctionnaires, etc., énumérées article 61 du R.A.P. du 8 juin 1946 ;

Ils donnent mission au bureau de la Confédération :

1° De demander au *Conseil Supérieur de l'Ordre* des médecins de prendre contact avec les Pouvoirs Publics :

a) En vue de présenter, sous forme d'une extension au Service d'entraide déjà existant, un projet de caisse autonome analogue à celui qui avait déjà été déposé entre les mains du ministre de la Santé. Ce projet devra d'ailleurs être amendé en fonction des circonstances actuelles et plus particulièrement du plan de Sécurité sociale, dont les médecins admettent le principe, mais non sans réserves quant à certaines modalités d'application ;

b) En vue de faire savoir que les médecins entendent bénéficier d'un régime spécial au titre de « l'assurance vieillesse », et saisiront le Parlement, dès l'ouverture de sa première session, en vue d'obtenir satisfaction. La force syndicale entière devra éventuellement être employée à faire admettre leurs légitimes aspirations ;

2° D'étudier, en commun avec l'Ordre, le projet de caisse autonome envisagé. Cette étude portera en particulier :

a) Sur l'organisation et le fonctionnement intérieur du système d'assurance qui devra être *décentralisé* et composé de caisses départementales indépendantes, fédérées et, éventuellement, réassurées à l'échelon national auprès d'un organisme central ;

b) Sur les caractéristiques financières du système qui, dans la conjoncture présente, doit être basé uniquement sur le système dit de *répartition*, par opposition au système de *capitalisation* actuellement infructueux ;

c) Sur les modalités de fixation et de perception de la cotisation, ainsi que sur celles concernant la répartition des allocations ;

d) Sur les modalités selon lesquelles une contribution équitable pourrait éventuellement être versée, à fonds perdus, pour la sécurité des autres travailleurs, compte tenu des contributions en nature de tous ordres, apportées par le Corps médical à la santé publique.

Retraite.

L'Assemblée Générale de la Confédération des Syndicats Médicaux Français :

— Demande au Conseil National de l'Ordre, à qui est dévolue l'organisation des œuvres d'entraide, d'employer tous moyens possibles auprès du Gouvernement et du Parlement, en vue de réaliser sur le plan professionnel l'assurance contre les risques : vieillesse, invalidité, maladie, décès.

— La situation très spéciale du Corps médical au regard des soins de toutes natures nécessaires pour le médecin lui-même et sa famille, justifie largement l'octroi d'une dérogation accordée déjà à un certain nombre de catégories de travailleurs manuels ou intellectuels.

— Les Syndicats médicaux français se déclarent prêts à appuyer sur ce point l'action qu'ils demandent à l'Ordre de déclencher sans délai.

Mariages.

Le docteur *Guy Dessensé* annonce son prochain mariage avec *Mlle Anne Sarciaux*, Saint-Domineuc (I.-et-V.).

Nécrologie.

On nous annonce la mort du docteur *Clavel*, père du docteur Marie Clavel, de Paris (Biarritz) ; du docteur *R. Allaud*, Fontenay-le-Comte (Vendée). Le docteur L. Dupuy fait part du décès de *M. Edouard Dupuy*, chirurgien dentiste, St-Junien (Hte-Vienne). eL professeur *N. Hetroy* a eu la douleur de perdre sa fille, *Dorothée*, âgée de 15 mois. Nos bien sincères condoléances. On nous annonce le décès du docteur *N. Henry* (Nice).

OPO-IODAMÉLIS
LOGEAIS

DYSENDOCRINIES
DE LA JEUNE FILLE ET DE LA FEMME
PUBERTÉ — MÉNOPAUSE
OBÉSITÉ

ASTHÉNIES DE L'AGE MÛR
OBÉSITÉ
SÉNILITÉ

ASSOCIE
LES PROPRIÉTÉS STIMULANTES
DE L'IODOTANIN DE L'IODAMÉLIS
A L'ACTION SPÉCIFIQUE
DE L'ORGANOTHÉRAPIE
MASCULINE OU FÉMININE



FORMULE "F"
Iodotanin de l'IODAMÉLIS . . 0gr. 10
Ovaire 0gr. 05
Ante Hypophyse 0gr. 005
Benzoate de Dihydro-Folliculine 40U. I

En comprimés enrobés



FORMULE "M"
Iodotanin de l'IODAMÉLIS . . 0gr. 10
Orchitine 0gr. 10
Ante Hypophyse 0gr. 005

LABORATOIRES JACQUES LOGEAIS - ISSY-LES-MOULINEAUX - PARIS

ODETTE ZEAU

MALADIE DE PARKINSON

POST-ENCÉPHALITIQUE
NARCOLEPSIES
HYPERSOMNIES
DÉPRESSIONS PHYSIQUES & PSYCHIQUES

Ortédrine

Ortédrine

Sulfate de phényl 1-amino 2-propane

Comprimés dosés à 0g.005, divisibles par 2

Accroît l'activité du système orthosympathique

Accroît l'activité physique & intellectuelle

POSOLOGIE MOYENNE

Très variable suivant les sujets

1 À 2 COMPRIMÉS PAR JOUR

Commencer par 1 comprimé, augmenter si nécessaire.

L'ORTÉDRINE DOIT ÊTRE ADMINISTRÉE DE PRÉFÉRENCE LE MATIN

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE • MARQUES POULENC FRÈRES & USINES DU RHÔNE

SPECIA • 21, RUE JEAN GOUJON • PARIS • 8ème

PARTIE SCIENTIFIQUE

SUR QUELQUES CAS DE LARYNGO-TRACHÉITE AIGUE A CARACTÈRE ÉPIDÉMIQUE

Professeur Geo **BELTRAMI,**
de la Faculté de Marseille

Personnellement atteint tout dernièrement par une laryngo-trachéite aiguë avec quintes de toux coqueluchoides cruellement pénibles et exténuantes, nous avons été frappés par la connaissance dans notre entourage direct de nombreux cas semblables. Une enquête sur place et dans la région, tant auprès de confrères médecins praticiens que de personnes ayant subi de telles atteintes, nous a révélé la fréquence actuelle et nouvelle de cette affection très diversement interprétée et soignée par les cliniciens. Nous avons pu réunir un nombre de cas qui donnent à ce syndrôme une certaine allure épidémique que nous avons cru devoir signaler.

Il s'agit de troubles purement locaux, caractérisés par une laryngo-trachéite aiguë et strictement limités à cette région, s'accompagnant de crises paroxystiques de toux extrêmement violentes à caractères coqueluchoides. Elle frappe principalement les adultes sans distinction de sexe aussi bien les gens âgés que les jeunes et même les lenfants. Elle semble être surtout répandue dans la classe bourgeoise, fréquentant les plages et les bords de la mer. Son début est assez insidieux et commence comme une simple laryngite. On ne note jamais de catarrhe oculo-nasal ni de coryza avec éternuements, mais la trachée ne tarde pas à se prendre et tout de suite s'impose au premier plan. Le sujet ressent d'abord des picotements extrêmement irritants qui le poussent à tousser en même temps qu'il éprouve une cuisson intense, une sensation de brulûre vive derrière le sternum. Alors apparaissent les quintes de toux qui deviennent rapidement de plus en plus fréquentes, longues, violentes et prolongées, se répercutant péniblement dans la tête, aboutissant après des efforts violents à l'expectoration de gros crachats d'abord muqueux puis ensuite muco-purulents. Il s'agit de véritables crises qui sont quelquefois très rapprochées, presque subintrantes, laissant le malade exténué, la tête " vide ' selon l'expression fréquente. Il n'y a pas ou peu de température. Le malade ne ressent pas le besoin de s'aliter, il va et vient, quelquefois même poursuit ses occupations, il ne souffre pas et ne demande qu'à être délivré de cette toux exténuante.

Il s'agit toujours d'une affection primaire, à l'examen du malade on ne relève aucun état antérieur bronchitique chronique ou asthmatique, c'est un " bien portant ", très souvent un sportif.

L'examen général n'apporte aucune précision mais il semblerait que le plus souvent on aurait affaire à cette classe qu'on appelait il y a peu de temps encore les neuroarthritiques qui se congestionnent facilement. Chose curieuse et extrêmement importante l'examen pulmonaire est négatif, l'auscultation ne révèle aucun signe de bronchite, aucune réaction des bronches supérieures, aucun signe aux bases, mais en échange on entend soit par devant de gros ronchus, soit derrière le sternum, dans la trachée et que l'on perçoit encore très nettement par auscultation entre les deux omoplates. La radioscopie ne décèle aucune hypertophie ganglionnaire. Les poumons s'aèrent normalement, les culs-de-sac sont libres.

L'examen nasal montre des cornets dont la muqueuse est souvent congestionnée ; il en est de même du cavum et du pharynx buccal. L'épiglotte est rouge. Les cordes vocales ont une teinte rose au lieu d'être d'un blanc nacré et leur bord interne peut parfois être légèrement œdématié. Pendant l'inspiration on voit la muqueuse trachéale fortement congestionnée et souvent recouverte d'un enduit catarrhal. Il n'est pas rare qu'elle soit d'un rouge sang au lieu de présenter sa teinte naturelle blanchâtre.

En somme, les lésions visibles des voies aériennes supérieures portent surtout sur le larynx et la trachée montrant qu'il s'agit essentiellement d'une forme de aryngo-trachéite ressemblant à la laryngite cararrhale chronique mais sans troubles locaux bien marqués.

Subjectivement le malade est exténué par les quintes de toux incessantes, par les crises très violentes avec congestion de la face, larmoiement, mais sans aucune reprise analogue à la coqueluche. Ces crises sont quelquefois subintrantes maintenant le malade dans un état d'anhélation et de surexcitation auxquels fait suite une profonde dépression jusqu'à la quinte ou à la série de quintes suivantes. Les secousses de cette toux se répercutent dans la tête et souvent pendant la quinte le malade y porte la main. Il souffre de la tête et suivant l'expression souvent entendue il se plaint d'avoir la " tête vide " et dans les périodes d'accalmie reste souvent prostré. Le sommeil est très difficile, interrompu par la toux quinteuse.

Malgré sa fréquence qui donne à cette affection un certain caractère épidémique il ne faut pas songer à une infection microbienne spécifique qui se répandrait nouvellement. Si les micro-organismes interviennent, ce n'est qu'à la période inflammatoire et ce sont les microbes banaux apportés par les poussières de l'air. Il apparaît que l'élément initial est purement congestif. Après un stade assez court de cavumite, le larynx se congestionne, cet état se manifeste par des picotements extrêmement désagréables et une toux sèche, rèche, comme si un corps étranger avait pénétré dans les voies respiratoires, puis selon l'expression imagée des patients " cela tombe sur la poitrine ".

Le facteur qui déclanche l'affection paraît être la congestion le plus souvent la congestion solaire.

En effet, on a souvent constaté ce syndrôme chez les gens s'exposant au soleil surtout à l'arrivée sur les plages, dans un état de nudité presque totale sans entraînement préalable et voulant dès le premier jour des vacances profiter au maximum. Mais plus encore que ces demi-nudistes adeptes du bain de soleil, plus nombreux sont ceux qui se promènent entièrement habillés, restent longuement au soleil et à la chaleur, principalement l'après-midi au moment où les rayons U.V. sont remplacés par les R.R.

Certains médecins toujours attachés à l'idée du " refroidissement " tendent à croire que cet état congestif ne fait que précéder le changement de température et, entraînant un abaissement brusque, permettrait l'invasion microbienne. Il est à remarquer que la direction et la qualité du vent ainsi que l'état de l'atmosphère jouent un rôle certain. Sur la côte méditerrannéenne on a observé que c'est lorsque soufflent les vents du sud-est, chauds et humides que les malades ont ressenti les premiers picotements du larynx ; ceci ferait entrer alors ce syndrôme dans la classe des accidents étudiés par l'Ecole Lyonnaise sous le nom de " vent du midi ". Mais ici cette appelation ne serait pas précise car ce sont les vents du sud-est qui amènent la chaleur et la pluie ainsi que cet état thermique et hydrométrique si propice au déclanchement de certaines affections.

Abandonnée à elle-même ou soignée empiriquement par sirops, gouttes, etc., spécialités prises chez le pharmacien, l'affection dure six à huit semaines mais quelquefois bien davantage jusqu'à trois ou quatre mois. Après les grandes crises avec expectoration de gros crachats muco-purulents, la toux devient plus sèche, peut être plus fréquente encore et, répondant à un picotement incessant du larynx, l'expectoration change d'allure, les crachats sont jaunâtres, jaune paille, puis au bout de quelques jours ces phénomènes s'atténuent et tout rentre dans l'ordre quelquefois même brusquement, laissant souvent cependant un léger enrouement et un voile de la voix.

Le diagnostic est aisé d'après les symptômes : laryngite-trachéite, quintes de toux extrêmement violentes jour et nuit, expectoration muco-purulente, abondante, sans angine ni bronchite, ni fièvre, ni frissons, ni aucun autre signe clinique.

Beaucoup de médecins consultés par ces malades ont porté le diagnostic de coqueluche. Tel fut le cas pour un éminent clinicien : il s'agissait d'une mère de famille dont les trois enfants avaient eu la coqueluche ; celle-ci repoussa catégoriquement ce diagnostic, les deux affections étant pour elle par expérience manifestement différentes. En effet dans cette laryngotrachéite, on ne retrouve pas les symptômes cliniques caractéristiques de la coqueluche. S'il y a des quintes de toux elles ne sont pas : " après plusieurs expirations successives, suivies d'une inspiration lente, pénible et sonore, qualifiée de " reprise ". Ici les quintes ne sont pas plus fréquentes la nuit que le jour, au contraire bien souvent il y a une certaine rémission pendant la nuit, elles ne sont ici presque jamais émétisantes sauf quelquefois chez les enfants.

On a parlé alors de coqueluche larvée où les quintes sont remplacées par des éternuements des coryza convulsifs.

On a décrit aussi une forme légère : " coqueluchette ", apyrétique sans atteinte de l'état général qui se présente comme un rhume prolongé. " Ce qui la caractérise c'est la persistance même de la toux pendant plusieurs semaines ou mois sous forme de quintes inopinées ni très prolongées, ni très intenses, sans reprises, sans vomissements, sans expectoration. Trois à cinq par vingt-quatre heures. Ce serait la forme habituelle des parents et grands-parents des coquelucheux. " Quintes inopinées, trois à cinq par vingt-quatre heures ni très prolongées ni très intenses sans expectoration, tous ces symptômes sont entièrement différents de ceux que présente le syndrôme que nous étudions.

Besançon et de Jung ont décrit en 1922 (" Paris-Médical ", 21 janvier 1922) une trachéite spasmodique pure. " Souvent, disent-ils, après un coryza banal apparaissent des quintes de toux presque coqueluchoïdes, sensation de chatouillement dans la région de la trachée, toux extrêmement sèche, extrêmement pénible, sans aucun signe clinique d'une affection respiratoire, aucune dyspnée.

Ces symptômes correspondraient bien aux cas que nous étudions mais ils en diffèrent diamétralement lorsque ces auteurs disent que les crises apparaissent à la même heure, le plus souvent la nuit, quelquefois le jour après rire ou quand le malade se couche sur le dos ; que les crises sont suivies de rejets de mucus filant plus ou moins abondant, d'expectorations glaireuses et même hydrorrhéiques et surviennent parfois chez les vieux asthmatiques en remplacement de la crise respiratoire.

Percepied voyait dans ces trachéites spasmodiques des " ébauches de l'asthme ".

Nous rappelons que dans nos cas les crises loin d'apparaître à la même heure sont continuelles surtout le jour, le malade tousse sans arrêt. Il y a au contraire une légère rémission la nuit, il se repose quelquefois une heure ou deux et est éveillé par une nouvelle quinte et cela qu'il soit couché sur le dos ou sur le côté. Point très important différentiel : il n'y a jamais rejet de mucus filant, ni expectorations glaireuses ou hydrorrhéiques, ce sont de gros crachats muco-purulents, verdâtres, dans la période d'état, jaunâtres vers la fin. Enfin nous n'avons jamais constaté d'antécédents asthmatiques chez les malades que nous avons observés ou qu'on nous a relatés.

Ces mêmes auteurs ont fait entrer parmi les " équivalents de l'asthme " dans le nouveau Traité de médecine, fasc. XI, p. 285 „ une trachéo-**bronchite** spasmodique, avec toux spasmodique quinteuse qui peut s'accompagner d'expectorations glaireuses et même hydrorrhériques, crises surtout la nuit ; généralement pas de crises dans le jour ". Il s'agirait donc de l'affection précédemment décrite à laquelle viendrait s'adjoindre un élément bronchitique et un caractère spasmodique encore plus accentué qui l'apparenterait

encore davantage de l'asthme, mais qui le différencierait encore plus de notre syndrôme.

Le Dr Perpère, médecin consultant au Mont-Dore nous écrit : „ Nous voyons au Mont-Dore un bon nombre de cas de toux spasmodique mais le plus souvent il s'agit d'asthme larvé et il n'est pas question de cela dans les manifestations semblables à celles-ci et qui sont, récapitulation faite, peu nombreuses. Il semble donc que l'on soit en présence de troubles épidémiques plus particulièrement répandus dans la région méditerranéenne. "

Ainsi donc il existerait bien un syndrôme déjà décrit, caractérisé par une laryngo-trachéite, soit pure, soit accompagnée de bronchite mais s'apparentant très nettement aux états asthmatiques au point que d'excellents cliniciens en font des équivalents de l'asthme mais totalement différent des cas actuels : laryngotrachéite aiguë avec quintes violentes exaspérantes, jour et nuit suivies d'expectoration muco-purulente. Bref un " rhume de poitrine " intense, grave, très prolongé, très fatigant, mais sans bronchite, apyrétique, disparaissant généralement sans complications ni séquelles et dont de nombreux cas dans la région méditerranéenne ont fait penser à une légère épidémie.

L'affection une fois instaurée, le traitement est comme dans la coqueluche tout aussi décevant. Echec des révulsifs locaux, tels que badigeonnages à la teinture d'iode, cataplasmes sinapisés, etc. Peu de résultats avec les balsamiques. L'expectoration est facilitée par les inhalations fréquentes et prolongées, soit au moyen d'un inhalateur contenant de l'eau chaude avec des feuilles d'eucalyptus, soit au moyen du vaporisateur de Lucas Championière. Eviter les teintures ! Les décongestionnants amènent une sédation certaine : tels que bains de pieds chauds ou même synapisés.

Enfin comme ces accidents semblent se produire surtout en été, le traitement de choix est la cure hydro-thermale où se place au premier rang le Mont-Dore. En un cas personnel, le traitement commencé en pleine période d'état suraiguë a, en cinq jours, calmé la toux, et en quinze jours amené la guérison définitive.

Il est donc permis d'individualiser des cas de laryngo-trachéite aiguë pure apyrétique, sans bronchite ni aucun autre symptôme clinique mais avec quintes de toux très fréquentes, très violentes, suivies d'expectoration de gros crachats muco-purulents, durant des semaines et quelquefois des mois paraissant dus à la congestion causée par le soleil et le vent et dont la fréquence dans la région méditerranéenne leur donne un caractère épidémique.

LE DISPENSAIRE ET LA PROPHYLAXIE DE LA TUBERCULOSE DANS LES CAMPAGNES

par J. ANGIRANY
Médecin Chef du Sanatorium
" Les Terrasses " Hauteville

Dans une thèse récente, à la fois complète et concise, et consacrée aux perfectionnements techniques du dépistage des tuberculeux, M. P. Calsac, élève du Pr Joannon, s'est élevé, à juste titre, contre le préjugé qui, de nos jours encore, engage l'opinion publique „ à considérer comme sain un milieu caractérisé par la présence de la lumière, de l'air pur, et d'une alimentation abondante " (1). Il y a cinquante ans, la tuberculose était peut-être moins répandue dans les campagnes que dans les villes. Aujourd'hui, elle attaque paysans et citadins avec la même fréquence et avec la même sévérité (2).

Nous disons que la tuberculose était **peut-être** plus rare autrefois dans les campagnes, car aucun document précis ne permet de l'affirmer. Il est bien probable, toutefois, qu'en multipliant les contacts entre les populations rurales et les populations urbaines (généralisation du service militaire ; développement des communications et du commerce ; extension du tourisme ; grand nombre de „ cures libres " pratiquées par les tuberculeux souvent clandestins ; etc...), la vie moderne a accru parallèlement le nombre des contaminations (3). De plus, comme l'a fait observer Paul Durand, la résistance allergique, héréditaire ou acquise par de multiples contacts avec le bacille, intervient moins souvent chez l'habitant des campagnes que chez celui des villes, et, par conséquent, rend le premier, s'il est tuberculeux, plus redoutable que le second pour son entourage. Ajoutons que les facteurs sociaux, qui contribuent si puissamment à la propagation de la maladie, sont aussi fréquents, sinon plus, chez les paysans que chez les citadins.

Le taudis rural est aussi dangereux que le taudis des faubourgs, et beaucoup de communes ne sont construites que de taudis. Le manque d'hygiène y est presque général. L'alcoolisme y est encore moins contrôlé que dans les villes. Enfin, les étables peuvent être elles-mêmes des foyers de contamination, et — Paul Durand a insisté récemment aussi sur les dangers, trop longtemps méconnus, que la tuberculose bovine présente pour les enfants et pour les ouvriers agricoles.

Le péril est donc grand, et pourtant, ainsi que MM. Bezançon et Cavaillon l'ont noté l'an dernier, " la lutte antituberculeuse n'est pour ainsi dire pas commencée dans les milieux ruraux ". C'est que les dispensaires — outils essentiels de la prophylaxie — y sont rares, et comprennent presque tous un secteur beaucoup trop

(1) Paul Calsac. La remorque dispensaire et ses applications pratiques. Thèse de Paris 1946.

(2) M. Calsac a réuni un grand nombre de documents, dont il ressort que la mortalité tuberculeuse était, en 1938, aussi élevée dans le campagnes que dans les villes ; que le nombre des recrues contaminées est plus grand parmi les campagnards que les ouvriers d'usine (Jullien et Sieur) ; que la mortalité tuberculeuse infantile est, pendant la première année, de 2,% dans les villes et de 3 % dans les campagnes. On sait également que la Normandie et la Bretagne étaient, avant la guerre, les régions de France les plus ravagées par la tuberculose.

(3) On se rappelle les observations de Villemin qui avait remarqué le premier que la tuberculose s'est étendue progressivement et à la suite de communications entre les peuplades primitivement affectées, et celles qui ne l'étaient pas encore.

étendu pour que les visiteuses puissent assurer la prospection à domicile, et pour que les malades eux-même puissent s'y rendre commodément : que de tuberculeux condamnés, par exemple, à parcourir de longues et coûteuses distances, afin de faire entretenir un pneumothorax auquel ils préfèrent bientôt renoncer. A plus forte raison, comment faire comprendre la nécessité de déplacements périodiques à des individus simplement " suspects ", ou dont l'état ne comporte pas de traitement particulier? Sous le nom de dispensaire, on désigne d'ailleurs trop souvent des installations de fortune, pourvues d'un outillage médiocre, privées d'un appareillage radiologique. Le service est assuré fréquemment, parfois à tour de rôle, par les médecins locaux, praticiens excellents, mais sans orientation phtisiologique. Enfin, le dépistage systématique qui se répand de plus en plus dans les collectivités urbaines est encore inconnu dans la plupart des milieux ruraux.

On devine aisément que le moyen de combler ces lacunes ne peut résider dans la multiplication et dans le simple perfectionnement technique de ces dispensaires fixes. Le principe doit être le même que celui qui règle actuellement, dans les villes, le dépistage systématique des collectivités : au lieu de déplacer les individus à examiner vers un centre de radiologie, il faut que l'examen radiologique soit pratiqué dans la résidence même des individus à examiner. De là l'idée du dispensaire ambulant que quelques départements ont tenté de réaliser depuis longtemps, mais, dont l'application s'est heurtée souvent à des obstacles divers.

Suivant une première méthode, un médecin phtisiologue se rend chaque jour dans une commune différente, et y retourne à des dates régulières. Il emporte avec lui un matériel radiologique démontable, souvent difficile à installer dans une salle fortuite et passagère d'examen (salle de mairie, par exemple) où l'obscurité ne peut être complète, et où le dépistage risque ainsi, par force, de se réduire à un examen clinique.

Une solution meilleure est fournie par l'aménagement de camions radiologiques. Mais leur construction est trop coûteuse, et ils sont trop volumineux pour être conduits sur tous les chemins. Ils sont lents à déplacer, inconfortables, et entraînent une consommation importante de carburant. Presque toujours, ils n'ont servi, jusqu'ici, du reste, qu'à la pratique de la radiophotographie. Excellents instruments pour le dépistage de très grandes collectivités (grandes administrations, grandes compagnies, armée, etc.) les camions radiologiques nous semblent donc peu utilisables dans la prophylaxie de la tuberculose à travers les campagnes

C'est pourquoi nous avons fait construire une " remorque-dispensaire " dont Douady a souligné la nécessité comme " centre médico-scolaire ambulant ", que nous utilisons, depuis 1942, dans un grand nombre d'écoles, d'usines, d'ateliers, d'asiles, etc., et qui nous paraît applicable à la prospection des campagnes aussi commodément qu'à celle des écoles ou des collectivités. Cette remorque de 8 m² de surface, d'un prix de revient relativement peu élevé et facilement tractée par une 12 CV tourisme, n'exige des organismes qu'elle visite qu'une prise de courant de 78 à 250 volts, d'une puissance de 10 ampères environ. Elle se compose de deux compartiments séparés par une cloison plombée :

Le premier, réservé aux sujets à examiner et au personnel infirmier, est clair, et comporte, outre le poste générateur de radiologie, une banquette, un radiateur électrique une bascule et une porte latérale par laquelle accède successivement chaque patient, lequel vient se placer face à la cloison, le thorax contre un emplacement fenêtré, où coulisse l'écran situé de l'autre côté.

Le second compartiment — cabinet proprement dit du phtisiologue — est obscur, et comprend, outre l'écran et le bras métallique qui permet au médecin de régler les mouvements de l'ampoule et du diaphragme, un fichier, un négatoscope, un casier plombé pour la conservation des films, et des cuves pour le développement éventuel. Derrière le médecin examinateur existe, en outre, une large banquette destinée aux médecins désireux d'assister au dépistage, et, le cas échéant, aux malades à insuffler. Ajoutons un radiateur électrique, un ventilateur aspirateur à moteur pour obtenir la climatisation de ce compartiment, et accessoirement l'appareillage destiné à la stérilisation d'instruments (aiguilles, seringues, vaccinostyles, etc.), à des analyses, et à l'entretien du pneumothorax (1).

Ces détails montrent que la remorque peut servir non seulement aux examens radioscopiques, mais à la prise de clichés de contrôle, à des examens de laboratoire sommaires, à des insufflations et à des réactions tuberculiniques.

L'intérêt de l'application de cette remorque à la prospection des campagnes nous paraît de plusieurs ordres. Sa souplesse et sa légèreté assurent facilement son transport. Elle évite aux communes l'aménagement de dispensaires particuliers, et l'achat d'un outillage technique difficilement amortissable. Enfin, **elle permet l'unité de la lutte antituberculeuse : mieux que tout autre système, elle assure, en effet, la liaison entre les villages les plus lointains ou les plus dispersés, et les organismes centraux de l'armement antituberculeux.**

La remorque dispensaire malgré sa mobilité, ou plutôt à cause de sa mobilité, n'est pas isolée, en effet. A elle seule, elle n'est pas le dispensaire, mais une partie détachée et déplaçable du dispensaire. La remorque rend plus actif le dispensaire. Le dispensaire donne à la remorque une activité qui sans lui, risque de demeurer stérile ou très limitée. Ainsi tous deux se complètent, et, pour bien le montrer, nous voudrions exposer maintenant — telle qu'elle nous paraît facilement réalisable — l'organisation de l'armement antituberculeux dans les départements ruraux.

Dans chaque département, la lutte antituberculeux est l'œuvre de l'Office Public d'Hygiène Sociale qui, entre autres, a pour but de créer des dispensaires fixes, dont le nombre, plus ou moins grand, peut varier suivant l'étendue du territoire, la densité de la population, les circonstances locales, par exemple, la présence ici ou là d'un centre industriel ou agricole important.

Chaque dispensaire fixe, dirigé par un médecin-chef, assisté d'un ou plusieurs médecins phtisiologues aura un personnel (assistantes, secrétaires, etc.) plus ou moins nombreux suivant les conditions précédentes.

Ces dispensaires fixes sont nécessaires s'ils ont un rendement suffisant et leur outillage doit être le plus perfectionné possible.

A côté de ces dispensaires fixes, l'Office Public d'Hygiène Sociale pourrait créer, dans certaines

(1) Pour une description plus détaillée, avec reproductions photographiques voir notre article de „ Techniques Hospitalières " (n° 7, avril 1946), et pour une étude plus complète de la technique des examens, voir : Dr Angirany " Considérations sur la technique et le matériel propres au dépistage radiologique dans les affections pulmonaires ". " Bulletin Médical " (n° 13. 1er mai 1946).

communes, les relais du dispensaire mobile. Ces relais comprendraient une ou deux pièces qui serviraient de secrétariat et de salle d'attente, et qui seraient la plaque tournante de l'Assistante sociale qui doit exercer son activité sur place. Une des remorques dispensaires départementales, rattachée, suivant les cas, à un ou plusieurs dispensaires fixes, viendrait périodiquement assurer les séances de consultation à chaque relai. Elle pourrait même être conduite dans les villages, où les relais n'auraient pu être organisés, et alors installée devant la mairie, l'usine, l'école, etc., elle visiterait aussi les hameaux, et pourrait même entreprendre des examens „ épisodiques " de malades isolés, rien n'étant plus facile que de stopper en cours de route pour quelques suspects immobilisés.

La remorque permettrait non seulement la radioscopie et les examens radiologiques systématiques des collectivités, mais les radiographies jugées nécessaires, la pratique des réactions tuberculiniques, le recueil des expectorations à analyser, les insufflations, etc.

L'enquête sociale serait amorcée et poursuivie par une visiteuse, parallèlement à l'enquête médicale conduite par un médecin aidé d'une secrétaire. Les documents médicaux et sociaux recueillis seraient alors emportés au dispensaire fixe qui aurait, seul, qualité pour prendre les mesures préventives et thérapeutiques opportunes.

A PROPOS DE L'ÉPIDÉMIE ACTUELLE DE POLIOMYÉLITE

J'ai pris beaucoup d'intérêt dans la lecture des deux articles qui ont paru dernièrement sur la poliomyélite.

Je m'étonne que l'on discute encore de la valeur curative du sérum de Pettit, que l'on aille même encore jusqu'à réclamer ce produit de toute urgence par T. S. F.

D'après le professeur Lépine la question est tranchée depuis dix ans déjà. Il affirme dans la Presse Médicale, 9-10-43, que « ni la théorie, ni l'expérimentation, ni la clinique ne permettent d'attribuer à la sérothérapie une action favorable sur l'évolution de la paralysie infantile ».

Je me suis laissé dire d'ailleurs que la première observation tendant à prouver l'efficacité du sérum de Pettit n'était pas celle d'une poliomyélite, mais bien celle d'une polynévrite !!!

On affirme souvent l'efficacité d'une thérapeutique précoce surtout, me semble-t-il, parce qu'il est rare de pouvoir l'appliquer véritablement.

Mais je possède sur ce point une observation personnelle qui mérite d'être citée.

En 1943, lors de l'épidémie de la région du centre, on nous adresse, le 17 septembre, une jeune fille de 19 ans qui présente, en tout et pour tout un syndrome méningé net.

La P. L. retire un liquide clair ; on note 300 éléments, dont 75 % de polynucléaires, pas de germes à l'examen. Soupçonnant donc fortement la poliomyélite, nous injectons 80 cc. de sérum de Pettit et 10 cc. d'uroformine intraveineuse.

Le lendemain le syndrome méningé demeure aussi intense. Aucun trouble des réflexes, aucune diminution de la force musculaire. Nous injectons 80 cc. de sérum de convalescent, 20 cc. de sérum de Pettit, de l'uroformine. Nous ordonnons une séance de radiothérapie rachidienne.

Le 9 au matin, de légères parésies des membres se sont installées. 80 cc. de sérum de convalescent, de l'uroformine, une séance de radiothérapie, sont de nouveau pratiqués.

Le 10 la paralysie s'est encore étendue et le 11 au matin, la maladie présente une quadriplégie complète avec parésie diaphragmatique.

Voilà donc une malade qui parvient en période nettement préparalytique, et chez laquelle la thérapeutique n'arrive ni à empêcher l'apparition des paralysies, ni à limiter leur extension.

Je possède une autre observation, moins démonstrative, où une malade arrive au service en traînant un peu la jambe et voit en deux jours se compléter progressivement, en trois jours, une paraplégie totale, malgré tous les moyens mis en œuvre.

Aussi comprend-on qu'à la fin de l'épidémie nous étions arrivés à être fort sceptiques quant au traitement de la poliomyélite.

Un mot d'épidémiologie. Sur les trente quatre observations personnelles, toutes chez des adultes, dont je puis faire état, il n'existe pas deux cas dans la même famille. Bien plus, je possède deux observations de poliomyélite chez des jeunes des chantiers de jeunesse, où chacun resta le seul atteint de poliomyélite dans son groupement respectif ; aucun n'avait reçu de colis familiaux, aucun ne venait de permission... et l'un d'entre eux était cuisinier de son groupe !!! Pour qui connaît la promiscuité des chantiers, ces deux observations restent des problèmes épidémiologiques.

Dr P. Duchêne-Marullaz
(Royat)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

SOCIETE FRANÇAISE DE GYNECOLOGIE

Séance du 17 juin 1946

Contribution à l'histo-physiologie de l'endomètre.

(M. P. Isidor ; St-Germain-en-Laye).

L'étude de 300 biopsies d'endomètre permet à l'auteur de déduire que l'apparition des artérioles spiralées paraît posséder chez la femme une activité fonctionnelle et non pas siplement végétative.

Tuberculose annexielle ayant évolué comme une salpingo-ovarite banale.

(M. E. Godlewski ; Avignon)

L'intérêt de cette observation réside dans cette forme de tuberculose des annexes qui a évolué pendant 7 ans comme une pulvi-péritonite banale sans déceler aucune spécificite.

Présentation de radiographies.

(M. J. E. Marcel ; Paris)

1° Cystographie d'une périmétrite suppurée post-puerpérale ouverte dans la vessie et dans le vagin, avant et après traitement (sonde à demeure) ;

2° Urographie intra-veineuse pour un fibrome de moyen volume partiellement calcifié, déformant la vessie et entraînant une ectasie urétéro-pyélocalicielle droite ;

3° Hystérographie d'une fillette de 10 ans, montrant une stase lipiodolée unilatérale, peut-être un diverticule de la trompe.

A propos des dilatations des voies urinaires supérieures au cours des prolapsus génitaux.

(M. Marcel Gérard ; Paris)

Les conclusions de l'auteur sont les suivantes:

1° Il faut intervenir tôt dans les prolapsus génitaux si l'on veut traiter efficacement à la fois le prolapsus et le syndrome urinaire associé ; d'autre part la constatation de signes urinaires marqués chez la malade ne doit pas être une cause de refus, mais une indication majeure d'intervention.

2° Un chiffre élevé de tension artérielle n'est pas non plus une contre-indication à l'intervention chirurgicale, mais une raison de plus en sa faveur.

Les perturbations fonctionnelles de l'ovariectomie unilatérale.

(M. X. Sérafino ; Marseille)

Un cas d'épithélio-sarcome du sein survenu à la suite d'un traitement intensif par la folliculine.

(M. X. Sérafino ; Marseille)

Maurice FABRE.

SOCIETE DE CHIRURGIE DE LYON

Anomalies de l'angle duodénal-jéjunal et techniques de gastrectomies.

(M. Clavel)

L'anomalie de position de l'angle duodéno-jéjunal peut conduire, au cours du rétablissement de la continuité après gastrectomie, à des erreurs lourdes de conséquences. L'auteur cite le cas d'un opéré chez lequel manquait l'angle duodéno-jéjunal et dont l'angle iléo-cæcal, très haut situé, faillit être pris pour l'angle duodéno-jéjunal.

Rachianesthésie et choc opératoire.

(M. Suire, rapport de M. Creyssel)

Après une intervention sous anesthésie locale pour occlusion intestinale due à un kyste de l'ovaire adhérent au grêle, apparition d'un choc immédiat particulièrement grave. Rachianesthésie basse complétée par morphine et sérum intraveineux. Guérison du choc et guérison opératoire. Dans un autre cas d'occlusion opérée sous rachianesthésie, le choc post-opératoire fut traité par une nouvelle rachianesthésie (percaïne-hypobare). Guérison.

Il semble que la rachianesthésie ait une heureuse action dans le choc lorsque la lésion initiale se trouve dans le territoire des spanchniques.

SOCIETE MEDICALE ET ANATOMO-CLINIQUE DE LILLE

Pseudarthrose fistulisée du fémur, chez un homme de 72 ans traitée par enclouage médullaire.

(M. G. Desorgher)

L'A. présente l'observation et les radiographies d'un malade qu'il a été amené à traiter, trois mois après l'accident, pour une pseudarthrose fistulisée du fémur droit. Malgré le grand âge du blessé et la gravité des lésions locales, avant de se décider à une amputation, il fut procédé à un enclouage centro-médullaire du fémur par la méthode de Kirschner modifiée par Rocher. Non seulement, le cal se fit dans des délais normaux, mais la circulation complète fut obtenue en trois mois et le blessé se sert actuellement de son membre qui, bien que diminué de longueur du fait de la résection nécessaire, constitue un appui solide et non douloureux.

Il semble bien que cette méthode, qui ne doit sans doute pas s'appliquer à toutes les fractures de cuisse, constitue cependant un excellent moyen d'ostéosynthèse, applicable peut-être, comme ici, dans des cas où d'autres appareillages seraient ou illusoires, ou dangereux. La méthode d'enclouage centro-médullaire, encore à l'étude et discutée, paraît être d'un grand avenir et d'un grand intérêt ; elle est, à tout le moins, à utiliser en cas d'échec ou d'impossibilité d'application des techniques usuelles.

De l'intérêt de l'exploration radiologique des cavités pyélorénales en présence des divers symptômes de la néphrite chronique.

(MM. G. Vincent et Maès)

Les A. présentent quatre observations au cours desquelles ils ont rencontré des dilatations hydronéphrétiques portant sur le bassinet et les calices, associées à l'albuminurie et à l'hypertension. Bien qu'ils n'aient pas pratiqué de néphrectomies, mais des interventions diverses, néphrostomie, splanchnectomie ou ablation du ganglion aorto-rénal, ils ont observé des modifications de l'hypertension et des symptômes fonctionnels. Ils envisagent cependant la possibilité de la néphrectomie dans certains cas.


PULMONE
ELIXIR - CACHETS - AMPOULES
VOIES RESPIRATOIRES
GOUTTES IONISÉES
ALCALOSE
CARBONEX
ESTOMAC-FOIE-INTESTIN
LABORATOIRES BIOS
10, RUE VINEUSE PARIS
TRO. 57-44

L'ACCOUCHEMENT ÉLECTRIQUE

Technique d'accouchement **Rapides et Analgésiques** Méthode du Docteur Frédéric Benoît

Épreuve du Travail

LEVER PRÉCOCE

Appareil fonctionnant automatiquement Un seul modèle type " MIXTE clinique " (pouvant être portatif)
Nombreuses références

Pour toute documentation et références s'adresser à : O. C. E. M. Sté au Capital de 1.000.000 frs.
OMNIUM CHIRURGICAL & MÉDICAL, 26, rue du Quatre-Septembre, PARIS (2e)
Téléphone : RIChelieu 94-34 et 32-81

RECTOCALCIUM

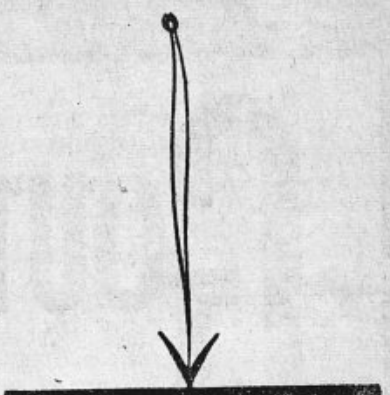
CALCITHÉRAPIE INTENSIVE PAR VOIE RECTALE

SUPPOSITOIRES ADULTES
1 gr. de gluconate de chaux

SUPPOSITOIRES ENFANTS
0gr.50 de gluconate de chaux

Toutes les indications du Calcium
Tolérance et assimilation parfaites
Aucun des inconvénients
de la Voie parentérale

LABORATOIRE ROGER BELLON
LOUIS FERRAND
Ex-interne, Lauréat des Hôpitaux de Paris
PHARMACIEN-GÉRANT
(GAMBÉOL, ACTIPHOS, HÉMOPYLORE "3", GLOBIRON)
78bis, Avenue Marceau - PARIS (8e)



OXYURYL

VIOLET DE GENTIANE

Laboratoires A. MARIANI, 10, rue de Chézy - NEUILLY - PARIS

ISOGEV

GARGARISME ou BAIN DE BOUCHE ISOTONIQUE

ANTISEPTIQUE PUISSANT — NON IRRITANT
à base de Phenylarsinate de sodium - Cuivre colloïdal - Borate de soude - Bleu de methylène

1 sachet dans un verre d'eau chaude pour un gargarisme ou un bain de bouche

ANGINES - GINGIVITES - STOMATITES

ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE
LABORATOIRES GEV, 5, rue Brézin, PARIS (14e) - Téléphone : SÉGUR 84-49

Niveaux liquides et boules caliçaires dans l'urographie intra-veineuse.

(MM. Vincent et J. Béra)

Les A. ont observé ces phénomènes dans divers cas d'atonie pyélo-calicielle et en envisagent l'explication par la sédimentation de la substance opacifiante au fond des cavités immobiles. Ils insistent sur l'intérêt de cette explication pour l'interprétation correcte de certaines images d'urographies intra-veineuses.

Le problème des possessions diaboliques.

(M. P. Giscard)

Le problème des possessions diaboliques a été souvent mal résolu, parce que mal posé du point de vue technique. Charcot a rangé tous les phénomènes de la possession dans le cadre de l'hystérie, de la grande hystérie notamment, et a décrit une forme spéciale d'attaques convulsives appelées les attaques démoniaques.

L'A., après une enquête approfondie dans les documents les plus autorisés de l'histoire et de l'agiographie, considère comme exacte la description des phénomènes de la possession donnée par Charcot. En effet, on retrouve, dans la possession et dans la grande hystérie, les mêmes symptômes : 1° grandes attaques convulsives ; 2° états seconds avec hyperlucidité et dédoublement de la personnalité ; 3° phénomènes somatiques, œdèmes et hémorragies cutanées. Entre les phénomènes de la possession et les phénomènes de la grande hystérie, l'A. ne voit pas de différence. Mais il s'écarte des conclusions de Charcot sur l'origine des faits et il ne lui paraît pas démontré que tous ces faits, rangés dans l'hystérie, soient explicables humainement.

Perforation d'ulcère aigu du jéjunum, 18 jours après gastrectomie pour ulcère peptique.

MM. L. Courty et M. Gaudefroy

Un homme de 48 ans, ayant subi, en 1940, une gastro-entérostomie, est opéré de nouveau en avril 1945, en raison de crises douloureuses de caractère ulcéreux. On perçoit une induration calleuse au niveau de la bouche anastomotique et l'on voit, sur la première portion du duodénum, une cicatrice étoilée, correspondant à un ulcus. Gastrectomie, drainage, suites opératoires excellentes. Dix-huit jours après l'intervention, le malade ressent une douleur brusque et très violente dans la région hypogastrique, en s'asseyant sans son lit. Dans les heures suivantes, l'état s'aggrave et une nouvelle laparotomie montre une perforation d'ulcère aigu jéjunal. Les A. discutent ce diagnostic d'ulcère peptique post-opératoire et rapportent quelques observations analogues à la leur ; ils insistent sur la rareté et la gravité de cette complication, qui entraîna la mort de leur malade et concluent en notant que la pathogénie de cette maladie ulcéreuse, véritable maladie humorale de l'organisme tout entier, est encore loin d'être parfaitement éclaircie.

P. David.

LA PRESSE

Accidents mortels survenus à la suite d'une injection intramusculaire de gluconate de calcium et d'une injection sous-cutanée de sérum salé hypotonique. — On connaît bien aujourd'hui les phénomènes de choc consécutifs aux injections intraveineuses de gluconate de calcium, ainsi que les abcès, gangrène et sphacèle, consécutifs aux injections intra-musculaires du même produit, mais qui guérissent. **MM. Griffon, Dérobert,** et leurs collaborateurs rapportent des faits, qui se sont terminés par la mort, et qui ont soulevé la grave question de la responsabilité professionnelle.

La malade, qui reçut une injection intrafessière de gluconate de calcium, après stérilisation et ébullition de la seringue, fut prise quelques heures après de violentes douleurs sciatiques. Son état ne cessa de s'aggraver et le lendemain elle mourut d'infection généralisée. Or les solutions de gluconate de calcium sont apparues comme un excellent milieu de culture microbienne. On admettrait donc que, si les plus grandes précautions d'asepsie curanée ne sont pas prises avant, mais surtout après l'injection, les microbes pathogènes, restant en surface, pullulent dans les petites quantités de liquides, qui peuvent sourdre après l'injection, suivent le trajet liquidien, et s'infiltrent dans les masses musculaires, où le liquide a été injecté. Les éléments microbiens y pullulent très rapidement, d'où l'infection généralisée.

C'est peut-être à une pathogénie très voisine qu'il faut attribuer le second cas de mort, après une injection de sérum salé hypotonique. La femme venait de subir une grave intervention sur un fibrome ancien, toujours infecté et une appendicectomie. Les traumatismes chirurgicaux n'ont pas été sans créer chez cette patiente une mobilisation microbienne importante, déterminant à la faveur de sections vasculaires une bactériémie inapparente. L'injection de 250 cent. cube de sérum salé hypotonique a créé des lésions cellulaires inévitables et étendues du fait de la diffusion lente d'un goutte à goutte. Les lésions consécutives à l'hypotonicité péricellulaire et cellulaire ont été encore aggravées du fait que de l'eau bidistillée fut injectée tout autour de la plaque sphacélique. Les modifications tissulaires ont donc permis la production d'un milieu nouveau, adéquat à la multiplication microbienne exacerbée par les interventions. Le terrain, le choc chirurgical constituant en dernière analyse l'élément favorable à ces phénomènes suralgus infectieux, et pouvant donner le change à une intoxication. La responsabilité pharmaceutique pourrait être soulevée pour le sérum, car l'analyse a montré qu'il s'agissait d'une préparation, non conforme à l'étiquetage par suite de la déficience en principe actif. (« Annales de Médecine légale », N° 3, 1946.)

PARTIE PROFESSIONNELLE

PROPOS DU JOUR

NÉCESSITÉ DE CODIFIER L'URBANISME

MAINTENANT que nous voici pourvus d'un Parlement durable (nous l'avons bien gagné!), peut-être va-t-on s'aviser qu'il est temps de délaisser les joutes de la politique pour les affaires sérieuses. Parmi celles-ci la reconstruction a droit à une bonne place : dix-huit mois ont déjà été perdus, depuis l'armistice, en vains palabres et en actions incohérentes. A part la reconstruction des ouvrages d'art essentiels à la reprise du trafic, la réfection des voies ferrées et des routes, le déblaiement des bassins dans les ports maritimes, rien de valable n'a été entrepris, à ma connaissance, que par l'initiative individuelle. Les sinistrés qui n'ont pu faire d'avances de fonds logent encore dans des baraques ou dans des caves. Nous possédons bien un Ministère de la Reconstruction ; mais son activité s'est à peu près bornée jusqu'à présent à déléguer un ministre bien parlant dans les régions les plus éprouvées et à les abreuver de promesses. En outre il a fait voter une loi sur les dommages de guerre dont l'entrée en vigueur est prévue pour le 1er janvier prochain, *à condition* que les divers règlements qui doivent la préciser aient paru, et que les organismes qu'elle requiert aient été créés. A vues humaines, ce terme du 1er janvier est donc singulièrement hypothétique et il ne faut pas fonder en lui d'espoirs exagérés. Tenons-le néanmoins pour acquis, faisons ce geste de bonne volonté d'ajouter foi aux textes officiels

OUTRE quelque argent, la reconstruction des villes et des villages détruits exige beaucoup de méthode : c'est ici que l'urbanisme entre en jeu. Tout le monde conçoit ce principe de bon sens qu'il faille tirer tout le parti possible de l'immense effort que la nécessité nous impose ; et que, en conséquence, les projets doivent tenir compte des plus récentes acquisitions de la science du logement. Comme tous les pays de vieille civilisation, la France d'avant guerre n'avait pas à montrer à l'étranger que des monuments magnifiques et des quartiers d'habitations exemplaires. Bien des vestiges du passé étaient sans conteste laids, insalubres, incommodes. Si nous ne les jetions pas par terre c'est que les finances publiques, toujours à court de ressources, nous imposaient impérieusement de sérier nos préoccupations et de pourvoir d'abord aux plus urgentes. Il n'était pas exclu que les plus urgentes de nos préoccupations fussent aussi très futiles : les peuples se donnent parfois d'étranges raisons pour dilapider leur argent. Toujours est-il que l'œuvre d'assainissement se poursuivait sur un rythme très lent. Parfois la gêne financière n'était pas seule à nous retenir : des bâtisses chargées d'histoires et de souvenirs s'étaient, au cours des siècles, profondément dégradées ; le plus court et le moins dispendieux eut été de les abattre, mais cela nous fendait le cœur, et d'autre part les petits travaux de restauration étaient au-dessus de nos moyens. Et nous différions de nous décider, comptant sur des jours meilleurs pour mettre en accord le respect dû aux vieilles pierres et la modération due à nos finances incurablement déprimées.

Ce ne sont pas les jours meilleurs qui sont venus, mais la guerre. Elle a frappé à tour de bras et sans discrimination sur le vieux et sur le neuf, sur le beau et sur le laid. C'est elle qui a décidé pour nous et qui nous laisse dans son sillage une immensité de ruines. Ella a taillé : il nous reste à recoudre de notre mieux, et avec des finances plus malades que jamais.

Faisons notre deuil des pertes irréparables et restaurons ce qui peut l'être avec le soin de gens qui reconnaissent la nécessité de mettre en valeur ce qui leur reste, s'ils veulent encore faire un peu figure dans le monde. Et puisque nous avons pris le temps de la réflexion, tâchons de mener ce travail selon des méthodes efficientes et sensées.

J'IGNORE si partout ont été dressés des plans d'urbanisme, ni si ceux qui ont vu le jour sont *ne varietur*. La chose est peu probable, étant donné les véhémentes protestations qui déjà se sont élevées contre certains d'entre eux.

Les urbanistes me semblent avoir envisagé le problème dans le même esprit grandiloquent et euphorique qui animait, avant-guerre, les constructeurs de groupes scolaires. Il était de mode alors de rivaliser d'audace dans le déploiement des matériaux les plus rares et des techniques les plus luxueuses. Si bien que le groupe scolaire achevé se présentait au regard bien moins comme un monument d'utilité communale que comme un exploit publicitaire pour l'architecte. Les finances de nombreuses communes payèrent cher cette conception un peu trop gaillardement égocentriste.

Il serait malséant, dans la France ruinée d'aujourd'hui, de laisser les urbanistes s'en faire les continuateurs. Même s'ils n'ont en vue que le bien général, encore faut-il qu'ils prennent conscience d'un fait essentiel : le bien général est déterminé par des intérêts complexes et parfois contradictoires, et c'est la somme algébrique de ceux-ci qui seule peut donner des indications valables sur le possible et l'inopportun.

L'urbanisme se donne louablement pour objectif d'améliorer les conditions de vie en instaurant dans les régions de résidence des disciplines de beauté, de commodité et de salubrité. Il serait évidemment souhaitable que la *vaste* entreprise de reconstruction

et de restauration rendue nécessaire par la guerre fût assujettie aux canons d'ores et déjà déterminés par les urbanistes. Mais il est non moins impérieux d'envisager le coût de ces grands projets, de les confronter avec les possibilités financières du moment, ou escomptées dans le proche avenir. En outre, la durée d'exécution qu'ils comportent entre en ligne de compte : des populations qui habitent dans des baraquements ou sous des toits de tôle ne peuvent y être laissées longtemps sans dommage, et le plus pressé est de les en retirer. Pour eux le mieux de demain ne vaut pas le bien d'aujourd'hui, et l'urbanisme le plus estimable est celui qui agit vite. Et ici se dresse le problème de l'outillage. Allons-nous aborder les reconstructions massives des régions dévastées avec l'outillage d'il y a cinquante ans : la pelle, la pioche, la brouette, les échelles, les auges à mortier portées à bras d'homme ? Ou bien, puisqu'il faut aller vite, mettrons-nous en œuvre les procédés rapides de la construction moderne, quitte à importer l'outillage nécessaire en y consacrant une partie des rares devises dont nous disposons ?

Sachons ce que nous voulons et prenons nos décisions en conséquence.

Agir vite ! mais non de façon précipitée et incohérente. Parmi les objectifs de beauté, de commodité et de salubrité qu'il serait idéal d'atteindre à la fois, il n'est pas défendu de faire un choix et un classement par ordre d'urgence. Des trois, sans aucun doute possible, la salubrité est la plus rigoureusement exigible, celle pour laquelle le premier et le plus large effort doit être fourni. Il reste encore, en ce troisième hiver d'après la libération, des familles entières qui sont logées entre des murs branlants, sous des couverts précaires, mal approvisionnées d'eau potable, dépourvues du système d'évacuation des nuisances. Rétablir des conditions normales d'hygiène est ici la première tâche de l'urbanisme ; cette tâche implique bien moins d'améliorer des abris provisoires (car un abri provisoire, même amélioré, ne sera jamais qu'une habitation inadéquate, en attendant de devenir un taudis) que de pousser activement la distribution et la construction de quartiers résidentiels en matériaux durables.

La question se pose de façon très différente dans les zones entièrement rasées et dans celles où les ruines sont disséminées entre des îlots demeurés debout. Là où, comme dans les malheureuses villes de Saint-Lô, Saint-Nazaire ou Royan, il ne subsiste pratiquement rien, que les urbanistes voient grand, qu'ils dessinent d'ambitieux projets et remanient complètement, pour plus d'agrément et de commodité, la physionomie de la ville, rien de mieux ! Encore y a-t-il parfois des facteurs inattendus dont il faut tenir compte : par exemple, le réseau d'égouts, qui est rarement bouleversé de fond en comble, et dont les tronçons subsistants s'imposent souvent aux plans des reconstructeurs, parce que combler les anciens égouts et en creuser de nouveaux atteindrait un prix total prohibitif. Quoi qu'il en soit, les régions entièrement dévastées offrent à l'urbaniste un champ d'action très ouvert où il lui est loisible de donner la mesure de son initiative et de construire de toutes pièces une ville répondant aux normes modernes.

La situation est toute différente lorsque les dégâts sont sporadiques et que le dessin général de la ville, du bourg ou du village subsiste. L'audace de l'architecte doit ici accepter les limites posées par le bon sens. « Du neuf et du raisonnable », c'est ce qui nous fut proposé naguère comme schéma des innovations politiques ; je crois la formule bonne à reprendre en matière de reconstruction. Et c'est pourquoi elle est à inscrire en exergue de tout projet. Est-ce de l'urbanisme raisonnable que de déplacer des usines gravement endommagées, certes, mais dont subsistent encore pour des dizaines de millions de locaux réparables, d'aménagements industriels, de canalisations ? Est-ce raisonnable de tracer au travers d'un village sinistré un redressement de route qui jette par terre des dizaines de maisons intactes ou peu endommagées ?

Nous ne pouvons nous permettre, dans l'état de dénuement où nous sommes, de telles fantaisies : elles ont cependant été proposées par des urbanistes que je veux bien croire consciencieux et inspirés des meilleures intentions, mais qui assurément n'avaient pas posé l'énoncé du problème avec toutes les données et son contexte. Non seulement elles heurtent le bon sens; mais aussi l'étranger, de qui nous sollicitons des crédits pour relever nos ruines, s'étonnerait à bon droit de nous voir donner dans de telles prodigalités.

Ce n'est pas sur le Ministère de la Reconstruction qu'il faut compter pour faire prévaloir ce point de vue. Il plane dans les généralités et le terre à terre quotidien ne l'atteint pas. Au contraire les autorités locales peuvent apprécier les diverses faces d'un problème local, évaluer le projet qui résultera des améliorations proposées par le plan d'urbanisme, le coût d'exécution et les inconvénients éventuels. Elles sont à même de prendre un parti réfléchi, raisonnable. Et parce que nombre de nos lecteurs font partie des Conseils municipaux, qu'ils sont, par vocation professionnelle, appelés à donner leur avis sur les plans de reconstruction et qu'ils exercent souvent une influence réelle sur l'Assemblée, il m'a paru légitime d'aborder ce problème qui peut se résumer ainsi : De l'urbanisme certes, audacieux, s'il se peut, mais non pas à tout prix !

G. Lavalée.

DROIT PROFESSIONNEL

SECRET PROFESSIONNEL ET CERTIFICATS DE DÉCÈS

Des cas de conscience particulièrement poignants se posent à l'occasion de la délivrance des certificats de décès.

Il faut se souvenir que, nulle part, la loi n'a pris la peine de définir le secret professionnel et d'en fixer l'étendue et les limites. Elle se borne, dans l'article 378 du Code Pénal, à punir d'un emprisonnement d'un mois à six mois et d'une amende de 100 à 500 francs « *les médecins et chirurgiens qui, hors les cas où la loi les oblige ou les autorise à se porter dénonciateurs, révèlent les secrets dont ils sont dépositaires par état ou par profession* ». A cette règle rigide, un correctif a été apporté par le Code de la Famille, qui a ajouté à l'article 378 un alinéa aux termes duquel « *les personnes liées par le secret professionnel, sans être tenues de dénoncer les avortements jugés par elles criminels dont elles ont eu connaissance dans l'exercice de leur profession, n'encourent pas, si elles les dénoncent, les peines prévues par le premier paragraphe. Citées en justice pour une affaire d'avortement, elles demeurent libres de fournir leur témoignage à la justice sans s'exposer à aucune peine* ».

D'autre part, l'article 77 du Code Civil a prescrit qu'aucune inhumation ne serait faite sans une autorisation sur papier libre et sans frais de l'officier de l'état civil, qui ne peut la délivrer qu'après s'être transporté auprès de la personne décédée pour s'assurer du décès, et que vingt-quatre heures après, hors les cas prévus par les règlements de police.

Lorsqu'il y a des signes ou indices de mort violente ou d'autres circonstances qui donnent lieu de le soupçonner, on ne peut faire l'inhumation, aux termes de l'article 81 du Code Civil, qu'après qu'un officier de police, assisté d'un docteur en médecine, a dressé procès-verbal de l'état du cadavre et des circonstances y relatives, ainsi que des renseignements qu'il a pu recueillir sur les prénoms, nom, âge, profession, lieu de naissance et domicile de la personne décédée.

Ainsi donc, c'est à l'officier de l'état civil ou à son adjoint, et à lui seul, que la loi confie la charge de délivrer le permis d'inhumer après avoir personnellement et de ses propres yeux constaté le décès. C'est seulement dans le cas où certaines circonstances ou certaines constatations qu'il a pu faire conduisent l'officier de l'état civil à présumer qu'il y a eu mort violente qu'il peut refuser provisoirement le permis d'inhumer, jusqu'à ce que le Parquet ou la police, alertés par ses soins, aient pu procéder à une enquête et dresser procès-verbal, en se faisant assister par un docteur en médecine. Ces dispositions se trouvent rappelées et confirmées par l'article 44 du Code pénal qui déclare en propres termes que, s'il s'agit d'une mort violente ou d'une mort dont la cause soit inconnue et suspecte, le Procureur de la République doit se faire assister d'un ou de deux officiers de santé qui font leur rapport sur les causes de la mort et sur l'état du cadavre.

Dans toute cette procédure si minutieusement réglée, nulle part il n'est fait allusion à une intervention quelconque du médecin qui a donné ses soins au défunt. Remarquons, en effet, que si, lorsqu'il y a présomption de mort violente, l'officier de police ou le représentant du Parquet chargé de l'enquête est dans l'obligation de se faire assister par un ou même deux médecins, ce ou ces médecins doivent en principe être des médecins experts agréés par les Tribunaux. Sans doute, il peut se présenter des circonstances où il soit impossible de toucher le médecin expert, ou bien encore où celui-ci soit indisponible pour une cause quelconque. Le Parquet peut alors requérir tel médecin de son choix, qui est obligé de déférer à cette réquisition. Si, par hypothèse, le choix se porte sur le médecin qui a donné ses soins au défunt avant le décès, ce médecin traitant, lié par le secret professionnel qu'il doit observer *erga omnes*, sauf dans les cas où la loi elle-même l'oblige ou l'autorise à se porter dénonciateur, doit se récuser et décliner la mission qui lui est confiée, car nulle disposition légale ne le relève du secret en pareille occurrence et il n'appartient à personne, pas même aux autorités de justice, de le délier de son obligation.

En fait, il est le plus souvent difficile, pour ne pas dire impossible, à l'officier de l'état civil de s'acquitter lui-même de la constatation des décès que lui impose pourtant l'article 77 du Code civil, surtout dans les communes importantes où les décès sont nombreux et où leurs constatations risqueraient d'absorber tout le temps qu'il doit consacrer à l'accomplissement de ses multiples tâches administratives. Aussi est-il admis, bien que la loi ne l'ait pas expressément prévu, qu'il puisse se faire suppléer par un ou plusieurs médecins. Cette pratique ne se heurte à aucune objection de principe, à la condition toutefois que le médecin appelé à constater le décès, aux lieu et place de l'officier de l'état civil, ne soit pas le médecin traitant. Dans les grandes villes, ce service est organisé dans des conditions satisfaisantes qui ne donnent prise à aucune critique. Il n'en va malheureusement pas de même dans les campagnes, où, depuis longtemps, l'habitude s'est également introduite que la constatation des décès soit faite, non par le maire, mais par les médecins. Et, comme les médecins y sont peu nombreux, c'est le médecin traitant qui délivre le certificat de décès pour ses clients. Et là, nous assistons à une violation formelle de la loi contre laquelle il est peut-être difficile de réagir, tant elle est implantée dans les mœurs, mais qu'on ne saurait trop déplorer. C'est elle qui a amené le Corps médical à accepter de faire à l'Administration la déclaration des causes de décès, entourée, il est vrai, d'un luxe de précautions destinées à empêcher cette déclaration de recevoir aucune publicité, mais qui n'en reste pas moins extralégale, puisqu'elle n'a pas été prescrite par la loi elle-même, mais par de simples circulaires ministérielles, dénuées de toute force obligatoire. On ne peut nier que ces déclarations, surtout

si elles étaient toujours exactement faites, soient de nature à présenter un grand intérêt pour la statistique des causes de décès, et, par voie de conséquence, pour l'étude des dispositions à prendre en vue de la prévention des maladies et pour la santé publique en général. Mais ces mesures gagneraient en autorité à être sanctionnées par la loi elle-même qui s'attarde souvent à s'occuper de sujets bien moins importants !

Il y a une incompatibilité fondamentale entre le rôle du médecin traitant et la fonction de médecin certificateur du décès. S'il ne s'agissait que d'attester, en toute hypothèse, la réalité du décès, il n'y aurait pas de difficulté. Mais nous avons vu que la loi ordonne à l'officier de l'état civil de refuser le permis d'inhumer chaque fois qu'il y a des signes ou indices de mort violente, et ces signes ou indices, c'est au médecin qu'il se substitue pour la constatation du décès qu'il appartient de les lui signaler. Comment le médecin qui a soigné le malade jusqu'à son dernier souffle, qui n'ignore rien des circonstances de cette mort, pourra-t-il concilier les devoirs qu'il a accepté d'assumer vis-à-vis de la communauté sociale, avec les devoirs sacrés que lui impose impérativement et légalement la confiance que son malade a placée en lui ? Nous savons bien qu'il se trouve des esprits subtils pour considérer qu'en se bornant à certifier le décès, sans en faire connaître la cause, le médecin ne viole pas le secret professionnel, et que, lorsqu'il se refuse à délivrer le certificat, il le viole moins encore. Pour nous, il nous est impossible d'accepter un tel raisonnement. N'est-ce pas indirectement violer le secret et attirer l'attention sur le caractère suspect du décès que de refuser le certificat, alors que constamment l'on délivre ce certificat sans hésitation dans les cas ordinaires ? Cette abstention insolite n'est-elle pas aussi efficace qu'une déclaration positive et peut-on ignorer qu'elle aura pour immanquable résultat de déclencher une enquête judiciaire ? Jusque dans le code de déontologie du Conseil de l'Ordre de Vichy, on retrouve cette funeste doctrine. Ne disait-il pas, dans son article 53, que tout médecin, appelé à constater une mort dont l'origine ne lui paraissait pas naturelle, devait refuser de signer le certificat de décès et que cette conduite devait être suivie, même lorsque le médecin traitant faisait office de médecin de l'état civil, « *la suite possible*, ajoutait-il, *étant du ressort de la justice* » ! Les mânes de Tartuffe et de Ponce Pilate ont dû tressaillir d'aise si, dans le royaume des ombres, il leur a été donné de se délecter de ces extravagances !

Et les conséquences que peut entraîner une telle erreur, l'expérience nous les fait apercevoir avec trop de fréquence, hélas ! dans les cas de décès consécutifs à des manœuvres abortives. Loin de nous la pensée de méconnaître l'intérêt social éminent qui s'attache à la répression de l'avortement, mais l'intérêt social le plus certain doit céder, au moins dans l'état actuel de notre législation, aux intérêts supérieurs de l'individu, qui rejoignent d'ailleurs ceux de la communauté tout entière et qui exigent que tout malade puisse se livrer, sans réticence, sans arrière-pensée et sans crainte, au médecin auquel il confie sa santé et sa vie.

Il est frappant de constater, d'ailleurs, que le législateur, lorsqu'il a modifié et complété l'article 378 du Code pénal, en promulguant le Code de la Famille, n'a pas osé aller jusqu'à contraindre les médecins à révéler, en toutes circonstances, les avortements criminels dont ils peuvent avoir connaissance dans l'exercice de leur profession. Plus sage et plus prudent, il s'est borné simplement à leur assurer l'impunité s'ils les dénoncent, ou si, à leur sujet, ils portent témoignage à la justice. Qu'est-ce à dire ? sinon que, placé devant le dilemme : parler ou se taire, le médecin ne doit chercher que dans sa conscience une règle de conduite.

Et sa conscience peut fréquemment lui commander de résister à la tentation de délation que lui présente insidieusement le législateur. C'est une mère de famille qui a voulu éviter l'accroissement d'une progéniture déjà nombreuse, c'est une jeune fille qui s'est laissée abuser. S'il parle, c'est le déshonneur jeté sur une famille, la ruine d'un foyer, un avenir irrémédiablement compromis. Sans doute, ces considérations ne sauraient-elles faire disparaître le délit, atténuer la gravité de la faute ni devant la loi ni devant la règle morale, mais, puisque le médecin reste libre de se prononcer dans un sens ou dans l'autre, c'est que l'on admet que ces considérations puissent peser sur sa décision.

Appelé au chevet d'une femme qui s'est procuré à elle-même l'avortement ou qui s'est fait avorter par les soins, si l'on ose dire ! d'une quelconque faiseuse d'anges, le médecin, après un long débat intérieur, s'est décidé pour le silence, suivant le droit strict que lui réserve la loi. Et malgré son dévouement, malgré toutes les ressources de sa science, voici que le désastre s'accomplit, voici que sa cliente fautive et désespérée s'enveloppe des voiles de la mort.

Quelle doit être alors sa conduite ? Dès qu'il a eu connaissance de l'avortement, il a jugé préférable de n'en pas faire confidence à la justice. Les raisons qui ont pu le déterminer restent aussi valables après le décès qu'avant ; bien plus, c'est maintenant une mémoire à qui il importe de ne porter aucune atteinte. Il ne parlera donc pas ! Mais il a oublié qu'il a toujours, jusqu'ici, établi les certificats de décès de ses clients pour l'état civil. A ce souvenir, il se sent envahi d'angoisse. Doit-il, selon son habitude, délivrer le certificat de décès ? doit-il s'abstenir ?

S'il va chercher dans le Code de Déontologie périmé une directive et un appui ; si, parce que l'origine de la mort a trop de raisons pour ne pas lui paraître naturelle, il s'abstient, il sait quelles seront les conséquences de son attitude. A ce moment on pourra bien lui répéter que la suite possible sera du ressort de la justice, au fond de lui-même il ne pourra douter que ce soit lui qui aura, indirectement mais sûrement, mis en branle l'appareil de la justice, manquant ainsi au secret professionnel qu'il s'était décidé à respecter, manquant même peut-être aux promesses formelles qu'il avait pu faire à une mourante.

Ne pouvant, donc, se réfugier dans une commode abstention, et se laver les mains des conséquences, va-t-il établir un certificat de décès, comme il le

fait constamment ? S'il agit ainsi, il va manquer à un autre devoir, que la loi ne lui a pas imposé, mais dont il a accepté la charge bénévole en consentant à devenir l'auxiliaire de l'officier de l'état civil. En cette qualité, il a la stricte obligation d'alerter l'officier de l'état civil, chaque fois que la cause d'une mort lui paraît suspecte, afin que l'officier de l'état civil puisse à son tour mettre en mouvement l'action publique. Et non seulement, puisqu'il a accepté de se faire l'auxiliaire de la vindicte publique, sa conscience lui reprochera de tromper la confiance qu'on lui témoigne, mais de plus il va se rendre coupable du délit de délivrance de certificat de complaisance, prévu et réprimé par l'article 160 du Code pénal, et frappé de pénalités pouvant aller d'un an à trois ans d'emprisonnement.

De quelque côté qu'il se retourne, il ne voit que périls et écueils menaçants. C'est alors, mais un peu tard, qu'il mesure la faiblesse dont il a fait preuve en se laissant entraîner par l'exemple général, et en consentant à seconder dans sa tâche l'officier de l'état civil, quand il lui aurait été si facile de s'en tenir strictement à son rôle de médecin traitant et d'abandonner à l'administration communale le soin que la loi lui réserve, et à elle seule, de constater par elle-même ou par d'autres auxiliaires que lui, les décès se produisant sur les territoire de la commune.

Comment sortir d'une façon satisfaisante d'un tel guêpier ? Nous devons avouer humblement que nous n'en voyons pas les moyens. Il faut nécessairement sacrifier un devoir à l'autre. Ce conflit sort alors du domaine juridique pour entrer dans celui de la conscience individuelle. A chacun de décider, seul devant lui-même, à quel parti il doit s'arrêter.

Le seul remède, mais à longue échéance, résiderait dans le redressement des errements trop longtemps pratiqués. Mais il faudrait, pour cela, dans le Corps médical une volonté et une décision unanimes appuyées par l'action des organisations professionnelles. Celles-ci seraient-elles décidées à mener cette action ? On en peut douter, quand on constate la position qu'avait prise sur la question le premier Conseil de l'Ordre.

Henri Meillet.

UN REFERENDUM DANS LE CORPS MÉDICAL DE GRANDE-BRETAGNE (1)

par le Dr Fernand DECOURT

On sait que, parallèlement à notre plan de Sécurité sociale, la Grande-Bretagne a étudié, sous le nom de projet Bevan, un « National Health Service Bill » dont nous avons étudié à plusieurs reprises les dispositions. Ce « bill » a été voté par le Parlement et est devenu un « act » à la date du 6 novembre dernier. La mise en application est prévue pour le 1er avril 1948.

Diverses réactions se sont jusqu'à présent fait jour. Le public y serait en général favorable. En outre une enquête aurait montré que la majorité des étudiants en médecine était séduite par la perspective de ne plus avoir à se soucier des achats de clientèle.

Par contre la « British Medical Association » ne s'incline pas devant le fait accompli et poursuit son action de résistance en instituant dans le Corps médical anglais un referendum.

Cette rébellion contre un « act » revêtu de la signature royale rompt avec les plus solides traditions anglaises et manifeste à quel point nos confrères d'outre-manche ont le sentiment de se trouver à un tournant de leur histoire.

Leurs préoccupations rejoignent trop les nôtres pour que nous ne suivions pas de près les péripéties de la lutte. En fait, elle est aussi la nôtre, car il ne s'agit pas seulement, chez eux comme chez nous, de doctrines partisanes profitant d'une ambiance politique momentanément favorable. La Société moderne subit une évolution accélérée par la guerre. Les bouleversements économiques, l'appauvrissement général, l'interdépendance qui s'est révélée entre tous les pays ont composé un « climat » dans lequel apparaît comme inéluctable la refonte des vieux cadres. Dans quelque sens que ce soit tout pays qui fait un pas ne peut le faire sans influencer tous les autres. Par là le succès ou l'échec de la campagne ouverte par la « British Medical Association » aura sa répercussion sur notre propre sort.

Nous avons pensé que l'Association Médicale Mondiale, dont notre ami Decourt nous entretenait ici-même il y a quelques semaines et à laquelle il a transmis la succession de l'A.P.I.M., était par essence la meilleure source d'informations sur le problème médical anglais. N. D. L. R.

J'ai reçu de notre excellent confrère, le Dr Charles Hill, secrétaire général de la *Bristish Medical Association* (B.M.A.) un stock de documents qui viennent d'être envoyés à la cinquantaine de mille de médecins qui exercent en Grande-Bretagne, documents contenant un *Bulletin de Vote plébiscitaire*. Il s'agit de répondre si, oui ou non, le médecin anglais désire que le Comité de Négociations *(Negociating Commitee)* qui vient d'être constitué doive entrer en discussion avec le ministre, au sujet des articles inscrits dans la loi nouvelle sur le **Service National de Santé.**

L'assurance-maladie existe en Grande-Bretagne depuis 1912, mais en partie seulement. L'assuré n'a droit qu'aux soins au cabinet du médecin ou à domicile et cela pour lui seul et non pour les membres de sa famille. Il n'est pas assuré pour les soins de spécialistes, les soins à l'hôpital et les interventions. Il a droit

(1) Selon les journaux, le résultat du référendum, actuellement connu, se présenterait comme suit : 18.972 médecins se sont montrés favorables et 23.110 hostiles au projet. (N.D.L.R.)

de recevoir gratuitement les soins d'un omnipraticien librement choisi, en se faisant inscrire sur la liste de celui-ci, et en payant un abonnement fixe annuel, par tête. Nous devons ajouter toutefois qu'en dehors de la loi, les hôpitaux privés ont établi un système comportant le paiement d'une cotisation annuelle afin de recevoir, le cas échéant, les soins gratuits au dit hôpital, mais ceci est en dehors de la question.

En 1942, à la suite du fameux *Rapport Beveridge*, fut étudié un projet d'assurance de santé, complet cette fois, qui fut mis sur pied par la loi de 1946 et qui doit entrer en vigueur, au 1er avril 1948. C'est contre certains articles de cette loi que s'insurge actuellement le Corps médical anglais et c'est à ce sujet qu'a lieu le referendum dont nous désirons parler à nos amis du CONCOURS, en disséquant les documents que nous avons reçus, à titre d'amicale information.

***

Voici d'abord la **Lettre d'envoi** qui contient des précisions intéressantes et permet ainsi aux confrères britanniques de bien connaître le sujet du referendum. Nous allons en donner un bref aperçu.

Il y est d'abord expliqué que le « Comité de Négociations est établi pour présenter au Gouvernement les vues du Corps médical ». Ce Comité est composé de représentants non seulement de la B.M.A., mais aussi du Collège royal de Médecine, des Groupements écossais, de la Société des Fonctionnaires médicaux de la Santé, de la Fédération des Femmes-Médecins, de l'Association des Hôpitaux « volontaires », non enseignants et de la Société des Pharmaciens. Dans cet amalgame de groupes mandants, on remarquera que n'est mentionné aucune société scientifique, ce qui est normal puisqu'il s'agit de l'exercice journalier de la médecine, pas même de ce qui correspond à l'Ordre des Médecins, chez nous, le *General Medical Council* constitué d'après les dispositions du « Medical Act 1858 », afin que les gens puissent distinguer les médecins « qualifiés » d'avec ceux qui ne le sont pas, alors que l'exercice de la médecine est « libre » en Grande-Bretagne, ne l'oublions pas, sauf pour quelques rares cas.

C'est le Conseil de la B.M.A. qui a pris l'initiative du plébiscite, déclare la lettre, et il pense qu'il est utile de rappeler, à tous, les décisions de l'Assemblée générale de la B.M.A., dont les plus importantes sont les suivantes :

1° Il ne doit y avoir aucun contrôle sur le médecin concernant le choix du lieu où il désire exercer (voté par 214 voix contre 2) ;

2° La translation des hôpitaux sous la direction de l'Etat n'est pas approuvée (210 voix contre 29) (1).

3° Il est essentiel à la liberté du malade et à la profession que le médecin puisse conserver la libre disposition de sa clientèle (229 voix contre 13) ;

4° La rémunération de l'omnipraticien doit être effectuée par paiement annuel par tête, en proportion du nombre des personnes s'étant inscrites sur la liste particulière du médecin (2) (209 voix contre 8) ;

5° Tout docteur faisant de la clientèle privée, soit comme spécialiste, soit comme omnipraticien doit jouir de tous les avantages, de tous les privilèges, de tous les droits et avoir toutes les facilités pour soigner ses malades que possèdent actuellement tous les praticiens enregistrés (3), (vote à l'unanimité)

Enfin, la Lettre d'envoi conclut : La nouvelle loi sur le Service de Santé n'oblige aucun médecin à entrer dans ce service. Collectivement ou individuellement, nous sommes libres de décider si, à notre point de vue, le service créé par la loi, tel qu'il est, est acceptable ou non. La conclusion qui se présente devant le Corps médical est de savoir s'il y a lieu, ou non, *d'entrer en discussion* avec l'Etat sur les modalités de réglementation et c'est là le point sur lequel l'Association demande l'avis ferme du Corps médical.

***

Vient ensuite dans le stock ds documents, la feuille « azurée » contenant le **Bulletin de Vote** du plébiscite et qui tranche au milieu des autres feuilles, toutes de couleur blanche. Elle aussi, adressée « à chaque membre de la profession », porte quelques précisions sur le but du vote demandé.

1° Ceux qui, malgré les divergences entre les principes de la profession et les prévisions de la loi, estiment qu'on peut entrer en discussion répondront **Oui**. Cette décision ne comporte pas l'acceptation d'entrer dans le service.

2° Ceux qui, considérant les profondes divergences entre les principes de la profession et les prévisions de la loi, refusent d'envisager le service selon le thème gouvernemental, quels que soient les termes du règlement, les conditions et tous autres détails, et ne sont pas d'avis d'entrer en discussion avec le ministre sur la réglementation même, répondront **Non**. Si une majorité suffisante du Corps médical donne une réponse négative, l'Association engagera l'action nécessaire et se préparera à l'inévitable conflit.

A côté de ce vote primordial sont posées deux questions subsidiaires : *a*) Prière de donner le nombre d'années depuis votre qualification (4); *b*) mettre une croix dans la colonne indiquant

(1) C'est ce que nous appelons la « Nationalisation ». En Grande-Bretagne, la grande majorité des hôpitaux est de formation privée, comme par exemple à Paris, l'hôpital Saint-Joseph.

(2) Lorsque fut dressée par l'A.P.I.M., à la suite d'une enquête internationale, la **Charte médicale mondiale** (dont nous reparlerons certainement un jour) le délégué anglais, mon ami Cox, prédécesseur du Dr Hill, ne voulait pas qu'y fût incrit que *le paiement à l'acte médical*, était la modalité la meilleure. N'ayant réussi à convaincre aucun autre délégué des beautés du paiement à l'abonnement annuel, il demanda, après le vote, qu'au bas du texte même de la charte soit notée son opposition. Ce qui fut fait.

(3) En Angleterre, les médecins « enregistered » sont ceux inscrits sur le registre officiel dressé par le General Medical Council.

(4) Nous dirions en France « depuis l'obtention de votre diplôme ».

votre occupation professionnelle totale ou prédominante. Et, à ce sujet, il n'y a pas moins de 18 *colonnes*, ce qu'il m'a paru intéressant de noter ici, et qui répond à un passage de la Lettre d'envoi disant : « Les résultats du plébiscite seront classés de telle manière qu'ils mettront en évidence les votes des différents groupes de la profession » et cela même, pour chaque groupe, suivant les âges, comme on le voit d'après la demande faite en *a*). Voici donc les différentes colonnes de classement : 1° Consultant ou spécialiste ; 2° Omnipraticien principal ; 3° Idem, assistant ; 4° Totalement à un hôpital volontaire (5) ; 5° Totalement à un hôpital local officiel ; 6° Idem, à un hôpital spécialisé ; 7° Totalement dans un service public de santé ; 8° Totalement dans un service de l'Etat ; 9° Totalement professeur ; 10° Totalement adonné aux recherches ; 11° Totalement à un poste non gouvernemental ; 12° Chirurgien dentiste qualifié ; 13° N'exerçant plus ; 14° Non classifié. Puis une catégorie à part pour les « employés » à savoir : 15° Employé dans une Commission permanente ; 16° Dans une Commission temporaire de spécialistes ; 17° Idem de « graded » spécialistes (?) ; 18° Idem dans les questions légales en général.

Enfin, au bas du Bulletin de vote, il est bien spécifié de mettre son nom et son adresse.

***

Vient ensuite un volumineux **Rapport** du « Comité de Négociations », divisé en deux parties : **A**. Un résumé de la loi nouvelle sur le Service national de Santé ; **B**. Sous le titre *La Profession et la Loi*, sont exprimés d'abord les principes d'après lesquels le Corps médical comprend l'exercice de la profession, puis les points principaux qui ne paraissent pas pouvoir être acceptés par les médecins dans la nouvelle loi, avec les critiques qu'elles font naître.

Ce Rapport fera l'objet d'un prochain article, ce qui nous permettra de suivre, dans l'avenir, les luttes, qui sont en perspective, entre le Corps médical anglais et le Gouvernement, si celui-ci ne prend pas ces doléances en considération.

(5) « Voluntary Hospital », ce sont les hôpitaux privés, fonctionnant par leurs propres moyens, les plus nombreux dans le pays.

LIBRES OPINIONS

L'AVENIR DE LA MÉDECINE LIBÉRALE

Existe-t-il encore une médecine libérale ? ?

De toutes parts s'installe une médecine collective (usine, mutuelle, scolaire, dispensaires, consultations de nourrissons, etc...), bientôt une médecine de caisse de Sécurité sociale.

Que reste-t-il donc au médecin praticien : l'avantage d'être appelé les mauvais jours, la nuit ?

⁂

Au nom du libéralisme, nous avons la liberté absolue d'installation, d'où mauvaise répartition des postes médicaux, pléthore dans les centres, concurrence commerciale entraînant une médecine démagogique.

Au nom du libéralisme, nous payons, assimilés aux professions commerciales, la patente, 21 % d'impôt cédulaire avec 10.000 fr. d'abattement, des forfaits surestimés, des allocations familiales sans participation de l'Etat ni d'autres collectivités. Les vieux médecins, succombant sous l'impôt, se voient refuser une retraite ; les jeunes ne peuvent s'installer, ni pratiquer une médecine scientifique et désintéressée.

La baisse de la moralité médicale est parallèle à une augmentation des empiriques, charlatans, para-médicaux qui exercent sans diplôme, non soumis à l'impôt.

Autrefois il y a 20 à 25 ans l'exercice de la médecine pouvait se concevoir libérale, dans un milieu social moins évolué, à une époque de prospérité, médecine pratiquée consciencieusement par un nombre restreint de médecins. Le médecin de famille de cette époque n'existe plus, l'anarchie et la démagogie l'ont fait disparaître.

Aujourd'hui le médecin praticien, prolétarisé cherche sa sécurité en des contrats qui l'exploitent à tarifs dérisoires.

⁂

La question qui se pose est celle-ci : le médecin sera-t-il étouffé par cette médecine « préventive » avec cette prolifération de médecins de collectivité et leur théorie d'assistantes sociales, qui bientôt deviendront médecins traitants de ces collectivités?

Le médecin deviendra alors la proie des caisses de S.S. Il est temps de constater la réalité ; une médecine étatisée est déjà installée. Si quelques pontifes ou spécialistes du savoir-faire peuvent encore vivre en marge de cette étatisation, le médecin praticien est, lui, fortement touché.

De grandes réformes médicales sont à envisager en rapport avec l'évolution scientifique et sociale: la santé du pays en dépend.

Le médecin devra alors : ou s'intégrer dans cette transformation, dans ce cadre qui n'a plus rien de « libéral », ou disparaître.

Devant cette alternative le devoir de nos dirigeants syndicaux est de discuter et non d'ignorer ces organismes.

Les praticiens, principaux artisans de la santé, doivent être représentés, au moins par moitié, dans les conseils d'administration des caisses de S. S. pour en surveiller le bon fonctionnement et éviter le gaspillage et l'inflation bureaucratique, pour poser ensuite les bases d'une sécurité honorable de la profession.

Cette contrainte à la fonctionnarisation de fait implique des contre-parties, impôt cédulaire à 16 %, abattement à la base de 60.000 fr., suppression de la patente, retraite et système de sécurité constitués partie par le médecin, partie par la caisse de Sécurité sociale qui lui impose des tarifs, partie par l'Etat qui l'emploie à tarif réduit.

Dr J. Maréchal (*Isère.*)

Thérapeutique artérielle et cardio-rénale

Artères

Spasmes artériels. Hypertension
TENSÉDINE 2 comprimés au début de chacun des 3 repas.

Scléroses vasculaires et viscérales
IODOLIPINE 1 capsule 2 ou 3 fois par jour, aux repas.

Cœur

Syndromes coronariens, Angor, Infarctus, Palpitations, Algies précordiales
COROSÉDINE 2 comprimés 2 ou 3 fois par jour, au début des repas.

Crises angineuses
TRINIVÉRINE 2 à 3 dragées à quelques minutes d'intervalle. Maximum : 10 par jour.

Reins

Insuffisance cardio-rénale, Oligurie
DIUROPHYLLINE 2 à 4 comprimés par jour, à la fin ou dans l'intervalle des repas.

MONAL, DOCTEUR EN PHARMACIE - 13, Avenue de Ségur, PARIS

SARCOPTOL

LABORATOIRES DE SPÉCIALITÉS S.A. LASSA

LOTION (Formule d'avant-guerre) GALE - PARASITOSES DIVERSES PITYRIASIS - SÉBORRHÉES, etc.

POMMADE ECZÉMAS - PRURITS - ACNÉS - FURONCULOSES DÉMANGEAISONS - TOUTES DERMATOSES

LASSA - 31, RUE CHARDON-LAGACHE - PARIS 16e

PHENEGIC

PAQUETS - COMPRIMÉS

A base de PHÉNOTHIAZINE

actif contre :

OXYURES - ASCARIS

L'EQUILIBRE BIOLOGIQUE S. A.
(Association Technique Pharmaceutique et Equilibre Biologique réunis)
COMMENTRY (Allier) R. C. Montluçon 10416 B

PERVOSINE

GOUTTES

A base de plantes indigènes fraîches

Médication générale contre :

TROUBLES de la CIRCULATION

HYPERCHLORHYDRIE
TOUTES DOULEURS GASTRIQUES

GASTROSEDYL

GOUTTES

Le grand remède de toutes les
GASTRALGIES

COMPOSITION INCHANGÉE

Teinture Dausse de belladone	46
Teinture Dausse de jusquiame	20
Liqueur ammoniacale anisée	20
Bromure de Sodium	13
Phosphate de codéine	1

Antispasmodique certain

Régulateur de l'acide gastrique

Sédatif à effet immédiat

POSOLOGIE

10 à 30 gouttes dans un peu d'eau sucrée après les repas et au moment des douleurs

LABORATOIRES J. LANDRIER
— Coulange-sur-Yonne (YONNE) —

ÉCHOS & Commentaires

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DE LA CONFÉDÉRATION : 15, 16 ET 17 DÉCEMBRE 1946.

PREMIÈRE JOURNÉE : DISCOURS. DÉONTOLOGIE.

DIMANCHE après-midi commençait, boulevard Latour-Maubourg, l'Assemblée générale annuelle de la Confédération. Cette Assemblée présentait, cette année encore, une importance toute particulière. Ne s'agissait-il point, en effet, de ratifier les travaux de la Commission spéciale et du Conseil en matière de Sécurité sociale, et de choisir, une fois de plus, entre la résistance et la coopération ?

La première journée — en fait une demi-journée — ne pouvait, évidemment, avoir pour ambition de traiter ce problème essentiel. Elle fut cependant consacrée à des questions importantes qui, en d'autres temps, eussent davantage passionné l'opinion.

Après les discours et rappels d'usage, la parole fut donnée au Pr PORTES, président du Conseil National de l'Ordre qui, par sa présence même et sa participation active à l'Assemblée, avait tenu à manifester les liens intimes qui unissent aujourd'hui les deux grandes organisations professionnelles, Ordre et Syndicat. Leur dualisme est devenu, comme nous l'avions toujours espéré ici, le moyen de mener deux activités complémentaires particulièrement efficaces — et non l'occasion d'une concurrence et d'une rivalité qui eussent signifié la mort de la profession.

Le président PORTES fut ensuite l'objet d'une interpellation en règle sur les principales dispositions du code de déontologie. Ce code contient des dispositions particulièrement intéressantes, auprès de textes surajoutés par l'Administration et qui peuvent faire l'objet d'interprétations dangereuses pour les libertés médicales. Nous avons déjà signalé l'article relatif à la grève administrative. Un article 44 contiendrait, également, aux dires de certains, le moyen de contraindre moralement les médecins à donner leurs soins en matière de médecine sociale. La liberté, pour un médecin, de refuser ses soins dans tel ou tel cas fait cependant partie — hors les cas d'urgence — du caractère libéral même de sa profession. D'autre part, un article 5 reproduit, point par point, les exigences de la Charte — inscrite ainsi pour la première fois dans un texte réglementaire — mais contient, pour les Pouvoirs publics, la faculté de leur apporter toutes les entorses nécessaires au bon fonctionnement des lois sociales. Faut-il maintenir ce texte avec cette réserve, ou, au contraire, ne vaut-il pas mieux l'éliminer ? L'Assemblée, consultée, a nettement préféré le maintien. D'autre part, il a semblé plus sage — avant de manifester une opinion officielle — d'attendre la publication officielle du texte.

Eczéma
CUROZEMA
9 Dragées par jour
OPOSÉROTHÉRAPIE VALTRY
LABORATOIRE BIOLOGIQUE VALTRY
46, Rue St Didier-Paris-16e
FORMULE INFANTILE :
Pédiozema
GRANULÉ

LES FARINES
Heudebert
FARINES NORMALES
FARINES RAFRAICHISSANTES
FARINES ANTIDIARRHÉIQUES
FARINES REMINERALISANTES
permettent d'alimenter les bébés de la façon la plus appropriée à leur âge et à leur état particulier
HEUDEBERT-NANTERRE (Seine)

LA RETRAITE. LA MÉDECINE DU TRAVAIL. QUESTIONS FISCALES.

Un rappel des nouvelles dispositions des lois de Sécurité sociale en matière d'assurance-vieillesse fut fait à l'Assemblée. Nous n'y reviendrons pas. Une Caisse autonome, ou mieux un régime spécial d'assurance avait, évidemment, d'avance toutes les faveurs de l'Assemblée. Le président PORTES exposa, à cet égard, les réunions qu'il a eues récemment avec les représentants de tous les autres Ordres professionnels, et l'espoir qu'il forme d'obtenir un résultat favorable grâce à une action ainsi concertée. Au cas où ce régime spécial ne pourrait être mis sur pied, un régime complémentaire pourrait être institué De toutes manières, une Fédération, actuellement en cours, de toutes les œuvres d'entraide ou de prévoyance médicale existantes, comblerait les lacunes du régime légalement imposé.

Une réunion médicale, tenue récemment à Nantes, aurait envisagé de refuser toute immatriculation et de ne pas payer de cotisation. Une telle décision, ne pouvant légalement être reprise à son compte par la Confédération, n'est finalement pas inscrite dans l'ordre du jour.

Par contre, l'Assemblée s'élève à l'avance contre un régime spoliant de leurs versements les médecins qui, arrivés à l'âge de la retraite, auraient un revenu supérieur au maximum donnant droit à l'allocation.

Les nouveaux textes (lois et décret d'application) relatifs à la médecine du travail sont ensuite soumis à la critique de l'Assemblée. Alors que la loi réduisait le médecin du travail à un pur rôle de prévention, le décret ouvre à ce dernier le droit de soigner les travailleurs, dans une mesure que l'Assemblée estime excessive. Le secrétaire général rapporte alors une conversation récente qu'il a eue avec le Dr Desoille, selon laquelle ce droit minimum devrait être maintenu. Sinon l'on courrait le risque grave de voir se généraliser, dans l'industrie, des dispensaires de soins confiés à d'autres médecins que le médecin du travail et contre lesquels on ne pourrait rien légalement. Cependant, l'article 15 du décret étant évidemment contraire aux dispositions de la loi qui lui sert de fondement, un recours en Conseil d'Etat est envisagé.

Le Dr DROUET indique à l'Assemblée qu'un syndicat de médecins de dispensaires est actuellement en voie de constitution et demande son affiliation à la Confédération. Au cas où cette demande serait repoussée, il s'affilierait à la C.G.T. Malgré cette menace, l'Assemblée croit devoir opposer un refus.

Enfin, le secrétaire général expose les démarches entreprises par lui auprès de l'Administration des Finances, en accord avec les autres professions libérales, en vue d'obtenir, des aménagements indispensables à la cédule de ces professions, : augmentation de l'abattement à la base (qui devrait s'aligner sur celui des traitements et salaires), application d'un taux tenant compte des nouvelles possibilités de contrôle, relèvement des abattements à la base. L'atmosphère politique et financière actuelle semble, malheureusement, peu propice au succès de ces négociations. Un service fiscal doit être créé à la Confédération au début de l'année prochaine.



Oxyurose
Infestations intestinales
Laboratoires Pharma-France
43, rue de l'Ancienne Mairie
Boulogne-s-Seine - Mol 12-13



Rhino-pharynx
Sinusites, Coryzas, Angines, Grippes, etc.
Laboratoires PHARMA-FRANCE
43, rue de l'ancienne Mairie
BOULOGNE-SUR-SEINE

TRINITRINE
ET ASSOCIATIONS
(DRAGÉES A NOYAU MOU)

TRINITRINE SIMPLE
TRINITRINE CAFÉINÉE DUBOIS
TRINITRINE PAPAVÉRINE LALEUF
TRINITRAL LALEUF
TRINIBAÏNE LALEUF

ANGINE DE POITRINE
CRISES VASCULAIRES SPASMODIQUES

LABORATOIRES LALEUF
Georges DUGUÉ, Docteur en Pharmacie
51, R. NICOLO, PARIS-16e
Téléphone : TROcadéro 62-24

Deuxième journée : Ouverture du débat sur la Sécurité sociale.

Après avoir entendu l'exposé, par le secrétaire général, des résultats des travaux accomplis par la Commission des Dix (*modus vivendi* n° 1) et des entretiens poursuivis par une nouvelle Commission (Commission des Neuf) avec les représentants nationaux des Caisses de S.S. (F.N.O.S.) qui aboutit à la rédaction du *modus vivendi* n° 2 proposé au vote de l'Assemblée, un large débat s'ouvre sur le principe même des rapports entre le Corps médical, la Sécurité sociale et les Caisses.

Le Pr Fabre (Haute-Garonne), ancien partisan des Conventions, conte à la tribune, avec beaucoup d'humour, ses successifs désenchantements et le peu d'intérêt et de compréhension que manifestent les dirigeants de Caisses à l'égard du Corps médical. Deux formes d'esprit et de culture s'opposent. Il n'est pas juste — sous prétexte d'élite — de demander toujours aux mêmes les sacrifices.

Quelques attaques contre les initiatives du secrétaire général tournent court. Puis plusieurs délégués de départements ayant signé des conventions s'en déclarent satisfaits. Le Dr Geisz (Eure) considère l'attitude actuelle comme une véritable « parade prénuptiale ». Le Dr Delie (Oise) déclare, au nom de ses mandants, préférer une convention — ou un accord transitoire — à un tarif imposé par une Commission étatique. « L'Oise, nous dit le Dr Baranger, a obtenu ainsi comme tarif C 120-V 150, PC et K 90. Mais l'Indre-et Loire déclare avoir obtenu le même résultat sans convention. Le Pr Muller (Nord), membre de la Commission des Dix, indique le principe du nouveau *modus vivendi* : un accord national F.N.O.S. — Confédération éviterait, en intervenant par la double voie hiérarchique, toute discussion pour la conclusion d'accords sur le plan local. Quant au Pr Legrand (Lille), il désire que la lutte du Corps médical contre l'ordonnance du 19 octobre reste au premier plan des préoccupations, mais qu'un *modus vivendi* soit signé qui évite aux malades de subir les contre-coups de cette lutte.

Discussion générale (suite).

Au débat de l'après midi, le Dr Bergouignan, représentant le Syndicat des chirurgiens, dit son désir de garder le contact avec les A. S. en vue, notamment, de résoudre le cas, souvent grave, des chirurgiens hospitaliers de petites villes. Les représentants de la Sarthe sont prêts à ajouter l'entente collective à l'entente individuelle. En contrepartie, ils attendent des Caisses des engagements précis d'ordre hospitalier, une plus large représentation dans les conseils des Caisses, une réforme de la loi et un aménagement des charges fiscales.

Le Dr Caffort rappelle que les lois ne sont pas faites pour les seuls médecins et que les malades sont ravis des principes de la loi de Sécurité sociale. Il est partisan d'une entente, dans les conditions qu'il a précisées dans le *Concours Médical*.

Le Dr Rouèche (Seine) rappelle l'expérience peu favorable faite dans la Seine. Pourparlers encourageants sur le plan national, se heurtant à des prétentions inacceptables sur le plan local. La Seine accepte le seul *modus vivendi* n° 1.

Le Pr Filachet expose alors en détail les pourparlers qui eurent lieu avec la F.N.O.S. et tient à rendre hommage, en



SUPPOSITOIRES

RECTOQUINTYL

DEUX FORMES
ADULTES-ENFANTS

ASSOCIE LES INDICATIONS DE
L'ORTHOFORMIATE D'ETHYLE
AUX AVANTAGES DE LA VOIE RECTALE

COQUELUCHE - QUINTES NOCTURNES
TOUX POST OPÉRATOIRES
AFFECTIONS BRONCHO-PULMONAIRES

Echantillons et Littératures sur demande

LABORATOIRES A. MARIANI
10, Rue de Chartres, NEUILLY (Seine)
TÉL : MAILLOT 61-09

cette occasion, au secrétaire général. La F.N.O.S. est dirigée par des jeunes, compréhensifs, intelligents, dynamiques qui ont l'occasion unique d'affirmer leur pouvoir sur les Caisses. Le *modus vivendi* n° 2 n'est que le *modus vivendi* n° 1 écrit d'accord avec les Caisses sous une autre forme. *Il représente le maximum de ce qui pouvait être acquis.* « Nous sommes à la limite de l'élasticité. » Il faut faire un essai, éprouver la puissance de la F.N.O.S., et démontrer l'autorité de la Confédération. Pour cela, il faut continuer à chercher un accord dans la dignité. Un vote massif de l'Assemblée est nécessaire. Plus tard, une convention nationale type sera mise sur pied, dans le cadre d'une loi reformée.

Ce vote massif est immédiatement acquis, par l'unanimité des votants, moins trois voix.

Le Pr GARDÈRE (Rhône) précise que le *modus vivendi* a voulu établir les tarifs d'une manière quasi mathématique avant d'éviter toute discussion. La base de 1938 a été acceptée. Le coefficient de majoration dépendra des hausses de salaires et des frais. L'application du tarif est laissée à la conscience du médecin. Il approuve le texte du *modus vivendi* mais propose, cependant, de substituer « accord » à « convention » et de supprimer toute allusion à la Commission tripartite. « Ne prenons pas, dit-il enfin, la responsabilité d'une rupture. »

Après quelques interventions, la discussion générale est déclarée close.

ADOPTION, ARTICLE PAR ARTICLE, DU MODUS VIVENDI N° 2

Le préambule et les trois premiers articles du *modus vivendi* n° 2 (identiques à ceux du n° 1) sont adoptés sans discussion. L'article 4° accroche quelque peu : il s'agit de la clause de révision en cas de variation des indices, le minimum de variation donnant lieu à révision n'étant pas déterminé. En définitive, il est précisé que cette variation à déterminer ne saurait être supérieure à 20 %.

Puis commence un débat extrêmement confus et long, qui ne tarde point, au reste, à se passionner et à opposer l'une à l'autre les deux tendances de l'Assemblée, et qui porte, apparemment, sur une simple question de mots : les barèmes d'honoraires homologués et communiqués aux Caisses locales doivent ils donner lieu à la *conclusion d'un accord*, ou à *la signature d'une convention*, comme le texte proposé le prévoit ?

Nous ne retracerons pas, dans le détail, les incidents successifs de cette dialectique qui parut à certains quelque peu byzantine et qui motiva, de la part du Dr CHOVAU (ancien président de la Confédération) un rappel à l'ordre, à la tenue et à la dignité, qui, à vrai dire, n'était point déplacé, Notons, à l'honneur des délégués, que ce fut, de loin, l'intervention la plus unanimement applaudie.

Mais, de cet ensemble d'interventions aussi confuses que contradictoires, se dégagea finalement le sens profond de la discussion. Les « jeunes turcs » (comme les appela spirituellement le Dr VALLEGEAS), qui avaient conduit la discussion en mars dernier et fait interdire à ce moment le principe même des conventions Syndicats-Caisses, ne pouvaient admettre que les résultats des travaux de leurs mandants aboutissent. en fait, à un désaveu aussi formel de la précédente décision. Ils continuaient à penser que signer une convention était





accepter une loi que, cependant, tout le monde était d'accord pour continuer à combattre. Mais admettant la nécessité de ne pas léser dans l'immédiat les intérêts des assurés et de ne pas se mettre à dos l'opinion, ils convenaient qu'il fallait garder le contact avec les Caisses. A la *signature d'une convention écrite*, ils entendaient substituer *la conclusion d'un accord verbal*, portant sur le *seul point très précis du taux des honoraires*, et pendant une courte période.

A l'inverse, les vingt-cinq départements partisans d'une convention franche et déclarée considéraient qu'un « accord » (verbal, ou constaté par écrit) était loin d'avoir l'effet qu'ils en attendaient. En premier lieu, les tarifs ainsi déterminés ne seraient pas applicables en matière d'A. T., d'article 64 ou d'A.M.G. En second lieu, trop limités dans leur objet, ils ne pourraient comporter, en contrepartie, l'engagement par les Caisses de ne point créer ou subventionner de centres d'examens ou de soins, sans l'accord et même la participation des Syndicats médicaux.

Plusieurs tentatives de conciliation échouèrent. Les mots de scission étaient déjà prononcés. Une majorité nette se dessinait cependant, à la faveur de votes non définitifs, en faveur de la deuxième thèse. Grâce sans doute, en partie, à l'intervention inopinée du Pr Portes qui demanda au Corps médical, tout en restant fidèle à ses traditions, de ne pas se désunir et de ne point rompre le contact avec la F.N.O.S., grâce aussi à une opportune suspension de séance, l'accord put se faire entre les principaux champions de l'Assemblée sur un texte transactionnel, qui prit, pour base, une proposition du Dr Grenier (Seine-et-Oise).

Le Pr Gardère, lui-même, déclara accepter le mot « Convention », et le texte suivant fut adopté à une très grosse majorité :

« ...en vue de la signature de conventions provisoires, suivant les règles du *modus vivendi*, qui précéderaient éventuellement la signature de nouvelles conventions après la réforme de l'ordonnance du 19 octobre 1945. »

Les autres dispositions du *modus vivendi* n° 2 furent acceptées dans le calme et à la quasi-unanimité, sauf cependant l'article 7 relatif au rôle de la Commission tripartite nationale imposée par la loi, qui fut, purement et simplement, supprimé.

Rappelons que ces autres articles sont relatifs au fonctionnement d'une Commission nationale paritaire (F.N.O.S., Confédération), et à l'engagement pris par la Confédération au nom de ses membres de n'homologuer que des tarifs raisonnables, de veiller à ce qu'ils soient appliqués, de déférer les manquements à la juridiction professionnelle, et d'inviter les médecins à se montrer économes dans la prescription et soucieux de limiter l'absentéisme au minimum compatible avec le traitement.

A la demande du Dr Rouèche (Seine) fut ajouté un paragraphe selon lequel la Confédération « s'engageait à collaborer avec les Caisses au plan technique, sanitaire et social, en particulier par une représentation plus importante au sein des différents organismes. »

Les membres de la Commission des neuf furent renommés, et la séance levée vers 18 h. 30.

Gérant : Mignon
Février 1879
Lang, Blanchong et Cie, 30, rue du Poteau - Paris (18e). — 31.1040
4e trimestre 46 Dépôt légal : N° 8

FRANCALCIUM
ACETYLGLYCOCOLLATE DE CALCIUM



AMPOULES INJECTABLES I-V ET I-M
COMPRIMÉS
SOLUTION BUVABLE

LABORATOIRES DU MYORAL
3, RUE S'-ROCH. PARIS

LE CONSEIL MEDICAL
CABINET BREITEL ET CORET
Fondé en 1903
1, Rue Dante
PARIS (5e)
ODE : 36-46

Paris près gare : Méd. gle. Interr. 5 pièces. Ss conf.
Paris-Montmartre : Méd. gle. 4 pièces, tout meublé.
Paris 9e : Méd. gle, 4 pièces. Bien placé, demi-repos.
Paris 18e : Hôtel 9 ch. Poss. créer mais. accouch.
40 kms Paris : Propr. poss. créer mais. accouch. 20 lits.
Loire-Inférieure : Clin. chirurg. installée, 8 lits.
Languedoc : Faculté clin médico-chirurg., 20 lits.
Pas-de-Calais : Gros bourg, méd. gle, mais. grs rapp.
Vosges : Stat. therm. 4 pièces, conf., jardin.
Vosges : Méd. gle avec logement, bon rap.
Puy-de-Dôme : Méd. gle et install. prof. maison.
Charente-Maritime : Méd. gle très ancien. Avantag.
Sud-Est : Gde ville. Méd. gle et urol. Gr. rapp.

Algérie : Gde ville, méd. gle. Logt. Gros rapp.
Cochinchine : Gde ville. Très gros rapp. d.em.-ann.

Clientèles ttes spécialités, toutes régions.
Clientèles, préventorias. Aff. paramédicales.

LES
Gouttes B.O.P
(synergie du bouleau et de l'olivier dans l'hypertension artérielle)
AGISSENT LENTEMENT
MAIS NE DÉÇOIVENT JAMAIS.
PROCHAM
LABORATOIRES PROCHAM. 5 rue d'ALEMBERT - ISSY (SEINE)

DÉSÉQUILIBRE NEURO-VÉGÉTATIF

SÉRÉNOL

RÉGULATEUR DES TROUBLES D'HYPERTONICITÉ NERVEUSE

ÉTATS ANXIEUX-ÉMOTIVITÉ-INSOMNIES

DYSPEPSIES NERVEUSES

SYNDROME SOLAIRE - PALPITATIONS

DOSES Moyennes par 24 Heures
1 à 3 cuillerées à café
ou 2 à 5 comprimés
ou 1 à 3 suppositoires

3 FORMES LIQUIDE COMPRIMÉS SUPPOSITOIRES

LABORATOIRES LOBICA
25, RUE JASMIN-PARIS (16e)

ACTIPHOS

AMPOULES BUVABLES DE 3 CC

L'ALIMENT ÉQUILIBRÉ DE LA CELLULE NERVEUSE

Acide phosphorique en Synergie suractivée par les Phosphates métalliques et les Catalyseurs minéraux

LABORATOIRE ROGER BELLON
LOUIS FERRAND
Ex-interne, Lauréat des Hôpitaux de Paris
PHARMACIEN-GÉRANT
(GAMBÉOL, RECTOCALCIUM, HÉMOPTYLORE - 3e, GLOBIZON)
78bis, Avenue Marceau - PARIS (8e)

TRAITEMENT rationnel
de toutes les formes
de **l'OBÉSITÉ**
et des troubles annexes

DELLOVA

à base d'extraits opothérapiques
renforcés par un laxatif

2 FORMES

Cachets..... 1 à 2 par jour
Comprimés... 2 à 4 par jour

Lab. C. LAFOSSE, 48, Av. de la République, PARIS

CHLORURE D'ACÉTYLCHOLINE
EN SOLUTION ANHYDRE ET STABLE

ACÉCOLINE

"L'Acécoline dilate les artérioles et lève les spasmes vasculaires"

RAMOLLISSEMENT CÉRÉBRAL
Hypertension artérielle
SPASMES RÉTINIENS
Artérites, Gangrènes
CLAUDICATION INTERMITTENTE
Syndrome de Raynaud
ANGINE DE POITRINE
Coliques de plomb
SUEURS DES TUBERCULEUX



BOITES DE 3 OU 8 AMPOULES
A 2,5,10 OU 20 Cg

LABORATOIRES LEMATTE ET BOINOT
52, RUE LA BRUYÈRE, PARIS

NEO-CODION

— Gouttes et Dragées —

PUISSANT
SÉDATIF
DE LA TOUX

- Le Camphosulfonate de Codéine
- Le Camphosulfonate de Dionine

Laboratoires du
Dr BOUCHARA
47, Rue de Bretagne
PARIS-3e - Arch. 94-65

BILAXYL

Le laxatif des hépatiques

1 A 2 COMPRIMÉS LE SOIR

LABORATOIRES ROLAND MARIE
191, RUE DU Fg St-ANTOINE, PARIS

Vitamine B^2
(Lactoflavine)

BÉFLAVINE
"ROCHE"

Ophtalmologie, Peau et muqueuses
Gastro-entérologie
Troubles de croissance du nourrisson

PAR VOIE BUCCALE :
DRAGÉES
DOSÉES A 5 MILLIG.
2 A 6 PAR JOUR

PAR VOIE INTRAMUSCULAIRE :
AMPOULES DE 2 CMS
DOSÉES A 10 MILLIG.
UNE PAR JOUR

Produits "ROCHE" 10 rue Crillon, PARIS 4e



CHLORO-CALCION

NOMENCLATURE DES ACTES PROFESSIONNELS

SOMMAIRE

I. Généralités sur les tarifs :

1° *Assurances sociales des professions non agricoles* .. 3
a) Soins à domicile ou au cabinet du praticien 3
b) Hospitalisation 5
2° *Assurances sociales agricoles* 6
3° *Accidents du travail et maladies assimilées* 6

II. Nomenclature générale :

Dispositions générales 8
Utilisation de la Nomenclature 8
Conditions de remboursement des actes professionnels 8
Rédaction de la feuille maladie 9
Chapitre Ier. — Consultations et visites.... 10
Chapitre II. — Pratique médicale courante 10
Chapitre III. — Chirurgie 11
Chirurgie des traumastismes 11
Chirurgie des infections 12
Chirurgie des tissus 12
Chirurgie des membres 13
Chapitre IV. — Urologie 16
Chapitre V. — Gynécologie 17
Chapitre VI. — Obstétrique 18
Chapitre VII. — Ophtalmologie 18
Chapitre VIII. — Oto-Rhino-Laryngologie 19
Chapitre IX. — Stomatologie et soins dentaires 21
Chapitre X. — Phtisiologie 23
Chapitre XI. — Dermato-Vénérologie 23
Chapitre XII. — Psychiatrie 24
Chapitre XIII. — Electro-Radiologie et Physiothérapie 24
Section I. — Electrodiagnostic 24
Section II. — Electrothérapie et traitements par les rayons ultra-violets lumineux ou infra-rouges 24
Section III. — Radiodiagnostic 25
Section IV. — Roentgenthérapie 26
Section V. — Curiethérapie 28
Chapitre XIV. — Cures thermales 29
Chapitre XV. — Soins dispensés par les auxiliaires médicaux 30
Index alphabétique médical 31

MIGRAINES — GRIPPES
DOULEURS CATAMÉNIALES
ALGIES

ALGOCRATINE
Un cachet dès la première sensation de douleur
LANCOSME, 71, Avenue Victor-Emmanuel III — PARIS


KAOSYL
DESLEAUX
PANSEMENT GASTRO-INTESTINAL
LANCOSME . 71, Av Victor Emmanuel III, Paris (8e)

THÉRAPEUTIQUE RHINO-PHARYNGÉE A DOSE FAIBLE
KIDARGOL
LABORATOIRE R. GALLIER, 1 bis, Place du Président-Mithouard, PARIS-VI.

INTRODUCTION

La nouvelle nomenclature

Un des principaux résultats recherchés par le législateur dans la dernière réforme du régime des Assurances Sociales est de faire coïncider le plus possible la charge réelle supportée par les assurés et le remboursement effectué par les Caisses. Pour cela il fallait tout d'abord établir le taux précis des honoraires médicaux, taux qui, en principe, ne pourrait être dépassé par les praticiens. Il était donc nécessaire de faire paraître rapidement la nomenclature générale des actes professionnels, qui était depuis plusieurs années à l'étude. C'est cette nomenclature, récemment publiée, que nous présentons aujourd'hui à nos lecteurs.

L'entrée en vigueur de cette nomenclature est liée à l'application des tarifs prévus par l'ordonnance du 19 octobre, c'est-à-dire subordonnée à la conclusion de conventions entre les Caisses régionales de Sécurité Sociale et les Syndicats médicaux, lesdites conventions devant, en outre, être approuvées par une commission nationale; ou, si aucun accord ne peut être réalisé entre les Caisses et les Syndicats, à la fixation des tarifs par la Commission, après une mise en demeure faite par le ministre du Travail. En pratique donc cette nomenclature entrera en vigueur à des dates différentes suivant les départements.

Les tarifs une fois fixés soit par une convention, soit par la Commission, la nomenclature s'appliquera non seulement pour tous les actes médicaux concernant les assurés sociaux, mais également pour les accidentés du travail. En effet, la majoration de 100% sur le tarif de 1939 applicable à cette catégorie, ne devait avoir qu'un effet provisoire et ce tarif sera remplacé, au fur et à mesure de l'entrée en vigueur de la nouvelle législation, par le tarif des Assurances Sociales, diminué toutefois, en ce qui concerne la consultation et la visite seulement, du ticket modérateur de 20%. Enfin, l'utilisation de la nomenclature pour les soins aux pensionnés de guerre et pour les bénéficiaires de l' A.M.G. est également envisagée, mais à une date encore indéterminée en raison des répercussions budgétaires d'une telle décision.

Ainsi cette nomenclature sera-t-elle utilisée beaucoup plus fréquemment que la précédente, et tendra à s'appliquer à la grande majorité, sinon à la totalité, de la clientèle médicale, au fur et à mesure de l'extension de l'ordonnance aux diverses catégories de malades et de l'assujétissement au régime de sécurité sociale de la totalité de la population.

Les tarifs fixés en fonction de cette nomenclature, pourront, en droit, être dépassés par les médecins pour les assurés sociaux (art. 13, ord. 19 octobre 1945) et pour les accidentés du travail (art. 8, ord. 19 octobre) à condition, toutefois, de pouvoir justifier les motifs de ces dépassements qui peuvent être, soit la situation de fortune de l'assuré, soit la notoriété du praticien, soit encore toutes autres circonstances particulières.

Les justifications devraient être soumises à l'appréciation d'une commission départementale bipartite, simple organe de conciliation, qui peut, si elle estime insuffisants les renseignements fournis, inviter le praticien à rembourser le trop-perçu et éventuellement soumettre le cas au Conseil régional des Médecins, en vue de sanctions disciplinaires. La juridiction professionnelle reste donc compétente pour apprécier, en dernier ressort, les abus d'honoraires. Rappelons seulement que la juridiction d'appel est la Section des Assurances Sociales du Conseil national, où les praticiens sont en minorité.

Toutes dispositions sont donc prises pour garantir à l'assuré social moyen le remboursement de la plus grande partie des honoraires médicaux qu'il pourrait avoir à supporter.

Mais l'expérience a démontré qu'un tel ouvrage comporte obligatoirement quelques lacunes qui ne se révèlent qu'à l'usage ; d'autre part, de nouveaux traitements peuvent être appliqués, qu'il faudra intégrer dans cette nomenclature ; enfin, certains cas complexes peuvent nécessiter une interprétation officielle. Une Commission permanente a donc été prévue, pour résoudre les difficultés pouvant s'élever dans la pratique et pour élaborer les modifications et les adjonctions nécessaires.

Cette commission aura dès maintenant à examiner les critiques qui s'élèvent déjà. Les médecins pratiquant des examens de laboratoires s'étonnent que le chapitre Biologie ait été supprimé et se voient obligés de se reporter, pour leurs honoraires en cette matière, au tarif pharmaceutique national.

La tarification des visites de nuit et des dimanches a également suscité des protestations de la part des Caisses, protestations qui ont été entendues puisque l'arrêté du 1er avril est venu supprimer ces dispositions. Il appartiendra donc désormais aux barèmes des Syndicats départementaux de fixer ce taux relatif de la visite des dimanches et de la visite de nuit.

La Commission permanente est déjà au travail pour résoudre ces difficultés, et de prochains arrêtés viendront certainement compléter la nomenclature telle que nous la présentons aujourd'hui. Les lecteurs du « Concours Médical » pourront découper, au fur et à mesure de leur publication, ces textes pour les insérer à leur place dans le texte d'origine et conserver ainsi une documentation à jour, d'une manière permanente.

Nous n'avons évidemment pas ici l'intention d'apprécier l'ensemble de la réforme apportée par le plan de Sécurité Sociale, mais, dans le secteur limité qui nous occupe, nous devons constater que la publication de cette nouvelle nomenclature constitue un effort vers la clarté dans la tarification des actes médicaux, clarté par l'unification des divers régimes de médecine sociale, clarté par les facilités d'adaptation d'un texte qui ne prétend pas à l'intangible perfection, clarté enfin par la structure de la nomenclature elle-même, qui, sans être exempte de critiques, représente un progrès important sur le texte mort-né, aux trop nombreux détails, qui l'a précédée.

G. CAZAC.

NOMENCLATURE des ACTES PROFESSIONNELS

I. — GÉNÉRALITÉS SUR LES TARIFS

Sécurité Sociale

Ordonnance du 4 octobre 1945

ARTICLE PREMIER. — Il est institué une organisation de la Sécurité Sociale destinée à garantir les travailleurs et leurs familles contre les risques de toute nature susceptibles de réduire ou de supprimer leur capacité de gain, à couvrir les charges de maternité et les charges de famille qu'ils supportent.

L'organisation de la Sécurité Sociale assure dès à présent le service des prestations prévues par les législations concernant les assurances sociales,... les accidents du travail et maladies professionnelles...

1° Assurances Sociales des Professions non Agricoles

a) Soins à domicile ou au cabinet du praticien.

Ordonnance du 19 octobre 1945. — N° 45-2.454

ART. 10. — **Les tarifs des honoraires et frais accessoires dus aux praticiens et aux auxiliaires médicaux par les assurés sociaux, à l'occasion de soins de toute nature et en cas de maternité, sont établis et présentés, pour chaque département, par les syndicats de chaque catégorie professionnelle intéressée.**

Ces tarifs ne sont appplicables qu'après avoir été inscrits dans des conventions conclues entre les Caisses régionales de Sécurité Sociale agissant d'après les propositions des Caisses primaires du département intéressé et lesdits syndicats et approuvés, dans le délai de deux mois à compter de la date de l'accusé de réception, par une Commission nationale comprenant pour un tiers des représentants des organismes d'Assurances sociales, pour un tiers des représentants des organisations professionnelles nationales de praticiens et pour un tiers des représentants des ministres du Travail et de la Sécurité Sociale, de la Santé Publique et de l'Economie Nationale.

Cette Commission peut, si l'intérêt général l'exige, refuser son approbation et inviter les parties à se mettre d'accord sur d'autres bases. Dans le cas où le nouvel accord ne lui paraît pas conforme à l'intérêt général, elle fixe elle-même le tarif applicable.

Si la décision de la Commission nationale n'intervient pas dans le délai prévu au deuxième alinéa, les tarifs sont considérés comme approuvés. Si le désaccord des parties ne permet pas la conclusion d'une convention ou si aucun tarif n'est établi dans le délai d'un mois après la mise en demeure adressée par le ministre du Travail et de la Sécurité Sociale aux organisations intéressées, le tarif applicable est fixé par la commission prévue au deuxième alinéa. Il demeure en vigueur jusqu'à l'intervention d'une convention dans les formes définies aux deux alinéas précédents ou d'une nouvelle décision de la Commission nationale procédant à sa revision d'office ou sur la demande de l'une des parties.

ART. 11. — **Les tarifs des honoraires et frais accessoires dus aux praticiens et aux auxiliaires médicaux à l'occasion de soins donnés dans un établissement hospitalier public sont ceux correspondant à la catégorie dans laquelle l'assuré est classé.**

S'il s'agit de soins donnés dans une clinique ouverte d'un établissement public ou dans un établissement privé, les tarifs sont fixés par des conventions conclues entre la Caisse régionale de Sécurité Sociale agissant d'après les propositions des Caisses primaires du département intéressé et les syndicats de praticiens. Lorsque les soins sont donnés dans un dispensaire, la convention est conclue entre la Caisse régionale et la Commission administrative du dispensaire.

ART. 12. — Les tarifs prévus aux articles 10 et 11 sont établis d'après une nomenclature générale des actes professionnels fixée par un arrêté du ministre du Travail et de la Sécurité Sociale et du ministre de la Santé Publique. Cet arrêté détermine les modalités d'application de la nomenclature générale dans les rapports entre les praticiens, d'une part, les organismes de Sécurité Sociale et les assurés d'autre part.

La nomenclature générale peut comporter des majorations pour les actes accomplis dans des circonstances spéciales ou par certaines catégories de praticiens, en raison de leurs titres, de leur valeur scientifique, de leurs travaux ou de leur spécialisation. Elle détermine, en pareil cas, les conditions d'application de ces majorations.

Par dérogation aux dispositions du présent article, les honoraires dus pour les soins médicaux donnés dans un établissement hospitalier public sont fixés sur la base d'un forfait journalier.

ART. 13. — **Tout praticien ou auxiliaire médical, qui demande à un assuré social des honoraires supérieurs à ceux résultant du tarif fixé conformément aux articles précédents, peut, à la requête d'un assuré ou d'un service ou organisme de Sécurité Sociale, être invité à justifier des motifs de ce dépassement, tels que la situation de fortune de l'assuré, la notoriété du praticien ou autres circonstances particulières.**

Ces justifications sont soumises à une Commission départementale, dont l'organisation et le fonctionnement sont fixés par arrêté du ministre du Travail et de la Sécurité Sociale et du ministre de la Santé Publique et qui est composée de deux représentants des praticiens, un médecin-conseil et un administrateur des organismes de Sécurité Sociale.

Si la Commission estime que les justifications fournies ne sont pas suffisantes, elle peut inviter le praticien ou auxiliaire médical à rembourser à l'assuré le trop-perçu et éventuellement provoquer l'application de la procédure prévue aux articles 100 et suivants, sans préjudice, de la part de l'assuré, du recours à la juridiction de droit commun.

ART. 14. — . . . . . .

Les analyses, examens de laboratoire et fournitures pharmaceutiques autres que les médicaments sont remboursés d'après un tarif de responsabilité établi par le règlement intérieur des Caisses dans les limites d'un tarif fixé par arrêté du ministre du Travail et de la Sécurité Sociale. Ce règlement définit en outre les conditions dans lesquelles est effectué ce remboursement.

ART. 16. — Les assurés sociaux sont hospitalisés dans les établissements hospitaliers publics au tarif prévu pour les malades payants de la catégorie à laquelle ils appartiennent.

Le tarif de responsabilité des Caisses est égal à ce tarif.

ART. 17. — L'assuré ne peut être couvert de ses frais de traitement dans les établissements privés de cure et de prévention de toute nature que si ces établissements sont autorisés à dispenser des soins aux assurés sociaux par une Commission constituée dans chaque région et composée de représentants des Caisses de Sécurité Sociale, de représentants des Ministères du Travail et de la Sécurité Sociale et de la Santé Publique et de représentants du Corps Médical. Le directeur régional de la Santé et de l'Assistance préside cette Commission.

L'autorisation ne peut être conférée qu'aux établissements apportant des garanties techniques au moins

égales à celles offertes par les établissements publics de même nature.

Un décret rendu sur le rapport du ministre de Travail et de la Sécurité Sociale et du ministre de la Santé Publique détermine les conditions à remplir par les établissements autorisés et les obligations imposées à ces établissements pour l'exercice du contrôle médical des Assurances sociales. Il fixe également la procédure applicable à la délivrance de l'autorisation ci-dessus prévue.

Il peut être fait appel des décisions de la Commission régionale devant une Commission nationale, dont la composition et les règles de procédure sont fixées par le décret visé à l'alinéa précédent.

ART. 18. — Des conventions conclues entre les Caisses de Sécurité Sociale et les établissements visés à l'article 17 fixent les tarifs d'hospitalisation auxquels sont soignés les assurés sociaux dans les dits établissements publics de même nature les plus proches. Ces tarifs sont homologués par les Commissions prévues audit article.

A défaut de convention ou si les tarifs conventionnels n'ont pas été homologués, les Caisses fixent un tarif de responsabilité applicable aux établissements visés à l'alinéa précédent.

ART. 19. — L'assuré peut être soigné dans les établissements fondés par les Caisses de Sécurité Sociale.

Le règlement général d'administration publique fixe les conditions selon lesquelles l'autorisation de création est donnée par le Ministère du Travail et de la Sécurité Sociale et le Ministère de la Santé Publique.

Les Caisses peuvent passer des contrats avec les Sociétés ou Unions de Sociétés de Secours mutuels ayant créé des œuvres sociales, dans les conditions de la loi du 1er avril 1898 modifiée, en vue d'en faire bénéficier leurs adhérents.

Les tarifs d'hospitalisation fixés par ces contrats sont soumis à l'homologation dans les conditions prévues à l'article 18.

ART. 21. — Par dérogation aux dispositions des articles 8 et suivants, les modalités suivant lesquelles les soins sont actuellement dispensés aux assurés sociaux dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle, restent provisoirement en vigueur.

.....

ASSURANCE-MALADIE

Ordonnance du 19 octobre 1945

ART. 24. — La participation de l'assuré aux tarifs prévus aux articles 10, 11, 14, 16, 18 et 19 ci-dessus est fixé à 20 %.

Cette participation est réduite ou supprimée dans les cas fixés par un arrêté du ministre du Travail et de la Sécurité Sociale.

ART. 25. — La part garantie par les Caisses est remboursée à l'assuré. Toutefois, elle peut être versée directement à l'établissement dans lequel les soins sont donnés.

En aucun cas, elle ne peut excéder le montant des frais exposés.

Arrêté du 22 Mars 1946

ART. 1. — Les assurés sociaux et leurs ayants droits sont dispensés de la participation prévue à l'article 24 de l'ordonnance du 19 Octobre 1945 pour les frais engagés **à l'occasion de toute intervention chirurgicale inscrite à la nomenclature générale des actes professionnels annexés à l'arrêté du 29 octobre 1945 avec un coefficient égal ou supérieur à 50.**

ASSURANCE DE LA LONGUE MALADIE

Ordonnance du 19 octobre 1945

ART. 43. — Les honoraires dus au médecin traitant, au médecin expert ou au médecin spécialiste à l'occasion des examens prévus à l'article 33, sont réglés d'après un tarif fixé par un arrêté du ministre du Travail et de Sécurité Sociale et du ministre de la Santé Publique.

Ils sont à la charge de la Caisse primaire.

.....

Honoraires dus aux praticiens à l'occasion des examens spéciaux prévus pour l'obtention du bénéfice de l'assurance de longue maladie.

Arrêté du 9 Janvier 1946

ARTICLE PREMIER. — Les honoraires dus au médecin traitant de l'assuré à l'occasion de l'examen spécial prévu à l'article 33 (1er alinéa) de l'ordonnance du 19 octobre 1945 susvisée sont fixés sur la base du tarif de la consultation ou de la visite ordinaire, affecté du coefficient 2 (C2 ou V2).

ART. 2. — Les honoraires dus au médecin expert ou au médecin spécialiste à l'occasion de l'examen prévu à l'article 33 (2e et 3e alinéas) de l'ordonnance du 19 octobre 1945 susvisée sont fixés sur la base du tarif de la consultation ou de la visite ordinaire, affecté du coefficient 4 (C4 ou V4).

ART. 3. — Les frais de déplacement de ces praticiens sont remboursés dans les mêmes conditions qu'en matière de soins.

CONVENTION-TYPE

Décret du 29 décembre 1945

ART. 7. — Le ministre du Travail arrête, après avis du Conseil supérieur de la Sécurité Sociale :

a) Les modèles de conventions à intervenir, en application des articles 10 et 11 de l'ordonnance du 19 octobre 1945, entre, d'une part, les Caisses régionales de Sécurité Sociale et, d'autre part, les syndicats de praticiens ou les dispensaires, notamment pour la fixation des tarifs d'honoraires dus par les assurés sociaux à l'occasion de soins de toute nature donnés au cabinet du praticien, au domicile du malade, dans un établissement privé ou dans un dispensaire et en cas de maternité ;

b) Les modèles de conventions à intervenir, en application de l'article 18 de l'ordonnance susvisée, entre, d'une part, les Caisses régionales de Sécurité Sociale et, d'autre part, les établissements privés de cure et de prévention, notamment pour la fixation des tarifs d'hospitalisation applicables aux assurés sociaux soignés dans lesdits établissements ;

c) Les modèles de conventions à intervenir, en application de l'article 14 de l'ordonnance du 19 octobre 1945, entre, d'une part, les Caisses régionales de Sécurité Sociale et, d'autre part, les syndicats de fournisseurs, notamment pour la fixation des tarifs de responsabilité servant de base au remboursement des frais d'acquisition et de renouvellement des appareils ;

d) Les tarifs-limites de responsabilité prévus à l'article 14 de l'ordonnance du 19 octobre 1945.

Les conventions modèles prévues au présent article comportent des dispositions obligatoires et des dispositions facultatives.

L'arrêté approuvant chaque modèle de convention détermine parmi les clauses de la convention celles qui ont un caractère facultatif.

Extraits de la Convention-type approuvée par arrêté du 3 janvier 1946

Tarifs

* ART. 6. — § 1er. — Les honoraires pour soins à domicile ou au cabinet du médecin établis conformément à l'article 10 de l'ordonnance n° 45-2454 du 19 octobre 1945 sont les suivants :

Prix de la consultation au cabinet du médecin.
Prix de la visite au domicile du malade.
Prix de la visite du dimanche.
Prix de la visite de nuit.
Valeur de la lettre-clé PC (actes de pratique médicale courante).
Valeur de la lettre-clé K (actes de chirurgie et de spécialités).
Valeur de l'indemnité kilométrique au kilomètre parcouru.

Les prix des actes médicaux autres que les consultations et visites sont déterminés par la nomenclature générale des actes médicaux, en fonction de la valeur donnée ci-dessus aux lettres-clés PC et K.

* § 2. — La durée de la validité de ce tarif est, en principe, égale à la durée de la présente convention, sous réserve d'une revision effectuée conformément au paragraphe 3.

§ 3. — Le tarif ci-dessus correspond à une situation économique caractérisée par les indices figurant en annexe. La revision du tarif est préparée par une commission composée de trois représentants de la Caisse régionale de Sécurité Sociale et de trois représentants du syndicat médical de ..... (ou de la Fédération des Syndicats du département de .....).

La commission se réunit obligatoirement à la demande de l'une des parties lorsque l'ensemble des indices figurant en annexe subit une modification en hausse ou en baisse d'au moins 20 %.

* § 4. — Le tarif prévu au paragraphe 1er, ainsi que le tarif revisé conformément au paragraphe 3 n'entrent en vigueur qu'après avoir été approuvés par la commission nationale visée à l'article 10 de l'ordonnance n° 45-2454 du 19 octobre 1945.

* § 5. — Les Caisses s'engagent, hors le cas de dépassement important, à ne pas porter devant la commission prévue par l'article 13 de l'ordonnance n° 45-2454 du 19 octobre 1945 les dépassements de tarif concernant les soins donnés aux assurés sociaux notoirement aisés.

Pour l'appréciation de la situation de fortune, il pourra être tenu compte, notamment, du fait que l'assuré cotise sur la base du salaire maximum et de la situation de famille.

Honoraires du médecin praticien à l'hôpital

ART. 8. — Les visites faites à l'assuré hospitalisé par le médecin traitant en accord avec le médecin de l'hôpital donnent lieu à remboursement dans les mêmes conditions que les visites à domicile.

Les dispositions de la nomenclature relatives à l'assistance du médecin traitant, à l'opération, sont applicables aux interventions effectuées à l'hôpital public.

Commission paritaire

ART. 10. — Toute question intéressant à la fois les Caisses et le Corps médical, et, en particulier, toute question soulevée par l'application de la présente convention est soumise à la commission prévue à l'article 6 de la présente convention.

* Ces paragraphes doivent obligatoirement figurer dans les conventions entre Caisses de Sécurité Sociale et Syndicats médicaux.

COMMISSION NATIONALE TRIPARTITE

Décret du 29 décembre 1945

ART. 8. — § 1er. — Les tarifs établis conformément aux prescriptions de l'article 10 de l'ordonnance du 19 octobre 1945 et inscrits dans les conventions conclues entre les syndicats professionnels de praticiens et les Caisses régionales de Sécurité Sociale sont adressés en triple exemplaire par chaque syndicat professionnel intéressé à la Commission nationale prévue au deuxième alinéa dudit article 10.

Cette Commission nationale comprend :

Un représentant du ministre du Travail ;

Un représentant du ministre de la Population ;

Un représentant du ministre de l'Economie Nationale;

Trois représentants des Caisses régionales de Sécurité Sociale ;

Trois représentants des organisations syndicales nationales de praticiens, dont :

Un médecin siégeant à titre permanent ;

Deux représentants du ou des syndicats professionnels intéressés.

Lorsque la Commission nationale examine les tarifs d'honoraires des dentistes, les deux membres non permanents de la Commission comprennent un chirurgien dentiste et un stomatologiste. Lorsqu'elle examine les tarifs d'honoraires des sages-femmes, le médecin siégeant à titre permanent est remplacé par un médecin accoucheur désigné dans les mêmes conditions que ce dernier.

En ce qui concerne la représentation des Caisses régionales de Sécurité Sociale et des organisations professionnelles de praticiens, des membres suppléants en nombre égal sont désignés dans les mêmes conditions que les membres titulaires.

Arrêté du 22 février 1946

ARTICLE PREMIER. — Sont nommés membres de la Commission nationale d'homologation des tarifs :

En qualité de représentant du ministre du Travail et de la Sécurité Sociale : M. Guibert, directeur adjoint, chargé de la direction sociale à la direction générale de la Sécurité Sociale ou son représentant.

En qualité de représentant du ministre de l'Economie Nationale et des Finances : M. de Longeaux, contrôleur d'Etat au Ministère de l'Economie Nationale et des Finances ou son représentant.

En qualité de représentant du ministre de la Santé Publique et de la Population : M. le docteur Aujaleu, directeur de l'Hygiène Sociale et son représentant.

En qualité de représentants des organismes de Sécurité Sociale.

MM. Rodel et *Tessier*, à titre de membres titulaires.

MM. Grimald, Yung et *Bazin*, à titre de membres suppléants.

En qualité de représentants des organisations de praticiens.

Médecins :

Gerson, titulaire permanent ;
Robert Paul, suppléant ;
Poumailloux et P. *Cibrie*, titulaires ;
Mouthon et *Tixier*, suppléants.

Stomatologistes et chirurgiens dentistes :

Hennion, stomatologiste, titulaire ;
Longnon, stomatologiste, suppléant.
M. Maurice Vincent, chirurgien dentiste, titulaire.
M. Pichenez, chirurgien dentiste, suppléants.

Sages-femmes :

Mmes Galdom et Jay, titulaires ;
Mme Péclet et Mlle Trédez, suppléantes.

Les syndicats médicaux seront représentés pour toutes les questions intéressant les sages-femmes par :

M. le professeur Le Lorier, médecin accoucheur, à titre de membre titulaire, remplaçant le médecin siégeant à titre de membre permanent.

M. le docteur Jodin, médecin accoucheur, à titre de membre suppléant.

Auxiliaires médicaux :

MM, Brousse et Mourge, à titre de membres titulaires,

MM. Baraige et Marcelon, à titre de membres suppléants.

b) Hospitalisation

Décret du 29 décembre 1945

ART. 9. — En cas de séjour dans les services de chirurgie des établissements hospitaliers ou privés, le tarif des honoraires à l'acte opératoire comprend les honoraires de la période pré-opératoire, et ceux de la période post-opératoire, dans la limite d'une durée fixée forfaitairement par la nomenclature générale des actes professionnels.

Les honoraires afférents à la période non comprise dans le forfait visé à l'alinéa précédent sont remboursés :

1° Sur la base d'un tarif journalier fixé d'après le tarif réglementaire en ce qui concerne les hôpitaux publics ;

2° Sur la base des tarifs prévus dans les conventions conclues entre les Caisses régionales de Sécurité Sociale et les syndicats de praticiens pour les hôpitaux privés.

ART. 10. — L'assuré ne peut obtenir le remboursement de ses frais de transport et de séjour en préventorium, en sanatorium, en aérium ou dans une maison de convalescence, ainsi que de ses frais de cure thermale ou climatique, que s'il a obtenu l'accord de la Caisse dans les conditions prévues à la nomenclature générale des actes professionnels.

Circulaire N° 89-A.S. du 5 novembre 1945

... Aux termes des articles 11 et 12 de l'ordonnance du 15 octobre 1945, les tarifs des honoraires et frais accessoires dus aux praticiens, à l'occasion des soins médicaux donnés dans un établissement public, sont établis sur la base d'un forfait journalier et « corrrespondant à la catégorie dans laquelle l'assuré est classé ».

... Le montant des tarifs d'honoraires à appliquer par les Caisses en matière de soins médicaux à l'hôpital public sera donc déterminé d'une manière fixe sans qu'un accord soit nécessaire entre la Caisse régionale de Sécurité Sociale et la Commission administrative des hôpitaux.

2

Mais en attendant que la réforme du régime hospitalier soit réalisée et que les tarifs d'honoraires soient déterminés pour les diverses catégories de malades soignés à l'hôpital public, les tarifs des Caisses continuent à résulter d'accords intervenus entre les établissements hospitaliers et les organismes d'Assurances sociales.

... Les tarifs d'honoraires pour soins *chirurgicaux* à l'hôpital public seront établis d'après la nomenclature des actes professionnels... qui sera adaptée par une Commission spéciale au cas particulier de l'hospitalisation.

... Les assurés sociaux seront hospitalisés dans les établissements hospitaliers publics au tarif prévu pour les malades payants de la catégorie à laquelle ils appartiennent, le tarif de responsabilité des Caisses sera égal à ce tarif.

Toutefois, il y aura intérêt à ce que des conventions soient passées en vue de régler les rapports entre les hôpitaux et l'organisme tiers-payant ainsi que les conditions générales dans lesquelles les assurés sociaux sont traités à l'hôpital.

P. LAROQUE.

c) Dispositions transitoires

Décret du 29 décembre 1945

ART. 137. — Tant que les tarifs prévus aux articles 10, 11 et 16 de l'ordonnance du 19 octobre 1945 ne seront pas établis conformément aux dispositions desdits articles, les honoraires dus aux praticiens, aux auxiliaires médicaux, et les frais d'hospitalisation seront remboursés dans les conditions prévues par les dispositions en vigueur avant l'application du présent décret.

2° Assurances Sociales Agricoles

Loi du 5 avril 1941 relative au fonctionnement des lois sociales dans l'agriculture

ARTICLE PREMIER. — La politique sociale agricole relève du ministre secrétaire d'Etat à l'Agriculture.

ART. 2. — L'application et le contrôle des Assurances sociales et des Allocations familiales en agriculture relèvent du ministre secrétaire d'Etat à l'Agriculture et, en ce qui concerne le fonctionnement financier des Caisses, du ministre secrétaire d'Etat à l'Economie Nationale et aux Finances.

ART. 3. — La gestion des Assurances sociales et des Allocations familiales en agriculture est confiée aux Caisses professionnelles agréées par le ministre secrétaire d'Etat à l'Agriculture et le ministre secrétaire d'Etat à l'Economie Nationale et aux Finances et faisant partie de l'organisation corporative de l'agriculture conformément à la loi du 2 décembre 1940.

Un décret rendu sur proposition du ministre secrétaire d'Etat à l'Agriculture et du ministre secrétaire d'Etat à l'Economie Nationale et aux Finances déterminera les conditions dans lesquelles il sera mis fin aux opérations des organismes appliquant actuellement le décret-loi du 30 octobre 1935 modifié par le décret-loi du 15 juin 1938, mais qui ne remplissent pas les conditions de l'alinéa 1er du présent article.

ART. 4. — Les décrets rendus sur proposition du ministre secrétaire d'Etat à l'Agriculture et du ministre secrétaire d'Etat à l'Economie Nationale et aux Finances :

Aménageront l'ensemble des dispositions législatives et réglementaires qui sont applicables aux Assurances sociales agricoles ;

Aménageront et adapteront au caractère et aux besoins spéciaux de la profession agricole, les dispositions concernant le régime d'allocations aux vieux travailleurs ;

Détermineront la date d'entrée en vigueur du nouveau régime des Assurances sociales agricoles. A cette date, les dispositions du décret-loi du 30 octobre 1935 modifié par le décret-loi du 15 juin 1938 sur les Assurances sociales agricoles et les textes réglementaires, pris pour leur application, seront abrogés de plein droit ;

Fixeront la nouvelle organisation administrative chargée de l'application et du contrôle général des lois sociales en agriculture.

.....

Loi du 17 mars 1942

Modification du régime agricole des Assurances sociales

.....

ART. 3. — § 1er. — Nonobstant toutes dispositions contraires des statuts ou règlements des organismes agricoles d'Assurances sociales, la participation de l'assuré agricole aux frais, autres que les frais d'accouchement et les frais pharmaceutiques résultant des tarifs annexés auxdits statuts ou règlements, est uniformément fixée à 20 %. En cas de maternité, les bénéficiaires ne supportent aucune participation.

§ 2. — Les frais dus par les organismes d'Assurances sociales agricoles pour les assurés obligatoires indigents et leurs ayants droit au titre des frais d'hospitalisation proprement dits, non compris les honoraires médicaux, sont réglés sur la base des tarifs applicables aux hospitalisés des services de l'assistance médicale gratuite, fixés annuellement par les préfets conformément aux dispositions de la loi du 13 juillet 1935. La participation prévue au paragraphe précédent est supportée par les collectivités d'assistance pour les assurés régulièrement admis au bénéfice de l'assistance médicale gratuite.

Loi du 1er février 1943
validée par l'ordonnance du 19 avril 1945

ART. 3. — § 1er. — Nonobstant toutes dispositions contraires de leurs statuts et règlements, le tarif de responsabilité des organismes d'Assurances sociales agricoles applicables en ce qui concerne les assurances maladie-maternité et les soins aux invalides est le tarif établi par l'Union nationale de Réassurance agricole et approuvé par le ministre secrétaire d'Etat à l'Agriculture.

3° Accidents du Travail et Maladies Assimilées

Ordonnance du 19 octobre 1945. — 45-2.453

TITRE II. — INDEMNITÉS ET PRESTATIONS

ART. 6. — Les indemnités, prestations et frais relatifs à la réparation des accidents du travail comprennent :

1° Les frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques et accessoires, l'indemnité journalière due à la victime de l'accident pendant la période d'incapacité temporaire qui l'oblige à interrompre son travail et, en cas de mort, les frais funéraires. Ces prestations sont supportées par la Caisse primaire de Sécurité Sociale à laquelle la victime est affiliée.

.....

CHAPITRE PREMIER

Frais médicaux et pharmaceutiques et frais funéraires

ART. 8. — Quelle que soit la durée de l'interruption de travail occasionnée par l'accident, et même s'il n'y a pas eu interruption, la Caisse primaire paye directement, d'après les tarifs applicables en matière d'assurance-maladie, et dans les conditions fixées par arrêté du ministre du Travail et de la Sécurité Sociale, les honoraires des praticiens définis par l'ordonnance du 24 septembre 1945 et de ceux visés par le décret du 27 juin 1922 pour les soins donnés par ces derniers uniquement d'après les prescriptions du médecin et sous son contrôle, et les frais pharmaceutiques. Elle couvre en outre les frais de transport de la victime à sa résidence habituelle ou à l'hôpital du lieu de l'accident.

Tout praticien qui demande des honoraires supérieurs à ceux qui résultent de l'application du tarif, peut à la requête d'un service ou organisme de Sécurité Sociale, être invité à justifier des motifs du dépassement. L'excédent n'est versé au praticien que dans le cas où la Commission départementale prévue par l'article 13 de l'ordonnance du 19 octobre 1945 fixant le régime des Assurances sociales applicable aux assurés des professions non agricoles estime suffisantes les justifications produites.

ART. 10. — Les frais d'hospitalisation dans un établissement public sont payés directement par la

Caisse primaire à cet établissement. Ils sont fixés sur la base du prix de journée applicable aux malades payants de la catégorie dans laquelle sont classées les victimes d'accidents du travail. Ils comprennent en outre les honoraires médicaux et chirurgicaux dus aux médecins et chirurgiens conformément aux tarifs visés à l'article 8.

Dans le cas où la victime est hospitalisée dans une clinique privée, dont les tarifs sont plus élevés que dans les établissements hospitaliers publics, la Caisse primaire, sauf dans le cas d'urgence, n'est tenue au paiement des frais que dans les limites de son tarif de responsabilité fixé dans les conditions prévues par l'article 18 de l'ordonnance du 19 octobre 1945 fixant le régime des Assurances sociales applicables aux assurés des professions non agricoles.

ART. 11. — Les médecins, pharmaciens et auxiliaires médicaux ou les établissements hospitaliers n'ont d'action contre la victime que dans le cas où celle-ci n'a pas produit le bulletin de visite prévu à l'article 33 et s'ils se sont conformés aux dispositions de l'alinéa 2 dudit article. La victime peut réclamer le remboursement des prestations de l'assurance-maladie dans les limites où elle en bénéficierait s'il s'agissait d'un accident non régi par la présente ordonnance.

. . . . . .

ART. 39. — Le Juge de Paix connaît des demandes relatives au paiement des frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques et accessoires, en dernier ressort jusqu'au taux fixé par la loi du 12 juillet 1905 et les lois qui l'ont modifié et à charge d'appel dans la quinzaine de la décision à quelque chiffre que ces demandes s'élèvent.

•

ASSISTANCE A L'EXPERTISE

Ordonnance du 19 octobre 1945

ART. 45. — Lorsque la victime se fait assister à l'expertise par un médecin de son choix, ou lorsque ses ayants droit usent de la même faculté pour l'autopsie, le paiement des vacations et le remboursement des frais de déplacement du médecin sont supportés dans les conditions prévues à l'alinéa précédent pour les frais de déplacement de l'ouvrier. Ils sont tarifés sur les bases déterminées par un arrêté du ministre du Travail et de la Sécurité Sociale.

Arrêté du 10 octobre 1945 fixant les conditions de rémunération du médecin assistant la victime aux expertises.

ARTICLE PREMIER. — Les vacations et les frais de déplacement du médecin, prévus à l'article 17 (alinéa 7) de la loi du 9 avril 1898 modifiée, sont tarifés sur les bases suivantes :

1° Présence du médecin au cabinet de l'expert : le double du prix de la visite tel qu'il est fixé au tarif des frais médicaux prévu à l'article 4 de la loi du 9 avril 1898 ;

2° Déplacement du médecin :

a) Frais de déplacement : l'indemnité horokilométrique telle qu'elle est fixée au tarif des frais médicaux prévu par l'article 4 de la loi du 9 avril 1898 ;

b) Absence du cabinet : le double du prix de la visite pour un déplacement de deux heures ou d'une durée inférieure ou pour chaque tranche de deux heures au delà des deux premières heures.

II. — NOMENCLATURE GÉNÉRALE

1° Commission permanente

Arrêté du 6 novembre 1945 instituant une Commission permanente de la nomenclature des actes professionnels.

ARTICLE PREMIER. — Une Commission permanente de la nomenclature des actes professionnels prévue par l'article 12 de l'ordonnance du 19 octobre 1945 est instituée.

Cette Commission comprend :

Un président, désigné conjointement par les ministres de la Santé Publique, du Travail et de la Sécurité Sociae.

Quatre membres désignés par la Confédération des syndicats médicaux.

Deux médecins-conseils des Caisses d'Assurances sociales, nommés par le ministre du Travail et de la Sécurité Sociale.

Deux représentants du ministre de la Santé Publique.

Deux représentants du ministre du Travail et de la Sécurité Sociale, dont un médecin.

Deux représentants des Caisses d'Assurances sociales.

Parmi les quatre membres désignés par la Confédération des syndicats médicaux, doivent figurer :

Deux praticiens de médecine générale ;

Un chirurgien et un électroradiologiste.

La Commission pourra prendre avis, le cas échéant, de spécialistes dont la branche ne serait pas représentée à la Commission.

ART. 2. — Cette Commission est chargée de fixer l'interprétation à donner aux articles de la nomenclature des actes professionnels, à la demande des Caisses d'Assurances sociales, des syndicats médicaux, des médecins et des assurés sociaux. Elle propose, en outre, au ministre du Travail et de la Sécurité Sociale les additions et les modifications à apporter éventuellement à la nomenclature des actes professionnels en raison de l'évolution de la science thérapeutique.

ART. 3. — Le secrétariat de cette Commission sera assuré par un sous-chef du 8e bureau de la direction générale des Assurances sociales et de la mutualité du Ministère du Travail.

(*J. O.*, 21 novembre 1945.)

Arrêté du 6 février 1946

ARTICLE PREMIER. — Est nommé président de la Commission permanente de la nomenclature :

M. le Président du Comité technique d'action sanitaire.

Sont nommés membres de cette Commission :

En qualité de représentants de la Confédération des syndicats médicaux français : MM. les docteurs Bergougnan, chirurgien ; Coliez, radiologue ; Fernand Decourt, médecine générale ; Mouthon, médecine générale.

En qualité de médecins-conseils des Caisses d'Assurances sociales : MM. les docteurs Meulle et Marcotte.

En qualité de représentants du ministre de la Santé Publique et de la Population : MM. les docteurs Aujaleu, directeur de l'Hygiène Sociale, ou son représentant ; Bouscatel, directeur de l'Entraide Sociale, ou son représentant.

En qualité de représentants du ministre du Travail et de la Sécurité Sociale : Le directeur général de la Sécurité Sociale, ou son représentant, et M. le docteur Hilaire.

En qualité de représentants des Caisses d'Assurances sociales : MM. les docteurs Charpentier et Joutard.

2° Publication de la nomenclature des actes professionnels

Arrêté du 29 octobre 1945

ARTICLE PREMIER. — La nomenclature générale des actes professionnels, annexée au présent arrêté, et prévue à l'article 12 de l'ordonnance du 19 octobre 1945, sera applicable à compter de la date de la mise en vigueur des tarifs prévus à l'article 10 et 11 de l'ordonnance précitée.

URISANINE

antiseptique urinaire
diurétique et balsamique

- 1 à 3 cuill. à café par jour -

Laboratoires LONGUET - 34, rue Sedaine - Paris

HYPERCHLORHYDRIE
TOUTES DOULEURS GASTRIQUES

GASTR[illegible]YL

GOUTTES

Le grand remède de toutes les
GASTRALGIES

COMPOSITION INCHANGÉE

Teinture Dausse de belladone.....	40
Teinture Dausse de jusquiame.....	20
Liqueur ammoniacale anisée.....	20
Bromure de Sodium..	13
Phosphate de codéine:	1

Antispasmodique certain

Régulateur de l'acide gastrique

Sédatif à effet immédiat

POSOLOGIE

10 à 30 gouttes dans un peu d'eau sucrée après les repas et au moment des douleurs

LABORATOIRES J. LANDRIER
— Coulange-sur-Yonne (YONNE) —

HÉMO CYTO SÉRUM CORBIÈRE

Thérapeutique Ferro-Cacodylique

ANÉMIES
LYMPHATISME
CHLOROSE
CONVALESCENCES
TROUBLES DE LA CROISSANCE

LABORATOIRE CORBIÈRE
27, Rue Desrenaudes, PARIS TÉLÉPH. CARNOT 78-11

SARCOPTOL

LOTION (Formule d'avant-guerre) GALE - PARASITOSES DIVERSES PITYRIASIS - SÉBORRHÉES, etc.

POMMADE ECZÉMAS - PRURITS - ACNÉS - FURONCULOSES DÉMANGEAISONS - TOUTES DERMATOSES

LASSA - 31, RUE CHARDON-LAGACHE - PARIS 16e

LABORATOIRES DE SPÉCIALITÉS S.A. LASSA

Nomenclature Générale des actes professionnels

des médecins, chirurgiens, spécialistes, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux

NOTE IMPORTANTE

La présente nomenclature ne pourra être utilisée qu'au fur et à mesure que la valeur des lettres-clés aura été fixée dans les conditions prévues à l'ordonnance du 19 octobre 1945.

Dispositions Générales

ARTICLE PREMIER. — La présente nomenclature, établie en application de l'ordonnance du 19 octobre 1945, remplace et annule les nomenclatures antérieurement en usage en matière d'Assurances sociales.

Elle est *officielle* et nul ne peut lui apporter de modifications. Elle est *nationale* et valable sur toute l'étendue du territoire métropolitain.

Elle ne sera applicable qu'après fixation de la valeur des lettres-clés dans les conditions fixées par l'ordonnance du 19 octobre 1945.

La nomenclature comprend les actes professionnels que peuvent avoir à exécuter les docteurs en médecine, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux. Elle permet, tout en respectant le secret professionnel, d'indiquer aux Caisses d'Assurances sociales la valeur de remboursement des actes techniques effectués.

Utilisation de la Nomenclature

ARTICLE 2. — Tout acte est désigné par un *indicatif* suivi d'une *lettre-clé* et d'un *coefficient*.

1° Indicatif

Ce terme désigne un groupe de lettres qui exprime la catégorie ou spécialité dont relève l'acte envisagé.

Les indicatifs sont les suivants :

PC *Pratique médicale courante et petite chirurgie*(1).
CHI *Chirurgie.*
URO *Urologie.*
GYN *Gynécologie.*
OBS *Obstétrique.*
OPH *Ophtalmologie.*
ORL *Oto-rhino-laryngologie.*
STO *Stomatologie et soins dentaires.*
PHT *Phtisiologie.*
DV *Dermatologie et vénéréologie.*
PSY *Psychiatrie.*
TH *Cures thermales.*
ER *Electro-radiologie.*
AM *Soins dispensés par auxiliaires médicaux* (2).

La mention de l'indicatif doit obligatoirement précéder toute inscription de la lettre-clé et du coefficient d'un acte sur la feuille de maladie.

2° Lettre-clé

La lettre-clé est un signe dont la valeur en francs est établie pour chaque département dans les conditions prévues à l'ordonnance du 19 octobre 1945.

Il existe sept lettres-clés :

C *Consultation au cabinet, par le praticien, le spécialiste qualifié ou le consultant.*
V *Visite au domicile du malade, par le praticien, le spécialiste qualifié ou le consultant.*
PC *Actes de pratique médicale courante et de petite chirurgie.*
K *Actes de chirurgie et de spécialités.*
D *Actes pratiqués par le chirurgien-dentiste.*
SF *Actes pratiqués par la sage-femme.*
AM *Actes pratiqués par l'auxiliaire médical.*

(1) En ce qui concerne les actes de pratique médicale courante et de petite chirurgie, l'indicatif et la lettre-clé se confondent dans la même notation : PC.

(2) En ce qui concerne les soins dispensés par auxiliaires médicaux, l'indicatif et la lettre-clé se confondent dans la même notation : AM.

3° Coefficient

Le coefficient est un nombre accolé à la lettre-clé et indiquant la valeur relative de chaque acte professionnel.

ARTICLE 3. — *Notation d'un acte.* — Le médecin doit indiquer sur la feuille de maladie, non pas la nature de l'acte pratiqué, mais simplement sa *notation* complète comportant la mention de l'indicatif, de la lettre-clé et du coefficient qui lui sont attribués par la présente nomenclature. Par ex. :

Consultation du médecin des hôpitaux .... C x 3
Ponction évacuatrice d'ascite..... PC x 5
Appendicectomie ..... CHI - K x 50
Radiographie des poumons..... ER - K x 12

ARTICLE 4. — *Actes ne figurant pas à la nomenclature.* — Si un acte ne figure pas à la nomenclature, il peut être assimilé à un acte de même importance porté sur cette nomenclature, et, en conséquence, affecté du même coefficient que cet acte. Dans ce cas, le médecin doit mentionner sur la feuille de maladie « acte assimilable à ... (CHI - K x 20 par exemple) ». Le remboursement d'un acte coté par assimilation est toutefois subordonné à l'accomplissement des formalités *d'entente préalable* comme il est dit plus loin.

Conditions de remboursement des actes professionnels

ARTICLE 5. — Seuls donnent droit au remboursement :

a) Les actes exécutés personnellement par un docteur en médecine ;

b) Les actes exécutés personnellement par un chirurgien-dentiste, sous la réserve qu'ils soient inscrits au chapitre IX de la nomenclature et qu'ils soient de la compétence du chirurgien-dentiste ;

c) Les actes exécutés personnellement par une sage femme, sous la réserve qu'ils soient inscrits au chapitre VI de la nomenclature et qu'ils soient de la compétence de la sage-femme ;

d) Les actes exécutés personnellement par un auxiliaire médical, sous la réserve qu'ils soient inscrits au chapitre XV de la nomenclature et qu'ils aient fait l'objet d'une prescription médicale écrite.

Formalités préalables au remboursement de certains actes

ARTICLE 6. — *Bulletin d'information.* — Certains actes ne peuvent être remboursés que si le contrôle médical de la Caisse d'Assurances sociales a été avisé de leur exécution (actes suivis de la lettre B).

Tous les actes pratiqués en série, sauf les consultation et les visites, comportent l'envoi du bulletin d'information.

A cet effet, le malade est tenu d'adresser au contrôle médical un *bulletin d'information*, rempli et signé par le médecin, le chirurgien, le spécialiste ou le chirurgien-dentiste. Cet envoi doit être fait au plus tard le jour où l'acte a été effectué (pour les actes en série, le jour de la première séance). Les bulletins d'information sont établis sur des imprimés conformes au modèle arrêté par le ministre du Travail .Ceux-ci sont mis à la dispo-

sition des médecins, chirurgiens, spécialistes et chirurgiens-dentistes par les soins des Caisses intéressées, par l'intermédiaire des syndicats de médecins et de chirurgiens-dentistes du département.

La date d'envoi du bulletin d'information est attestée par le timbre-date de la poste.

Le bulletin d'information constitue un simple avis permettant à la Caisse de déclencher éventuellement son contrôle médical, il ne comporte aucune obligation de réponse.

ARTICLE 7. — *Entente préalable.* — Certains actes ne peuvent donner lieu à remboursement que si la Caisse d'Assurances sociales, après avis du contrôle médical, a préalablement accepté de les prendre en charge, sous réserve que l'assuré remplisse les conditions légales d'attribution des prestations (actes suivis de la lettre E, ou encore acte assimilé à un acte inscrit à la nomenclature).

A cet effet, le malade est tenu d'adresser au contrôle médical, préalablement à l'exécution de l'acte, une demande d'entente préalable remplie et signée par le médecin, le chirurgien, le spécialiste ou le chirurgien-dentiste. Les demandes d'entente préalable sont établies sur des imprimés conformes au modèle arrêté par le ministre du Travail. Ceux-ci sont déposés chez les médecins, chirurgiens, spécialistes et chirurgiens-dentistes, dans les mêmes conditions que les bulletins d'information. La date d'envoi de la demande est attestée par le timbre-date de la poste.

La réponse de la Caisse d'Assurances sociales doit être adressée au malade au plus tard le dixième jour suivant l'envoi de la formule ; faute de réponse dans ce délai, son assentiment est présumé acquis.

Toutefois, lorsqu'il y a urgence manifeste, le praticien dispense l'acte, mais remplit néanmoins les formalités ci-dessus indiquées, en portant la mention « acte effectué d'urgence ».

ARTICLE 8. — Dans les cas suivants :
Cure préventoriale ou sanatoriale,
Cure thermale ou climatique,
Admission dans une maison de convalescence,
Fourniture d'appareils de prothèse ou d'orthopédie,
une formule d'entente préalable est également envoyée à la Caisse d'Assurances sociales, mais le remboursement est subordonné à l'acceptation expresse de cette Caisse, formulée préalablement et par écrit, *sans que l'expiration du délai de dix jours, visé plus haut, puisse être considérée comme une présomption de l'assentiment de ladite Caisse.*

Tarifs applicables aux assurés sociaux

ARTICLE 9. — La valeur en francs des lettres-clés C, V, PC, K, D, SF, AM est établie, pour chaque département, dans les conditions prévues à l'ordonnance du 19 octobre 1945.

En multipliant cette valeur de la lettre-clé par le coefficient de l'acte dispensé, on obtient le tarif applicable pour cet acte par les praticiens aux assurés sociaux, conformément aux dispositions de l'ordonnance du 19 octobre 1945.

Ce tarif sert également à la détermination du droit de l'assuré au remboursement par la Caisse, sous réserve de la participation de l'assuré aux frais médicaux. Cette participation est de 20 % du prix ainsi fixé. Elle peut être réduite ou supprimée dans les cas fixés par arrêté du ministre du Travail (ordonnance du 19 octobre 1945). Elle est toujours supprimée en matière de maternité.

Calcul du tarif en cas d'actes multiples

ARTICLE 10. — *Acte global et acte isolé.* — En principe, les coefficients de la nomenclature ont été calculés à l'acte global ; de ce fait, ils comprennent, en sus de la valeur propre de l'acte, celle de l'anesthésie, de l'aide opératoire et des soins consécutifs éventuels pendant une durée maximum de vingt jours. Ils ne comprennent pas la fourniture des objets de pansement.

Cependant, les coefficients de tous les actes en PC, ainsi que ceux des actes en K dont le coefficient est égal ou inférieur à 12, ont été calculés à l'acte isolé.

Les actes (pansements par exemple) consécutifs à des interventions notées en K avec un coefficient égal ou inférieur à 12, qui sont calculées à l'acte isolé, doivent être notés en PC.

A noter que les honoraires du médecin traitant assistant à l'intervention, qu'il y participe ou non, ne sont pas compris dans l'acte global ; ils doivent être inscrits sur la feuille de maladie, à l'aide de la notation prévue au chapitre II. Les actes de radiologie et de laboratoire, nécessités par l'état du malade, sont, eux aussi, notés à part.

Ne sont également pas compris dans l'acte global les frais de déplacement du médecin lorsque celui-ci est appelé à se déplacer à l'occasion des soins consécutifs à l'intervention.

ARTICLE 11. — Lorsque l'exécution d'un acte prévu à la nomenclature en un seul temps a été effectuée en plusieurs temps, le coefficient global ne subit aucune augmentation, sauf indication contraire portée à la nomenclature.

ARTICLE 12. — Lorsqu'un acte inscrit à la nomenclature sous la forme globale comprend en réalité des interventions multiples successives (actes en plusieurs temps), le médecin ne devra signer la feuille de maladie que lorsque les différents temps de l'intervention auront été effectivement pratiqués. Dans le cas où ces interventions auront été interrompues, il indiquera la quotité partielle de celles effectuées, par exemple : K x 20 x ½.

S'il s'agit d'une série de séances qui a été interrompue, le spécialiste indiquera le nombre de séances effectuées.

ARTICLE 13. — Lorsqu'un traitement comportant une série d'actes répétés est coté dans la nomenclature sous une forme globale, il doit être inscrit exclusivement sous cette forme, et ne peut être décomposé en actes isolés.

ARTICLE 14. — Si, durant les vingt premiers jours consécutifs à l'acte, une seconde intervention, nécessitée par une modification de l'état du malade ou par une affection intercurrente, s'impose, le second acte effectué ouvre une nouvelle période de vingt jours, annulant le temps restant à courir.

Ne sont pas considérées comme interventions nouvelles, donnant lieu à une notation sur la feuille de maladie, les retouches pratiquées à la suite d'une première intervention dans les vingt jours qui suivent celle-ci.

ARTICLE 15. — Si, durant les vingt mêmes jours, se présente une affection médicale intercurrente, nécessitant l'intervention d'un médecin autre que l'opérateur, les soins nécessités sont remboursés indépendamment de ceux relatifs à l'intervention chirurgicale.

ARTICLE 16. — *Actes multiples pratiqués au cours de la même séance.* — Lorsqu'au cours d'une même séance plusieurs actes notés à un ou plusieurs chapitres de la nomenclature sont accomplis sur un même malade, l'acte le plus important est seul inscrit avec son coefficient propre. Le coefficient du second acte est réduit de 50 %. Ex. : appendicectomie et cure radicale de hernie unilatérale pratiquées au cours de la même séance : chiffrer : $K \times 60 + \frac{K \times 40.}{2}$

Les actes suivants ne font l'objet d'aucun remboursement et ne doivent pas être inscrits sur la feuille de maladie.

Certaines exceptions à cette règle sont formulées au tarif d'électro-radiologie ; d'autres peuvent être appréciées par le contrôle médical de la Caisse.

ARTICLE 17. — *Actes effectués au domicile du malade.* — Lorsqu'un acte inscrit à la nomenclature doit être effectué au domicile du malade, les frais de déplacement du médecin sont remboursés, en sus de la valeur de l'acte.

ARTICLE 18. — *Actes effectués de nuit.* — Lorsque, en cas d'urgence, justifiée par l'état du malade, les actes de coefficient supérieur à 12 sont effectués de nuit (entre 22 heures et 6 heures), ils donnent lieu au remboursement normal augmenté d'une valeur égale à K x 5.

Rédaction de la feuille maladie

ARTICLE 19. — Le médecin, le chirurgien, le spécialiste, le chirurgien-dentiste, la sage-femme ou l'auxiliaire médical doit remplir la partie le concernant de la feuille de maladie ou de maternité, dont le modèle est arrêté par le ministre du Travail. Le praticien doit également remplir la partie le concernant des imprimés exigés par la Caisse pour le paiement ou le remboursement des prestations.

CHAPITRE I. — Consultations et visites

Modifié par arrêté ministériel du 11 Avril 1946

A

ARTICLE 20. — Sont considérés comme inclus dans la consultation ou la visite les moyens de diagnostic en usage dans la pratique courante (prise de tension artérielle, examen au spéculum, toucher vaginal ou rectal, etc.), ainsi que les petits actes techniques motivés par celle-ci (injection hypodermique ; intradermique, intra-musculaire, petit pansement, ventouses, pointes de feu, etc.) ; sauf lorsque ces actes sont effectués en série, auquel cas il doit être mentionné non une consultation ou une visite, mais le coefficient correspondant inscrit au chapitre II (actes en PC).

Lorsque le médecin visite à domicile plusieurs malades de la même famille habitant ensemble, l'indemnité fixe de déplacement ou l'indemnité kilométrique n'est due qu'une seule fois. Il ne peut être compté plus de deux consultations en sus de la première. Les soins donnés à chaque malade doivent être notés sur une feuille de maladie spéciale à ce malade.

ARTICLE 21. — *Médecins praticiens* :

Consultation (comprenant les actes de diagnostic courant) ..... C x 1
Visite au domicile du malade (comprenant les actes de diagnostic courant) ..... V x 1
Visite en consultation avec un confrère (pour chacun des deux médecins) ..... V x 1,5

ARTICLE 22. — *Spécialistes qualifiés* (1) :

C

Consultation (comprenant les actes de diagnostic courant) ..... C x 1,5
Visite au domicile du malade (comprenant les actes de diagnostic courant) ..... V x 1,5

ARTICLE 23. — *Professeurs de Faculté ou d'Ecole de plein exercice ; médecins, chirurgiens et spécialistes des hôpitaux de villes de Faculté ou d'Ecole de plein exercice, nommés au concours, agissant à titre de consultants* (2) :

Consultation (comprenant les actes de diagnostic courant) ..... C x 3
Visite au domicile du malade (comprenant les actes de diagnostic courant) ..... V x 3

(1) La liste des spécialistes qualifiés est établie par le Directeur régional de la Santé, sur proposition du Syndicat médical départemental après avis du Conseil régional de l'Ordre.

(2) Les professeurs et les médecins, chirurgiens et spécialistes des hôpitaux ne pourront porter sur la feuille de maladie les notations prévues à l'art. 23 qu'à la condition de se conformer aux règles suivantes :

— ne se rendre au domicile du malade ou ne le recevoir à leur cabinet qu'avec le médecin traitant ou sur sa demande ;

— ne pas donner au malade des soins continus, mais laisser au médecin traitant la charge de surveiller l'application de leurs prescriptions.

Ces notations ont simplement pour but de fixer les taux de remboursement de la Caisse.

CHAPITRE II. — Pratique médicale courante

B

ARTICLE 24. — L'honoraire des actes en PC ne se cumule pas avec celui de la consultation ou de la visite.

Lorsqu'un acte en PC est dispensé au cours d'une consultation ou d'une visite, comportant l'examen du malade, seule la consultation ou la visite doit être marquée, si son prix est plus élevé que celui de l'acte ; dans le cas contraire, l'acte seul est marqué sur la feuille de maladie.

Par contre, s'il s'agit d'actes en PC non accompagnés de l'examen du malade, notamment d'actes en série, c'est l'acte en PC qui doit seul figurer sur la feuille de maladie, même si son prix est inférieur à celui de la consultation.

Lorsqu'un acte en PC est accompli au domicile du malade, parce que l'état de celui-ci ne lui permet pas de se rendre chez le médecin, l'indemnité fixe de déplacement ou l'indemnité kilométrique s'ajoute au prix de l'acte. Le médecin inscrit sur la feuille de maladie : PC x 3 (par exemple) à domicile.

ARTICLE 25. — Les certificats constituant une simple justification fournie à l'appui d'une demande d'arrêt de travail, les certificats de régime, les attestation non descriptives délivrées en cours de traitement (attestations de non guérison), etc., sont compris dans la consultation ou la visite et ne sont pas remboursés en sus.

ARTICLE 26. — Tous les actes en PC, lorsqu'ils sont accomplis en série, donnent lieu obligatoirement à l'envoi d'un bulletin d'information (voir article 6).

Coefficient 1 (PC x 1)

ARTICLE 27.

Injection sous-cutanée, intradermique ou intramusculaire (en série) ;
Pansement petit (en série) ;
Pointes de feu ;
Pose de pessaire ;
Pose de ventouses sèches ;
Vaccination antivariolique (y compris la constatation du résultat).

Coefficient 1,5 (PC x 1,5)

Cathétérisme de l'urètre chez l'homme ou chez la femme (isolé ou en série) ;
Cutiréaction (y compris la constatation du résultat)
Injection intratrachéale (en série) ;
Injection intraveineuse (en série) ;
Injection de sérum physiologique (minimum 125 cm³) ;
Injection sous-cutanée d'oxygène ;
Injection sous-cutanée de sérum antitoxique, préventif ou curatif ;

D

Intradermoréaction (y compris la constatation du résultat) ;
Instillation ou lavage de la vessie ou de l'urètre (isolée ou en série) ;
Ophtalmoréaction (y compris la constatation du résultat) ;
Massage et mobilisation sur un seul membre (par séance) ;
Massage de la prostate (isolé ou en série) ;
Pansement du col utérin (isolé ou en série) ;
Pansement vaginal (isolé ou en série) ;
Pansement moyen (en série) (1) ;
Pose de ventouses scarifiées ;
Prise de sang pour Wassermann ou pour autre examen biologique ;
Vaccination préventive autre que la vaccination antivariolique (à l'acte isolé).

Coefficient 2 (PC x 2)

Cathétérisme de l'urètre chez l'homme, *pour rétention* (isolé ou en série) ;
Certificat descriptif pour tous accidents non couverts par la législation sur les accidents du travail ;
Dilatation simple de l'urètre (bougies ou béniqués) (en série) ;
Extraction de bouchons de cérumen ou épidermiques ;
Extraction simple de corps étrangers de l'oreille ou du nez ;
Hémothérapie (auto ou hétéro) avec ou sans addition de produits associés ;
Infiltration anesthésique périarticulaire (par séance, quel que soit le nombre des injections) ;
Injection intraveineuse autre que celle d'arsénobenzol (isolée) ;
Injection intraveineuse d'arsénobenzol (isolée ou en série) ;
Injection sclérosante pour varices (par séance, quel que soit le nombre des injections) ;
Injection sous-cutanée de sérum antitoxique (Besredka), l'ensemble des injections ;
Massage et mobilisation sur plusieurs membres (par séance) ;
Ouverture d'abcès superficiel ou d'hématome ;
Pansement grand (en série) : trois segments de membre ou surface analogue (1) ;
Pansement moyen (isolé) : deux segments de membre ou surface analogue (1) ;

(1) En cas de plaies multiples, on doit considérer les surfaces additionnées des diverses plaies et non chaque plaie isolément.

A

Ponction exploratrice simple ;
Suture simple par agrafes (une à trois agrafes).

Coefficient 3 (PC x 3)

Botte de Unna ;
Extraction facile de corps étrangers superficiels ;
Incision d'abcès simple de l'amygdale ;
Incision de petit anthrax ;
Injection sclérosante pour hémorroïdes internes (par séance, quel que soit le nombre des injections) ;
Lavage ou tubage de l'estomac (isolé ou en série) ;
Pansement grand (isolé) : trois segments de membres ou surface analogue (1) ;
Ponction évacuatrice d'abcès froid, de gros hématome, de la fontanelle, d'hydrocèle ou d'hydartrose, sans injection modificatrice ;
Réduction non sanglante d'un paraphimosis ;
Réduction par taxis d'une hernie non spontanément réductible ;
Saignée ;
Suture simple par agrafes (plus de trois) ou par fil (un à trois points) ;
Tamponnement antérieur des fosses nasales pour épistaxis.

Coefficient 4 (PC x 4)

Ablation totale d'un ongle ;
Anesthésie générale de courte durée (lorsqu'elle n'est pas couverte par le coefficient de l'intervention) ;
Injection épidurale ;
Incision d'un panaris de la pulpe ;
Incision évacuatrice d'abcès froid, d'hydartrose, d'hydrocèle, avec injection modificatrice.

C

Coefficient 5 (PC x 5)

Abcès de fixation (injection et incision) ;
Assistance du médecin traitant, avec ou sans participation, à une intervention chirurgicale de coefficient égal ou supérieur à 50 ;
Certificat d'internement (honoraire de chaque médecin signataire) ;
Incision d'abcès profond ;
Ponction évacuatrice d'ascite ou de la vessie ;
Ponction sous-occipitale ;
Suture simple par fil (plus de trois points) ;
Tamponnement intra-utérin ;
Traitement de l'asphyxie ;
Tubage duodénal (isolé ou en série).

Coefficient 6 (PC x 6)

Anesthésie générale de longue durée (lorsqu'elle n'est pas couverte par le coefficient de l'intervention ; pour tous les actes en K, l'anesthésie générale est comprise dans le coefficient de l'intervention) ;
Ponction évacuatrice de pleurésie (avec ou sans lavage de la plèvre) ou d'hydrothorax.

(1) En cas de moyen ou de grand pansement, le coefficient applicable s'abaisse avec la diminution d'étendue de la plaie ou des plaies (notamment en cas de brûlures).

CHAPITRE III. — Chirurgie

Indicatif : CHI

ARTICLE 28.

B

PREMIÈRE PARTIE

CHIRURGIE DES TRAUMATISMES

A. — FRACTURES

Note. — En cas de prescription d'un appareil mécanoprothétique, une demande d'entente préalable doit être adressée au contrôle médical de la Caisse.

1° Appareillage provisoire d'un membre effectué d'urgence sur le lieu de l'accident

Membre supérieur, clavicule, thorax omoplate	K x 3
Jambe	K x 4
Fémur, bassin, rachis	K x 5

2° Réduction et contention d'une fracture simple par gouttière, bandages, attelles, extention continue, etc.

Doigts, main, poignet, clavicule, omoplate, thorax, péroné isolé, maxilliaire inférieur, orteils, pied, rotule	K x 4
Avant-bras, bras, jambe	K x 10
Fémur, bassin, rachis	K x 14

3° Réduction et contention d'une fracture simple par plâtre

Doigts, main, carpe, un seul os avant-bras, orteils, pied	K x 3
Péroné isolé	K x 8
Extrémité inférieure du radius, humérus, clavicule, rotule	K x 12
Deux os de l'avant-bras, jambe	K x 20
Fémur, bassin	K x 30
Rachis	K x 40

4° En supplément

Pose d'une broche	K x 6
Anesthésie régionale ou rachidienne exécutée par le chirurgien lui-même	K x 4
Pour contrôle radioscopique ou radiographique au cours de l'intervention (honoraires du radiologiste et film non compris)	K x 4

D

5° Traitement sanglant complet d'une fracture fermée récente

Membre supérieur :

Une phalange ou un métacarpien	K x 16
Plusieurs	K x 20
Os du carpe	K x 40
Un seul os de l'avant-bras	K x 50
Les deux os de l'avant-bras	K x 80
Humérus	K x 70
Clavicule	K x 40

Membre inférieur :

Une phalange ou un métacarpien	K x 16
Plusieurs	K x 20
Os du tarse	K x 50
Tibia seul ou les deux os de la jambe	K x 70
Rotule	K x 50
Fémur	K x 100

Bassin :

Fracture partielle	K x 40
Fracture complète, fracture du cotyle	K x 80
Rachis	K x 70

6° Traitement sanglant complet d'une fracture fermée ancienne

En supplément :

Avant-bras, humérus, jambe, rotule, fémur (Les autres sans supplément.)	K x 10

7° Traitement sanglant complet d'une fracture ouverte

Fractures indiquées ci-dessus, en supplément	K x 10
Autres fractures ouvertes : omoplate, côtes, sternum	K x 20

A

8° Répétition d'un plâtre

Main, poignet, pied, cou-de-pied	K x 4
Avant-bras, bras, jambe, genou	K x 8
Plâtre palvi-pédieux, corset, corset-minerve	K x 16

B. — LUXATION

1° Réduction et contention d'une luxation récente par la méthode non sanglante

Doigts (autres que le pouce), maxillaire inférieur, orteils, rotule	K x 4
Pouce, carpe, poignet, coude, épaule, pied, cou-de-pied, genou, bassin	K x 12
Hanche, rachis	K x 30

2° Réduction et contention d'une luxation récente par la méthode sanglante

Doigts (autres que le pouce), orteils	K x 12
Pouce, carpe, poignet, clavicule, maxillaire inférieur, cou-de-pied	K x 40
Coude, épaule, genou, rotule, bassin	K x 60
Hanche	K x 80

3° Réduction et contention d'une luxation ancienne par la méthode sanglante

Coude, épaule, cou-de-pied, genou, hanche (en supplément) (les autres sans supplément.)	K x 10

4° Traitement opératoire d'une luxation récidivante

Pouce ou autres doigts ou orteils	K x 30
Epaule, rotule	K x 60
Temporo maxillaire unilatérale	K x 40
Temporo maxillaire bilatérale	K x 60
Autres articulations	K x 60

5° Fractures et luxations associées

Seule sera remboursée l'intervention dont le coefficient est le plus élevé.

B

C. — PLAIES

Régularisation, épluchage et suture éventuelle d'une plaie superficielle et peu étendue des parties molles	K x 5
Régularisation, épluchage et suture éventuelle d'une plaie des parties molles, profonde et étendue, sans grosse lésion vasculaire, tendineuse ou nerveuse	K x 12
Régularisation, épluchage et suture éventuelle d'une plaie des doigts ou des orteils de la main ou du pied avec section tendineuse	K x 25
Régularisation, épluchage et suture éventuelle d'une plaie des membres ou des parois thoraco-abdominales entraînant des ligatures de gros vaisseaux, des sutures tendineuses profondes ou des sutures nerveuses	K x 40
Traitement des plaies viscérales nécessitant une intervention sur lesdits viscères (voir la chirurgie des régions et des viscères).	
Nettoyage avec tannage ou méthode analogue des brûlures du 2° et du 3° degré, de petite étendue	K x 8
Nettoyage avec tannage de brûlures semblables, de moyenne étendue (2 segments de membres ou surface analogue ou partie du tronc)	K x 20
Nettoyage avec tannage de brûlures semblables, de grande étendue (plus de 2 segments de membres ou surface analogue, grande partie du tronc)	K x 30

Nota. — En cas de brûlures multiples, il convient de considérer les « surfaces additionnées ».

Extraction de corps étrangers profonds des parties molles	K x 20
Extraction de corps étrangers nécessitant une intervention compliquée (voir chirurgie des régions et des viscères).	

C

DEUXIÈME PARTIE

CHIRURGIE DES INFECTIONS

Débridement de phlegmon diffus	K x 60
Ponction d'abcès froid (avec ou sans injection modificatrice) de grand volume (mal de Pott, coxalgie, etc.)	K x 12
Extirpation d'abcès froid (sans lésion osseuse)	K x 40

TROISIÈME PARTIE

CHIRURGIE DES TISSUS

A. — PEAU ET TISSU CELLULAIRE SOUS-CUTANE

Suture secondaire d'une plaie après avivement	K x 15
Greffe dermo-épidermique, surface de 4 cm²	K x 10
Greffe dermo-épidermique surface de 4 à 8 cm²	K x 15
Greffe dermo-épidermique surface au-dessus de 8 cm²	K x 20
Autoplastie par la méthode indienne	K x 30
Autoplastie par la méthode italienne ou par celle des migrations successives (chaque temps)	K x 40
Excision d'un lupus	K x 16
Ablation de petites tumeurs bénignes sous-cutanées ou sous-aponévrotiques (kystes, lipômes) :	
Grosseur d'une cerise	K x 6
Grosseur d'une noix	K x 10 E
Au-dessus	K x 20 E
Ablation d'angiome ou lymphangiome sous-cutané :	
Petit	K x 10 E
Moyen	K x 20 E
Grand	K x 40 E
Ablation ou destruction de tumeurs cutanées malignes :	
Petites (de 1 cm² à 4 cm²)	K x 30 E
Etendues (4 cm² et plus)	K x 50 E
Excision d'un anthrax peu volumineux	K x 8
— — volumineux	K x 25
Extirpation d'un anévrisme cirsoïde	K x 60

D

B. — SYSTEME LYMPHATIQUE

Drainage par séton d'une adénite	K x 2
Drainage d'adénite suppurée ou d'adénophlegmon peu volumineux	K x 3
Incision d'adéno-phlegmon volumineux	K x 20
Extirpation d'un ganglion pour biopsie	K x 5
Extirpation d'adénopathie :	
De petit volume	K x 15 E
De grand volume	K x 30 E
Extirpation de lymphangiome hystique	K x 40
Curage ganglionaire systématique d'une région (type évidement cervical ou inguinal) :	
D'un côté	K x 60
Des deux côtés	K x 80

C. — MUSCLES, TENDONS, SYNOVIALES

Incision d'un abcès intramusculaire	K x 16
Extirpation d'une tumeur musculaire encapsulée	K x 20 E
Extirpation d'une tumeur musculaire non encapsulée	K x 40 E
Traitement opératoire des ruptures et hernies musculaires	K x 30
Suture primitive ou secondaire d'un tendon	K x 40
— — — de plusieurs tendons	K x 50
Greffe tendineuse	K x 50
Transplantation musculaire ou tendineuse simple ou multiple	K x 40
Ténotomie (sous-cutanée ou à ciel ouvert)	K x 16
Extirpation des kystes synoviaux (type poignet)	K x 12
Extirpation des kystes synoviaux (type creux poplité)	K x 25

Anémies · Asthénies
Amaigrissement
TOUTES DÉFICIENCES

ARSENOCRINE

AMPOULES BUVABLES AGRÉABLES A PRENDRE

LABORATOIRES DE SPÉCIALITÉS S.A. LASSA

LASSA - 31, R. Chardon-Lagache, Paris 16e

DÉMANGEAISONS
PRURITS



LACTACYD

PÂTE STABILISÉE A pH : 5,2



CRINEX

EXTRAIT OVARIEN TOTAL STANDARDISÉ — *stimule*

OREX

EXTRAIT ORCHITIQUE TOTAL STANDARDISÉ — *équilibre*

FRÉNOVEX

EXTRAITS MAMMAIRE ET LUTÉINIQUE — *freine*

la fonction ovarienne

LABORATOIRES 28 CRINEX-UVÉ

1, AVENUE DU DOCTEUR LANNELONGUE, PARIS (XIVe)

PROVACS

(TRAITEMENT DES INFECTIONS FUSO-SPIRILLAIRES, SPIROCHETES ET BACTERIES ANAEROBIES DE LA FLORE BUCCO-DENTAIRE)

Vaccinothérapie des infections aiguës.
Désensibilisation immunisante des infections chroniques

ANGINE/, ANGINE DE VINCENT, /TOMATITE/, PHLEGMON/ DES MAXILLAIRE/, et ACCIDENT/ DE LA DENT DE /AGE//E

POSOLOGIE { cas aigus : doses fortes de 1 à 3 cc. par jour
cas chroniques : doses faibles espacées et croissantes
en injections sous-cutanées. Pas de contre indications.

LABORATOIRES **DAUFRESNE** 42, rue Thiers-LE HAVRE

A

Incision des phlegmons des gaines digito-carpiennes ..... K x 60
Incision de toutes les gaines synoviales tendineuses des fléchisseurs de la main K x 75
Incision des phlegmons des gaines digitales K x 25
Incision des phlegmons des gaines digito-carpiennes ..... K x 60
Incision des phlegmons des gaines synoviales autres que les gaines digitales ou digito-carpiennes ..... K x 20
Incision des phlegmons profonds de la paume ou de la plante ..... K x 25

D. — VAISSEAUX

Ligature non urgente en tant qu'opération isolée :
Des artères importantes des membres. K x 16
Des artères carotide, sous-clavière, iliaque, fessière ..... K x 40
Ligature d'urgence pour hémorragie grave :
Des artères importantes des membres. K x 25
Des artères carotide, sous-clavière, iliaque, fessière ..... K x 70
Cure opératoire des anévrismes artériels ou artério-veineux (sauf par ligature simple) K x 100
Suture ou anastomose vasculaire ..... K x 100
Artériotomie ..... K x 50
Embolectomie ..... K x 70
Résection veineuse peu étendue..... K x 12
Résection veineuse de la saphène interne en totalité ..... K x 50
Résection veineuse des veines du bassin . K x 100
Transfusion sanguine (d'au moins 50 cc. sauf chez l'enfant de moins de cinq ans)
unique ou la première ..... K x 30
Chaque suivante ..... K x 15

E. — NERFS

Infiltrations nerveuses :
Ganglion de Gasser ..... K x 12

B

Nerf trijumeau (trou ovale ou grand rond) K x 12
Nerf ophtalmique ..... K x 10
Branches terminales du trijumeau (sus et sous-orbitaires, épine de Spix, mentonnier, etc., canal palatin postérieur) ... K x 4
Sympathique lombaire, phrénique, splanchnique ..... K x 5
Suture nerveuse ..... K x 40
Ablation de tumeur nerveuse avec suture K x 50
Greffe nerveuse ..... K x 80
Libération d'un nerf comprimé ..... K x 40
Sympathectomie périartérielle ..... K x 40
Sympathectomie cervicale ..... K x 80
Résection des ganglions sympathiques (stellaires, lombaires) ..... K x 80
Neurotomie ..... K x 30
Splanchnicotomie ..... K x 80

F. — OS

Ablation d'exostose ..... K x 20
Incision simple d'abcès d'origine osseuse. K x 10
Trépanation, évidement d'une cavité osseuse, ablation de séquestre ..... K x 40
Evidement d'une cavité osseuse suivi de greffe ..... K x 50
Résection diaphysaire (y compris appareillage post-opératoire)..... K x 60
Ostéotomie d'appui ou de correction des membres, quelle qu'en soit la technique (y compris l'appareillage post-opératoire) K x 70
Trépano-ponction de la moelle osseuse (os long) ..... K x 40
Biopsie osseuse comportant trépanation de l'os ..... K x 15
Ablation d'une plaque d'ostéosynthèse... K x 20
Immobilisation par appareil plâtré :
Epaule (avec plâtre thoracique)..... K x 12
Plâtre pelvi-pédieux ..... K x 20
Corset ou lit plâtré ..... K x 25
Corset minerve ..... K x 30

G. — ARTICULATIONS

C

1° Ponction articulaire à l'aiguille ou au trocart

Toutes articulations sauf la hanche ..... K x 5
Hanche..... K x 8

2° Ponction articulaire au bistouri

Toutes articulations sauf la hanche ..... K x 12
Hanche..... K x 20

3° Prélèvement intra-articulaire pour biopsie

Coude, épaule, genou, hanche ..... K x 30
Autres articulations..... K x 15

4° Régularisation et épluchage d'une plaie articulaire

Arthrotomie :
a) Doigts, orteils..... K x 15
b) Carpe, poignet, coude, temporo-maxillaire, tarse, tibio-tarsienne.... K x 25
c) Epaule, genou ..... K x 30
d) Hanche, bassin..... K x 70

5° Arthrotomie avec intervention aseptique intra-articulaire

Comme ci-dessus, sauf :
Hanche..... K x 80
Genou ..... K x 60

6° Résection de drainage

a) Doigts et orteils ..... K x 15
b) Carpe, poignet, coude, temporo-maxillaire, tarse, tibio-tarsienne ..... K x 40
c) Epaule et genou (immobilisation plâtrée éventuelle, non comprise) ..... K x 60
d) Hanche, bassin (id.) ..... K x 80

7° Résection à froid – arthrodèse, arthrorise, butée

a) Doigts et orteils ..... K x 15
b) Carpe, poignet, coude, temporo-maxillaire, tarse, tibio-tarsienne ..... K x 50

D

c) Epaule et genou (immobilisation plâtrée éventuelle, non comprise) ..... K x 70
d) Hanche, bassin (id.) ..... K x 100

8° Arthroplastie

a) Doigts et orteils ..... K x 25
b) Carpe, poignet, temporo-maxillaire, tarse, tibio-tarsienne ..... K x 70
c) Epaule et genou ..... K x 100
d) Hanche et bassin ..... K x 120

QUATRIÈME PARTIE

CHIRURGIE DES MEMBRES

MEMBRE SUPERIEUR

Incision d'un panaris profond ..... K x 10
Incision d'un phlegmon des gaines digitales K x 25
Incision d'un phlegmon palmaire sus-aponévrotique ..... K x 20
Incision d'un phlegmon palmaire profond K x 25
Incision d'un phlegmon des gaines digito-carpiennes ..... K x 60
Traitement opératoire de la rétraction de l'aponévrose palmaire ..... K x 40
Traitement opératoire de la syndactylie simple ..... K x 30 E
Traitement opératoire de la syndactylie avec déformation des doigts ..... K x 40 E
Traitement opératoire du doigt à ressort K x 30 E
Ablation des hygromas du coude ..... K x 15
Traitement opératoire de la camptodactylie K x 30 E
Ablation des kystes synoviaux du poignet K x 12
Amputation ou désarticulation d'une phalange ou d'un doigt ..... K x 12
Amputation d'un doigt (y compris la tête du métacarpien) ..... K x 15
Amputation ou désarticulation de la main à l'épaule incluse ..... K x 60
Désarticulation interscapulo-thoracique .. K x 100
Réfection d'un moignon..... K x 30 E

A

Cinématisation d'un moignon (l'ensemble des opérations) ..... K x 80
Enucléation du semi-lunaire..... K x 40
Ablation de l'omoplate..... K x 80
Ablation de la clavicule..... K x 50
Cure radicale de l'ongle incarné ..... K x 15

MEMBRE INFERIEUR

Incision d'un phlegmon plantaire sus-aponévrotique ..... K x 20
Incision d'un phlegmon plantaire profond K x 25
Suture du tendon d'Achille ou du tendon rotulien ..... K x 30
Traitement opératoire de l'hallux valgus:
Unilatéral ..... K x 20 E
Bilatéral ..... K x 30 E
Traitement opératiore d'un orteil en marteau par résection ou amputation .... K x 12 E
Traitement opératoire de plusieurs orteils en marteau, par résection ou amputation K x 20 E
Chirurgie orthopédique de l'avant-pied : plafond global pour un pied..... K x 80 E
Excision d'une verrue plantaire ..... K x 6
Amputation ou désarticulation d'une phalange ou d'un orteil ..... K x 12
Amputation d'un orteil, y compris la tête du métatarsien ..... K x 15
Amputation ou désarticulation du pied à la hanche (exclue) ..... K x 60
Désarticulation de la hanche ..... K x 100
Désarticulation intérilio-abdominale ..... K x 120
Réfection d'un moignon ..... K x 30 E
Traitement opératoire de l'entorse grave du genou avec suture des ligaments latéraux ou croisés ..... K x 60
Réfection par greffe des ligaments croisés K x 80
Ablation d'un ménisque du genou ..... K x 40
Ablation d'un hygroma prérotulien..... K x 15
Ablation d'un kyste du creux poplité ... K x 25
Forage du col du fémur ..... K x 120
Astragalectomie de drainage à chaud.... K x 60

B

Astragalectomie à froid..... K x 70
Enclouage d'une fracture du col du fémur K x 100
Ablation du clou ..... K x 20

Traitement des luxations congénitales de la hanche

a) Méthode non sanglante (appareillage compris) :
1er temps unilatéral..... K x 50 E
Double ..... K x 70 E
Chaque temps suivant : 30 % du tarif ci-dessus.
b) Méthode sanglante (appareillage compris) :
Butée ostéoplastique ..... K x 80 E
Ostéotomie d'appui, de dérotation ... K x 70 E
Réduction sanglante, avec ou sans ostéotomie ou résection. ..... K x 100 E
Résection butée ..... K x 100 E

Traitement des pieds bots

a) Par manipulation suivie d'appareillage simple unilatéral (maximum 4 appareils) K x 10 E
b) Par manipulation suivie d'un appareil plâtré, unilatéral :
Le premier appareil ..... K x 15 E
Les appareils suivants (maximum 4) . K x 8 E
c) Par ténotomie et appareil plâtré, unilatéral..... K x 40 E
Par libération tendineuse et fibreuse ... K x 50 E
e) Par intervention osseuse..... K x 50 E

CINQUIÈME PARTIE

TETE

Excision de plaie du cuir chevelu avec esquillectomie cranienne ..... K x 40
Traitement opératoire du scalp ..... K x 30
Traitement opératoire de la méningo-encéphalocèle ..... K x 80
Traitement opératoire du bec-de-lièvre unilatéral ..... K x 40 B

C

Traitement opératoire de la division palatine en un ou plusieurs temps ..... K x 80 B
Retouche du bec-de-lièvre ou de division palatine six mois au moins après l'opération principale ..... K x 30 E
Ouverture par voie cervicale d'un abcès rétropharyngien ..... K x 40
Incision par voie externe d'un abcès circonscrit du plancher de la bouche .... K x 15
Incision d'un phlegmon diffus du plancher de la bouche..... K x 50
Biopsie d'une lésion intrabuccale ..... K x 5
Extirpation de calcul salivaire par voie intra-buccale ..... K x 10
Extirpation de calcul salivaire par voie cervicale ..... K x 30
Traitement opératoire d'une fistule salivaire ..... K x 30
Ablation d'une tumeur bénigne des glandes salivaires ..... K x 30 E
Ablation d'une tumeur maligne des glandes salivaires (autre que la parotide) ..... K x 70 E
Traitement chirurgical de la grenouillette K x 20
Parotidectomie totale du subtotale ..... K x 80
Traitement opératoire de la paralysie faciale ..... K x 50 E
Ablation d'une tumeur maligne de la cavité buccale, sans curage de ganglions .... K x 30
Ablation d'une tumeur maligne de la cavité buccale, avec curage unilatéral ..... K x 80
Ablation d'une tumeur maligne de la cavité buccale, avec curage bilatéral ..... K x 120
Evidement ganglionnaire isolé unilatéral :
Régions sous-maxillaire et sous-mentale K x 60
Régions sous-maxillaire et carotidienne K x 80
Traitement opératoire de la constriction permanente des mâchoires (unilatérale) K x 50
Encéphalographie par voie lombaire .... K x 30
Artériographie cérébrale ..... K x 60
Ponction ventriculaire ..... Kx40=40
Ventriculographie ..... K x 40

D

Trépanation décompressive simple sans volet osseux type Cushing ..... K x 60
Trépanation pour traumatisme récent fermé du crâne, quel que soit le nombre des orifices de trépanation, avec intervention intra-dure-mérienne ..... K x 100
Trépanation exploratrice avec volets osseux pour tumeur cérébrale inextirpable .... K x 80
Neurotomie rétro-gassérienne par voie temporale ..... K x 80
Neurotomie rétro-gassérienne par voie postérieure..... K x 100
Section intracranienne du nerf acoustique ou du nerf glossopharyngien..... K x 100
Trépanation décompressive postérieure (genre opération d'Ody) ..... K x 80
Trépanation et intervention intracranienne pour hématomes anciens sous-duraux, abcès du cerveau, corps étrangers intracérébraux, hémorragies intracérébrales, hydrocéphalie ..... K x 120
Ablation de zone épiloptogène ..... K x 120
Ablation de cicatrice cérébrale et intracérébrale ..... K x 120
Ouverture de la lame sus-optique ..... K x 120
Intervention transfrontale pour arachnoïdite optochiasmatique..... K x 120
Trépanation avec ablation de tumeur cérébrale ..... K x 150

Note. — Les coefficients de neuro-chirurgie tiennent compte de la longueur des interventions et de la multiplicité des aides.

SIXIÈME PARTIE

COU

Traitement opératoire du torticolis sans plâtre ..... K x 15
Traitement opératoire du torticolis avec plâtre ..... K x 30
Ablation de petits kystes du cou..... K x 15
Ablation de kystes volumineux du cou . K x 40

A

Ablation de fistules congénitales ou kystes congénitaux	K x 60
Enucléation ou énucléation-résection d'un goître	K x 50
Thyroïdectomie totale ou subtotale :	
Unilatérale	K x 60
Bilatérale	K x 80
Avec évidement ganglionnaire	K x 100
Parathyroïdectomie	K x 60
Œsophagotomie externe	K x 80
Trachéotomie	K x 40
Traitement opératoire des diverticules de l'œsophage	K x 80
Constitution d'un œsophage prethoracique (quels que soient le procédé utilisé et le nombre de temps opératoires)	K x 140
Phrénicectomie ou phrénoalcoolisation (après découverte du nerf)	K x 30
Scalénotomie	K x 30

SEPTIÈME PARTIE

THORAX

Abcès profond du sein : prémammaire	K x 10
Abcès profond du sein : rétromammaire	K x 25
Ablation de tumeurs bénignes du sein	K x 30
Ablation complète du sein sans curage ganglionnaire	K x 50
Ablation complète du sein avec curage ganglionnaire	K x 80
Biopsie extemporanée (en supplément)	K x 16
Extirpation d'un abcès froid thoracique, avec résection costale	K x 60
Résection totale ou partielle d'une côte (sauf la première)	K x 30
Résection totale ou partielle de la première côte	K x 70
Thoracoplastie avec pneumolyse, temps supérieur	K x 80
Thoracoplastie avec pneumolyse, autres temps	K x 30
Apicolyse isolée, avec ou sans plombage	K x 60

B

Pneumothorax extrapleural, création avec résection costale	K x 60
Pleurotomie simple	K x 20
Pleurotomie simple avec résection costale	K x 40
Pneumotomie en un temps	K x 60
Pneumotomie en deux ou plusieurs temps	K x 80
Résection partielle d'un lobe pulmonaire	K x 100
Lobectomie	K x 120
Pneumotectomie totale	K x 140
Péricardectomie	K x 100
Péricardotomie	K x 40
Thoraco-laparotomie	K x 100
Œsophagectomie thoracique	K x 150
Traitement opératoire des lésions du médiastin	K x 100

HUITIÈME PARTIE

RACHIS

Traitement opératoire du spina-bifida occulta	K x 60
Traitement opératoire du spina-bifida avec tumeur	K x 70
Laminectomie simple	K x 70
Laminectomie avec intervention pour abcès ou pour rachnoïdite	K x 100
Laminectomie avec radicotomie	K x 100
Myélotomie	K x 100
Tumeur de la moelle	K x 120
Greffe osseuse vertébrale	K x 80
Ablation d'un disque intervertébral	K x 80
Réduction d'une scoliose par manœuvre orthopédique	K x 80
Réduction d'une scoliose par manœuvre orthopédique (appareil plâtré compris)	K x 40 B
Cordotomie	K x 100

NEUVIÈME PARTIE

PAROI ABDOMINALE

Ablation des tumeurs de la paroi abdominale (tumeurs des téguments exceptés)	K x 30 E

C

Traitement opératoire d'une hernie non étranglée :	
Unilatérale	K x 40
Bilatérale	K x 60
Traitement opératoire d'une très volumineuse hernie (volume d'une tête d'enfant)	K x 70 E
Traitement opératoire d'une hernie étranglée sans résection intestinale	K x 50
Traitement opératoire d'une hernie étranglée avec résection intestinale	K x 80
Incision des abcès et phlegmons sous-aponévrotiques de la paroi	K x 20
Traitement par laparatomie des hernies lombaires ou obturatrices	K x 80
Traitement opératoire des éventrations :	
Petites	K x 40 E
Grosses	K x 80 E
Traitement opératoire des éventrations étranglées :	
Sans résection intestinale	K x 60
Avec résection intestinale	K x 80
Incision d'un abcès profond de la cavité abdominale (type abcès sous-phrénique)	K x 70
Sympathectomie lombaire	K x 80

DIXIÈME PARTIE

APPAREIL DIGESTIF ET ABDOMINO-PELVIEN

Laparotomie

Exploratrice, évacuatrice	K x 40
D'urgence, pour hémorragie, occlusion, torsion, perforation	K x 80
Drainage d'urgence pour péritonite aiguë	K x 60
Ouverture d'un abcès de la fosse iliaque (droite ou gauche)	K x 50
Ouverture d'un abcès de la mésécoeliaque ou pelvien (par l'abdomen)	K x 70

Estomac et intestin

Appendicectomie	K x 50

D

Gastrotomie, duodénotomie, gastrostomie, iléostomie, coecostomie, colostomie	K x 60
Toute anstomose latéro-latérale ou termino-latérale ou termino-terminale	K x 80
Cure opératoire de fistule gastrique, ou grêle, ou d'un anus contre nature :	
Par voie extra-péritonéale	K x 50
Par voie intra-péritonéale	K x 80
Résection de l'estomac sans interruption de la continuité	K x 80
Gastrectomie large	K x 120
Gastrectomie totale avec anastomose œsophage-jéjunale	K x 150
Gastropexie	K x 70
Colopexie	K x 60
Résection segmentaire du grêle	K x 80
Hémicolectomie droite, colectomie segmentaire (avec anastomose consécutive ou abouchement des deux bouts à la peau)	K x 100
Gastroscopie	K x 12
Ablation du diverticule de Heckel	K x 60

Foie, voies biliaires

Cholécystostomie	K x 50
Cholécystectomie (totale ou partielle)	K x 80
Taille cholédocienne, avec ou sans cholécystectomie	K x 100
Anastomose bilio-digestive de dérivation	K x 90
Reconstitution de la voie biliaire principale	K x 100
Traitement opératoire d'un abcès ou d'un kyste du foie	K x 80
Résection partielle du foie	K x 100
Incision d'un abcès sous-phrénique ou sous-hépatique	K x 70
Cure opératoire d'une fistule biliaire	K x 70

RATE, pancréas, surrénales

Traitement chirurgical des kystes et abcès de la rate	K x 70
Splénectomie	K x 80
Ligature de l'artère ou de la veine splénique	K x 70
Pancréatectomie partielle	K x 100

A

Traitement opératoire des kystes du pancréas	K x 80
Cure opératoire d'une fistule pancréatique	K x 80
Surrénalectomie sans résection des splanchniques et décapsulation	K x 100
Surrénalectomie avec résection et décapsulation	K x 120

Anus et rectum

Rectoscopie	K x 5
Prélèvement anal pour biopsie	K x 7
Prélèvement rectal avec rectoscopie pour biopsie	K x 10
Traitement de l'imperforation anale par voie basse	K x 20
Traitement de l'imperforation anale par voie haute ou combinée	K x 80
Traitement des hémorroïdes par excision ou électro-coagulation	K x 30 E
Traitement des hémorroïdes par résection circulaire	K x 50 E
Fissure anale traitée par dilatation ou électro-caogulation	K x 25
Traitement opératoire des abcès et fistules intra-sphinctériens	K x 25 E

C

Traitement opératoire des abcès et fistules extra-sphinctériens	K x 50 E
Résection d'un prolapsus rectal	K x 50
Cerclage de l'anus	K x 12
Extirpation d'un corps étranger du rectum :	
Cas simple	K x 5
Par voie rectale nécessitant une anesthésie régionale ou générale	K x 20
Extirpation d'un corps étranger par opération complexe	K x 60
Traitement sans laparotomie des plaies de la région anale, lésion de l'anus	K x 12
Traitement sans laparotomie des plaies de la région anale, lésion du rectum	K x 20
Ablation des tumeurs bénignes de la région anale	K x 12 E
ou du rectum proprement dit	K x 20 E
Amputation ou résection du rectum :	
Par voie périnéale ou sacrée	K x 100
Par voie abdomino-périnéale ou abdomino-sacrée	K x 120
Ouverture d'un abcès pelvien par voie rectale	K x 25
Rétablissement de la continuité intestinale après résection recto-colique :	
Par abaissement	K x 80
Par iléo-coloplastie	K x 120

CHAPITRE IV. — Urologie

Indicatif : URO

B

ARTICLE 29.

Examen général urologique (endoscopie exclue) avec ou sans examen microscopique simple	K x 4

ENDOSCOPIE

Urétroscopie antérieure	K x 3
Cystoscopie ou urétrocystoscopie	K x 8
Cathétérisme des uretères avec séparation des urines	K x 16
Injection du bassinet pour pyélographie.	K x 16
Lavage du bassinet	K x 10 B
Traitement endoscopique par haute fréquence des tumeurs vésicales : en une ou plusieurs séances, l'ensemble des séances	K x 60 B
Traitement endoscopique des lésions de l'urètre postérieur ou de certaines cystites :	
La première séance	K x 10 B
Chacune des suivantes (maximum 3)	K x 8
Résection endoscopique du col vésical ou d'un adénome périurétal ou d'un néoplasme prostatique (en une ou plusieurs séances)	K x 100
Extraction par les moyens simples d'un corps étranger de l'urètre antérieur	K x 6
Extraction des corps étrangers de l'urètre ou de la vessie ou d'un calcul de l'extrémité inférieure de l'urètre sous le contrôle endoscopique	K x 40

APPAREIL GENITAL DE L'HOMME

Circoncision d'ordre thérapeutique après le 1er mois	K x 20 E
Réduction sanglante du paraphimosis	K x 6
Réduction suivie de circoncision	K x 20
Ligature des canaux déférents (opération isolée)	K x 20 E
Castration	K x 40
Castration avec ablation des relais lymphoganglionnaires du testicule	K x 100
Epididymectomie	K x 50
Orchidopexie : unilatérale	K x 50 E
Orchidopexie : bilatérale en un seul temps	K x 70 E
Cure opératoire du varicocèle	K x 40 E
Amputation partielle de la verge	K x 40
Amputation totale de la verge suivie d'évidement ganglionnaire en un ou plusieurs temps (l'ensemble des temps opératoires)	K x 100

D

Traitement radium-chirurgical des cancers de la verge (voir électro-radiologie et chirurgie du système lymphatique).	
Cure opératoire de l'hydrocèle ou d'un kyste du cordon	K x 30 E
Traitement opératoire de la torsion du testicule ou de ses annexes	K x 40
Abcès de la prostate, voie périneale	K x 50
Abcès de la prostate, voie rectale	K x 20
Prostatectomie en un seul temps, avec ou sans ligature des canaux déférents	K x 100
Prostatectomie en deux temps :	
1er temps	K x 60
2e temps : par le même chirurgien	K x 60
2e temps : par un autre chirurgien	K x 80
Traitement radium-chirurgical des tumeurs malignes de la prostate par taille simple (radium-thérapie non comprise)	K x 60 E
Traitement par voie combinée (taille et intervention périnéale)	K x 120 E
Hypospadias sans dérivation des urines (type Ombredanne)	K x 60 E
Hypospadias avec dérivation des urines (type Duplay) en un ou plusieurs temps	K x 100 E
Epispadias (l'ensemble du traitement)	K x 100 E

URETRE

Dilatation de l'urètre pour rétrécissement (avec filiforme) :	
Le premier	K x 3 B
Chacun des suivants	K x 2 B
Ablation d'un petit polype de l'urètre	K x 3
Injection intra-urétrale pour urétrographie rétrograde	K x 4
Méatostomie	K x 8
Méatotomie	K x 4
Urétrotomie interne	K x 20
Urétrotomie externe	K x 60
Traitement opératoire de l'abcès ruineux	K x 20
Traitement opératoire du phlegmon diffus gangreneux péri-urétral (infiltration d'urine)	K x 60
Réfection de l'urètre, cure de fistule périnéale avec urétrectomie (cystostomie comprise)	K x 100
Cure opératoire des fistules urétro-rectales :	
Acquises (l'ensemble du traitement)	K x 100
Congénitales (l'ensemble du traitement)	K x 120
Reconstitution de l'urètre chez la femme (l'ensemble du traitement)	K x 100

A

VESSIE

Injection intravésicale d'une substance de contraste pour cystographie ou urétrographie mictionnelle	K x 6
Cystostomie sus-pubienne	K x 60
Lithotritie ou taille pour calculs	K x 60
Exérèse par taille d'une tumeur vésicale pédiculée	K x 80
Exérèse par cystectomie partielle d'une tumeur vésicale	K x 100
Cystectomie totale (y compris la dérivation des urines)	K x 120
Exérèse des diverticules vésicaux, avec ou sans prostatectomie immédiate ou résection du col	K x 120
Cure opératoire des fistules vésico-vaginales	K x 100
Résection du col à vessie ouverte (opération isolée)	K x 80
Traitement opératoire de l'exstrophie vésicale :	
Réfection de la vessie	K x 70
Réfection de l'urètre	K x 60
Rétablissement de la continence	K x 40
Réfection du col vésical chez la femme :	
Resserrement par voie vaginale	K x 60
Procédé complexe (myoplastie, etc.)	K x 80
Fistule vésico-cutanée (fermeture)	K x 20
Traitement radium chirurgical des tumeurs de la vessie (radium-thérapie non comprise)	K x 80 E

URETERE

Uretérotomie lombaire	K x 60
Uretérostomie	K x 60
Uretectomie secondaire à la néphrectomie	K x 80
Uretérotomie pelvienne	K x 100
Abouchement d'un uretère dans l'intestin	K x 80
Uretérocystonéostomie	K x 100
Abouchement de deux uretères dans l'intestin	K x 120

C

REIN

Incision et drainage d'un phlegmon périnéphrétique	K x 60
Néphrectomie	K x 80
Néphrectomie secondaire ou pour cancer	K x 100
Néphro-uretérectomie totale	K x 120
Néphrectomie	K x 70
Pyélotomie, suivie ou non de néphrostomie	K x 70
Opération plastique sur le bassinet avec ou sans néphrostomie	K x 80
Décapsulation	K x 60
Néphropexie	K x 60
Traitement conservateur des kystes du rein	K x 60
Traitement opératoire de l'éventration lombaire	K x 40
Lombotomie exploratrice	K x 40
Néphrolithotomie, suivie ou non de néphrostomie	K x 100

SYSTÈME NERVEUX URO-GENITAL

Section du nerf présacré	K x 60
Section bilatérale des nerfs hypogastriques et section bilatérale des nerfs érecteurs	K x 100
Opération portant sur le nerf splanchnique ou le ganglion cortico-rénal ou les nerfs du pédicule rénal ou associés	K x 80
Résection du nerf honteux interne	K x 40

CHAPITRE V. — Gynécologie

Indicatif : GYN

B

I. — GYNECOLOGIE CHIRURGICALE

ARTICLE 30.

A. — EN DEHORS DE LA GESTATION

1° Opérations restauratrices

Cure de prolapsus utérovaginal par colporraphie postérieure (périnéorraphie simple	K x 40
Cure de prolapsus utérovaginal par colpopérinéorraphie et colporraphie antérieure ou par cloisonnement du vagin et résection du col, etc.	K x 60
Cure de prolapsus utérovaginal avec hystéropexie abdominale	K x 80 E
Hystéropexie	K x 60
Cure de fistule vésico ou recto-vaginale (quel que soit le procédé)	K x 100

2° Opérations plastiques

Imperforation de l'hymen et hématocolpos	K x 28
Amputation du col	K x 40
Stomatoplastie	K x 40
Débridement d'une atrésie vaginale	K x 20
Débridement d'une atrésie vaginale par dédoublement du périnée	K x 40
Création d'un vagin artificiel (ensemble du traitement) :	
Par greffes cutanées	K x 80
Par implantation intestinale	K x 120

3° Opérations conservatrices

Myomectomie	K x 100
Opérations conservatrices sur la trompe et l'ovaire	K x 100

4° Opérations mutilantes

Hystérectomie vaginale	K x 80 E
Traitement opératoire des lésions annexielles par voie abdominale	K x 80 E
Hystérectomie sub-totale ou totale	K x 80 E
Hystérectomie élargie pour cancer du vagin	K x 100 E

D

5° Interventions pour lésions inflammatoires ou tumorales

Curetage utérin	K x 25 B
Polypectomie simple avec curetage	K x 25 E
Polypectomie intracavitaire avec hystérotomie	K x 40 E
Colpotomie	K x 30
Application de radium (voir curiethérapie).	
Kyste du vagin	K x 20 E
Extirpation d'une bartholinite unilatérale	K x 20 B
Extirpation d'une bartholinite bilatérale.	K x 30 B
Ablation d'une tumeur bénigne de la région vulvovaginale	K x 20 E
Ablation d'un cancer du clitoris, de la vulve et du vagin :	
Sans curetage ganglionnaire	K x 40
Avec curetage ganglionnaire unilatéral.	K x 100
Avec curetage ganglionnaire bilatéral .	K x 120

6° Interventions portant sur le système nerveux génital

Section du nerf sacré	K x 60
Section bilatérale des nerfs hypogastriques et section bilatérale des nerfs érecteurs	K x 100
Résection du nerf honteux interne	K x 40

B. — AU COURS DE LA GESTATION DE LA PARTURITION OU DES SUITES DE COUCHES

Symphysiotomie ou pubiotomie (accouchement compris)	K x 60
Césarienne vaginale	K x 60
Embryotomie (céphalique ou rachidienne)	K x 60
Périnéorraphie d'urgence :	
Pour déchirure complète (sphincter anal)	K x 40
Pour déchirure complexe (sphincter et muqueuse rectale)	K x 60
Césarienne abdominale conservatrice corporale suprasymphysaire	K x 80
Réintégration de l'utérus extériorisé	K x 30

HÉPATROL

Extrait de foie de veau frais

Toutes anémies et insuffisances hépatiques

Adultes et Enfants
sans contre indications

2 formes :
Ampoules buvables
Ampoules injectables

LABORATOIRES ALBERT ROLLAND, 4, RUE PLATON, PARIS-XVe

INFECTIONS - CHIRURGIE - GYNÉCOLOGIE

STAPROLYSAT P

Lysat — Vaccin de Staphylocoque, prodigiosus et pyocyanique pour la protéinothérapie

●

" Le Staprolysat P permet d'obtenir une poussée fébrile passagère et une série de petits chocs bien tolérés et faciles à régler".

PHLEGMONS — PANARIS — ANTHRAX — PLAIES INFECTÉES — LYMPHANGITES — SALPINGITES — TOUTES INFECTIONS à PYOGÈNES

●

MODE D'EMPLOI. — (Boîtes de 6 ampoules de 1 cc. toutes semblables). — Commencer par un quart ou un demi cc. puis 3/4, 1 cc. et même exceptionnellement 2 à 3 cc. — Régler les doses et le rythme des injections (tous les jours ou tous les deux jours) suivant les réactions individuelles.

NOTA. — Le staprolysat P peut très utilement être associé à la sulfamidothérapie. Il exalte la défense naturelle des tissus et contribue soit à résorber le pus, soit à le collecter.

PULMONE

ELIXIR - CACHETS - AMPOULES
VOIES RESPIRATOIRES

GOUTTES IONISÉES

ALCALOSE

CARBONEX

ESTOMAC-FOIE-INTESTIN

LABORATOIRES BIOS
10, RUE VINEUSE PARIS
TRO. 57-44

FOIE ET REIN DÉFICIENTS

CHOPHYTOL

AMPOULES INJECTABLES

DRAGEES, GOUTTES "per Os"

Laboratoires **ROSA** 11, Rue Roger-Bacon, PARIS (17e)

A

Césarienne suivie d'hystérectomie ou d'ablation de tumeur annexielle ou de myomectomie ou de résection des trompes	K x 80
Hystérectomie en bloc	K x 80
Opération de Porro	K x 60
Hystérectomie pour rupture utérine	K x 100
Avortement thérapeutique (sans hystérotomie)	K x 30
Curetage pour rétention placentaire	K x 25
Chirurgie de la grossesse extra-utérine	K x 80
Chirurgie de la grossesse extra-utérine aux environs du terme	K x 100

II. — GYNECOLOGIE MEDICALE ET PHYSIOTHERAPIQUE

ARTICLE 31.

Traitement médical de la bartholinite (ponction et injection de liquide modificateur)	K x 10 B

C

Biopsie du col	K x 4
Traitement de la métrite du col	K x 2 B
Filhos (limité à 3 applications)	K x 4 B
Cryoscopie	K x 4 B
Galvanopuncture	K x 4 B
Electrocoagulation : une séance (cf. Electrothérapie).	
Electrocoagulation limitée à 3 applications, par séance (cf. Electrothérapie).	
Dilatation laminaire ou bougie de Hégar	K x 4
Dilatation électrique	K x 6
Hystéroscopie	K x 8
Insufflation tubaire (unique)	K x 15
Lipio-diagnostic (radio non comprise)	K x 20
Rayons ultra-violets, la séance	K x 2 E
Ondes courtes, la séance	K x 4 E
Diathermie vaginale	K x 3 E

CHAPITRE VI. — Obstétrique

Indicatif : OBS

ARTICLE 32.

Tous les actes de ce chapitre sont remboursés quand ils sont dispensés par un médecin. Lorsqu'ils sont dispensés par une sage-femme, ils ne sont remboursés que s'ils sont de la compétence de la sage-femme.

Le coefficient de l'acte est le même, qu'il soit accompli par un médecin ou par une sage-femme. Mais, sur la feuille de maternité, le médecin fait précéder le coefficient du chiffre-clé K, la sage-femme du chiffre-clé S.F.

Exemple :

Délivrance artificielle (par un médecin)	K x 15
Délivrance artificielle (par une sage-femme)	SF x 15

ARTICLE 33.

Accouchement simple (1) comportant les visites normales consécutives à l'accouchement (surveillance pendant 12 jours)	*forfait* n° 1

B

Accouchement gemellaire (1) comportant les visites normales consécutives à l'accouchement (surveillance pendant 12 jours)	*forfait* n° 2
Grande extraction du siège (précédée ou non d'une version) effectuée par le praticien qui a fait l'accouchement	20
Grande extraction isolée (c'est-à-dire faite par un autre médecin appelé à ce sujet)	30
Application de forceps (sauf forceps à la vulve) :	
A la partie basse de l'excavation	10
A la partie haute de l'excavation	20

(1) Lorsque l'accouchement est pratiqué par un médecin le forfait comprend éventuellement le forceps à la vulve la périnéorraphie simple, le chloroforme « à la reine », la révision utérine, l'épisiotomie et la suture de cette dernière.

Avec incision du col ou incision de diaphragmes vaginaux (et, éventuellement, suture)	40
Révision utérine isolée	15
Délivrance artificielle	15
Traitement obstétrical du placenta praevia (en dehors de la rupture large des membranes)	30
Traitement obstétrical des procidences	20
Pose d'un ballon	20
Tamponnement utérin pour hémorragie	10
Périnéorraphie simple ou suture d'épisiotomie (isolée) (l'accouchement ayant été fait par une sage-femme)	6
Périnéorraphie d'urgence pour déchirure importante (isolée)	10

D

Interruption de grossesse

ARTICLE 34.

Premiers soins sans intervention, pour fausse couche avec hémorragie	3
Curage digital à la suite de fausse couche dans les trois premiers mois	15
Traitement de la fausse couche de 4 à 6 mois et de l'accouchement prématuré jusqu'au 7e mois	20

Notations propres à la sage-femme

ARTICLE 35.

Consultation par la sage-femme	SF x 1,5
Visite par la sage-femme	SF x 2
Vaccination ou revaccination antivariolique	SF x 0,5

La consultation ou la visite ne se cumule pas avec un acte inscrit à la Nomenclature.

CHAPITRE VII. — Ophtalmologie

Indicatif : OPH

ARTICLE 36.

1. — Opérations sur les paupières, les sourcils et la région orbitofaciale

Abcès de la paupière ou du sourcil : incision	K x 3
Autoplastie palpébrale	K x 40
Autoplastie palpébrale en plusieurs séances	K x 60
Biopsie (prélèvement pour)	K x 3
Blépharorraphie-tarsorraphie	K x 30
Canthoplastie	K x 4
Chalazion : kyste ou papillome	K x 8
Corps étranger sous-cutané (extraction)	K x 2
Electrolyse ciliaire (1)	K x 6 B
Entropion ou ectropion (procédé non sanglant)	K x 6
Entropion ou ectropion (traitement chirurgical)	K x 40
Granulations : cautérisation	K x 12
Granulations trachomateuses : brossage, expression, diathermie et cautérisation (1)	K x 30 B
Kyste superficiel, sourcil, paupière	K x 6
Kyste dermoïde	K x 40 E
Orgelet : incision	K x 2
Pansement de large plaie de la région orbito-faciale	K x 2
Suture d'une plaie superficielle	K x 2
Suture conjonctivale	K x 3
Suture de plaies multiples et compliquées de la peau ou du globe	K x 16
Trichiasis : opération	K x 40
Tumeur étendue ne nécessitant pas d'autoplastie	K x 10
Tumeur étendue ou maligne suivie d'autoplastie	K x 60 E

A

Xanthélasma unique : ablation chirurgicale	K x 8
Xanthélasmas multiples : ablation chirurgicale	K x 15
Ptosis	K x 60 E

II. — Opérations sur l'appareil lacrymal

Electrolyse ou diathermo-coagulation (1).	K x 4
Cathétérisme des voies lacrymales (2)	K x 2 B
Glande lacrymale palpébrale : cautérisation	K x 4
Glande lacrymale palpébrale : ablation chirurgicale	K x 15
Glande lacrymale orbitaire : ablation chirurgicale	K x 30
Sac lacrymal : ouverture par les voies naturelles	K x 3
Sac lacrymal : incision de phlegmon	K x 3
Sac lacrymal : ablation chirurgicale	K x 40
Sac lacrymal : dacryocystorhinostomie	K x 80
Scricturotomie	K x 3

III. — Opérations sur la conjonctive et sur le globe oculaire

Autoplastie conjonctivale	K x 16
Ablation sanglante, destruction ignée ou diathermo-coagulation de brides conjonctivales ou de petites néoformations	K x 10
Ablation sanglante, destruction ignée ou diathermo-coagulation de néoformations étendues	K x 20
Cautérisation superficielle : cornée, conjonctive	K x 3
Concrétions conjonctivales	K x 3
Corps étrangers de la cornée ou de la conjonctive : extraction	K x 3
Corps étrangers multiples d'un œil ou des deux yeux	K x 4
Corps étrangers de la sclérotique	K x 6
Electro-aimant géant : application diagnostique en une ou plusieurs fois, non suivie d'intervention	K x 6
Greffe de la cornée	K x 60
Injection sous-conjonctivale (1)	K x 2 B
Ionisation	K x 3 B
Moulage de la cavité orbitaire	K x 4
Paracentèse de la cornée : kératotomie	K x 6
Péritomie avec ou sans péricautérisation.	K x 8

C

Ptérygion (ablation chirurgicale)	K x 30
Ptérygion (ablation avec greffe)	K x 40
Recouvrement conjonctival	K x 16
Scarifications	K x 4
Suture conjonctivale	K x 3
Tatouage de la cornée	K x 30
Symblépharon partiel : opération	K x 30
Symblépharon total : opération	K x 60
Cataracte : extraction du cristalin ou discision en une ou plusieurs séances	K x 60 E
Cataracte secondaire	K x 40 E
Corps étranger du segment antérieur avec ou sans iridectomie et avec ou sans électro-aimant	K x 40
Corps étranger du segment postérieur avec ou sans électro-aimant	K x 60
Cyclodialyse	K x 60
Décollement de la rétine : traitement en une ou plusieurs séances	K x 80
Enucléation-éviscération	K x 60
Amputation de segment antérieur	K x 70
Enucléation avec insertion de sphère dans le cône musculaire	K x 70
Eviscération avec insertion de sphère pour ptothèse	K x 70
Iridectomie ou iridotomie	K x 40
Iridectomie antiglaucomateuse	K x 60
Suture cornéenne ou sclérale avec ou sans recouvrement conjonctival :	
a) Avec ou sans résection irienne	K x 40
b) Avec extraction d'un corps étranger antérieur (avec ou sans électro-aimant)	K x 80
c) Avec extraction d'un corps étranger du vitré (avec ou sans électro-aimant)	K x 60
Ponction de la sclérotique, sclérotomie	K x 10
Sclérectomie avec ou sans iridectomie	K x 70

IV. — Opérations sur les muscles

Ténotomie simple ou double	K x 40
Avancement simple ou double avec ou sans ténotomie	K x 60

(1) Limitation à six séances, sauf accord avec le contrôle médical (E).
(2) Limitation à huit séances, sauf accord avec le contrôle médical (E).

CHAPITRE VIII. — Oto-Rhino-Laryngologie

B

ARTICLE 37.

Prélèvement pour biopsie dans le pharynx ou l'hypopharynx	K x 8
Prélèvement pour biopsie, autres localisations (sauf dans l'œsophage et les voies aériennes inférieures)	K x 4

PHARYNX

Adénoïdectomie	K x 16 E
Amygdalectomie chez l'enfant (jusqu'à 16 ans)	K x 20 E
Les deux opérations précédentes faites en une seule séance	K x 24 E
Amygdalectomie totale chez l'adulte (à partir de 16 ans)	K x 40 E
Hémorragie amygdalienne :	
Hémostase locale sans suture des piliers	K x 4
Hémostase locale avec suture des piliers	K x 20
Ablation de la luette	K x 4
Ablation de l'amygdale linguale	K x 12
Discision des amygdales en une ou plusieurs séances	K x 10 E
Tamponnement du cavum	K x 8
Polype choanal kystique (extirpation)	K x 20 E
Fibrome nasopharyngien (extirpation en un ou plusieurs temps)	K x 100
Ouverture d'un abcès périamygdalien ou rétropharyngien par voie buccale	K x 20
Ouverture d'un abcès latéro-pharyngien (voie cervicale)	K x 60
Corps étranger de l'amygdale et de l'oto-pharynx	K x 4
Traitement opératoire de la stenose vélo-pharyngée, chaque côté (en un ou plusieurs temps)	K x 60

D

Traitement du bec-de-lièvre et de la discision palatine, des tumeurs de la cavité buccale, des affections chirurgicales des glandes salivaires et de la région cervicale	Cf. Chi et Sto

NEZ ET SINUS

Traitement chirurgical du rhinophyma en un ou plusieurs temps	K x 30
Plastique narinaire avec greffe	K x 80 E
Plastique narinaire sur cicatrice en un ou plusieurs temps	K x 80 E
Fracture récente du nez : redressement simple sans appareil de contention	K x 8
Fracture récente du nez : réduction et contention avec appareillage	K x 30
Fracture ancienne du nez : réduction et contention avec appareillage	K x 80 E
Prothèse nasale par méthode sanglante en un ou plusieurs temps	K x 80 E
Réfection de la pyramide nasale partiellement ou totalement détruite	K x 120
Hémostase nasale nécessitant un tamponnement antéro-postérieur	K x 8
Extraction d'un corps étranger des fosses nasales par les voies naturelles :	
Cas simple	K x 8
Cas nécessitant une anesthésie générale	K x 12
Rhinotomie	K x 80
Injection sclérosante des cornets	K x 6
Réduction d'un cornet inférieur (galvano-cautérisation profonde ou diathermo-coagulation) en une séance	K x 6
Coagulation ou étincelage pour lupus, chaque séance	K x 4 B

A

Galvano-cautérisation répétée, chaque séance	K x 2 B
Turbinectomie unilatérale	K x 12 E
Résection d'une crête ou d'un éperon de la cloison	K x 16 E
Résection sous-muqueuse de la cloison nasale	K x 40 E
Synéchie nasale muqueuse (destruction de)	K x 6
Synéchie nasale ostéo-cartilagineuse (destruction en une ou plusieurs séances)	K x 20 E
Oblitération choanale membraneuse : section et destruction diathermique en une ou plusieurs séances	K x 20 B
Oblitération choanale osseuse : résection par voie endonasale	K x 60 E
Intervention sur un labyrinthe ethmoïdal antérieur par voie endonasale (y compris ablation de la tête du cornet moyen)	K x 30
Galvano-cautérisation répétée, chaque séance (max. 5 séances)	K x 2 B
Ouverture d'un hématome ou d'un abcès de la cloison	K x 6
Extraction de polypes du nez en une ou plusieurs séances :	
Unilatéraux	K x 16 E
Bilatéraux	K x 20 E
Evidement de l'ethmoïde par voie endonasale	K x 60
Trépanation du sinus sphénoïdal par voie nasale	K x 60
Attouchement au Bonain de la région sphéro-palatine	K x 2 B
Ponction du sinus maxillaire :	
Unique	K x 44
Répétée	K x 3 B
Injection thérapeutique des sinus (méthode de Proest), par séance	K x 6
Injection de substance de contraste dans les sinus pour diagnostic (chez le radiologiste)	K x 12
Trépanation et curetage endonasal du sinus maxillaire	K x 30

B

Trépanation du sinus maxillaire par la fosse canine	K x 70
Trépanation du sinus frontal par voie endo-nasale	K x 40
Trépanation du sinus frontal externe	K x 80
Trépanation du sinus avec drainage d'un abcès intra-cranien	K x 120
Ouverture du sinus frontal nécessitée par une complication :	
Extra-durale	K x 30
Encéphalique	K x 80
Intervention par voie externe sur l'ethmoïde seul ou sur l'ethmoïde et le sinus sphénoïdal	K x 80
Trépanation des sinus sphénoïdaux par voie transeptale	K x 100
Intervention sur l'hypophyse par voie transeptale	K x 120
Intervention pour pansinusite unilatérale	K x 120
Résection partielle du maxillaire supérieur intéressant l'ethmoïde	K x 100
Résection partielle du maxillaire supérieur intéressant la voûte palatine	K x 100
Résection totale du maxillaire supérieur.	K x 120
Pour les autres interventions sur les maxillaires	Cf. Chi ou Sto

OREILLE

Examen cochléaire avec compte rendu	K x 6
Examen vestibulaire avec compte rendu	K x 6
Incision et curetage d'un othématome suppuré ou non	K x 12
Suture et épluchage de plaie du pavillon de l'oreille avec plastie	K x 30
Autoplastie de l'oreille et de sa région en une ou plusieurs séances	K x 100 E
Extraction de bouchons épidermiques, chaque séance	K x 2
Cas nécessitant une anesthésie générale (non comprise)	K x 8
Extraction d'un corps étranger nécessitant une opération sanglante	K x 30
Extraction d'un polype de l'oreille	K x 8
Curetage de la caisse	K x 16
Ablation des osselets par les voies naturelles	K x 40
Ablation d'un ostéome du conduit auditif externe :	
Cas simple : petit ostéome pédiculé	K x 20
Les autres cas	K x 40
Extraction par les voies naturelles d'un corps étranger :	
Cas simple (voir actes en PC).	
Cas nécessitant l'anesthésie générale (non comprise)	K x 8
Ablation d'une tumeur maligne de l'oreille externe nécessitant :	
Une résection cunéiforme	K x 16
Une résection large	K x 60
Ponction de l'antre mastoïdien chez le nourrisson	K x 8
Mastoïdectomie simple	K x 80
Mastoïdestomie si opération plus complète :	
Avec drainage d'un abcès encéphalique : majoration de	K x 40
Avec ligature de la jugulaire : majoration de	K x 30
Evidement pétromastoïdien partiel ou total	K x 100
Retouche de mastoïdite ou évidement dans l'année qui suit la première opération, mais postérieurement aux 20 premiers jours	K x 40 E
Si intervention avec exploration plus complexe, voir majoration déjà énoncée pour mastoïdctomie :	
Sinus latéral : majoration	K x 20 E
Abcès encéphalique : majoration	K x 40 E
Si trépanation labyrinthique ou du conduit auditif interne : majoration	K x 40 E
Intervention sur la pointe du rocher chez un évidé	K x 120
Trépanation du labyrinthe chez un évidé	K x 80
Incision d'une mastoïdite récidivante ou d'un abcès rétroauriculaire (avec ou sans curetage)	K x 24 E

C

D

Ligature de la jugulaire interne (opération isolée)	K x 40
Section intracranienne du nerf auditif	K x 120
Résection de la jugulaire jusqu'au golfe compris (opération isolée)	K x 100
Paracentèse du tympan	K x 6
Trépanoponction ventriculaire	Cf. Chi
Cautérisation ou bougirage de la trompe d'Eustache	K x 2 B
Cautérisation chimique de la caisse, par séance	K x 2 B

PHARYNX, TRACHEE, BRONCHES, HYPOPHARYNX, ŒSOPHAGE

Cautérisation chimique du larynx, par séance	K x 3 B
Sidération du nerf laryngé supérieur :	
Injection unique	K x 6
Injections répétées, chacune	K x 2 B
Section d'un nerf laryngé supérieur	K x 40
Dilatation laryngée : chaque séance	K x 8
Laryngoscopie ou rhinopharyngoscopie directe pour diagnostic	K x 10
Polype du larynx (extraction par les voies naturelles)	K x 30
Galvanocautérisation ou fulguration endo-laryngée	K x 8
Galvanocautérisation répétée, chacune	K x 4 B
Tubage du larynx	K x 40
Ouverture d'un abcès endo ou péri-laryngé ou de la base de la langue par les voies naturelles	K x 20
Ouverture d'un abcès péri-laryngé par voie cervicale	K x 60
Extraction par les voies naturelles d'un corps étranger non enclavé de l'hypopharynx ou du larynx	K x 20
Extraction par les voies naturelles d'un corps étranger enclavé de l'hypopharynx	K x 40
Enclave du larynx	K x 60
Laryngotomie inter - crico - tyhroïdienne pour asphyxie	K x 20

Trachéotomie pour dyspnée laryngée ou comme premier temps d'une intervention par les voies aériennes (opération isolée)	K x 40
Thyrotomie avec ou sans cordectomie ..	K x 80
Laryngostomie	K x 80
Laryngectomie	K x 120
Pharyngotomie	K x 80
Dilatation œsophagienne, chaque séance.	K x 4
Dilatation œsophagoscopie ou bronchoscopie supérieure pour diagnostic :	
Séance unique	K x 40
Bronchoscopie en série pour cautérisation chimique ou aspiration, chaque séance	K x 12 B
Séances répétées, chaque séance	K x 20 B
Œsophagoscopie ou bronchoscopie avec ou sans biopsie :	
Première séance	K x 50
Chaque séance suivante	K x 30 B
Œsophagoscopie ou bronchoscopie avec extraction d'un corps étranger en une ou plusieurs séances	K x 80
Ablation d'un corps étranger de l'œsophage ne nécessitant pas d'œsophagoscopie ..	K x 8
Trachéo - bronchoscopie inférieure pour tumeur ou corps étranger (trachéotomie comprise)	K x 100
Injection de substance de contraste dans les bronches (honoraires du radiologiste non compris).....	K x 12
Œsophagotomie externe	K x 80
Traitement opératoire des divertucules de l'œsophage cervical :	
Par pexie.....	K x 80
Par résection	K x 100
Sondage bronchique pour prélèvement ..	K x 12
Injection périnerveuse	Cf. Chl.

CHAPITRE IX. — Stomatologie et soins dentaires

Indicatif : STO

A. — Observations générales

ARTICLE 38.

La consultation et l'examen clinique ne seront remboursés que s'ils ne donnent pas lieu, dans les 30 jours qui suivent, à des soins ou interventions pour l'affection qui a nécessité la consultation.

ARTICLE 39.

Tous les actes de ce chapitre sont remboursés quand ils sont dispensés par un stomatologiste. Lorsqu'ils sont dispensés par un chirurgien-dentiste, ils ne sont remboursés que s'ils sont de la compétence du chirurgien-dentiste.

Le coefficient de l'acte est le même, qu'il soit accompli par un stomatologiste ou par un chirurgien-dentiste. Mais sur la feuille de maladie, le stomatologiste fait précéder le coefficient du chiffre-clé K, le chirurgien-dentiste du chiffre-clé D.

Exemple :

Obturation dentaire, cavité simple (par un stomatologiste).....	STO - K x 3
Obturation dentaire, cavité simple (par un chirurgien-dentiste)	STO - D x 3

B. — Anesthésies

ARTICLE 40.

Locale, par contact	non remboursée
Locale, par infiltration	non remboursée
Régionale :	
Epine de Spix, sous-orbitraire, massetérine, canal palatin postérieur	K x 2
Nerf maxillaire, supérieur ou inférieur, à la base du crâne.....	K x 6
Infiltration nerveuse, neurolyse, etc. (Voir : CHI).	

C. — Soins dentaires et gingivaux

Obturation dentaire définitive (ciment ou amalgame) :	
a) Cavité simple	K x 3
b) Cavité composée	K x 4
Traitement de la pulpe et des canaux - sur dent infectée ou non (ensemble du traitement)	K x 6
Détratrage (2 séances au maximum), par séance	K x 2
Traitement des gencives, par séance	K x 2 B
Traitement des accidents muqueux, par séance	K x 2 B
Paradontose, polyalvéolyses, états pyorréiques, par séance	K x 2 B

D. — Extractions dentaires

Entente obligatoire (E) avec le contrôle médical pour les extractions multiples au-dessus de 8 dents.

Extraction dentaire simple d'une seule dent	K x 2,5
De plusieurs dents au cours d'une même séance :	
La première	K x 2,5
Les suivantes	K x 1,5
Extraction d'une dent au cours d'accidents périodontiques aigus.....	K x 5
Extraction d'une dent de sagesse en position normale :	
Supérieure.....	K x 2,5
Inférieure	K x 6
Au cours d'accidents périodontiques aigus :	
Supérieure.....	K x 8
Inférieure	K x 15

E. — Extractions chirurgicales

Extraction chirurgicale d'une racine par alvéolectomie vestibulaire	K x 8
Extraction chirurgicale d'une dent de sagesse incluse ou enclavée :	
Supérieure ou inférieure	K x 40 E
Au cours d'accidents périodontiques aigus	K x 50
Extraction chirurgicale d'une dent de sagesse incluse en ectopie (coroné, angle, branche montante)	K x 70 E
Extraction chirurgicale d'une dent ectopique (autre que la dent de sagesse) .	K x 40 E
(Opérations faites dans une séance opératoire différente de celle de l'extraction.)	

F. — Suites d'extractions dentaires

Curetage alvéolaire, granulectomie	K x 2,5
Esquillectomie alvéolaire	K x 2,5
Tamponnement alvéolaire pour hémorragie post-opératoire	K x 4
Traitement d'une hémorragie post-opératoire grave dans un état hémorragipare	K x 20
Résection d'une crête alvéolaire avec suture gingivale :	
Partielle	K x 4
Etendue à la crête d'un hémimaxillaire ou à une crête incisivo-canine.....	K x 15 E

G. — Opérations sur les maxillaires

Curetage périapical par trépanation vestibulaire, avec ou sans résection apicale (soins dentaires non compris)	K x 15 E
Enucléation d'un petit kyste paradentaire	K x 15 E
Cure radicale d'un kyste de moyen volume (de 1 à 2 cm² de diamètre) étendu à l'infrastructure osseuse des maxillaires.	K x 30 E
Cure radicale d'un volumineux kyste à extension sinusienne ou ayant déterminé un vaste délabrement osseux.....	K x 70 E
Lavages du sinus maxillaire par voie alvéolaire, après extraction de la dent causale d'une sinusite (avec ou sans trépanation alvéolaire), par séance (maximum 5 séances)	K x 2
Cure radicale d'une sinusite maxillaire d'origine dentaire, trépanation par la fosse canine.....	K x 70 E
Trépanation par voie vestibulaire du sinus maxillaire pour recherche d'une racine refoulée dans le sinus	K x 40 E
Extraction par voie alvéolaire d'une racine refoulée dans le sinus	K x 8

A

Communication bucco-sinusale (fermeture autoplastique)	K x 50 E
Communication bucco-nasale	K x 70 E
Ostéite circonscrite du bord alvéolaire des maxillaires (curetage et ablation des séquestres)	K x 8
Ostéite circonscrite de la région basilaire ou ostéite centrale (curetage et ablation des séquestres)	K x 20
Ostéomyélite et nécrose des maxillaires (curetage et ablation des sequestres)	K x 60 E
Ablation d'une tumeur bénigne, étendue à l'infrastructure des maxillaires (ostéome, tumeur à myéloplaxe, adamantinome, etc.)	K x 50 E
Ablation d'une tumeur bénigne, étendue à l'infrastructure des maxillaires (ostéome, tumeur à myéloplaxe, adamantinome, etc.) ayant entraîné un vaste délabrement osseux	K x 70 E
Fracture partielle des maxillaires, contention par ligature	K x 10
Fracture complète d'un maxillaire (appareil compris) :	
a) Réduction contention par ligature ou attelles :	
Sans blocage intermaxillaire	K x 40 B
Avec blocage intermaxillaire	K x 70 B
b) Réduction contention par gouttière :	
Gouttière sur une arcade	K x 100 B
Gouttières sur les 2 arcades avec blocage intermaxillaire	K x 140 B
Fracture du massif moyen de la face (disjonction craniofaciale) contention réduction par appui péricranien, traitement complet quelle que soit sa durée	K x 200 E
Fracture de l'os malaire ou de l'arcade zygomatique (réduction sanglante)	K x 40
Fracture complète et simultanée des maxillaires supérieur et inférieur (appareil compris) :	
Réduction et contention (quelle que soit la durée du traitement) :	
Parattelles	K x 120 B
Avec appui péricranien (disjonction craniofaciale)	K x 250 B

B

Nota. — Dans les actes suivants, l'appareillage de contention n'est pas compris.

Luxation temporo-maxillaire :	
Par méthode non sanglante	K x 4
Par méthode sanglante (réposition ou résection du condyle, butée osseuse)	K x 70 E
Appui crânien en plus dans la technique de Darcissac	K x 70 E
Ostéotomie mandibulaire pour fracture ancienne avec cal vicieux	K x 80 E
Prognathie ou latérognathie mandibulaire, correction chirurgicale :	
Unilatérale	K x 80 E
Bilatérale	K x 120 E
Constriction permanente des mâchoires, correction chirugicale par ostéotomie : une articulation	K x 80 E
Traitement chirurgical d'une pseudarthrose du maxillaire inférieur :	
Sans greffe osseuse	K x 60 E
Avec greffe osseuse, prélèvement de greffe compris	K x 120 E
Résection du corps du maxillaire inférieur :	
a) N'intéressant pas la continuité de l'os	K x 60
b) Intéressant la continuité de l'os	K x 100
Résection totale d'un hémimaxillaire inférieur	K x 120
Résection du maxillaire supérieur. Voir :	O.R.L

H. — Opérations sur les parties molles

Résection du capuchon muqueux d'une dent de sagesse	K x 6
Gingivectomie intéressant une demi-arcade dans les états pyorrhéiques, en une séance	K x 15
Tumeur buccale bénigne (ablation) :	
Papillome	K x 10
Lipôme	K x 10
Epulis	K x 10

C

Prélèvement pour biopsie d'une lésion intrabuccale	K x 5
Bride fibreuse ou frein hypertrophié (excision et suture)	K x 10
Calcul salivaire (recherche chirurgicale par voie buccale)	K x 10
Traitement opératoire d'une fistule salivaire	K x 30 E
Ablation de la glande sous-maxillaire	K x 60
Injection de substance de constraste dans une glande salivaire (sialographie)	K x 6
Grenouillette (excision ou marsupialisation)	K x 20
Abcès de la langue :	
Abcès de la pointe de la langue (incision)	K x 20
Abcès profond intralingual :	
Incision de la base linguale	K x 20
Par voie sushyoïdienne	K x 60
Cellule (ou adénite) génienne suppurée chronique (incision ou drainage filiforme)	K x 10
Actinomycose (excision et curetage des foyers). Par intervention	K x 20 E
Adénite aiguë (incision ou drainage filiforme)	K x 10
Abcès du plancher buccal (incision par voie buccale)	K x 10
Adénophlegmon cervico-facial d'origine buccale (incision et drainage)	K x 40
Phlegmon circonscrit du plancher buccal (incision et drainage)	K x 40
Phlegmon périmaxillaire-ostéiophlegmon (cure chirurgicale)	K x 40
Phlegmon diffus du plancher de la bouche (incision)	Voir Chirurgie
Bec-de-lièvre, division vélopalatine (traitement opératoire)	Voir Chirurgie
Diathermocoagulation d'une leucoplasie, d'un lupus, d'une tumeur bénigne de petit volume, d'une tumeur maligne.	Voir Elec.-Radio
Ablation d'une tumeur maligne de la cavité buccale (avec ou sans curage ganglionnaire)	Voir Chirurgie

I. — Prothèse dentaire

D

La plaque base vulcanite	K x 6
La plaque base métallique (métal non précieux et inoxydable) justifée par articulation basse ou intolérance au caoutchouc (avis du contrôle)	K x 40 E
La dent prothétique, sur vulcanite	K x 5
La dent prothétique contre-plaquée, métal non précieux, massive ou à tube	K x 10
Le crochet en métal non précieux	K x 5
Réparation de fracture de la plaque base vulcanite	K x 6
La dent ajoutée ou remplacée sur l'appareil existant	K x 7
Le crochet ajouté ou remplacé	K x 6
Réparation de fracture de la plaque base métallique ou soudure, non compris le remontage des dents ou crochets	K x 8
Remontage (prothèse neuve avec utilisation des dents et crochets de l'ancien appareil)	75 % *du prix de l'appareil*

Nota. — Il n'est pas prévu de limitation de temps pour la durée des prothèses ; étant données les modifications morphologiques buccales et l'usure des appareils ainsi que des dents, le renouvellement des appareils sera soumis à l'avis de la Commission de prothèse dentaire.

Dent à pivot, type Davis	K x 20
Dent à pivot, type Richmond	K x 40
Remplacement de facette porcelaine ou dent à tube	K x 7
Couronne alliage non précieux	K x 20
Bridge, par élément métallique	K x 20
Bridge de contention et de stabilisation dans la paradentose, par élément (après avis du contrôle)	K x 30 E
Ligature ou attelle dans la paradentose.	K x 10

cérésine

Cachets, Comprimés, Granulés

SIMPLE ET SURVITAMINÉE

LABORATOIRES DEHAUSSY
50, rue Nationale - LILLE

POUR LA FRANCE SUD
21, Av. Saint-Sulpice, LAVAUR (Tarn)

CINQUÉSINE HOUDÉ

HYPERTENSION

Association synergique
vaso-dilatatrice
et sympathicolytique
D'YOHIMBINE, ET
D'HYDROCINCHONIDINE

ACTION RAPIDE :
sur les syndromes subjectifs
ACTION LENTE ET DURABLE
sur la pression artérielle

Laboratoires HOUDÉ, 9, rue Dieu, PARIS

GLOBIRON

AMPOULES BUVABLES DE 3 CC

Combinaison des méthodes de WHIPPLE, CASTLE & WILLS en association avec les globinates de fer, de Cuivre et de Manganèse.

Anémies hypochromes
Chlorose
Carences martiales

LABORATOIRE ROGER BELLON
LOUIS FERRAND
Ex-Interne lauréat des Hôpitaux de Paris
DOCTEUR EN PHARMACIE - DIPLÔMÉ D'ÉTAT
(GAMBÉOL, RECTOCALCIUM, ACTIPHOS, HÉMOPTYLORS - 3e)
78bis, Avenue Marceau - PARIS (8e)

DRAGÉES "YSE" Névrosthéniques

Phosphure de zinc 2 milligr.
Noix vomica
Kola guarana

Asthénie - Surmenage Intellectuel
Dépressions Physique et Cérébrale
forme B pour D abétique

Médication iodo-arsénicale-phosphorée - Strychnique

HEMAGÉNINE GIRAUD

Lymphatisme - Rachitisme - ASTHME - Tous états infectieux et ganglionnaires

ZONE OCCUPÉE — LABORATOIRES YSE — ZONE NON OCCUPÉE
65, Rue Louis Blanc, Paris (Xe) — — — Saint-Benoît du Sault (Indre)

A

J. — Prothèse restauratrice maxillo-faciale (E)

Appareil obturateur de perforation palatine, la plaque base (Dents et crochets en supplément, conformément au tarif des appareils de prothèse dentaire) ...	K x 80 E
Appareil de prothèse vélo-palatine, la plaque base et voile artificiel	K x 180 E
Appareil de contention préopératoire du maxillaire inférieur (résection chirurgicale, greffe)	K x 140 E
Appareil de contention du maxillaire inférieur après réduction d'une luxation par méthode sanglante	K x 140 E
Appareil de réduction-contention du maxillaire inférieur, après correction chirurgicale d'une prognatie ou d'une latérognatie	K x 140 E
Appareil mobilisateur du maxillaire inférieur, après traitement chirurgical d'une constriction permanente (type Darcissac)	K x 140 E
Appui péricranien	K x 100 E
Appareil de distension de cicatrices vicieuses (lèvres, joues) sans casque péricranien	K x 80 E
Le même, avec casque péricranien.....	K x 140 E
Appareil porte-radium intrabuccal	K x 80 E
Appareil de redressement du nez, avec appui péricranien	K x 140 E
Nez artificiel (devis préalable).	
Masque facial (devis préalable).	
Oreille artificielle (devis préalable).	
Retouche à un appareil de prothèse restauratrice maxillo-facial à partir du 4e mois suivant la pose dudit appareil	K x 3

C

K. — Orthopédie dento-faciale (E)

Prise d'empreintes, mensurations et devis.	K x 10
Devis global appareil compris, entente préalable.	

L. — Radiographies dentaires

Film intra-buccal, le premier.....	K x 3
Les suivants, dans la même séance ...	K x 2

Notations propres au chirurgien-dentiste

Consultation par le chirurgien-dentiste ..	D x 1,5
Visite, par le chirurgien-dentiste.....	D x 2

La consultation ou la visite ne se cumule pas avec un acte inscrit à la Nomenclature.

CHAPITRE X. — Phtisiologie

Indicatif : PHT

ARTICLE 41.

Pneumothorax : 1re et 2e insufflation (y compris l'examen radioscopique), chacune	K x 15
Les suivantes (y compris l'examen radioscopique), chacune	K x 5 B
Oléothorax : la première injection (y compris l'examen radioscopique)	K x 20
Les suivantes (y compris l'examen radioscopique), chacune	K x 10
Pleuroscopie	K x 20
Pleuroscopie avec section de brides	K x 40 B
Drainage cavitaire	K x 30
Drainage pleural simple	Cf. actes en P.C.
Drainage pleural simple avec aspiration.....	Cf. actes en P.C.
Injection de substance de contraste dans les bronches.....	K x 12

CHAPITRE XI. — Dermato-Vénérologie

Indicatif : DV

B

ARTICLE 42.

Ablation ou destruction de petites tumeurs bénignes : grains de millium, molluscum contagiosun, papillomes, botriomycoses, verrucosités séniles, mélanose préépithéliale, etc. :	
En une séance.....	K x 4
En plusieurs séances	K x 6 B
Destruction de verrues vulgaires uniques ou multiples (autres que verrues plantaires et unguéales) :	
En une séance.....	K x 3
En plusieurs séances, s'il y a lieu.....	K x 6 B
Destruction de verrues plantaires en une ou plusieurs séances :	
Unique	K x 10 E
Multiples (uni ou bi-latérales)	K x 20 E
Destruction de verrues péri-unguéales ou de petites tumeurs sous-unguéales (tumeur glomique, botriomycome) nécessitant l'exérèse partielle de l'ongle :	
En une séance.....	K 10 E
En plusieurs (uni ou bi-latérales)	K x 20 E
Destruction de végétations vénériennes (vulve ou anus) :	
Isolées	K x 2
Multiples, étendues en nappes, destruction effectuée en une ou plusieurs séances	K x 20 E
Ablation ou destruction d'une tumeur bénigne sous-cutanée (kyste, loupe, cirsoïde) :	
Petite (moins de 4 cm. de diamètre) .	K x 6
Moyenne (de 4 à 8 cm.).....	K x 10 E
Grosse (plus de 8 cm.)	K x 20 E
Traitement des angiomes, télangiectasie, naevi non pigmentaires, lupus érythémateux : par cryothérapie, injections sclérosantes ou ces traitements combinés :	
Première séance	K x 4
Séances suivantes : chacune	K x 3 B
Par électrolyse ou électro-coagulation, par séance	K x 5 B
Destruction des naevi pigmentaires par coagulation profonde ou électrolyse, en une ou plusieurs séances.....	K x 10 B
Destruction de tumeurs cutanées malignes (chirurgie ou coagulation) :	
Moins de 1 cm²	K x 6
De 1 cm² à 4 cm²	K x 20 E
Au-dessus de 4 cm² (épithéliome, sarcome, carcimone)	K x 30 E
Destruction de leucoplasie (par cryothérapie ou coagulation) et des chéloïdes :	
Première séance ou séance unique	K x 4
Les suivantes	K x 3 B
Epilation par électrolyse ou électro-coagulation : la séance d'une demi-heure...	K x 4 B
Exérèse ou destruction en masse d'un lupus ou d'une tuberculose verruqueuse, en une ou plusieurs séances :	
Petite (moins de 4 cm.)	K x 18 E
Grande (de 4 cm. et plus)	K x 30 E
Traitement du lupus et des autres tuberculoses cutanées par curetage limité, scarifications, galvano ou électro-coagulation, ponction en série : par séance.	K x 4 B
Finsenthérapie : ultra-violets avec compression et refroidissement visant à obtenir une phlyctène : l'heure.....	K x 3 B
Buckythérapie	Voir E. R.
Rœntgenthérapie superficielle	Voir E. R.
Ionisation	Voir E. R.
Ultra-violets locaux	Voir E. R.
Douche filiforme, par séance	K x 4 B
Destruction d'un xanthélasma par ablation chirurgicale ou tout autre procédé, en une ou plusieurs séances :	
Séance unique	K x 16 E

A

Séances multiples, en tout ..... K x 30 E
Destruction d'un tatouage d'origine accidentelle :
Jusqu'à 4 cm. ..... K x 4 E
De 4 à 8 cm. ..... K x 10 E
Au-dessus de 8 cm. ..... K x 20 E

C

CHAPITRE XII. — Psychiatrie

Indicatif : PSY

ARTICLE 43.
Tous les actes inscrits au présent chapitre comportent obligatoirement l'entente préalable.

ARTICLE 44.

ARTICLE 45.
Impaludation par malariathérapie, comprenant la préparation et l'inoculation du sang ..... K x 20 E
Convulsivothérapie par injection intraveineuse de cardiazol ou par électro-choc (avec surveillance médicale d'au moins une demi-heure) :
Les six premières ..... K x 8 E
Les suivantes (maximum 12)..... K x 3 E
Insulinothérapie : coma insulinique provoqué, comprenant la surveillance médicale pendant plus de deux heures, avec maximum autorisé de 20 comas, chaque K x 8 E
Narcose provoquée (avec maximum autorisé de 8 séances) par voie veineuse (longue durée) ou par voie rectale .... K x 6 E
Pyrétothérapie : autre que la malariathérapie ..... K x 3 E
Certificat d'internement spécial, par psychiatre qualifié ..... K x 6 E

CHAPITRE XIII. — Électro-Radiologie et Physiothérapie

Indicatif : ER

ARTICLE 45.

OBSERVATIONS GÉNÉRALES

1° Tous les examens électro-radiologiques doivent comporter un commentaire écrit, signé par le médecin électro-radiologiste qualifié et portant les nom et prénoms du malade, ainsi que le nom du médecin électro-radiologiste et la date de l'examen.

2° Les actes d'électro-radiologie ou de physiothérapie électrique effectués au domicile du malade ne sont remboursés qu'autant que le déplacement du médecin sera justifié (malade intransportable). Dans ce cas, les indemnités suivantes s'ajoutent aux remboursements prévus à la Nomenclature :

B

a) Le prix de location et de transport des appareils (seulement lorsque ceux-ci ne sont pas transportables à la main) ; le tarif est fixé par arrêté ministériel ;

b) Le tarif horo-kilométrique correspond au déplacement du médecin. Toutefois, si l'appareil portatif appartient au médecin, il ne peut être compté qu'une seule indemnité kilométrique pour le transport de l'appareil et celui du médecin ;

c) Au cas où l'installation des appareils au domicile du malade serait compliquée et demanderait beaucoup de temps, le médecin électro-radiologiste serait en droit de réclamer au malade un supplément égal à 50 % du prix de l'acte. Il mentionnera cette circonstance sur la feuille de maladie et il notera l'acte sous la forme $K \times N + \frac{K \times N}{2}$

SECTION I.

ELECTRO-DIAGNOSTIC

ARTICLE 46.

A. — **Electro-diagnostic neuro-musculaire** (avec rapport sur cet examen seul) par la méthode classique ou avec recherche de la climalyse ou de la dissociation des seuils.
I. — Pour le territoire d'un nerf isolé ou pour une région localisée (ex. une main, un pied) ..... K x 6
II. — Pour un membre en entier (supérieur ou inférieur) par comparaison avec le membre symétrique ..... K x 8
III. — Pour les quatre membres ..... K x 16
IV. — Pour les quatre membres plus une région en dehors des membres. K x 18
V. — Pour le sujet entier ..... K x 20

B. — **Mesure des chronaxies**

I. — Pour le territoire d'un nerf isolé ou pour une région localisée (ex. un pied, une main) ..... K x 18
II. — Pour un membre entier (supérieur ou inférieur) par comparaison avec le membre symétrique... K x 25
III. — Pour les quatre membres ..... K x 40
IV. — Pour les quatre membres plus une région en dehors des membres. K x 45
V. — Pour le sujet entier ..... K x 50

C. — **Examens électro-encéphalographiques**

1° *Electro-encéphalogramme simple* (1 dérivation) :
Pour un temps d'enregistrement continu inférieur ou égal à 10 minutes ..... K x 5

D

2° *Electro - encéphalogrammes multiples simultanés* (donnant sur le même film plusieurs tracés résultant d'un seul examen de plusieurs territoires, enregistrés simultanément de manière continue) :
a) Pour 2 tracés simultanés, temps inférieur ou égal à 10 minutes.... K x 15
b) Pour 4 tracés simultanés, temps inférieur ou égal à 10 minutes.... K x 20
c) Pour 6 tracés simultanés, temps inférieur ou égal à 10 minutes.... K x 25
Supplément pour tout enregistrement d'une durée supérieure à 10 minutes.
Par 15 minutes supplémentaires ..... K x 5

3° *Localisation d'une tumeur cérébrale* (quel que soit le nombre des séances), comportant au moins l'examen de 24 territoires ..... K x 50

SECTION II.

ELECTROTHERAPIE ET TRAITEMENTS PAR LES RAYONS ULTRA-VIOLETS LUMINEUX OU INFRA-ROUGES

Les appareils dits « de haute fréquence » constitués par une petite bobine d'induction et des électrodes en verre n'étant pas considérés comme des appareils médicaux, leur usage ne comporte aucun remboursement.

1° Traitement par *rayons ultra-violets* localisés ou généralisés (lampe à vapeur de mercure ou lampe à arc) ou *rayons infra-rouges* (quel que soit le nombre des champs à chaque séance), la séance ..... K x 2 E

2° Traitement par rayons ultra-violets (Finsen ou Kromayer, quel que soit le nombre de champs à chaque séance), la séance ..... K x 3 E

A

3° Traitement par *diathermie* en application de surface par électrodes fixes (cutanée ou vaginale) par séance d'une durée égale ou supérieure à 20 minutes, quel que soit le nombre d'électrodes ou de localisations successives ou simultanées ..... K x 2 E

4° Traitement par *ondes courtes* :

a) Application locale ou régionale sans production de fièvre, par séance de plus de 15 minutes, quel que soit le nombre d'électrodes ou de localisations successives ou simultanées. K x 3 E

b) Application généralisée avec production de fièvre artificielle (*pyrétothérapie*) par heure de traitement :
Chacune des 2 premières heures . K x 10 E
Chacune des suivantes ..... K x 5 E

5° Electrothérapie par *courant continu à l'état constant* (syn. galvanique ou voltaïque) ou par *ionisation* (syn. diélectrolyse ou ionothérapie) :
Par séance d'au moins 30 minutes ou plus, quelle qu'en soit la durée (et s'il y a lieu quel que soit le nombre de localisations ou de modalités de courant successives ou simultanées) K x 3 E

6° Electrothérapie par *action excito-motrice* de toute nature (par courants galvaniques, faradiques, ondulés, progressifs, ondes alternatives à grande période, etc.) :
Par séance comportant le placement d'électrodes fixes de surface ou tenues à la main au niveau de la peau ou des cavités naturelles (vagin, etc.) d'une durée d'au moins 30 minutes, ou de plus de 30 minutes (et s'il y a lieu quel que soit le nombre de localisations ou de modalités du courant successives ou simultanées) ..... K x 4 B

B

7° Physiothérapie de surface ou vaginale par révulsion faradique, effluvation ou étincelage de statique ou de haute fréquence ..... K x 2 E

8° Effluvation ou étincelage par appareil de haute fréquence (application de tension faradique exclue) dans le traitement des hémorroïdes et des autres affections anales ..... K x 2 E

9° Traitement nécessitant un appareillage particulier (méthode Bergonié, bain ou douche statique, auto-conduction, lit condensateur). Par séance de 30 minutes au plus ..... K x 3 E

10° Electrolyse ou ionisation spéciale :
Electrolyse lacrymale ..... K x 5 E
Electrolyse dermatologique ..... K x 5 E
Electrolyse pour épilation ..... K x 5 E
Electrolyse ciliaire ..... K x 6 E
Dilatation électrolytique ou diathermique de l'urètre, de l'œsophage, du rectum, de la cavité utérine ..... K x 5 B
Electrolyse linéaire de l'œsophage, du rectum, de l'urètre ..... K x 16 B

11° Application de l'électricité à effets destructeurs par coagulation diathermique, fulguration, étincelage de haute fréquence :
Tumeur superficielle bénigne ou maligne de moins de 1 cm² en une séance ..... K x 6 E
Tumeur moyenne bénigne ou maligne de 1 à 4 cm² (en une ou plusieurs séances) ..... K x 20 E
Vaste tumeur maligne de plus de 4 cm² (grands épithéliomas, sarcomes, naevo-carcinomes, etc.) (en une ou plusieurs séances) ..... K x 30 E
Ablation des hémorroïdes, intervention globale ..... K x 25
Electro-coagulation superficielle du col utérin avec maximum de 3 séances, par séance ..... K x 3 B

C

Electro-coagulation du col utérin (en une seule séance) pour affection bénigne ..... K x 8 B
Electro-coagulation superficielle du col utérin (en une seule séance) pour cancer du col utérin ..... K x 40 E

12° *Lavement électrique* ..... K x 20

13° Traitements électrothérapiques *successifs* réalisés au cours de la même séance et nécessitant l'utilisation de deux moyens thérapeutiques différents :
La première application ..... Tarif plein
La seconde application ..... Demi-tarif

Section III.

RADIODIAGNOSTIC

Note. — 1° Au cas où un film ou une épreuve est reconnu techniquement insuffisant par le contrôle médical, le remboursement peut en être refusé. L'affaire est alors soumise au Contrôle technique.

2° En cas de radiographie, les examens radioscopiques préalables ne sont pas remboursés.

3° Les coefficients ci-dessous comportent le remboursement des fournitures nécessaires à la prise des radiographies (films, papiers photographiques) à l'exception des substances de contraste. Le médecin électro-radiologiste est tenu de fournir soit le film original soit une bonne épreuve de ce film. Tous les tirages supplémentaires sur papier, ainsi que les dispositifs sont à compter en plus du tarif normal.

4° Chaque film ou épreuve doit être daté et signé lisiblement et doit porter les noms et prénom du malade examiné, ainsi que le nom du médecin électro-radiologiste. Chaque examen radiologique doit être accompagné d'un commentaire signé par le médecin électro-radiologiste qualifié.

Lorsqu'une ou plusieurs radiographies *symétriques* (justifiées) de la même région sont prises le même jour, à titre de comparaison, le coefficient appliqué à ces radiographies supplémentaires sera celui de la Nomenclature minoré de 25 %.

D

I. — SQUELETTE

A. — Membre supérieur :

Doigt (un ou plusieurs) :
Une incidence ..... K x 3
Deux ou plusieurs incidences ..... K x 5

Main ou poignet :
Une incidence ..... K x 4
Deux incidences ..... K x 5
Par incidence supplémentaire ..... K x 2

Avant-bras (diaphyse) ou coude :
Une incidence ..... K x 5
Deux incidences ..... K x 6
Par incidence supplémentaire ..... K x 3

Bras (diaphyse humérale) ..... K x 6
Deux incidences ..... K x 8
Par incidence supplémentaire ..... K x 3

Articulation de l'épaule ou omoplate ou clavicule :
Une épaule ou une omoplate ou une clavicule de face ..... K x 8
Par incidence supplémentaire de face, en plus ..... K x 4
Epaule ou omoplate de profil ..... K x 12
Epaule ou omoplate de face et de profil K x 15

B. — Membre inférieur :

Orteils (un ou plusieurs) :
Une incidence ..... K x 3
Deux incidences ..... K x 4

Pied (cou-de-pied) :
Une incidence ..... K x 5
Deux incidences ..... K x 6
Par incidence supplémentaire ..... K x 4
Calcanéum (par projection verticale) ..... K x 8

Diaphyse fémorale ou *diaphyse de la jambe* :
Une incidence ..... K x 7
Deux incidences ..... K x 10
Par incidence supplémentaire ..... K x 4

Genou :
Une incidence ..... K x 6

A

Deux incidences	K x 10
Par incidence supplémentaire	K x 6
Genou sur film courbe	K x 12
Une hanche :	
De face ou en oblique	K x 8
Le col fémoral de profil	K x 12
De face ou de profil	K x 18
Radiographies en série pour contrôle radiographique de l'enclouage du col du fémur au cours d'une intervention :	
1er contrôle (face et profil)	K x 16
Par contrôle supplémentaire justifié (face et profil)	K x 10
Ceinture pelvienne :	
Le bassin en entier (squelette) :	
De face ou en oblique	K x 12
Deux incidences (une de face une en oblique)	K x 16
En profil franc	K x 20

C. — TETE :

Crâne ou sinus de la face :	
Face ou profil	K x 10
Face et profil	K x 15
Une incidence oblique spéciale (par exemple pour le massif pétromastoïdien, le canal optique, l'arcade zygomatique, la fente sphénoïdale, les projections verticales de base, etc.)	K x 15
Une incidence spéciale faisant suite à une radiographie du crâne de face ou de profil est comptée seulement	K x 10
Une deuxième incidence spéciale est comptée seulement	K x 8
Opacification des sinus (injection par ponction ou trépanation ou par la méthode de déplacement, injection non comprise : (voir tarif des O.R.L.) :	
Le premier cliché	K x 14
Chaque cliché supplémentaire	K x 5
Orbite :	
Face et profil	K x 15

B

Pour localisation d'un corps étranger par radiographies multiples avec ou sans radioscopie	K x 20
Dents (technique intra-buccale) :	
Premier film	K x 2
Chaque film supplémentaire	K x 1,5
Maxillaire inférieur ou dents inférieures (technique extra-buccale) :	
a) Par dédoublement (un seul côté)	K x 8
b) Par une autre incidence (projection verticale, etc.)	K x 8
Articulation temporo-maxillaire :	
Un seul côté	K x 10
Le côté opposé (justifié)	K x 8

D. — THORAX (squelette) radioscopie comprise si nécessaire :

Face ou profil ou incidence oblique	K x 10
Deux incidences	K x 15
Hémithorax ou côtes	K x 8
Sternum ou articulation sterno-claviculaire :	
Une seule incidence	K x 15
Deux incidences	K x 20

E. — COLONNE VERTÉBRALE :

Rachis cervical :	
Face ou profil	K x 8
Face et profil	K x 12
Atlas et axis seuls, par incidence intra-buccale	K x 12
Rachis dorsal ou lombaire :	
De face	K x 10
De profil	K x 12
De face et de profil	K x 16
Une incidence oblique spéciale (apophyses articulaires lombaires)	K x 15
Deux incidences obliques spéciales (apophyses articulaires lombaires)	K x 20
Disque lombo-sacré (interligne) :	
De face	K x 18
De profil franc	K x 18
De face et de profil franc	K x 25

C

Sacrum et coccyx :	
De face (ou en oblique)	K x 10
De profil franc	K x 12
De face et de profil franc	K x 15
Articulation sacro-iliaque :	
Incidence spéciale (en oblique) un seul côté	K x 15
Les deux côtés	K x 20
Examens radioscopiques divers :	
Radioscopie pour localisation sous écran ou réduction de fracture. (Cet examen ne peut être compté s'il s'agit d'un centrage préalable en vue de la prise d'un cliché, de séries de radioscopies pour intervention chirurgicale, d'extraction d'un corps étranger, d'injection de substance opaque ou gazeuse, de ponction, etc.)	K x 10
Repérage radiographique de corps étrangers avec réglage de compas	K x 30

II. — VISCERES

Clichés en série — Lorsque l'examen comporte la prise en série de petits clichés (au-dessous du format 24×30, du type 18×24 ou 13×18) ou bien de quatre poses sur un film de format 24×30 ou 30×40 ou de deux poses sur 24×30, on comptera en plus :	
Série de 4 à 8 poses, pour l'ensemble.	K x 16
Par pose supplémentaire (justifié)	K x 2

F. — POUMONS :

Examen radioscopique seul	K x 2
Examen radioscopique avec une téléradiographie (distance focale min. 1 m. 75)	K x 12
Examen radioscopique avec deux téléradiographies (dont une de profil ou 3/4, distance focale min. 1 m. 75)	K x 16
Lipiodol broncho-pulmonaire (injection intratrachiale non comprise) :	
Le premier cliché (30×40)	K x 14

D

Chaque cliché supplémentaire (justifié) 30×40	K x 6
Chaque cliché supplémentaire (justifié) 24×30	K x 5

G. — LARYNX :

Sans préparation opaque, de face ou de profil	K x 10
Sans préparation opaque, face et profil	K x 15
Sans préparation opaque, après dilatation aérique par la méthode dite de Valsalva (face et profil)	K x 12
Après préparation opaque (clichés en série de face et de profil, 4 à 8 poses : voir plus haut clichés en série)	K x 16

H. — CŒUR ET AORTE :

Examen radioscopique avec orthodiagramme	K x 8
Examen radioscopique avec une téléradiographie (distance focale min. 1 m. 75).	K x 12

I. — TUBE DIGESTIF :

Œsophage :	
Radioscopie seule, avec ou sans calque	K x 6
Radioscopie avec une radiographie	K x 12
Chaque cliché supplémentaire (24×30 ou au-dessus)	K x 4
Estomac :	
Examen statique, radioscopie (avec ou sans calque)	K x 4
Examen statique avec radioscopie et un film radiographique de format 24×30 ou au-dessus	K x 12
Estomac et duodénum :	
Examen radioscopique avec vérification du passage duodénal et de l'évacuation du bas-fond (en plusieurs séances quel qu'en soit le nombre) avec prise d'un cliché d'ensemble de l'estomac (de format 24×30 ou au-pessus)	K x 20

A

Chaque cliché supplémentaire (justifié) .. K x 5
Radiographies en séries de la région pylorо-duodénale (voir plus haut pour explications) ..... K x 16
Intestin :
a) Après un ou plusieurs repas opaques :
Examen radioscopique en une seule séance (avec ou sans calque) ..... K x 5
L'examen précédent avec un cliché... K x 10
Chaque cliché supplémentaire..... K x 5
Examen radioscopique de la traversée digestive (transit) d'un ou plusieurs repas opaques de l'estomac au rectum, en plusieurs séances (quel qu'en soit le nombre) ..... K x 10
L'examen précédent avec un cliché... K x 15
Chaque cliché supplémentaire (justifié) K x 5
b) Par lavement opaque :
Examen radioscopique avec un cliché K x 15
L'examen précédent avec deux clichés K x 20
Chaque cliché supplémentaire pour étude de l'évacuation 24 × 30 ou au-dessus ..... K x 5
Vésicule biliaire :
Un cliché précédé ou non de radioscopie avec ou sans préparation tétra-iodée.. K x 12
Chaque cliché supplémentaire pour l'étude de l'évacuation 18 × 24, 24 × 30 (ou au-dessus) ..... K x 5

J. — SYSTÈME URINAIRE :
Méthode localisée ou non, le premier cliché K x 12
Chaque cliché supplémentaire ..... K x 5
Cystographie ou urétrographie (injection non comprise) le premier cliché de face K x 14
Chaque cliché supplémentaire de face ou en oblique ..... K x 5
La vessie ou l'urètre postérieur en profil franc ..... K x 16
Pyélographie ascendante :
Le premier cliché précédé ou non de radioscopie (cathétérisme des uretères et injections non compris) (voir urologie) K x 16

B

Chaque cliché supplémentaire ..... K x 5
Urographie intraveineuse (injection non comprise) :
Clichés successifs échelonnés au cours de l'élimination de la substance opaque et pratiqués sans compression. Le premier cliché ..... K x 10
Chaque cliché supplémentaire ..... K x 5
Etude radiographique des cavités rénales après compression des uretères (méthode de la rétention pyélo-calicielle provoquée). Le premier cliché après compression ..... K x 8
Chaque cliché supplémentaire ..... K x 5
L'injection ..... K x 6
* *Urétrographie* (injection à l'aide d'un appareil spécial) :
Radioscopie avec un cliché ..... K x 16
Par cliché supplémentaire (justifié) au cours de la même séance ..... K x 5
Insufflation périrénale (injection non comprise) :
Radioscopie et un cliché..... K x 25
Chaque cliché supplémentaire ..... K x 5

K. — GYNÉCOLOGIE :
Hystérographie opaque ou gazeuse (injection non comprise, voir tarif gynécologie).
Radioscopie avec un cliché ..... K x 16
Par cliché supplémentaire au cours de la même séance..... K x 5
Par cliché supplémentaire au cours d'une séance ultérieure (vérification de la perméabilité tubaire) ..... K x 5
Grossesse (présumée) :
Une incidence ..... K x 16
Deux incidences ..... K x 20
Radiopelvimétrie ..... K x 30

L. — SYSTÈME NERVEUX : C
a) Encéphalographie ou *myélographie* (par voie lombaire ou sous-occipitale, injection non comprise) :
Le premier cliché (comprenant la radioscopie s'il y a lieu) ..... K x 18
Par cliché supplémentaire (justifié) quelle que soit l'incidence..... K x 6
b) Ventriculographie gazeuse ou par opacification (trépanation non comprise : voir tarif chirurgical) :
Le premier cliché (comprenant la radioscopie s'il y a lieu) ..... K x 20
Chaque cliché supplémentaire (justifié) quelle que soit l'incidence..... K x 6

Examens divers

M. — FISTULOGRAPHIE (injection non comprise ; cette injection sera comptée K x 5) :
Examen radioscopique avec cliché ..... K x 12
Par cliché supplémentaire..... K x 5

N. — ARTHROGRAPHIE (injection articulaire K 6 non comprise) ou *Artériographie* (injection dans une artère des membres K 6 non comprise) ; ou *Artériographie cérébrale* (injection après découverte de la carotide, voir tarif de chirurgie) ou *Aortographie* (injection K 12 non comprise) :
Le premier cliché : le double d'un cliché ordinaire de la région.
Par cliché supplémentaire (justifié) ... K x 6

O. — * VENTRICULOGRAPHIE-MYÉLOGRAPHIE - ENCÉPHALOGRAPHIE (injection non comprise) :
Un cliché ..... K x 16
Par cliché supplémentaire..... K x 5

P. — SEIN - RADIOGRAPHIE :
Une incidence ..... K x 8
Plusieurs incidences ..... K x 12

Q. — PNEUMO-PÉRITOINE (injection non comprise K x 12) : D
Examen radioscopique avec un cliché... K x 20
Par cliché supplémentaire..... K x 5

Examens spéciaux

R. — RADIOGRAPHIE SOUS APPAREIL PLATRÉ :
Pour les radiographies des membres et de l'épaule :
Supplément de ..... K x 2
Pour les radiographies du crâne, du cou, du thorax, de l'abdomen et de la hanche, supplément par pose ..... K x 4

S. — RADIOKYMOGRAPHIE :
Le premier cliché (24 × 30 ou au-dessus) : le double d'un cliché ordinaire de la région.
Par cliché supplémentaire..... K x 8 E

T. — RADIOGRAPHIE EN COUPE (tomographie, planigraphie, laminagraphie, etc.) :
a) Premier plan, le double d'un cliché ordinaire de la région (ex. poumon : K x 12 × 2).
b) Par plan supplémentaire parallèle au premier ..... K x 6 E
c) Dans la même région et au cours de la même séance, coupe selon un autre plan non parallèle aux précédents (même tarif que pour une radiographie ordinaire de cette région).
d) Par cliché supplémentaire pour un plan parallèle au précédent ..... K x 6 E

U. — RADIOGRAPHIE SÉRIESCOPIQUE (examen tomographique spécial) la sériscopie (4 clichés) ..... K x 25 E

V. — RADIOGRAPHIES STÉRÉOSCOPIQUES : le double du cliché ordinaire. E

* La suppression de ces actes est proposée par le représentant des radiologistes au sein de la Commission permanente.

A

W. — Actes de radiodiagnostic pratiqués au domicile du malade (Malade intransportable, déplacement du spécialiste justifié) :
(Voir article 45.)

Section IV

RŒNTGENTHERAPIE

Les remboursements ne s'appliquent qu'au seul traitement rœntgenthérapique, que le malade ait ou non subi auparavant, ou doive subir ou non par la suite un autre traitement (tel que chirurgical ou curiethérapique).

A. — Rœntgenthérapie avec rayons très mous (*rayons limités*) ou Buckythérapie. — (Définition : voltage de 6 à 12 kilovolts, filtration très faible au bore, béryllium ou lithium) :
Par séance (avec maximum de 5 séances) K x 6 B

B. — Rœntgenthérapie a courte distance focale dite « de contact » (syn. : *Anchirœntgenthérapie*, ou *Plésiorœntgenthérapie*) avec appareillage spécialisé. (Définition : voltage de 50 à 100 kv. ; filtration facultative ; distance focale de 2 à 10 cm.) :
1° Applications dermatologiques, quels que soient le nombre d'r appliqués, la durée de la séance, le nombre de champs pratiqués au cours de la même séance. La séance (1) ..... K x 6 B
2° Tumeurs superficielles, bénignes ou malignes (verrues, cancroïdes), quels que soient le nombre de séances et la dose totale donnée :

(1) S'il s'agit de verrues, les coefficients applicables sont les suivants :
a) traitement complet d'une verrue (Le traitement global) ..... K x 20 E
b) traitement complet de deux verrues (ou plusieurs) au cours de la même séance (Le traitement global) ..... K x 30 E

B

Tumeurs de moins de 1 cm² (1) ..... K x 20 E
Tumeurs de plus de 1 cm² ..... K x 40 E
3° Tumeurs malignes intra-cavitaires (bouche, vagin, nez, anus, rectum, vessie, etc.) traitées à distance focale plus élevée (5 à 10 cm.) avec des filtrations plus importantes et à l'aide de plusieurs champs, quels que soient le nombre de champs et les doses données.
Le traitement global ..... K x 80 E

C. — Rœntgenthérapie superficielle. (Définition voltage inférieur à 100 kV., filtration nulle ou inférieure à 2 mm. d'aluminium ; distance focale inférieure ou égale à 30 cm.) :
Les 250 r internationaux (ou fraction de 250 r) en surface (1) :
Pour les 10 premières séances, chacune. K x 5 E
Pour les séances suivantes, chacune .. K x 4 E

D. — Rœntgenthérapie moyennement pénétrante. (Définition : voltage de 100 à 195 kV. ; filtration de 2 à 10 mm. d'aluminium, ou bien de 0,5 mm. à 0,8 mm. de cuivre (ou de zinc), plus 1 ou 2 mm. d'aluminium ; distance focale inférieure ou égale à 40 cm.) :
Les 250 r internationaux (ou fraction de 250 r) mesurés en surface :
Pour les 12 premières séances, chacune. K x 6 E
Pour les séances suivantes, chacune .. K x 5 E

E. — Rœntgenthérapie pénétrante. (Définition : voltage de 200 à 295 kV., filtration de 1 à 2 mm. de cuivre (ou de zinc) plus 1 ou 2 mm. d'aluminium, distance focale de 40 à 149 cm.).
Les 250 r internationaux (ou fraction de 250 r) mesurés en surface :
a) Pour une distance focale de 40 à 99 cm. :
Les 12 premières séances, chacune... K x 8 E
Chacune des séances suivantes..... K x 6 E

C

b) Pour une distance focale de 100 à 149 cm. :
Les 12 premières séances, chacune ... K x 10 E
Chacune des séances suivantes..... K x 7 E

F. — Rœntgenthérapie très pénétrante. (Définition : voltage de 290 à 400 kV. ; filtration minimum de 1 mm. de cuivre (ou de zinc) et 2 mm. d'aluminium ; distance focale de 50 à 149 cm.).
Les 250 r internationaux (ou fraction de 250 r) mesurés en surface :
a) Pour une distance focale de 50 à 99 cm. :
Les 12 premières séances, chacune ... K x 10 E
Chacune des séances suivantes..... K x 8
b) Pour une distance focale de 100 à 149 cm. :
Les 12 premières séances, chacune ... K x 12 E
Chacune des séances suivantes..... K x 9

G. — Rœntgenthérapie a très haut voltage (Catégorie exceptionnelle). Voltage au-dessus de 400 kV.
Règlement par convention particulière.

H. — Téléœntgenthérapie. (Définition : distance focale égale ou supérieure à 1 m. 50). On considérera pour chaque catégorie de Rœntgenthérapie indiquée ci-dessus (Rœntgenthérapie superficielle, moyennement pénétrante, pénétrante, très pénétrante) que les doses suivantes mesurées en surface sont équivalentes à 250 r :
Pour 1 m. 50 : 30 r..... E
Pour 2 mètres : 15 r..... E
Pour 3 mètres : 6 r..... E

Actes de rœntgenthérapie superficielle pratiqués au domicile du malade

Honoraires correspondant à l'acte exécuté, augmenté de ..... K x 4 B
Suppléments prévus pour la location et le transport des appareillages au domicile du malade (voir observations générales en tête du chapitre XIII).

D

Section V

CURIETHERAPIE

Les tarifs suivants sont applicables, que le malade ait ou non subi auparavant ou doive ou non subir par la suite un autre traitement tel que traitement chirurgical ou rœntgenthérapique.

A. — Applications peu filtrées pour petits angiomes ou chéloïdes ou toute autre affection cutanée, d'un appareil plat à vernis ou d'un émail radifère ou d'un appareil mono ou multi-cellulaire (application ne dépassant pas 4 cm²). (Bétathérapie ou gammathérapie). Location de l'appareil de radium comprise :
Par séance ..... K x 12 E
Pour chaque champ supplémentaire au cours de la même séance ..... K x 6 E

B. — Curie-puncture (1). — Traitement par aiguilles peu filtrées chargées de radium :

1° Angiomes et chéloïdes :
La première puncture ..... K x 20 E
Les suivantes ..... K x 12 E

2° Petits cancers de la peau, de la lèvre, de la joue, de la verge, du sein :
a) Cancers très limités (moins de 1 cm²) K x 25 E
b) Cancers limités (de 1 cm² à 4 cm²). K x 40 E
c) Cancers étendus (plus de 4 cm²)... K x 50 E

3° Cancers de la langue, du plancher, de l'amygdale, du pharynx, de la prostate (1), du rectum, de la vulve, de la verge, cancers très étendus du sein, etc. K x 80 E

A ces tarifs s'ajoutent les sommes dues suivant les quantités de radium employées, lesquelles comprennent la surveillance du malade et de l'appareil, par journée d'application curie-thérapeutique (voir tableau I plus loin).

A

C. — APPLICATIONS INTERNES (2). — Tubes de radium filtrés de 1 à 2 mm. de platine) :

1° Cancer du col utérin, du rectum, ou de la prostate ..... K x 80 E

2° Cancer de l'œsophage, des bronches, des fosses nasales, des maxillaires, etc. (1). K x 60 E

A ces tarifs s'ajoutent les prix des quantités de radium employées, comprenant la surveillance du malade et de l'appareil, par journée d'application curiethérapique : (voir tableau I plus loin.)

D. — APPLICATION EXTERNES (2). — Gammathérapie par appareil extérieur, filtration des tubes à 1 mm. de platine au moins, pour affections bénignes telles que angiomes ou chéloides étendus ou toutes affections cutanées étendues ou pour affections malignes telles que : cancer de la peau, cancer de la langue, ou de toute autre localisation buccale ou gingivale, pharyngienne ou amygdalienne, etc., cancer du larynx, du sein, de la verge, de la vulve, de l'anus, tumeur cérébrale, adénopathie maligne, etc. Confection, mesure physique et pose d'un appareil moulé (3) :

Appareil porteur de 50 mgr. et au-dessous. K x 30 E

Appareil porteur de plus de 50 mgr. jusqu'à 100 mgr..... K x 40 E

Appareil porteur de plus de 100 mgr. jusqu'à 300 mgr. ..... K x 60 E

Appareil porteur de plus de 300 mgr. .. K x 100 E

A ces tarifs, s'ajoutent les sommes dues suivant les quantités de radium employées, lesquelles comprennent la surveillance du malade et de l'appareil par journée d'application curiethérapique (voir tableau I plus loin).

E. — ASSISTANCE D'UN CURIETHÉRAPEUTE A UNE INTERVENTION POUR POSE DE RADIUM ..... K x 20 E

F. — TÉLÉCURIETHÉRAPIE par bombe contenant plusieurs grammes de radium élément :

Le gramme-heure (à régler par convention particulière).

C

Tableau n° 1

Indemnités et *Honoraires* pour la fourniture de la substance radio-active et la surveillance du malade et des appareils, par journée d'application curiethérapique.

De 1 mgr. de radium élément à 9,9 mgr. par journée d'application ..... K x 4

De 10 mgr. de radium élément à 19,9 mgr. par journée d'application ..... K x 5

De 20 mgr. de radium élément à 29,9 mgr. par journée d'application ..... K x 6

De 30 mgr. de radium élément à 39,9 mgr. par journée d'application ..... K x 8

De 40 mgr. de radium élément à 59,9 mgr. par journée d'application ..... K x 10

De 60 mgr. de radium élément à 79,9 mgr. par journée d'application ..... K x 11

De 80 mgr. de radium élément à 99,9 mgr. par journée d'application ..... K x 12

De 100 mgr. de radium élément à 119,9 mgr. K x 13

et ainsi de suite en ajoutant par tranche de 20 mgr. ..... K x 1

SECTION VI

PHYSIOTHERAPIE
sans intervention directe de l'électricité ou des radiations

a) Kinésithérapie avec appareil de mécanothérapie, par séance..... K x 2

b) Séance de gymnastique orthopédique par le Dr en médecine ..... K x 2

c) Douche médicale donnée par le médecin lui-même ..... K 2 x

(2) Sondes, pessaires, appareils de contention, etc., non compris.

(1) Interventions chirurgicales telles que ligatures, ablations de ganglions, taille, œsophagoscopie, trépanation de sinus, etc., s'il y a lieu, non comprises (voir les autres chapitres de la nomenclature).

(2) Sondes, pessaires, appareils de contention, etc., non compris.

(3) Pour certains appareils buccaux nécessitant l'intervention du stomatologiste, voir tarif de cette spécialité

CHAPITRE XIV. — Cures Thermales

Indicatif : TH

B

ARTICLE 47.

Les coefficients ci-dessous indiqués ne concernent que le remboursement des honoraires médicaux nécessités par la cure. Ce remboursement s'entend pour la durée totale de cette dernière.

La valeur du remboursement des frais d'hébergement sera fixée par arrêté interministériel.

ARTICLE 48.

Le remboursement des divers frais occasionnés par la cure thermale, y compris les honoraires médicaux, est subordonné à l'acceptation *de la prise en charge* de celle-ci par la Caisse d'Assurances sociales.

ARTICLE 49.

Classement des stations en ce qui regarde les honoraires médicaux.

Aix-en-Provence	K 12 E
Aix-les-Bains	K 16 E
Aix-les-Thermes	K 14 E
Alet	K 10 E
Allevard	K 16 E
Amélie-les-Bains	K 14 E
Argelès-Gazost	K 10 E
Audinac	K 10 E
Aulus	K 10 E
Bagnères-de-Bigorre	K 14 E
Bagnoles-de-l'Orne	K 16 E
Bagnoles-les-Bains	K 10 E
Bains-les-Bains	K 14 E
Baraluc	K 10 E
Barbazan	K 10 E
Barbotan	K 12 E
Barèges	K 12 E
Besançon-la-Mouillère	K 10 E
Biarritz	K 12 E
Bourbon-l'Archambault	K 14 E
Bourbon-Lancy	K 14 E
Bourbonne-les-Bains	K 14 E
La Bourboule	K 16 E
Brides-les-Bains	K 16 E
Bussang	K 10 E
Capvern	K 12 E
Carcanières	K 10 E
Cauterets	K 16 E
Challes-les-Eaux	K 16 E
Charbonnières	K 10 E
Châteauneuf-les-Bains	K 10 E
Châtelguyon	K 16 E
Chaudes-Aigues	K 10 E
Contrexéville	K 14 E
Dax	K 14 E
Digne	K 10 E
Divonne	K 16 E
Eaux-Bonnes	K 12 E
Eaux-Chaudes	K 12 E
Encausse	K 10 E
Enghien	K 12 E
Escouloubre	K 10 E
Evaux	K 14 E
Evian	K 16 E
Forges-les-Eaux	K 10 E
Gauties-les-Bains	K 10 E
Giongles-les-Bains	K 10 E
Greoulx	K 10 E
Labarthe-de-Rivière	K 10 E
La Lechère	K 14 E
Lamalou	K 14 E
Le Boulou	K 16 E

D

A

Luchon	K 16 E
Luxeuil	K 16 E
Luz-St-Sauveur	K 14 E
Martigny	K 10 E
Miers-Alvignac	K 10 E
Moltic-les-Bains	K 10 E
Mont-Dore (Le)	K 16 E
Montrond-les-Bains	K 10 E
Néris	K 16 E
Plombières	K 16 E
Pougues-les-Eaux	K 12 E
Prechacq-les-Eaux	K 10 E
Rennes-les-Bains	K 10 E
Roche-Posay (La)	K 16 E
Royat	K 16 E
Salies-de-Béarn	K 14 E
Salies-du-Salat	K 12 E

C

Salins-les-Bains	K 12 E
Saujon	K 16 E
Stradan	K 10 E
St-Amand-les-Eaux	K 12 E
Saint-Alban	K 10 E
Saint-Christau	K 12 E
Saint-Gervais	K 12 E
Saint-Honoré-les-Bains	K 16 E
Saint-Nectaire	K 16 E
Thonon-les-Bains	K 10 E
Uriage	K 16 E
Ussat	K 10 E
Usson	K 10 E
Vals	K 12 E
Vernet-les-Bains	K 12 E
Vichy	K 16 E
Vittel	K 16 E

CHAPITRE XV. — Soins dispensés par les Auxiliaires Médicaux

Indicatif AM

B

ARTICLE 50.

Les soins dispensés par les auxiliaires médicaux ne sont remboursés que sous réserve des conditions générales suivantes :

1° Avoir été au préalable prescrits par écrit *qualitativement et quantitativement* par le médecin traitant ;

2° Avoir été exécutés par une personne légalement autorisée à exercer la profession d'infirmier ou d'infirmière en ce qui concerne les soins infirmiers prévus à la section I, de masseur ou de masseuse en ce qui concerne les soins de massothérapie prévus à la section II.

ARTICLE 51.

Les soins énumérés au présent chapitre engagent dans leur exécution la seule responsabilité des auxiliaires ; leur inscription sur la feuille de maladie est donc faite par l'auxiliaire lui-même et sous sa signature, avec référence à l'ordonnance médicale qui les a prescrits.

Tous les actes exécutés en série par les auxiliaires médicaux donnent lieu à l'envoi du bulletin d'avis (B). Ceux qui sont affectés de la lettre E sont soumis à la formalité de l'Entente préalable.

ARTICLE 52.

Lorsque plusieurs actes inscrits au présent chapitre sont dispensés pour un même malade en une même séance, seul l'acte le plus important est inscrit avec son coefficient intégral ; le second est inscrit avec son coefficient réduit de 50 % ; les actes suivants ne sont l'objet d'aucun remboursement et ne doivent pas être inscrits sur la feuille de maladie.

SECTION I

SOINS INFIRMIERS

ARTICLE 53.

Petit pansement (type doigt, main ou surface comparable)	AM x 1
Pansements multiples sur un même membre	AM x 1,5
Grand pansement, ou pansements multiples sur des membres différents	AM x 2
Pose de ventouses sèches	AM x 1
Pose de ventouses scarifiées	AM x 1,5
Injection sous-cutanée ou intramusculaire	AM x 1
Bain sinapisé, enveloppement, lavement médicamenteux, frotte, épouillage	AM x 1,5
Sondage uréthral simple	AM x 1
Sondage avec lavage de la vessie	AM x 1,5
Alimentation par sonde	AM x 1,5
Tubage gastrique	AM x 1,5
Air chaud	AM x 1 E
Bain d'air chaud	AM x 1,5 E
Douche médicale	AM x 1,5 E
Garde : tarif global comprenant tous les actes inscrits au chapitre XV de la Nomenclature :	
De jour (de 8 à 20 heures)	AM x 4 E
De nuit (de 20 à 8 heures)	AM x 5 E

D

SECTION II

MASSOTHERAPIE

Massage local avec ou sans mobilisation sur un seul membre	AM x 1,5 E
Massage local avec ou sans mobilisation sur plusieurs membres	AM x 2 E
Massage général	AM x 2 E
Mobilisation manuelle seule	AM x 1 E
Mécanothérapie	AM x 2 E
Gymnastique orthopédique individuelle.	AM x 2 E

INDEX ALPHABÉTIQUE MÉDICAL

(dressé par le Concours Médical)

OBSERVATIONS PRÉLIMINAIRES

1° *Pourquoi index « médical » ? Parce qu'établi spécialement « ad usum medicorum » et non pour un « profane » quelconque qui s'y reconnaîtrait très difficilement. Il présente, en effet, des rubriques* collectives *(comme « abcès », par ex.), contenant une série de sous-rubriques éparpillées, ou non, dans divers chapitres de la Nomenclature. Mais il est des rubriques* particulières *non inscrites dans l'index parce qu'incluses dans des collectives. Ex. : « Cataracte » qui est incluse dans « Ophtalmologie... III. Opérations sur le globe oculaire », ce dont le médecin se doute bien, en ne trouvant pas le mot dans l'index. Par contre, on y lira : « Botte de Unna », parce que cette rubrique se trouve dans la Nomenclature en Pc et que, techniquement, le médecin ne peut,* a priori, *se douter de sa place.*

En somme, cette petite « gymnastique intellectuelle » demandée aux confrères, permet d'établir un Index restreint, quoique suffisant, et non d'un volume égal (si toutes les rubriques y étaient reportées) au tiers, presque, de la Nomenclature elle-même.

2° *La Nomenclature est ici imprimée dans un numéro supplémentaire et spécial du* Concours, *donc du format « Revue », aux pages copieuses en leurs deux colonnes. Pour circonscrire les recherches, on a divisé chaque page en* quatre tableaux numérotés *(comme dans les indicateurs de chemin de fer). Chaque rubrique de l'Index présente, à sa droite, une colonne contenant :* a) *un numéro se référant à la page correspondante ;* b) *une lettre A, B, C, D se référant à l'un des quatre quartiers de cette page. Ainsi, on lira, par ex.* 25-C, *ce qui signifiera «* page 25, Tableau C. *Et comme chaque tableau ne contient qu'un quart de page, il est évident qu'il sera aisé de le parcourir rapidement.*

3° *Chaque rubrique* particulière *(en dehors de celles collectives) présente, également à sa droite, une première colonne où est indiqué le coefficient de la lettre-clé correspondant à cette rubrique. Ex. : Abcès intramusculaire : 1re colonne = K 16 ; 2e colonne = tableau 12 D. Ceci évitera, dans un cas simple, une recherche dans la Nomenclature elle-même.*

Jécol

L'auxiliaire physiologique du foie

LAB. JÉCOL, COURBEVOIE

CHLORO-MAGNESION
Asthénie - Modificateur du Terrain

DRAGEVAL
Insomnies - Anxiété

FER-OVARINE VITALIS
Insuffisances ovariennes

TENSORYL
Hypertension artérielle

FER-ANDRINE VITALIS
Infantilisme - Carence sexuelle

DESCOURAUX et Fils, 52, Boulevard du Temple, PARIS

AÉROCID Aérophagie Aérocolie
CACHETS ET COMPRIMÉS

AQUINTOL Coqueluche Toux spasmodique
EN GOUTTES

HEP'ACTI Méthode de Whipple et de Castle Tréphones embryonnaires aminoacides
anciennement HEPASÉRUM
AMPOULES DE 10 cc.

OPOCÉRÈS Simple et vitaminé Fortifiant biologique général
AMPOULES BUVABLES
COMPRIMÉS FRIABLES

LABORATOIRES DE L'AÉROCID
20, rue de Pétrograd, PARIS (8e)

OPOTHÉRAPIE ASSOCIÉE

PANCRÉPATINE LALEUF
CAPSULES GLUTINISÉES

DIABÈTE

6 A 12 CAPSULES PAR JOUR
(AU COURS DES REPAS)
SUIVANT PRESCRIPTION MÉDICALE

LITTÉRATURE
LABORATOIRES LALEUF
51, RUE NICOLO, PARIS-16e

RHUMATISMES

MAGSALYL
Association Soufre Salicylate
Solution de goût agréable
Comprimés glutinés

Laboratoires du MAGSALYL
8, rue Jeanne Hachette, IVRY (Seine)
TÉL. : ITA 16-91

PRODUIT DE LA BIOTHÉRAPIE

Vaccination par voie buccale contre la typhoïde et les para A et B

BILIVACCIN ANTITYPHIQUE

H. VILLETTE & Cie, Pharmac. 5, r. Paul-Barruel, PARIS-XVe

INDEX

(Voir observations page 30)

Rubriques collectives ou particulières	Coefficients	Tableaux
A		
Abcès :		
abdominaux (type sous-phrénique).	K 70	15 C
amygdalien	Pc 3	11 A
de fixation	Pc 5	11 C
froids :		
— petit = abcès superfic.	Pc 2	11 A
— incision évacuatrice avec inject. modificatrice	Pc 4	11 C
— volumineux (avec ou sans inject. modif.	K 12	12 C
— extirpation (sans lésion osseuse).	K 40	id.
intramusculaire	K 16	12 D
lingual		22 C
d'origine osseuse	K 10	13 B
pelvien (voie rectale)	K 25	16 C
périamygdalien ou pharyngien	K 20	19 B
profond	Pc 5	11 C
— du sein	K 10 à K 25	15 A
prostatiques	K 20 à K 50	16 D
rétropharyngien	K 20 à K 40	14 C
sous-aponévrotique (paroi abdom.)	K 20	15 C
superficiel (ou hématome)	Pc 2	11 A
Actes :		
global	Art. 10	9
isolé	id.	id.
(1) multiples	Art. 16	id.
en série (art. 12 et 13)		id.
à domicile (cn général en P.C.)	Art. 24	10
effectués de nuit (art. 18)		9
en P.C. (en série) (art. 26)		10
Accouchement (voir Obstétr.).		18 A
Adénoïdectomie et amygdalectomie (O.R.L.)	K 16 à K 40	19 B
Adénopathie et syst. lymphat.		12 D
Curage ganglionnaire (type cervical ou inguinal)	K 60 à K 80	12 D
Drainage d'adénite	K 2	id.
— d'adénophlegmon :		
— — peu volumineux	K 3	id.
— — volumineux	K 20	id.
Extirpation de ganglions pour biopsie	K 5	id.
— d'adénopathie	K 15 à K 30	id.
— de lymphangiome	K 40	id.
Actinomycose	K 20	22 C
Anesthésie :		
régionale ou rachidienne	K 4	11 D
générale de courte durée	Pc 4	11 C
— de longue durée	Pc 6	11 C
Amputations (voir Chirurgie des membres)		13 C et 14 A
Anthrax (Incision d')		
petit	Pc 3	11 A
peu volumineux	K 8	12 D
volumineux	K 25	id.
Artères et Veines.		
Artériotomie	K 50	13 A
Ligature d'artère non urgente		
— importantes	K 16	id.
— certaines particulières nommées.	K 40	id.
Ligature d'urgence	K 25 à K 70	id.
Anévrysme (sauf ligature. simple).	K 100	id.
Résection veineuse	K 12 à K 100	id.
Transfusion sanguine la 1re	K 30, suiv. K 15	id.
Anévrysme cirsoïde	K 60	12 D
Articulations :		
Ponctions articulaires	K 5 à K 20	13 C
Prélèvement pour biopsie	K 15 à K 30	id.
Régularisations et épluchages	K 15 à K 70	id.
Arthrotomie (avec intervention nt.)	K 60 à K 80	id.

Rubriques collectives ou particulières	Coefficients	Tabl.
Résection de drainage	K 15 à K 80	id.
Résection à froid (arthrodèse, arthrorise, butée...).	K 15 à K 100	id.
Arthroplastie	K 25 à K 120	13 D
Asphyxie (traitement de)	Pc 5	11 C
Assistance du médecin traitant à l'intervention	Pc 5	id.
Auxiliaires médicaux		30 B
B		
Botte de Unna (art. 6)	Pc 3	11 A
Bulletin d'Informations (art. 16)		9
Broche (pose d'une)	K 6	11 B
C		
Cathétérisme simple de l'urèthre (homme ou femme)	Pc 45	10 D
Certificats : (voir aussi *Annexe*) :		
pour simple justification (art. 25)	Néant	10 B
d'internement	Pc 5	11 C
— par psychiâtre (art. 44)	K 6	24 C
descriptif pour accidents (sf en A.T.).	Pc 2	10 D
Chirurgie (*sauf fractures et luxations*).		11 B
Chirurgie des membres		13 D
— main et membre supér.		id.
— membre inférieur		14 A
— luxation congénitale de la hanche		14 B
— pieds bots		id.
Chirurgie de la tête		14 B
— du cou		14 D
— du thorax		15 A
— du rachis		15 B
— paroi abdominale		id.
— appareil digestif et abdomino-pelvien		15 C
— laparotomie		id.
— Estomac et intestins		id.
— foie et voies biliaires		15 D
— rate		id.
— pancréas		id.
— surrénales		id.
— anus et rectum		16 A
Corps étrangers (V. Extractions de)		
Coefficients (art. 3)		8
Consultations et visites (art. 20 à 23)		10 A
Cures thermales (art. 47 à 49)		29 B
Cut.réact.on et intradermoréact.on	Pc 1,5	10 D
D		
Dentaires (soins), voir Stomatologie		21 A
Duodénal (tubage)	Pc 5	11 C
Dermato-Vénéréologie (art. 42).		23 B
Ablation de petites tumeurs bénignes	K 4	id.
Destruction de :		
— angiomes, nevi, télangiectasie, lupus	K 4 à K 10	id.
— verrues périunguéales	K 10 à K 20	id.
— — plantaires	K 10 à K 20	id.
— — vulgaires uniques ou multiples	K 3 à K 6	id.
— tumeurs sous-cutanées bénignes	K 6 à K 20	id.
— — cutanées malignes	K 6 à K 30	23 D
— végétations vénériennes isolées	K 2	23 B
— — multiples, en nappes	K 20	id.
— leucoplasie	K 4	23 D
Exérèse en masse d'un lupus et tuberculose cutanée verruqueuse, etc.	K 18 à K 30	id.
Eplatation	K 4	id.
Fluenthérapie	K 3	id.

Rubriques collectives ou particulières	Coefficients	Tabl.
Douche filiforme	K 4	id.
Xanthélasma (ablation chirurgicale ou autre) K 16 à	K 30	id.
Tatouage (destruction) K 4 à	K 20	24 A
Diathermie (voir E.R., section 2)		25 A
Diathermo-coagulation		25 B
E		
Electroradiologie et Physiothérapie (art. 45 et 46)		24 A
Observations générales		id.
Electrodiagnostic (art. 46)		24 B
a) neuromusculaire		id.
b) mesure des chronaxies		id.
c) examens électro-encéphalographiques		24 C
Electrothérapie		24 D
Rayons U.V. et I.R.		id.
diathermie		25 A
courant continu		id.
effluvation, étincelage		25 B
électrolyse, ionisation		id.
électrocoagulation		id.
lavement électrique, etc.		25 C
Radiodiagnostic		25 C
a) squelette		25 D
b) viscères		26 C
c) examens divers		27 C
d) examens spéciaux		27 D
Rœntgenthérapie		28 A
au cabinet		id.
à domicile		28 C
Curiéthérapie		28 D
Physiothérapie		29 C
Entente préalable (art. 7)		9
Epistaxis simple	Pc 3	11 C
— avec tamponnement antéropostérieur (art. 37)	K 8	19 D
Estomac (lavage et tubage)	Pc 3	11 A
Extraction de corps étrangers :		
bouchons de cérumen ou épidermiques	Pc 2	10 D
superficiels	Pc 3	11 A
simples de l'oreille ou du nez	Pc 2	10 D
profonds (des parties molles)	K 20	12 B
— avec intervention compliquée (voir chirurgie des régions et des viscères)		13 D et suiv.
Electrolyse (voir E.R.)		25 B
Electrocoagulation (voir id.)		id.
Epilation		23 D
F		
Fractures (art. 28)		11 B
Appareillage provisoire ... K 3 à	K 5	id.
Réduction et contention :		
par gouttière, bandages, extension, etc. K 4 à	K 14	id.
par appl. plâtré K 3 à	K 40	
Traitement sanglant complet		11 D
fracture récente		id.
— ancienne		id.
— ouverte		id.
Répétition d'un plâtre ... K 4 à	K 16	12 A
(Pour les ostéosynthèses, voir traitement sanglant complet)		11 D
Ablation d'une plaque d'ostéosynthèse	K 20	13 B
Pose d'une broche	K 6	11 B
Contrôle radioscopique ou radiographique	K 4	11 D
Fulgurations (voir F.R.)		25 B
Fausses couches (voir art. 34 Obst.)		18 D
G		
Greffes :		
dermo-épidermiques ... K 10 à	K 20	12 C
par autoplastie :		
— méthode indienne	K 30	id.
— — italienne	K 40	id.
tendineuse	K 50	12 D
osseuse	K 50	13 B
osseuse (vertébrale)	K 80	15 B
narinaire	K 80	19 D
Goitre (voir chir. cou)		15 A
Garde-malade (voir art. 53)		30 D
Gynécologie (art. 30)		17 B
a) *Gynécol. chirurgicale :*		
1° (en dehors de la gestation).		
Opérations restauratrices		id.
— plastiques		id.
— conservatrices		id.
— mutilantes		id.
Interventions pour :		
— lésions inflammatoires ou tumorales		17 D
— sur le système nerveux génital.		id.
2° (au cours de la gestation, parturition ou suites de couches).		id.
Pubiotomie, Césarienne, embryotomie, curetage, périnéorraphie, hystérectomie, grosse extraction, etc.		18 A
b) *Gynécol. médicale et physiothérapique* (art. 31)		18 A et 18 C
bartholinites	K 10	id.
métrite du col	K 2	id.
électrocoagulation	K 4	id.
dilatation laminaire	K 4	id.
— électrique	K 6	id.
rayons U.V.	K 2	id.
lipiodiagnostic	K 20	id.
ondes courtes	K 4	id.
cryoscopie	K 4	id.
hystéroscopie	K 8	id.
galvanopuncture	K 4	id.
Diathermie vaginale,	K 3	id.
H		
Hémothérapie (auto ou hétéro)	Pc 2	11 A
Hernies (voir ch.r. parois abdom.n)		15 C
— musculaires	K 30	12 D
Hémorroïdes :		
inject. sclérosante	Pc 3	11 A
par excision ou électrocoagul	K 30	16 A
par résection circulaire	K 50	id.
Hygroma prérotulien	K 15	14 A
Hydrocèle (ponction)	Pc 4	11 C
I		
indicatif (art. 2)		3
Infiltrations anesthésiques :		
périarticulaire	Pc 2	11 A
nerveuses (trijumeau, ophtalmique, sympathique, etc.) K 4 à	K 12	13 A
Injections :		
sous-cutanée (art. 20)	Néant	10 A
d'oxygène	Pc 1,5	10 D
intratrachéale (série)	Pc 1,5	id.
sérum physiologique	Pc 1,5	id.
— antitoxique	Pc 1,5	id.
arsénobenzol	Pc 2	11 A
Besredka	Pc 2	id.
sclérosante pour varices	Pc 2	id.
— pour hémorroïdes internes	Pc 3	id.
intraveineuse isolée	Pc 2	id.
— en série	Pc 1,5	10 D
intramusculaire (série)	Pc 1	10 B
intradermique (série)	id.	id.
épidurale	Pc 4	11 C
Ionisations (voir E.R.)		25 B
Insulinothérapie	K 8	24 C
Intradermoréaction	Pc 1,5	10 D

Rubriques collectives ou particulières	Coefficients	Tabl.
K		
Kinésithérapie (avec appareil) ..	K 2	29 C
Kystes :		
petits sous-cutan. (ablat.) K 6 à	K 20	12 C
synoviaux (ablat.) :		
— type poignet	K 12	13 D
— — creux poplité.....	K 25	14 A
petits du cou	K 15	14 D
volumineux du cou	K 40	id.
L		
Lettre-clé		8
Lavage estomac (ou tubage).....	Pc 3	11 A
— vessie	Pc 1,5	10 D
Lavement électrique	K 20	25 C
Luxations		12 A
Réduction et contention :		
méthode non sanglante		id.
— sanglante :		
luxation récente		id.
— ancienne		id.
— récidivante		id.
associée à fracture		id.
congénitale de la hanche		14 B
Lupus (excision)	K 16	12 C
Lymphangiome sous-cutané :		
— petit K 10, moyen K 20, grand	K 40	12 C
Leucoplasie (destruction)		23 D
M		
Massage et mobilisation par docteur :		
— un seul membre	Pc 1,5	10 D
— plusieurs membres	Pc 2	11 A
— de la prostate	Pc 1,5	10 D
Musculaires (hernies et ruptures), traitement opératoire	K 30	12 D
Muscles de l'œil (opération sur les).		19 C
Abcès intramusculaire	K 16	12 D
Extirpation d'une tumeur musculaire encapsulée	K 20	id.
— non encapsulée	K 40	id.
N		
Nerfs		13 A
Infiltrations nerveuses :		
Ganglion de Gasser.....	K 12	id.
Trijumeau ophtalmique, sympathique, lombaire, phrénique, splanchnique		13 B
Suture nerveuse	K 40	id.
Ablation de tumeur nerveuse	K 50	id.
Greffe nerveuse	K 80	id.
Libération d'un nerf comprimé	K 40	id.
Sympathectomie :		
— périartérielle	K 40	id.
— cervicale	K 80	id.
Résection des ganglions sympathiques	K 80	id.
Neurotomie	K 30	id.
Splanchnicotomie.....	K 80	id.
O		
Obstétrique (art. 32 à 35)		18 A
Accouchement simple	Forfait	id.
— gémellaire.....		18 B
— avec grande extraction (après version ou non)..... K 20 à	K 30	id.
— avec forceps à la vulve		Néant
— — autre prise ..... K 10 à	K 20	id.
Délivrance artificielle	K 15	18 A
Révision utérine isolée	K 15	18 C
Placenta prævia	K 30	id.
Procidences	K 20	id.
Pose d'un ballon	K 20	id.
Tamponnement utérin pour hémorragie.....	K 10	id.
Périnéorraphie simple et d'urgence..... K 6 à	K 10	id.
Fausses couches ..... K 3 à	K 20	18 D
Notations propres à la *sage-femme*..		id.
Ongle : ablation totale	Pc 4	11 C
— incarné (cure radicale)	K 15	14 A
Ophtalmologie (art. 36)		18 B
Opérations sur les paupières, sourcils et région orbito-faciale		id.
— sur l'appareil lacrymal		19 A
— sur la conjonctive et le globe oculaire.....		id.
— sur les muscles de l'œil		19 C
Os.....		13 B
Abcès d'origine osseuse (incision)...	K 10	id.
Ablation d'exostose	K 20	id.
Trépanation, évidement cavité osseuse	K 40	id.
idem avec greffe	K 50	id.
Résection diaphysaire	K 60	id.
Ostéotomie d'appui ou de correction	K 70	id.
Trépano-ponction	K 40	id.
Biopsie osseuse avec trépanation ...	K 15	id.
Ostéosynthèse (ablation d'une plaque de).....	K 20	id.
Immobilisations par plâtre, corset minerve, etc. (suivant région)...		id.
Pose d'une broche	K 6	11 B
Ostéosynthèse en général (voir « Fractures » : traitement sanglant complet)		11 D
Otorhinolaryngologie (art. 37) .		19 B
Prélèvement pour biopsie :		
— pharynx ou hypopharynx	K 8	id.
— autres localisations (sauf œsophage et voies aériennes).....	K 4	id.
Pharynx :		
Adénoïdectomie et amygdalectomie, etc.		id.
Nez et sinus		19 D
Oreille		20 B
Larynx, trachée, bronches, hypopharynx, œsophage		20 D
Bronchoscopie et œsophagoscopie .		21 A
P		
Pansements :		
petit (série)	Pc 1	10 D
moyen (isolé)	Pc 2	11 A
— (série)	Pc 1,5	10 D
du col utérin	Pc 1,5	10 D
vaginal, etc.	Pc 1,5	id.
grand (série)	Pc 2	11 A
— (isolé)	Pc 3	id.
Panaris de la pulpe (incision)	Pc 4	11 C
— profond.....	K 10	13 D
Paraphimosis (réduct. non sanglante	Pc 3	11 A
— sanglante	K 6	16 B
Pessaire (pose de)	Pc 1	10 B
Phlegmons :		
diffus (débridements)	K 60	12 C
des gaines synoviales, tendineuses, digito-carpiennes, etc.		13 A
profond de la paume de la main ...		id.
plantaire, etc. (voir les régions) ...		14 A
Physiothérapie (voir E.R.)		24 A
Physioth. sans électr. et kinésith...	K 2	29 C
Physiothérapie de surface	K 2	25 B
Plaies :		
Régularisation, épluchage (cas divers)		12 B
par brûlures (nettoyage avec tannage).....		id.
brûlures multiples		12 B
articulaires (arthrotomie)		13 C
suture secondaire après avivement .	K 15	12 C
viscérales (avec intervention sur les viscères) (voir Chirurgie régionale, app. digestif et abdom.)		15 C

Rubriques collectives ou particulières	Coefficients	Tabl.
Plèvre :		
Ponction exploratrice	Pc 2	11 A
— évacuatrice	Pc 6	11 C
Pleurotomie simple	K 20	15 B
— avec résection costale		id.
Pneumothorax extra-pleural	K 60	id.
Pleuroscopie	K 20	23 C
— avec section de brides	K 40	id.
(Voir Phtisiologie)		id.
Ponctions :		
exploratrice simple	Pc 2	11 A
évacuatrice de :		
— abcès froid	Pc 3	id.
— — grand volume	K 12	12 C
— — avec extirpation	K 40	id.
— ascite	Pc 5	11 C
— hématome gros	Pc 3	11 A
— hydarthrose	Pc 4	id.
— hydrocèle	Pc 4	11 C
— plèvre (évacuatrice)	Pc 6	11 C
— sous-occipitale	Pc 5	id.
— lombaire (1)		
— vessie	Pc 5	id.
— sclérotique	K 10	19 C
Pointes de feu	Pc 1	10 D
Phtisiologie (art. 41)		23 A
Pneumothorax (1er et 2e)	K 15	id.
— suivants	K 5	id.
Oléothorax (1er)	K 20	
— suivants	K 10	23 C
Pleuroscopie	K 20	
— avec section de brides	K 40	id.
Injection de substance de contraste	K 12	id.
Drainage cavitaire	K 30	id.
— pleural simple ou avec aspiration	Pc 6	id.
Pratique médicale courante		10 B
Psychiatrie (art. 43 et 44)		24 A
Convulsivothérapie :		
— les 6 premières	K 8	
— les suivantes (max. 12)	K 3	id.
Impaludation	K 20	id.
Insulinothérapie	K 8	24 C
Narcose provoquée	K 6	id.
Pyrétothérapie	K 3	id.
Certificat d'internement par psychiatre qualifié	K 6	id.
Pseudarthrose (voir Chir. Os)		13 B
Radiothérapie		28 A
Radiumthérapie (voir E.R.)		28 D
S		
Saignée	Pc 3	11 A
Stomatologie (art. 38 à 40) et **Soins dentaires**		21 A
Observations générales		id.
Anesthésie locale	Néant	21 B
— régionale	K 2	
Soins dentaires et gingivaux		id.
Extractions dentaires		id.
— chirurgicales		21 C
Suites d'extractions dentaires		id.
Opérations sur les maxillaires		id.
— sur les parties molles		22 B
Prothèse dentaire		22 D
— restauratrice maxillo-faciale		23 A
Orthopédie dento-faciale		23 C
Radiographies dentaires		id.
Notations propres au chirurgien-dentiste		id.
Sutures (peau) :		
simple (par agrafes) ou un à 3 points par fil	Pc 3	11 C
par fil (plus de 3 points)	Pc 5	id.
secondaires, après avivement	K 15	12 C

Rubriques collectives ou particulières	Coefficients	Tabl.
Synoviales :		
phlegmons des gaines digitales	K 25	13 A
fléchisseurs de la main	K 75	id.
— digito-carpiennes	K 60	id.
— gaines synoviales autres	K 20	id.
Extirpation de kystes synoviaux :		
— type poignet	K 12	12 D
— type creux poplité	K 25	id.
Séquestre (ablation de) (voir Chir. Os)		13 B
T		
Table des chapitres		8
Taxis (réduction d'une hernie par)	Pc 3	11 A
Tatouage (destruction de)		24 A
Tendons :		
Suture primitive ou secondaire d'un tendon	K 40	12 D
— de plusieurs	K 50	id.
Greffe tendineuse	K 50	id.
Transplantation tendineuse ou musculaire	K 40	id.
Ténotomie sous-cutanée ou à ciel ouvert	K 16	id.
Tubage duodénal	Pc 5	11 C
Tumeurs superficielles (ablations)		12 C
bénignes		id.
angiomes, lipomes, kystes, lymphangiomes		id.
malignes		id.
musculaires encapsulées	K 20	12 D
— non encapsulées	K 40	id.
nerveuse (avec suture)	K 50	13 B
anévrisme cirsoïde	K 60	12 D
verrues (voir plus bas à V).		
Transfusion du sang (voir Ch. vaisseaux)		13 A
Transports (d'app. radiologique (voir E.R.)		24 B
U		
Urologie (art. 29)		16 B
Examen général	K 4	16 B
Endoscopies		id.
App. génital de l'homme		id.
Urètre		16 D
Vessie		17 A
Uretère		id.
Rein		17 C
Système nerveux uro-génital		id.
Ultra-violets (rayons)	K 2	24 D
V		
Vaccinations :		
— antivariolique	Pc 1	10 D
— préventive (autre que antivariol.) isolée	Pc 1,5	id.
Végétations vénériennes :		
— isolée	K 2	23 B
— en nappes	K 20	id.
Ventouses sèches	Pc 1	10 D
— scarifiées	Pc 1,5	id.
Veines (voir Vaisseaux)		13 A
Verrues :		
— vulgaire (unique ou multiple)	K 3	23 B
— plantaire unique (excision)	K 6	14 A
— — destruction	K 10 à K 20	23 B
— périunguéales	K 10 à K 20	id.
Vessie et urètre (lavage instillation)	Pc 1,5	10 D
— ponction évacuatrice : vessie	Pc 5	11 C
— autres interventions (voir Urologie)		16 B
Visites (voir Consultations et Visites)		10 A
X		
Xanthélasma (destruction de) :		
— (séance unique)	K 16	23 D
— (séances multiples)	K 30	24 A

(1) La *Ponction lombaire* n'est pas inscrite dans cette nomenclature. On peut remédier à cette lacune en se basant sur l'article 4 pour l'assimiler à *Ponction sous-occipitale*, alors que dans la nomenclature « mort-née » (page 19), les deux rubriques n'en forment qu'une seule.

