

## Des Avantages que présente pour les Mutualistes le libre choix de leur Médecin

Par le D<sup>r</sup> BOUREAU

Le 8 mai dernier à l'assemblée générale de l'Union départementale des Mutualités d'Indre-et-Loire, M. le Docteur Bourreau, représentant, à cette réunion, l'Association des Médecins d'Indre-et-Loire, exposa aux présidents et délégués des Sociétés de secours mutuels, la question, si intéressante pour le corps médical, du libre choix du médecin par le mutualiste.

Nous reproduisons ce discours qui sera du reste annexé, au « Bulletin de l'Union départementale » et adressé par l'Union aux mutualistes d'Indre-et-Loire.

Messieurs et chers Collègues,

La question des services médicaux de nos sociétés de secours mutuels avait éveillé depuis sa fondation l'intelligente activité de notre Conseil d'administration.

Un projet d'Union médico-mutualiste permettant d'assurer la cordialité des rapports entre médecins et mutualistes, élaboré par notre vice-président, M. Letrait, avec l'autorité que donne une longue expérience, avait été mis à l'ordre du jour.

Une enquête auprès des sociétés de secours mutuels, encore trop incomplète il est vrai, permettait déjà de nous initier à leur fonctionnement et d'entrevoir leurs desiderata.

Aussi, c'est avec une vive attention que, dans sa séance du 27 février dernier, notre conseil écoutait notre président, M. Bretegnier, exposer clairement, comme tout ce qui a été mûri, les diverses combinaisons adoptées par nos sociétés pour assurer à leurs membres les secours du médecin, les avantages et les inconvénients de chacune d'elles.

Dans le cours de la discussion nous pûmes constater qu'un grand nombre de nos sociétés confiaient leurs malades à un seul médecin choisi par le bureau, qu'elles vivaient sous ce que l'on peut appeler le régime du *service médical fermé*.

Or, j'ai la conviction, inspirée par beaucoup de représentants autorisés de la mutualité que ce procédé d'assistance lèse gravement les intérêts des mutualistes, qu'il y a pour tous intérêt à lui substituer le régime du *service médical ouvert*.

Je cherchai immédiatement à faire partager ces idées à mes collègues du Conseil d'administration. Longuement la question fut examinée sous ses différentes faces avec la collaboration de tous.

La bienveillance avec laquelle je fus écouté, je dirai même la conviction que j'acquis d'avoir persuadé beaucoup d'entre nous, m'engagea à demander qu'il me fût permis dans la réunion plénière actuelle de vous présenter une étude plus complète de la question.

Le Conseil et, en particulier, notre président acquiescèrent à ma demande et je les remercie de comprendre aussi libéralement le rôle de l'Union des Mutualités d'Indre-et-Loire en laissant la tribune ouverte à toutes les idées, à toutes les initiatives.

Le libre choix du médecin par le mutualiste, qui semble n'être qu'un des côtés de la question si intéressante, du

service médical de nos sociétés, quand on veut bien y réfléchir, en est la base.

Il intéresse avant tout nos sociétaires, car il consacre le principe intangible de la liberté du malade, lui donne le premier des biens, l'indépendance.

Il vous intéresse, présidents et bureaux d'administration, car il vous libère en partie des responsabilités que vous prenez envers vos administrés, en leur assignant un seul et même médecin.

D'un autre côté il est, comme vous le savez, le plus ancien et le plus vif désir d'une autre mutualité, le corps médical.

Or, une mesure qui concilie tant d'intérêts, en apparence divergents, doit être susceptible d'aplanir bien des difficultés, de réaliser une synergie d'action utile à tous.

J'espère donc que notre assemblée, l'élite de la mutualité, voudra bien écouter avec une bienveillante impartialité le plaidoyer d'un médecin qui ne parle pas en professionnel, qui n'est ici que le porte-parole d'une association camarade des vôtres, et de constater avant tout que la thèse qu'il vient soutenir est en faveur aussi bien des sociétaires que vous représentez que des médecins qui les soignent.

La question des services médicaux mutualistes n'est pas toujours, comme on le croit trop souvent parmi vous, une question de gros sous, de tarifs, de prix de visites; il n'est pas exact de se représenter les sociétés de secours mutuels et les médecins comme deux individualités dont l'une cherche à moins payer et l'autre à plus recevoir.

Le mutualiste a des droits qui planent au-dessus de la question d'argent.

En outre le médecin a de légitimes satisfactions d'amour-propre à satisfaire; il a des règles professionnelles qu'il désire par dignité ne pas voir violer; il veut que l'exercice de sa profession s'exerce en pleine liberté, avec le libre jeu de la concurrence; il a horreur des monopoles.

Qui vous dit qu'en lui donnant satisfaction sur le terrain de ces justes revendications vous ne trouverez pas chez lui une plus large générosité, un dévouement plus désintéressé?

Vous pouvez déjà entrevoir que le libre choix du médecin peut solutionner bien des conflits, loin de les aggraver, résoudre bien des difficultés d'ordre financier et qu'en résumé il a et pour le mutualiste et pour le médecin une portée morale qui le place au-dessus de toute question d'intérêt, rend les autres questions secondaires et soumises à sa solution préalable.

### Le libre choix du médecin au point de vue social.

Dans un remarquable rapport sur cette question de MM. Boinet et Albertin de Lyon, on lit cette remarque fort juste.

« L'affranchissement de la personnalité est une des conceptions que tous doivent chercher à réaliser dans l'ordre social. »

Les entraves aux libres droits de chacun doivent être, si on a en vue le développement intellectuel et moral des individus, de plus en plus supprimées.

« Le Parlement a consacré ce principe de liberté dans les choses médicales quand, dans la loi sur les accidents, il a donné au blessé du travail le droit de choisir lui-même son médecin. »

Pourquoi le même principe n'est-il pas encore appliqué à tous les mutualistes?

« Il ne paraît pas admissible qu'un sociétaire ait deux « personnalités distinctes. »

Quand il est, sur son chantier, victime d'une fracture de jambe, il sera soigné par le médecin qu'il juge capable de le remettre le mieux sur pied ; si un doute subsiste dans son esprit, il peut faire appeler les jours suivants un autre médecin. Mais, par contre, s'il est atteint d'une fièvre typhoïde, il ne peut être soigné que par M. X. Mais dira la famille : « M. X. habite très loin de notre malade, il ne pourra venir la nuit ». Inutile de réclamer : « M. X. doit vous soigner ». Mais ajouteront les proches : notre malade n'a aucune confiance en M. X. Le malade ne veut pas le revoir.

« N'insistez pas, M. X. a seul le droit de vous soigner ».

Pourquoi cet absolutisme ? ce dédain des goûts, des désirs d'un malade ?

C'est que vous subissez encore là les vestiges surannés d'un ancien état de choses où l'on supposait que l'ouvrier, incapable de se conduire, devait être mis en tutelle.

Depuis la promulgation du décret de 1852 jusqu'à l'année 1870, les sociétés de secours mutuels étaient sous la tutelle administrative et la surveillance de l'autorité.

Dans leurs statuts on pouvait lire cette phrase : « Le président est nommé par S. M. l'Empereur » et plus loin « le service médical est réglé par le conseil qui désigne les médecins » ; de sorte qu'un mutualiste peut avoir parfois un médecin parce qu'il est l'ami de son président, d'autres fois parce qu'il est son parent, son client, mais rarement parce qu'il lui plaît.

Et cependant est-il un droit plus naturel et plus sacré que la liberté de choisir celui à qui vous allez confier ce que vous avez de plus précieux : la vie et la santé ?

Cette liberté de confiance a une importance tout autre que celle de choisir telle ou telle caisse de retraite, car pour toucher cette retraite, il faut d'abord arriver à l'âge qui en confère le droit, et c'est peut-être votre médecin qui vous permettra de l'atteindre.

La confiance ne joue-t-elle pas du reste un rôle essentiel dans la réussite d'un traitement médical ?

Dans une allocution prononcée le 7 mars 1905 à l'assemblée de l'Association générale des Médecins de France, le Dr Brouardel, parlant de la façon dont parfois les chefs de la Mutualité concevaient le rôle du médecin, disait :

« Pour eux, il y a un malade, un médecin qui lui fait « une ou plusieurs visites et qui délivre une ou plusieurs « ordonnances.

« Cette conception simpliste est une erreur. Elle suppose « que le médecin est une sorte de comptable qui donne ses « soins, reçoit une monnaie, toujours les mêmes, inscrit « sur un registre, délivre un reçu.

« Or, en médecine, aucun malade n'est identique à « l'autre, aucun médecin n'a les mêmes qualités qu'un « autre. Par des affinités diverses, un malade n'accorde sa « confiance qu'à tel médecin, alors que celui-ci éveille la « défiance d'un autre. Cette confiance ne s'impose pas, elle « naît spontanément comme l'amitié. Il est indispensable « qu'elle existe entre le malade et le médecin.

« Cet abandon de soi-même existe-t-il quand le malade « a pour médecin celui qu'il n'a pas librement choisi, celui « qu'il ne peut changer si ses soins, à tort ou à raison, ne le « satisfont pas ? Je crois pouvoir répondre que dans l'im- « mense majorité des cas il n'y a rien de semblable. Bien « souvent même, c'est le sentiment inverse, la défiance « qui domine.

« L'efficacité de l'action du médecin sur son malade « a comme premier facteur la confiance que lui accorde le « client. Celui-ci n'obéit, n'exécute les prescriptions dans « leur intégralité que s'il s'abandonne complètement à la

« direction du médecin qui le traite. Il puise dans cette « confiance une résistance morale plus puissante : celle-ci « réagit sur les phénomènes physiques, l'espérance double « ses forces et ses efforts dans la lutte.

« Ce défaut de confiance a une action absolument oppo- « sée, les prescriptions sont incomplètement observées, le « découragement envahit le malade, la guérison est com- « promise. »

M. Barberet, ancien directeur de la Mutualité au ministère de l'Intérieur, était de même avis quand le même jour dans sa réponse au Dr Brouardel, il disait : « Comme vient « de le dire M. le président Brouardel, ce dernier mode « permettrait au mutualiste malade de se faire soigner par « le docteur qui aurait sa confiance. En pareil cas c'est « beaucoup, et le dicton de la foi qui sauve est ici appli- « cable. »

« En Amérique, dit le Dr Cuylyts, de Bruxelles, à de rares « exceptions près, le monde américain se partage en deux « groupements, la société d'assurance et la mutualité : la « société d'assurance à laquelle participent toutes les « classes sociales ; la mutualité réservée aux travailleurs.

« Dans l'une comme dans l'autre la préoccupation do- « minante est d'assurer aux membres de l'association son « indépendance et le libre choix de son médecin.

« Ce souci de la liberté s'étend même au service des « compagnies de chemin de fer où, toujours, ouvriers et « employés restent libres de choisir leur médecin.

« On écouterait avec stupeur quelqu'un qui oserait « mettre en doute ce droit. »

Vous admettez bien, messieurs, que la société est faite par le sociétaire avec ses cotisations, que, à l'inverse des institutions communautaires, la société existe pour le sociétaire et non le sociétaire pour la société.

Où donc une majorité, un bureau, trouve-t-il le droit d'imposer à tous ses membres un médecin choisi par lui ?

Vous me direz peut-être : chacun est libre d'entrer dans une société ou d'en sortir. Mais pourquoi éloigner de la société ceux qui ne veulent pas subir l'obligation de s'adresser à des médecins attirés ?

Je n'insiste pas, Messieurs, au point de vue moral, au point de vue des intérêts immédiats de sa santé, le mutualiste doit avoir le droit de se faire traiter par un médecin de son choix.

Vos sociétés bénéficieront de cette mesure libérale.

Un service médical ouvert favorise le recrutement d'une société de secours mutuels.

Une famille peut hésiter à entrer dans une mutualité. Elle a depuis longtemps son médecin, qui a vu naître les enfants, soigné le père de famille dans le cours d'une maladie grave. Elle sera obligée de ne plus recourir à lui si elle entre dans une société dont le service médical est confié à M. X.

Elle ne fera pas d'objection si, en l'admettant parmi vous, vous lui dites : « Vous garderez votre médecin habituel. »

Le libre choix du médecin met en jeu pour le bien des mutualités la concurrence médicale.

Lorsqu'un bureau d'une société a choisi son médecin, l'a investi d'une sorte de monopole, est-il bien sûr que son choix, fût-il excellent, présentera toujours les mêmes garanties qu'au début ?

Le dévouement, les initiatives empressées s'émeussent à la longue lorsqu'une situation semble durable, de tout repos, à l'abri de toute concurrence.

Vous vous êtes privés, en arrêtant votre choix, du stimulant de nos professions libérales, de l'aiguillon qui pousse à faire mieux que le voisin.

Pourquoi voudriez-vous que le zèle s'accrût avec les années, que les visites du médecin fussent plus sérieuses, que ses enquêtes auprès d'un malade fussent plus précises quand il sait que le malade ne peut s'adresser ailleurs, qu'il est toujours sûr d'être appelé auprès de lui ? Après tout les médecins ne sont que des hommes.

Tandis que si le nombre des mutualistes que le médecin aura à traiter augmente avec son zèle, son dévouement peut s'accroître.

Il aura toujours l'espoir, avec un service médical ouvert, de voir son malade guéri et reconnaissant dire à un camarade : « Envoie chercher M. un tel, il m'a très bien soigné. »

Comment un service médical basé sur le libre choix peut-il s'adapter aux organisations actuelles de nos sociétés ?

Je ne puis vous donner sur ce sujet que des indications générales, que les grandes lignes d'une installation.

Les situations sociales de nos membres sont souvent très différentes ; nos sociétés ont par là même des habitudes, des orientations qui font que le problème à résoudre varie avec chacune d'elles. Je ne veux cependant pas éluder la question, ce serait être par trop incomplet que de défendre devant vous un principe sans montrer qu'il est applicable, vous vanter un progrès sans vous faire entrevoir sa réalisation possible.

La première preuve que le libre choix du médecin se concilie avec vos intérêts et est possible avec vos habitudes, c'est le fait que déjà à Tours et dans le département un certain nombre de sociétés l'ont appliqué et s'en trouvent bien.

Voulez-vous me permettre entre autres de vous signaler la société de secours mutuels de Loches où la liberté du malade est absolument respectée ?

Cette société a une longue existence et peut être donnée comme exemple d'une organisation très simple et très libérale.

Il en existe à Tours du même genre qui prouvent qu'un grand centre, avec sa population plus dense et son nombre plus élevé de médecins, peut également faire bénéficier ses mutualistes des mêmes avantages.

Pourquoi toutes les sociétés n'ont-elles pas entré dans cette voie, cédé sur ce terrain au bon sens et à la raison ?

Parce qu'elles ont craint d'aggraver leurs dépenses médicales — c'est là l'objection principale opposée au libre choix.

Les sociétés qui fonctionnent à l'abonnement redoutent le système à la visite qu'elles croient à tort beaucoup plus onéreux.

Celles qui rémunèrent à la visite un médecin unique craignent, en ouvrant leurs portes à tous les autres, de subir les fantaisies de leurs malades

Aucune de ces craintes n'est justifiée, et à mesure que nous étudierons les diverses combinaisons de service médical mutualiste vous trouverez réponse à ces objections.

On peut diviser en trois classes les organisations médicales actuelles avec lesquelles le libre choix est à la rigueur compatible.

Cherchons avec laquelle de ces combinaisons il s'adapte le mieux.

La rémunération du médecin peut se faire :

1° par une somme fixe annuelle — abonnement ou forfait ;

2° par une indemnité journalière délivrée au sociétaire sur laquelle il prélève les honoraires du médecin et les solde directement ;

3° par le paiement d'une somme fixée à l'avance pour chaque visite ou consultation, versée en totalité par la société.

1° Libre choix avec l'abonnement ou forfait.

La société qui confie ses malades à un seul médecin moyennant un prix annuel fixe, pour s'adapter au libre choix divise la somme totale par le nombre de ses sociétaires, les autorise à choisir leur médecin et verse annuellement à celui-ci tant par tête de membres soignés par lui.

C'est un progrès déjà sur le service médical fermé, mais aucun des inconvénients du système à l'abonnement n'est supprimé.

Si la rémunération des médecins est égale, combien le travail produit par chacun d'eux peut être inégal !

Quel est celui d'entre vous qui consentirait à rester sous les ordres d'un patron tenant à ses ouvriers le langage suivant : vous êtes dix, comme salaire de l'année vous vous partagerez une somme de tant, que vous travailliez beaucoup ou que vous fassiez peu de chose.

C'est là pourtant le sort fait aux médecins par l'abonnement ; que le nombre de leurs visites soit de 100 ou de 1000, les honoraires ne bougent pas.

Vous êtes-vous jamais demandé quel était l'état d'esprit d'un médecin qui soigne pendant un mois ou deux un sociétaire, parfois très éloigné de son domicile et qui représente pour lui à la fin de l'année un salaire de 5 francs.

Et vous espérez obtenir du praticien, avec ce procédé, le summum du dévouement, d'étude consciencieuse de ses malades ?

L'insuffisance du système appliqué à un ou à plusieurs médecins est tellement criante que nous voyons, tous les jours, des sociétaires ou des ouvriers offrir spontanément au médecin choisi par eux des honoraires à chaque visite, quitter d'eux-mêmes le médecin désigné et se faire soigner en dehors de leur mutualité.

Un proverbe dit qu'on en a toujours pour son argent. Le médecin, comme le disait dans un Congrès le professeur Nuels, de Liège, n'est pas un ange, il est comme l'ou-

## Maladies de l'Estomac

Elixir MOSNIER

(Chlorhydro — Cacaïne — Peptique — Thébaïque — Chloroformé)

DIGESTIONS PÉNIBLES, BALLONNEMENTS, DILATATIONS, DYSPÉPSIES, GASTRITES, GASTRALGIES

1 à 2 cuillerées à café à la fin des repas dans de l'eau sucrée.

PRIX : 3 fr. 50 le flacon. — Dépôt à Paris : MM. SIMON et MERVEAU. — TOURS : Ph<sup>e</sup> TULASNE, place de la République

(Envoi gratuit aux Docteurs, sur demande, d'un flacon d'essai)

vrier, il fait en général mal une besogne rétribuée par un salaire fixe, immuable.

Le système à l'abonnement, même avec le libre choix, permet l'appel incessant, abusif de la part du sociétaire : il entraîne par suite la visite sommaire, rapide, incomplète du médecin obsédé.

Il est immoral par ce fait que plus le médecin travaille, plus il fait de visites, moins il est rémunéré.

Il n'a pas été accepté par la loi pour les accidents du travail, par l'assistance médicale gratuite, il faut qu'il soit bien peu intéressant, il a été réprouvé à la tribune de la Chambre par M. Albert Poulain et par M. Ricard, président de la Commission d'assurance et de prévoyance sociale.

« Certaines sociétés invoquent en sa faveur le fait qu'elles peuvent ainsi établir, par avance, leur budget d'une façon certaine. On peut leur montrer que les honoraires médicaux payés par abonnement ne forment qu'une faible part des dépenses. Les sociétés peuvent-elles prévoir des dépenses autrement importantes telles que les frais de médicaments, l'indemnité de chômage, les frais funéraires, etc. (Dr Bolliet.) »

Le système de l'abonnement n'a même pas l'avantage d'être plus économique, il revient à peu près au même prix que le système à la visite, parfois moins cher : vous entendrez tout à l'heure des chiffres pris parmi vos sociétés qui en disent long à cet égard.

Dans notre première discussion du 27 février quatre sociétés prises au hasard nous ont donné spontanément quelques chiffres.

Dans l'une, la moins favorisée, l'abonnement médical représente une somme de 4 francs par tête de sociétaire ; si elle fonctionnait avec la rémunération de la visite, sa dépense eût été de 6 francs.

Une autre société avec le système et la visite eût dépensé un franc de plus.

Une autre eût dépensé le même prix.

Enfin dans une quatrième société le prix d'abonnement a fait ressortir à 3 francs le prix de la visite, prix supérieur à la moyenne.

Quand on associe au système à la visite le libre choix, une enquête, apportée en 1906 au congrès de Nantes par G. Flavier et Keller, prouve que le prix du service médical n'augmente pas.

M. Py, dans un rapport présenté à la Fédération des sociétés mutuelles de l'Hérault, à l'occasion du projet d'entente avec le Syndicat médical de Montpellier, disait : « Que ceux d'entre vous qui ne veulent pas de la suppression de l'abonnement fassent une statistique de leurs dépenses annuelles dans ces conditions ; qu'ils se fassent ensuite communiquer, par une Société similaire, les dépenses occasionnées par le tarif à la visite, pour un même nombre de sociétaires et de journées de maladies égales, nous sommes certains que l'avantage ne sera pas du côté de l'abonnement. »

*2° Libre choix avec l'indemnité journalière globale ou partielle pour les frais médico-pharmaceutiques.*

Le sociétaire reçoit de la société une somme fixe par jour, il prélève sur cette somme les honoraires du médecin, et les lui transmet.

C'est la suppression pure et simple du service médical.

Avec cette indemnité, chaque sociétaire paierait lui-même son médecin et son pharmacien en donnant au besoin de l'argent de sa poche.

Je ne m'arrêterai pas longtemps sur ce procédé c'est la négation de la société de secours mutuels, et sa substitution par une caisse d'assurance-maladie.

La société perd son contrôle. Le malade a tendance à ne pas appeler le médecin, à économiser même ses frais pharmaceutiques, les maladies s'éternisent et la société voit ses finances périlcliter.

La Fédération nationale de la Mutualité française en 1907, dans une commission mixte avec le délégué de l'Union des Syndicats médicaux présidée par M. Emile Loubet, a condamné ce procédé.

Voici deux des conclusions adoptées :

I. — La Commission prend acte de la *généralisation progressive du système à la visite et du libre choix du médecin*, et demeure convaincue que le temps et le progrès des mœurs rendront de plus en plus fréquente, partout où elle sera possible, l'application de ce double système sans qu'il soit besoin de modifier les conventions en cours.

II. — Il ne devra être rien changé à l'organisation des secours médicaux et pharmaceutiques tels qu'ils existent dans l'immense majorité des sociétés. C'est-à-dire qu'il n'y a pas lieu de substituer une indemnité pécuniaire au secours médical et pharmaceutique immédiat et en nature, et qu'au contraire, dans l'intérêt de la santé publique, il y a lieu de fortifier les fonctions d'hygiène sociale confiées à la Mutualité.

C'est très expressément, dans le paragraphe II, la condamnation de l'indemnité pécuniaire substituée au secours médical et pharmaceutique immédiat en nature.

*3° Libre choix avec le système à la visite.*

Par contre, relisez le paragraphe I et vous constaterez que la même commission, avec une prudence dont on doit la louer, tend à indiquer aux mutualistes la voie où ils doivent s'engager : libre choix associé au système à la visite.

Son enquête a démontré qu'à Paris nombre de sociétés ont adopté ces mesures libérales. A Montpellier l'entente s'est faite sur le même terrain, en 1903, entre le Syndicat des médecins et la Fédération des sociétés de secours mutuels de l'Hérault.

En 1903, dans les Deux-Sèvres même organisation avec la Fédération mutualiste.

A Marseille, à la suite d'une conférence faite par le Dr Bolliet, de Lyon, les mêmes mesures vont être probablement adoptées.

Ce confrère, en collaboration avec le Dr Albertin, avait déjà, en 1906, réussi à installer à Lyon le régime du

**IODO-JUGLANS** (Extrait de Noyer i de) La plus saine et la plus énergique des préparations iodotanniques, 20 gouttes contiennent 1 centig. iode chimiquement pur et assimilable.

L'IODO-JUGLANS, tout en possédant une grande activité, est bien supporté par les estomacs les plus délicats : enfants, convalescents.

L'IODO-JUGLANS est le meilleur succédané de l'huile de foie de morue.

POSOLOGIE. — Enfants : 10 à 20 gouttes par jour ; Adultes : 30 à 40 gouttes par jour, dans un peu de lait ou d'eau sucrée.

Maladies de poitrine : toux, bronchites, engorgements ganglionnaires, affection de la peau, faiblesse générale, surmenage, anémie.

DÉPÔT TOUTES PHARMACIES. — Vente de gros : H. MORAND, Pharmacien, AURAY (Morbihan).

libre choix et l'avait discuté dans une brochure intéressante.

C'est donc bien, comme le dit la Commission présidée par la haute personnalité de M. Loubet, une « généralisation progressive » de ces mesures libérales.

Pourquoi, en Indre-et-Loire, ne suivrions-nous pas la même voie que tant d'autres sociétés ont trouvée avantageuse pour leurs membres ?

Le progrès des mœurs qui rend de plus en plus fréquente l'application de ce double système, ainsi que le constate la Commission, ne doit pas nous être indifférent ; pourquoi ne pas adopter à nos sociétés une organisation que réclament les intérêts supérieurs de nos mutualistes.

Nous avons vu plus haut, par un exemple choisi parmi vous, fait constaté ailleurs sur une plus grande échelle, que le tarif à la visite était plus souvent moins onéreux pour les sociétés que l'abonnement, mais que, en d'autres circonstances, il était d'un prix plus élevé.

Cette inégalité a sa raison ; elle tient à ce que dans certaines sociétés le contrôle est absent, les visiteurs font mal leur besogne, les bureaux ont un certain laisser-aller.

Le fait a été reconnu publiquement dans beaucoup de congrès mutualistes.

Le remède est tout indiqué : réaliser un contrôle plus rigoureux ou, si on le préfère, chercher, en intéressant les sociétaires, à limiter le nombre des visites et par suite des prescriptions.

Dans cette voie, deux procédés ont été proposés. Donner au malade un boni, un tant pour cent d'autant plus élevé sur le total de ses frais médico-pharmaceutiques que la maladie aura moins coûté en médecin et en médicaments.

Le malade aura intérêt à choisir dans la ville le médecin le plus discret en visites et en ordonnances.

Si vous craignez de faire naître chez le sociétaire l'espoir d'un gain en fin de maladie, ce qui n'est peut être pas très moral, peut même être dangereux pour sa santé et celle de sa famille, il est préférable de lui laisser la crainte d'une dépense et, alors, *intéressez directement le sociétaire dans le prix de la consultation et de la visite.*

C'est là le second procédé de contrôle et de limitation des frais médico-pharmaceutiques.

#### *Tickets de visite achetés au prix léger par le sociétaire.*

La société émet des carnets à souche contenant 10 ou 20 tickets de visite.

Chaque ticket représente le prix convenu de la visite ; il est vendu un prix minime aux sociétaires : 45 ou 25 cent. par exemple.

Quand le malade fait appeler son médecin, il lui remet en paiement de sa visite un ticket. Sur la souche le médecin signe et date et va toucher chez le trésorier ses honoraires.

Pour lui plus de comptabilité sujette aux erreurs. Economie de temps.

Le sociétaire qui, à chaque consultation ou visite, a déboursé une certaine somme que vous aurez en partie seulement déduite de sa cotisation annuelle, a intérêt à ne pas appeler le médecin et saura lui-même limiter des visites qui lui coûtent.

La société, grâce à la souche, peut à tout instant contrôler le malade et éviter des abus.

Toute chose gratuite a tendance à être gaspillée ; si minime que soit le prix d'un objet, on l'apprécie et on l'économise.

Dans le cours d'un voyage en Angleterre, je remarquai qu'un hôpital, qui délivrait les médicaments aux malades qui venaient à sa consultation, les faisait payer indistinctement deux sous. L'administrateur me fit observer qu'on ne désirait pas, de cette façon, couvrir les dépenses de la pharmacie, ce qui eût été impossible, mais qu'on cherchait à donner de la valeur aux ordonnances, pour qu'elles soient utilisées et ne soient pas gaspillées.

La vente des tickets, aux sociétaires, d'une souche de secours mutuels constitue un *frein modérateur automatique*. Vous pouvez fixer un chiffre de cotisation annuelle qui tienne compte de l'achat des tickets, et l'élévation de dépenses portant sur les personnes qui auront été le plus souvent malades sera ainsi répartie selon toute équité.

On peut objecter que parfois un sociétaire ne peut, par suite d'infortune, acheter un de ces carnets. Mais alors la société peut intervenir. N'est-ce pas là son véritable but, son principal rôle ? Dans un cas urgent et digne d'intérêt, la société peut toujours soit avancer la somme nécessaire, soit même donner gratuitement les tickets.

Ce procédé a été organisé par plusieurs sociétés de Paris, il a été utilisé avec une légère modification dans les Deux-Sèvres, sous l'inspiration de la Fédération des Sociétés de secours mutuels du département.

A Lyon dans un rapport de 1906 du Dr Bolliet, on peut lire « les sociétés qui ont une bonne administration, autrement dit les sociétés qui surveillent la délivrance et l'emploi des tickets médicaux, qui font participer les sociétaires au prix de la visite, font de notables économies ; nous pouvons en citer chez lesquelles le service n'a pas atteint 4 francs par tête de sociétaire pour une année. »

Je sais, Messieurs, combien est incomplète cette étude d'un sujet aussi intéressant pour vous, aussi je vous prie de croire que je n'ai eu aujourd'hui que le désir d'éveiller en vous de nouvelles préoccupations, que de solliciter de généreuses initiatives de la part des présidents.

Vous me permettrez, avant de terminer, d'émettre un vœu qui vous prouvera que votre Conseil d'administration est tout entier en communion d'idées sur ce terrain.

Vous entendrez l'exposé du projet d'Union Médico-Mutualiste de votre vice-président M. Lettrait. Je souhaite que cette organisation si complète et si bien comprise soit non seulement applaudie, mais mise à exécution dans toutes vos mutualités.

Vous aurez fait faire un pas de plus en Touraine à l'idée déjà si féconde de l'appui mutuel que se doivent toutes les classes sociales.

### **Des Affections chirurgicales chroniques (Tuberculose et Cancer) dans leurs relations avec les Accidents du travail.**

Par le Dr L. LAPEYRE, de Tours,  
Ancien interne des Hôpitaux de Paris,  
Chirurgien en chef de l'Hôpital.

La législation nouvelle sur les accidents du travail a eu pour conséquence de porter devant les tribunaux et de leur faire résoudre toute une série de problèmes restés jusque-là d'ordre purement chirurgical et dogmatique. Nous y avons gagné, nous chirurgiens, d'être amenés à étudier de plus près des questions jusqu'ici un peu sommairement résolues, en raison même de leur peu d'importance pratique.

Les fractures, l'appendicite dans ses rapports avec le traumatisme ont été l'objet de discussions dans d'autres enceintes où, après les grands traumatismes, c'est aujourd'hui la tuberculose chirurgicale et le cancer dans leurs rapports avec les accidents du travail.

Les deux affections ainsi rapprochées dans une même étude sont loin de se présenter en le même état.

Les documents abondent pour la tuberculose, ils se font infiniment rares pour le cancer.

Chacun de nous a fréquemment observé des tuberculoses locales attribuées à un accident du travail, et a dû souvent envisager le problème sous ses divers aspects, tour à tour médecin du blessé, expert de Compagnie, expert officiellement nommé par le tribunal. Aucun tribunal français n'a eu à discuter l'origine accident de travail d'un cancer et d'une façon plus générale il est bien peu d'observations dans lesquelles le traumatisme semble devoir être incriminé comme agent provocateur du néoplasme.

### I. — TUBERCULOSE CHIRURGICALE CHRONIQUE.

La question posée est très nettement circonscrite.

En pratique la tuberculose chirurgicale des accidents du travail, c'est essentiellement la tuberculose osseuse et articulaire.

La tuberculose testiculaire, pour fréquente qu'elle soit, est plus rarement attribuable à un accident et l'opinion médicale est nettement fixée à son égard.

J'aurai donc uniquement en vue ici les tuberculoses osseuses et articulaires et les envisagerai spécialement au point de vue du médecin appelé à donner son opinion devant un tribunal et plus particulièrement comme expert officiel.

A première vue rien de plus simple, la doctrine médicale paraît nettement fixée à ce sujet, l'expert n'aurait donc qu'à transcrire la formule de Mosny : « Le trauma ne crée pas une tuberculose locale, il ne peut qu'aggraver une tuberculose constatée ou développer une tuberculose existant en germe au point frappé. »

Cependant déjà une première restriction s'impose. Si au point de vue scientifique pur, nous admettons fréquemment comme une vérité ce qui n'est encore qu'hypothèse, nous ne pouvons faire de même dans le domaine juridique.

Nous voici donc amenés à nous poser cette interrogation.

Est-il vraiment certain que jamais la tuberculose ne crée une tuberculose locale ?

Récemment encore, sur la foi des expériences de Max Schüller, nous admettions que chez un tuberculeux, le traumatisme déterminait une tuberculose locale.

Il n'y a pas longtemps que les expériences de Lannelongue et Achard, celles même de Petrow nous ont conduit à la conclusion actuelle.

Notre rapporteur a bien saisi l'importance qu'il y avait à répondre victorieusement à toutes les objections.

Je crois pour ma part que le dossier de faits cliniques et expérimentaux qu'il apporte, établit indiscutablement le bien fondé de la doctrine médicale.

Personnellement dans tous les cas assez nombreux que j'ai observés, la tuberculose siégeait en un point d'élection de la tuberculose spontanée : thorax, poignet, trochanter, genou, cou-de-pied, métatarse.

Aucun de ces accidentés n'était un tuberculeux pulmonaire avancé, chez la plupart la tuberculose était complètement ignorée.

Enfin, et j'insisterai un peu plus sur ce point : sauf dans deux cas, le traumatisme était léger ou douteux.

Deux faits seuls de traumatisme grave ont donné lieu à

une tuberculose ultérieure : arthrite tuberculeuse du cou-de-pied succédant à une fracture bimalléolaire.

Dans tous les autres cas, il s'agissait d'une contusion, d'une entorse, etc. souvent le certificat médical n'avait fait que s'en rapporter à la déclaration du blessé au procès-verbal d'accident.

Quoiqu'il en soit, j'estime avec notre rapporteur, que sans aucune incertitude nous sommes en droit de nettement formuler devant un tribunal notre opinion :

Influence nulle de l'accident sur la genèse de la tuberculose locale. Influence possible sur son développement ou son aggravation.

Mais ici intervient la loi spéciale qui rejette les accidents du travail.

Impuissante à modifier la doctrine scientifique, elle peut nous imposer des conclusions différentes en tant qu'expert chargé d'un mandat défini, ayant à répondre strictement aux questions posées.

C'est, en effet, ce qui résulte de la jurisprudence fixée par la Cour de Cassation.

La loi elle-même, si l'on s'en rapporte du moins au commentaire donné devant la Chambre par M. Maréjols, rapporteur, était prête à tenir compte des prédispositions.

« Les indemnités ne sont dues que pour les conséquences directes et immédiates des accidents » disait-il.

Mais les tribunaux, après hésitation entre deux solutions contraires, enfin la Cour de Cassation elle-même ont établi une jurisprudence tout opposée.

Désormais le juge ne veut connaître qu'une chose : L'accident a-t-il exercé une influence défavorable, si légère soit-elle, sur la tuberculose. Cela lui suffit en effet. Que la tuberculose ait été créée, développée ou aggravée, c'est tout un pour lui.

Toutes les lésions postérieures à l'accident en sont déclarées les conséquences directes, sous la seule réserve qu'elles suivent à peu près immédiatement le traumatisme.

La justice, ayant besoin d'une solution simpliste, se refuse à faire état de la doctrine chirurgicale, en raison de la difficulté qu'il y a à tenir compte de la prédisposition et aussi, proclame t-elle, de l'incertitude de la science médicale.

Je crois qu'il y a à peu près unanimité dans le monde chirurgical, à regretter qu'une opinion fautive et nettement anti-scientifique ait prévalu.

Je dis dans le monde chirurgical seulement et non dans le monde médical, car nous voyons, par exemple, un médecin distingué, tel que le Dr Vibert, expert près du tribunal de la Seine, se ranger à l'avis des magistrats pour éviter à l'expert la difficulté de faire la part entre ce qui revient à la tuberculose préexistante et l'accident lui-même.

Là est, en effet, la véritable et seule objection à la mise en pratique par les tribunaux de la doctrine chirurgicale sur les rapports du traumatisme et de la tuberculose.

Et nos confrères eux-mêmes ont trop souvent fourni des armes contre nous, en cédant aux sollicitations, soit du blessé, soit de l'assureur, désireux de s'appuyer devant le tribunal, sur une estimation favorable.

Entre des évaluations par là même trop différentes, les juges ont eu beau jeu à parler de l'incertitude de la science médicale.

Mieux eût valu et vaudrait encore laisser le soin à l'expert officiel de fixer en chiffres une estimation.

Une estimation basée sur l'application pure et simple de la formule de Mosny contient un peu d'arbitraire, nous n'en disconvenons pas ; du moins, elle repose sur une base

scientifique solide et représente le maximum d'équité humaine possible.

Elle sera, en tous cas, singulièrement plus près de la vérité que tel jugement du tribunal de la Seine cité et approuvé par le Dr Vibert et qui attribue entièrement à une contusion une ostéite tuberculeuse du métatarse.

Nous devons, à mon sens, émettre un vœu en faveur de l'introduction, dans la loi de 1898, d'un article nouveau visant spécialement la tuberculose, et cela, comme le dit excellemment M. Jeanbran, dans l'intérêt même de l'ouvrier exposé à être chassé de l'atelier au moindre soupçon de tuberculose ou de débilité.

Non seulement, la jurisprudence actuelle grève trop lourdement l'accident du travail en refusant de tenir compte de l'état antérieur, mais du fait même des caractères habituels de la tuberculose traumatique, les fausses déclarations d'accident sont trop fréquentes sans contrôle possible.

En effet, la tuberculose traumatique :

1° Apparaît habituellement chez des tuberculeux au début, et non malades *notoirement*;

2° Presque toujours à la suite d'un *léger traumatisme* : contusion par exemple.

Ce dernier caractère ouvre la porte à toutes les erreurs, à toutes les fraudes. Bien des tuberculeux obtiennent une grosse indemnité, qui n'ont jamais été accidentés.

Tout concourt à ce résultat :

L'opinion populaire d'abord, qui attribue à un coup toute tuberculose osseuse ou articulaire.

Il en est ainsi en pathologie infantile, il en sera ainsi, à plus forte raison, chez l'ouvrier intéressé tout au moins à être payé de son chômage.

De bonne foi même, il y aura donc souvent fausse déclaration de l'ouvrier appuyé de ses camarades.

Le patron, couvert par une assurance, soucieux d'être en règle avec la loi, ne lésine pas lui-même sur les déclarations. Chose plus curieuse, l'assureur lui-même pousse parfois à la reconnaissance de l'accident, se croyant en présence d'une affaire de minime importance, voulant faire plaisir à un gros assuré, il propose lui-même d'admettre un accident syphilitique non déclaré et non constaté en temps utile.

En voici un bel exemple.

**FOURNISSEUR DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE**

Le plus puissant antiseptique ni toxique, ni caustique. Essence végétale pure	<b>PROSTATITES</b> <b>URÉTRITES</b> <b>CYSTITES</b>	<b>Le plus actif modificateur du terrain malade (Dujardin-Beaumez), Antispasmodique et désodorisant</b>
	<b>GOMENOL</b> Ovules glycérine et huile gomenolée	<b>GOMENOL</b> Instillations huile gomenolée Capsules
	<b>GOMENOL</b> <b>LEUCORRÉE</b> <b>SALPINGITES</b> <b>MÉTRITES CHRONIQUES</b>	
DANS TOUTES LES PHARMACIES Littérature et vente en gros <b>PREVET, 48, Rue des Petites-Écuries, PARIS (10<sup>e</sup>)</b>		

## JUGLANDINE FERROUILLAT

Principes actifs du Noyer et Amers francs combinés chimiquement avec : Iode, Fer lacté et Glycérophosphate de chaux. (M. le Prof. ALBERT ROBIN, Traité de Thérapeutique, fascicule 1, page 175).

### LYMPHATISME, ANÉMIE, TUBERCULOSE

- 1° Absorption facile et agréable sans crainte de constipation ;
  - 2° Éléments toniques, reconstituants, dépuratifs et antineurasthéniques, très assimilables ;
  - 3° Appétit et toutes les fonctions organiques heureusement stimulées ;
  - 4° Liquide léger, d'un goût exquis, sans alcool ; elle a cet avantage de pouvoir être prescrite aux estomacs faibles, délicats ou épuisés, chez l'enfant comme chez l'adulte ou le vieillard ;
  - 5° Sa combinaison spéciale des éléments du Noyer avec les Amers francs, l'Iode, le Fer lacté et le Glycérophosphate de chaux, en assurant une action tonique, progressive et mitigée du médicament, ne donne jamais d'iodisme, si fréquent avec les préparations iodées, et le fait, au contraire, toujours disparaître, s'il existait auparavant.
- D'où supériorité incontestable et parfaitement démontrée après expérimentation.*

Prix : 5 francs

DÉPÔT GÉNÉRAL :  
PHARMACIE du CHATELET, 35, r. Rivoli, PARIS  
Deux Médailles d'or et un Diplôme de Grand Prix

## ANTHYLÈNE

Antiseptique général  
(Aldehyde formique et essences)

SANS CUIVRE — SANS HG — ODEUR AGRÉABLE

Chirurgie -- Obstétrique -- Gynécologie -- Désinfection

Pharmacie Brunot, Saint-Médard-en-Jalles (Gironde)  
et toutes pharmacies

Échantillons gratuits sur demande à MM. les Docteurs.

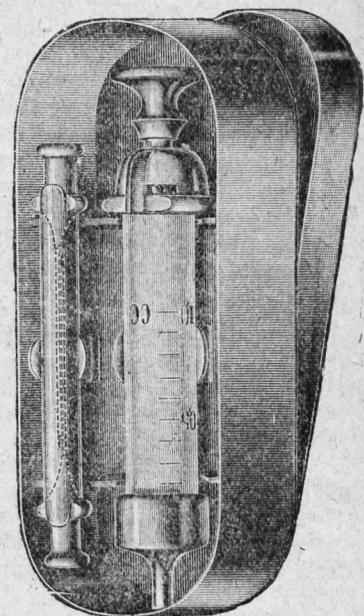
## VALS SOURCE LA REINE

ALCALINE  
GAZEUSE  
INALTÉRABLE

**DYSPEPSIE, GASTRO-ENTERITE**  
**DÉBILITÉ, Maladies du FOIE et des REINS**  
**TRES DIURÉTIQUE**

Spéciale dans la **DIARRHÉE INFANTILE**

La REINE est facturée prix coûtant aux  
Médecins qui s'adressent à  
**M. CHAMPETIER, Pharmacien à VALS.**



**Seringue Record Ferrandoux**  
19, rue de la Scellerie

Un employé chez un gros droguiste déclare, avec le consentement de l'assureur, trois semaines après un accident hypothétique une contusion de la hanche. En réalité, il s'agissait d'une tuberculose du trochanter en évolution.

En dépit de l'opinion formelle d'un chirurgien des Hôpitaux commis de bonne heure, le tribunal condamne l'assureur à payer le chômage, les soins médicaux et à faire une rente calculée sur 80 0/0 de réduction de salaire.

Une autre fois, j'ai vu se présenter, muni d'un procès-verbal d'accident un ouvrier atteint d'une énorme collection pottique descendue dans la gaine du psoas.

Ici le contrôle chirurgical était facile; la plupart du temps il reste illusoire. A diverses reprises et ces jours derniers encore, à propos d'une arthrite tuberculeuse du genou, j'ai dû rester obtenu de l'ouvrier lui-même l'aveu qu'il avait déclaré un accident fictif, alors qu'il souffrait depuis quelque temps.

L'accident invoqué n'étant le plus souvent qu'une contusion ou une entorse légère, le médecin délivre de confiance un certificat basé sur le procès-verbal du chef d'atelier. Et désormais l'affaire est réglée, toutes les constatations de l'expert seront impuissantes à prévaloir devant le tribunal.

En l'état actuel de la jurisprudence donc, en dépit de l'opinion chirurgicale, l'accident est considéré comme créant la tuberculose.

Et chose peut-être plus grave encore, nombre de tuberculoses spontanées sont chaque jour attribuées à un accident imaginaire.

A mon sens, conséquence nous avons le droit et le devoir d'éclairer le législateur sur les abus qui découlent de la loi de 1898.

Un paragraphe spécial, ou mieux encore une loi spécial, devrait être édictée sur la tuberculose, qui vient à l'heure actuelle singulièrement alourdir et compliquer la question des accidents du travail.

## II. — CANCER

Je serai très bref en ce qui concerne les rapports du cancer avec les accidents du travail.

Je n'ai personnellement jamais vu soulever devant un tribunal la question d'attribution du cancer à un accident du travail.

Le fait rare encore en France, mais plus fréquent en Allemagne, tendra sans doute à se produire de plus en plus souvent, et le débat d'aujourd'hui vient à son heure pour éclairer l'opinion médicale elle-même sur les rapports du traumatisme et du cancer.

J'ai adressé à M. le professeur Segond, qui a bien voulu les publier in extenso dans son remarquable rapport, deux observations dans lesquelles un trauma constaté avait été suivi presque immédiatement du développement d'un cancer. Je n'ai plus à y insister après la discussion qu'a faite M. Segond lui-même de leur valeur.

**OBSERVATION I. — Cancer de la lèvre.** — Il s'agit d'un cantonnier de 57 ans; pendant qu'il émondait une branche d'accacia, une épine le piqua à la lèvre inférieure et s'y fixa. Le D<sup>r</sup> Mattrais (de Chinon) constate la piqûre et enlève l'épine. Trois ou quatre mois après, au niveau même du point piqué, se développe une croûte qui saigne au grattage; les choses restent en l'état quelques semaines, puis le caractère épithélial de la lésion s'affirme et huit mois après la piqûre, le D<sup>r</sup> Mattrais conseille l'ablation pratiquée par moi à l'hôpital de Tours en mars 1906.

Il n'y avait pas de retentissement ganglionnaire appréciable, l'opéré a bien guéri et il n'y a pas encore de récurrence.

L'examen histologique n'a malheureusement pas été fait, mais ainsi que le dit M. Segond « le diagnostic d'épithélioma de la lèvre n'est guère de ceux qui prêtent à discussion et il faudrait un scepticisme bien excessif pour ne pas reconnaître l'influence causale de la piqûre initiale. »

**OBSERVATION II. — Sarcome du sein chez un vieillard.** — Il s'agit d'un jardinier de 79 ans. En mars 1906 cet homme tombe la poitrine en avant sur le manche de sa fourche et s'y contusionne le sein gauche. Un hématome se développe aussitôt et le D<sup>r</sup> Bosc (de Montoire) en constate lui-même la présence. L'épanchement se résorbe ensuite avec lenteur, mais peu après le sein, qui était normal avant l'accident, devient rapidement plus volumineux, et le D<sup>r</sup> Bosc reconnaît en juin 1906 l'existence indéniable d'une tumeur. Trois semaines après j'examine le blessé avec le D<sup>r</sup> Bosc et nous diagnostiquons un sarcome du sein avec notable envahissement ganglionnaire dans l'aisselle. Le malade n'est pas opéré et meurt six semaines plus tard.

Pas d'examen histologique, mais écrit M. Segond: « Des garanties particulièrement significatives: l'âge du patient peu favorable à l'évolution du sarcome; la constatation médicale:

1° de la nature, du siège et de la violence du traumatisme initial;

2° de l'intégrité de la région avant le traumatisme;

3° de la localisation précise du néoplasme au niveau du point contusionné;

4° de la continuité des manifestations pathologiques locales depuis l'instant du traumatisme jusqu'à l'évolution du néoplasme ».

Je désire dire seulement un mot des affections traumatiques viscérales assez rares du reste, qui au cas de cancer survenant à une date rapprochée, pourraient donner naissance à une question intéressante de responsabilité.

Je veux parler des ulcérations traumatiques de l'estomac ou de l'intestin.

J'ai vu chez deux ou trois blessés, dont l'un surtout était typique, apparaître des hématomésés ou du mélanos à plusieurs reprises et à des intervalles de plusieurs mois.

Celui auquel je fais particulièrement allusion était bien une victime d'accident de travail. De sa guérison de garde-frein, il avait été, dans un tamponnement, précipité à plat ventre sur le toit d'un wagon.

L'accident remonte à près de trois ans et il ne s'est rien produit, mais il eût pu en être autrement.

Le cancer se greffe sur des cicatrices cutanées, il peut aussi bien se greffer sur les muqueuses, et du reste, tous les médecins admettent le développement du cancer sur un ulcère stomacal.

La question portée devant un tribunal donnerait lieu sans doute à un débat intéressant.

## NOTES D'ORTHOPÉDIE

### LES CLINODACTYLIES

Par le D<sup>r</sup> Louis DUBREUIL-CHAMBARDEL

Les *Clinodactylies*, ou déviations des doigts, forment un groupe important de malformations digitales. Leur très grande fréquence, leurs diverses variétés, méritent d'at-

tirer l'attention de l'anatomiste et de l'anthropologiste, en même temps qu'elles commandent au praticien de les bien connaître. Comme aucun travail d'ensemble n'a encore paru sur cette question, nous avons pensé qu'il y aurait utilité à grouper tous les faits épars dans la littérature médicale et à en faire un examen critique.

Les doigts peuvent être déviés dans deux sens :

1° Dans le sens du plan sagittal du corps, ce sont les déviations antéro-postérieures caractérisées par la flexion des phalanges;

2° Dans le sens latéral, les phalanges étant tournées vers le bord cubital ou vers le bord radial de la main.

De là résultent deux grandes divisions :

1° Les clinodactylies antéro-postérieures ou *camptodactylie*;

2° Les clinodactylies latérales, avec leurs variétés en *varus* si le doigt est dévié vers le bord radial de la main, en *valgus* s'il est tourné vers le bord cubital.

Nous allons étudier successivement les unes et les autres dans les chapitres de ce travail.

## I.

### LA CAMPTODACTYLIE

C'est le professeur Landouzy qui, en 1885, a désigné sous le terme de *camptodactylie* la déformation en crochet des doigts (*καμπτος*, courbe, *δακτυλος*, doigt). Cette déformation en crochet est causée par la flexion permanente et irréductible de la phalange sur la phalange ou, plus souvent, de la phalange sur la phalange.

Cette flexion se produit suivant l'axe du doigt, lorsqu'elle est simple; mais elle peut être associée à d'autres malformations digitales comme l'oligodactylie et les déviations latérales.

Pour reconnaître cette déformation, le moyen le plus pratique consiste à étendre la main, les doigts écartés, sur un plan horizontal. Ordinairement, toute la face palmaire des doigts touche à ce plan; lorsque, au contraire, il y a camptodactylie, le doigt dévié ne prend plus contact avec le plan que par l'extrémité proximale de la phalange et l'extrémité distale de la phalange. Il se produit alors un pont dont la hauteur peut atteindre jusqu'à deux centimètres et parfois un peu plus.

Dans les camptodactylies les plus accentuées, l'angle de flexion des phalanges peut être de 90 degrés; il n'est pas rare de rencontrer des déviations de 110 ou 120 degrés.

Il faut séparer de suite la camptodactylie vraie de quelques états pathologiques que nous ne ferons que signaler. Il peut en effet y avoir des flexions permanentes des doigts à la suite de cicatrices de la peau, de sections tendineuses ou aponévrotiques des doigts, de paralysies des nerfs de la main, de luxations ou d'entorses digitales ou phalangiennes; certains états chroniques comme le rhumatisme déformant, la goutte, la lèpre, etc., peuvent aussi déterminer des flexions des doigts : de même certaines arthropathies séniles bien décrites par MM. Parisot et Étienne, de Nancy (1). Enfin il existe certains stigmates professionnels, chez les verriers par exemple, comme l'a indiqué le professeur Poncet en 1888 (2), ou chez les vigneron comme nous l'avons observé souvent en Touraine, caractérisés par des flexions plus ou moins réductibles des doigts. Toutes ces flexions pathologiques, dont la cause sera facilement reconnue et qui présentent des signes diagnostics très nets, sont bien différentes de la camptodactylie vraie qui, seule, nous occupera ici.

(1) Echo médical et chirurgical, 1903 d. 25.

(2) Académie des sciences, 1888, 26 mars.

### ÉTIOLOGIE

Tous les doigts peuvent être déviés. L'auriculaire est de beaucoup celui qui est le plus fréquemment camptodactylique. L'annulaire est moins souvent atteint; le médium et l'index ne le sont qu'exceptionnellement; les déviations de ces trois doigts ne sont presque jamais isolées, mais généralement associées à celle de l'auriculaire. D'après M. Crépin, sur 100 sujets l'auriculaire était seul dévié 76 fois; 24 fois cette déviation du petit doigt était associée à celle de l'annulaire et du médium. Sur 160 observations personnelles nous avons trouvé.

160 fois la déviation de l'auriculaire		
29	—	de l'annulaire
10	—	du médium
4	—	de l'index.

La fréquence de la camptodactylie est assez grande. M. Herbert a pu recueillir 38 observations sur 240 sujets examinés soit 14,5 pour cent. Nous l'avons trouvée dans la proportion de 13,9 pour cent sur une série de plus de 300 sujets. Elle est plus commune chez la femme que chez l'homme : 16 fois pour cent chez la femme, 12 fois pour cent chez l'homme. Elle est aussi plus accentuée dans le sexe féminin. Notre enquête confirme les statistiques de MM. Herbert et Crépin. M. Herbert, sur 38 camptodactyliques, compte 27 femmes et 11 hommes; M. Crépin sur 100 cas trouve 59 femmes et 41 hommes; nous-même sur 160 sujets avons noté 89 femmes et 71 hommes.

Ordinairement, la déviation existe aux deux mains, elle est alors généralement plus accentuée du côté droit que du côté gauche. Lorsqu'elle est unilatérale, elle est plus fréquente à la main droite.

Sur 160 observations personnelles elle était 112 fois bilatérale et 48 fois unilatérale, dont 30 fois à droite et 18 fois à gauche.

M. Crépin donne les chiffres suivants d'après une statistique de 100 cas : 64 fois la camptodactylie était bilatérale, 36 fois elle était unilatérale, dont 21 fois à droite et 15 fois à gauche.

### THÉORIES PATHOGÉNIQUES

Plusieurs théories pathogéniques ont été proposées pour expliquer la production de cette curieuse déformation des doigts. Nous devons ici dire quelques mots de trois d'entre elles :

1° La *théorie neuro-arthritique*, défendue par MM. Landouzy, Boinet et Herbert;

2° La *théorie tuberculeuse*, défendue par MM. Horand, Milian et Crépin;

3° La *théorie dégénérative*, défendue par M. Féré.

**Théorie neuro-arthritique.** — C'est en 1885 que le professeur Landouzy a rangé la camptodactylie parmi les stigmates du neuro-arthritisme; il avait été frappé de la fréquence très grande des doigts en crochet chez les arthritiques : 18 fois sur 35 sujets examinés, soit 51 pour cent.

« La camptodactylie, écrit-il, précède, accompagne, plus rarement suit toute une série de troubles fonctionnels et organiques bradytrophiques qui m'ont permis d'en faire un stigmate organique de neuro-arthritisme et comme tel, de le considérer comme un signe indicateur précoce de la nutrition retardante de Bouchard. L'adultération organique, d'où résultera la malformation digitale, tient à un travail de mince sclérose des surtout fibreux

juxta-articulaires et péri-articulaires des articulations intéressées. La radioscopie montre intactes les phalanges des camptodactyliques les plus atteints : une série de dissections faites chez des camptodactyliques d'âges différents m'a montré, avec l'intégrité des têtes articulaires phalangiennes et phalangiennes, avec l'intégrité des synoviales, certain épaississement, appréciable mais léger, des faisceaux fibreux tissant les articulations digitales ; une rétraction légère des tendons fléchisseurs des phalanges des doigts auriculaire, annulaire et médium, toutes lésions n'intéressant en rien l'articulation phalango-métacarpienne. »

Cette théorie arthritique a été reprise par deux élèves de M. Landouzy : le professeur Boinet et M. Herbert.

Le premier, dans sa thèse d'agrégation sur les *Parentés morbides* (1886), écrit : « Cette lésion est très fréquente et se retrouve toujours, lorsqu'on la rencontre, avec les altérations de l'arthritisme... En somme, il s'agit là d'un signe important révélateur de la diathèse arthritique. »

M. Herbert a examiné 38 sujets camptodactyliques et 23 fois il a trouvé des signes non douteux d'arthritisme. « En interrogeant sur leur passé les malades atteints de camptodactylie, nous avons pu constater, chez la plupart d'entre eux, des symptômes qui permettent de les classer dans la grande famille neuro-arthritique.... En résumé, l'arthritisme, diathèse fibroïdante par excellence, explique le rôle du tissu fibreux dans la production de la camptodactylie... La fréquence remarquable avec laquelle elle se produit dans l'arthritisme en fait un des stigmates de cette diathèse. »

**Théorie tuberculeuse.** — La théorie de M. Landouzy a été assez généralement acceptée jusque dans ces derniers temps, lorsqu'en 1907 M. René Horand, de Lyon, sous l'influence des « remarquables travaux du professeur Poncet, sur le rhumatisme tuberculeux et la rétraction de l'aponévrose palmaire en particulier », a émis l'hypothèse que la camptodactylie serait le résultat d'une *tuberculose inflammatoire de l'aponévrose palmaire*. Il aurait en effet rencontré des doigts crochus dans une proportion de 40 0/0 chez les tuberculeux et presque toujours « non seulement cliniquement, mais anatomiquement, en disséquant des mains atteintes de camptodactylie typique, il a constaté la participation de l'aponévrose palmaire et des tissus qu'elle entoure à la rétraction, au processus pathologique inflammatoire. » Dans une note plus récente, le Dr Horand conclut : « En un mot, il s'agit d'un processus scléreux, complètement assimilable à celui de la rétraction de l'aponévrose palmaire classique, ou maladie de Dupuytren ». Un peu auparavant (1906), M. Julien Bouygues, d'Aurillac, avait noté plusieurs fois la déformation en crochet des doigts dans la maladie de Dupuytren, qu'il considère comme de cause tuberculeuse.

Cette année, M. Milian a adopté cette même théorie tuberculeuse dans une communication faite à la Société médicale des hôpitaux de Paris. Sur 100 sujets camptodactyliques observés, dans le service de l'érysipèle au bastion 29, il aurait trouvé :

Tuberculeux avérés.	87
Tuberculeux probables.	7
Individus paraissant indemnes de tuberculose.	6

« Cette proportion d'accidents tuberculeux chez les camptodactyliques est réellement considérable, dit M. Milian, si l'on en rapproche la similitude des rétractions fibreuses du rhumatisme chronique et l'existence de scléroses tendineuses tuberculeuses, on pensera qu'il y a tout

lieu de croire à la nature tuberculeuse de la camptodactylie. Il faut remarquer d'autre part que les lésions tuberculeuses de nos malades sont toutes des lésions de virulence atténuée et à tendance scléreuse évoluant pour la plupart vers la guérison ou même ayant guéri... Cela revient à dire que la sclérose tendineuse, entraînant la camptodactylie, fait partie d'une infection tuberculeuse sclérosante, le plus souvent générale, de l'organisme. »

Comme on le voit, M. Milian attache beaucoup d'importance aux lésions tendineuses, alors que pour M. Horand ce sont les lésions de l'aponévrose palmaire qui sont les principales ; cette divergence d'opinion est plus apparente que réelle et ces deux auteurs reconnaissent à la camptodactylie une même cause : la tuberculose des parties molles des doigts.

M. Crépin, élève de M. Milian, conclut ainsi : « Fonction de l'infection tuberculeuse, la camptodactylie est précieuse pour le pronostic de cette affection, puisqu'elle paraît être l'apanage des tuberculoses scléreuses à marche lente. »

**Théorie dégénérative.** — M. Féré, depuis 1890, dans différentes publications, considère le petit doigt en crochet, comme d'ailleurs la plupart des autres malformations de la main, comme un caractère dégénératif. « Mais, écrit-il dans la Famille Nevropathique, ce qui est plus commun dans toutes les catégories de dégénérés, c'est le défaut de proportion d'un ou de plusieurs doigts... le défaut du petit doigt s'accroît encore si la brièveté relative s'ajoute à la déformation en crochet qui rappelle celle du petit orteil. » La camptodactylie serait très fréquente chez les hystériques et les épileptiques.

#### OBJECTIONS

Telles sont les diverses théories émises pour expliquer la camptodactylie ; les unes comme les autres sont, comme on le voit, d'ordre essentiellement pathologique. Voyons quelle est leur valeur.

MM. Milian et Crépin ont critiqué les statistiques de MM. Landouzy et Herbert ; la chorée, le rhumatisme, l'obésité, les varicosités vasculaires que ceux-ci considéraient comme de nature arthritique seraient peut-être d'origine tuberculeuse pour ceux-là. C'est là cependant question secondaire. M. Landouzy, dans un tiers au moins de ses observations, 13 fois sur 38 cas, n'a trouvé, malgré une analyse rigoureuse, aucun symptôme d'arthritisme ; par conséquent, cette diathèse ne serait pas la seule à produire la camptodactylie. Cette déformation ne constitue donc pas un caractère pathognomonique, un stigmate, une signature de l'arthritisme.

La statistique de M. Crépin admet l'origine presque exclusive de la tuberculose. Nous ferons remarquer dans ses observations : 1° le manque absolu de renseignements sur les parents des sujets examinés ; par conséquent, il n'est pas possible de reconnaître le caractère héréditaire de la déformation ; 2° l'absence d'indications relatives à l'âge auquel aurait apparu la camptodactylie ; 3° il n'est pas indiqué non plus si la déformation des doigts a apparu avant tout autre symptôme tuberculeux, ou au contraire si les lésions tuberculeuses ont apparu avant la camptodactylie.

Il résulte de ces remarques que nous ne pouvons tirer des 100 observations de M. Crépin que cette seule conclusion : sur 94 sujets présentant des doigts en crochet, il existait en même temps des lésions tuberculeuses ; mais nous ne pouvons pas du tout dire que cette camptodac-

tylie est une lésion tuberculeuse. C'est vouloir appliquer ici la loi des coïncidences et se baser sur cette loi pour établir un argument de cause à effet, qui est vraiment trop spécieux, d'autant plus qu'aucun examen microscopique, aucune dissection, n'ont été faits de ces doigts crochus. On pourrait, par un raisonnement semblable, donner une origine syphilitique ou une origine thyroïdienne à la camptodactylie et je ne sais pas si, dans ces temps derniers, il n'en a pas été parlé.

M. Horand apporte à l'appui de sa thèse, quatre observations originales : nous éliminons la seconde, dans laquelle l'auriculaire droit semble s'être fléchi par suite d'une lésion du tendon extenseur compris dans un abcès tuberculeux du dos de la main ; la troisième ne donne aucun renseignement utile ; les deux autres signalent la rétraction de l'aponévrose palmaire, mais n'indiquent pas l'époque où a apparu la camptodactylie, c'est donc encore ici un raisonnement par *coïncidence*.

Les bases sur lesquelles s'appuient ces deux théories arthritique et tuberculeuse ne me paraissent pas encore assez fortes et surtout sont étayées sur des coïncidences trop fragiles et des observations trop superficielles, pour entraîner une conviction entière.

Des recherches que nous avons faites à Tours et portant sur un total de 160 sujets camptodactyliques il résulte :

I. — Que le doigt en crochet n'est pas une lésion acquise. Elle est aussi fréquente chez les enfants et chez les adultes : M. Landouzy l'a trouvée chez les enfants de 6 ans, nous l'avons reconnue chez des enfants au maillot. Examinant à la crèche de l'Hospice général de Tours, dans le service du D<sup>r</sup> Bosc, 14 enfants âgés de moins de 6 mois, nous avons trouvé chez trois d'entre eux une flexion appréciable de l'auriculaire. Chez les enfants et les adolescents, la laxité des ligaments, la mobilité des articulations masquent ou atténuent beaucoup la camptodactylie ; celle-ci devient de plus en plus accentuée au fur et à mesure que s'accomplit l'ossification des phalanges. Elle est définitive et la déviation est irréductible, lorsque le processus d'ossification est complètement terminé, c'est-à-dire à vingt-cinq ans ; à partir de cet âge elle reste stationnaire.

II. — Que le doigt en crochet est, comme beaucoup d'autres variations du squelette des doigts, essentiellement héréditaire. Ce caractère n'a pas échappé à M. Landouzy : « La malformation digitale est, non fatalement mais communément héréditaire, les filles d'une même famille la présentent plus fréquemment et plus accentuée que leurs frères. Depuis vingt ans que j'étudie la chose dans la clientèle, je retrouve aisément chez les fillettes la camptodactylie de leur mère et des grands-parents ; j'ai même observé quatre générations successives de camptodactyliques ; aïeule 78 ans, grand-mère 58 ans, mère 36 ans et fille 16 ans ». En 1889, M. Raphaël Blanchard a publié un cas d'hérédité de camptodactylie de la phalangette, avec une curieuse disposition des ongles. MM. Milian et Crépin n'apportent aucun fait d'hérédité, et même négligent tout à fait ce point capital, ce qui affaiblit beaucoup leur conclusion ; leurs malades ont été observés isolément dans des salles d'hôpital, c'est pourquoi il importe beaucoup, dans ces questions, de ne pas étudier des individus séparés, mais d'étudier des familles. Ce fut notre façon de procéder et nous pouvons ainsi citer de nombreux exemples d'hérédité : M., étudiant en médecine, a une camptodactylie bilatérale très accentuée qui existe aussi marquée chez son grand-père ; la famille R, a huit de ses membres camptodactyliques, le grand-père, deux filles et cinq petits enfants ; Madame R... est camptodactylique ainsi que ses deux filles ; S..., ouvrier relieur a les auriculaires fléchis à angle

droit, sa mère les a de même, ainsi qu'une de ses tantes, etc., etc. Nous posons en principe que l'hérédité est un fait presque constant.

III. — Que le doigt en crochet n'est pas dû à une lésion des parties molles. Sur les doigts d'enfants que nous avons pu disséquer (doigts qui seront déposés au Musée anatomique de l'École de médecine de Tours), nous n'avons trouvé aucune rétraction de l'aponévrose palmaire, ni tendinite, si légère soit-elle, ni péricardite. Ces lésions n'ont apparu manifestement, mais peu prononcées, que sur les doigts de personnes âgées. Mais n'est-ce pas un fait banal, un fait constant, que de constater chez le vieillard une légère sclérose des aponévroses, des tendons, des ligaments de la main. MM. Landouzy, Herbert, Horand insistent sur ces lésions des parties molles mais emploient pour les qualifier les termes de léger, modéré, mince ; jamais ils n'ont trouvé de lésion grave. La légèreté de ces lésions ne permet pas d'expliquer la flexion souvent très grande des doigts. Il faudrait expliquer aussi pourquoi la rétraction de l'aponévrose palmaire, les lésions des tendons et des ligaments ne portent leurs effets que sur l'auriculaire. Cette explication nous ne la trouvons nulle part.

IV. — Que le doigt en crochet n'est l'apanage exclusif ni des arthritiques ni des tuberculeux. Malgré le grand soin qu'il a pris à dépister chez ses malades la moindre marque d'arthritisme, M. Landouzy a trouvé 33 0/0 de ses camptodactyliques exempts de cette diathèse. M. Milian sur 100 sujets en a trouvé au moins 6 exempts de toute tare, si minime soit-elle, de tuberculose. Beaucoup de gens qui ne sont ni arthritiques, ni tuberculeux peuvent avoir des doigts en crochet. Sur nos 160 sujets, 41 pouvaient être considérés comme arthritiques ; 38 pouvaient être rangés parmi les tuberculeux ; mais la grande majorité étaient des individus absolument sains. Signalons aussi dans notre statistique 8 cancéreux, deux goitreux, 4 syphilitiques. M. Landouzy avait signalé en 1885 la déformation en crochet de l'auriculaire chez trois individus atteints de la maladie de Basedow.

V. — Que le doigt en crochet ne se rencontre pas plus fréquemment chez les épileptiques et les hystériques que les sujets sains. Sur nos 160 camptodactyliques, une douzaine au plus étaient épileptiques ou hystériques.

#### VARIATIONS OSSEUSES DES PHALANGES

En réalité, la camptodactylie est due à une légère variation anatomique de la tête de la phalange et à une autre variation du corps de l'os : nous allons les décrire l'une et l'autre maintenant.

Si on examine la phalange d'un auriculaire non camptodactylique, on peut lui considérer un corps et deux extrémités.

Le corps, demi-cylindrique, décrit un très légère courbure à concavité antérieure. Cette courbure est beaucoup moins accentuée sur l'auriculaire que sur les phalanges des quatrième, troisième et deuxième doigts, et la plupart du temps est si peu indiquée qu'on peut considérer le corps de cette phalange auriculaire comme rectiligne. Sur les doigts camptodactyliques, au contraire, cette courbure est exagérée. Nous donnons ici deux figures : la première permet de comparer l'auriculaire d'une main non camptodactylique, avec l'annulaire de la même main ; on remarquera que la courbure de l'annulaire est très nette, alors que celle de l'auriculaire est à peine ébauchée : la deuxième figure permet de comparer cette même phalange de l'auriculaire avec celle d'un auriculaire campto-

dactylique et on verra que cette dernière présente une courbure très manifeste.

La face dorsale du corps de la phalange est lisse et est recouverte par les tendons des muscles extérieurs ; demi-cylindrique à la partie moyenne, elle devient plane vers l'extrémité distale, sans présenter toutefois de tubérosité osseuse et on remarque l'amorce de la trochlée articulaire, qui empiète de 2 ou 3 millimètres environ sur cette face. Sur les auriculaires camptodactyliques on constate très nettement une augmentation de volume de cette extrémité et deux tubérosités mamillaires séparées par un sillon peu profond ; la trochlée articulaire n'empiète plus sur cette face dorsale. Il ne faut pas confondre ces tubérosités :

1° Avec les nodosités d'Heberden qui n'ont pas ce siège, occupent la deuxième phalange de préférence et s'accompagnent de lésions graves de l'articulation phalangino-phalangettienne ;

2° Avec les nodosités de Bouchard et Legendre qui sont situées plus latéralement, coexistent aux quatre derniers doigts et sont plus marquées aux deuxième et troisième, qu'aux quatrième et cinquième ; d'ailleurs ces nodosités pathologiques ont une évolution très particulière et présentent à la dissection une disposition qui les différencie facilement des tubérosités osseuses de la camptodactylie.

M. Horand a remarqué comme nous les deux caractères que nous décrivons ici : « une incurvation réelle des phalanges en avant et une hypertrophie de la tête osseuse des phalanges, »

De cette courbure exagérée du corps de la phalange et de cette hypertrophie de la tête osseuse résulte une déformation de l'articulation phalango-phalangienne. L'interligne articulaire n'est plus perpendiculaire à l'axe du doigt, mais plus ou moins oblique. La poulie articulaire empiète beaucoup sur la face palmaire et est très oblique d'arrière en avant et de bas en haut. La phalangine, qui doit s'articuler sur une telle surface, fera donc avec la phalange un angle plus ou moins obtus pouvant atteindre même 90 degrés. Les synoviales sont absolument saines.

Telles sont, me semble-t-il, les causes qui provoquent la camptodactylie.

Ces légères variations osseuses sont absolument de même ordre que celles que nous décrivons dans le chapitre suivant pour expliquer les déviations des doigts en valgus et en varus.

Nous verrons ultérieurement pourquoi elles se rencontrent avec une plus grande fréquence à l'auriculaire, puis par ordre décroissant à l'annulaire et au médium.

(A suivre)

### **Coincidence de la Scarlatine et de la Varicelle chez un enfant ; Sphacèle de la peau au niveau de lésions varicelleuses**

Par le D<sup>r</sup> EDMOND CHAUMIER

Le lundi 27 juin, je suis appelé auprès de l'enfant B. âgé de six ans, sur le corps duquel sa mère avait remarqué des rougeurs et des boutons depuis deux ou trois jours.

La fièvre a débuté samedi et a persisté jusqu'à maintenant.

La langue très blanche au début est maintenant dépouillée.

En dedans de la lèvre inférieure sont deux petites ulcérations blanches, une troisième existe sur la langue ; cela ressemble à des aphtes.

La gorge est rouge. Un ganglion assez développé au cou du côté droit.

Sur la conjonctive oculaire gauche, je remarque un éleveur rouge, sur tout le corps on trouve des boutons écorchés. Quelques-uns sont remplacés par une croûte sèche ; d'autres sont recouverts d'une croûte entourée elle-même d'une collerette d'épiderme soulevé par un peu de liquide.

Primitivement, les boutons étaient saillants et contenaient un liquide transparent ; cela ressemblait à de petites bulles de brûlure. Ces boutons étaient, dès le début, entourés d'une zone rouge.

Les mêmes lésions existent sur le cuir chevelu.

Sur un bras et sur une jambe on trouve une vésicule à contenu trouble présentant l'aspect des vésicules de varicelle.

Sur la cuisse droite et sur le pied du même côté une des lésions est noire et large comme un pois. Celle de la cuisse siège sur une partie indurée qu'on sent sous forme de petite tumeur en pressant les tissus entre le pouce et l'index. Au pied on ne peut pincer les tissus et par suite on se rend moins bien compte de la profondeur de la lésion.

Cette tuméfaction profonde que l'on sent à la cuisse semble indiquer que la peau est mortifiée dans toute son épaisseur.

À côté de ces boutons, la peau présente une éruption rouge, un peu framboisée, diffuse, ou par tout petits points, répandue sur tout le corps.

Une épidémie de scarlatine et une de varicelle existent concurremment dans le pays. Il ne saurait y avoir aucun doute sur le diagnostic.

La fièvre est très forte. L'enfant n'a pris aucune nourriture depuis deux jours ; il accepte à peine les boissons.

Au bout de quelques jours tout rentre dans l'ordre ; la fièvre disparaît et les deux maladies évoluent rapidement vers la guérison. Les deux points sphacelés donnent lieu simplement à une cicatrice un peu plus prononcée que celles des autres vésicules.

### **Reconstituant du système nerveux NEUROSINE PRUNIER**

PHOSPHO-GLYCÉRATE DE CHAUX CHIMIQUEMENT PUR

### **Le Prolapsus utérin des Nullipares**

Par le professeur PAUL RECLUS

Vous avez actuellement sous les yeux un prolapsus utérin survenu chez une jeune fille, vierge encore et par conséquent n'ayant jamais accouché. Ce prolapsus des nullipares diffère par son étiologie, par ses symptômes et surtout par son traitement, du prolapsus banal des femmes qui ont eu des enfants. Or, comme cette distinction essentielle est à peine faite, même dans les traités spéciaux, il me semble utile de vous raconter, avec quelques détails, l'histoire de notre malade.

Il s'agit d'une Béarnaise de vingt quatre ans, nerveuse, d'apparence assez frêle et réglée à dix-huit ans seulement. Vers seize à dix-sept ans, elle s'aperçut, après des marches un peu longues ou quelque fatigue dans la maison, d'une grosseur apparaissant entre les lèvres de la vulve ; elle éprouvait en même temps quelques troubles de la miction, des envies plus fréquentes d'uriner, de la douleur dans les reins et de la pesanteur dans le bas-ventre. L'apparition des menstrues d'abord tous les deux mois, puis tous les mois, ne modifia ni en bien ni en mal les légers accidents dont souffrait la malade.

Peu à peu ils s'accroissent ; la fatigue fut plus précoce, la pesanteur dans les reins plus lourde ; les troubles de la miction allèrent parfois jusqu'à une rétention momentanée d'urine et, dans l'intervalle des règles, il y eut des pertes blanches abondantes. C'est alors qu'étravée, la jeune fille vint me consulter à la campagne où je me trouvais alors, et je pus constater, sortant à moitié de la vulve, après avoir forcé la membrane hymen, un col utérin et une portion de la matrice entraînant un peu de la paroi antérieure du vagin ; mais cette cystocèle ne s'accompagnait pas de rectocèle. Notre jeune compatriote désirait une opération qui la débarrassât de cette infirmité, et je lui conseillai de venir à Paris où elle fut reçue dans mon service.

C'était la première fois que je voyais un abaissement de la matrice chez une jeune fille. Les cas en sont assez rares et peu de chirurgiens ont eu, comme Lapeyre (de Tours), l'occasion d'en opérer quatre. Néanmoins le vieux Nonat avait déjà observé le prolapsus des nullipares : nous pouvons lire dans les comptes rendus de la Société de chirurgie de Bucarest (février 1907), une discussion sur ce sujet à propos d'une communication d'une assistante de Racoviceanu : c'est là qu'on en trouve des faits dans les recueils et le cas est cité partout de cette fillette de quatorze ans chez qui soudainement la matrice apparut à la vulve sous la poussée d'un violent effort. Munde, Miranda, Coffart ont de même vu l'abaissement survenir, tout à coup ou progressivement, chez les jeunes filles, ce qui a permis de distinguer les prolapsus de force des prolapsus de faiblesse. Celui de notre jeune fille appartenait à cette dernière variété et s'établissait presque insensiblement.

Les causes de la chute de la matrice ne sont plus chez les nullipares les mêmes que celles que l'on invoque pour expliquer le prolapsus des accouchées. Chez celles-ci le mécanisme semble toujours le même : en passant à travers la filière vagino-vulvaire, avec ou sans l'aide du forceps, l'enfant a parfois distendu outre mesure les tissus et déchiré le périnée ; les muqueuses et la peau se cicatrisent, mais pas les muscles : transverses et releveurs de l'anus ont perdu leur tonicité et la matrice, qui repose sur eux, ne trouve plus, en eux, la résistance élastique nécessaire pour s'opposer aux assauts de la pression abdominale ; aussi, grâce au défaut de cette sangle musculaire, peu à peu ou tout à coup, l'utérus entraîne avec lui le vagin, la vessie et le rectum et apparaît à la vulve, d'autant plus facilement que les ligaments suspenseurs de la matrice ont perdu de leur résistance pendant les distensions de la grossesse et de l'accouchement.

Bien de tout cela chez la jeune fille et nous devons faire intervenir ici la laxité congénitale des moyens de suspension de l'utérus ; les ligaments ronds, les ligaments larges, les ligaments utéro-sacrés qui maintiennent la matrice en place sont alors de résistance médiocre et de structure peu solide. Dans notre cas, nous avons eu sous les yeux les ligaments ronds ; ils étaient à peine visibles, ils faisaient dans le repli du péritoine une saillie insignifiante et se déchiraient sous la faible traction de nos pinces. On invoque aussi la faiblesse congénitale du périnée ; c'est possible, mais pas dans notre observation ; nous avons examiné à loisir les releveurs et leurs faisceaux musculaires nous ont paru normaux. C'est donc la faiblesse de l'appareil suspenseur de la matrice qu'il faut incriminer chez notre jeune fille.

Pourrions-nous pousser plus loin l'étude des causes du prolapsus des nullipares et nous demander le pourquoi de ces insuffisances ? Lapeyre remarque que deux de ses opérées présentaient une débilité générale, presque un arrêt de développement. Notre malade aussi appartenait un peu à cette catégorie et les travaux des champs étaient certainement au-dessus de ses forces. Elle est en outre névropathe et Lapeyre invoque l'hystérie comme s'observant chez les personnes atteintes de prolapsus que compliquent souvent d'autres ptoses viscérales, puis la colite, l'appendicite, l'ovarite scléro-kystique. Mais ces affections sont si fréquentes qu'il faudrait un nombre considérable d'observations où la concomitance s'observe pour savoir s'il y a là autre chose qu'une simple coïncidence.

Bien plus qu'une étiologie différente, ce qui caractérise surtout le prolapsus des jeunes filles, c'est la difficulté de trouver un traitement efficace, la ténacité du mal et la tendance à la récurrence. Notre observation en est un exemple mémorable. L'opération par excellence contre le prolapsus ordinaire est la colopéri-néorrhaphie, et, d'accord avec mon collègue Richelot, à la compétence duquel j'avais eu recours, l'avivement et la suture du périnée furent faits avec le plus grand soin et sous mes yeux par mon chef de clinique, M. Picquand. Les deux faisceaux du releveur de l'anus, de belle apparence et de volume normal, furent solidement unis par du catgut, et le résultat immédiat parut excellent ; mais notre joie fut de courte durée et dès que, au bout de trois semaines, la malade se leva, l'abaissement de la matrice se reproduisit avec une rapidité déconcertante. Nous ne devions nous en prendre qu'à notre ignorance : le plancher périméal n'était pas en cause, ainsi que nous l'avait démontré la belle apparence des faisceaux musculaires des releveurs de l'anus, et par conséquent la réfection de ce plancher n'était nullement indiquée.

Nous ne pouvions laisser les choses en l'état, et dès que notre malade nous parut complètement remise de notre première intervention, je me décidai pour la fixation de la matrice par le raccourcissement des ligaments ronds selon le procédé de Doléris, opération à laquelle Racoviceanu et son assistante avaient eu recours dans leur cas. L'intervention fut simple. Dès que la cavité abdominale fut ouverte, je saisis le fond de l'utérus pour bien l'amener au niveau du champ opératoire ; puis avec une pince de Kocher ayant traversé l'aponévrose du grand oblique, le muscle droit antérieur et le péritoine, je pris avec une pince le ligament rond qui, formant une anse, fut entraîné au travers du péritoine, du muscle et de l'aponévrose, en sens inverse du chemin d'abord parcouru. Même manœuvre de l'autre côté et les anses des deux ligaments ronds furent suturées l'une à l'autre en avant de la paroi, sous la peau, par quatre points solides, dont deux au catgut et deux à la soie.

Au cours de ces manœuvres, nous nous aperçûmes du peu de résistance des ligaments ronds qui formaient sur le repli du péritoine un très mince relief : leur fragilité était telle que, à plusieurs reprises, ils furent rompus par nos faibles tractions. Aussi devions-nous prévoir qu'ils seraient un bien médiocre obstacle à la descente de la matrice. Mais nous espérons cependant obtenir un bon résultat, parce que nous avions appliqué étroitement l'utérus contre la paroi du ventre et nous pensions que, grâce à ce changement d'axe, la poussée intestinale, lors des efforts, refoulerait la matrice en avant et en bas, vers le pubis et non en bas dans la filière vaginale. Mais nous eûmes de nombreux déboires : d'abord la chloroformisation amena des accidents pulmonaires, un œdème aigu qui nous inspira de vives craintes pendant deux jours et qui provoqua même une complication aussi innocente que bizarre — un emphyseme sous-cutané de la région thoracique ; l'air emprisonné dans le ventre pendant la laparotomie en position déclive et chassé par les violentes quintes de toux au travers du péritoine et des muscles sectionnés, était arrêté par la

peau étroitement suturée et chemina ainsi sous les téguments jusqu'au niveau de la région mammaire.

Les accidents pulmonaires furent de courte durée, l'emphyseme se résorba et la cicatrisation de la plaie opératoire fut obtenue dans les délais normaux. Mais le résultat thérapeutique fut nul et dès notre premier examen, il fallut se rendre à l'évidence : la matrice était au ras de la vulve et, au moindre effort, en écartant les lèvres et semblait prête à prolaber. Certes nous avions espéré mieux ; malgré les craintes que nous avions inspirées, au cours de l'opération, la gracilité et la friabilité du ligament rond.

Sous peine de renvoyer notre malade en aussi mauvais point qu'à son arrivée, il fallait recourir à l'hystéropexie, seule intervention qui pût encore nous donner quelque espoir. Nous nous y sommes décidé enfin et, pour ne plus nous exposer aux graves dangers qu'avait fait courir le chloroforme, l'intervention fut faite sous l'anesthésie localisée par la stovaine. Elle eut lieu sans incident : une incision de dix centimètres au dessous de l'ombilic nous permit d'atteindre d'autant plus facilement la matrice que notre malade était en position de Trendelenburg. L'organe fut attiré aussi haut que possible et, avec l'aiguille courte, deux forts fils de soie furent placés au-dessus du col, mais sur le corps, le plus loin possible du fond de l'utérus, et le point supérieur correspondait à la partie moyenne de l'organe. Les plus grandes précautions furent prises d'autre part pour que l'axe de l'utérus fût exactement sur la ligne médiane, sans déviation de la matrice soit à droite, soit à gauche.

Ces précautions, le souci de ne pas mettre de fils sur le fond de l'utérus, celui de fixer la matrice exactement sur la ligne médiane ne sont nullement négligeables et vous n'ignorez pas que l'hystéropexie risque de troubler profondément les fonctions de l'organe de la gestation. C'est même ce qui nous avait fait tant hésiter à y recourir chez notre malade. Depuis Küstner en 1889, les accoucheurs instruisent le procès de cette intervention et déjà nous avons des statistiques qui relatent ses méfaits ; en France les travaux de Pinart et le très remarquable rapport de Oui les ont fait connaître au public médical. La ventro-fixation provoque des avortements et des accouchements prématurés ; elle peut mal influer sur la présentation du fœtus, sur l'accouchement et sur la délivrance.

Voyons d'abord ce qui a trait aux avortements et aux accouchements prématurés : Demelin en relève 20 sur 112 grossesses survenues après une hystéropexie et Küster 15 sur 95, proportion très supérieure à celles que l'on observe chez les femmes normales. Un cas a presque la valeur d'une expérience : une femme avorte deux fois après une ventro-fixation ; l'accoucheur détache les adhérences unissant l'utérus à la paroi abdominale et une troisième grossesse est alors menée à terme. Ces accidents s'expliquent : le fond de l'utérus adhérent à la paroi peut se développer régulièrement au cours de la grossesse. Aussi avons-nous dit avec quel soin il faut, dans les cas où l'hystéropexie est nécessaire, placer les fils le plus loin possible du fond et ne guère dépasser la partie moyenne de l'organe.

Même influence néfaste de l'hystéropexie mal faite sur la présentation du fœtus ainsi que le démontre une statistique de Pinart, et sur l'accouchement, comme l'établit Oui qui rapporte 3 observations de rupture utérine et 12 cas où l'opération césarienne fut nécessaire. Et si les accidents ne sont pas plus fréquents encore, c'est peut-être parce que les adhérences entre l'utérus et la paroi abdominale se détruisent souvent au cours de la grossesse et libèrent la matrice qui désormais évolue normalement. La délivrance, chez les femmes à utérus fixé à la paroi, provoque des hémorragies, ainsi que l'établit Demelin ; et l'on cite le cas d'une femme chez qui un écoulement sanguin redoutable fut arrêté par la rupture des adhérences utéro-pariétales : la matrice n'étant plus maintenue, la rétraction de l'organe put avoir lieu comme à l'ordinaire.

Et vous comprenez pourquoi je n'ai eu que si tardivement recours à l'hystéropexie : ce n'est que contraint par l'échec brutal des autres méthodes que je m'y suis décidé. La suite de notre intervention a été des plus simples et le résultat immédiat paraît bon. Cette fois-ci, le toucher vaginal nous montre un utérus en place, avec un col à cinq centimètres environ de la vulve. C'est peu, mais il ne faut pas oublier qu'on n'obtient guère mieux, sans doute à cause de l'allongement hypertrophique si fréquent de la portion sus-vaginale du col, et, dans son petit mémoire relatant ses quatre observations, Lapeyre a fait la même constatation : le col est encore près de la vulve, malgré le soin avec lequel il fixa l'utérus le plus haut possible sur la paroi du ventre.

Lapeyre fut moins timide que nous et du premier coup, dans ses quatre cas, il eut recours à l'hystéropexie qui répugne encore à tant de nos collègues parisiens. Il accuse quatre succès auxquels nous ajoutons le nôtre ; mais ces succès sont-ils

durables ? N'observera-t-on pas, plus tôt ou plus tard, la séparation graduelle de l'intérus dont les adhérences à la paroi s'étirent, deviennent lâches et se rompent ou se résorbent ? L'avenir nous éclairera sur ce point. En tous cas, malgré notre médiocre enthousiasme pour cette intervention, surtout chez une jeune fille dont la vie génitale commence à peine, nous devons reconnaître qu'elle seule ne nous a pas découragés du premier coup et nous donne, au contraire, de sérieuses espérances.

Je voudrais résumer en quelques phrases les enseignements que nous devons retirer de notre observation. Et d'abord les prolapsus utérins des nullipares, bien que fort rares, mériteraient de nos traités classiques une mention d'autant plus nécessaire que cette variété se distingue de la forme banale par des caractères étiologiques et cliniques particuliers et qu'elle exige d'autres méthodes d'intervention.

C'est ainsi que cette chute de la matrice semble plus fréquente chez les fillettes débiles, mal réglées, d'aspect infantile, de muscles médiocres et prédisposées aux ptoses viscérales multiples; elle ne s'accompagne pas d'ordinaire d'affaissement du vagin et surtout du rectum. Le périnée est intact ou simplement affaibli, les ligaments ronds sont gracieux et d'une extrême friabilité; aussi, ni la colpoperinéorrhaphie, ni l'opération de Doléris ne sont indiquées et c'est à l'hystéropexie qu'il faudra recourir. Mais n'oublions pas qu'il s'agit de personnes commençant à peine leur vie génitale: c'est pourquoi il faudra prendre les plus grandes précautions, en fixant la matrice, pour ne pas compromettre par des fils mal placés la grossesse, l'accouchement, la délivrance.

(Gazette des Hôpitaux, 1908, page 351).

**CÉRÉBRINE**, médicament spécifique de la **migraine** sous toutes ses formes et des **névralgies rebelles**. Agit spécialement contre les névralgies faciales, intercostales, rhumatismales, sciatiques, le vertige stomacal, et par dessus tout contre les **coliques périodiques**. Une à deux cuillerées à soupe à tout moment d'un accès suffisent.

Eug. FOURNIER et C<sup>e</sup>, 21, rue de St-Petersbourg, Paris (8<sup>e</sup>).

## Le Professeur DANNER

### Notice biographique

Par F.-Em. BOUTINEAU

(Suite)

Laurent-Marie Danner mourut pendant le cours de cette affaire, le 12 septembre 1804, âgé de 60 ans; son fils aîné François Otton dut la continuer. Eve Françoise de Wettenge, sa femme, lui survécut et décéda le 11 février 1812.

Parmi les nombreux enfants de cette famille l'un d'eux, Maximilien-François, dont nous avons conté plus haut le parrainage, fut le père du professeur. Né le 28 février 1787, il vint au monde à Aix-la-Chapelle. Pendant l'occupation française, séduit par les victoires et la gloire des armées impériales, comme tant d'autres, il s'enrôla à dix-huit ans sous le drapeau français [15 décembre 1809] et fut incorporé au 4<sup>e</sup> Régiment de Lanciers.

Il serait peut-être intéressant de narrer les campagnes auxquelles il prit part, mais nous n'avons pour tout document que l'état de ses services qu'il avait réclamé en 1815, lors du licenciement des troupes françaises. Bien qu'écrit dans ce style sobre et laconique qui caractérise la littérature militaire, cet état nous apprend que comme tous ses camarades il a fait son devoir, dans un rang peut-être inférieur, puisqu'il ne parvint qu'au grade d'adjudant sous-officier, mais qu'il ne manquait de bravoure, puisqu'il fit les campagnes de 1813 et 1814 et qu'il fut deux fois blessé. Le conseil d'administration du Régiment caractérisait ainsi sa conduite, son caractère, sa moralité et ses aptitudes :

« Monsieur Danner, qui appartient à une bonne famille, a reçu une éducation soignée; il joint à beaucoup de zèle une bonne moralité, ayant été pendant plusieurs années le collaborateur du quartier maître, il a déployé toutes les qualités qui distinguent un bon comptable.

Le Conseil d'administration verrait avec plaisir son avancement qu'il n'a cessé de mériter tant par ses bonnes qualités que par son dévouement pour Sa Majesté et la famille Royale.

Le Conseil certifie en outre que M. Danner n'a jamais contracté aucun engagement de mariage.

Nous retenons cette qualification de bon comptable, parce qu'elle a influé sur sa vie professionnelle.

Il fut décoré de l'ordre du Lis (1) le 7 août 1814.

Après le retour de la famille royale, on licencia une grande partie de l'armée, et Maximilien-François qui se trouvait à Montauban dut quitter son régiment en 1815. Il trouva place, pour quelques mois, avec son grade d'adjudant au 9<sup>e</sup> dragons qui était en garnison à Toulouse auprès du trésorier et enfin le 28 juin 1816, il déposa son uniforme.

Il avait 25 ans, il était orphelin, ses frères et sœurs avaient disparu et il aimait la France; il avait vu avec amertume en 1814 sa ville natale Aix-la-Chapelle séparée de sa patrie d'adoption, il n'hésita plus alors, et voulut devenir un vrai Français. Il demanda des lettres de naturalisation; elles lui furent accordées et expédiées le 26 août 1816.

Il avait laissé au régiment le souvenir d'un excellent comptable, ses chefs, qui l'estimaient fort, le recommandèrent à M. Montozon-Brachet, sous-inspecteur aux Revues (2) à Carcassonne, il entra dans son bureau et il ne devait pas tarder à gagner toute la confiance de son chef.

A cette époque le corps des officiers d'administration n'existait pas en France. Les Intendants et Sous-Intendants militaires recrutaient à leurs frais des commis pour expédier leurs travaux, le plus ancien ou le plus capable de ceux-ci portait le titre de chef de bureau ou de 1<sup>er</sup> secrétaire.

(1) Cet ordre fut créé en 1814, peu de temps après la rentrée en France des princes de la maison de Bourbon. Le 2 mars de cette même année le comte d'Artois fit distribuer à la garde nationale de Paris des rubans blancs moirés, qu'on attachait sur la poitrine; deux mois après on ajouta au ruban une fleur de lis d'argent; cet insigne subit encore quelques autres modifications; puis la révolution de 1830 abolit cet ordre.

(2) La création du Corps de l'intendance militaire est due au maréchal Gouvion-St-Cyr, elle eut lieu en 1817. L'ancienne administration de l'armée qui dura tout le temps des guerres de la République et de l'Empire, était effectuée par des fonctionnaires de divers ordres, qui portaient les noms de commissaires des guerres, commissaires ordonnateurs et inspecteurs aux Revues.

## BULGARINE

Culture pure en milieu végétal de ferments lactiques bulgares

Traitement des maladies intestinales, de l'auto-intoxication et de leurs complications

Bien formuler { 1<sup>o</sup> Comprimés de Bulgarine : 4 à 8 comp<sup>s</sup> par jour (la b<sup>te</sup> de 40 comp<sup>s</sup> : 3 fr. 50);  
l'une des 2 formes { 2<sup>o</sup> Bouillons de Bulgarine : 4 verres à madère par jour (le flac. : 3 fr. 50).

Laboratoire des ferments : A. THÉPÉNIER, 2, boulevard des Filles-du-Calvaire, PARIS. — Littérature et échantillons sur demande. — Téléphone : 932-19.

## AMYLODIASTASE

Sirop contenant les diastases naturelles vivantes de l'orge germée et leurs phosphates assimilables

Traitement des maladies stomacales et digestion des féculents. Neurasthénie

Rachitisme, Alimentation des nourrissons, etc.

Afin de ne pas détruire les ferments vivants ne pas introduire l'AMYLODIASTASE dans un milieu dépassant 60° centigr. — DOSE : 4 à 5 cuillerées à café par jour (le flac. : 4 fr. 50).

Maximilien-Joseph sut très vite faire apprécier ses brillantes qualités, seul le hasard des déplacements de ses chefs l'obligea à les quitter; d'ailleurs il n'en eut que trois. Nous reproduisons à titre documentaire le certificat que lui donna l'Intendant militaire Bourdon, lorsqu'il quitta Tours après avoir pris sa retraite.

« Je soussigné Intendant militaire de la D<sup>m</sup>e Div<sup>on</sup>, Commandeur de la légion d'honneur, admis à la retraite à dater de ce jour par suite de la demande que j'en ai faite en conséquence de la loi du 1<sup>er</sup> Avril dernier. Certifie que M. Maximilien-Joseph-François de Danner a été employé dans mes bureaux en qualité de premier secrétaire depuis le 1<sup>er</sup> Avril 1824 jusqu'à ce jour. »

« Je déclare que pendant ces dix années M. de Danner dont je connaissais la tenue, la bonne conduite et la moralité a justifié tout le bien qui m'avait été dit de lui, qu'il a constamment fait preuve d'une instruction profonde en administration militaire dont toutes les parties lui sont familières et qu'il s'est acquis toute mon estime et mon attachement ».

« Je déclare qu'à l'époque où M. de Danner est entré avec moi il était depuis le 15 octobre 1817 employé comme 1<sup>er</sup> secrétaire de M. le sous-Intend<sup>ant</sup>, M<sup>me</sup> Reymandon et qu'il a bien voulu me le céder ».

« Fait à Tours le 16 mai 1831 ».

[Signé] D. BOURDON.

Avec son caractère aimable et une tenue qui sentait la bonne compagnie, Maximilien résolut de se fixer à Tours définitivement et de se marier; il rencontra dans cette ville une jeune fille de condition modeste, mais douée d'une vive intelligence, mademoiselle Zoé-Eulalie Mottet; il l'épousa le 1<sup>er</sup> Décembre 1830.

De ce mariage naquirent quatre enfants, dont deux moururent en bas âge, il lui resta une fille et un fils qui devint le Professeur Danner.

Cette situation matrimoniale lui imposait des obligations, dont la première était la stabilité; il ne pouvait en effet décemment transporter sa famille, où le mèneraient les hasards d'une situation instable dans son essence. Son chef pouvait être déplacé et le successeur amener avec lui son secrétaire, son emploi alors était perdu.

Il habitait Tours depuis onze ans, sa fonction le mettait tous les jours en rapport avec les bureaux de la Préfecture, où il jouissait d'une aimable réputation et d'une grande estime; on y connaissait aussi ses fortes qualités de comptable et le préfet, M. d'Entraignes, qui l'affectionnait particulièrement, obtint pour lui une division de comptabilité dont il fut nommé le chef. Il se sépara avec regret de l'Intendance, mais il était heureux de se voir une position assurée.

Il entra en fonctions à la préfecture le 1<sup>er</sup> janvier 1833 et les conserva 16 ans: en 1849 frappé par la maladie, il dut les résigner. Avec lui sa division disparut ou plutôt elle fut réunie à une autre sous le titre de division des travaux publics et de la comptabilité. M. Pillet, déjà chef de division, fut nommé à ce poste le 1<sup>er</sup> janvier 1850. Maximilien Danner mourut à Tours le 8 mars 1852, laissant le souvenir d'un homme de bien et d'un esprit cultivé.

Léon Danner son fils naquit, comme nous l'avons dit plus haut, le 28 septembre 1832, son père l'entoura de la plus tendre sollicitude et avait résolu d'en faire un homme. La solide instruction qu'il avait reçue à Aix-la-Chapelle, sous l'active surveillance de son père, lui permit d'entourer d'une vigilance toujours en garde les études de son fils et d'en contrôler les progrès.

Après d'excellentes années passées à l'école Couturier, Léon entra au collège royal de Tours en 1841 dans la

classe de sixième. On ne sait pourquoi il redoubla la cinquième pendant les années 1843 et 1844, car en 1843 il avait obtenu le 2<sup>e</sup> accessit d'excellence; il se plaisait à raconter que son père voulait toujours qu'il fût le premier dans ses compositions et c'est peut-être là qu'il faut chercher la cause de cette récidive, car en 1844 il eut le premier prix d'excellence avec cinq autres prix et fut sept fois nommé, en 1849 (c'était son année de philosophie), il eut en outre un autre prix donné par la ville de Tours. Sa mère aimait à raconter que le Préfet, à la fin de la distribution des prix, voulut le reconduire en voiture chez elle, chargé de tous ses lauriers.

Quelques mois après il se rendit à Poitiers pour se présenter au baccalauréat ès lettres, il le passa brillamment le 19 octobre 1849. Il avait donc conquis son premier grade.

Il lui restait à faire choix d'une carrière. Son père avait toujours désiré pour lui la carrière universitaire et s'il exigeait de lui un travail assidu, c'est qu'il comptait le voir entrer à l'École normale supérieure. Tel n'était pas l'avis du jeune Léon. Il avait eu pour camarades des jeunes gens qui se destinaient à la Médecine et dans les longues causeries de philosophes de Lycée, il avait trouvé des arguments pour convaincre ses parents, que là était son inébranlable vocation. M. et M<sup>me</sup> Danner prirent conseil auprès des docteurs Tonnellé, Charcellay et Saturnin Thomas, qui étaient de leurs amis et ceux-ci, émerveillés des succès littéraires du jeune bachelier, ne manquèrent pas d'abonder dans son sens, prévoyant en lui une recrue hors de pair, s'il continuait à travailler comme il avait si bien commencé. La cause de la médecine fut gagnée, M. et M<sup>me</sup> Danner n'élevèrent plus aucune difficulté et Léon prit sa première inscription à l'école de médecine de Tours, le 9 novembre suivant; pendant sa première année de médecine il prépara son baccalauréat ès sciences, qu'il alla passer à Paris, où il eut le plus grand succès.

Danner fut un des plus brillants élèves de l'École de Tours, externe et interne, puis prosecteur d'anatomie; il sut réunir pendant les trois années où il y étudia les suffrages de tous ses professeurs et de ses chefs de service de l'hôpital. Il obtint d'ailleurs les premiers prix de chaque année, fidèle à la tradition de ses études secondaires.

La mort de son père, survenue au cours de sa troisième année, avait jeté une douleur immense et profonde dans cette intéressante famille et Madame Danner ne pouvait se résigner à laisser partir pour Paris pour compléter ses études, ce fils qui était l'objet de sa consolation et de tout son amour. Mais femme vaillante et forte autant que mère aimante et dévouée, elle domina sa douleur; et ne pensant plus qu'à l'avenir de son fils, elle le laissa partir à Paris prendre sa seconde inscription de l'année 1853 à la Faculté, c'est-à-dire au mois de janvier.

Fort de la science acquise auprès de ses maîtres de Tours, aidé par un sens clinique précoce et profond, par une intelligence et une lucidité des plus clairvoyantes, il n'hésita pas, aussitôt à son arrivée à la Faculté, à se préparer pour le concours de l'externat des hôpitaux de cette même année 1853, il affronta le concours et arriva dans un très bon rang.

Ce premier succès n'était que le prélude d'une situation bien autrement enviable et qu'on ne conquiert que par suite d'un labeur acharné: l'Internat des hôpitaux, qui est considéré dans le monde médical, comme une sorte d'aristocratie, Danner se mit résolument à l'œuvre, entassa veilles sur veilles et fut nommé interne le 22 décembre 1854 et classé le neuvième. Son premier cri de joie fut pour sa mère, à laquelle il écrivit tout de suite ce succès,

espérant qu'il calmerait un peu la profonde douleur où l'avaient jetée la mort de son mari et la séparation de son fils.

Pour raconter ses quatre années d'Internat, nous ne saurions mieux faire que d'emprunter cette période à M. le Dr Doutrebente (1) un de ses anciens élèves, qui publie en ce moment dans les Annales médico-physiologiques (2) un excellent article nécrologique sur son vieux maître, où il a mis tout son cœur et sa grande compétence. Il a bien voulu nous confier son manuscrit et nous lui en témoignons ici toute notre reconnaissance.

« Dans les hôpitaux de Paris pendant 4 ans, les maîtres de Danner, dont il a donné lui-même les noms, furent Verneuil, Hérard, Moisseult, Cazalis, Guersant, Jarjarvay, Monod, Demarquay, Hillairet et Follin, c'est-à-dire des anatomistes, des médecins et des chirurgiens; mais en dehors de l'enseignement officiel Danner fréquenta pendant plusieurs années les visites et les cours libres de F. P. Falret, à la Salpêtrière, les leçons cliniques de Baillarger et surtout l'enseignement si brillant du professeur Lasègue, médecin de l'infirmerie du dépôt à la Préfecture de police, par où passaient tous les malades atteints ou soupçonnés d'aliénation mentale. L'élève du Dr Lasègue devint rapidement son confident et son ami, amitié qui se continua à vie. Ces deux hommes si bien doués étaient faits pour se comprendre et s'estimer réciproquement, car tous les deux, ami des belles-lettres, esprits cultivés, artistes, hommes de science et philosophes, avaient tous deux aussi, le don de persuasion, la facilité d'élocution, la pureté du langage, la clarté dans l'exposition, poussée jusqu'à l'éloquence.

« Pendant et après son internat de 1856 à 1859, Danner devint le collaborateur intime de Lasègue, aux *Archives générales de Médecine* où il a fait de nombreux articles de bibliographie française et étrangère, des revues et des articles originaux sur l'Arc sénile, la maladie bronzée, le typhus de Crimée, la Pathologie interne et l'emploi des inhalations en thérapeutique, etc.

« Le 7 août 1858, Danner soutenait à la Faculté de Paris sa thèse pour le doctorat en médecine; il avait pris pour sujet: *Etude sur Esquirol. Son influence sur la marche de la Pathologie mentale.* Cette étude, ainsi que l'a fait remarquer Jules Falret, est un travail très sérieux fait à un point de vue philosophique et élevé, dans lequel, tout en rendant hommage aux grands mérites de l'homme et du savant aliéniste, que fut Esquirol, l'auteur avec une grande netteté d'idées et avec un vrai bonheur d'expression, exposait la doctrine de nos ancêtres en médecine mentale. »

« Pinel et Esquirol n'avaient point échappé à l'influence des idées régnantes sur la Psychologie mentale et l'étude des facultés intellectuelles morales et instinctives de l'homme, dont la maladie n'était alors qu'une déviation et un trouble passager ou permanent. Cette tendance plus psychologique que clinique et médicale vivement critiquée et combattue par le Dr Danner, le plaçait d'emblée au nombre des médecins aliénistes, qui ne devaient pas tarder à abandonner l'histoire et la pathologie des passions humaines, pour étudier les causes somatiques de la folie, ses

intimes relations avec la pathologie interne et générale et rechercher enfin une thérapeutique scientifique autre que le traitement moral et systématique de Leuret.

« Par ses relations scientifiques et l'allure générale de son esprit, le Dr Danner paraissait destiné à aborder le concours d'Agrégation en médecine et séjourner définitivement à Paris; mais pour vivre près de sa mère qu'il adorait, il revint à Tours exercer la médecine et assister comme adjoint le Dr Alain-Dupré, médecin en chef de l'asile des Aliénés dont la santé était gravement compromise. »

(A suivre).

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

**VIN GIRARD** de la Croix de Genève, iodo-tannique phosphaté.

Succédané de l'huile de foie de morue

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

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

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

#### Association des Anatomistes

La 10<sup>e</sup> réunion de l'Association des Anatomistes aura lieu à Marseille du 13 au 16 avril prochain. Ce sera là une importante manifestation de la science anatomique française. Il est à prévoir que les facultés de médecine italiennes, où les études morphologiques sont si actives, enverront de nombreux représentants. Nous rendons compte des séances de cette réunion.

Le Gérant, H. AUBUGEULT.

Tours, imp. Tourangelle.

(1) Le Dr Gabriel Doutrebente est originaire de Touraine; ancien élève de l'École de Tours, il prit son grade à la Faculté de Paris (1870). Il a fait presque toute sa carrière médicale dans les Asiles d'aliénés, surtout dans celui de Blois, où il était médecin-directeur. Neveu des Dr Baillarger et Lunier les célèbres aliénistes, il a constamment marché sur leurs traces, médecin très érudite il a écrit plus de cinquante travaux publiés dans divers journaux médicaux. Il prit sa retraite à Blois, il y a quelques années, pour venir se fixer à Tours, pays de sa prédilection.

(2) Arch. méd. physiol. Année 1908 N° de février.