

## Importance de la distribution géographique du Rachitisme, au point de vue de la doctrine infectieuse.

Par le Dr EDMOND CHAUMIER

En lisant la communication de mon savant ami le Dr Baumel, au Congrès de Moscou, sur la répartition géographique du rachitisme, j'en avais tiré une conclusion toute autre que celle du Professeur de Montpellier ; et la différence du nombre des rachitiques suivant les lieux m'avait paru bien plus être le résultat de l'existence, sous une forme plus ou moins intenses ou plus ou moins virulente, de l'infection rachitique en tel ou tel endroit, que celui du genre d'alimentation.

En d'autres termes, cette lecture n'avait fait que me confirmer dans ma manière de voir, c'est-à-dire dans la nature infectieuse du rachitisme.

Une traduction du chapitre concernant le rachitisme du livre de August Hirsch sur l'étude historicogéographique des maladies (August Hirsch : Handbuch der historisch geographischen pathologie, 3 vol. Stuttgart, verlag von Ferdinand Enke) parue en 1905 (25 janvier) dans « La France médicale » vient encore appuyer mon opinion.

« Les opinions des médecins, dit cet auteur, sont très diverses au sujet de la genèse du rachitisme, et des causes qui président à son développement... »

... Il ne m'est pas permis d'approfondir davantage cette question sans dépasser les limites de cet ouvrage ; je ne puis l'aborder que pour indiquer dans quelle mesure les recherches géographico-pathologiques pourraient en faciliter la solution.

D'ailleurs, cette étude, si imparfaite que soient les données sur lesquelles elle s'appuie nous amène pourtant à cette constatation que la maladie, sous ses formes graves, est beaucoup plus rare dans les régions tropicales et subtropicales que dans les plus hautes latitudes, et que par conséquent son intensité et son extensibilité ont un rapport direct avec le climat. Ainsi, les régions dont le climat est froid et humide avec de fréquentes intempéries, comme les Pays-Bas, quelques districts de l'Angleterre, les contrées plates et basses de l'Allemagne, les régions montagneuses du centre et du sud de l'Allemagne, les districts plats ou montagneux du nord de l'Italie, offrent un milieu particulièrement favorable au développement du rachitisme. Par conséquent, la maladie sévira surtout dans les pays où la nature du sol joue elle-même un rôle prépondérant dans l'ensemble des conditions climatiques : telles sont les plaines humides de la Lombardie, de l'Alsace, des Pays-Bas, de la Belgique et du nord de l'Allemagne, comme aussi les vallées profondes et sillonnées de nombreux cours d'eau des Monts des Géants, des forêts de Thuringe, des districts montagneux du sud-ouest de l'Allemagne, du Tyrol, du nord de l'Italie, etc.

Au contraire dans les régions élevées dont le sol est sec, comme par exemple les points culminants de la Forêt noire et des Alpes Noriques, le rachitisme est relativement rare, malgré l'influence défavorable d'une vie et d'une hygiène défectueuse. »

Dans mon premier travail sur le rachitisme, j'avais déjà noté que le manque d'air et de lumière, que la malpropreté et l'humidité ne jouaient pas le principal rôle, et j'avais cité les renseignements suivants que m'avait fournis un pédiatre italien le Dr Sarra : « Les maisons des paysans de la Basilicate, de la Pouille, de l'Abruzze et de la province de Rome sont souterraines, creusées dans le tuf ou la pierre, humides et sales, à cause de la cohabitation

des animaux ; néanmoins, le rachitisme est rare chez ces paysans. »

Une chose m'avait surtout étonné dans les statistiques publiées par Baumel, c'étaient les chiffres énormes de rachitiques cités par les auteurs dans certaines villes, le pourcentage vraiment surprenant de rachitiques parmi les petits clients de l'hôpital ou de la clinique. Je dois avouer qu'à part moi, j'avais pensé que ce nombre pouvait bien être exagéré, certains auteurs appelant rachitiques tous les enfants ayant un gros ventre ou un occiput mou, tous les enfants ayant une dentition un peu retardée, ou marchant un peu plus tard que la moyenne. Un voyage d'études, que j'accomplis cette année, me fit, en partie, revenir de cette opinion préconçue ; tout en me démontrant, encore une fois de plus, que l'observation des règles hygiéniques concernant l'alimentation n'est qu'une cause adjuvante du facteur unique de la maladie.

Je visitai successivement Turin, Milan, Gênes, Rome, Naples, Florence, Venise, en traversant de préférence les quartiers pauvres et en observant les jeunes enfants rencontrés dans les rues.

Dans les cas de rachitisme léger le diagnostic est souvent assez difficile, et il m'est arrivé fréquemment, à mon dispensaire, de mettre sur certains cas l'étiquette de *douteux*. Il va sans dire que la numération des rachitiques rencontrés dans la rue, sans examen des enfants, ne comporte pas ces cas légers ; il ne compte même que les cas assez marqués pour arquer plus ou moins les jambes et donner la démarche particulière à la maladie.

Je ne notais donc comme rachitiques que les enfants atteints de genu valgum ou varum, marchant avec plus ou moins de peine soit seuls, soit donnant la main à leurs parents, et ceux dont les tibias étaient visiblement déviés. En même temps, autant que je le pouvais, je m'efforçais de voir la forme caractéristique de la face et des poignets. Restaient donc, en dehors de ma statistique, les cas de rachitisme léger, les cas sérieux déjà guéris ou assez améliorés au moment de mon examen pour ne pas attirer mon attention, enfin les cas graves empêchant complètement la marche. Ma statistique est par cela même très incomplète, mais elle a pour elle de porter sur tous les enfants, sains et malades, tandis que les statistiques des auteurs ne portent que sur les malades présentés à la consultation ou entrés à l'hôpital.

Mon observation, si elle avait pu être plus approfondie, aurait certainement conduit à des résultats plus certains que celles de l'hôpital et de la polyclinique.

Mais toute incomplète qu'elle soit, elle a pour moi quelque valeur.

Je n'apporterai pas ici des chiffres qui ne diraient rien ; mais seulement mes impressions.

A Venise, pendant la première demi-heure ou les premiers trois quarts d'heure de ma promenade à travers les petites rues je comptais trente rachitiques. Il y avait au moins un de ces rachitiques très accentués, sur trois enfants ; il n'y avait pas de groupe d'enfants ne contenant au moins un rachitique. Trois jours je parcourus les petites rues de cette ville, et dans tous les quartiers j'eus la même impression. Je rencontrais plus de rachitiques dans les quartiers pauvres, mais c'était là aussi que je voyais le plus d'enfants. Dans les trois jours de promenade il se trouva un dimanche, ce fut ce jour-là que je rencontrai le plus d'enfants, et le plus de rachitiques.

Je trouvais au jardin public une école en promenade, composée d'une trentaine d'enfants d'une dizaine d'années. Ces enfants ayant les jambes nues, il était facile de noter l'état des tibias ; or un seul avait de grosses déformations,

les autres semblaient ne rien avoir. Cette rareté de lésions notables chez des enfants déjà grandets est chose normale, car comme je l'ai indiqué précédemment le rachitisme guérit de lui-même, comme toutes les maladies infectieuses, lorsqu'il a terminé son évolution, et ses lésions tendent à disparaître; la plupart des genu valgum et beaucoup de tibias se redressent.

Un rachitique, à lésions aussi marquées, sur trois enfants, cela correspond peut-être à trois sur quatre, ou même à un plus grand nombre d'enfants rachitiques à un degré quelconque. J'ai été stupéfait de la fréquence énorme de cette maladie précisément à Venise, dans ces îles où l'on respire, plus que partout ailleurs, l'air salin si bienfaisant, selon les auteurs, pour les rachitiques.

Cette fréquence plaide bien en faveur de l'infection; il y a là une endémicité comme en certains endroits pour la malaria, comme en d'autres pour la fièvre jaune ou autres maladies infectieuses.

Avec un aussi grand nombre de rachitiques, il est impossible d'admettre l'influence prépondérante du biberon ou de l'alimentation prématurée, car dans d'autres pays où l'alimentation des jeunes enfants est très défectueuse, on ne rencontre pas un nombre si considérable de rachitiques.

L'hygiène défectueuse de l'alimentation, de même que les autres conditions antihygiéniques, a certainement une action favorisante pour toutes les maladies infectieuses; les enfants, placés dans de mauvaises conditions, seront moins résistants; ils gagneront plus vite les infections, et les infections seront plus graves chez eux. Il en est ainsi à Venise où, malgré la propreté très grande de la ville, la population est entassée d'une façon extraordinaire. (La morbidité et la mortalité, d'après les recherches de Bertillon, sont en raison directe de la densité de la population dans les villes, les quartiers, les logements, les chambres).

Plus la population est dense, plus les contacts sont directs, plus la contagion s'effectue.

Il est une autre ville, parmi celles que j'ai visitées, où je m'attendais à rencontrer autant de rachitiques qu'à Venise. Je veux parler de Naples. J'ai été vraiment déçu. Dans les petites rues étroites et malpropres, au milieu de cette population grouillante, où l'on voit les femmes et les fillettes être peignées dans la rue par des mains qui tuent le plus gros de la vermine, on ne rencontre pas de rachitiques, ou bien on en rencontre si peu que cela ne compte guère.

À Gênes où la population grouille aussi dans les petites rues, où la propreté dans le peuple n'est pas une vertu courante, où les habitations sont petites et serrées, où l'allaitement artificiel est aussi répandu qu'à Naples ou à Venise, on ne rencontre guère plus de rachitiques qu'à Naples.

Par contre, à Florence, une ville propre, on en rencontre davantage et à Rome beaucoup plus. Par deux fois j'ai parcouru les quartiers populeux de Rome, et par deux fois, dans les mêmes rues, j'ai rencontré un nombre élevé de rachitiques, mais pas du tout comparable à celui de Venise.

À Turin et à Milan, qui passent pour être des villes riches en rachitiques j'en ai rencontré que quelques-uns; mais je dois avouer que je les ai beaucoup moins cherchés là que dans les autres villes.

J'ai dit, ailleurs, qu'il y avait des maisons à rachitiques, ce que je viens de rapporter tend à prouver qu'il y a aussi des villes à rachitiques et des pays à rachitiques; toutes choses venant prouver la nature infectieuse de cette maladie.

L'existence du rachitisme, à Venise sur la quasi-totalité des enfants, n'est pas une chose inconnue. Le Dr Mario Ponticaccia, qui a écrit un mémoire de trente-deux pages pour réfuter la théorie infectieuse du rachitisme que je me suis employé à asseoir sur des bases solides, n'en avoue pas moins la pandémie du rachitisme à Venise; mais la pauvreté des arguments qu'il emploie dans son explication ne peut qu'être en faveur de la théorie qu'il combat. Voici du reste ce qu'il dit à ce sujet (1):

« Il m'est impossible de passer sous silence le grand nombre de rachitiques que nous voyons à Venise. Je pense que les conditions spéciales, qui enserrant la population pauvre dans un espace beaucoup plus restreint que celui dont disposent les autres cités populeuses, y contribuent. De plus cet espace restreint est humide, obscur, extrêmement peu aéré; le drainage est horrible, de sorte qu'à l'agglomération exagérée s'ajoute l'exagération des pires éléments d'insalubrité. Ajoutez encore que l'anneau d'eau qui nous enserre et nous sépare du reste du monde rend les rapports assez lents, de sorte que les mariages depuis des siècles se font et refont entre les sujets de la même population. Dans les îles de l'estuaire qui partagent avec Venise l'isolement dans les lagunes, pour plusieurs milliers d'habitants il y a aujourd'hui très peu de noms de famille: une dizaine pour Burano qui a plus de 4000 âmes. Il arrive donc sur une grande échelle ce qu'on a coutume de voir dans les mariages consanguins, l'aggravation de tares de famille.

Et encore notre population, et cela d'autant plus qu'elle se meurt moins, fournit une morbidité proprement dite assez élevée et nous offre l'exemple d'un appauvrissement physique général, qui échappe aux statistiques mais que remarquent bien les médecins et même les gens du monde.

« La couleur d'huile frite (*olio fritto*) est une des couleurs locales de Venise et des plus renommées: les artistes la placent parmi les belles choses et discutent pour qu'une telle jouissance des yeux ne se perde pas.

« Il me semble que cette décadence organique généralisée, qui est la nôtre, ne peut raisonnablement être séparée de notre rachitisme généralisé et que Venise offre un vaste champ d'étude sur ce sujet. »

A l'appui de tout ce que je viens de dire, je crois nécessaire de résumer ici les travaux dont j'ai parlé, de Baumel et de Auguste Hisch.

1° Baumel.

Dans son chapitre sur le rachitisme, paru dans le TRAITÉ DES MALADIES DE L'ENFANCE de M. le professeur Grancher (1897), Comby déclare que cette maladie est très répandue dans certains départements français et, en particulier dans la Nièvre, le Calvados et la Seine-et-Marne.

À Montpellier, où, depuis huit ans, nous sommes chargés de la clinique des maladies des enfants, il nous a été donné d'observer, sur 8408 malades, de la naissance à 15 ans, 382 rachitiques, ce qui donne une moyenne de 4,5 %, moyenne qui s'est accrue en 1896 et surtout en 1897, c'est-à-dire depuis que notre attention est plus fortement attirée sur cette maladie.....

Si l'on examine systématiquement un certain nombre d'enfants au point de vue du rachitisme, on trouve que la

(1) DOTT. MARIO PONTICACCIA: PER LA EZIOLOGIA DELLA RACHITIDE; CONFUTAZIONE DELLA THEORIA INFETTIVA in Rivista Veneta di Scienze Mediche; 31 agosto 1901.

proportion en est beaucoup plus grande et varie de 50 à 80 % : c'est ce qui résulte aussi des observations faites dans notre clientèle, où bon nombre d'enfants sont atteints d'un rachitisme faible, à peine marqué, qui n'avait pas jusqu'à attiré l'attention de l'entourage.

A plus forte raison en serait-il ainsi, le jour où, suivant le juste et excellent conseil de Trousseau, on diagnostiquerait le rachitisme dans les conditions où il le faisait lui-même : « Ce fait, dit-il, de la persistance des fontanelles, est pour moi d'une grande signification ; à défaut d'autres, quand je le rencontre chez un enfant arrivé à la fin et surtout au delà de la seconde année, il me paraît déjà un trait caractéristique du rachitis. »

Nous sommes convaincu que beaucoup de formes atténuées passent inaperçues.....

Le rachitisme est rare à Alger..... Les Africains sont indemnes de rachitisme (Marfan)..... Pour l'Espagne..... le rachitisme y est fréquent..... En Italie le Dr Emilio Salmon (de Florence) déclare que le rachitisme est fréquemment rencontré dans les milieux pauvres..... D'après M. le professeur Luigui Concetti (de Rome) le rachitisme est très commun dans les classes pauvres....

A Milan, nous dit M. le professeur Guaita, ainsi que dans la haute Italie..... le rachitisme serait observé dans presque la moitié des cas....

En Suisse, M. le professeur Hagenbach nous dit que « le rachitisme est très fréquent à Bâle, chez les pauvres »....

Un des élèves du professeur Hagenbach, M. le Dr Frey, a, dans un intéressant travail (Étiologie du rachitisme, Bâle, 1896), essayé de démontrer l'origine infectieuse du rachitisme..... « Il présente ce point commun avec la tuberculose que les deux maladies sont plus rares avec l'élévation verticale au-dessus du niveau de la mer. Fréquent en Allemagne, en Angleterre, en France et dans le nord de l'Italie, il est rare au nord du pays de Galles et de l'Ecosse (pays montagneux).

Nous le trouvons fréquent et présentant les caractères d'une affection endémique, dans les contrées humides et marécageuses de la Hollande, de la Belgique ; de même en Alsace, aux bouches du Rhin. Dans la campagne humide de la Silésie, dans la haute Italie, ce sont de préférence les bas fonds humides et les vallées de montagnes encaissées et marécageuses, qui forment le siège principal du rachitisme.

« Dans les Alpes Noriques, à une altitude de 900 mètres et au dessus, Maffai ne constate aucun cas de rachitisme sauf chez les immigrés. »

De 380 à 600 mètres d'altitude, il se montre moins rare, mais il est plus fréquent dans les villes et les bourgs, chez les familles pauvres, habitant des logements humides, étroits et obscurs.

« Dans les contrées tropicales, le rachitisme est rare ». La raison en est, d'après Frey, « qu'on y vit en plein air ou dans des habitations tellement aérées que le virus spécifique ne peut s'y former. »

Il ajoute : « Volland et Sprengler ne purent observer un seul cas de rachitisme à Davos, bien que la plupart des enfants n'y soient pas nourris au sein et ne reçoivent

qu'une nourriture extrêmement grossière dès les premiers jours de leur naissance.....

« Enfin à Vienne... le nombre des rachitiques est de 80 % (Kassowitz). » En Belgique, M. le Dr Nauwelaers (de Bruxelles) nous dit : Le rachitisme est fréquent, 50 % environ.

En Hollande, d'après M. le Dr Voûte (d'Amsterdam) le rachitisme est très fréquent

A Edimbourg (Dr J. Thompson) sur 1500 enfants au-dessous de 4 ans, il y en avait 634 chez lesquels le rachitisme était absolument certain....

A Francfort, d'après le professeur Rehn, le rachitisme est fréquent, 50 à 60 % environ.....

En Autriche, Kassowitz (de Vienne).... le déclare, aussi, très fréquent et dans la proportion de 80 %.

Suivant M. le Professeur Epstein (de Prague), le rachitisme est très fréquent, non seulement dans cette ville, mais en Bohême. Les enfants au-dessous de 2 ans en sont atteints dans la proportion de 80 %. Sur 600 enfants âgés de moins de 15 jours, à l'hospice des enfants assistés, M. Epstein l'aurait observé 48 fois sur 100.

En Hongrie d'après le professeur Bokay (de Budapest) le rachitisme est très fréquent ; sur 23 196 enfants malades au-dessous de 4 ans (de 1891 à 1893), il signale 2500 cas, les cas de rachitisme peu intense n'ayant pas été comptés...

En Roumanie, M. le professeur Russ (de Jassy) nous déclare que, sur 13.330 enfants malades, 272 rachitiques ont été notés....

En Russie, le rachitisme est très fréquent, d'après M. le Dr Kissel, qui l'a observé à Saint-Petersbourg, à Kiev, et enfin à Moscou....

Suivant lui, Joucovski note 95 % dans les classes pauvres de Saint-Petersbourg ; le professeur Bystrov, 60 %, parmi les paysans du gouvernement de Novgorod ; Voronichin et Reitz, le 33 et le 27 % dans les statistiques fournies par les consultations externes de l'hôpital de Sainte-Elisabeth à Saint-Petersbourg ; Roussov, le 75 % et plus dans les consultations externes à la clinique des enfants du Prince Oldenbourgsky ; Van Pouteren, le 63 % dans les statistiques des divers consultations externes et sa clientèle à Saint-Petersbourg ; Mey, le 86 % dans la classe pauvre de Riga ; Kissel enfin, le 80 % dans les consultations externes de l'hôpital Sainte-Olga et sa clientèle personnelle à Moscou....

M. le Dr Troitzky (de Kiev) nous écrit : « Le rachitisme est chez nous une maladie très populaire ». Il note 50 % de rachitiques parmi les enfants fréquentant le dispensaire de la Société de secours aux enfants malades à Kiev.

« Aux Etats-Unis d'Amérique, nous dit M. le Dr Engelmann (de Boston), les cas de rachitisme sont rares et limités aux enfants immigrés et plus particulièrement à ceux qui vivent dans les quartiers de nos grandes villes, où les maisons sont encombrées de locataires. » Il ajoute : « Je n'ai jamais rencontré le rachitisme dans ma clientèle, soit à Saint-Louis, soit ici, à Boston, et je n'ai entendu parler que de quelques cas notés sur des nègres. »

Au Brésil, pour M. le professeur Moncorvo (de Rio-de-

## Maladies de l'Estomac

### Elixir MOSNIER

(Chlorhydro — Cocaino — Peptique — Thébaïque — Chloroformé)

DIGESTIONS PÉNIBLES, BALLONNEMENTS, DILATATIONS, DYSPEPSIES, 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>o</sup> TULASNE, place de la République

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

Janeiro) la proportion des rachitiques est de 30 % des enfants malades.

Le rachitisme serait presque inconnu aux Antilles, au Mexique, au Pérou, à Taïti, à Ceylan, au Japon, à Java, en Chine, en Hindoustan, au Groenland.

2°. Auguste Hirsch :

Les relations venant du *Groenland*, des îles *Far oër* et de *l'Islande*, désignent le rachitisme comme y étant très rare ; dans les *pays scandinaves*, surtout en *Norvège*, en *Danemark*, les statistiques scolaires témoignent de son peu de fréquence relativement aux autres maladies.

Les pays où il règne le plus sont : l'*Allemagne*, l'*Angleterre*, la *Hollande*, la *Belgique*, la *France* et le *Nord de l'Italie* ; les régions méridionales de l'*Espagne* et du *Portugal*, la *Turquie* et la *Grèce* particulièrement paraissent en être exemptes. Pour l'*Amérique du Nord*, je n'ai d'autres documents que quelques indications isolées sur la manifestation du rachitisme dans quelques villes des *Etats-Unis* : *New York*, *Philadelphie*, *Cincinnati*, *Baltimore*. Le mutisme des médecins de l'*Amérique du Nord* au sujet de cette maladie s'explique, d'après *Parry*, par l'opinion répandue chez les médecins que le rachitisme n'existe que dans l'*Ancien Continent*, opinion erronée, comme le prouvent les statistiques relevées à *Philadelphie*, d'après lesquelles la maladie y est aussi fréquente que dans les grandes villes d'*Europe*.

De ce que les médecins des *Etats-Unis*, ou du moins du sud de ce pays, paraissent ignorer le rachitisme, devons-nous conclure qu'il y soit réellement très rare ? C'est une question que je ne puis résoudre.

Les seules bases d'estimation de la fréquence de la maladie dans les villes ci-dessus mentionnées sont fournies par les statistiques des hôpitaux d'enfants et instituts cliniques ; encore, la valeur de ces témoignages est-elle fortement diminuée par le caractère isolé des observations. Ceci posé, voici le résultat des statistiques établissant la fréquence des cas de rachitisme relativement à celle des autres maladies. Les observations portent en général sur des enfants âgés de 5 ans. A *Copenhague*, en six années d'observations dans les hôpitaux d'enfants, 8, 4 % ; à *Bâle*, d'après des observations polycliniques (de 1876 à 1882 inclus), 15 % ; à *Dresde*, après 20 ans d'observations, dans les hôpitaux d'enfants, 20 % ; à *Berlin*, en dix ans d'observations à la Polyclinique de la *Charité*, 25 % ; dans l'hôpital chrétien de *Francfort-sur-Mein*, en 1881, 25 % ; en 1882, 28 % ; en 1883, sur un total de 1.000 enfants, 27 % ; à *Philadelphie*, d'après des observations polycliniques, 28 % ; à *Londres*, après plusieurs années d'observations à la clinique d'enfants de *Saint-Bartholomé*, 30,3 % ; de même à *Manchester*, d'après les observations polycliniques, 30,3 % ; à *Prague*, après une période de trois ans d'observations à la polyclinique, 31,1 %. *Barret* dit avoir observé à *Bayreuth* des cas fréquents de rachitisme chez les enfants du peuple. En tout cas, la maladie est beaucoup plus rare en *Syrie* et en *Arabie* que sur le continent européen. *Maydell* dit qu'elle est tout à fait inconnue dans les steppes des *Kirghises* ; dans les écrits médico-topographiques des *Indes*, j'ai relevé l'observation de *Macnamara*, suivant laquelle la maladie serait très rare chez les enfants des indigènes, et

*Watson* dit que cette observation lui a été confirmée par les assertions écrites de plusieurs médecins indiens. De l'*Archipel indien*, je n'ai qu'une communication sur la maladie ; elle est de *Waitz* qui dit avoir observé à *Java* plusieurs cas légers de rachitisme chez des enfants d'Européens, mais jamais chez des indigènes. En *Chine* et *Cochinchine*, le rachitisme, s'il existe, est beaucoup plus rare qu'en *Europe*. Au *Japon*, *Remy* dit n'avoir observé aucun cas de rachitisme pendant un séjour qui fut, il est vrai, de courte durée, mais les médecins japonais lui confirmèrent la rareté de cette maladie.

Dans les communications médicales d'*Australie* et de *Polynésie*, on ne trouve aucune trace de la présence de cette maladie. A *Madagascar*, *Mayotte*, et dans toutes les îles du voisinage, le rachitisme est totalement inconnu. En *Egypte*, *Pruner* n'a observé la maladie que dans les hautes classes de la société, et seulement dans les races mêlées ; dans la population kabyle de l'*Algérie*, comme aussi chez les enfants des indigènes de *Sénégal* elle est très rare, sinon inconnue. Des constatations semblables nous parviennent de *Californie*, où *Praslow* n'a pas observé un seul cas de rachitisme pendant un séjour de sept années sur les côtes orientales du *Mexique*, aux *Antilles*, à la *Guyane*, à *Buenos-Ayres*, et au *Paraguay*.

..

Je dois ajouter, et cela est absolument conforme aux données des auteurs, que pendant un séjour de huit jours à *Constantinople*, pendant lesquels je me promenai beaucoup à pied et dans tous les quartiers, je n'aperçus qu'un seul cas de rachitisme. Et cependant l'hygiène n'est pas le fort de la population qui fourmille dans les rues et les taudis de cette ville.

A *Athènes* je n'ai pas rencontré davantage de rachitiques, mais j'y ai fait un séjour trop court pour que mon observation ait beaucoup de valeur.

## Actualités Médicales

### Around du prochain Congrès « DES PRATICIENS »

C'est du 25 au 28 juin que se tiendra ce « Congrès de Praticiens » deuxième du nom, à *Lille*.

On ne peut qu'applaudir, en principe, à cette manifestation qui permettra, espérons-le, d'affirmer solennellement notre droit légitime à une place sinon prépondérante, du moins importante, parmi les forces vives de la nation.

On sait où nous trouver quand on a besoin de nous ; on sait où nous trouver quand on a une catégorie de citoyens à exploiter ; on sait où nous trouver quand on a de l'esprit de trop à dépenser. Il serait grand temps qu'on sût un peu nous rendre justice, nous protéger contre l'exploitation universelle dont nous sommes l'éternelle victime.

Je me méfie un peu des congrès en général. En France on est très bavard, et la moindre réunion est un prétexte à « discours ». Dans les réunions médicales en particulier on

# IODO-JUGLANS

(Extrait de Noyer iodé)

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).

perd généralement beaucoup trop de temps en effets oratoires. On a cru y remédier en limitant le temps laissé à chaque orateur, mais celui-ci se rattrape dans la discussion qui est d'autant plus animée que tout le monde est du même avis.

Quoiqu'il en soit, j'espère qu'il sortira quelque chose de ce Congrès du prolétariat médical, à moins pourtant que ce ne soit la discorde.

« *L'Invidia medicorum pessima* » semble déjà gronder dans les manifestes des organisateurs du Congrès.

Je sais bien que nous sommes souvent de maladroits amis qui comme l'ours du fabuliste avons le pavé facile ; je sais bien que pour beaucoup la hiérarchie proportionnelle est un lourd fardeau.

Cependant il ne faudrait pas oublier que l'heure actuelle est particulièrement grave, parce que la mutualité qui jaillit de toutes parts menace de nous submerger.

Il est grand temps de nous unir pour résister à ce courant, pour l'endiguer, et pour en profiter légitimement. Je verrais avec peine par exemple que la « réforme des Etudes médicales » fût prétexte à discorde.

D'autres questions nous diviseront certainement moins, et nous intéressent plus directement, celles des accidents du travail, de l'assistance médicale, du libre choix du médecin, de nos rapports avec les grandes compagnies, les collectivités, etc., etc.

Il me semble qu'il y a là matière à discussions sérieuses, car toutes ces questions ne peuvent être solutionnées dans un sens aussi simpliste qu'on semble croire.

Il y a des situations acquises respectables qu'il faut savoir envisager ; et le Congrès ne doit pas être trop révolutionnaire, sous peine non seulement d'être stérile, mais surtout de créer des situations fausses, des complications inextricables.

Ce que nous devons chercher surtout dans ce Congrès, c'est à prendre position dans le corps social en voie de transformation, c'est de faire savoir à tous : aux pouvoirs publics, aux municipalités, aux mutualités que nous sommes conscients de la mission que nous avons à remplir, que si nous connaissons nos devoirs, nous ne voulons pas laisser méconnaître notre droit de vivre de notre profession.

On nous a trop longtemps payé de mots. Sacerdoce, dévouement, désintéressement si l'on veut ! mais ne laissez pas mourir de faim ceux qui se dévouent pour vous ; le prêtre doit vivre de l'autel.

Jusqu'ici, le Tiers-Etat médical n'était rien, nous ne demandons pas qu'il soit tout ; nous voulons seulement qu'on ne se fiche plus de lui et ce sera déjà un rude progrès.

D<sup>r</sup> LÉON LERICHE.

## Les Obsessions et la Psychothérapie

Par le D<sup>r</sup> HENRY LEMESLE

Professeur à l'École de Psychologie de Paris  
Directeur de l'Institut Liébeault de Loches.

Les noms de Morel et de Régis dominent l'étude des obsessions, et la conception si précise qu'ils ont eue de cet état morbide nous oblige à rappeler les définitions qu'ils en ont données.

« L'obsession, dit Régis, est un syndrome morbide caractérisé par l'apparition involontaire et anxieuse, dans la conscience, de sentiments ou de pensées parasites qui tendent à s'imposer au moi, évoluent à côté de lui malgré ses efforts pour les repousser, et créent ainsi une

« variété de dissociation psychique dont le dernier terme est « le dédoublement conscient de la personnalité. »

L'obsession, étant comme l'a vu dès l'abord Morel, et comme il faut l'admettre, un état pathologique foncièrement émotif, on peut lui reconnaître deux types ou formes, suivant que l'anxiété qui en fait la base se manifeste plus spécialement par une crainte ou par une idée.

Le premier type est l'obsession phobique ou phobie ; le second l'obsession idéative ou obsession proprement dite.

**A. OBSESSION PHOBIQUE ou PHOBIE.** « La phobie peut être « diffuse ; c'est la *panophobie* qui est, suivant Ribot, un « état où l'on a peur de tout et de rien, où l'anxiété, au « lieu d'être rivee à un objet toujours le même, flotte « comme dans un rêve et ne se fixe que pour un instant « au hasard des circonstances passant d'un objet à « l'autre. »

La phobie peut être systématisée ; c'est la *monophobie*, qui sera constituée suivant la classification de Régis par :

1° *Phobie des objets* (métaux, épingles, poussières, poisons, etc...) ; — 2° *phobie des lieux, des éléments, des maladies, de la mort...* — 3° *phobie des êtres vivants.*

**B OBSESSION IDÉATIVE ou OBSESSION PROPRESMENT DITE.** Cette forme peut exister comme entité, ou comme complication d'une phobie, trouble émotif, qui se serait accru d'un trouble intellectuel.

\*\*\*

Régis différencie l'obsession, qui serait un phénomène conscient involontaire et automatique du cerveau, de l'idée fixe physiologique (celle des chercheurs) qui serait voulue, ou tout au moins acceptée, non douloureuse, et de l'idée fixe pathologique qui est une véritable idée délirante, c'est-à-dire inconsciente.

Nous nous permettrons de ne pas accepter entièrement cette distinction, du moins telle qu'elle est présentée par son auteur. Nous reviendrons sur ce point dans une autre étude, et il nous suffira, aujourd'hui, d'élever cette objection que la distinction, donnée par Régis, si elle est acceptable au sens où le grand public entend les mots conscient ou inconscient, ne l'est plus en critique psycho-pathologique, l'idée fixe des chercheurs étant le plus souvent, elle aussi, comme l'obsession engendrée et développée par un état d'automatisme du cerveau, la sphère subconsciente étant d'abord sollicitée, mise volontairement au service de cette idée, puis fonctionnant ensuite en automatisme.

Nous proposons un critérium plus fidèle pour différencier l'idée fixe de l'obsession : serait appelée *idée fixe physiologique*, toute idée qui par sa répétition ou sa persistance s'impose à l'esprit et qui serait acceptée par le sujet normal comme utile à ce qu'il tient pour son progrès ou le progrès des autres ; l'obsession serait toute idée ayant les mêmes caractères de répétition ou de persistance mais subie par le sujet comme inutile à ce même progrès ; l'idée fixe pathologique, ou idée délirante, serait toute idée ayant les caractères de persistance ou de répétition, mais illogique en soi, ou fausse dans l'application que le sujet s'en fait à lui-même, et qui s'impose à un cerveau ayant perdu, quant à cette idée du moins, la faculté de contrôle. Une réserve doit être faite pour la détermination de l'idée fixe pathologique, cette détermination est toujours entachée de relativité, puisque cette idée n'est caractérisée que par un désaccord, qui peut n'être qu'actuel avec les conceptions

courantes, avec les idées reçues touchant l'intelligence, la moralité, la sensibilité, etc...

Les limites de cette étude nous obligent à aborder maintenant les principes du traitement moral que le praticien peut être appelé à diriger contre les affections désignées sous le terme général d'*obsessions*.

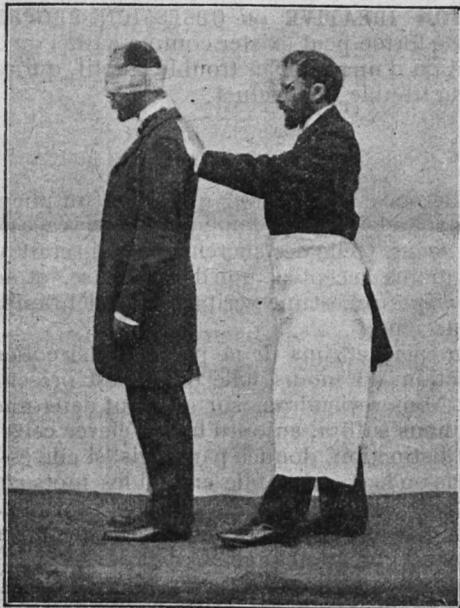
Les malades obsédés sont généralement aussi des intoxiqués, soit par les médicaments qu'ils ont dû prendre, soit par leur alimentation, que cette alimentation soit toxique par elle-même, ou que, même rationnelle, elle devienne productrice de poisons, par un métabolisme défectueux.

Une première indication formelle sera d'assurer la désintoxication de l'organisme.

En second lieu, il conviendra de rechercher si le traitement psychique est applicable, si le malade est suggestible et dans quelle mesure.

Comment fait-on le diagnostic de la suggestibilité ?

Le malade étant debout, pieds réunis, l'opérateur se place derrière lui et lui applique les mains bien ouvertes et à plat sur la région des omoplates, en exerçant une

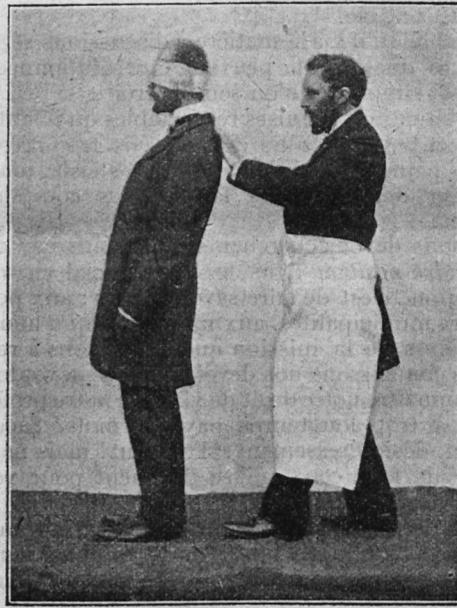


Diagnostic de la suggestibilité (1<sup>er</sup> TEMPS).

proposée. Un bandeau spécial assurant l'obturation des yeux et des oreilles sera chez certains malades d'un très utile secours pour faciliter cette concentration.

Notre malade étant suggestible, ou l'étant devenu par entraînement, nous agissons sur ses conceptions fausses, soit à l'état de veille, soit à l'état de sommeil provoqué à divers degrés et jusqu'au sommeil profond qui pourra être indiqué pour amener chez l'obsédé un état de somnambulisme, d'automatisme cérébral plus accusé ; à la faveur de cet état le malade laisse émerger son subconscient, suivant le procédé du « crystal gazing » des auteurs anglais et indique l'événement, l'émotion qui se trouvant à l'origine de l'idée morbide, l'entretiennent et dont à l'état de veille il peut avoir perdu le souvenir. La suggestion assurera l'effacement rapide de ce souvenir dans le subconscient.

Si la suggestion à l'état de veille est inefficace, le sujet sera placé en état de sommeil nerveux ou dans ce que Liébeault appelait « les états analogues au sommeil » et les suggestions seront réitérées. Chez tel malade, la suggestion impérative sera employée ; chez tel autre la suggestion devra être appuyée par un raisonnement adapté au mode de raisonnement habituel à l'obsédé et elle devra pénétrer dans son esprit sous la forme intuitive ou discour-



Diagnostic de la suggestibilité (2<sup>e</sup> TEMPS).

pression suffisante pour qu'elle soit nettement ressentie. Le malade est invité à concentrer toute son attention sur cette pression exercée. Le médecin fait alors au patient la suggestion qu'il va se sentir attiré en arrière, et graduellement, afin de ne pas contrarier l'attraction suggérée, il diminue la pression exercée.

La rapidité avec laquelle le malade obéit à la suggestion est la mesure même de son état de suggestibilité et nous ajouterons de curabilité.

Une éducation de la suggestibilité est d'ailleurs possible et tel malade, peu suggestible au début, le devient par entraînement. L'éducation de la suggestibilité se résume souvent en une éducation de l'attention ; tel malade, bien qu'étant suggestible, n'exécute pas les suggestions, parce qu'il réalise mal la concentration de son attention sur l'idée

sive ; chez certains enfin dont la phobie est fixée à un substratum matériel (phobie des objets, des êtres vivants), il sera indiqué d'agir par représentation mentale, en produisant chez le malade, à la faveur de l'hypnose et par l'hallucination visuelle, auditive ou tactile, la vision, l'audition ou le contact des objets formant le substratum de son obsession : le médecin profitera de son pouvoir directeur de l'hallucination pour suggérer qu'au réveil, les mêmes objets ou les mêmes êtres ne produiront que des sensations normales.

Certains malades, suggestibles cependant, ne seront guérissables (en raison de l'ancienneté de leurs obsessions ou du terrain dégénératif sur lequel ces obsessions évoluent) que par le sommeil prolongé et ce traitement leur sera commun avec les malades à idées fixes pathologiques,

dont les processus psychiques sont profondément troublés.

Quand le malade n'est accessible à aucune suggestion, même faite en état d'hypnose, il devient nécessaire d'inhiber son psychisme, de suspendre le fonctionnement de ses centres cérébraux supérieurs, en le faisant dormir profondément et longtemps. Agent curateur par excellence, le sommeil provoqué, comme le sommeil naturel, est d'une part une fonction de réparation nerveuse et en second lieu le plus précieux moyen de dérivation aux obsessions : il apporte l'oubli et fait perdre au malade le fil de ses conceptions fausses.

Dans un bataillon qui s'avance lorsque la cadence de la marche a été perdue, faire retrouver le pas régulier, en rectifiant successivement l'allure de chaque unité, serait une besogne gratuite ; au contraire provoquer un arrêt de l'ensemble pour commander ensuite un départ exact et simultané est le procédé rapide et sûr. Ainsi devons-nous faire en pathologie psychique : discuter une à une les idées fausses, tel est le travail auquel s'attachent toujours les familles de nos malades sans autre résultat que d'infliger à l'obsédé une fatigue nerveuse supplémentaire ; le médecin ne doit pas s'attarder à ces moyens impuis-

sants ; et si les suggestions de détail appliquées à tel cas particulier ou la suggestion générale même, restent inefficaces, il faut sans retard mettre en œuvre ce moyen d'ensemble puissant qu'est le sommeil prolongé.

Résumons ainsi la thérapeutique psychique des obsessions : la suggestion vigile réussira dans certains cas récents et bénins et chez les hystériques ; la suggestion à la faveur d'un état passager d'inhibition, d'hypotaxie, de sommeil provoqué s'étendra à un plus grand nombre de cas ; enfin aux cas rebelles ou complexes la cure de sommeil prolongé sera seule applicable.

M. Bernheim a prétendu récemment qu'employer l'hypnose pour faciliter la suggestion, particulièrement chez les hystériques, c'était commettre un « cambriolage du cerveau ». S'évadant de l'école qui l'avait formé, M. Bernheim, il y a quelque onze ans, suscita une polémique mémorable en déclarant : « Il n'y a pas d'hypnotisme. » Comment pourrait-il faire admettre qu'une chose inexistante soit cependant un moyen de cambriolage ? Voilà à

**FOURNISSEUR DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE**

Le plus puissant antiseptique ni toxique, ni caustique. Essence végétale pure	<b>GOMENOL</b> OUVLES glycérine et huile gomenolée	<b>PROSTATITES</b> <b>URÉTRITES</b> <b>CYSTITES</b>	<b>NOL</b> Instillations huile gomenolée Capsules
	<b>GOMENOL</b> <b>LEUCORRÉE</b> <b>SALPINGITES</b> <b>MÉTRITES CHRONIQUES</b>	<b>DANS TOUTES LES PHARMACIES</b> 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

Echantillons gratuits sur demande à MM. les Docteurs.

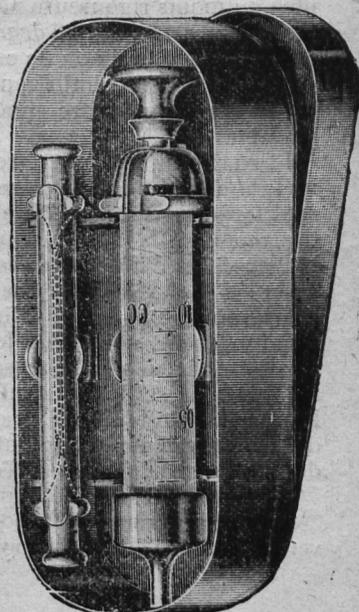
## VALS SOURCE LA

ALCALINE  
GAZEUSE  
INALTÉRABLE

# REINE

DYSPEPSIE, GASTRO-ENTÉRITE  
DÉBILITÉ, Maladies du FOIE et des REINS  
TRÈS DIURÉTIQUE  
Spéciale dans la DIARRHÉE INFANTILE

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



Seringue Record Ferrandoux

19, rue de la Scellerie

quelles contradictions conduisent le paradoxe et les querelles de mots. Restons dans la réalité thérapeutique et laissons à M. Bernheim ses images de Nancy ou d'Epinal par lesquelles il ne fait qu'accuser son isolement et sa situation de chef d'école.... buissonnière.

Le chirurgien qui, par le bistouri et la pince, pénètre dans l'abdomen pour en extraire la tumeur, commet lui aussi un cambriolage nécessaire. Sollicité par un malade, ou par sa famille, de détruire une obsession, nous devons pour l'extirper remonter à la source même des concepts, sans respect pour les idées fausses et parasites qui l'alimentent. Nous y employons l'hypnose qui de tous les moyens est le plus puissant, et nous déclarons rester ainsi dans l'exacte tradition des maîtres en psychothérapie.

HENRY LEMESLE.

## Thérapeutique Pratique

### NOTE SUR L'EMPLOI DES ANTHELMINTHIQUES.

L'action toxique des anthelminthiques, comme le dit le Dr Hérouin dans le *Bulletin des sciences pharmacologiques*, ne s'exerce pas seulement sur les vers intestinaux mais aussi sur l'homme et cela toujours ou presque toujours grâce à une mauvaise prescription de ces médicaments par le médecin. Il est en effet d'un usage courant, même pour des praticiens distingués, d'ordonner, par exemple, contre le *Tœnia* une dose d'Extrait éthéré de Fougère mâle suivie de 30 grammes d'huile de ricin. La plupart des traités de thérapeutique ou des formulaires donnent des prescriptions de cet anthelminthique, en particulier, où l'huile de ricin, voire même l'huile de croton sont conseillées comme évacuateurs du ver engourdi.

On peut même lire dans G. Lion : « L'huile de ricin ne convient pas comme purgatif, car elle facilite l'absorption de l'acide filicique... » et quelques lignes plus bas la formule suivante est conseillée :

Extrait éthéré de fougère mâle	2 grammes.
Huile de ricin	15 —
Sirop de menthe	20 —

Dans le remarquable traité de Thérapeutique de Soulier on lit : « Le malade doit avoir subi préalablement un jour de diète lactée ou deux ou trois jours d'abstinence plus ou moins rigoureuse. Contre l'ankylostome on est allé jusqu'à 20 grammes, 40 grammes même. Après la dernière dose : huile de ricin ou de croton. » Et à la page suivante : « L'adjonction de l'huile rend l'absorption plus rapide.... Un état grave peut être produit par des doses de 5 à 10 grammes. »

Et en effet il pourrait être néfaste de suivre à la lettre les formules de ces ouvrages et croire que les accidents sont toujours rares ou bénins avec la Fougère mâle. On trouvera dans la littérature médicale et en particulier dans la *Revue des Sciences médicales* 1883, page 502, dans le *Lyon médical* 1888, des cas d'empoisonnements mortels. Nous connaissons personnellement un de nos amis, aujourd'hui médecin, qui fut un jour fort alarmé par les symptômes inquiétants qu'il ressentit pour avoir pris, comme lui avait prescrit un confrère de Tours distingué, de l'huile de ricin après l'Extrait de Fougère mâle. Quirill, dans un travail sur cette plante, conclue que l'extrait éthéré de fougère mâle à dose élevée est :

1° Un irritant local de la muqueuse intestinale ;  
2° Qu'il renferme un poison absorbable du système nerveux central, d'où des phénomènes de paralysie, le collapsus,

la mort. *L'adjonction de l'huile rend l'absorption plus facile.* Le mode d'élimination du principe toxique est inconnu. Il peut y avoir de l'albuminurie ou de la glycosurie. Un état grave peut être produit par des doses de 5 à 10 grammes.

Quirill conclue encore pratiquement :

1° Ne pas donner conjointement avec l'extrait ou la poudre des corps gras ;

2° Faire suivre son administration de celle d'un purgatif non huileux : calomel ou jalap ;

3° La *cura famis* offre quelque danger puisqu'elle favorise l'absorption du principe toxique, tandis que grâce au bol fécal, il semble à priori que l'action purgative doit plus facilement entraîner l'helminthe.

— La *Santonine*, au contraire, sera de préférence prescrite dans un véhicule huileux. Elle est d'un usage courant en médecine infantile et est délivrée par les pharmaciens sous forme de pastilles, aussi facilement que des boules de gomme. Elle est loin pourtant d'être inoffensive. Binze rapporte l'observation d'un enfant de cinq mois qui, après avoir pris deux centigrammes de santonine (la dose d'après Comby doit être de un centigramme par année d'âge), présenta après sept ou huit heures des accès éclamptiques. Quand elle est absorbée, la santonine produit des troubles achromatopsiques ; les objets sont vus en jaune, quelquefois en bleu.

Il peut y avoir une très grande prostration, des convulsions, des vomissements. Le bulbe serait le point central le plus atteint. De plus, l'élimination qui se fait par les urines et les fecès est lente, ce qui peut expliquer certaines intoxications.

La santonine est insoluble dans l'eau, mais l'est dans le suc gastrique, et un véhicule ou un purgatif huileux empêche l'absorption. La formule suivante de Kuchenmeister et de Pouchet est donc à recommander :

Santonine	1 à 10 centigr.
Huile d'olives	60 gr.

La santonine passe ainsi tout entière dans l'intestin sans être attaquée par le suc gastrique. D'après le prof. Pouchet (cours à la Faculté de 1903-1904) le mélange d'huile essentielle et de santonine contenus dans le *Semen contra* est plus vermifuge et bien moins toxique. Aussi recommandait-il la poudre de *Semen contra* à la dose de 1 à 4 gr. administrée sans diète préalable qui favorise l'absorption et suivie de 30 gr. d'huile de ricin.

— La *Pelletiérine*, alcaloïde isolé de l'écorce de racine de grenadier par Tanret, est très toxique. D'après Dujardin-Baumetz ses propriétés physiologiques se rapprochent de celles du curare. « L'action paralysante, dit Soulier, exercée par la *Pelletiérine* sur les extrémités motrices avec conservation de la sensibilité, comme dans l'empoisonnement par le curare, explique la dépression générale et la faiblesse des membres inférieurs observées parfois chez l'homme. » On a encore noté des vertiges, des crampes dans les jambes et les bras, des fourmillements dans les doigts, des vomissements. Aussi, a-t-on cherché un composé insoluble de *Pelletiérine* : le Tannate de *Pelletiérine*. Malheureusement ce tannate est trop souvent, au moment du besoin, rendu soluble par un excès de tannin ou d'acide tannique. Les formules employées souvent pour l'administration de la *pelletiérine* sont calquées sur la suivante :

Tannate de pelletiérine.....	} aa	25 centigr.
Tanin .....		
Eau distillée.....	} aa	45 gr.
Alcool .....		
Sirop de cerise .....		

Une telle formule, disent Brisemoret et Joannin, est défectueuse. La pelletière doit être administrée de la façon suivante :

Sulfate de pelletière.....	25 centigr.
Extrait de cachou.....	1 gr.
Eau distillée.....	15 gr.
Sirop d'écorces d'oranges amères.....	25 gr.

On a ainsi un *tannate* insoluble dû à la décomposition du sulfate par le tannin du cachou.

Pouchet recommande de n'en jamais donner aux enfants. La dose utile pour les adultes est de 20 à 40 centigrammes. On la fait suivre d'un purgatif huileux.

A. MARNAY.

## NOTES D'ORTHOPÉDIE

### LES CLINODACTYLIES

Par le Dr Louis DUBREUIL-CHAMBARDEL

(Suite)

#### II

### LES CLINODACTYLIES LATÉRALES

Les clinodactylies latérales des doigts consistent essentiellement dans l'inclinaison d'un ou de plusieurs doigts, d'une ou de plusieurs phalanges, soit vers le bord cubital de la main, soit vers le bord radial.

Les auteurs sont loin d'être d'accord sur les qualificatifs à donner à ces déviations latérales des doigts.

M. Kirmisson appelle *valgus* un doigt dévié dont le sommet de l'angle est tourné du côté cubital de la main, et *varus* quand il regarde le côté radial. M. Mauclair appelle *varus* le doigt qui se courbe vers le bord cubital et *valgus* celui dont l'inclinaison se fait sur le bord radial. M. Féré qualifie de *valgus* un auriculaire dévié sur le bord radial.

M<sup>me</sup> Derscheid-Delcourt, qui adopte la nomenclature de Joachimsthal, appelle auriculaire *varus*, un petit doigt tourné vers le bord radial, tandis que M. Pauly, de Lyon, nomme doigts en *valgus*, des doigts penchés vers le bord cubital.

Cette confusion est regrettable et n'est pas sans obscurcir beaucoup l'étude des clinodactylies. Il y a donc lieu de bien définir les termes employés; nous avons cherché à le faire dans un mémoire antérieur, et M. Héron, dans une thèse de Bordeaux, très remarquée, y a insisté après nous.

Il est bon de dire tout d'abord que les mots *valgus* et *varus* n'ont aucun sens étymologique bien défini, l'un et l'autre signifiant dévié.

Nous verrons, dans la suite de cette étude, qu'en même temps que les déviations des doigts coexistent souvent des déviations homologues des orteils. Il y a donc lieu d'établir une nomenclature identique pour des dispositions semblables des doigts et des orteils. Or, il existe une malformation assez commune du gros orteil dévié vers le bord péronéal du pied, malformation dont l'appellation est bien fixée depuis longtemps, l'*hallux valgus*. Par analogie nous devons logiquement appeler *pouce valgus*, la déviation du pouce vers le bord cubital de la main.

Nous disons donc qu'un doigt est en *varus* quand il est penché du côté radial, et qu'il est en *valgus* quand il est penché du côté cubital.

#### ÉTIOLOGIE

Il importe tout d'abord de remarquer qu'il existe normalement une légère déviation des doigts, c'est ce que

M. Félix Regnault a très clairement démontré en 1894 dans un article de la *Revue Scientifique*. « Cette incurvation se fait, dit-il, suivant un mode constant; le second doigt se courbe latéralement vers le troisième, le quatrième et le cinquième également vers le troisième, celui-ci est légèrement courbé vers le quatrième. »

Ces déviations, surtout celles de l'auriculaire, sont constantes et d'après nos recherches se rencontrent chez 73 pour 100 des sujets, mais elles sont le plus souvent très légères ne dépassant pas un angle de 175 degrés. Parfois, cependant, elles peuvent s'exagérer et, lorsqu'elles forment un angle de 170 degrés, constituent de véritables malformations.

Tous les doigts peuvent présenter en même temps des déviations latérales exagérées, le fait est exceptionnel; le plus ordinairement un seul doigt est dévié.

Il peut y avoir soit une inclinaison de la phalange sur la phalange, soit une inclinaison de la phalange sur la phalange. La première est la plus fréquente. Quelquefois ces deux déviations peuvent être associées sur le même doigt.

Ce qui est plus rare, c'est l'inclinaison exagérée de la phalange sur le métacarpien; nous en citerons quelques exemples pour le pouce. Lorsque cette disposition existe pour tous les doigts à la fois, on a ce que M. Brissaud a nommé *la main en coup de vent*; c'est là une malformation, bien étudiée par M. Boix, qui présente des caractères très particuliers et se distingue des autres clinodactylies, nous n'en parlerons pas ici.

*Angle de déviation*. — Il est important de bien mesurer l'angle de déviation des phalanges. C'est l'angle obtus que forment en se rencontrant les axes de deux phalanges successives. Cet angle peut approcher sensiblement de l'angle droit; nous citerons des observations où l'index et l'auriculaire étaient déviés en varus de 130 degrés; les déviations de 140 à 150 degrés ne sont pas rares.

*Fréquence*. — M. Héron, s'appuyant sur une statistique de 1112 sujets, a trouvé des déviations exagérées des doigts dans une proportion de 4, 5 0/0.

Mais tous les doigts ne sont pas atteints avec une égale fréquence. Les déviations en varus de l'auriculaire sont de beaucoup celles qui se rencontrent le plus souvent; celles de l'index, de l'annulaire, du médium sont plus rares; celles du pouce sont très exceptionnelles.

Nous avons toujours trouvé ces clinodactylies aux deux mains. C'est là un caractère qui souffre peu d'exceptions. La déviation est généralement un peu plus accusée à droite.

Il y a lieu de remarquer aussi qu'assez souvent, en même temps que des déviations des doigts, il existe des déviations homologues des orteils. Nous avons noté plusieurs fois cette coïncidence dans nos observations.

Les clinodactylies latérales sont aussi fréquentes dans l'un et l'autre sexe.

Elles sont constituées dès la naissance, mais peuvent alors être facilement réduites, ce qui peut les laisser passer inaperçues. Elles s'accroissent avec l'âge et deviennent alors irréductibles.

*Hérédité*. — L'hérédité joue un rôle très important dans l'étiologie des déviations latérales des doigts.

Marey cite, en 1889, l'exemple de la famille du grand clinicien Trousseau, chez laquelle l'auriculaire varus s'est retrouvé chez le grand-père et le petit-fils.

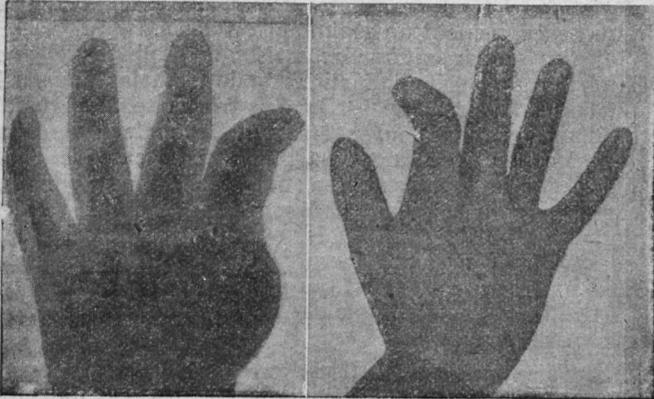
La même année, Löwenthal cite le cas de sa propre famille, où pendant cinq générations il put observer la même déviation latérale de l'auriculaire, déviation qui aurait déjà existé, paraît-il, chez un ancêtre du XVI<sup>e</sup> siècle, philosophe connu. En 1892, Joachimsthal signale un pouce varus chez la mère et son fils.

En 1903, M<sup>me</sup> Derscheid-Delcourt signale un auriculaire varus chez la mère et deux enfants.

Nous-même, en 1906, avons publié plusieurs observations où l'hérédité des déviations digitales s'est manifestement montrée. Dans une famille B, l'aïeul, ses deux fils et 7 enfants d'un de ceux-ci avaient un index varus.

M. Héron, en 1906, apporte quelques faits nouveaux : celui-ci en particulier (obs. XI) : un homme atteint d'index valgus très prononcé, ainsi que sa sœur, transmet sa difformité à ses trois enfants.

Dernièrement, M. Marnay, de Loches, nous a signalé une famille G., de Genillé, chez laquelle il existe depuis

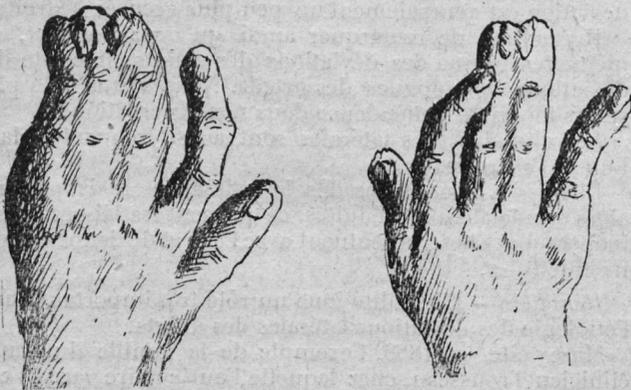


INDEX VARUS

plusieurs générations une déviation considérable de l'auriculaire, déviation très connue dans le pays où la main des G. est devenue proverbiale, à ce point, dit-on, « que ces G. ne trouvent plus à tromper leurs femmes, les amies ayant peur des... souvenirs. »

Ces exemples suffisent pour montrer avec quelle constance ces clinodactylies se transmettent pendant de nombreuses générations.

*Division.* — Il y a lieu d'établir deux grandes classes dans les clinodactylies latérales. Il y a d'abord celles qui ne font qu'exagérer la déviation normale du doigt, tels sont l'auriculaire varus, l'annulaire varus, l'index valgus. Elles sont de beaucoup les plus fréquentes.



AURICULAIRE VALGUS

Il y a en second lieu celles qui sont en sens contraire de la déviation normale, tels sont l'index varus et l'auriculaire valgus. Ces dernières sont exceptionnelles et constituent des raretés anatomiques.

Avant notre communication à la Société Médicale

d'Indre-et-Loire du 12 janvier 1906, on n'avait pas signalé de cas d'index varus ; les 15 cas que nous avons présentés alors, pris dans trois familles, sont d'ailleurs les seuls connus jusqu'à présent. Nous donnons ici la photographie de la main de M. B... et la radiographie de la main d'une de ses filles âgée de 2 mois.

Nous publions ici un cas curieux d'auriculaire valgus. Il s'agit d'un enfant naturel que nous avons observé à la crèche de l'Hospice général de Tours, dans le service du D<sup>r</sup> Bosc, et dont M. L. Bigot, externe de service, a bien voulu prendre le dessin. Cet enfant présente de la syndactylie aux deux mains ; à gauche les trois derniers doigts sont fusionnés ; à droite le médius et l'annulaire sont seuls réunis, l'auriculaire est dévié en valgus et forme un angle de 135 degrés ; l'index est aussi dévié en valgus. Cette déformation en valgus du petit doigt est extrêmement rare.

#### DÉVIATIONS DU POUCE

Les déviations du pouce sont, avons-nous dit, très exceptionnelles. En général, elles se rencontrent sur les mains hyperdactyles où existe un pouce surnuméraire.

Tel est le cas de Joachimsthal (1892), publié dans son article *Ueber Congenitale Fingeranomalien*. Il s'agit d'un pouce varus ; à la naissance, l'enfant était porteur de deux véritables pouces bifides dont l'extrémité la plus rudimentaire, qui occupait précisément le côté cubital, fut sectionnée immédiatement par le médecin accoucheur ; l'extrémité radiale conservée garda, en croissant, sa direction anormale et affecta la forme du pouce varus. La mère de cet enfant présentait la même disposition du pouce et avait eu, elle aussi, un sixième doigt sectionné à la naissance.

Hoffa, en 1893, rapporte un cas semblable chez un garçon de 8 ans : la première phalange du pouce formait avec la deuxième un angle de 160° ouvert du côté radial ; au moment de la naissance, la première phalange portait, à son côté externe, de petits appendices qui ont été sectionnés par le médecin et qui représentaient sans doute de petits pouces rudimentaires.

■ Nous pouvons apporter ici trois cas personnels :

I. M<sup>lle</sup> S. B., de Tours, âgée de 8 ans, présente à la main droite une déviation du pouce en valgus de 160 degrés ; déviation irréductible. Cette enfant appartient à une famille de sexdigitaires dont l'histoire a été retracée dans l'excellente thèse de M. Archambault sur la polydactylie (Paris 1896). A sa naissance, elle avait un pouce surnuméraire qui fut sectionné.

II. Nous opérâmes en octobre 1907, à l'hôpital Saint-Gatien, avec le D<sup>r</sup> Lapèyre, un pouce surnuméraire radial à la main droite d'une petite fille de 2 ans 1/2. Après opération, le pouce restant est dévié en varus de 170 degrés.

III. En avril 1908, le D<sup>r</sup> Cosse nous adresse un homme âgé de 34 ans, porteur, ainsi que sa mère, d'un pouce surnuméraire à la main gauche. Chez ces deux sujets les deux pouces sont tournés l'un vers l'autre et présentent des courbures latérales très accusées (observation XXI).

Une observation de M. Mesnil, publiée en 1907 dans l'*Année médicale de Caen*, rend compte de la genèse de ces déviations du pouce dans les cas de polydactylie. « Il existe un métacarpien unique. La phalange a une longueur normale, mais elle est augmentée de volume sur-

tout au niveau de son extrémité inférieure qui est élargie. Il existe deux phalanges unguéales, celles-ci sont dirigées par rapport à l'axe du pouce de dehors en dedans et de haut en bas. »



*Pouce bifide*

OBS. DE MESNIL.

Une radiographie de Joachimsthal est plus explicite encore. La phalange du pouce est bifurquée à sa moitié



OBS. DE JOACHIMSTHAL.

distale, sur chaque branche de la bifurcation s'articule une phalangette déviée vers sa voisine; ces deux phalangettes ont la forme d'une pince.

Il est bien certain que si, dans ces deux cas, on avait enlevé à la naissance une de ces productions surnuméraires, le doigt restant aurait conservé cette conformation vicieuse, cette déviation en varus ou en valgus, suivant la portion qui aurait été conservée.

Les déviations latérales du pouce en dehors des cas d'hyperdactylie sont extrêmement rares. Nous pouvons citer une observation de M. Monnier (1891) que nous croyons unique.

Cet auteur a publié dans le *Bulletin de la Société de médecine pratique*, sous le nom de pouce bot, le dessin du pouce gauche d'un enfant de 19 mois. La phalangette, au lieu d'être dans l'axe de la phalange, formait avec celle-ci un angle droit ouvert en bas, et se dirigeait directement en dehors. « Si l'on incite l'enfant, dit l'auteur, à redresser cette phalange, bien loin d'y arriver, il transforme l'angle droit en angle aigu; en réalité il ne la remue que dans de minimes proportions et seulement suivant le plan transversal. »

Peut-être le cas de M. Héron, rapporté dans l'observation IX de sa thèse, est-il un autre exemple de pouce bot pur; malheureusement la description n'est pas très détaillée et il n'y a pas de dessin représentant la difformité.

M. Albert Mills, de Bruxelles, a donné l'an dernier une observation qui se rapproche un peu de celle de M. Monnier. Il s'agit d'un enfant de treize mois admirablement conformé et ne présentant comme anomalie qu'une déformation congénitale du pouce. Cette déformation se résume en une double flexion de la deuxième phalange sur la première en varus, et de celle-ci sur le métacarpien; la déformation existait aux deux mains dans une proportion égale, était



OBS. DE MILLS.

très accusée et s'augmentait d'un fort mouvement de rotation en dedans, vers la paume de la main et la face interne des doigts. Dans les premiers mois le redressement était possible, mais devint de moins en moins facile. L'auteur attribue la déformation à une contraction exagérée et mal compensée des muscles.

Ce cas de M. Mills, où existe une déviation de la phalange sur le métacarpien, nous amène à parler de deux faits de MM. Kirmisson et Kummel, faits assez complexes et liés à des troubles d'ossification des os de l'avant-bras.

M. Kirmisson a vu en 1891, aux *Enfants assistés*, un enfant de trois semaines qui présentait une inclinaison totale du pouce en valgus; le doigt était fléchi d'une façon permanente vers la paume de la main; « l'enfant peut lui imprimer quelques mouvements. Il existe une mobilité anormale au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne; il y a aussi une inclinaison de la deuxième phalange du pouce sur la première, formant entre elles un angle obtus ouvert en dehors. » En 1885 Werner Kummel a publié un cas à peu près semblable, duquel nous pouvons rapprocher celui publié en 1899 par MM. Guérin-Valmale et Jeanbrau. Mais dans ces trois observations il existait en même temps des malformations graves du radius, et la déviation du pouce était la conséquence de celles-ci, si bien qu'il y a là des cas complexes, qu'il faut distinguer des autres clinodactylies.

Comme on le voit, les déviations latérales du pouce présentent une physiologie très particulière et une pathogénie qui leur est spéciale, c'est la raison pour laquelle nous leur avons consacré un paragraphe séparé.

En résumé on peut distinguer trois variétés de clinodactylies latérales du pouce :

A. — Celles liées à la présence d'un pouce surnuméraire. Ce sont les plus fréquentes.

B. — Celles déterminées par des malformations graves des os de l'avant-bras ; elles sont plus rares.

C. — Celles occasionnées par une simple variation osseuse de la tête de la phalange ; elles sont exceptionnelles.

#### VARIATIONS OSSEUSES DES PHALANGES

L'examen radiographique de ces déviations, ainsi que le squelette d'une main présentant cette même difformité, nous permettent de bien étudier les déformations que subissent les phalanges, la phalangine particulièrement.

Le corps de l'os ne subit, en général, aucune déformation et on ne constate aucune courbure latérale anormale. Il n'est pas atrophié. Dans quelques cas, cependant, le corps de la phalangine est un peu diminué de longueur ; le doigt est donc un peu plus court qu'à l'état normal. C'est ainsi que dans cinq cas d'index varus, la déviation étant réduite, l'extrémité du doigt arrivait à peine au niveau de l'extrémité supérieure de la phalangette du médium. M. Féré a fait la même constatation pour l'auriculaire varus.

Les déformations portent essentiellement sur les extrémités articulaires des phalanges et plus particulièrement sur les extrémités distales.

Il existe une diminution de volume, comme une sorte d'atrophie des condyles des extrémités distales de la phalange ou de la phalangine du côté vers lequel se fait la déviation, de telle sorte que les plateaux des deux condyles externe et interne ne sont plus sur le même plan horizontal, perpendiculaire à l'axe de l'os. C'est cette variation, plus ou moins marquée dans les différents cas, qui est pour nous caractéristique des clinodactylies latérales.

À côté de cette diminution de volume d'un condyle, on pourrait peut-être noter, dans certains cas, l'augmentation du deuxième condyle, mais ce fait n'est pas constant.

Quelquefois enfin, on constate, à l'extrémité proximale de la phalange inférieure, une légère hypertrophie du condyle correspondant à celui qui est diminué à la phalange antécédente, mais ce phénomène manque souvent ou est peu marqué.

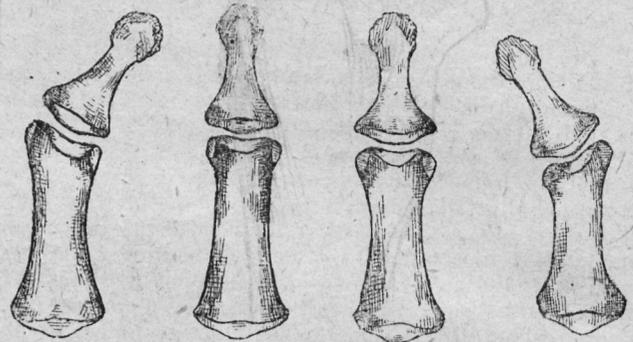
Par suite de ces légères déformations, il se produit comme une sorte de subluxation, et la région articulaire paraît augmentée de volume.

Du côté des parties molles, nous n'avons rien à signaler, si ce n'est la présence de bourses séreuses supplémentaires au niveau des articulations. Ces bourses séreuses sont très susceptibles à s'enflammer. Nous noterons aussi que les doigts déviés possèdent des mouvements de latéralité parfois assez étendus.

M<sup>me</sup> Derscheid-Delcourt a fait des constatations analogues : « La radiographie nous fournit de précieux renseignements sur l'anatomie pathologique de la lésion ; comme on le voit, la phalangine seule est en défaut ; il s'est produit en cet endroit un véritable tassement de la diaphyse, laquelle est raccourcie et augmentée dans son diamètre ; ce raccourcissement, s'il existait seul, n'aurait d'autre résultat que la diminution de longueur du doigt ; mais il ressort, en outre, de l'étude radiographique, que ce tasse-

ment s'est fait avec plus d'intensité du côté radial ; en effet, si l'on mesure les deux bords de la seconde phalange, on trouve du côté cubital une longueur de 7 millimètres, alors que, du côté radial, on ne mesure que 4 à 5 mil. ; cette différence de longueur a pour résultat de porter l'extrémité distale, par conséquent, la surface articulaire vers l'axe médian de la main ; la phalangette, venant s'y articuler, doit nécessairement continuer la courbe commencée ; de là, la déviation apparente de celle-ci, laquelle est pourtant normale dans sa forme. Quant aux tissus mous, leur anomalie n'est également qu'apparente ; on n'y constate ni rétraction musculaire, ni raccourcissement tendineux à proprement parler. »

Nous donnons ici deux dessins représentant, d'après des radiographies prises par le D<sup>r</sup> Ruthon, les variations anatomiques des phalanges d'un index valgus et d'un auriculaire varus. Ces dessins, rapprochés de ceux de phalanges



INDEX VALGUS — AURICULAIRE VARUS

normales, feront parfaitement comprendre les caractères de ces variations.

#### THÉORIES PATHOGÉNIQUES

Diverses théories ont été proposées pour expliquer la formation de ces déviations digitales.

M<sup>me</sup> Derscheid-Delcourt y voit la conséquence d'une mauvaise attitude du fœtus dans la cavité utérine et signale la « pression exercée pendant la vie intra-utérine sur la phalangine par suite de la fermeture exagérée du poing du fœtus. »

M. Ch. Féré, dans sa note de 1905, accepte cette explication. « Comme le fœtus dans l'utérus, dit-il, a la main fermée, on peut, peut-être, admettre que ce trouble d'ossification est dû à une fermeture exagérée de la main du fœtus et, par suite, à une pression exagérée portant sur l'épiphyse inférieure de la phalangine. »

Cette théorie n'explique pas la bilatéralité de l'anomalie, son caractère héréditaire et, surtout, pourquoi on rencontre aux orteils des déviations homologues. M<sup>me</sup> Derscheid-Delcourt n'avait observé que des auriculaires varus et faisait cette réflexion qui pouvait appuyer son hypothèse : « Remarquons que les doigts bots ne sont, somme toute, que l'exagération de l'attitude normale des doigts dans la main fermée. Or le fœtus pendant toute la vie intra-utérine tient la main fermée. » Les cas d'index valgus et d'auriculaire varus que nous avons publiés, et qui sont des variations en sens contraire de l'attitude normale, détruisent donc cette théorie.

M. Monnier explique la déformation du pouce valgus qu'il a observée, par une rétraction du ligament latéral externe de l'articulation et accessoirement par la rétraction de la peau et du tendon du long fléchisseur.

M. Boix explique la pathogénie de la déviation *en coup de vent* de tous les doigts par l'insuffisance de l'aponévrose palmaire. Nous ne pensons pas que cette théorie puisse s'appliquer aux cas qui nous occupent.

M. Pauly paraît admettre une influence des interosseux, mais ne cache pas que la pathogénie de ces malformations congénitales est très obscure.

Tous ces auteurs accusent la position anormale en flexion des doigts. Mais cette position qui pourrait, peut-être, exagérer les déviations normales des doigts, n'aurait aucune action pour provoquer les déviations de l'index varus et de l'auriculaire valgus.

Il est évident que dans les cas qui nous occupent, on ne saurait faire intervenir l'influence des muscles.

Le fait sur lequel nous avons insisté, à savoir :

1° Bilatéralité de l'anomalie ;

2° Coïncidence de déviations homologues aux orteils ; nous permet d'envisager l'hypothèse d'une localisation corticale. Y a-t-il un centre cortical déterminant le développement du squelette ? Une lésion de ce centre ne pourrait-elle pas provoquer un arrêt de développement des points homologues des phalanges des doigts et des orteils ? Nous reviendrons sur cette hypothèse.

Faut-il faire de ces déviations des stigmates de criminalité, de démence ou de dégénérescence ? M. Ch. Féré paraît assez disposé à répondre pour l'affirmative. Sur 180 aliénés il aurait observé des déviations de l'auriculaire sur 70, c'est-à-dire sur 38,88 0/0 ; et seulement 19 fois sur 100 sujets normaux. Mais M. Ch. Féré n'indique pas le degré des déviations qu'il a observées ; il ne nous est donc pas possible d'accepter sa statistique, d'autant plus, ainsi que nous l'avons déjà dit, qu'il existe une déviation normale de l'auriculaire que nous avons rencontrée sur 75 0/0 des sujets.

Pour notre part, ayant examiné deux groupes également nombreux, l'un de pensionnaires de l'asile d'aliénés de Tours, l'autre de sujets normaux, nous n'avons trouvé entre les deux aucune différence sensible.

Les sujets, chez lesquels nous avons rencontré ces déviations au maximum, ne présentaient aucune tare héréditaire pathologique, ni aucun trouble de démence, et étaient parfaitement sains.

M. Héron a longuement insisté sur ce point : « Nous devons à l'amabilité de M. le Dr P. Archambault, médecin-chef de l'Asile des aliénés de Tours, d'avoir pu examiner les 600 malades de son service. A Tours nous avons fait une enquête dans les salles de l'Hospice général, à la consultation ophtalmologique de M. le Dr Cosse ; à Bordeaux à la consultation du professeur Moussous et nous nous sommes convaincus que les déviations marquées des doigts ne sont pas plus fréquentes chez les dégénérés que chez les sujets normaux. Les malformations dont nous publions l'observation ont été rencontrées chez des sujets qui, sauf rare exception, ne présentaient aucune tare psychique. »

Nous ne pouvons donc pas considérer les clinodactylies latérales comme des stigmates de dégénérescence.

(A suivre)

**Reconstituant du système nerveux**

**NEUROSINE PRUNIER**

PHOSPHO-GLYCÉRATE DE CHAUX CHIMIQUEMENT PUR

## Le Professeur DANNER

Notice biographique

Par F.-Em. BOUTINEAU

(Suite)

Le Dr Danner quitta Paris, non sans regret certes, mais avec la suprême joie de retourner auprès de sa mère, qui attendait anxieusement ce fils qui était toute sa consolation et tout son espoir.

Il avait laissé à ses maîtres de l'Ecole de Médecine de Tours le plus affectueux et le plus doux souvenir. Le corps médical de Tours ne connaissait pas, au milieu du XIX<sup>e</sup> siècle, la pléthore qui l'accable au XX<sup>e</sup>, et il arrivait dans sa ville natale, en voyant toutes les mains se tendre vers lui.

Pendant il avait été prudent ; il savait combien à cette époque la confiance était difficile à inspirer aux familles, surtout lorsqu'il s'agissait d'un médecin de 26 ans ; il voulait bien revenir à Tours, mais il voulait aussi que sa vie matérielle et celle de sa mère fussent à peu près assurées.

Le Dr Allain-Dupré, professeur à l'Ecole de médecine (1), l'un de ses premiers maîtres, était en même temps médecin en chef de l'asile des Aliénés, il estimait d'une manière toute particulière cet élève, qui avait été si brillant pendant le cours de ses études à Paris.

Affecté d'une maladie qui ne laissait aucune ressource et pas le moindre espoir, il offrit à son élève de partager ses travaux à l'Asile à titre de suppléant. Un mois avant de soutenir sa thèse de Doctorat, alors qu'il terminait son service d'Interne à la Salpêtrière ; Léon Danner écrivit au Préfet d'Indre-et-Loire, pour lui demander la suppléance de ce service. Il va sans dire que les concurrents ne faisaient pas faute, mais Danner avait à son actif les deux années qu'il venait de passer dans les services hospitaliers des maladies mentales, la fréquentation du Dépôt de la Préfecture de Police où s'opérait le tri des malheureux aliénés et des malfaiteurs, et enfin les certificats de ses maîtres, en la matière, qui signalaient les nombreux articles de pathologie mentale, qu'il avait produits dans la littérature médicale. On avait aussi gardé, dans le sein de la première magistrature de Touraine, le souvenir des travaux de son père : aussi fût-il choisi comme médecin suppléant, ainsi qu'en témoigne la lettre du préfet Podévin ; il y eut, paraît-il, quelques désappointements, mais personne ne lui en garda rancune.

(1) Allain-Dupré, Hippolyte, né à Avranches (Manche) et non à Tours comme l'a écrit le Dr Ch. Brame dans son *Eloge sur M. Allain-Dupré*, publié dans le palmarès de la séance de rentrée de l'Ecole de médecine de Tours (15 décembre 1859) fit ses études médicales à la Faculté de Paris.

Il vint se fixer à Tours à une date que nous n'avons pu déterminer, et à l'époque de la création de l'Ecole de médecine (1841), il fut désigné comme chef des travaux anatomiques, en même temps que médecin en chef de l'asile des Aliénés. En 1854 il devint professeur d'anatomie.

Il exerça aussi les fonctions de médecin légiste.

Allain-Dupré a laissé le souvenir d'un médecin ayant le sens artistique de l'anatomie ; beaucoup de pièces en plâtre qui figurent au Musée de l'Ecole de médecine de Tours ont été préparées et enluminées par lui, d'après le Dr Ch. Brame ; à la création du musée Orfila, de Paris, il fut prié de donner plusieurs spécimens de pièces anatomiques de la digestion qui y figurent avec honneur.

Il mourut à Paris le 18 janvier 1859.

Nous avons fait tous nos efforts pour établir sa parenté avec un Allain-Dupré, qui a joué pendant la Révolution un rôle important dans l'administration du département d'Indre-et-Loire, mais nos recherches ont été infructueuses.

« A M. Danner, Interne des hôpitaux de Paris.

22 Juillet 1858.

« Monsieur,

« Je viens de fixer mon choix sur vous, pour occuper la place de médecin suppléant à l'asile des aliénés de Tours.

« En vous donnant la préférence sur vos concurrents, je n'ai pas seulement été guidé par votre mérite personnel. Je me suis rappelé aussi les bons et loyaux services de M. votre père, ancien chef de division à la Préfecture d'Indre-et-Loire, et j'ai été heureux de saisir cette occasion pour le reconnaître.

« Recevez, Monsieur, l'assurance de ma considération distinguée.

« Le Préfet,  
PODEVIN. »

Allain-Dupré, nous n'avons pu savoir sous quelle influence, quitta Tours pour se rendre à Paris et y mourut peu de temps après le 18 janvier 1859 ; le Dr Léon Danner, qui avait à peine six mois de suppléance, fut nommé le 20 janvier 1859 médecin en chef et alla habiter cette charmante petite maison située sur le ruau Sainte-Anne, au coin de la rue de l'Hospitalité, qu'avait occupée d'ailleurs son prédécesseur.

Dans la plénitude de son autorité médicale, il pensa tout de suite à établir dans son établissement de profonds changements, mais qui ne purent se réaliser, pour cause de raisons budgétaires, qu'à des échéances plus ou moins éloignées. Il eut cependant la satisfaction, pendant le cours de sa carrière d'aliéniste, de voir succéder à un asile des plus primitifs deux quartiers réunissant le confort le plus hygiénique où l'air et la lumière entrent à flots, et où la surveillance est des plus faciles. C'est lui qui avait donné les grandes lignes à suivre pour créer ces établissements modèles, qui faisaient son orgueil et sa joie, surtout lorsqu'il les faisait parcourir à des confrères étrangers.

Le quartier des femmes fut édifié le premier, en 1868 ; et là il essaya pour la première fois en France la suppression des cellules pour ces malheureuses ; ce ne fut pas sans étonnement que près de 30 ans après, en 1903, il apprit que l'aliéniste Rieger, de Wurtzburg, faisait l'essai sans précédent de ce moyen humain et anticoercitif (1). Avec la douce philosophie qui était peut être le point le plus éminent de son caractère, il se contenta de sourire, en pensant qu'il n'était pas le seul Français à qui les étrangers faisaient des emprunts, qu'ils transformaient ensuite en découvertes à leur profit.

Dans cet asile des femmes, le Dr Danner trouva une collaboratrice dévouée, qui mérita par la charité et l'abnégation de toute sa vie, consacrée aux soins des aliénées, une place dans cette notice à côté de celui qui la dirigea dans les délicates fonctions du gouvernement de ces malades. La plupart des internes de l'hospice général de Tours, anciens ou jeunes, ont connu la vaillante sœur ROSE, qui exerce encore aujourd'hui à l'âge de soixante et quinze ans ses nobles fonctions, sinon avec la même énergie, du moins avec l'autorité que donnent quarante années

(1) Dr Doutrebente, *loc. cit.*

de services non interrompus. L'auteur de ces lignes, qui a su l'apprécier il y a près de quarante ans, est heureux de pouvoir rendre à cette noble fille de la Présentation le modeste tribut d'un éloge qu'elle a si vaillamment mérité.

Indépendamment de ce service des Aliénés, le Dr Danner était en outre médecin en chef de l'hospice proprement dit ; c'est-à-dire des vieillards, des jeunes enfants, des employés des fonctionnaires, de tous ceux enfin qui étaient hospitalisés à un titre quelconque dans l'établissement.

Dix ans après son arrivée à Tours, il avait su se créer une clientèle médicale, qui s'augmentait chaque année ; et l'agréable domicile qu'il occupait étant à une des extrémités de la ville, cela le gênait fort pour ses visites et ses consultations. Il résolut de demander à la Commission administrative de l'hospice général l'autorisation de transférer sa demeure dans la rue Descartes, en plein centre de la ville. Son activité et son dévouement dans son double service hospitalier lui avaient conquis toute la faveur des membres de l'administration qui s'empressa d'envoyer cette requête au Préfet avec avis favorable. Ce déplacement n'était pas d'une correction administrative parfaite, puisque l'art. 67 de l'arrêté réglementaire de l'Asile des aliénés de 1857 prescrivait que le médecin en chef était tenu à résidence ; mais le Préfet voulut bien partager l'avis des administrateurs et donner une autorisation conditionnelle.

Voici du reste la lettre de ce magistrat :

« Tours, 11 Juin 1870.

« Monsieur le Président.

« Vous m'avez transmis avec l'avis favorable de la commission administrative de l'hospice une lettre par laquelle M. le Dr Danner, médecin en chef de l'Asile des aliénés, demande de fixer sa résidence, rue Descartes, à Tours.

« Bien qu'aux termes de l'article 67 de l'arrêté réglementaire du 21 mars 1857, le médecin en chef d'un asile public d'aliénés soit tenu de résider dans l'établissement, cependant comme le service spécial dont est chargé M. Danner ne paraît pas devoir souffrir de cette dérogation au règlement ministériel, je ne m'oppose pas, en ce qui me concerne, à ce que M. le Dr Danner transfère son domicile rue Descartes.

« J'ai l'honneur de vous prier de vouloir bien lui donner avis de ma décision à cet égard.

« Toutefois l'administration conserve le droit de révoquer cette autorisation ultérieurement s'il était reconnu que le service des aliénés souffre de cette dérogation aux règles ordinaires. »

« Recevez, etc.

« Pour le Préfet,

« Le Secrétaire général,

« SIFFAIT DE MONCOURT »

1870 !..... C'était l'année terrible ! l'année où chacun dans la mesure de ses forces, de sa capacité, de son dévouement, venait en aide à la patrie violée, meurtrie et souillée par l'ennemi. Personne plus que le Dr Danner ne

## 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° 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° B uillons de Bulgarine : 4 verres à madère par jour (le flac. : 3 fr. 50).

## 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).

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

se multiplia. Dans les nombreux services dont il était chargé, il courait du service hospitalier régulier aux nombreuses ambulances ou maisons particulières qui avaient recueilli des militaires malades, des fiévreux comme on les désigne dans le langage des hôpitaux; il donna des soins aux varioleux, au dysentériques aux typhiques et à combien d'autres; sa belle conduite et son activité furent récompensées un peu tardivement après la guerre, car il n'obtint que le 5 août 1873 la croix de la Légion d'honneur.

Danner, pendant cette funeste année, avait distingué un de ses élèves, fils d'un confrère de Chinon, qui déployait auprès de lui un grand zèle et laissait entrevoir une intelligence vive et facilement assimilatrice, il s'y intéressa, le guida dans ses études à l'École de Médecine de Tours et le vit partir pour la Faculté de Paris où il conquit bientôt, comme son maître, le titre recherché d'Interne des hôpitaux; en somme il lui avait servi de père spirituel, de père en Hippocrate; et lorsqu'il eut pris son bonnet de Docteur en Médecine, il se l'attacha par un lien plus tendre en lui donnant sa fille.

Ce jeune médecin était le Dr Henri Sainton (1), qu'une mort prématurée enleva à sa famille, à l'École de Tours et à la science.

(A suivre).

(1) Sainton, Henri-Laurent, naquit à Paris le 10 août 1852; il était un des fils du Dr Th. Sainton (a) qui exerçait la médecine à Chinon. Après avoir commencé ses études classiques au Collège de cette ville, il vint les terminer au Lycée de Tours; le baccalauréat ès lettres obtenu, il entra comme élève à l'École de Médecine de Tours en 1870 où il obtint les plus grands succès que puisse désirer un étudiant laborieux et intelligent; il y resta trois années et en la quittant il remporta la plus haute distinction qu'elle offre à ses élèves « le prix Tonnelle », médaille d'or d'une valeur de cinq cents francs, fondé par M<sup>me</sup> Riffault en mémoire de son père qui fut le premier directeur de l'École de médecine de Tours. » Il est à remarquer que presque tous ceux qui l'ont obtenue sont parvenus dans un bon rang à l'Internat des hôpitaux de Paris et qu'un certain nombre, tels que les Dr Marchand (Paris), Renault (Lyon) et Ledouble, de Tours, sont devenus professeurs de grande valeur.

Il se rendit à la Faculté de Médecine de Paris en 1874 et conquit aisément le grade d'externe, en 1878 il concourut pour l'Internat et fut classé le 8<sup>e</sup>.

Il soutint sa thèse de Doctorat en 1881, elle avait pour titre: *Etude sur la variété latente et bénigne d'empyème*.

Il vint aussitôt se fixer à Tours, où il devint médecin de l'asile des aliénés, médecin légiste, puis suppléant (1883) et titulaire (1885), professeur à l'École de médecine. Il sut mener de front divers travaux avec une riche et brillante clientèle et mourut prématurément à l'âge de 40 ans et 4 mois le 2 Janvier 1893.

Le Dr Henri Sainton a laissé comme travaux scientifiques en outre de sa thèse :

« DE L'APHASIE : Leçon professée à l'hospice général de Tours. Bordeaux, 1881, in-12.

LA VIE, LA SANTÉ, LA MALADIE : Discours prononcé à l'École de médecine de Tours (2 Décembre 1886) t. à part. Tours, Mazereau, 1887.

(a) Antoine-Théodore Sainton, né à Chinon en 1817, fit de brillantes études classiques au Collège de sa ville natale, il se prépara d'abord à entrer à l'École normale supérieure, puis il se sentit soudain attiré vers la médecine, il fit de très solides études, passa brillamment sa thèse de Doctorat et exerça quelque temps à Paris, mais l'amour de son pays natal le décida bientôt à quitter la capitale pour venir se fixer près de sa famille et de ses amis.

Ses connaissances variées, sa parole claire et facile lui assignaient partout une place prépondérante.

Père d'une nombreuse famille qu'il adorait, il eut la satisfaction de voir deux de ses fils, Henri et Raymond, devenir comme lui D<sup>r</sup> en médecine.

Il mourut à Chinon en 1891.

Cf. Journal de Chinon, 1<sup>er</sup> mars 1891.

**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>ie</sup>, 21, rue de St-Petersbourg, Paris (8<sup>e</sup>).

## De l'emploi du « pyroléol » dans le Traitement des brûlures

Par le Dr L. PLISSON

Médecin aide-major de 1<sup>re</sup> classe au 14<sup>e</sup> régiment de hussards.

Parmi les nouveautés exposées au dernier Congrès de chirurgie, le Caducée signalait le pyroléol, médicament préconisé par son auteur pour le traitement local des brûlures.

D'autre part, vient de paraître récemment une thèse de Paris: *Considérations sur le traitement des brûlures et en particulier sur le traitement préventif de leurs cicatrices vicieuses par l'emploi du pyroléol* (Dr Michaut, décembre 1907), en tête de laquelle on peut lire que le professeur Berger, frappé des résultats obtenus par ce traitement, le préconise pour les brûlures.

A notre avis, le pyroléol laisse loin derrière lui les autres méthodes de traitement des brûlures, et son emploi nous a paru donner de bien meilleurs résultats que le pansement à l'acide picrique, en particulier.

Depuis le début de son apparition, nous avons pu, à loisir, essayer ce produit, et une expérience de près de deux années nous a suggéré, sur cette nouvelle méthode, certaines réflexions que nous voudrions exposer ici.

La clinique a, depuis longtemps, montré que les brûlures avaient une place bien spéciale dans le cadre nosologique, et qu'une plaie résultant de la destruction de l'épiderme ou de la peau par la chaleur, n'avait rien de commun avec une plaie similaire causée par un traumatisme banal.

Trois symptômes sont surtout à relever dans les plaies par brûlures.

1<sup>o</sup> La douleur si spéciale et si persistante, douleur qui s'exagère, quand la plaie reste en contact avec l'air.

2<sup>o</sup> La grande facilité d'infection causée surtout par trois facteurs principaux :

a) Etendue de la plaie.

b) Infection facile au moment de l'accident ;

c) Destruction et altération d'un grand nombre d'éléments vivants, d'où moins grande résistance à l'infection.

3<sup>o</sup> Enfin un troisième caractère, non moins embarrassant pour le chirurgien, c'est la grande lenteur de réparation de ces plaies et les cicatrices vicieuses qu'elles entraînent si souvent.

Il semble que, jusqu'ici, tous les traitements spéciaux aient tendu plus ou moins à réunir les trois indications symptomatiques précitées.

Pour notre compte, nous sommes persuadé que traiter les brûlures comme de simples plaies, selon le procédé de Mme Nageotte, par exemple, est un moyen incomplet.

Il faut, évidemment, leur appliquer les principes chirurgicaux généraux du pansement aseptique et antiseptique avec les corollaires que celui-ci comporte, mais cela est, à lui seul, insuffisant; il faut encore s'adresser au caractère particulier que présente la plaie par brûlure, et lutter autrement que par les moyens ordinaires contre ces trois facteurs si importants de la brûlure: la douleur, l'infection, la difficulté de *restitutio ad integrum*.

Or, le pyroléol semble résumer actuellement le plus complètement toutes les indications citées plus haut.

D'abord, c'est un produit essentiellement chirurgical, grâce à sa préparation et à sa conservation absolument aseptiques. Il est déjà, à ce point de vue, supérieur à toutes les préparations huileuses, comme aussi aux produits chimiques tels que l'acide picrique.

Mais ses indications les plus intéressantes nous ont surtout paru être dans son emploi pour combattre la douleur, et aussi et surtout pour favoriser l'épidermisation de la plaie dans les meilleures conditions possibles.

En ce qui concerne l'infection et la suppression des plaies par brûlures, le pyroléol — s'il n'est pas supérieur aux produits similaires — a du moins l'avantage d'être absolument aseptique, et sa neutralité parfaite le rend tolérable à l'égal de l'eau distillée bouillie.

En outre, les principes aromatiques qui entrent dans sa composition masque l'odeur fade des brûlures, si désagréable pour le malade et son entourage.

Asepsie et innocuité (expériences physiologiques de Couloujou) nous paraissent deux conditions bien utiles à la réparation de tissus si facilement infectables et dont la vitalité est si précaire; à ce seul point de vue ce pansement mériterait donc encore d'attirer l'attention.

Il va sans dire que le pyroléol n'a pas la prétention d'être antiseptique au sens absolu du mot et, dans les cas de brûlures très suppurantes, nous croyons qu'il est bon et même nécessaire de faire précéder chaque pansement d'une désinfection rigoureuse, avec les antiseptiques usuels.

Un malade s'était brûlé au 3<sup>e</sup> degré dans la région dorsale, à la suite d'une application prolongée d'une compresse imbibée d'essence de térébenthine. Il se soigna lui-même pendant plusieurs jours à l'aide de pommades et de poudres les plus variées, tant et si bien que trois ou quatre jours après l'accident, la plaie était complètement infectée, plus grande qu'au début, tuméfiée, suppurante, dou-

loureuse. Un lavage chaud au permanganate de potasse au 1/1000<sup>e</sup>, suivi d'un pansement au pyroléol, amena une sédation marquée des accidents. Le lendemain, la plaie était plus plate, plus rose et moins suintante; toute douleur avait disparu. Au bout de trois jours la suppuration était tarie et la plaie absolument plate et indolore. La cicatrisation se fit avec une rapidité qui étonna encore plus le patient que son médecin.

L'emploi du pyroléol, indépendamment des indications signalées plus haut, paraît, en effet, avoir sa confirmation dans les résultats qu'il donne au point de vue de la rapidité et de la régularité de l'épidermisation des surfaces brûlées.

Depuis que nous employons le pyroléol, nous avons toujours obtenu une cicatrisation rapide avec restitution *ad integrum* dans les brûlures même très étendues (toute la jambe) et ayant mis à nu les papilles du derme (3<sup>e</sup> degré).

En résumé :

Douleur supprimée dans l'intervalle et pendant les pansements ;  
Suppuration très diminuée ;  
Asepsie du pansement assurée ;  
Pas d'odeur fétide ;  
Cicatrisation rapide et parfaite, avec production d'une peau souple et normale.

Telles sont les principales caractéristiques qui nous ont frappé dans le traitement des brûlures par le pyroléol.

Ces résultats sont bien supérieurs à ceux qui sont obtenus jusqu'ici par les méthodes de pansement de ces plaies. C'est pourquoi, en partisan convaincu de la supériorité de ce nouveau mode de traitement, il nous a semblé bon de résumer ici nos observations sur le pyroléol et d'en préconiser l'usage.

**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.

## NOUVELLES

### ÉCOLE DE MÉDECINE DE TOURS EXAMENS DE DOCTORAT

Le lundi 27 avril ont eu lieu les examens de doctorat à l'École de Médecine de Tours, sous la présidence de M. Thoinat, professeur à la Faculté de Paris. MM. les professeurs Ledouble et Guilbaud étaient assesseurs.

Ont été reçus.

1<sup>er</sup> examen de Doctorat : MM. Dioclès, Hatry, Jallé, Latour, Maleyx, Saint-Aude, et Vazeux.

2<sup>e</sup> examen de doctorat : MM. Houtelette et Maguin.

### HOPITAUX DE BREVAINES ET HENDAYE

A la suite du récent concours pour la nomination des internes des Hôpitaux de Brevaines et Hendaye, M. Louis Durand, ancien interne à l'Hospice général de Tours, a été classé premier. Nos félicitations.

### II<sup>e</sup> CONGRÈS DES PRATICIENS (Lille, 25-28 juin 1908)

#### Programme des Séances

SÉANCE D'INAUGURATION DU JEUDI 25 JUIN (Soir, 2 heures)  
1<sup>o</sup> Discours du D<sup>r</sup> Coppens, Président du Comité d'organisation.

2<sup>o</sup> Constitution du bureau.

3<sup>o</sup> Discours du D<sup>r</sup> X..., Président du Congrès.

4<sup>o</sup> Rapport sur les travaux du Comité de Vigilance :

A) Rapport de la Sous-Commission de l'Enseignement (D<sup>r</sup> Leredde).

B) Rapport de la Sous-Commission du Libre choix (D<sup>rs</sup> Cosse et Dally).

5<sup>o</sup> Rapport du Secrétaire Général (D<sup>r</sup> Aubert).

### 1<sup>re</sup> SÉANCE DU VENDREDI 26 JUIN (Matin, 9 heures)

I. Rapport sur les travaux de la Commission ministérielle (D<sup>r</sup> Gassot).

II. Réforme de l'Enseignement. — Etude de la Commission nommée par le Syndicat Médical de Lille. — Rapporteur : D<sup>r</sup> Surmont.

### 2<sup>e</sup> SÉANCE DU VENDREDI 26 JUIN (Soir, 2 heures)

III. Enseignement Clinique (D<sup>rs</sup> Regnault et Lafontaine).

IV. L'Hôpital Centre d'Enseignement (D<sup>r</sup> Maire).

V. Autonomie des Facultés de Médecine (D<sup>r</sup> Le Fur).

### 1<sup>re</sup> SÉANCE DU SAMEDI 27 JUIN (Matin, 9 heures)

VI. Libre choix pour les Assistés (D<sup>rs</sup> Bombart, Boudin, Boutry, Gairal, Lemièr).

VII. Libre choix pour les Mutualistes (D<sup>r</sup> Bolliet).

VIII. Extension aux ouvriers agricoles de la Loi sur les Accidents du travail (D<sup>r</sup> Dubuisson).

### 2<sup>e</sup> SÉANCE DU SAMEDI 27 JUIN (Soir, 2 heures)

IX. Responsabilité médicale. — Expertise contradictoire (D<sup>r</sup> de Grissac).

X. Organisation du Corps médical au point de vue de son action sur les Collectivités et les Pouvoirs publics (D<sup>r</sup> Coppens).

XI. Impôt sur le Revenu (D<sup>r</sup> Jayle).

XII. Modifications à apporter à la loi de 1903 sur la déclaration des Maladies contagieuses (D<sup>r</sup> X.).

### SÉANCE DU DIMANCHE 28 JUIN (Matin, 9 heures)

XIII. Relèvement des Honoraires Médicaux (D<sup>r</sup> Vimont)

XIV. Rapport du Trésorier (D<sup>r</sup> Deroy).

XV. Nomination du Comité de Vigilance.

**BIOPHORINE** Kola Glycérophosphatée  
granulé de kola, glycérophosphate de chaux, quinquina, et cacao vanillé. Dosage rigoureux, le plus complet des agents *antinevrasthéniques* et anti-dépresseurs, 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.

### MUTUELLE MÉDICALE FRANÇAISE DE RETRAITES

Nous rappelons à nos lecteurs la *Mutuelle Médicale Française de Retraites*, œuvre purement philanthropique fondée par le *Syndicat Médical de l'Arrondissement de Saumur*, approuvée par arrêté Ministériel du 10 mai 1900, patronnée par l'*Association des Médecins de Maine-et-Loire*.

Elle s'étend à tous les Médecins de France et à leurs femmes, et est destinée à donner à ses adhérents une retraite de droit et non de faveur, soit entière (après 50 ans d'âge et 20 ans de participation) — soit proportionnelle (après 5 ans de participation) — dans tous les cas, la pratique médicale étant abandonnée, — pour une cotisation annuelle de **60 francs**.

Au 1<sup>er</sup> décembre dernier, le nombre des Sociétaires (hommes et femmes), s'élevait à 298, l'avoit social à 84.051 fr. 05.  
La veuve d'un Sociétaire (y ayant droit) est retraitée à 375 francs pour l'année 1908.

Et un sociétaire infirme à 450 francs.

S'adresser au Secrétaire, D<sup>r</sup> TERRIEN, à Varenne-sur-Loire, pour tous les renseignements.

Le Gérant, H. AUBUGEAULT.

Tours, imp. Tourangelle.