BIBLIOTHÈQUE DE L'ORDRE DES MÉDECINS DE PARIS

SOMMAIRE :

		Pages
Insuffiance aortique, bruit diastolique à gauche du Sternum, absent à droite ; Autopsie.....	MEUNIER.	[illegible]
Actualités Médicales : Méfions-nous des Certificats ! !	Léon LERICHE.	21
Rapport sur le service de l'Assistance médicale gratuite dans l'Indre-et-Loire, l'Indre, le Maine-et-Loire, la Vienne, le Loir-et-Cher et la Sarthe.....	MARNAY.	22
Un cas d'hérédité de la luxation congénitale de la hanche.....	L. DUBREUIL-CHAMBARDEL.	26
Du Prolapsus de l'Utérus chez les Vierges et les Nullipares.....	F. MENUET.	27
Thomas de Coron, dit le Franc, Médecin de Charles VII aux Montils-les-Tours.....	HAMY.	35
Société Savantes.		36
Société Médicale d'Indre-et-Loire : Discours du Dr CAILLET, président.		37
Bibliographie.		38
Statistique Sanitaire de la Ville de Tours.		40
Nouvelles.		40

Insuffisance aortique, bruit diastolique à gauche du Sternum, absent à droite ; Autopsie.

—

COMMUNICATION FAITE A LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE TOURS, LE 19 DÉCEMBRE 1908

Par le Dr MEUNIER
Professeur de clinique médicale à l'Ecole de Médecine de Tours

La nommée Marie C. V. D. âgée de 58 ans, journalière, entre à l'hôpital le 27 novembre 1908, salle 15, n° 12.

Dyspnée, oppression, respiration sibilante, facies subictérique, lèvres légèrement violacées, jugulaires externes gonflées, œdème très épais des membres inférieurs et de la paroi abdominale, ascite moyenne, œdème des membres supérieurs, pouls fréquent, irrégulier et inégal, urines peu abondantes et foncées, en un mot aspect général de l'asystolique mitral.

Les bruits du cœur sont sourds, la pointe bat en dehors du mamelon, mais faiblement. Il n'existe aucun bruit anormal à la pointe. Un très léger bruit diastolique est perçu le *long du sternum à gauche* au *niveau du 3e espace intercostal* ; il s'entend un peu mieux, lorsque la malade, pendant quelques secondes, après deux ou trois fortes respirations, suspend tout mouvement. Le bruit est si tenu qu'aucun des élèves présents ne le perçoit. Je diagnostique une insuffisance aortique.

Quelques jours après, la digitale ayant été administrée, le pouls moins irrégulier, moins inégal et moins fréquent, le bruit devient beaucoup plus perceptible et chacun des élèves peut l'entendre avec un peu d'attention. Ce bruit diastolique, doux, aspiratif, filé, a son maximum sur le bord sternal gauche, dans le 3e espace intercostal ; il remonte à environ 2cm. au-dessus de ce point et descend vers la gauche de 4 à 5cm. ; latéralement, il s'étend peu ; on ne l'entend pas au bord droit du sternum. Il manque tout à fait au lieu classique d'élection d'auscultation des bruits de l'aorte, dans le 2e espace intercostal droit, de même que dans le 3e.

La malade succombe le 12 décembre 1908 aux progrès de son affection.

Autopsie. — L'autopsie confirme le diagnostic.

Le cœur est en diastole, très volumineux ; l'oreillette droite énorme est gonflée de sang, ainsi que le ventricule correspondant. Le cœur dans son ensemble présente la forme connue dans l'insuffisance aortique.

La perméabilité de l'orifice aortique est examinée suivant le procédé classique, et, en tenant l'aorte béante à l'aide de deux pinces, les assistants purent constater l'existence d'un petit orifice de la dimension d'une grosse broche à tricoter, par lequel s'écoule le liquide qui remplit le tronçon de l'aorte. Les valvules, qui paraissent régulières dans leur forme, sont jaunâtres et opaques, scléreuses. L'orifice anormal résulte d'une légère rétraction sur un point des bords de l'une d'elles, la valvule antérieure, qui n'admet pas facilement la pulpe de l'index, tandis que l'extrémité du doigt se loge plus facilement dans chacune des deux autres, qui sont souples.

L'aorte est peu altérée et non dilatée.

La valvule mitrale est également jaunâtre et opaque, épaissie, mais sans rétraction.

RÉFLEXIONS. — Cette localisation à gauche du souffle de l'insuffisance aortique, n'est pas une exception. Si je l'ai constatée dans le cas actuel, c'est que j'ai recherché, suivant mon habitude, l'état des valvules aortiques à gauche du sternum, dans le 3e espace intercostal.

Contrairement à la règle classique, j'ai lieu de croire, d'après les constatations que j'ai faites depuis longtemps pour la première fois, que le bruit maximum du souffle de l'insuffisance aortique est, en ce point, à gauche du sternum et non à droite, et que ce fait qui, est considéré comme exceptionnel, est au contraire constant.

Actualités Médicales

—

Méfions-nous des Certificats ! !

Il n'y a pas que le militaire au service de l'Autriche qui ne soit pas riche, le pauvre diable de médecin dans tous les pays du monde, à quelques exceptions près, ne vit plus de son métier ; et bien qu'on soit accoutumé de dire « qu'il n'y a pas de sot métier » je crois que le nôtre est l'exception qui confirme toute règle qui se respecte.

On ne peut plus aujourd'hui ouvrir un journal — et cependant il y en a des journaux *Bone Deus* ! — sans y lire qu'un médecin vient d'être condamné pour ceci et pour cela.

L'un va en prison comme escroc pour avoir continué ses soins à un accidenté du travail, après avoir certifié que le blessé pouvait reprendre son travail, et avoir, postérieurement à ce certificat, présenté à une Cie d'assurances une note de trois francs cinquante environ.

L'autre se voit réclamer des dommages-intérêts par une famille entière qui se prétend diffamée, parce que dans ce certificat destiné à faire enfermer, d'accord avec cette famille, un fou à lier, il a fait allusion à des antécédents héréditaires.

Et nos bons juges, qui souvent ne se font pas faute de remuer de la boue et de mettre en cause les ascendants collatéraux et descendants des justiciables ; qui sont coutumiers du bon mot qui jette la suspicion sur l'inculpé ; qui cherchent à amener le médecin appelé en témoignage, à violer le secret professionnel, en le menaçant des foudres de la justice s'il est discret ; ces mêmes juges appliquent sans sourciller les peines les plus sévères au malheureux praticien qui commet l'infraction la plus hypothétique à ce même secret professionnel.

Ce qu'il y a de plus triste en tout cela, c'est que le plus souvent ce sont des médecins qui donnent, inconsciemment ou avec intention, les verges destinées à fouetter leurs confrères.

L'exemple de nos honorables confrères de Châteauroux est encore d'actualité ; et combien d'autres pourrait-on citer du même genre !

Ah ces certificats ! Quels qu'ils soient on doit s'en méfier

☆

et tourner soixante dix-sept fois sa plume dans son encrier avant de les délivrer même sur papier timbré. On ne sait jamais ce qu'il peut coûter au médecin qui le signe.

C'est pourquoi, voyez-vous, je ne sais si nous devons protester contre la création de médecins légistes ?

Le premier certificat que j'ai donné comme médecin n'était cependant pas bien compromettant ; il s'agissait d'une vieille femme qui avait trompé son mari lequel avait cherché, par des arguments frappants, à la ramener dans le chemin de la vertu.

La femme, outre ses cinquante printemps, portait évidemment des traces récentes de cette explication avec son seigneur et maître, qui, en fait d'arguments, s'était, paraît-il, servi d'une canne un peu forte. Je concluais, sans être trop affirmatif, que les ecchymoses que je constatais me paraissaient avoir été produites par un instrument contondant.

Bref, mon Sganarelle fut condamné à quelques francs d'amende et, s'il était ce que tout le monde sait, il n'était pas content et me lâcha comme médecin.

Sa femme, qui elle avait été battue, ne trouva pas que Dame Justice l'eût suffisamment vengée, accusa de modération mon certificat et me lâcha aussi.

J'estime que c'est moi qui perdit le plus à ce certificat ; il en est très souvent ainsi et c'est le moins qui puisse nous arriver.

Aussi, voyez-vous, je me méfie toujours des gens qui viennent me demander un certificat, surtout quand ils viennent de la part d'une Cie d'Assurances mais, heureusement pour moi, c'est bien rare.

Dr Léon Lerichе.

Rapport sur le service de l'Assistance médicale gratuite dans l'Indre-et-Loire, l'Indre, le Maine-et-Loire, la Vienne, le Loir-et-Cher et la Sarthe.

Par le Dr MARNAY (de Loches)

Le service de l'assistance médicale et pharmaceutique aux indigents a été établi en France par la loi de 1893, mais non pas institué de toutes pièces à cette époque seulement, puisqu'il était organisé déjà depuis 1810 dans le Bas-Rhin, depuis 1852 dans le Loiret, les Bouches-du-Rhône et le Doubs et qu'il fonctionnait plus ou moins bien déjà dans 60 départements.

Cette loi de 1893 accorda aux départements le droit de fixer et le système de rémunération et les tarifs, n'envisageant point par cela même quelques points que le corps médical juge pourtant de première importance. Elle chargea simplement les Conseils généraux d'assurer l'assistance aux indigents au mieux des intérêts des communes et des départements. Et l'on put voir ainsi les systèmes les plus éloignés les uns des autres (abonnement-forfait, libre choix, etc...) comme les tarifs les plus différents (1 fr. par visite, 1 fr. 50, 1 fr. par an et par assisté, 0 fr. 50 par kilomètre parcouru, 0 fr. 75 et même 0 fr. 15 à l'aller seulement en Seine-Inférieure !).

Il n'est pas douteux que ces trop multiples divergences, en accord ni avec l'esprit de la loi, ni toujours avec l'intérêt des départements dont la vie économique ne les explique point, doivent léser le médecin, l'assisté et le contribuable et, parmi tous ces systèmes, un et même un seul doit être à préférer du corps médical à ce triple point de vue. Cette loi de 1893 ne pourra comme il a été dit au Congrès de Lille être pleinement ce qu'elle a voulu être : l'expression d'un bel élan de solidarité sociale et acquérir une bienfaisante action qu'aux trois conditions suivantes :

1° Qu'elle permette à l'indigent d'user de sa liberté de confiance ;

2° Qu'elle accorde à tous les médecins, qui lui offrent leur concours, le libre accès aux fonctions de médecins de l'Assistance ;

3° Qu'elle remunère équitablement de leurs peines tous ceux, qui, par leurs fonctions sociales, doivent comme les médecins en assurer l'exécution.

Il a paru intéressant au Syndicat médical d'Indre-et-Loire, de comparer l'organisation de cette assistance dans notre région (Indre — Vienne — Maine-et-Loire — Sarthe — Loir-et-Cher — Indre-et-Loire) de voir, si elle répondait partout aux 3 conditions essentielles, si, parmi les systèmes établis, l'un d'eux était à préférer, de voir, enfin, comment les confrères, moins bien partagés, pourraient faire améliorer leur situation dans une région presque identique dans tous ses secteurs au point de vue économique et géographique même. Et pour notre compte personnel, nous saurions un gré infini à notre dévoué et actif président, Lapeyre, de nous avoir chargé de ce travail s'il pouvait contribuer, pour un peu au mieux être de notre profession dans le rôle charitable qu'elle s'est assignée depuis toujours.

« Vers 1830 déjà, disait le ministre de l'Intérieur dans un rapport sur l'exécution de la loi 93 pendant le cours de 1895, un mouvement se dessina dans le corps médical, d'abord, en vue de substituer au traitement fixe la rémunération à la visite, puis, en vue de substituer à la désignation officielle le libre choix du malade. » La question du libre choix ne date donc pas d'hier et je ne ferai pas un instant l'injure à des médecins de discuter ce principe pour lequel on a pourtant beaucoup bataillé et qui, encore à l'heure actuelle, pour des raisons maintes fois exposées, n'est pas admis dans tous nos départements.

Deux systèmes principaux admettent le libre choix.

a) le système Vosgien.

b) le système Landais.

Le système Landais, vous le savez, qui fonctionne dans les Landes depuis 1855, est l'un des plus anciens. Le Conseil général fixe un taux d'abonnement par tête d'assisté et par an. Chaque assisté choisit son médecin au début de l'année pour l'année entière. Les 2 conditions que nous avons posées sont bien remplies mais la troisième nous paraît l'être moins puisqu'elle alloue au médecin, pour ses multiples peines, des honoraires qui mettent le prix de la visite à 0 fr. 15 et 0 fr. 20 ! Le département de la Sarthe non seulement conserve le système de l'abonnement, mais comme le dit notre compère Buquin, il est aussi le département qui donne au médecin l'allocation la plus faible, alors qu'il est loin d'être le plus pauvre. Alors que le prix moyen par assisté inscrit est de 1 fr. dans la Sarthe, il est dans l'Yonne de 7 fr. 16, dans le Cantal et la Lozère de 3 fr. 50 à 4 francs.

Le système Vosgien, actuellement pratiqué par 65 départements, l'était en particulier, par l'Indre-et-Loire et la Vienne avant 1893.

Pour les multiples raisons que vous connaissez tous c'est l'organisation qui, à tous nos congrès, a été préférée des praticiens, puisqu'elle donne satisfaction aux 3 principes primordiaux que nous avons posés. Les malades ont le libre choix du médecin qui est rémunéré à la visite. Sur ces 65 départements, quelques-uns — très peu nombreux — imposent quelques petites restrictions, l'Indre-et-Loire par exemple (choix du médecin le plus rapproché, interdiction de changer de médecin dans le cours de l'année).

Les tarifs peuvent être plus ou moins rémunérateurs mais le système est en lui-même équitable et il laisse au médecin toute sa dignité et toute son indépendance. Le médecin n'est pas fonctionnaire ; il ne dépend que de ses clients qui s'adressent à lui de plein gré.

L'Indre-et-Loire,
L'Indre,
La Vienne,
Le Maine-et-Loire,
Le Loir-et-Cher ont adopté le système Vosgien.

Ce n'est pas le lieu de discuter ce système, même au point de vue budgétaire. Nous donnons seulement ci-dessous un petit tableau portant sur une période de 5 années (de 1897 à 1902) tiré du très remarquable rapport présenté au Congrès de Lille par les Drs Bombart, Boudin, Boutry, Gairal et Lemière. Il pourra servir aux confrères de la Sarthe pour appuyer leurs revendications. (Les départements en italique ont le système vosgien).

DÉPARTEMENTS	FRAIS MÉDICAUX		FRAIS pharmaceutiques		TOTAL	
	par inscrit	par soigné	par inscrit	par soigné	par inscrit	par soigné
Indre	2.55	3.25	2.45	3 14	5.	6.39
Sarthe	1.41	3.98	1.61	4.13	3.02	8.11
Maine-et-Loire	1.99	5.97	1.78	5 33	3.77	11.30
Indre-et-Loire	2.22	6.79	1.78	5.74	4.	12 53
Loir-et-Cher	3.17	9.87	2.13	6 67	5.30	16.54
Vienne	2.24	6 26	4.03	11.69	6.27	17.86
France entière	2.17	6.12	2.13	5.86	4.30	11.98

Nous ajouterons encore, à titre documentaire que, le système vosgien ne coûte pas fatalement plus cher que les autres, car d'une statistique tirée du même rapport il résulte que, parmi les départements où le traitement d'un assisté soigné à domicile a coûté plus de 20 francs, il y a **exactement** le même nombre de départements pratiquant le système vosgien que de ceux ne le pratiquant pas. Et, enfin, nous citerons le cas de 2 départements : le Lot et la Haute-Garonne qui ont abandonné le Vosgien pour le Landais : dans le premier de ces départements, il y a eu une augmentation pour le budget départemental, dans le second, il est vrai, une diminution légère, mais supportée à peu près toute par les seuls médecins. On peut donc espérer pour nos confrères de la Sarthe qu'une campagne activement menée par leur Syndicat, et appuyée par les multiples documents qu'ils pourront trouver dans « le Concours Médical » et surtout dans le magistral rapport dont nous avons parlé — rapport qui fourmille de chiffres — pourrait faire accepter le système dont nous jouissons dans la région par leurs Conseillers généraux.

Les listes d'assistance sont, vous le savez, établies par les Conseils municipaux. La loi donne voix consultative aux médecins pour l'établissement de ces listes, mais cet article, dans maintes communes, n'est jamais observé. Or, bien qu'en général ces listes soient composées d'une façon équitable, il n'en est pas moins vrai qu'il y a parfois des abus criards, soit d'inscription, soit de radiation. Chacun de nous, je pense, pourrait en donner de multiples exemples ; et le médecin, d'une façon comme de l'autre, fait les frais de l'omnipotence des maires. Aussi croyons-nous qu'il serait juste et profitable au médecin d'user plus souvent de l'arme que lui confère la loi.

Les tarifs en vigueur dont nous donnons ci-dessous deux tableaux comparatifs (1), comprennent, d'une part, le prix des consultations et des visites, et d'autre part, celui des interventions de petite et de grande chirurgie. On remarque qu'en général la **consultation** est gratuite. Nous ne pouvons nous empêcher de noter la bizarrerie de cet article des règlements, qui compte pour rien ce que nous estimons être tout : notre savoir, notre peine et notre responsabilité. Et nous ne voyons vraiment plus ce qui, dans l'esprit des auteurs, distingue le médecin du loueur de voitures, si ce n'est toutefois l'indemnité kilométrique tout à l'avantage du loueur. Nous ajoutons encore que cet article n'est pas de bonne économie, puisque bien des visites éloignées pourraient être évitées au médecin et au budget, si l'assisté, qui peut se déplacer, était sûr de trouver un praticien modestement rétribué qui consente à donner de bonne grâce une consultation.

Enfin, le médecin, appelé en passant dans un bourg distant de 8 à 10 kilomètres de chez lui, se voit dans l'alternative, ou de refuser ses soins, ou d'entrer dans 3, 4 ou 5 maisons tout à fait gratuitement, ou de revenir tout spécialement pour ces consultants pour avoir droit ainsi à son indemnité kilométrique. Il y a là une injustice flagrante et un peu insultante, contre laquelle nous devons nous élever énergiquement.

L'indemnité kilométrique est en général de 0 fr. 50. Trois de nos départements allouent, et avec juste raison, le prix de la visite en plus de l'indemnité kilométrique. Cette dernière est comptée partout à l'aller seulement du domicile de l'indigent à celui du médecin le plus rapproché. Il y a encore, en ce point des règlements, une restriction que nous aimerions à voir modifier.

Bien entendu nous ne demandons point que l'assisté puisse faire venir son médecin d'où bon lui semble : mais, dans maintes régions, une commune, desservie de longues années par un médecin habitant à 10 kilomètres par exemple, a vu brusquement le service de ses assistés cesser d'être assuré par ce médecin parce qu'un confrère est venu s'installer à 1 ou 2 kilomètres moins loin de sorte que le libre choix n'est plus devenu qu'une amère dérision et pour le malade et pour le médecin. On pourrait, il me semble, dans ces cas particuliers créer des sortes de petites circonscriptions d'un rayon bien déterminé, et comprenant plusieurs médecins d'un éloignement maximum que les indigents resteraient libres, et bien libres ainsi, de faire appeler.

TARIF DES CONSULTATIONS ET VISITES

DÉPARTEMENTS	CONSULT.	VISITES JOUR	INDEMNITÉ KILOM.	VISITES de NUIT
Indre-et-Loire	0	1 »	0 50 à l'aller	double
Indre	1	1 »	0 75 —	double
Maine-et-Loire	0	1 50	plus 0 50	3 fr. plus indem. kilom.
Loir-et-Cher	0	1 »	plus 0 50	double
Vienne	0	1 »	plus 0 50	double

Le Tarif des interventions (*Voir pages 8 et 9*), de petite et de grande chirurgie, pour les cas où le malade

(1) Nous remercions bien vivement les Présidents des Syndicats voisins, les confrères et les Chefs des Bureaux des Préfectures, qui par l'envoi de documents multiples, nous ont grandement aidé pour la confection de ces tableaux.

n'aura pu ou **voulu** être transporté à l'hôpital, est en général modeste, mais convenable si l'on n'oublie pas qu'une fois encore c'est l'Etat qui donne au pauvre un sou qu'il prend dans la poche du bon médecin. Un département cependant, l'Indre, qui a revisé en 1902 son tarif, alloue aux médecins, un tarif plus élevé qui, dans certains cas, voisine avec beaucoup de tarifs ouvriers. Nous n'avons pas entendu dire que les indigents, les médecins et les finances berrichonnes en fussent plus mal, et nous envoyons à nos confrères et à leurs élus nos vives félicitations.

TABLEAU DES TARIFS POUR LES INTERVENTIONS

	INDRE-ET-LOIRE	INDRE	VIENNE	LOIR-ET-CHER	MAINE-ET-LOIRE	SARTHE
Opérations usuelles pratiquées à domicile	fr.	fr.	fr.	fr.	fr.	
Extraction de dent, examen au spéculum	2 »	1 50 et 4	1 et 2	2 »	1 et 2.	
Saignée	3 »	4	1	2 »	1	
Cathétérisme	2 »	4	2 et 1	2 »	2 et 1	
— avec lavage de la vessie	5 »	4	»	» »	»	
— — — Répété	3 »	4	»	» »	»	
Injection sous-cutanée	2 »	2	»	2 »	»	
Injections sous-cutanées répétées dans le cours de la même maladie	1 »	2	»	» »	»	
Sutures de plaies, ouverture d'abcès superficiels, pointes de feu, électrisation, extraction d'un corps étranger du nez, de l'oreille ou de l'œil	2 »	4 à 10	1 et 3	2 »	1	
Lavage de l'estomac, taxie de hernie étranglée, paraphimosis, ablation de petites tumeurs (kyste ou lipôme)	5 »	10	3 et 5	5 »	3	
Injection de sérum (Sérum non compris)	5 »	10	5	5 »	5	
Injection de sérum répétée au cours de la maladie	3 »	»	3	» »	»	
Paracentèse, ponction d'hydrocèle (avec injection iodée) ongle incarné, abcès profond avec drainage, tamponnement des fosses nasales	10 »	10	3 et 10	10 »	2 et 5	
Opérations pratiquées à domicile en cas d'urgence et d'impossibilité de transport à l'hôpital						
Ablation d'amygdales, fissure et fistule à l'anus, hémorroïdes, thoracentèse, ablation de cancroïdes de la face	25 »	10 et 20	10	25 »	»	
Chloroformisation (lorsque la présence de deux médecins est nécessaire)	20 »	10	10	25 »	10	
Amputation du doigt	25 »	20	»	25 »	»	
Amputation de la jambe, du pied, de l'avant-bras, du bras, de la main	50 »	70 à 120	»	50 »	»	
Amputation de la cuisse	100 »	200	»	100 »	»	
Bec de lièvre, trachéotomie, ligature d'artère grosse ou moyenne (hernie étranglée)	50 »	30 à 200	30	50 »	»	
Ablation du sein, pour tumeur	50 »	»	»	50 »	5 à 10	
Empysème	40 »	»	»	25 »	»	
Fractures						
Fracture de côte, du doigt, du métacarpien	10 »	20	»	10 »	5	
— du péroné, de la clavicule, du radius au poignet et du maxillaire inférieur	20 »	20	10	20 »	5	
Fracture du col du fémur, de la cuisse, de la jambe, du bras et du coude	50 »	150 à 50	30 et 15	50 »	10 à 15	
Fractures de l'avant-bras, de l'oléocrâne et de la rotule	30 »	50 à 100	10	30 »	10	
Le prix des fractures comprend la pose et la fourniture de l'appareil plâtré ou silicaté	» »	»	5	» »	5	
Luxations						
Luxation du maxillaire inférieur, de la rotule du poignet et du doigt	10 »	20	»	10 »	»	
Luxation du genou, du pied et du coude	20 »	30 et 80	10	20 »	5	
— de l'épaule et de la hanche	30 »	30, 80 à 200	15 et 25	30 »	10 et 20	
Obstétrique						
Délivrance naturelle	5 »	»	»	5 »	»	
— artificielle	15 »	20	15	15 »	15	
Application de forceps et version	25 »	40	15 et 30	25 »	15	
Embrytomie et basiotripsie	100 »	50	»	100 »	»	
Curetage utérin après accouchement ou fausse couche	20 »	30 et 40	»	» »	»	

Quelques départements, l'Indre, l'Indre-et-Loire en particulier, ont dans leur règlement un article ainsi conçu : « le prix de l'opération ne peut se cumuler avec celui de la visite » qui a des conséquences fâcheuses. Il n'est pas dou-

teux, en effet, que si, à la rigueur, on peut, quand on a amputé pour 200 francs (Indre) une cuisse à 4 kilomètres, abandonner à l'Etat les 3 francs d'indemnité kilométrique, il n'en est plus de même quand on a fait à cette même distance un examen au spéculum ou une saignée (4 francs) — qu'un catéthérisme avec lavage de la vessie qui sera payé 5 francs en Indre-et-Loire ; si ce lavage est fait à moins de 2 kilomètres ne le sera plus du tout si le médecin a porté ses sondes et ses seringues à 10 kilomètres puisque les 5 francs de visites ne pourront se cumuler avec les 5 francs de cathétérisme. Or, l'une de ces interventions est bien, il me semble, moins fréquente que l'autre, et nous devons faire tous nos efforts pour qu'une pareille restriction, injuste et vexatoire, disparaisse à jamais des règlements en vigueur.

Nous omettons à dessein quelques questions de détails qui varient avec les départements mais qui n'ont qu'une importance minime (feuilles de visite, médicaments, règlements des honoraires etc...) Nous omettons encore d'envisager la faculté qu'ont les communes, dans le Loir-et-Cher, par exemple, d'appliquer le régime de l'abonnement, après autorisation préfectorale (art. 9, du règlement) bien que ce département jouisse du système vosgien le seul que nous voudrions voir en vigueur partout. Nous avons seulement voulu étudier le fonctionnement de l'Assistance médicale de nos départements dans ses grandes lignes, les comparer entre elles, pour fournir aux confrères de la Sarthe, en particulier, une arme de plus pour leurs revendications.

Et nous voudrions encore, pour terminer, dire quelques mots d'un point très important : **les Commissions de contrôle** et nous ne saurions mieux faire que de donner quelques lignes du rapport de Gairal que nous avons déjà cité. « Nous croyons que le système ne peut fonctionner sans une commission de contrôle, mais celle-ci doit être composée de façon à donner toute garantie et toute satisfaction aux deux intérêts opposés en présence : le médecin et le département. A ce mot de commission de contrôle certains de nos confrères se dressent indignés et nous répondent : « Comment contrôler le médecin sans porter atteinte à la dignité professionnelle ? » Nous répondons simplement que les médecins honnêtes ne craignent pas le contrôle à *la condition qu'ils soient jugés par leurs pairs et après avoir été entendus*. » L'administration centrale paraît d'ailleurs favorable au libre choix, à la condition que la Commission de contrôle fonctionne bien (rapport du Ministre de l'Intérieur **in** Rapport Gairal **loc. cit.**). Ces Commissions sont composées de façon diverse dans nos départements mais identique cependant dans leur principe : un certain nombre de médecins en font partie, nommés soit par leurs pairs, soit par le Préfet. Et ces commissions, trop souvent, taillent et rognent nos mémoires avec juste raison peut-être mais presque toujours sans que le taillé et le rogné sachent les causes de pareille mutilation. De sorte que s'il a pu commettre une erreur d'interprétation de tarifs, il la commettra sans cesse si un heureux hasard ne la lui montre pas : Nous aimerions donc voir unifier la composition des Commissions de contrôle qui comprendraient :

3 représentants du Conseil général ;

3 médecins choisis par le Préfet sur une liste de présentations de 8 ou 10 médecins *faisant partie de l'assistance médicale gratuite et présentés par leurs confrères* ;

1 président nommé par le Préfet ou le Préfet lui-même et qui ne pourrait jamais statuer sans avoir donné au médecin soumis à son arbitrage le droit de se faire entendre et de se défendre.

Nous n'avons pas encore demandé des Conseils de surveillance ou des Conseils d'arbitrage formés exclusivemens de médecins syndiqués, comme il en existe pour d'autree questions en Belgique, en Allemagne, dans le grand-duche de Luxembourg. « Placer les abus sous la sauvegarde de la solidarité professionnelle organisée, nous paraît unr idée d'avenir que nous pourrions envisager aussi bien pous réglementer le libre choix pour les assistés, que pour le accidents du travail et même les mutualistes.

« Nous l'envisageons avec l'espoir qu'un jour elle deviendra réalité quand les pouvoirs publics auront la même confiance dans le corps médical organisé en France, qu'en Allemagne et en Belgique. » (Rapport Gairal.)

Car, n'en doutons pas, il faut de l'entente et de la cohésion. Il faut qu'au bloc des collectivités qui, de jour en jour, se grossit pour nous saigner, nous opposions le bloc de braves gens qui veulent vivre de leur métier. L'Etat nous a demandé de saigner ses pauvres à prix réduits, et il a prié M. Caillaux d'élaborer un projet de remerciements pour nos cadeaux. Demain l'Administration, et sur quel ton, grands dieux ! ouvrira ses larges bras hospitaliers aux gendarmes, aux cantonniers, aux gardes forestiers, et nous ferons encore, si nous n'y prenons garde, les frais de la généreuse offrande. Un jour viendra encore, n'en doutez pas, où vous n'aurez même plus pour soigner les receveurs des finances, le dix sous du kilomètre mais le simple témoignage de satisfaction qu'accorde le ministre après vingt-cinq ans de services ! Et beaucoup « d'exemptions » de ce genre ne vous donneront même pas droit au tableau d'honneur, comme au collège. Si le praticien reste isolé devant les multiples collectivités qui se dressent devant lui, il succombera fatalement. Les patrons eux-mêmes ont compris ce besoin d'union puisqu'ils ont créé des Syndicats de patrons en face des Syndicats d'ouvriers.

Et c'est de cette lutte d'intérêts opposés, qu'est sortie l'entente et un modus vivendi convenable. Et c'est le syndicat, ou mieux encore, comme vous l'a dit Lapeyre, un bloc de Syndicats fédérés qui portera aux Conseils généraux pour l'Assistance médicale gratuite nos justes principes que nous résumerions, pour conclure, de la façon suivante :

1° Adoption du Système vosgien absolu et suppression, dans une mesure raisonnable, de l'article « médecin le plus rapproché » qui est une limitation trop tranchante du libre choix ;

2° Consultations payées ;

3° Honoraires alloués pour la visite s'ajoutant en tous les cas aux indemnités kilométriques et à celles allouées pour les interventions de petite et de grande chirurgie ;

4° Ces tarifs seraient fixés d'un commun accord entre les départements et la fédération régionale de Syndicats ;

5° Observation stricte de la loi qui donne voix consultative au médecin pour l'établissement des listes d'assistance ;

6° Composition plus rationnelle des Commissions de contrôle qui fonctionneront avec plus de justice et ne pourront jamais juger un médecin sans l'entendre.

Janvier 1909. Dr A. Marnay.

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.

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

Un cas d'hérédité de la luxation congénitale de la hanche.

Par le Dr Louis DUBREUIL-CHAMBARDEL

Le rôle de l'hérédité dans l'étiologie de la luxation congénitale de la hanche est connu depuis longtemps — Hippocrate en parle et Ambroise Paré y fait allusion — et nombre d'observations en ont été rapportées.

Le cas que nous avons pu étudier récemment ne fait que confirmer cette notion étiologique. Nous croyons devoir le publier parce que, par sa complexité, il présente un certain intérêt.

Observation I. — Le 25 août 1908 nous opérons à Tours avec M. le Dr Lapeyre, à la maison de santé Saint-Gatien, Mlle P..., âgée de 12 ans, originaire du canton de Bourgueil, pour une luxation congénitale de la hanche gauche. C'est une enfant de très bonne santé, de forte constitution, grande pour son âge et ne présentant aucune autre défectuosité physique en dehors de sa luxation.

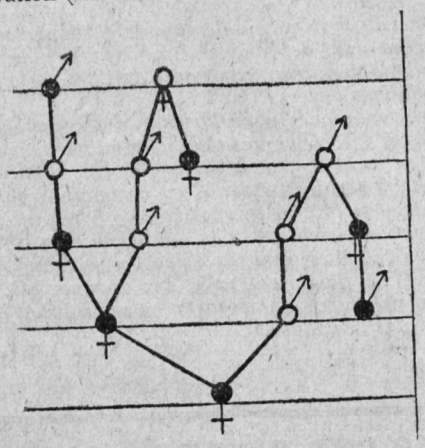
L'opération n'offre aucune difficulté et la réduction s'obtient sans grand effort. Ce n'est d'ailleurs pas là que réside l'intérêt de ce cas.

Nous nous trouvons en présence d'un fait curieux de luxation congénitale héréditaire. Dans les antécédents de cette jeune fille, soit du côté maternel, soit du côté paternel, nous rencontrons chez un certain nombre de sujets cette même malformation anatomique de la hanche.

Ligne maternelle. — La mère de Mlle P..., est boiteuse de naissance et a une luxation congénitale de la hanche gauche. La grand'mère, encore vivante, boite aussi du côté gauche, mais très légèrement. Le grand-père de cette dernière avait aussi, paraît-il, une luxation très accusée du côté gauche. Mme P... a encore une grand'tante paternelle, habitant R., qui est aussi boiteuse.

Ligne paternelle. — M. P... est bien constitué et ne boite pas ; son père n'avait pas non plus de luxation mais la sœur de ce dernier boite et a un fils, actuellement sacristain à B., qui est aussi boiteux.

Voici donc un exemple curieux d'une famille chez laquelle on trouve des luxations congénitales de la hanche pendant cinq générations successives. Le tableau qui précède résume cette observation (les cercles noirs indiquent les sujets luxés) :



Chez tous les sujets la luxation a été unilatérale et s'est toujours rencontrée à gauche. Elle n'est pas exclusive au sexe féminin puisque deux personnes sur sept sont des hommes.

Cette observation est intéressante surtout par ce fait qu'il existe des luxés à la fois dans la famille paternelle et dans la famille maternelle. Il semble donc que notre petite opérée ait subi l'influence de deux hérédités semblables.

Dans la région, pays de plaine, les luxations de la hanche sont fréquentes. Les conscrits exemptés pour cette infirmité sont toujours plus nombreux dans les cantons de Bourgueil et de Chinon que dans les autres cantons de l'Indre-et-Loire et les cantons voisins de la Vienne et du Maine-et-Loire.

Précisément, dans ce canton de Chinon, nous pouvons signaler deux autres faits d'hérédité de la luxation de la hanche :

Observation II. — Nous opérons le 14 octobre 1907, Mlle C. T..., de Marçay (canton de Chinon), âgée de 6 ans pour une luxation congénitale double. L'arrière grand-père paternel, mort il y a quelques années, était boiteux de naissance. Un cousin issu de germain, âgé de 15 ans, demeurant dans la commune de Sammarcoles (Vienne), a aussi une luxation double de la hanche.

Observation III. — Dans cette même commune de Marçay demeure une famille R... La femme a une luxation double de la hanche ; sur ses sept enfants, cinq sont boiteux ; seul l'aîné, un garçon et le plus jeune, une fille, n'ont pas cette infirmité.

Les trois familles que nous venons de citer sont des familles de cultivateurs de vieille souche tourangelle ; les alliances contractées par elles l'ont toujours été avec d'autres familles du pays ; il n'y a donc pas eu apport d'un sang étranger, du moins aussi loin qu'on puisse remonter dans les antécédents.

Au point de vue pathologique, dans aucune de ces familles, en dehors de la luxation de la hanche, nous n'avons rencontré de tares héréditaires, ni de caractères dégénératifs tant au point de vue somatique qu'au point de vue psychique. En somme, ce sont des familles très saines et de race vigoureuse.

Il n'est pas besoin de rapprocher ces faits de ceux antérieurement publiés, où l'hérédité de la luxation congénitale de la hanche a été signalée sur une série de générations. Ce serait là un travail fastidieux et sans intérêt. Nous indiquerons seulement, parmi les observations récentes, celle de M. Petit de la Villeon, insérée dans la *Province médicale* du 12 août 1908, page 340. Cet auteur a pu examiner une famille chez laquelle une femme, sa fille et sa petite-fille présentaient une luxation unilatérale de la hanche, siégeant à gauche chez la mère et la fille, à droite chez la petite-fille.

Ces exemples démontrent que la luxation congénitale de la hanche, due à des variations anatomiques du squelette et des ligaments de la hanche, subit les lois de toutes les autres variations anatomiques. Parmi ces lois, celle de l'hérédité est maintenant acceptée sans conteste ; nous même l'avons vérifiée à plusieurs reprises pour un grand nombre de faits. Il n'est cependant pas inutile de multiplier les observations de cette sorte ; à un moment, où la pathogénie de la luxation de la hanche est encore discutée, elles éclairent singulièrement nos connaissances sur l'étiologie de cette malformation congénitale.

Et nous pouvons terminer cette courte note par ce trait que nous lisions récemment dans un fabliau du xve siècle, d'un auteur inconnu :

— Pourquoi boites-tu ?

— Parce que mon père boitait.

(*Province Médicale*, 17 octobre 1908).

Reconstituant du système nerveux

NEUROSINE PRUNIER

PHOSPHO-GLYCÉRATE DE CHAUX CHIMIQUEMENT PUR

Du Prolapsus de l'Utérus chez les Vierges et les Nullipares

Par le Dr Francis MENUET,
Professeur suppléant à l'Ecole de Médecine de Tours

—

TRAITEMENT PAR L'HYSTÉROPEXIE ISTHMIQUE

Nulle part encore la question du traitement des Prolapsus utérins chez les Vierges et les Nullipares n'a été traitée. Les auteurs se bornent à énumérer les divers modes de traitement du Prolapsus *en général*. Nous croirions être incomplet si nous ne disions un mot des différentes méthodes employées en matière de Prolapsus jusqu'à ce jour. Leur inefficacité pour la variété que nous étudions est le meilleur argument en faveur de l'Hystéropexie isthmique suivant la méthode de Delbet que nous proposons pour une telle affection.

Sans insister beaucoup, nous parlerons tout d'abord du *Traitement médical*.

Réduire le Prolapsus, le maintenir réduit par un appareil orthopédique : tel est le principe du traitement palliatif des Prolapsus utérins.

Les moyens médicaux sont d'une efficacité nulle ou douteuse : ils ne conviennent qu'à des Prolapsus légers et récents. Nous citerons seulement pour mémoire :

La *Méthode des Américains*, supérieure, d'après Skene (1), à l'emploi des pessaires : la malade est maintenue pendant plusieurs semaines dans la position genu-pectorale sur une chaise longue spéciale. Cette situation doit être prise plusieurs fois par jour, conservée pendant dix minutes ; dans l'intervalle, la malade reste étendue sur le dos, la tête légèrement inclinée. — Inutile d'insister sur les difficultés qu'on rencontrerait en clientèle pour imposer un traitement aussi rigoureux et dont le résultat paraît bien aléatoire.

Les *injections astringentes*, les *injections sous-cutanées d'ergotine*, le *tamponnement du vagin*, la *columnisation*, ont été essayés sans grands résultats.

Le *traitement kinésithérapique* ou *massage bimannuel* à travers les parois du vagin et de l'abdomen, destiné à reconstituer la tonicité des ligaments utérins et des muscles du plancher périnéal suivant la méthode de Thure-Brandt, a été très vanté par Sielski (2) et Strojnowski. Ce sont procédés d'Allemagne, de Russie et des Pays scandinaves auxquels nos méthodes françaises ont peine à s'acclimater.

Les *Pessaires* ont eu leur vogue et on en a imaginé un grand nombre. Admissibles chez une femme âgée, ils sont hors de cause chez une jeune fille.

Quoi qu'il en soit, les procédés purement médicaux ne sont en aucun cas des moyens curatifs. Force nous est de recourir au *Traitement chirurgical* pour obtenir la guérison complète du Prolapsus utérin.

Or, si la liste des opérations préconisées contre le Prolapsus en général est longue, il restait encore jusqu'à ces derniers temps à trouver une opération efficace contre les Prolapsus des Vierges.

Suivant la part prédominante qu'on attribue aux divers facteurs dans la pathogénie du Prolapsus, les chirurgiens ont essayé avec des résultats différents trois catégories d'opérations :

Des opérations, qui s'adressent aux *moyens de contention de l'utérus au Périnée* ; ce sont : les *colpopérinéorraphies* ;

Des opérations, qui s'adressent aux *éléments de suspension, aux ligaments*; ce sont: les *opérations ligamentaires ; Alquié-Alexander, Raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds, Raccourcissement des ligaments ronds par le procédé de Doléris, Hystéropexie médiate* par la fixation des cornes utérines ;

Enfin les opérations qui s'adressent *à l'utérus ;* ce sont : l'*opération de Schrœder*, l'*hystérectomie partielle ou totale*, l'*hystéropexie directe, vaginale ou abdominale*.

Les interventions, qui s'adressent aux *éléments de contention de l'utérus*, ont pour but de restaurer le plancher pelvien, de remettre le périnée dans un état normal. De tous les procédés qui ont été successivement proposés, nous ne retiendrons que la *Colpopérinéorraphie* de Lawson-Tait (1) et de Doléris (2) qui met en présence de larges surfaces avivées et assure la reconstitution d'un solide périnée.

Opération de choix dans la cure des Prolapsus ordinaires, ce procédé ne peut évidemment s'appliquer aux Prolapsus ante-partum. Leur étude pathogénique nous a, en effet, montré un périnée intact, une vulve en général normale. Puisqu'ici le périnée n'est pas en cause pourquoi s'en prendrait-on à lui ? L'échec thérapeutique est d'ailleurs venu confirmer d'une façon éclatante cette méthode ainsi qu'on le verra dans plusieurs de nos observations.

Le Professeur Reclus, dans sa Clinique de la Charité en mars 1908, l'a reconnu avec franchise. Sa jeune malade présentait un Prolapsus ante-partum des plus typiques. D'accord avec Richelot, il la fit opérer par son chef de clinique Picquand. « Les deux faisceaux du Releveur de l'anus, de belle apparence et de volume normal, furent solidement unis par du catgut et le résultat immédiat parut excellent ; mais dès que, au bout de trois semaines, la malade se leva, l'abaissement de la matrice se reproduisit avec une rapidité déconcertante (3). »

Ce résultat devait être, remarque judicieusement Reclus ; le plancher périnéal n'étant pas en cause, la réfection de ce plancher n'était nullement indiquée.

Lapeyre, *de Tours*, a refait depuis la même observation en avril 1908. Il s'agissait d'une Nullipare, nullement Vierge, et présentant, en même temps que de la chute utérine, un Prolapsus marqué de la paroi antérieure. La Colpopérinéorraphie devait réussir là ou jamais. Lapeyre la pratiqua complète, antérieure et postérieure. Il trouva et sutura avec soin des Releveurs bien développés ainsi que Reclus l'avait fait dans le cas que nous venons de citer. Au bout de 25 jours, la malade se lève : le col apparaît à travers la vulve.

Les opérations qui, s'adressent *à l'utérus* ont pour but de supprimer un organe volumineux, fibromateux, allongé ou hypertrophié, qui, laissé en place, même réduit, devient une amorce à la récidive.

Tel est le principe des *Hystérectomies* en matière de Prolapsus. Celles-ci peuvent d'ailleurs être partielles ou totales, vaginales ou abdominales.

Qu'il nous suffise de faire remarquer que l'Hystérectomie n'a jamais été préconisée que contre des Prolapsus très rebelles. Ce n'est qu'un pis aller. A fortiori, chez une femme jeune, doit-on toujours rechercher les opérations

(1) Skene. — Medic. Gyn. 1895, p. 244.
(2) Sielski. — *Das wesentlich der Thur-Brandt'schen Behandlungsmehode des Uterusprolaps*. Centr. f. Gen. 1887, nº 4.

(1) Soenger. — *Centr. f. Gyn.* 1888, nº 47, page 765.
(2) Doléris. — *Répertoire universel d'obst. et de gynéc*, 1889. p. 344.
(3) Reclus. — *Le Prolapsus utérin des Nullipares. Gaz. des Hôpitaux*, 12 mars 1908.

conservatrices qui ne viennent pas troubler de fazon irrémediable sa vie génitale. En outre l'hystérectomie, même après tous les progrès de la technique moderne, n'est pas toujours une opération inoffensive. *L'Hémorragie* n'est pas rare, en effet, et l'on cite toujours le cas de Lebedeff qui dût mettre 48 ligatures sur des vaisseaux qui saignaient. *L'ouverture de la vessie* n'est point une crainte illusoire ainsi que le font remarquer Le Dentu, Quénu, Lejars et Hartmann. La *mort* même a été observée plus d une fois, due à l'*infection*, la *péritonite* (Kehrer, Hahn, Pozzi, Chaput), la *pyélonéphrite* (Fristch), le *choc* (Taylor), la *paralysie cardiaque* (Oderbrecht), l'*hémorragie* (Lucas-Championnière), la *broncho-pneumonie* (Pozzi).

Un dernier groupe d'opérations s'adressent aux *éléments de suspension de l'utérus* et cherchent à restaurer les ligaments suspenseurs de cet organe ou à suppléer à leur insuffisance par une fixation artificielle, de là le groupe des *pexies*.

Colpopexies ou fixation du vagin aux parois pelviennes dont les résultats sont loin d'être brillants et qui ne peuvent être envisagées pour le cas qui nous occupe puisqu'il a été reconnu, contrairement à l'opinion de Richelot, que c'est l'utérus et non le vagin qui descend.

Opération d'Alquier-Alexander.

Raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds.

Raccourcissement des ligaments ronds par le procédé de Doléris.

Hystéropexie médiate par la fixation des cornes utérines.

Nous ne décrirons pas ces divers procédés que l'on trouve tout au long dans les traités classiques. Nous nous bornerons à remarquer que ces opérations — de choix — contre la *rétroversion* sont jugées par tous insuffisantes contre le *Prolapsus*. Nombre d'auteurs même, tels que Walther, Lucas-Championnière, Delbet, etc... ont dit au dernier *Congrès de chirurgie* (octobre 1908) leur hésitation à les employer contre la rétroversion et ils ont nettement indiqué leurs préférences pour l'Hystéropexie.

L'opération d'Alquié-Alexander a, du reste, été rarement pratiquée contre le Prolapsus utérin. Bien qu'elle offre à l'utérus deux points d'appui au lieu d'un seul (Pozzi), ces points d'appui ne suffisent pas à eux seuls à constituer une suspension assez solide. Malgré les succès prétendus de Polk (1), nous n'hésitons pas à déclarer cette opération absolument insuffisante, elle ne fait rien contre le Prolapsus ante-partum et ne peut agir que sur la rétrodéviation.

Le raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds, suivant les méthodes de Wylie et de Dudley, a été pratiquée avec des résultats très divers et surtout pour des rétroversions mobiles.

Après sa colpopérinéorraphie malheureuse, Reclus essaya une fixation de la matrice par le raccourcissement des ligaments ronds selon le procédé de Doléris. Ce procédé, excellent pour les rétrodévations, s'est montré insuffisant pour le Prolapsus ante-partum. La cavité abdominale fut ouverte et le fond de l'utérus solidement saisi. Puis, avec une pince de Kocher ayant traversé l'aponévrose du grand oblique, le droit et le péritoine, Reclus prit le ligament rond qui, formant une anse, fut entraîné au travers du péritoine, du muscle et de l'aponévrose, en sens inverse du chemin parcouru. Les anses des deux ligaments ronds furent suturées l'une à l'autre en avant de la paroi, sous la peau, par quatre points solides, dont deux au catgut et deux à la soie.

« Au cours de ces manœuvres, dit Reclus, nous nous aperçûmes du peu de résistance des ligaments ronds qui formaient sur le repli du péritoine un très mince relief; leur fragilité était telle que, à plusieurs reprises, ils furent rompus par nos faibles tractions. Le pronostic opératoire fut dès lors douteux ». Cependant Reclus espérait un bon résultat parce que l'utérus avait été appliqué étroitement contre la paroi du ventre ; il pensait que la poussée intestinale pendant les efforts aurait pour effet de refouler la matrice en avant et en bas vers le pubis et non dans la filière vaginale.

Il fallut bien avouer l'échec lorsque dès le premier examen de l'opérée, la matrice apparut au ras de la vulve et au moindre effort semblait prête à prolaber.

L'*Hystéropexie*, non pas l'*hystéropexie vaginale* telle que l'ont pratiquée Dührssen et Mackenrodt en Allemagne, Le Dentu et Pichevin en France — ni la rétrofixation du col de Sanger — ni même l'*hystéropexie abdominale antérieure* comme la veulent Olshausen, Terrier, Pozzi, Legueu, etc... mais l'**Hystéropexie** dite **Isthmique** par Pierre Delbet et que notre Maître, le Docteur Lapeyre, a pratiquée le premier et à cinq reprises dans le Prolapsus des Nullipares, voilà pour nous la vraie méthode curative des Prolapsus utérins ante-partum, au même titre que la colpopérinéorraphie dans les Prolapsus post-partum.

Ce qui importe, en effet, ce n'est pas la manière de fixer la matrice, mais le point que l'on fixe.

Léopold et Czerny, à la suite d'Olshausen, fixaient le fond même de l'utérus d'où cette conséquence qu'au cours d'une grossesse la paroi postérieure devait faire à elle seule tous les frais de la gestation. Aussi les accidents étaient fréquents et justifiaient souvent les critiques des accoucheurs. Leurs craintes n'étaient pas illusoires :

Demelin relève 20 avortements ou accouchements prématurés sur 112 grossesses survenues après une hystéropexie.

Küster en cite 15 sur 95, proportion très supérieure à celle que l'on observe chez les femmes normales.

Reclus relate l'observation typique suivante : une femme avorte deux fois après une ventro-fixation, l'accoucheur détruit les adhérences unissant l'utérus à la paroi abdominale et une 3e grossesse est alors menée à terme.

Pinard a dressé une statistique dont nous parlerons bientôt, où il montre que l'Hystéropexie mal faite influe d'une manière néfaste sur la présentation fœtale.

Oui, dans les mêmes conditions, a rapporté 3 observations de rupture utérine et 12 cas où la césarienne fut nécessaire.

Il est d'ailleurs fort probable que si les accidents ne sont pas plus nombreux, c'est que les adhérences entre l'utérus et la paroi abdominale se détruisent souvent au cours de la grossesse et libèrent la matrice qui désormais évolue normalement.

Enfin Demelin a établi que la délivrance chez les femmes à utérus fixé provoque des hémorragies par suite de la non rétraction de l'organe due à des adhérences (1).

Devant les insuccès de l'*Hystéropexie haute*, on eut recours aux *Hystéropexies basses*, et l'on fixa la face antérieure de l'utérus. Mais en réalité, on plaçait encore un fil très haut sur la matrice.

Richelot passe trois fils, l'inférieur, au niveau de l'isthme, le supérieur, immédiatement au-dessous des

(1) Polk. — *Americ. Journ. of Obst.* 1886, p. 606.

(1) Toutefois Lucas-Championnière, au dernier *Congrès de Chirurgie* (Octobre 1908), s'est montré moins hostile à l'Hystéropexie abdominale antérieure. Il fixe l'utérus sur toute sa hauteur et prétend n'avoir jamais vu de récidive du prolapsus, ni aucun trouble de grossesse, contrairement à l'opinion classique.

Voici donc nos fils placés *très bas sur l'utérus*. Il s'agit maintenant de les placer relativement *haut sur la paroi abdominale* à 2 centimètres au moins et quelquefois 4 ou 5 centimètres du pubis.

Pour cela, on attire l'utérus en haut de manière à voir à quel point de la paroi correspondent les fils utérins lorsque le plancher pelvien est tendu sans traction. Alors l'opérateur enfonce l'aiguille à son niveau dans l'aponévrose à 1 centimètre 1/2 environ de la section. Il traverse l'aponévrose, le bord interne du Droit et le Péritoine; l'aide charge l'aiguille qui ramène successivement les deux chefs droits des fils.

La même manœuvre est exécutée pour les deux chefs du côté gauche (*Figure 3*). L'opérateur prend le fil supérieur, l'aide, l'inférieur, et tous deux, en même temps, font un demi-nœud à leur fil. Pour éviter que l'utérus, abandonné à lui-même, retombe dans le petit bassin, l'aide maintient serré le demi-nœud inférieur pendant que l'opérateur complète le nœud supérieur.

Enfin l'aide complète à son tour le nœud du fil inférieur. Du même coup l'utérus est fixé à la partie correspondante de la paroi en partie suturée. Surjet péritonéal au catgut. Surjet aponévrotique se continuant par dessus les fils qui ont fixé l'utérus. Suture cutanée.

Cette opération est, on le voit, très simple et pour ainsi dire sans danger. L'adhérence de l'utérus à la paroi devient parfaite sans qu'il soit nécessaire d'aviver le péritoine utérin et de soutenir l'utérus par un pessaire ou un tamponnement vaginal. Les fils suffisent à condition qu'ils embrassent à la fois le péritoine, le muscle et l'aponévrose.

C'est cette Hystéropexie que Lapeyre a d'emblée et le premier pratiquée pour quatre de ses malades et secondairement pour une cinquième après échec de la colpopérinéorraphie, c'est elle seule qui a donné satisfaction à Reclus pour la malade dont nous rapportons plus loin l'observation et pour laquelle une colpopérinéorraphie et une fixation de la matrice par le raccourcissement de ligaments ronds avaient totalement échoué.

En terminant sa Clinique de la Charité, en 1908, le Professeur Reclus manifestait quelque scepticisme sur le résultat définitif de son hystéropexie et aussi quelque inquiétude au point de vue d'une grossesse ultérieure. Nous ne pouvons en savoir mauvais gré à Reclus, mais nous possédons aujourd'hui assez d'observations pour réfuter victorieusement les objections qu'on serait tenté de nous adresser.

La première idée qui se présente à l'esprit, c'est qu'une hystéropexie aussi basse doit profondément troubler les *fonctions de la vessie*. Or, Lapeyre (5 opérées), Delbet et Caraven (23 opérées) n'ont trouvé après l'hystéropexie isthmique ni plus ni moins de rétention d'urine que chez les autres laparotomisées : Quant à la pollakiurie, qui devrait, semblait-t-il, résulter d'une gêne à la distension de la vessie, c'est aussi une crainte mal fondée. « Nous avons interrogé très soigneusement toutes nos malades avant leur sortie de l'hôpital, écrivent les deux derniers auteurs cités, aucune n'a accusé le moindre trouble vésical. » Il en fut de même chez les malades de Lapeyre.

Aussi ne craignons-nous pas d'affirmer que le fonctionnement régulier de la vessie est parfaitement compatible avec l'hystéropexie isthmique.

Le résultat opératoire au point de vue de la *statique pelvienne*, tant dans les opérations de Lapeyre que dans celles de Delbet, a été constamment bon. Pas de récidive du Prolapsus dans le premier cas, et dans le deuxième, où l'intervention était faite pour des lésions différentes, il est vrai, l'utérus est resté en situation haute, accolé à la paroi abdominale.

Il est un point sur lequel nous devons même insister,

HYSTÉROPEXIE ISTHMIQUE

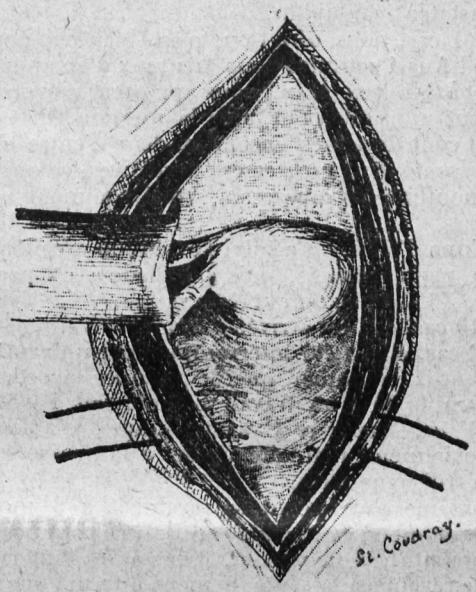


Figure III.

On attire l'utérus en haut de manière à voir à quel point de la paroi correspondent les fils utérins lorsque le plancher pelvien est tendu sans traction. Alors l'opérateur enfonce l'aiguille à son niveau dans l'Aponévrose à 1 cm. 1/2 environ de la section. Il traverse l'Aponévrose, le bord interne du Droit et le Péritoine ; l'aide charge l'aiguille qui ramène successivement les deux chefs droits des fils. La même manœuvre est exécutée pour les deux chefs du côté gauche. Voici nos fils placés relativement *haut sur la paroi abdominale*.

c'est la sensation particulière de *sécurité pelvienne* que donne l'opération à la plupart des malades. Plus de sentiment de faiblesse, plus de tiraillement dans les reins. Beaucoup de malades se livrent à des travaux pénibles, non seulement sans douleur mais sans appréhension. Elles ne savent comment exprimer cette sensation de sécurité que donne une bonne statique pelvienne, mais elles y sont très sensibles. C'est là un des résultats les plus précieux et les plus appréciables de l'hystéropexie isthmique et nous croyons que les hystéropexies indirectes, par raccourcissement des ligaments ronds sont incapables de la procurer au même degré.

Nous avons déjà parlé du réquisitoire sévère dressé

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.
Dépot toutes Pharmacies. — Vente de gros : H. MORAND, Pharmacien, Auray (Morbihan).

contre l'hystéropexie abdominale directe. On a même prétendu qu'elle ne permettait pas à la *grossesse* d'aller jusqu'à terme. Voyons si ces reproches atteignent l'hystéropexie isthmique.

Nous citerons, en premier lieu, le cas d'une Nullipare opérée par LAPEYRE il y a deux ans (mars 1906). Elle s'est mariée en mars 1908. Trois mois après, elle accouchait d'un enfant à terme. Le Docteur MAHOUDEAU (d'*Amboise*) qui accoucha la jeune femme nous a communiqué les notes suivantes : Présentation du sommet. — Accouchement normal d'un enfant à terme. A noter seulement un arrêt de deux heures dans le travail. Le ventre s'enfonçait un peu au point de fixation lors des contractions utérines. L'utérus est resté fixé à la paroi. En septembre 1908 on a pu le constater de nouveau.

Un seul cas, nous dira-t-on, c'est bien peu pour vous défendre ! Aussi sommes-nous heureux d'en appeler à P. DELBET et à CARAVEN (1), qui nous apportent une statistique amplement suffisante pour juger la question. Onze opérées de Delbet sont devenues enceintes, deux d'entre elles ont même présenté deux grossesses successives, ce qui porte à treize le nombre des grossesses. Voici comment elles ont évolué.

Pour l'une d'elles, on a suivi l'évolution excellente de la gestation jusqu'à 6 mois, puis la malade a été perdue de vue (*Obs. XVII de* DELBET *et* CARAVEN).

Dans 10 cas, elle est arrivée à terme.

Dans 2 cas, elle a été interrompue par un avortement. Encore faut-il remarquer que le premier avortement de 2 mois semble dû à un travail pénible fait l'avant-veille (*Obs. XIV de* DELBET *et* CARAVEN) et que, d'ailleurs, une hystéropexie même mal faite permet à la grossesse d'aller jusqu'au troisième mois.

Le deuxième avortement se produisit à 3 mois 1/2, mais à ce moment, la malade était traitée pour des lésions pulmonaires tuberculeuses, et, 6 ans après l'intervention, la malade revenue à la santé a mené à terme une deuxième grossesse en conservant parfaitement fixé son utérus (*Obs. XVI de* DELBET *et* CARAVEN).

Dans les dix cas où la grossesse est arrivée à terme, les malades de DELBET n'ont présenté ni douleurs utéro-pariétales au niveau des adhérences, ni absence d'accommodation, sauf un cas où l'on fut obligé de faire une version par manœuvres externes et de fixer la tête au moyen d'une ceinture. Remarquons que l'hystéropexie ne doit pas non plus être incriminée ici, puisque la malade avait déjà eu une première grossesse après son opération et que l'accommodation s'était faite normalement.

On sait, d'ailleurs, les critiques du Professeur PINARD, en 1889, à la *Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie* à propos de 6 grossesses survenues après hystéropexie :

2 présentations du sommet ;
1 présentation du siège ;
2 présentations de l'épaule.

(1) P. DELBET ET J. CARAVEN. *Revue de Gyn. et de Chir. abd.* (Janv.-fév. 1908).

C'est-à-dire un tiers seulement de sommets et la moitié de présentations vicieuses, statistique vraiment écrasante pour l'hystéropexie.

Nous ne croyons pas que ce reproche doive atteindre la méthode de traitement que nous préconisons. Dans le cas de LAPEYRE que nous venons de rapporter, il s'agit en effet d'un sommet. Dans 6 cas de DELBET, on retrouve des sommets constatés et pour les 4 observations, où ce renseignement fait défaut, on a eu des accouchements réguliers, ce qui autorise à penser qu'il s'agissait aussi de présentations longitudinales. En somme, dans tous les cas observés chez LAPEYRE et DELBET, on a eu affaire à des positions essentiellement eutociques ; avec l'hystéropexie isthmique nous voici loin des statistiques de PINARD.

Le travail et l'accouchement sont des plus intéressants à envisager chez les malades opérées par notre méthode.

Dans l'observation de LAPEYRE, on note une interruption de 2 heures dans le travail. Dans les observations de DELBET et CARAVEN, on trouve 3 ruptures précoces de la poche des eaux, et 1 rupture artificielle des membranes à la dilatation complète. Chez plusieurs malades, le travail sembla un peu long, mais dans ces cas-là il faut noter qu'on avait affaire à des O. I. D. P. ou à des poches des eaux rompues trop tôt et surtout à des Primipares. Par contre, chez plusieurs parturientes, le travail fut remarquablement court et facile.

Chez toutes nos accouchées, le dégagement s'est fait en O. P.

Quant à la *délivrance*, elle fut toujours normale et sans hémorragie, sauf pour une maladie de DELBET où un accouchement trop rapide fut suivi d'un léger degré d'inertie.

Les *enfants* sont tous nés *vivants, bien portants*, avec un poids normal et les *suites de couches* furent *régulières* (exception faite de 2 cas d'infection puerpérale atténuée où l'hystéropexie, sans aucun doute, ne pouvait être mise en cause).

A quoi attribuer l'évolution régulière de la grossesse et de l'accouchement après l'hystéropexie isthmique ? Certainement à ce fait que les utérus fixés comme nous l'avons dit, se développent librement et conservent à tous les stades de la grossesse une forme qui se rapproche beaucoup de la forme de l'utérus gravide normal.

Après les hystéropexies qui fixent le fond ou la région avoisinante, l'orifice de l'utérus à terme regarde le sacrum ou même la région lombaire à tel point qu'il peut devenir inaccessible au toucher ordinaire ; de là une dystocie qui peut arriver à nécessiter une césarienne.

Cela se conçoit, la paroi antérieure de l'utérus se développe *au-dessous* des adhérences, et, par conséquent, de haut en bas, vers le périnée, le sacrum, les lombes, l'orifice utérin se trouve, aux divers stades de la grossesse, sur une ligne courbe qui passe successivement par ces points. Chez nos malades, au contraire, la paroi antérieure se développe *au-dessus* des adhérences, de bas en haut, comme dans l'état normal. Loin de constituer un obstacle, l'adhérence devient un appui ; le fond utérin, libre, remonte à sa hauteur normale ; le col ne bouge pas, la

BULGARINE

Culture pure en milieu végétal de ferments lactiques bulgares

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

Bien formuler l'une des 2 formes { 1° Comprimés de Bulgarine : 4 à 8 comp^s par jour (la b^te de 40 comp^s : 3 fr. 50) ; 2° Bouillons 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.

région vraiment gravidique de l'utérus est absolument dépourvue d'adhérences.

Dans un cas seulement de Delbet (*Obs. X de son Mémoire*) la paroi abdominale fit « une grimace peu accusée » pendant l'accouchement; dans le cas de Lapeyre, on note aussi « une dépression assez marquée de la paroi au niveau du point fixé lors des contractions utérines ».

Concluons. Nous croyons avoir suffisamment démontré que l'hystéropexie isthmique est une excellente opération. Son influence sur la statique pelvienne, sur les douleurs, sur la gestation et l'accouchement a toujours été favorable. Elle n'a jamais déterminé de troubles sérieux du côté de la vessie.

L'hystéropexie isthmique est donc l'*opération de choix* dans la cure des Prolapsus utérins chez les Vierges et les Nullipares.

DIABÈTE : PAIN FOUGERON

Thomas de Coron, dit le Franc, Médecin de Charles VII aux Montils-les-Tours (1)

Par le Professeur Hamy

Parmi les Levantins qui, fuyant les fureurs de l'invasion ottomane, venaient chercher un asile dans les contrées latines et notamment en France, au milieu du xve siècle, il n'en fut point de mieux reçu dans notre pays que le médecin grec Thomas, surnommé Coroneus, parce qu'il était de Coron, en Morée (2) et aussi qualifié parfois en Orient de Franco ou le Franc, pour être né dans une cité soumise aux Vénétiens depuis déjà deux siècles (3).

Aucun des réfugiés qui avaient suivi la même route n'avait trouvé ce qu'il espérait à Paris (4), tandis que Thomas avait été nommé l'un des quatre médecins de Charles VII, dès que le rétablissement de ses affaires avait permis au Roi de réorganiser sa maison. Sans doute était-il, chaudement recommandé à Guillaume Juvénal des Ursins par le célèbre érudit italien (5), François Philelfe, l'ami du Chancelier, que Thomas paraît avoir connu à Constantinople (6), comme il y terminait ses études médicales.

Coron avait été cédée aux Vénitiens par Guillaume de Champlitte, prince de Morée, en 1246. Ils ont gardé cette place jusqu'en 1718.

C'était un emploi à la fois honorable et lucratif, que celui de médecin du Roi Charles VII. Les gages ne dépassaient pas, il est vrai, quatre mille francs de notre monnaie, mais il s'y joignait une pension beaucoup plus importante, puis des droits de robe, des bijoux, etc., etc., si bien que Chéreau (7) n'hésite pas à évaluer le revenu total d'une pareille charge à 60 ou 80.000 fr. d'aujourd'hui.

(1) Nous reproduisons ici, d'après *La France médicale*, un des derniers travaux du regretté professeur Hamy. C'est une étude qui, par certains côtés, intéresse l'histoire de la médecine tourangelle.

(2) Aujourd'hui Koroni, à l'entrée occidentale du golfe de Messine, au sud de la Morée.

(3) *Libro de los fechos et conquista del principado de la Morea.* Ed. Morel-Fatio (Soc. de l'Orient Latin, Sér. hist. T. IV, p. 30 et 48, Genève, 1885, in-8°).

(4) Cf. G. Fabre. *Vie de Jean-Marius Philelfe* (Ap. *Mélanges d'Hist. Litt.* T. I, p. 68, Genève, 1856, in-8°).

(5) François Philelfe était né à Tolentino, dans la Marche d'Ancône, le 25 juillet 1398, (*Id. ibid.* T. I., p. 25).

(6) François Philelfe était alors chancelier de l'ambassadeur de Venise à Constantinople, où il arriva en 1420 (G. Favre, *op. cit.* T. I, p. 28.

(7) Cf. A. Chéreau. *Les médecins de Charles VII, roi de France.* (*Un Méd.* 1863, T. XIX, p. 340).

« Maistre Thomas le Franc, phisicien, du pais de Grèce », comme on le désigne dans le premier document où il figure, s'est bien vite imposé à son royal client par les services qu'il lui « fait chascun jour en grand cure et diligence. » Et il obtient de lui absolument tout ce qu'il lui demande. Une fois la volonté royale (19 mars 1451) lui accorde la faculté d'acquérir et de tester malgré sa qualité d'étranger; une autre fois le Roi déclarera légitime un bâtard, du nom de Guillaume (1) que Thomas semble avoir amené de Grèce (Juillet 1452. Et lorsque, le 11 janvier 1453, à Tours, un Grec de sa maison, dans le cas de légitime défense, aura d'un coup de dague éventré l'un de ses camarades, la haute protection du maître suffira pour obtenir dans les plus brefs délais les lettres de *rémission* qu'un autre dans les mêmes conditions aurait pu bien longtemps attendre.

Arrêtons-nous quelques instants sur ce dernier document, qui éclaire d'un certain jour l'existence de notre médecin exotique. L'aventure y est racontée dans les plus minimes détails.

Thomas le Franc est dans sa chambre, au Château Royal des Montils, près Tours, avec son neveu Colin Hermieu et deux serviteurs. Le dîner fini, l'un de ces derniers, nommé Georges, a pris brusquement congé de son maître et ramassé ses hardes ; et il sort après une courte altercation « en langage giet », c'est-à-dire un grec, avec les personnes présents. Le médecin du Roi va faire une rapide visite à son royal client et revient dans cette même chambre ; il y trouve un chirurgien du Roi « maistre regnaut Thierry » un autre « notable homme » et le serviteur au profit duquet le placet est rédigé, André de Franc dit Sac, qui conte aux autres « des manières du Pays de Levant » et « de Constantinople quelle ville c'estoit. »

On s'enquérait ainsi anxieusement, à la Cour de France en janvier 1453, de l'illustre cité, pressée de plus en plus par les Turcs et qui allait lamentablement succomber quatre mois plus tard (19 mai), sous les coups du terrible Mahomet II.

Thomas apprend le départ de Georges et envoie bien vite à son hôtel de Tours André et Colin « pour garder que ledit Georges n'emportast le harnois » qui ne lui appartient point. Ils ont passé le Pont Sainte-Anne et, entre ce pont et Notre-Dame de l'Aube, ils rejoignent Georges qui, armé d'un bâton, se précipite aussitôt sur André. Celui-ci, pour se défendre, a tiré sa dague et il en frappe son adversaire d'un coup mortel dans le ventre.

Les antécédents du meurtrier sont excellents, il est en légitime défense, et le Roi accorde aussitôt au valet de son médecin les lettres de rémission dont j'achève le résumé...

François Philelfe (2), a mis plus d'une fois à contribution le crédit de l'ami très cher à l'avancement duquel il avait généreusement travaillé naguère. De Milan où il a vécu de longues années à la Cour de Philippe-Marie Visconti, le savant philologue écrit fréquemment à Thomas (*Thomæ Coroneo, philosopho medicoque*).

(1) Voir ces deux documents aux *Pièces justificatives* (n°s 1 et 2).

(2) *Francisci Philelfi viri grece et latine eruditissimi Epistolarum familiarum libri* XXXVII *ex ejus exemplari transcripti. Ex quibus ultimi* XXI *novissime reperti fuere et impressorie traditi officine* Venetiis 502, in-f°. — La formule terminale du volume parle en ces termes de l'auteur : *Clarissimi equitis aurati excellentissimi oratoris pœtæque laureati Domini francisci Philelfi.* Il avait été en effet créé chevalier à Naples par le roi Alphonse qui lui avait donné la couronne poétique et le droit de porter des armoiries (G. Favre. *Vie de Jean Marie Philelfe* (ap. *Mél. d'Hist. litt.* Genève, 1856, in 8° T. I., p. 63). — Cf. Ch. Fierville : *Un bibliophile au* xve *siècle. Etudes sur les lettres de Philephe* (*Mém. de l'Acad. Nat. des Sc. Arts et Belles-Lettres de Caen*, 1879, pp. 281-303.

Une première fois, le 24 octobre 1455, il l'a entretenu d'une œuvre lyrique, en vers libres, de modules et nombres variés, qu'il veut dédier au Roi Charles et il envoie à son correspondant en manière d'avant-goût littéraire, l'ode qui ouvre cet ensemble poétique.

Le 31 décembre suivant, c'est du voyage de Trachaniotès et de Chananeos en France, qu'il s'agit entre les deux amis. En février 1456, il sera question d'une lettre de Thomas venue d'Autun (ex oppido Heduorum) où il séjourne *monte Corlerio*. Puis se présentera une lettre bien plus longue, du 18 mai de cette même année où Philelfe parle surtout du vénérable Joannès Argyropoulos qui en est le porteur et qu'il recommande au roi par l'entremise de son médecin.

« Ne t'étonne pas, écrit Philelfe, à Thomas, si presque chaque jour je te recommande des citoyens de Constantinople, qui, privés de leur noble patrie, de leur fortune et de tous leurs biens, sont dans une misérable servitude chez les Turcs impies. A toi de leur faire du bien, autant que tes moyens et ta dignité le permettent. Je ne te force en rien, je t'exhorte et je t'avertis... » Et il poursuit en lui recommandant *diligemment* « le philosophe illustre, l'homme éloquent, qui brille en tous genres de disciplines et de prestance « Joannès Argyropoulos »... Triste épave de ce douloureux naufrage d'un grand empire écrasé et absorbé... il a vécu un dur esclavage chez des vainqueurs barbares et cruels !

« J'estime que c'est pour toi, dit-il encore, un devoir d'humanité de te montrer pieux et bon pour un tel homme,... il n'y en a pas un autre dans tout le monde grec, qui soit à la fois plus docte et plus sage ! »

Argyropoulos, le maître de Politien et de Laurent de Médicis, de Reuchlin et de Pallas Strozzi, que Philelfe avait connu et pratiqué pendant les sept ans et demi de son séjour à Constantinople (1) venait alors de Florence où il enseignait sous le protectorat de Pierre de Médicis et se rendait à Paris, afin de demander à Charles VII les moyens de racheter ses parents demeurés esclaves des Turcs (2).

Jean-Marius Philelfe, fils de François, qui tiendra une si grande place plus tard dans l'histoire littéraire de son temps, âgé alors d'une vingtaine d'années (3), après avoir vécu à Constantinople, à Milan, à Savone, à Marseille, à Final, à Milesimo à Ferrare, à Turin, vient de gagner Paris sans rien dire, Thomas s'y trouve alors et le père mécontent avertit son ami. Lui aussi, hélas ! depuis bien longtemps, s'est promis de faire ce voyage; jamais son Duc ne lui en a donné la permission ! (4).

Les dernières lettres de Philelfe à Thomas (5) sont datés du 7 juin 1456 ; elles ont pour objet de lui présenter Thomas Thebald, *ornatissimum equitem auratum*. — Que le médecin du Roi fasse aussi bon accueil à ce personnage qu'à lui-même, et qu'il veuille bien l'introduire *apud Christianissimum Regem Karolum !*

Après le 7 juin 1456 *les Lettres familières* de Philelfe ne font plus mention de Thomas, il a sans doute disparu de la scène (6).

(1) G. Favre, apud *Mél. d'Hist. litt.* (Genève 1856, in-8°. T. I, p. 40.
(2) Id., *ibid.*, p. 69.
(3) Il était né à Constantinople, le 24 juillet 1426 (G. Favre, *op. cit.* T. I. p. 33).
(4) *Sub principe constitutus, in jussu cujus proficisci non liceat* Epist. f° 95).
(5) Id., *ibid.*, f° 95.
(6) Mon aimable et savant confrère, M. Omont, si compétent en matière d'érudition hellénique, avait cru retrouver notre Thomas dans le personnage de ce nom, Θωμας qui revient deux fois dans la Correspondance de Michel Apostolios éditée par Emile Legrand (*Bibliographie hellénique. Description raisonnée des ouvrages publiés en grec par des Grecs aux* xv*e et* xvi*e siècles*, T. II, p. 239 et 246. Paris, 1884, in-8°). Mais les lettres de ce savant byzantin, réfugié chez le Cardinal Bessarion après la prise de Constantinople, ne renferment aucune indication bien explicite et bien personnelle.

Au surplus, dès le mois de décembre 1459, un certain Guillaume de Traverse ou Travesse, qui occupait sa charge, était déjà assez avant dans les faveurs du Roy pour être anobli par lui et gratifié de la seigneurie d'Entragues, enlevée au comte d'Armagnac pour crime de lèse-majesté (1), magnifique dotation qui accentue une fois de plus l'influence qu'ont exercée sur l'esprit de Charles VII les médecins qui l'approchaient et dont cette trop courte biographie de Thomas de Coron, dit le Franc, nous a fourni des exemples si caractéristiques.

(1) *Arch. Nat Reg. du Trésor des Chartes* SS. 188, pièce N° CCXVII.

LOTION DEQUÉANT, contre le *Sebumbacille*, *calvitie*, *pelade*, *teigne*, *tricophyties*, *seborrhée*, *acné*, etc.
L. Dequéant, pharmacien, 38, r. Clignancourt, Paris.

Sociétés Savantes

Société de Biologie, 16 Janvier 1909.

Essais de greffes de capsules surrénales sur la rate

MM. Moussu et Le Play, continuant leurs recherches sur la physiologie des glandes surrénales, ont essayé de réaliser des greffes de ces glandes sur le tissu splénique.

Après avoir mis en contact la substance médullaire de la glande gauche avec le parenchyme de la rate, ils ont pratiqué, après une période de deux à six semaines, chez le chien et le lapin, l'ablation complète de la glande droite. Les survies observées n'ont jamais dépassé trois jours chez le lapin et sept jours chez de jeunes chiens. La substance corticale de la glande ne s'altère que lentement ; la substance médullaire, au contraire, dégénère très rapidement ; or, son intégrité joue un rôle prépondérant dans la physiologie des surrénales ; la substance corticale, à elle seule, est incapable d'empêcher la mort du sujet.

Sur un nouveau mode d'administration de la macération de rein dans l'imperméabilité rénale de cause toxémique.

(*Société de Thérapeutique*, séance du 25 décembre 1908.)

Dans le but de la rendre plus facile, le professeur Renaut, de Lyon, apporte une modification à sa méthode de *macération de rein*. Il préconise les lavements dont il donne la technique. On prend trois reins de jeunes porcs qu'on vient de sacrifier; on les hache menu. Puis on broie directement le hachis dans un mortier, avec 600 grammes d'eau distillée salée à 6 p. 1000. On laisse macérer cette pulpe pendant quatre heures (en entourant au besoin le mortier de glace, si la température ambiante est élevée Puis on décante le liquide qui surnage; on le passe au linge fin. On jette le reste du hachis sur ce même linge fin, où il fournit encore une petite quantité de liquide qu'on ajoute au reste. Après quoi, on répartit la totalité du liquide de macération en trois lavements (qui sont ainsi d'un peu moins de 200 centimètres cubes chacun).

Ces lavements sont parfaitement gardés, à la condition qu'on les porte haut. On y arrive en faisant pénétrer suffi-

samment la longue canule rectale, et en attendant, avant de la retirer, que se soit dissipée l'excitation anorectale légère suscitée par son introduction. Cette excitation aboutit, en effet, le plus souvent à des efforts d'expulsion qui ne se produisent plus dès qu'elle a pris fin.

Nous connaissons des médecins qui, malgré la théorie des grains de ségrégation du professeur Renaut et de leur exquise sensibilité, s'en tiennent depuis de longues années à l'injection de l'extrait de rein total qui a donné à Brown-Séquard des résultats physiologiqnes si remarquables, à Dieulafoy, à Capitan, à de nombreux cliniciens des résultats thérapeutiques très appréciables, et ces médecins restent partisans résolus de la méthode du début.

Toujours est-il qu'il faut savoir gré au professeur Renaut d'avoir apporté une modification à sa technique. En administrant désormais la macération de rein par voie rectale, on n'aura plus à se heurter au dégoût insurmontable qu'ont beaucoup de malades à l'ingérer.

Société Médicale d'Indre-et-Loire

—

DISCOURS DU Dr CAILLET, PRÉSIDENT

Prononcé à la séance du 9 janvier 1909

MESSIEURS,

Un philosophe du siècle précédent, Théodore Jouffroy, a écrit quelque part : « La reconnaissance est un aveu d'infériorité, voilà pourquoi elle est si rare ».

Cette constatation, tombée de la plume d'un écrivain étranger à notre corporation, nous sommes, plus que tous les autres, à même d'en apprécier la justesse, nous, dont les clients s'avouent, si peu souvent, nos inférieurs pour n'avoir point à nous manifester un sentiment dont la rareté en constitue tout le prix.

Loin de suivre le malade dans sa faillite morale vis-à-vis de son médecin, je vous avouerai, sans fausse honte, que mon entière reconnaissance vous est acquise pour l'honneur que vous m'avez fait en m'appelant à présider, cette année, les séances de votre société.

De cette marque de haute estime, j'en apprécie tout le prix et je ne saurais trop remercier ceux de mes confrères qui ont sollicité vos suffrages en ma faveur, alors qu'ils n'avaient à faire valoir à vos yeux que ma bonne volonté et mon profond attachement à tout ce qui touche la profession médicale.

Etait-ce là des titres suffisants pour m'appeler à occuper le fauteuil où se sont assis les médecins les plus distingués de notre Touraine, si fertile en illustrations médicales ? J'espère que vous n'aurez pas à le regretter ; mais vous comprendrez avec quelle vive émotion, doublée d'un sentiment de profonde gratitude, je viens m'asseoir à cette place où m'appelle une confiance que je m'efforcerai de rendre légitime, étant donné le vif désir que j'ai de remplir ma nouvelle fonction, avec toute la conscience et le dévouement dont je suis capable.

Le temps que j'ai passé au milieu de vous me donne l'espoir que vous voudrez bien me faire quelque peu crédit, afin de mieux juger de l'effort accompli et, plus tard, je le souhaite, du résultat obtenu.

Il y a, en effet, déjà neuf ans que j'assistai à la première réunion, sorte de consultation médicale, qui devait décider du sort de la vieille société.

Depuis longtemps caduque, celle-ci était entrée en agonie et il ne fallut rien moins que la science thérapeutique — j'allais dire, toute la puissante vitalité — de notre confrère Boureau pour redonner à cette moribonde la jeunesse et la vigueur depuis longtemps disparues.

Ce fut, je le crois, un des plus beaux jours de sa carrière médicale que celui où, en quelques heures, il sut faire disparaître, chez cette quasi centenaire, l'outrage irréparable des ans. Car, je ne lui ferai pas l'injure de penser que c'est à l'élément rural de la corporation, pour la première fois admis à prodiguer des soins à cette vieille personne, que vous devez de la retrouver plus jeune et plus vaillante qu'elle ne le fût jamais. La sollicitude de son père adoptif lui a suffi et, sans nous, il eût trouvé à Tours assez de jeunes confrères, dont la présence eût seule contribué à lui procurer ce regain de jeunesse et de vitalité.

La « révolution », pour me servir de l'expression d'un de mes prédécesseurs, qui nous a ouvert les portes de votre société, montre avec quel esprit libéral ont été élaborés les nouveaux statuts. Cette innovation constitue une exception à laquelle n'ont point encore adhéré les Sociétés parisiennes et montre, une fois de plus, que notre Touraine, dont on se plaît souvent à signaler l'apathique indolence, sait encore, comme au temps de Bretonneau, montrer le chemin au progrès médical.

Feuilletez les fascicules de notre bulletin, et vous constaterez que ces nouveaux membres ne sont point restés inactifs. Nombreux sont ceux qui ont pris part à vos discussions ; d'autres l'ont enrichi de leurs observations ou mémoires ; quant à ceux, qu'une clientèle nombreuse ou trop éloignée, captive au point de ne leur laisser que des loisirs insuffisants pour noter les cas intéressants qui se présentent à eux ; ils aiment à venir s'instruire au sein de votre compagnie et constituent un auditoire aussi érudit que bienveillant, qui faisait défaut à l'ancienne société.

Je me souviens — il y a de cela au moins vingt-cinq ans — qu'un jeune médecin, nouvellement débarqué à Tours, avait été appelé dans une commune voisine pour un malade atteint d'une affection cérébrale aiguë. Son diagnostic posé, il avait conseillé, comme traitement, les bains froids dont venait de s'enrichir la thérapeutique allemande.

De retour ici, il avait consacré les loisirs, que lui laissait sa récente clientèle, à rédiger un mémoire sur le cas qu'il avait été appelé à examiner. Et à l'une des premières réunions de la Société médicale, devant un auditoire des plus restreint, il avait vanté les heureux résultats de ce nouveau traitement, aussi bien en général que dans ce cas particulier.

Duclos avait été un des rares confrères qui assistaient à la lecture du travail. Quelque peu sceptique par nature, et arrivé à un âge où le doute lui était d'autant plus permis, qu'il avait vu tomber dans l'oubli un certain nombre de panacées qui, pour un temps seulement, avaient accompli des prodiges, se réserva de n'accepter les conclusions favorables du confrère que sous bénéfice d'inventaire.

Aussi, à quelque temps de là, appelé dans la même commune, s'empressa-t-il de demander des nouvelles du sujet qui le préoccupait. Vous devinez la réponse ?... Le malade était mort le surlendemain de la consultation, sans avoir essayé le traitement qui l'aurait si miraculeusement guéri. J'ai encore présent, comme si c'était hier, l'aspect du maître en apprenant cette nouvelle. Je revois cette physionomie qu'animaient si merveilleusement deux yeux pétillants d'intelligence ; ce sourire aussi fin que railleur, cette lèvre supérieure dont la contraction avait quelque

chose de si dédaigneux et cet air satisfait de n'avoir point été dupe d'une observation de fantaisie, qui faisait vivre un trépassé dans les bulletins de la vieille société.

Ces bulletins, ils font aussi partie de mes souvenirs d'enfance ! J'ai conservé la douce vision de leur couverture ocreuse. Ils s'étageaient dans le coin d'un des rayons de la bibliothèque paternelle, tous uniformément recouverts d'une poussière lentement amassée. Chaque année, la pile s'augmentait d'une unité qui, avec les précédentes, y venait attendre la déchéance suprême, sans qu'un malencontreux coupe-papier ait jamais tenté de déflorer leur virginité.

C'était cette vieille indifférence, née du peu d'intérêt qu'ils suscitaient au delà des limites de la ville, qu'avait sans doute escompté le jeune confrère et comme le « petit » médecin ne pouvait franchir le seuil de cette enceinte, le « grand » se jugeait suffisamment tranquille pour imaginer une séduisante guérison devant cet « auditoire de chaises » dont Boureau nous a si malicieusement vanté tout le charme.

Il est bien probable que le confrère se fût enquis du résultat de son traitement, avant d'écrire son savant mémoire, s'il eût été exposé à rencontrer son consultant parmi ses auditeurs. Notre place était donc marquée au milieu de vous ; nous étions les modérateurs indiqués de ces jeunes imaginations si facilement sujettes aux emballements ; en même temps que l'auditoire choisi de séances où les futurs émules des grands maîtres tourangeaux répandent largement la manne médicale.

Mais n'était-ce pas suffisant pour nos débuts, sans que vous y ajoutiez l'honneur de présider vos réunions ? Le choix judicieux que vous avez fait de mes trois prédécesseurs ne doit vous laisser aucun regret. Tous ont rempli les devoirs que leur imposait leur fonction avec un zèle qui ne s'est jamais départi et, souvent, ils ont poussé le dévouement jusqu'à sacrifier leur intérêt personnel en faveur de celui de votre société. Aussi, pour les récompenser d'un tel désintéressement, n'eussiez-vous pas hésité à leur garder la place d'honneur qu'ils avaient si dignement occupée si l'un d'eux n'était venu faire le sacrifice sur l'autel de l'honorariat, d'une dignité qu'il avait, lui aussi, si bien méritée.

C'est en m'appliquant à suivre de tels exemples que j'espère gagner votre bienveillante sympathie ; le chemin m'a été tracé, aussi bien par ces devanciers que par mon prédécesseur immédiat, M. le Dr Lapeyre.

Je n'entreprendrai pas de vous faire l'éloge de ce jeune sujet médical qui, transplanté de la vieille Armorique dans le Jardin de la France, n'a pas attendu le « nombre des années » pour montrer tout ce que pouvaient donner la science alliée à l'intelligence. Vous connaissez, de longue date, sa compétence chirurgicale, la virtuose de son bistouri, le soin qu'il apporte dans la rédaction de ses multiples communications. Cette année, vous avez appris à juger de l'aménité et du charme avec lesquels il a su présider toutes nos réunions.

Après de tels prédécesseurs, j'aurais encore hésité davantage à prendre leur place si je n'avais, depuis longtemps, été à même d'apprécier la bonne harmonie qui règne au sein de votre société et fait, de votre compagnie une des rares, je n'ose dire la seule, où l'on travaille.

C'est donc d'un « cœur léger », que j'ouvre la première séance de cette année avec l'espoir qu'elle sera aussi féconde que ses devancières et marquera un progrès nouveau dans l'évolution des sciences médicales.

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

VIN GIRARD de la Croix de Genève, iodotanique phosphaté.
Succédané de l'huile de foie de morue
Maladies de poitrine, misère physiologique, lymphatisme, rachitisme, scrofule, faiblesse générale, convalescences, etc.

Bibliographie

—

Georges Bauchet — **L'Hyperphalangie des doigts. Thèse** *de Bordeaux -1909.*

M. Bauchet, vient de soutenir devant la Faculté de Bordeaux une thèse fort importante sur l'*Hyperphalangie des doigts et principalement du pouce.*

Le travail, inspiré par M. Dubreuil-Chambardel et qui reflète les idées doctrinales de l'Ecole de Tours concernant les variations anatomiques, est le seul ouvrage d'ensemble qui ait paru jusqu'à présent en France, alors que Windle, en Angleterre ; Leboucq, en Belgique ; Pfitzner, Wittkower Hilgereine en Allemagne, ont consacré à ces phénomènes tératologiques d'importants mémoires.

M. Bauchet a relevé dans la littérature anatomique tous les faits de phalanges surnuméraires ; il n'en a rencontré que 46 observations, c'est donc là une variation rare, et qui malheureusement n'a été étudié surtout qu'au moyen des rayons X, ou sur des squelettes ; très peu de dissections ont été exécutées, ce qui fait que tout un chapitre touchant la disposition des muscles, des artères, des nerfs et des ligaments est encore à écrire.

L'auteur, contrairement à l'opinion admise le plus généralement en France, ne considère pas le 1er métacarpien comme étant l'équivalant de la phalange du pouce. Avec les anatomistes allemands il pense que la phalange qui manque au pouce est la seconde et que c'est cette phalange qui réapparaît dans le cas d'hyperphalangie. Nous n'avons pas à discuter ici cette question si complexe, sur laquelle il reste encore beaucoup à dire.

M. Bauchet insiste sur la description morphologique de cette phalangine du pouce ; et émet de judicieuses remarques touchant le caractère essentiellement héréditaire de cette variation, sur la coïncidence, trop fréquente pour être fortuite, avec l'hyperdactylie radiale. Il apporte enfin un document inédit au dossier de cette question en décrivant un cas personnel dont il donne trois bonnes figures.

Excellent travail qui constitue un recueil très complet d'observations et que tous ceux qui s'occuperont désormais de cette variation devront consulter.

Principes de thérapeutique raisonnée et pratique, par le Dr A. Manquat, correspondant national de l'Académie de médecine. Paris, 1909, A. Maloine, éditeur.

L'auteur de cet ouvrage a consacré une carrière déjà longue à l'enseignement de la thérapeutique par le livre. Dans cette branche de l'enseignement médical, il a conquis une des pre-

mières places, et son *Traité élémentaire de thérapeutique*, qui en est à sa cinquième édition, compte parmi les ouvrages contemporains du même ordre, qui ont obtenu le plus de succès. Il n'y avait donc point témérité de sa part, à entreprendre la publication d'une œuvre qui, embrassant l'art de guérir dans une vue d'ensemble, tout en soumettant au crible d'une analyse minutieuse, d'une critique raisonnée et toujours personnelle, ses innombrables ressources, ses moyens d'action et ses procédés si divers, ses méthodes et ses tendances passées ou actuelles, sans négliger ses imperfections, fût quelque chose comme un *Précis de Thérapeutique générale*, pour me servir des propres expressions de l'auteur. Or, dans sa concise et magistrale exécution, elle donne l'impression d'un Traité de philosophie de l'art de guérir, et certes elle ferait honneur aux plus ambitieux parmi ceux qui, devant une grande part de leur renommée à une situation officielle prééminente, oublient trop souvent de fournir des gages sérieux de leur réelle valeur.

Le nouveau livre du Dr Manquat, qui ne compte pas plus de 350 pages d'un texte peu serré, est tellement touffu, touche à tant de questions doctrinales ou pratiques, envisage tant de points de vue différents, nous met en présence de tant d'idées et de conceptions originales, entre dans de si nombreux détails concernant l'art de guérir, qu'il m'est impossible de donner, ici, une analyse de ses divers chapitres. J'essaierai simplement d'en dégager les idées dominantes, directrices, et de reproduire ses principaux linéaments.

Deux préoccupations paraissent avoir surtout guidé l'esprit de l'auteur :

Celle de mettre en pleine lumière les si regrettables lacunes de l'enseignement officiel de la thérapeutique, dans notre pays où le nombre des professeurs chargés de cet enseignement ne dépasse pas *onze*, qui compte tout juste *une* chaire de pharmacodynamie et où la microbiologie n'est enseignée par un professeur spécial que dans les seules écoles de Montpellier, de Grenoble, de Nantes. Et dire que le rapport, relatif à la réforme de l'enseignement de la médecine, paru récemment, ne laisse même pas entrevoir une amélioration de cet état de choses !

Puis, la préoccupation de démontrer que la *thérapeutique peut et doit toujours être scientifique*, « c'est-à-dire ennemie des théories imaginatives, des vues de l'esprit, des déductions hypothétiques hasardées et des observations superficielles ou incomplètes ».

Après avoir, au cours d'un exposé de ses vues sur les différentes manières de concevoir la thérapeutique, défini avec beaucoup de rigueur les principaux termes qui se rapportent à l'art de guérir, l'auteur s'est attaché à préciser ce que sont les *actions thérapeutiques*, à montrer combien elles diffèrent des *actions physiologiques*, « lesquelles seraient souvent mieux dénommées toxiques ». Médiocrement enthousiaste des principes de la *thérapeutique physiologique* et des résultats que nous lui devons, il n'hésite pas à représenter celle-ci comme une grave erreur. Les buts que le thérapeute se propose d'atteindre, quand il est en présence de malades, sont divers. Les ressources que la thérapeutique lui offre, pour y parvenir, peuvent être groupées en quatre catégories, « suivant qu'elles ont une prise sur la *maladie*, sur les *organes*, sur les *symptômes*, sur les *lésions* ou *adultérations* ». De là, quatre ordres de moyens appropriés à ces quatre buts différents. Leur étude méthodique conduit l'auteur à s'occuper successivement : *de la thérapeutique de la maladie* ou *nosocratique* ; de la *thérapeutique organique et fonctionnelle* ; de la *thérapeutique symptômatique* ; de la *thérapeutique réparatrice*. Il n'admet pas, et il en donne les raisons, les expressions de thérapeutique pathogénique, expectante, naturiste.

Dans un autre chapitre, l'*action des médicaments* est discutée par l'auteur, qui l'envisage sous ses modalités diverses : Action toxique, action physiologique, action utilisable, action thérapeutique ; synergie et antagonisme.

Puis l'auteur s'est occupé avec un soin tout spécial, de tout ce qui concerne les *doses* des médicaments : bases de la détermination des doses et critique des doses systématiques ; doses spécifiques, fonctionnelles, systématiques, réparatrices. Dans un chapitre consacré à l'*opportunité médicamenteuse*, il a exposé ses idées sur l'importance des conditions préalables d'hygiène, sur les raisons de l'emploi des médicaments et des doses à prescrire, sur la durée de la prescription médicamenteuse, etc., etc. Par opposition à ce chapitre, le suivant envisage les *différentes manières de nuire* par une thérapeutique mal comprise : on y expose les règles à suivre par le médecin désireux d'observer le précepte bien connu : *primum non nocere*.

Dans un autre chapitre le Dr Manquat, s'inspirant de la *nécessité d'individualiser la thérapeutique*, a longuement insisté sur les diverses causes qui font varier l'activité médicamenteuse ; la grande expérience de l'auteur s'y révèle d'une façon particulièrement éclatante.

Dans les chapitres qui suivent, l'*influence du milieu* sur les résultats thérapeutiques, les *variations de l'activité thérapeutique, inhérentes aux médicaments* ; la thérapeutique non médicamenteuse ; la physiothérapie sont exposées avec les développements que comporte l'importance respective de ces différents sujets.

Dans un avant-dernier chapitre, l'auteur a exposé ses idées personnelles sur la marche à suivre pour doter la thérapeutique d'une *méthode rigoureuse et indiscutée*, pour l'établir solidement sur une base vraiment scientifique. C'est atteindre ce but que doivent tendre tous les efforts de ce qui veulent concourir efficacement à faire progresser la thérapeutique. L'auteur ne conçoit pas celle-ci autrement que scientifique ; même sur le terrain de l'application, où on ne saurait lui dénier le droit d'être un art, il lui impose comme premier devoir d'être un *art scientifique* une *science appliquée*.

Plus d'un de mes lecteurs ne manquera pas de penser, avec moi que pendant pas mal de temps encore, la thérapeutique, tout en poursuivant sa route vers le but idéal que lui assigne le Dr Manquat, sera, ce qu'elle pourra, dans le domaine de la réalité clinique surtout. Fluctuante dans le passé, elle ne restera pas, sans doute, à l'abri des fluctuations dans l'avenir ; tenant du hasard une partie de ses meilleures ressources, elle n'aura point à faire fi des dons que le hasard pourra lui apporter encore ; arsenal de plus en plus encombré, sa valeur dépendra toujours encore, dans une large mesure, de l'habileté et de la sagacité de celui qui lui empruntera ses armes...

Mais ne perdons pas de vue que l'auteur du remarquable livre dont je viens de rendre compte, ébloui et comme suggestionné par ses vastes connaissances acquises en matière de thérapeutique, entrevoie déjà celle-ci telle qu'elle devrait être et telle qu'elle sera sans doute un jour. Partageons ses espérances, puisqu'elles ont rapport au souverain bien de l'humanité, admirons son enthousiasme et plus encore l'amoncellement de notions utiles qu'il étale sous nos yeux, ses superbes envolées vers les hautes sphères de la généralisation philosophique ; félicitons-le surtout de nous avoir donné une œuvre, où les plus instruits trouveront à s'instruire, tout en se délectant à la lecture de pages écrites par un homme qui n'est pas seulement un thérapeutiste consommé, qui est aussi un maître-écrivain.

J'allais oublier de dire qu'un dernier chapitre est consacré à une division nouvelle des agents thérapeutiques, qui aide le lecteur à se familiariser avec l'action prédominante des principaux médicaments et des principaux procédés curatifs.

E. R.

(*Revue internationale de clinique et de thérapeutique*).

TUBERCULOSES

Bronchites, Catarrhes, Grippes

Traité par l'**EMULSION MARCHAIS**

de 3 à 6 cuillerées à café dans lait, bouillon **PHOSPHO - CRÉOSOTÉE**

Statistique Sanitaire de la Ville de Tours pour 1909

POPULATION (RECENSEMENT DE 1906) 67,601 HABITANTS DONT 4,326 MILITAIRES

MOIS	RÉPARTITION DES DÉCÈS PAR AGE (mort-nés non comptés)						PAR SEXE		MORT-NÉS	RÉPARTITION DES NAISSANCES PAR SEXE				MARIAGES	DIVORCES
	moins de 1 an	de 1 an à 19 ans	de 20 à 39 ans	de 40 à 59 ans	de 60 ans et au delà	TOTAUX	Masculin	Féminin		Masculin	Féminin	TOTAUX	Illégitimes		
JANVIER	15	17	17	28	57	134	62	72	14	51	47	98	21	39	2
FÉVRIER															
MARS															
AVRIL															
MAI															
JUIN															
JUILLET															
AOUT															
SEPTEMBRE															
OCTOBRE															
NOVEMBRE															
DÉCEMBRE															
TOTAUX	15	17	17	28	57	134	62	72	14	51	47	98	21	39	2
SITUATION au 31 janvier 1908	6	11	27	41	79	164	75	89	10	43	37	80	18	42	»
MOYENNE décennale de janvier 1899-1908						130						97		35	

Nouvelles

Ecole de Médecine de Tours

Le Dr Henry Barsnby, professeur suppléant de Clinique chirurgicale, chargé de cours à l'Ecole, vient d'être nommé Professeur de Pathologie externe en remplacement du professeur Louis Thomas admis à faire valoir ses droits à la retraite.

La Gazette Médicale du Centre est heureuse de féliciter de sa nomination le nouveau professeur, qui s'est déjà acquis dans les milieux chirurgicaux une place remarquée et qui apportera dans l'enseignement dont il est officiellement chargé, l'esprit pratique et le sens clinique dont il a donné déjà des preuves depuis cinq ans qu'il supplée le titulaire de la chaire de Clinique.

Nous ne voulons pas laisser partir de l'Ecole le Professeur Thomas sans lui dire tout le regret que nous cause son départ.

Le Dr Louis Thomas a fait ses études à l'Ecole de Tours ; après son internat à Paris, il revint à Tours et fut nommé chef des travaux anatomiques. C'est pendant qu'il occupait cette charge qu'il écrivit ce si pratique *Traité de Médecine opératoire*, qui eût un vif succès et plusieurs éditions et dont le professeur Verneuil écrivit la préface Successivement professeur de Clinique, puis professeur de Pathologie, le Dr Thomas sut donner à l'Ecole de Tours un enseignement d'une haute valeur scientifique avec un caractère très personnel, qui marqua d'une empreinte très forte les trente générations d'étudiants qui écoutèrent ses leçons et fréquentèrent son service.

La valeur de cet enseignement, et sa réputation comme chirurgien lui valurent le titre de correspondant de l'Académie de Médecine ; son départ de l'Ecole va laisser un grand vide ; son successeur, qui est un de ses élèves, saura continuer sa méthode et sa doctrine.

Hospice Général de Tours

Après un brillant concours le Dr Guillaume vient d'être nommé chirurgien-adjoint de l'hospice général de Tours.

L'encombrement Médical à Tours

Simple statistique :

Depuis 1905, 6 médecins sont venus s'installer à Tours et ont dû quitter la ville après un séjour de moins d'un an.

Depuis 1905, 7 pharmacies ont été obligées de fermer leurs portes à Tours, et parmi elles plusieurs avaient plus de 50 ans d'existence.

Allez dire après cela qu'il n'y a pas une crise médicale réelle et qu'il n'y a pas un encombrement excessif à la fois dans les milieux pharmaceutiques et les milieux médicaux !!!!....

Ces chiffres en disent plus long que de prétentieux articles.

Réclame Médicale

Nous croyons être utile à nos lecteurs en reproduisant la circulaire suivante envoyée à tous les médecins de l'Indre-et-Loire et d'ailleurs, par un professeur d'un de nos grands centres d'enseignement.

MON CHER CONFRÈRE,

Depuis 1900, je me livre à des études théoriques et pratiques sur la luxation congénitale de la hanche. La pratique du traitement est suffisamment perfectionnée pour que, ma première cinquantaine étant mise à part, je n'aie eu qu'un seul échec dans mes 221 derniers traitements. Et pourtant je traite surtout les enfants des classes les plus pauvres.

Désireux d'agrandir INDÉFINIMENT ma statistique, tout en faisant bénéficier les petits malheureux des progrès accomplis, je viens vous demander de m'envoyer des enfants pauvres, si vous en connaissez qui soient atteints de cette infirmité, tellement fréquente qu'elle est un véritable fléau public dans nos pays.

JE PAYERAI, POUR CES PETITS PAUVRES, TOUS LES FRAIS, la clinique, les appareils, etc.

Le traitement ne comporte aucune opération sanglante. Saûf deux séjours d'une semaine, LES ENFANTS FONT TOUTE LEUR CURE chez leurs parents. Leur santé n'en souffre nullement.

Plus les enfants sont jeunes, meilleurs sont les résultats : l'âge idéal est le cours des 2e et 3e années. Les luxations bilatérales ne doivent plus être opérées après la fin de la 7e année, les luxations unilatérales, après la fin de la 10e année.

En vous remerciant à l'avance pour moi et pour les petits malheureux dont vous faciliterez la guérison, je vous prie d'agréer, mon cher confrère, l'expression de mes sentiments les plus dévoués.

XXX.

Le Gérant, H. AUBUGEAULT.

Tours, Imprimerie Tourangelle 20-22, rue de la Préfecture.