

LA CURE OPÉRATOIRE DES HERNIES AU POINT DE VUE DE SES INDICATIONS ET DE SES RÉSULTATS.

Par le D^r BAILLET d'Orléans)

Les avantages, l'opportunité de la cure radicale des hernies ne sont pas encore assez entrés dans l'esprit d'un grand nombre, de la plupart même de nos confrères ; un hernieux se présente-t-il au médecin, celui-ci lui conseille immédiatement le port d'un bandage sans même lui laisser entrevoir la possibilité d'une opération curatrice ; or étant donnés les résultats actuels de la cure opératoire des hernies, le médecin devrait placer son malade dans l'alternative de choisir entre ces deux choses : l'opération ou le port d'un bandage, et je ne doute pas que si les avantages et les inconvénients de l'un et l'autre de ces procédés de traitement étaient exposés au malade avec exactitude, un grand nombre de hernieux n'hésiteraient pas à se faire opérer plutôt que de conserver une infirmité assez grave, incommode et très disgracieuse.

Malheureusement, il est très rare qu'on offre le choix aux malades ; je n'en veux pour preuve que leur stupéfaction lorsqu'ils apprennent que leur hernie peut être opérée. — Comment, disent-ils, cela s'opère donc ? Ils ont toujours cru, n'ayant pas entendu parler d'autre chose, que le remède unique était le port d'un bandage.

Si la cure opératoire des hernies ne trouve pas encore de nombreux partisans parmi les médecins, c'est que ceux-ci sont mal renseignés sur sa valeur (c'est pour d'autres raisons moins humanitaires qu'elle n'est pas précisément recommandée par les bandagistes). Beaucoup sont fâcheusement impressionnés par les résultats de l'opération de la hernie étranglée et ne se rendent pas assez bien compte qu'il n'y a aucune similitude entre l'une et l'autre opération ; le danger de cette dernière résidant précisément dans ce fait particulier, que l'intestin est étranglé ; d'autre part ils savent que les opérations de cure radicale ont donné lieu à des accidents, voire même à des morts et que souvent des hernies opérées ont récidivé ; mais ils ne se rendent pas assez compte que ces faits sur lesquels leur opinion s'appuie sont des faits relativement anciens. Ces accidents, ces récidives se voyaient alors que l'asepsie était mal pratiquée, que la technique était mal établie ; depuis la question a fait de grands progrès et à l'heure présente ces accidents ne se produisent plus, les récidives sont exceptionnelles. Seulement ces faits malheureux apportent un enseignement, à savoir : que la cure radicale étant une opération bien réglée, celui-là seul devra l'entreprendre qui est suffisamment en possession de sa technique, par là les récidives seront évitées ; d'autre part il devra avoir une asepsie parfaite, condition absolue pour avoir une garantie contre l'infection.

La valeur d'une opération est généralement établie par les auteurs de la façon suivante : on rassemble le plus de cas possible de l'opération qu'on veut

étudier, on les additionne, on additionne d'autre part les cas de décès, les cas de récidives ; enfin on établit le pourcentage ; or, cette méthode, défectueuse en général, est absolument mauvaise quand il s'agit de juger de la valeur de la cure opératoire des hernies, il faut en général (et dans l'espèce c'est essentiel) tenir compte de deux facteurs : l'opérateur et l'opéré.

L'opérateur doit présenter certaines qualités de science et d'habileté ; il s'agit là d'une opération qu'il faut connaître dans tous ses détails, car une faute de technique peut être la cause d'un résultat mauvais : la suppuration cause d'insuccès possible est-elle aussi toujours imputable à l'opérateur et toujours évitable. Aussi il serait tout à fait injuste de chercher à ôter à l'opération de sa grande valeur en mettant en avant les insuccès dus à des opérateurs insuffisants dans leur technique et dans leur asepsie ; seuls doivent entrer en ligne de compte les résultats de chirurgiens présentant des garanties suffisantes, parce que ceux-là seuls doivent pratiquer une opération de ce genre.

Il faut tenir grand compte aussi des conditions dans lesquelles se présente l'opéré.

L'espèce de la hernie ne paraît pas modifier sensiblement le pronostic : qu'elle soit inguinale, crurale ou ombilicale, elle s'offre avec des chances égales de cure radicale.

Les conditions anatomiques de la hernie, l'âge du sujet, sa constitution méritent au contraire d'être étudiées avec attention.

— Au point de vue anatomique, il faut établir deux grandes classes : les hernies qui doivent être opérées, celles qui peuvent ne pas l'être.

Les hernies qui doivent être opérées sont : 1^o les hernies étranglées que nous laisserons de côté ; 2^o les hernies incoercibles.

Hernies incoercibles. — Elles doivent en principe toujours être opérées, quelle que soit la cause de la non contention, qu'elles soient réductibles ou ne le soient pas ; en effet, le danger qui résulte de l'existence de semblables hernies est très grand : 1^o La vie est en danger, trois complications peuvent amener d'une façon rapide la mort du hernieux ; ce sont la péritonite, l'engouement et l'étranglement ; elles sont fréquentes et on peut dire en somme que tout individu porteur d'une hernie incoercible a de grandes chances de mourir de sa hernie ; 2^o En dehors de la question vitale il est peu d'infirmités aussi pénibles. D'abord, n'étant plus maintenue, la hernie va s'accroître indéfiniment au point d'atteindre parfois un volume considérable ; elle, est cause de troubles digestifs importants, habituellement elle est douloureuse, sinon d'une façon continue, du moins par crises fréquentes ; très difficile à protéger, elle est exposée à tous les traumatismes ; enfin elle est fréquemment le siège d'accidents d'engouement. On comprend que dans ces conditions tout travail suivi est impossible, impossible aussi tout travail demandant un effort musculaire un peu sérieux, si court puisse-t-il être. Somme toute, on voit que la

condition des individus porteurs de hernies incoercibles est des plus misérables. Aussi tous médecins et chirurgiens sont-ils d'accord pour recommander l'opération dans ces cas; et cependant les résultats ne sont pas toujours parfaits; l'opération étant parfois longue et compliquée peut être mortelle, mais la fréquence des décès du fait de l'opération est moindre que ceux qui résultent de l'abandon à elle-même de la hernie. Il est vrai que la réfection de la paroi ne peut pas toujours être faite dans des conditions suffisantes pour empêcher la récurrence, mais du moins même dans ce cas, il y aura grand avantage à transformer une hernie incoercible en une hernie pouvant être maintenue par un bandage. Il existe cependant une contre-indication, c'est l'irréductibilité par volume excessif de la hernie, l'abdomen est devenu trop petit pour la contenir, on dit qu'elle a perdu droit de domicile dans le ventre; et là encore ne faut-il pas déclarer non opérable de ce fait une hernie sans un examen très attentif, car on peut sans le chloroforme arriver à faire rentrer des quantités d'intestin qu'on n'aurait pas pu y réintégrer, le malade n'étant pas endormi. D'autre part, l'épiployn entrant souvent pour une forte part dans le contenu de ces hernies, celui-ci réséqué, la hernie peut devenir totalement réductible: enfin, on pourrait encore dans quelques cas réduire la hernie par la résection d'un segment d'intestin. Sous ces réserves les hernies très volumineuses sont plutôt laissées de côté.

Hernies contangibles. — Dans une seconde catégorie se rangent les hernies qui peuvent n'être pas opérées, qu'on peut se dispenser et qu'on se dispense d'ordinaire d'opérer: ce sont celles qui peuvent être maintenues par un bandage; elles sont infiniment plus nombreuses; il faut les envisager successivement chez l'adulte, chez l'enfant, chez le vieillard.

1^o *Chez l'adulte.* — Vaut-il mieux laisser le sujet avec une hernie maintenue par un bandage ou bien lui conseiller de se faire opérer? Telle est la question que nous allons tâcher de résoudre. Le premier point à déterminer sera celui-ci: que peut donner le bandage, quels sont ses inconvénients? Les inconvénients du bandage sont considérables; il est extrêmement gênant même s'il va parfaitement bien, même s'il est bien appliqué: d'autre part c'est un souci perpétuel, le malade devant toujours s'assurer que le bandage est bien en place, et quel criterium a-t-il pour être certain que l'application est bonne? Aucun. Lorsqu'il met son bandage, c'est au petit bonheur et si tant d'infirmités vivent en toute sécurité avec leur bandage, c'est qu'ils croient sur l'affirmation du bandagiste être, grâce au port d'un appareil, à l'abri de tout accident; en est-il ainsi? Tous nous savons que non, nous savons que nos malades vivent dans une sécurité trompeuse et parmi eux constamment vous en rencontrez qui vont avec un bandage fortement appliqué au-dessous duquel s'échappe la hernie, ce qu'ils ignorent et continueront à ignorer jusqu'au jour où des acci-

dents d'étranglement se produiront, à moins que la souffrance ne les amène à consulter; mais je suppose l'application bonne, le malade peut-il aller tranquille? Non, car il n'est pas de bandage si bien fait qui à l'occasion d'un effort ne puisse laisser échapper la hernie qu'il maintient d'ordinaire. Le malade est donc absolument à la merci de son bandage et celui-ci n'est pas un préservatif sûr contre la sortie de la hernie; et de fait la plupart des malades atteints de hernie étranglée ont porté ou portent un bandage; la hernie a passé dessous, ou bien le bandage s'est cassé, ou bien a été retiré momentanément. Si les malades savaient à quoi s'en tenir là-dessus, ils ne retireraient ni ne remettraient leur bandage qu'en tremblant. Enfin, il est une autre raison qui a bien son importance dans quelques cas pour penser à l'opération, c'est l'impossibilité pour un hernieux de contracter une assurance sur la vie. D'autre part la satisfaction que témoignent tous nos opérés d'être débarrassés de leur infirmité est un gage précieux pour le chirurgien.

Le bandage est donc un pis-aller, bon encore si on ne pouvait y suppléer que par une opération grave et incertaine; mais il n'en est pas ainsi et on peut dire qu'actuellement la cure opératoire, pratiquée pour des hernies réductibles chez des individus adultes bien portants, donne très ordinairement une guérison complète et définitive et la donne sans faire courir de danger aux malades. Je ne puis pas donner de chiffres tirés de la statistique parce que les cas opérés ont été envisagés en bloc sans tenir compte de la distinction que nous avons établie; cependant je rappellerai les deux dernières statistiques publiées, la première, celle de Championnière énoncée à l'Académie de médecine, comprend tous les cas qu'il a opérés; elle porte sur 650 cas et donne 0,7 0/0 de mortalité et 23 récurrences connues; or, cette statistique comprend des cas anciens et des cas qui appartiennent à la catégorie des hernies incoercibles; c'est parmi ceux-là surtout qu'il faut chercher les quelques décès survenus.

Au Congrès de chirurgie, deux chirurgiens roumains ont donné leur statistique; elle comprend 200 cas sans un décès, avec 3 suppurations. Je me permettrai de donner le chiffre beaucoup plus modeste des opérations de hernie que j'ai pu faire; elles sont au nombre d'une soixantaine dont cinquante environ appartenant à la catégorie des hernies contangibles. La mortalité a été nulle, il n'y a eu d'accidents sérieux qu'une seule fois, une hématurie scrotale a suppuré, tous les autres cas ont guéri sans suppuration, deux fois avec élimination tardive de fils; les cas sont trop récents pour que je puisse dire s'il y aura des récurrences, elles me semblent devoir être infiniment rares.

Le danger de la cure radicale n'est pas en effet la péritonite, on ne la voit jamais; le danger est la congestion pulmonaire et les accidents de chloroformisation, or l'un et l'autre ne se produisent guère que chez des individus mal préparés ou mal surveillés ou ayant une tare constitutionnelle.

Certains tirent contre l'opération une objection de ce fait que, même après la cure radicale, le port d'un bandage serait nécessaire et que par conséquent la gêne resterait la même. Nous leur répondons que le port de ce bandage n'est pas indispensable d'habitude, personnellement j'en dispense la plupart de mes opérés; que ce n'est plus (dans le cas où on en met un) cet instrument de torture que nous connaissons tous, mais une ceinture destinée à soutenir le ventre au niveau de la partie supérieure de la cicatrice et que dans tous les cas le danger est supprimé qui était causé par l'existence de la hernie, et c'est bien déjà quelque chose.

2° *Chez l'enfant.* — Si chez l'adulte, en aucun cas, on ne peut espérer la guérison d'une hernie par le port d'un bandage, chez l'enfant, par contre, il a un but curateur : il peut guérir en effet la hernie infantile, mais pour cela il faut une application rigoureuse du jour et de la nuit; si cette application est attentivement surveillée, il paraît donner souvent la guérison recherchée; la hernie au bout d'un certain temps de port du bandage ne sort plus; elle est guérie c'est vrai, mais il n'est pas démontré que l'oblitération du conduit vagino-péritonéal soit complète, et il est bien probable qu'il n'en est pas ainsi; dans un grand nombre de cas, une amorce reste et quelquefois même le conduit entier rétréci seulement, et c'est là une voie ouverte à la production d'une hernie dans l'âge adulte. Cette hypothèse est extrêmement vraisemblable, étant donné que la très grande majorité des hernies de l'adulte, 9/10, ont leur origine dans l'oblitération incomplète du canal péritonéo-vaginal, et par conséquent sont congénitales.

Le bandage donc ne guérit pas toujours la hernie infantile, et s'il la guérit, il ne donne pas de sécurité pour l'avenir. Son emploi a un autre inconvénient, c'est de priver l'enfant, pendant le temps du traitement, des jeux et des exercices si nécessaires à son âge; son caractère peut souffrir de cette privation et de l'état d'infériorité dans lequel il se trouve.

Si après une application rigoureuse du bandage, pendant un an ou deux (ce temps est suffisant pourvu que l'application soit rigoureuse) la hernie n'est pas guérie, la question de la cure opératoire qui s'était déjà posée deux ans auparavant revient sur le tapis.

Outre les raisons déjà dites qu'il y a à opérer, nous aurons encore celles que nous retrouverons plus tard dans l'âge adulte, et enfin quelques autres particulières.

Du fait de sa hernie, le jeune homme se verra refuser l'entrée de certaines carrières; pour beaucoup enfin il sera pénible de se présenter au mariage avec leur infirmité. Et d'autre part, la cure opératoire sera d'autant plus volontiers conseillée que chez l'enfant elle est particulièrement facile, attendu que la paroi abdominale est encore intacte, qu'elle n'est pas encore effondrée; pour cette même raison presque toujours on sera à l'abri des récidives. Enfin elle n'est d'aucun danger.

Ces conditions font donc que la cure opératoire est le traitement de choix, non seulement en cas d'insuccès du bandage, mais encore avant son application; pour moi le bandage n'est qu'un instrument d'attente permettant à l'enfant de venir à l'âge où il puisse être opéré. Les cures opératoires dans le très jeune âge se sont multipliées, mais pour notre part, nous pensons qu'à moins d'indications spéciales, il vaut mieux attendre l'époque du sevrage pour opérer les petits enfants.

Je n'ai envisagé que le cas où on avait le choix entre opérer ou faire porter un bandage, mais il est un cas où l'opération s'impose : 1° s'il existe une ectopie du testicule; 2° si la hernie est douloureuse; 3° si elle s'accroît malgré le bandage. Et j'ajouterai que pour nous, nous considérons comme une indication absolue à l'opération le fait que la hernie n'a pas été guérie par le port suivi d'un bandage.

3° *Chez le vieillard.* — La cure de la hernie me semble moins opportune chez le vieillard; comme il a une vie moins active, il peut plus aisément vivre avec sa hernie; il y a peu d'intérêt à être guéri d'une hernie qu'il porte depuis 20, 30, ou 40 ans, pour un individu qui n'a plus qu'un petit nombre d'années à vivre. Enfin, à un âge avancé, l'opération n'est plus sans danger. De même que le vieillard, ne doivent pas être opérés les individus qui ont un état pathologique contre-indiquant la chloroformisation ou une opération quelconque et en particulier ceux qui toussent. D'une façon générale, la cure opératoire ne doit être faite qu'à des sujets bien portants.

Nous concluons cet exposé en disant : « Toute hernie doit être traitée par la cure opératoire à moins de contre-indication ».

SUR UN CAS D'AMAUROSE HYSTÉRIQUE UNILATÉRALE

Par le Dr Jacques THOMAS

Au mois de juillet dernier, un de mes confrères m'adressa une femme de 28 ans, Mme B... qui, huit jours auparavant, s'était aperçue que la vision de son œil droit était totalement abolie. Rien d'ailleurs n'avait appelé l'attention de la malade et c'est seulement en fermant par hasard l'œil gauche qu'elle s'aperçut qu'elle ne voyait plus de son œil droit.

Cette femme d'aspect robuste habite la campagne et prend part aux travaux des champs. Elle n'a eu antérieurement aucune maladie grave; mais il y a deux ans, à la suite d'une émotion vive elle eut des contractures des membres supérieurs. Cet état dura quelques jours, puis tout rentra dans l'ordre.

L'examen objectif de l'œil droit amaurotique révèle l'intégrité absolue de cet organe : réaction pupillaire directe et synergique, normale — papille, rétine, milieux normaux. La vision est réduite à une vague sensation blanche : la lumière réfléchie

par le miroir n'est même pas perçue par l'œil aveugle.

..

Cette intégrité de l'œil dans l'amaurose faisait rejeter immédiatement l'idée de toute lésion du nerf optique. En effet, la compression et la destruction du nerf s'accompagnent toujours de signes qui font défaut dans le cas actuel : perte du réflexe pupillaire à la lumière et signes de névrite à l'ophtalmoscope ne tardant pas à faire place à l'atrophie pupillaire.

Les lésions des fibres optiques, dans leur trajet encéphalique, depuis les bandelettes optiques, jusqu'aux centres corticaux présentent des symptômes tout différents encore de ceux observés ici. Cette différence porte sur le champ visuel. Notre malade présente une perte totale du champ visuel, en un mot l'amaurose complète.

Or, les malades atteints de lésions encéphaliques des fibres optiques perdent non le champ visuel entier, mais une moitié du champ visuel, coupé sur la ligne médiane, d'un seul œil ou des deux yeux. Ce sont les hémioopies directes ou croisées.

L'hémiopie croisée affecte les deux yeux et porte sur les deux champs visuels en entraînant la perte du champ nasal d'un côté et du champ temporal de l'autre. L'hémiopie croisée suppose une lésion siégeant avant le chiasma optique où se fait une décussation partielle des fibres optiques, c'est-à-dire soit aux bandelettes optiques, soit aux radiations optiques, soit enfin au centre cortical de la vision (scissure calcarine, peut-être lobule lingual et fusiforme).

L'hémiopie directe peut affecter les deux yeux par la perte des deux champs temporaux ou, au contraire, un seul œil par la perte du champ nasal d'un seul côté. Elle est symptomatique d'une lésion du chiasma, à sa partie externe pour l'hémiopie nasale d'un seul côté, à sa partie antérieure s'il y a hémiopie temporale des deux côtés.

En résumé, il ne pouvait y avoir chez notre malade lésion du tractus-optique en aucun des points de son parcours : rétine, nerf optique, centres.

Quelles étaient les hypothèses permises ? Il en est une à laquelle l'ophtalmologue doit toujours penser : je veux parler de la simulation. Mais elle est l'apanage du conscrit qui cherche à se faire exempter, mais elle est l'apanage de la victime d'un accident qui cherche à en retirer le plus gros bénéfice. Dans le cas actuel cette hypothèse était tellement invraisemblable qu'il était impossible de l'admettre. Reste donc seulement une dernière hypothèse : la malade présente de l'amaurose hystérique unilatérale.

..

L'amaurose hystérique signalée depuis fort longtemps est bien connue depuis les travaux de Parnaud et de Pitres. L'ensemble de ses symptômes est assez net pour former un type clinique parfaite-

ment distinct des amauroses de cause organique par lésion du nerf ou des centres optiques.

Cette affection ne présente aucun signe particulier qui attire tout d'abord l'attention du malade et c'est généralement en fermant l'autre œil par hasard que ce dernier s'aperçoit qu'il ne voit pas d'un œil. Une fois reconnue, cette affection est diagnostiquée par la vérification des trois propositions suivantes :

1^o L'œil amaurotique possède le réflexe pupillaire à la lumière ;

2^o Le nerf optique, les membranes profondes et les milieux de l'œil sont indemnes de toute lésion et dans un état d'intégrité parfaite ;

3^o Dans la majorité des cas les malades amaurotiques d'un œil voient des deux yeux dans la vision binoculaire.

..

Chez notre malade le mode de début répond bien à celui habituel à l'amaurose hystérique : c'est par hasard que la cécité de l'œil droit a été constatée. Les deux premières propositions sont également vérifiées : le réflexe pupillaire est conservé à la lumière en réaction directe et en réaction synergique. L'œil est dans tous ces points dans un état absolument normal, indemne de toute lésion.

Restait donc à rechercher si l'œil amaurotique voyait dans la vision binoculaire. La démonstration de ce dernier fait peut être facilement établie par plusieurs procédés en usage dans les conseils de revision pour déceler la simulation. Les plus usuels sont : la boîte de Flees, les images stéréoscopiques complétées, l'expérience de l'écran de Pitres, celle des lettres de couleurs de Snellen, le procédé du prisme, etc.

Ce sont les deux dernières expériences, celle de Snellen et celle du prisme, sur lesquelles j'ai arrêté mon choix comme étant les plus simples.

L'expérience de Snellen est basée sur les couleurs complémentaires. Deux séries de lettres, l'une rouge, l'autre verte, sont vues par le malade à travers un verre rouge pour un œil, à travers un verre vert pour l'autre. Le vert étant la couleur complémentaire du rouge, il est clair que l'œil qui voit à travers le verre rouge ne verra que les lettres rouges, tandis que les lettres vertes se fondront avec le fond du tableau : inversement l'œil qui regarde à travers le verre vert ne verra que les lettres vertes à l'exclusion des lettres rouges fondues en une teinte non perceptible.

Il en résulte que si le malade ne voyait que d'un œil, il ne verrait qu'une série de lettres, soit la verte, soit la rouge, suivant l'œil atteint : au contraire, si la vision des deux yeux existe, les deux séries de lettres seront intégralement perçues. Le résultat de cette première expérience fut entièrement concluant : la malade vit les deux séries de lettres ; donc l'œil droit, amaurotique isolément, voyait dans la vision binoculaire.

Cette première démonstration pouvait me suffire

pleinement ; j'ai cependant voulu contrôler le résultat par une deuxième expérience, celle du prisme. Voici en quoi elle consiste : la malade regarde un objet quelconque, un crayon par exemple. J'interpose alors un prisme assez fort devant l'œil gauche, l'œil sain. La malade voit deux crayons, il y a une diplopie. Or, pour ce faire, il faut qu'elle voie de ses deux yeux, car si elle ne voyait que d'un œil, l'interposition du prisme n'aurait pour effet que de déplacer vers la base du prisme l'image du crayon. Elle ne verrait qu'un seul crayon, il n'y aurait pas diplopie.

Les deux expériences précédentes établissent donc d'une façon irréfutable que l'œil amaurotique voit dans la vision binoculaire.

La vérification des trois propositions sus-énoncées rendait donc certain le diagnostic d'amaurose hystérique unilatérale.

..

La malade présentait-elle des stigmates hystériques ? Mon premier soin fut d'interroger la sensibilité générale et plus particulièrement la sensibilité des paupières, de la cornée et de la conjonctive. En effet, dans un certain nombre de cas l'anesthésie de la cornée, de la conjonctive et des paupières accompagne l'amaurose hystérique. Le résultat de cet examen fut négatif : la sensibilité était normale.

Je pratiquais ensuite la mensuration du champ visuel de l'œil gauche : le champ visuel était notablement rétréci. Le rétrécissement du champ visuel est d'après M. Parinaud un stigmate hystérique.

Enfin, dans les antécédents de la malade je relevais les contractures qu'elle eut dans les membres supérieurs deux ans auparavant, et l'émotivité extrême de la malade. Tout cela constituait suffisamment de preuves de l'hystérie chez la malade. La suite donna d'ailleurs raison.

Soumise à un traitement bromuré, la vision ne tarda pas à revenir : quinze jours après la première visite, l'acuité visuelle était revenue à $1/2$ pour atteindre huit jours plus tard $2/3$. Or, ce n'est pas la thérapeutique suivie qui a amené le résultat ; mais bien l'influence morale de cette thérapeutique. Le professeur agrégé Ballet, dans une leçon parue le 18 novembre 1897, dans la *Presse Médicale*, s'exprime ainsi au sujet de l'amaurose hystérique : « L'hystérique n'a pas la conscience qu'elle voit, mais en réalité elle voit ; c'est une cécité de la vision consciente. »

On a pu à l'état de veille suggérer à des hystériques l'amaurose d'un œil ; inversement on a guéri des amauroses hystériques par la suggestion. Dans le cas qui nous occupe la malade a subi l'influence morale du traitement, elle a vu : l'aire de conscience s'était agrandie.

Depuis sa guérison, qui remonte à quatre mois, je vois cette malade tous les mois : la vision se maintient normale et sensiblement égale pour les deux yeux.

LE TRAITÉ DE TECHNIQUE CHIRURGICALE DE E. DOYEN

Par le D^r LAPEYRE.

Un journal de médecine rédigé en province ne peut laisser passer sans la signaler une publication aussi importante que celle de ce traité de technique chirurgicale, œuvre d'un chirurgien de province que la nouveauté et la hardiesse de ses méthodes, une habileté opératoire presque sans égale, ont rendu justement célèbre. Il y a, du reste, toute justice et tout profit à parler d'un ouvrage qui contient la description d'une technique toujours nouvelle et souvent supérieure par sa rapidité et simplicité, aux procédés classiques. Le volume publié comprend la technique générale et la technique gynécologique de l'auteur ; les autres techniques spéciales ne sont pas abordées, mais l'intérêt n'en est pas moins puissant si l'on songe que l'auteur est peut-être le plus ingénieux technicien de son époque, et que la gynécologie lui est redevable de ses plus récents et plus éclatants perfectionnements opératoires.

L'intérêt que présente la lecture d'un tel traité se double encore de l'insuffisance parfaite des publications sur la technique opératoire. Ce qu'a réalisé le professeur Farabœuf pour les opérations qui peuvent se répéter à l'amphithéâtre (ligatures, amputations, résections), la fixation du meilleur procédé — les règles méthodiques de son exécution — n'existe plus quand il s'agit des interventions habituelles de la chirurgie, justement les plus délicates en même temps que les plus usuelles.

De courtes et sommaires descriptions, plus ou moins annexées dans les Traités classiques aux chapitres de pathologie, de brèves monographies des techniques spéciales à peine moins insuffisantes, voilà tout ce qui existe dans notre littérature médicale.

Or, comme il est parfaitement impossible ou inutile, ainsi que le fait très justement remarquer le D^r Doyen, de répéter sur le cadavre une cure radicale de hernie, voire même une hystérectomie, la conséquence inévitable est un manque à peu près complet de règles opératoires précises, et pourtant une intervention donnée devrait dans ses grandes lignes rester toujours semblable à elle-même.

Les interventions nouvelles de la chirurgie restent ainsi des « opérations non réglées » suivant l'expression habituellement employée, qui est en même temps un aveu d'imperfection.

Certes, nos maîtres en chirurgie, dont l'exemple pratique est à l'heure actuelle notre seul guide, ont des habitudes de méthode dont l'assistant peut se pénétrer et qui font leur énorme supériorité sur les chirurgiens de l'époque préantiseptique, si peu méthodiques ainsi que nous l'avons souvent entendu répéter à un de nos maîtres le D^r Championnière.

La conquête de l'esprit de méthode est l'œuvre des premiers chirurgiens de l'ère Listérienne et le D^r Championnière en a donné un bel exemple dans

sa description de la technique de la cure radicale des hernies.

Il n'en reste pas moins vrai que si tous nos maîtres ont une méthode générale qui les guide dans les interventions de nature diverse, la technique d'une opération donnée est essentiellement variable pour chacun d'eux et est souvent peu comparable à elle-même pour le même chirurgien devant des difficultés particulières.

Il semble qu'il appartienne à une génération nouvelle de poursuivre l'œuvre si bien commencée par ses devanciers immédiats, en ajoutant à l'esprit de méthode générale la détermination d'une technique fixe dans ses grandes lignes pour chaque opération spéciale.

Le livre du Dr Doyen vient donc à son heure, il répond à un légitime besoin dont la satisfaction ne paraît pas impossible.

Est-ce à dire que la technique chirurgicale du Dr Doyen soit vraiment suivant l'expression de l'auteur « le complément du précis de manuel opératoire de Farabeuf ».

Un tel but réalisé serait bien beau, et nous ne pouvons croire qu'il appartienne à un seul chirurgien de fixer la technique des interventions non réglées avec le même bonheur que l'a fait M. le professeur Farabeuf pour les amputations et résections.

Du reste le caractère original et absolument personnel de l'œuvre du chirurgien rémois ne permet guère de penser que le Dr Doyen ait cru réaliser le but qu'il indiquait. C'est uniquement et toujours le procédé qu'il emploie, procédé imaginé ou modifié par lui, que décrit notre brillant confrère. Or le professeur Farabeuf a fait surtout œuvre de comparaison et de choix judicieux entre les méthodes si nombreuses déjà employées, ne modifiant ou n'imaginant que lorsqu'aucun des procédés utilisés ne donnait satisfaction aux desiderata.

Le professeur Farabeuf en un mot n'a cherché jamais le nouveau que pour faire mieux. M. Doyen peu soucieux de comparaisons ne s'inquiète pas de savoir ce que peuvent faire tel ou tel. Son expérience et son goût personnel l'ont amené à adopter telle technique, c'est elle seule qu'il vous expose.

Si l'œuvre perd ainsi de sa valeur au point de vue didactique, elle gagne singulièrement en originalité, car c'est à chaque pas le novateur hardi et ingénieux qui se révèle, et l'analyse d'un tel ouvrage devient bien difficile en présence de sa richesse en faits nouveaux.

Dans une brillante introduction, le Dr Doyen expose d'abord les principes généraux sur lesquels doit être basé « l'art » du chirurgien.

La conquête de l'antisepsie a un peu fait perdre de vue la nécessité qu'il y a à opérer bien et vite, les qualités de virtuosité sont aussi indispensables au chirurgien digne de ce nom aujourd'hui qu'autre-

fois, elles sont plus utiles encore au patient, car elles lui assurent la guérison. Les méthodes lentes et compassées des Allemands, la crainte exagérée du sang qui conduit aux pratiques compliquées de l'hémostase préventive hors de propos ont coûté la vie à bien des malades. car en chirurgie péritonéale, les risques de mort proviennent des opérations trop prolongées. Et rappelant que certains vieux chirurgiens, Maisonneuve par exemple, ont montré une incroyable adresse, qu'on n'opère pas sur le vivant, ainsi que Farabeuf a montré à le faire sur le cadavre, le Dr Doyen nous propose comme idéal de transporter dans la pratique usuelle « cette éducation de la main » réalisée par l'amphithéâtre.

Que faut-il pour y réussir ? Une technique précise et simple, et l'habitude du sang. Et s'élevant vigoureusement contre l'abus fait des pinces à forcipressure, le chirurgien rémois nous montre la célérité et l'habileté opératoires intempestivement retardées par le pincement inutile de nombreux vaisseaux, par les clamps appliqués préventivement là où rien ne saigne si on coupe franchement, nous cite une douzaine de pinces appliquées à tout hasard dans une région où l'anatomie ne signale même pas une artériole digne d'être nommée.

À l'appui de ces critiques le Dr Doyen démontre par exemple que rien mieux que la célérité ne ménage le sang du malade dans l'extirpation du goitre. De même l'échelonnement de pinces sur le bord inférieur du ligament large dans l'hystérectomie vaginale à la manière de Péan, n'est qu'une complication inutile de l'opération et une souffrance pour la malade — et dans l'hystérectomie abdominale la ligature inutile de l'étage supérieur du ligament large dès le début de l'opération, a pour résultat de retenir dans la tumeur une quantité énorme de sang qui ne peut plus s'évacuer par les veines.

S'il est vrai que le Dr Doyen dépasse parfois le but et montre un peu de parti pris contre la forcipressure uniquement pour s'écarter des pratiques de Péan, il faut reconnaître que ce n'est pas un mince mérite que de faire justice de bien des exagérations et de nous prouver qu'armés comme nous le sommes, le sang ne doit pas nous inquiéter et qu'il y a là une sorte de vieille superstition que plus rien ne justifie.

Après nous avoir indiqué le but qu'il s'est proposé d'atteindre, la simplicité du faire opératoire, le Dr Doyen nous décrit l'instrumentation qu'il emploie et les progrès d'outillage qu'il a réalisés.

Voici par exemple ses grandes aiguilles courbes sans manche (à chas spécial terminé en pointe pour que le fil s'accroche de lui-même) dont l'emploi permet dans la confection du surjet de gagner un temps précieux tout en mettant à la réfection de la paroi abdominale le soin le plus méticuleux.

Voici tous les modèles de pinces hémostatiques du chirurgien rémois — ses pinces clamp à mors élastique pour l'hémostase du ligament large dont l'emploi est devenu classique n'y insistons pas — mais arrêtons nous au contraire devant un nouvel instrument, la pince clamp à pression progressive qui

paraît constituer un nouveau progrès dans l'outillage chirurgical déjà si parfait de l'hémostase.

Frappé de l'inconvénient que présentent les pédicules volumineux dont la réduction nécessite une ligature en chaîne longue et minutieuse, l'ingénieur chirurgien a songé à réduire par pression « à l'épaisseur d'une feuille de papier » les pédicules les plus volumineux.

Rien de plus simple alors que d'assurer l'hémostase du pédicule ainsi réduit par un simple fil qui l'étreint.

La difficulté était de multiplier suffisamment la puissance de la pince pour obtenir cet écrasement du pédicule entre ses mors; M. Doyen arrive « par l'action d'un levier latéral disposé de manière à n'agir qu'au moment voulu » et qui multiplie successivement de 2 jusqu'à 20 l'effet exercé au niveau de ses anneaux.

L'effet exercé à l'extrémité des mors atteint 600, 800 et même 1000 kilogrammes.

« La nouvelle pince sert à écraser extemporanément les ligaments larges, les pédicules des kystes de l'ovaire, les adhérences épiploïques; une ligature de soie très fine suffit ensuite, et on évite ainsi de laisser dans le péritoine de gros moignons épiploïques ou ligamentaires, véritables corps étrangers d'une résorption lente et exposés à l'infection. »

Il s'agit en somme d'un nouveau procédé de traitement des pédicules et la valeur du nouvel instrument paraît considérable; divers chirurgiens évidemment séduits par l'idée ont du reste déjà proposé des modèles différents de pinces destinées à réaliser le même résultat.

Mais la partie la plus merveilleuse de l'instrumentation de Doyen est celle qu'il a imaginée pour la chirurgie mécanique des os et en particulier pour la trépanation.

Rejetant bien loin l'antique procédé du trépan lent et assurant des orifices insuffisants, l'auteur utilise l'instrumentation électrique employée dans le travail du bois, de l'ivoire, des métaux.

Un moteur électrique à grande vitesse actionne des fraises, des forets ou des mortaiseuses.

Pour réaliser l'hémicraniotomie temporaire par l'auteur commence par perforer le crâne à exemple, l'aide d'une fraise de 12^{mm} de diamètre construite de façon à ne pouvoir blesser la dure-mère.

Une sonde cannelée recourbée décolle la dure-mère, le guide intracranien d'un porte-scie à rainure verticale est introduit, la scie est placée au contact de l'os dans la rainure verticale du porte-scie et en poussant le manche, on réalise immédiatement une section totale de 4 à 10 centimètres de longueur.

La craniotomie exploratrice devient ainsi pour l'opérateur une intervention aussi usuelle et facile que la laparotomie; le champ des opérations intracrâniennes, la gravité des opérations se trouvent considérablement diminués.

Les derniers chapitres de son traité sont consacrés par le Dr Doyen à la description de la technique gynécologique; ici je resterai bref non que le mérite de l'œuvre soit moindre, mais simplement parce que les procédés imaginés par l'auteur, décrits par lui à maintes reprises, sont souvent déjà devenus classiques, tels entre tous ses procédés d'hystérectomie vaginale par l'hémisection antérieure et son nouveau procédé d'hystérectomie abdominale totale.

Une remarque cependant me semble particulièrement intéressante à faire, c'est la préférence très marquée que l'auteur montre pour la voie vaginale sur la voie abdominale.

À l'heure où tant de chirurgiens semblent vouloir abandonner pour ainsi dire alors même qu'elle est nettement indiquée la voie vaginale, le jugement porté sur la question par un homme dont la prodigieuse habileté s'est affirmée égale dans l'un ou l'autre mode d'intervention, est d'une valeur considérable.

Si l'on pense encore que le Dr Doyen n'a pas été moins heureux dans la fixation de la technique de l'hystérectomie vaginale ou abdominale totale, il faut avouer que personne n'a autant que lui qualité pour se prononcer.

Pour le diagnostic exact des lésions salpingiennes et l'ablation des annexes, le Dr Doyen affirme une très grande valeur à la colpotomie antérieure ou postérieure, mais surtout à la colpotomie postérieure, et la préfère souvent à la laparotomie.

« La colpotomie postérieure est pour moi la méthode de choix, dans les cas même où nous cherchons à ménager à la fois l'utérus et les annexes du côté sain. »

« L'opération est simple et rapide, elle présente sur la laparotomie l'avantage très appréciable de pouvoir en moins de temps et avec la même facilité pratiquer soit l'ouverture simple des poches péri-utérines, soit l'ablation unilatérale des annexes, soit si l'on reconnaît la bilatéralité des lésions, la castration totale. »

S'il s'agit d'extirper à la fois l'utérus et les annexes pour salpingite, la comparaison n'est pas possible entre la voie vaginale bien plus sûre et moins dangereuse et la voie abdominale.

« L'hystérectomie adominale totale, dit Doyen, ne doit être qu'une opération d'exception. »

L'hystérectomie vaginale, toutes les fois qu'elle est praticable, c'est-à-dire quand les lésions péri-utérines affectent une localisation pelvienne exclusive, demeure bien supérieure à l'hystérectomie abdominale totale qui est d'ailleurs d'un pronostic plus grave.

« L'on ne saurait trop réagir contre les tendances des chirurgiens qui veulent multiplier les indications abdominales. » « Nos malades ne nous réclament pas d'être opérées par la méthode la plus sûre. »

S'agit-il de lésions utérines, cancer ou fibrome, la comparaison entre les deux voies suggère au Dr Doyen les mêmes réflexions; l'hystérectomie vaginale reste toujours plus sûre, moins grave que l'hys-

terectomie abdominale totale, à égalité d'habileté opératoire et à condition qu'elle soit possible.

L'hystérectomie abdominale totale ne doit être employée pour fibrome que lorsque la tumeur devenue abdominale n'est plus enlevable par le vagin ou ne le serait que dans des conditions défavorables.

Au résumé, cette phrase suivante résume l'opinion du Dr Doyen.

« Toute lésion pelvienne, utérine ou périutérine doit être observée de préférence par la voie vaginale, si le volume excessif des tumeurs ou l'étendue de leurs adhérences ne semblent pas une contradiction formelle. »

« Ceux-là seuls abandonnent la voie vaginale qui ne la connaissent pas et se trouvent incapables de la pratiquer », ajoute-t-il avec Segond.

Ainsi, malgré son habileté de laparotomiste, Doyen se range résolument parmi les partisans de la voie vaginale et il est difficile de contester la valeur de son opinion.

J'avoue m'en montrer très satisfait, car je suis de ceux qui trouvent l'hystérectomie vaginale non point une opération grossière et brutale, mais une intervention simple, ingénieuse d'un manuel opératoire absolument sûr et d'un danger très atténué par le caractère pour ainsi dire extra-péritonéal qu'elle présente.

LETTRE (1) DU Dr LEREBoullet, SECRÉTAIRE GÉNÉRAL DE L'ASSOCIATION, EN RÉPONSE A L'ARTICLE DU Dr BOUREAU DE DÉCEMBRE 97.

Paris, le 15 janvier 1898.

MONSIEUR LE PRÉSIDENT ET CHER COLLÈGUE,

Vous avez bien voulu demander au Conseil général de l'Association des Médecins de France une réfutation des allégations aussi inexactes que peu confraternelles émises par M. le Dr Boureau, dans un article publié par la *Gazette médicale du Centre* (1897, p. 178).

Avant de vous répondre, j'ai dû soumettre au Conseil général de l'Association les arguments et les chiffres que je devais mettre sous vos yeux pour montrer l'inanité des considérations développées par votre confrère. C'est ce qui excusera, je l'espère, le retard que j'ai mis à vous écrire. Je le ferai aussi succinctement que possible.

M. le Dr Boureau, qui n'a, sans doute, jamais ouvert un seul de nos annuaires, qui ignore pourquoi une médaille d'or a été offerte à M. le Dr Jeannel, qui ne sait pas un mot des origines de l'Association, déclare que « l'Empire, songeant à *utiliser et à domestiquer* la puissance politique des médecins, voulut, en 1858, réunir en un seul faisceau l'ensemble de la Corporation médicale », et que, de

cette idée despotique et autoritaire, est née notre Association.

Je juge inutile de réfuter cette première erreur. Je renvoie M. le Dr Boureau à la lecture de l'*Annuaire* (1895, p. 87) (I).

Discutant les effets de ce qu'il appelle la centralisation et la concentration à Paris d'une partie importante des ressources des Sociétés locales, M. le Dr Boureau les croit lésées dans leurs intérêts, et, par des calculs aussi inexacts que ses allégations, il essaie de prouver que les frais d'administration de l'Association générale sont tels qu'elle ne peut donner en subventions diverses que 1,91 0/0 de son capital.

Ici, il importe de préciser.

M. le Dr Boureau, pour établir ses calculs, prétend que l'Association possède une fortune de 3.033.000 fr. *sans tenir compte de l'avoir des Sociétés locales.*

C'est une grave erreur.

Le 10 mars 1897, l'Association possédait, en effet,

(1) Extrait du Rapport du Dr Lereboullet à la 36^e Assemblée générale, tenue les 21 et 22 avril 1895: *Annuaire*, p. 81, 82, 83.

Nous voulions, en effet, publiquement honorer devant vous deux de nos plus vénérés collègues : M. le Dr Jeannel, à l'initiative duquel a été due la création de notre grande fédération médicale, et M. le Dr Brun, à qui elle doit sa prospérité.

M. le Dr Jeannel est absent, lui aussi. Son grand âge lui a interdit de venir recevoir la médaille d'or destinée à perpétuer le souvenir des efforts si méritoires qu'il a faits en vue de fonder l'Association des médecins de France. Mais ces efforts, il importe de les rappeler afin de démontrer qu'en acceptant la proposition qui lui en a été faite par la Société de la Gironde, le Conseil général de l'Association n'a accompli qu'un acte de justice.

L'idée de réunir en un faisceau les Sociétés médicales déjà fondées à Paris ou en province avait été émise au Congrès de 1845. On en parlait souvent ; on n'osait la réaliser. Les plus ardents défenseurs des projets d'union et de fédération des sociétés locales se voyaient arrêtés par des considérations d'ordre juridique ou financier qu'ils ne croyaient pas pouvoir surmonter. « Tout à coup, c'est A. Latour qui le dit dans son premier rapport, sans préparation, sans avertissement, un cri généreux partit de cette généreuse terre de la Gironde, d'où sont partis en tous temps de si nobles et de si courageux clans. A l'invitation de M. le Dr Jeannel — et vous savez avec quelle chaleur et quel talent — un comité d'honorables confrères s'est organisé à Bordeaux. » Ce comité ne se laissa point arrêter par les obstacles qu'il rencontra. L'Association des médecins de la Seine, fondée par Orfila, ayant préféré conserver son autonomie, M. Rayer accepta les propositions du comité de Bordeaux, prit l'initiative de la création d'une Association générale et, grâce à sa toute-puissante influence, parvint à faire approuver ses statuts. On sait le reste. L'Association comptait à la première heure vingt-six Sociétés agrégées et deux mille deux cent quarante adhérents ; elle embrasse aujourd'hui une centaine de Sociétés et compte près de neuf mille membres. Sa fortune s'est accrue dans des proportions inespérées. Son avenir nous apparaît plein d'espérances. Rendons hommage à nos bienfaiteurs, à tous ceux qui, par leurs legs, leurs dons, l'augmentation volontaire du taux de leurs cotisations, ont permis ce rapide accroissement de nos ressources et de notre influence.

(Ce comité se composait de MM. les Dr Froin, président ; Cazenave, Piffon, Héricé, Ardussel, Dénucé, Levieux, Moussous, Reimonenq, Jeannel, secrétaire.)

Mais n'oublions pas que, depuis 1857, M. Jeannel s'occupa d'organiser la Société de la Gironde ; que, la même année, il adressa un pressant appel à tous les médecins de France pour les inviter à s'unir à leurs confrères ; qu'en janvier 1850 il fit adopter les statuts de la Société qu'il avait fondée et son agrégation à l'Association générale ; qu'enfin, membre perpétuel de la Société et membre du Conseil général de l'Association depuis sa première réunion, il n'a cessé de s'intéresser à l'œuvre qui lui doit l'existence et de contribuer à sa prospérité.

(1) Lettre adressée à M. le Dr L. Thomas, président de l'Association d'Indre-et-Loire.

3.030.350 francs, *mais en y comprenant* pour une somme de 1.106.821 francs l'avoir des Sociétés locales. Celles-ci donnent à leurs membres nécessiteux, à leurs veuves et à leurs orphelins des secours dont M. le Dr Boureau ne tient aucun compte. De là ses conclusions erronées.

Si, en effet, nous voulions compter comme lui et dire ce qui a été dépensé *en secours* pendant le dernier exercice, nous verrions :

Qu'il a été distribué comme secours par les Sociétés locales.....	61.000 fr.
Qu'il a été donné à celles-ci en subventions diverses.....	4.500 »
Qu'il a été servi en rentes à nos pensionnés.....	58.000 »
Qu'il a été servi en rentes viagères....	2.000 »
Ce qui fait un total de.....	<u>125.500 fr.</u>

ou 4,20 0/0 du capital total de 3.030.350 francs et non 1,91 0/0, comme le dit M. le Dr Boureau.

Mais, il y a plus.

Cette fortune de l'Association, comment et par qui a-t-elle été constituée ? Les chiffres suivants vont vous le montrer.

A côté de la somme de 1.106.821 francs, qui appartient tout entière aux Sociétés locales, dont elles ont la pleine disposition, l'Association générale possède deux caisses ; celle des Pensions viagères d'assistance et celle des Veuves et Orphelins.

La caisse des Pensions viagères possède 1 million 813.787 fr. 03, sur lesquels 478.851 fr. 87 seulement proviennent des dons faits par les Sociétés locales. Le reste provient des versements faits par la caisse des fonds généraux, des intérêts capitalisés à la caisse des Dépôts et Consignations *et des dons et legs* faits par divers médecins. Ces dons et legs se sont élevés, depuis la fondation de l'Association, à la somme de 629.375 fr. 77 pour la caisse des Pensions.

La caisse des Veuves et Orphelins, fondée il y a un an, possède 43.341 fr. 25, sur lesquels 4.467 francs proviennent des Sociétés locales. Les dons faits à cette caisse s'élèvent à 3.974 fr. 25.

On voit donc que l'avoir des deux caisses provient, pour une somme totale de 633.350 fr. 02 *de dons et legs*. Or, sur cette somme si importante, 550.490 fr. 02 ont été versés par des médecins de Paris, et 82.860 francs seulement par des médecins de province.

Et M. le Dr Boureau se dit lésé ! Et il croit que l'Association serait plus riche si chaque Société locale vivait séparément, s'administrerait séparément, ne donnait rien à la caisse centrale et n'acceptait d'elle aucune subvention ! Il ne comprend donc pas que les dons et les legs, qui bientôt dépasseront un million (puisque nous venons d'être autorisés à accepter le legs Marjolin, d'une valeur de plus de 300.000 francs), ne seraient jamais venus à l'Association avec l'organisation ou plutôt la désorganisation qu'il rêve.

Il ne comprend pas davantage le sentiment de

généreuse solidarité qui a dicté à nos prédécesseurs l'œuvre que nous tenons à voir marcher progressivement dans la voie qu'ils ont tracée. Ce sentiment est celui qui consiste à répartir entre les Sociétés provinciales les plus pauvres, les plus dignes de notre sollicitude, parce qu'elles ont et ne peuvent avoir que des ressources limitées, les revenus qui nous sont fournis par la libérale générosité de nos confrères parisiens ; ce sentiment est celui qui nous permet de prêter à chacun de nos collègues l'appui moral d'une influence qui s'accroît chaque jour et qui s'exerce pour le bien de la profession et la défense de ses intérêts.

M. le Dr Boureau, qui parle des frais d'administration qu'il trouve exagérés, alors qu'ils n'atteignent pas 0 fr. 200/0 du capital et de 40/0 des recettes de l'exercice annuel, sait-il que l'Association, malgré le concours si dévoué, si désintéressé et si consciencieux que nous prêtent les membres de notre Conseil judiciaire, a dépensé 16.592 fr. 65 pour frais de procédure, c'est-à-dire pour la défense des intérêts professionnels ? Et croit-il qu'il s'agissait, dans les procès que nous avons eu à soutenir, « de ces membres de l'Institut et de l'Académie de Médecine, de ces professeurs de la Faculté, » dont il veut bien reconnaître la bienfaisance, mais dont il a l'air de suspecter le désintéressement ?

M. le Dr Boureau ne propose d'ailleurs aucun projet nouveau. Il se borne à critiquer ce qui existe, à considérer l'Association « comme un immense bas de laine, où il engouffre ses économies » ; mais il se garde bien de dire comment, avec une cotisation annuelle de 12 francs, il parviendrait à créer une caisse de Veuves et Orphelins, etc.

Laissez-moi donc vous rappeler, Monsieur le Président et cher Collègue, que la lettre et l'esprit de nos statuts nous obligent à constituer nos pensions viagères comme l'ont fait nos prédécesseurs ; que c'est grâce à leur prudence, à leur prévoyance et à leur économie que la fortune de l'Association lui a permis, avec les ressources infimes que lui procurent des cotisations dérisoires, de faire tout le bien qu'elle réalise, c'est-à-dire de distribuer par an plus de cent mille francs en secours et en pensions viagères.

Procéder autrement, prendre, comme le propose M. le Dr Boureau « sa part du magot, ou du gâteau », — les deux mots se trouvent dans son article, — c'est-à-dire sacrifier l'avenir et ne penser qu'à dilapider les fonds légués à l'Association avec une destination fixée à l'avance par nos bienfaiteurs, ne nous paraît ni légalement possible, ni honnêtement soutenable.

Est-ce à dire pour cela « qu'il ne faut plus compter sur l'Association générale pour la création d'une œuvre nouvelle » ?

Nous croyons vous avoir montré, au contraire, en fondant la caisse des Veuves et Orphelins, que nous prétendions améliorer chaque jour le fonctionnement de l'Association à laquelle vous restez si dévoué. Nous espérons vous prouver encore que

nous savons prendre l'initiative des réformes vraiment utiles. Mais nous répudions hautement les révolutions qui n'aboutiraient qu'à faire tomber rapidement l'Association générale des Médecins de France; par suite du refus opposé à toutes les tentatives faites en vue d'augmenter le chiffre des cotisations, celle-ci, en effet, ne peut vivre que grâce à la générosité de ses bienfaiteurs.

Elle ne vaut que par l'honnêteté et le désintéressement de tous ceux qui ont assumé la tâche d'assurer à jamais son développement progressif et sa prospérité matérielle.

Veuillez agréer, Monsieur le Président et cher Collègue, l'assurance de mes sentiments bien dévoués.

AU NOM DU CONSEIL :

Le Secrétaire général,
D^r LEREBoullet.

RÉPONSE DE M. LE D^r BOUREAU A LA LETTRE DE M. LEREBoullet, SECRÉTAIRE DE L'ASSOCIATION GÉNÉRALE.

J'avais dans mon article exprimé le désir de voir les opinions les plus diverses se faire jour, je voulais mettre mes collègues en mesure d'étudier les questions soulevées, de les voir élucidées. En publiant cette lettre de M. Lereboullet je donne satisfaction à ces vœux. Je n'espérais pas voir un contradicteur aussi autorisé que M. le secrétaire général rendre hommage par son intervention à l'importance du débat.

La forme un peu vive de la lettre de M. Lereboullet, certains endroits où ma personne qui n'a rien à voir dans la question semble se substituer à la généralité (1) m'avaient d'abord dicté une réponse de même allure adressée à mes collègues d'Indre-et-Loire, lorsqu'un article de M. le secrétaire général paru dans la *Gazette Hebdomadaire* du 13 février, où, sous le couvert d'une désignation très claire, mes conclusions et mes chiffres m'avaient paru mal compris, a modifié mes intentions et m'a engagé à correspondre directement avec M. Lereboullet.

Je suis heureux d'avoir pris cette détermination, car, ainsi que pourront en juger nos lecteurs, un simple échange d'idées a suffi pour me faire constater que nous étions plus près d'une entente que nous ne le pensions l'un et l'autre.

Voici, du reste, une note que m'adressait M. Lereboullet, note qui a été publiée dans la *Gazette Hebdomadaire* du 26 février.

Lettre de M. Lereboullet.

M. le D^r Boureau, qui a signé dans la *Gazette Médicale de Centre* l'article auquel j'ai fait allusion dans ma dernière

(1) M. Lereboullet écrit : « M. Boureau considère l'Association comme un immense bas de laine où il engouffre ses économies » alors que j'ai écrit « où nous engouffrons nos économies. »

chronique professionnelle, m'écrit pour protester de son entière bonne foi et de l'intérêt qu'il porte à l'Association des médecins de France.

Je ne puis mieux répondre à cette protestation qu'en déclarant à mon tour que le mot « falsifié » qui a surtout ému mon honorable contradicteur ne s'adressait pas à lui et que je ne mets en cause ni son dévouement aux intérêts professionnels, ni son désir de voir progresser l'Association dans un sens plus conforme aux préoccupations d'un grand nombre de ses confrères.

Si, comme je le désire tant et comme je le demanderai encore, les procès-verbaux des séances du Conseil général de l'Association étaient rendus publics, M. le D^r Boureau y verrait quels sont ceux qui réclament avec le plus d'insistance une refonte des statuts qui nous régissent et les réformes compatibles avec le maintien de notre caisse des pensions viagères.

Celle-ci, je l'ai suffisamment expliqué, ne vit que grâce aux dons qu'elle a reçus avec des affectations spéciales. Si elle cessait de fonctionner dans les conditions fixées par nos donateurs, elle risquerait de sombrer rapidement.

Mais à côté d'elle on peut créer des Caisses nouvelles, et je serais personnellement très heureux si l'article de M. le D^r Boureau et ma réponse *ab irato* pouvaient amener au jour de notre prochaine Assemblée générale une discussion et des progrès auxquels nous applaudissons tous les deux.

Je signale à mes collègues la dernière phrase qui doit donner satisfaction à leurs désirs. Elle est l'expression même des vœux que j'ai formulés, vœux où je demandais qu'à côté de sa caisse charitable l'Association générale créât des caisses nouvelles où le médecin pût faire œuvre de prévoyance personnelle.

L'Assemblée générale de l'Association a lieu dans le courant d'avril et nos collègues verront, j'en suis sûr, à ce moment, une discussion fructueuse réaliser leurs espérances et l'Association générale réaliser des projets qu'elle est mieux à même que toute autre par ses cadres, son autorité, de mener à bonne fin.

C'est pour nous une constatation agréable que de compter M. Lereboullet parmi les défenseurs de ces idées et je l'en remercie très vivement.

Il ne me reste donc plus qu'à être bref et en éloignant tout ce qui devient inutile, je ne donnerai de la réponse que je signalais plus haut que les parties qui peuvent donner lieu à quelques discussions de détail.

..

L'Association a une fortune considérable. J'ai pour l'évaluer mal lu l'annuaire, mais je pouvais faire remarquer à M. Lereboullet qu'il ne lit pas mieux que moi (1).

(1) Annuaire 97, page 93. Au bilan de la caisse des fonds généraux, de la caisse des pensions viagères et de la caisse des veuves et des orphelins, on trouve un chiffre de 6.846 fr. de rentes constituées dont le capital (235.000 environ au taux actuel), ne figure pas dans l'addition.

Fait du reste signalé plus bas, puisqu'on lit « le total de l'avoir de l'Association générale est... non compris les rentes constituées,

Le vrai différend n'est pas dans ces chiffres, il est dans le mode de répartition des secours, il est dans cette question capitale qui fait le fond des griefs d'une grosse fraction du Corps médical; l'Association n'est pas en mesure d'assurer l'avenir d'un membre, ou de pallier aux épreuves d'une incapacité momentanée autrement que par une *aumône*; ses caisses ne sont pas ouvertes aux prévoyants qui aux heures de prospérité désirent assurer leurs vieux jours.

M. le Secrétaire est-il sûr que si en 1892 la caisse-maladie, dont l'Association avait ébauché un projet dû à l'initiative du président M. Lannelongue, au lieu de donner un droit mitigé au secours, au lieu d'exiger une augmentation de la cotisation uniforme pour tous, avait laissé aux membres le libre choix de la combinaison qui répondait le mieux à leurs idées personnelles, à leur situation pécuniaire, la majorité n'aurait pas accueilli cette création avec faveur?

Quelques années plus tard, des Sociétés telles que l'Association du Tarn-et-Garonne reprirent la question.

L'Association générale à l'Assemblée générale de 1895 déclara que la législation actuelle rendait difficiles les modifications nécessaires aux statuts, qu'il fallait attendre le vote de la nouvelle loi sur les Sociétés de secours mutuels.

Elles étaient cependant possibles, et à défaut de la loi désirée qui pouvait se faire attendre (elle est encore au Sénat), on pouvait se mettre à l'œuvre.

Le Dr Lande a cité des Sociétés où certains membres, moyennant un supplément de cotisation jouissaient d'avantages particuliers.

Le Dr Lasalle a cité cette consultation d'un jurisconsulte éminent, sénateur de la Gironde :

« Il n'existe aucun article de loi qui empêche de verser des cotisations variables aux sociétaires d'une « Société de secours mutuels pour obtenir des indemnités variables. »

J'ai sous les yeux un mémoire de M^e Duthil, conseil judiciaire de l'Association de la Gironde. Après avoir établi que rien ne s'oppose à ce que certains membres d'une Société puissent verser à une caisse spéciale, il conclut en disant : « Mon opinion très formelle est que rien dans la loi ni

dans les statuts ne s'oppose à la création de la caisse (maladie) que vous projetez. »

La meilleure preuve c'est que, sans rien modifier à ses statuts, l'Association du Rhône, après s'être séparée de l'Association générale, a pu fonder une caisse de prévoyance de droit à cotisations variables, et que la Société de la Seine-Inférieure, après une modification de ses statuts qui lui a été accordée facilement, a pu constituer une caisse indemnité-maladie (1).

Le projet a échoué parce que, comme le disait à la séance du 25 avril 1891 le Dr Lasalle, on offrait « l'assistance, rien que l'assistance », au lieu de l'assurance mutuelle.

Je laisse de côté comme peu importante la question des origines de l'Association. Je félicite M. le Dr Jeannel d'en avoir eu l'initiative mais je constate que l'exécution de l'idée fut bien confiée au Dr Rayer (médecin de l'empereur), et que l'Association des médecins de la Seine préféra conserver son autonomie.

Et j'arrive aux critiques que j'ai formulées sur les relations qui existent entre l'Association générale et les sociétés locales.

Sur ce terrain, M. le Secrétaire semble me reprocher de méconnaître la libéralité des médecins de Paris envers l'Association. Loin d'avoir cette opinion, je suis le premier à applaudir quand je vois notre président, le Dr Lannelongue, faire don en 1897 à la caisse des veuves et des orphelins d'une somme de 3.000 francs.

Ce que je soutiens, c'est que ces dons, ces sommes accumulées par suite d'une *capitalisation indéfinie* ne profitent pas *actuellement*, et que les versements des sociétés locales ne sont pas en rapport avec le rendement en secours de l'Association générale.

Nous capitalisons dans les sociétés locales sans secourir les misères départementales — l'Association d'Indre-et-Loire que j'ai seule étudiée en est un exemple frappant — et l'Association générale capitalise sans secourir les sociétés locales (2).

(1) Je dois ajouter, pour être impartial, que dans une lettre personnelle M. Lereboullet met en doute la durée de la caisse-maladie du Rhône. Il serait prouvé, dit-il « qu'avec ses chiffres d'indemnité-maladie et les chiffres de sa cotisation elle fera faillite si elle veut tenir ses engagements. »

Qu'en ce qui concerne l'indemnité maladie de la Seine-Inférieure, la caisse « ne vivra, dit-il, qu'autant que les membres ne demanderont pas d'indemnité. Le jour où ils réclameront tous, elle sera ruinée. »

(2) M. Lereboullet dit dans sa lettre : « M. Boureau ne comprend pas le sentiment de généreuse solidarité qui consiste à répartir entre les Sociétés provinciales les plus pauvres, les plus dignes de notre sollicitude... les revenus qui... nous sont fournis par la libérale générosité de nos confrères parisiens.

Certes l'intention est bonne mais, ce que je ne saisis pas encore

de 1.923.532.79. Ces rentes doivent donc être ajoutées à ce chiffre, fait incontesté, puisqu'en 1892 (annuaire 92, p. 78) M. Riant, secrétaire général, les comprenait dans l'avoir total de l'Association.

On obtient alors :

Avoir de l'Association générale (non compris les rentes)	1.923.532.79
6.846 Rentes (au cours actuel).....	235.000
Avoir des Sociétés locales.	
(Chiffre de M. Lereboullet).....	1.406.821

TOTAL..... 3.265.353.79

au lieu de « capital total 3.030.350 » indiqué par M. le Secrétaire général.

La Société locale de Châtillon-sur-Seine vient d'émettre un vœu relatif à la réforme de l'annuaire. Si elle désire par là mettre un peu d'ordre dans le dédale des diverses caisses qui entre-croisent leurs additions, je suis de son avis, M. Lereboullet et moi ne nous en plaindrons pas.

Lisons ce qu'en dit le compte rendu de l'Association du Rhône (1895) :

« Enfin une dernière et très importante considération, c'est l'*immobilisation des capitaux* dont nous avons parlé à propos de notre caisse des pensions viagères. L'Association générale a immobilisé pour cette caisse un capital de 1.800.000 francs.

« Au début, le rendement était de 5 0/0 ; il n'est plus que de 3 1/2 0/0. Il fallait autrefois pour servir une pension de 800 fr. immobiliser un capital de 16.000 à 5 0/0.

« Aujourd'hui pour cette même pension il faut 23.000 à 3 1/2. Le nombre des pensions viagères ne peut donc plus être augmenté aussi rapidement qu'on était en droit de s'y attendre.

« Ce capital de 1.800.000 est immobilisé à tout jamais et ne pourra plus être employé à une autre destination. Or il est indispensable à une association comme la nôtre d'avoir son capital libre et de pouvoir en disposer au fur et à mesure de ses besoins, c'est la tradition que tous nos prédécesseurs ont inaugurée et que tous ont toujours suivie et qui commence à gêner les espérances de l'Association générale. »

..

Avant de terminer je désire faire remarquer que l'Association générale n'a que deux sources de recettes : les dons et les versements des sociétés locales. — Elle possède, nous l'avons vu (note n° 1 pages 42-43), 2.158.000 fr., déduisez le chiffre total des dons indiqués par la lettre de M. Lereboullet, 633.350 fr., allez jusqu'à déduire le million pour les intérêts, elle possède encore un million qui ne peut venir que des sociétés locales, de ces *médecins de province* qui auraient apporté si peu de chose en comparaison des *médecins de Paris*.

Dr BOUREAU.

Rapport financier de la Société des Médecins d'Indre-et-Loire avec l'Association Générale depuis sa fondation (1859).

A. — 1° Ont été versés *annuellement et statutai-*

c'est qu'une idée aussi généreuse n'ait pas produit d'effets plus palpables.

La Société centrale a distribué :

En 1890.....	800 francs à	4 Sociétés locales.
1891.....	1800	à 11 —
1892.....	1100	à 5 —
1893.....	1250	à 7 —
1894.....	2950	à 13 —
1895.....	4690	à 18 —
1896.....	4500	à 17 —

Ouvrons l'annuaire de 1885, page 228, et lisons cette épitaphe :

Société locale du département de l'Ariège. — Cette Société ne remplissant pas ses engagements envers l'Association générale a été dissoute par arrêté du préfet de l'Ariège. Son avoir, conformément à l'article 49 des statuts, a été versé à la caisse de l'Association générale. Les membres restants ont été admis dans la Société centrale.

Est-ce une mort par inanition ? Je ne sais. Une subvention si petite qu'elle fût aurait peut-être conservé à nos confrères de l'Ariège un lien précieux.

rement de 1860 à 1897 à la caisse des fonds généraux :

10 0/0 des cotisations ;

10 0/0 des revenus ;

Les droits d'admission.

2° Ont été versés *annuellement et facultativement* à la *caisse des pensions viagères* :

En 1875 et 76 : 1 fr. par soc. = 8 0/0 des cot.

De 1877 à 1885 : 2 fr. — = 17 0/0 —

De 1885 à 1888 : 3 fr. — = 25 0/0 —

De 1889 à 1887 : 4 fr. — = 33 0/0 —

3° Ont été versés, par conséquent, depuis 1889 seulement :

Les droits d'admission

10 0/0 des revenus

10 0/0 des cotisations } obligatoirement.

33 0/0 des cotisations } facultativement.

Soit : { 10 0/0 des revenus ;
43 0/0 des cotisations ;

Ou 22,3 0/0 des *recettes totales* ;

Ou de 24 à 27 0/0 des *excédents de recettes*.

B. — 1° Total des sommes versées à la caisse des fonds généraux en 38 ans 11.161 fr.

2° Total des sommes versées à la caisse des pensions viagères en 23 ans.. . . . 4.975 fr.

3° Total des deux sommes 16.136 fr.

C. — *Services rendus en pensions accordées par la* caisse des pensions viagères.

Cinq pensions = sommes touchées : 12.900 fr.

Années	Titulaires	Chiffres	Sommes versées	Durée de la jouissance
1875	B. P.	400 fr.	0	Décédé avant la jouissance
1880	M. L.	300 fr.	600 fr.	Décédé en décembre 1890
1882	M. L.	Porté à 600 f.	4.950 fr.	
1885	P. V.	600 fr.	0	Décédé avant la jouissance
1887	B. C.	600 fr.	450 fr.	Décédé en mars 1888
1886	R. J. B.	600 fr.	6.900 fr.	Actuellement vivant.

En 1887, la Société a eu simultanément 3 pensionnés.

La somme de 12.900 fr. eut été sensiblement plus considérable, si trois des pensionnés ne fussent décédés prématurément.

D. — La caisse des pensions viagères possède 1.900.000 francs.

En cas de dissolution, cette somme fait retour à la caisse des fonds généraux.

En cas de dissolution de l'Association générale, les fonds généraux sont distribués à chaque société au prorata du nombre de ses titulaires.

La part qui reviendrait à la Société d'Indre-et-Loire serait de 190.000 fr. environ.

En résumé :

La Société des médecins d'Indre-et-Loire :

1° Verse actuellement chaque année dans les caisses de l'Association générale :

22,3 0/0 environ de ses recettes totales ;

24 à 27 0/0 de ses excédents de recettes.

2° A versé jusqu'à ce jour dans la caisse de l'Association générale de 1880 au 30 mars 1897, une somme de 16,136 fr.

Capitalisée à 4 1/2 pour cent, cette somme atteindrait au 1^{er} janvier 1898 le chiffre de 36.000 fr.

3° A obtenu pour ses pensionnés une somme de 12.900 francs.

Capitalisée à 4 1/2 0/0 cette somme atteindrait au 1^{er} janvier 1898 le chiffre de 21.000 fr.

4° Aurait donc en plus dans sa caisse 15,000 fr. si elle n'eût jamais fait partie de l'Association générale ;

5° Mais n'aurait, dans ce dernier cas, aucun droit aux 19.000 fr. qui représentent notre part, en cas de dissolution.

Bénéfice net dans l'Association = 4,000 fr.

Est-il juste de dire que l'Association, œuvre d'assistance, n'ait rendu aucun service ou des services dérisoires ?

Réponse

* Ce compte rendu financier, qui a dû coûter beaucoup de peine au distingué trésorier de la Société d'Indre-et-Loire et a été transmis au journal par le secrétaire général de la Société, semble exprimer l'idée que « l'Association générale nous a donné au moins autant qu'elle a reçu ».

Il me semble cependant que les chiffres très authentiques fournis mènent sans réplique à une tout autre conclusion, celle même qu'au cours de mon premier article j'avais été amené à formuler. « Nous versons à la caisse centrale un tribut trop élevé pour les services minimes que nous en recevons ».

J'ai établi le fait suivant : *Au taux actuel* de nos versements quand un membre verse ses 12 francs de cotisation, notre trésorier prélève pour la caisse centrale :

1° 10 0/0, soit 1 fr. 20.

2° 4 francs pour la caisse des pensions viagères, soit 33 0/0.

3° A ces 43 0/0 de nos cotisations, il faut ajouter le droit d'entrée de 12 francs versé en totalité à Paris.

C'est 12 francs une fois donnés mais qui logiquement doivent se répartir sur toute la durée de la présence du sociétaire dans l'Association. Mettez (ce qui est exagéré) que notre présence soit en moyenne de 20 ans, notre cotisation annuelle de 12 francs est donc grossie d'une somme de 40 centimes.

Le versement à Paris de 5 fr. 20 plus 0 fr. 60, soit 5 fr. 80 sur une somme annuelle de 12 fr. 90 représente 46 0/0.

De plus quand le trésorier touche nos rentes, il prélève 10 0/0 pour Paris.

Or, comme notre Association, qui n'a reçu en dons qu'une somme insignifiante, n'a d'autre source de capitalisation que les recettes produites par nos cotisations, cet impôt de 10 0/0 du revenu vient donc augmenter le chiffre précédemment obtenu de 46 0/0. — De combien, je ne puis le dire. J'ai dit en gros 50 0/0 et je ne devais guère me tromper si j'en

juge par les chiffres fournis par notre trésorier. De son compte rendu, il résulte en effet que les sommes versées à Paris auraient, *capitalisées par nous*, représenté 36,000 francs. J'avais dit 50,000, ne pouvant savoir, moi qui n'avais pas en mains le livre de caisse. — Que jusqu'en 1876, la Société d'Indre-et-Loire n'avait rien versé à la caisse des retraites. — Qu'après avoir successivement versé 1 franc par sociétaire, puis 2 francs, puis 3 francs, elle ne versait 4 francs que depuis 1889.

L'évaluation faite par moi n'est donc exagérée que parce que le tribut, consenti par nous, a pendant de très longues années été beaucoup moins lourd ; il reste vrai qu'au *taux actuel* de nos versements environ 50 0/0 de nos cotisations et 10 0/0 de nos revenus accumulés s'en vont à la caisse centrale.

Je maintiens que cela est trop en regard des services actuellement rendus et la preuve s'affirme éclatante dans le rapport financier de notre Société locale.

D'après les chiffres mêmes fournis, notre Société en secourant elle-même les confrères pour lesquels elle a été obligée « *de quêter une pension à la Société centrale* » aurait pu *augmenter son capital de 15.000 francs. Nos économies seraient d'un quart plus élevées*, voilà le résultat qu'il faut enregistrer.

Et la disproportion, si l'état de choses actuel persiste, ne peut aller que s'accroissant, car non seulement nous avons pris l'habitude de voter quatre francs par sociétaire pour la caisse générale, mais l'augmentation croissante de notre capital fait que la somme payée à Paris grossit chaque année. Nous ne versons à l'heure actuelle que 22 0/0 de nos revenus, nous dit le rapport ; dans dix ans la proportion aura encore diminué (grâce à l'augmentation de nos rentes) et cependant *notre tribut réel aura grandi* et les services rendus seront restés les mêmes.

Bref, nous avons en caisse 15.000 francs de moins, cependant notre secrétaire se réjouit, car il a découvert que dans le « gâteau » de l'Association générale nous aurions, en cas de dissolution, une part de 19.000 francs.

Or, M. le Dr Lereboullet s'élève très justement contre toute idée de partage « du magot » ce qui, dit-il « n'est ni légalement possible, ni honnêtement souhaitable. »

Je suis sûr, en effet, que personne dans notre Association ne désire ni la dissolution, ni le partage, et notre secrétaire général moins que personne.

Faut-il alors se laisser éblouir par *cette part imaginaire* dans un capital qui ne sera jamais divisé et dont une grosse partie au moins ne pourrait être détournée de l'affectation qu'elle a reçue par destination du légataire.

Je crois certain, avec M. Lereboullet, que les 600.000 francs, légués à la caisse des pensions viagères, ne pourraient en aucun cas être partagés. Et je constate que se leurrer d'un chiffre dont la dissolution de l'Association générale elle-même ne ferait pas une réalité, c'est bien là ce que j'ai appelé vivre d'espérance et s'en contenter. Comme 15.000 fr.

entre les mains de notre trésorier feraient mieux notre affaire!

Entendons-nous, cependant; je ne me plains point que nous versions trop à la Caisse centrale, je trouve même que nous ne versions pas assez. Ce que je demande, c'est l'emploi des sommes que nous versions, c'est leur utilisation en services rendus; c'est un moindre souci dans notre Association, de faire des économies et une plus juste compréhension des besoins de la profession.

D^r R. BOUREAU.

ASSOCIATION DES MÉDECINS D'INDRE-ET-LOIRE

Séance du 4 février 1898

La réunion annuelle de l'Association offrait un intérêt tout particulier en raison des deux questions primordiales qui y étaient soulevées?

La création d'un Ordre des médecins.

Le rôle actuel de l'Association.

Malgré l'importance de cette séance, une vingtaine de membres seulement (un quart environ de l'Association) étaient présents:

D^r L. Thomas, président, D^r H. Thomas, Meunier, Archambault père et fils, Fischer, Wolff, Degail, Chaumier, Boureau, Mattrais, Foucher, Ménier, Lapeyre, Magnan, J. Thomas, Sabathé, Pathault, Gibotteau, Héron, etc.

L'ordre du jour porte:

1^o Admission du D^r Pomel.

2^o Secours à une veuve.

3^o Compte rendu du trésorier.

4^o Nomination de 2 délégués à l'Assemblée générale.

5^o Création d'un Ordre des médecins.

6^o Réponse du Conseil général de l'Association à l'article du D^r Boureau paru dans la *Gazette du Centre*.

A l'unanimité les D^{rs} Pomel (de Joué), André et Hermery (de Tours) sont admis; le D^r André présent est invité à prendre part à la séance.

Le Président rappelle que l'Association a perdu dans le courant de 1897 son dévoué trésorier, le D^r Guérault-Crozat, qui a laissé d'unanimes regrets.

Le D^r Wolff, trésorier-adjoint, est nommé trésorier. Le secours à une veuve proposé par la Commission est voté sans observation, le secret gardé par le bureau est unanimement approuvé.

Les comptes du trésorier sont adoptés à l'unanimité.

Le bureau propose MM. Wolff et Archambault comme délégués à l'assemblée de l'Association générale.

Quelques-uns des membres présents, tout en affirmant leur particulière sympathie pour les candidats de la Commission posent la candidature du D^r Boureau pour témoigner de leur communauté d'idées avec lui sur l'insuffisance actuelle du rôle de

l'Association générale. Un scrutin est nécessaire. MM. Wolff et Archambault obtiennent la majorité.

M. le Président demande à l'Association de fixer la subvention qu'elle vote annuellement à la Caisse des pensions viagères.

Cette subvention est depuis de longues années de 4 francs par sociétaire. Les D^{rs} Boureau et Chaumier protestent contre cette subvention.

Le D^r H. Thomas la déclare exagérée et propose de voter seulement 2 francs par sociétaire — Adopté.

Le D^r Meunier observe que notre Société, la plus riche après celle de Paris, n'est pas dans les plus généreuses.

Le D^r Boureau répond que M. Meunier ne tient pas compte de notre petit nombre, et demande d'exposer à ses confrères le bilan de ce que nous avons donné à l'Association générale et ce que nous en avons reçu.

Le Président s'oppose à ce que M. Boureau lise son dossier. Le D^r Boureau proteste.

Le D^r Chaumier se félicite que l'article du D^r Boureau ait déjà servi à réduire notre versement de 4 à 2 francs par sociétaire.

Le Président n'accepte pas cette interprétation du vote de l'Association.

Il s'agit de fixer la somme qui sera versée cette année pour la première fois à la Caisse des veuves et orphelins.

Le Président et le secrétaire général proposent de voter exceptionnellement 500 francs pour cette première année.

Une opposition très vive se manifeste contre le vote d'une somme aussi considérable en faveur d'une Caisse qui fonctionnera... plus tard.

Le D^r Boureau voudrait réserver nos libéralités pour les veuves des médecins du département actuellement dans une situation précaire. Il y en a malheureusement.

Le D^r Thomas propose de voter seulement 2 francs par sociétaire; notre budget qui bénéficie de la réduction faite sur la subvention à la Caisse des pensions viagères restera le même. [Adopté.]

L'Association générale a demandé à toutes les sociétés locales de se prononcer pour ou contre le principe de l'Ordre des médecins.

Le bureau a fait distribuer un rapport du D^r Meunier et propose le vote suivant:

La Société médicale d'Indre-et-Loire réunie en séance le 4 février 1898 adopte le principe de la création de l'Ordre des Médecins et des Chambres disciplinaires et fait toutes ses réserves quant aux modes d'organisation et d'application qui devront être institués.

Le D^r Lapeyre manifeste son étonnement de ce que les conclusions favorables votées à l'unanimité par la Commission soient diamétralement opposées à celle du rapport franchement hostile du D^r Meunier.

C'est une singulière anomalie qu'une Commission unanimement favorable choisisse un rapporteur dont les idées exprimées sont absolument contraires aux siennes.

Le Dr Lapeyre demande qu'on vote séparément les 2 paragraphes proposés : car le second lui paraît ambigu ; il propose la rédaction suivante :

La Société... adopte le principe, etc., et n'admet comme possible que l'organisation d'une juridiction autonome d'ordre purement médical.

Le texte de la Commission est voté, un certain nombre de membres cependant sont hostiles et votent contre le principe de l'ordre.

L'ordre du jour appelle la lecture de la réponse du Dr Lereboullet au Dr Boureau, au dernier moment le bureau a décidé de ne pas faire cette lecture, voulant éviter toute discussion immédiate sur une question brûlante.

Mais la réponse du Dr Lereboullet a été distribuée à tous les membres au commencement de la séance, et au cours des discussions déjà engagées, le Président a blâmé le Dr Boureau d'avoir posé la question en dehors des réunions de l'Association.

M. Boureau déclare que, attaqué, il a droit de se défendre et entend exposer immédiatement devant l'Assemblée les questions d'organisation d'une caisse de retraite de droit et d'indemnité-maladie qui lui sont chères.

M. Boureau veut lire les deux propositions qu'il a formulées ; le Président et le secrétaire général s'y opposent ; d'après le règlement, le Dr Boureau aurait dû les soumettre d'abord à la Commission administrative.

Les Drs Mattrais et Chaumier font remarquer que ce règlement n'a jamais été observé.

Le Dr Foucher trouve que dans une réunion confraternelle ce respect de la forme est exagéré.

Les Drs Héron et Ménier demandent le renvoi à une séance prochaine ; ils sont peu au courant de la question soulevée et pensent que beaucoup de confrères sont dans le même cas, la réponse du Dr Lereboullet n'ayant été distribuée qu'au dernier moment.

Cependant les vœux formulés par le Dr Boureau, appuyés par les Drs Mattrais et Foucher, etc., ne vont pas pouvoir être discutés et adressés s'il y a lieu à l'Assemblée générale du mois d'avril.

Le Dr Boureau se plaint amèrement de la résistance du bureau.

M. Meunier s'engage alors au nom de la Commission administrative à réunir en temps utile l'Association pour qu'elle vide le débat dans sa prochaine séance.

La séance est levée et un déjeuner confraternel réunit tous les membres présents qui n'ont point oublié que leur ardent désir de servir la profession médicale a seul animé une discussion où les intérêts supérieurs du corps médical étaient seuls en jeu.

Au banquet, le Président porte un toast à M^e Melin le nouveau conseil de l'Association, aux médecins de Chinon, et se fait applaudir en affirmant le désir du bureau de se prêter à la discussion de toutes les améliorations proposées.

SYNDICAT MÉDICAL D'INDRE-ET-LOIRE

Séance du 14 février 1898

Etaient présents :

Dr H. Thomas, président ; Drs Lapeyre, Archambault, Foucher, Guertin, Faucillon, Delaittre, Grasset, de Grailly, Boureau, André, Tulasne, (Cinq-Mars), Tulasne (Montlouis), Chaumier, Gibotteau, Bailliot, Robert, Lieffring, Meunier.

Se sont excusés : Drs Grodvolle, Fischer, Herzemberg, Gilles, Stecewicz, Parisot.

Deux nouveaux membres, MM. les Drs Degail (Langeais), André (de Tours), sont d'abord admis à l'unanimité. Puis le Président donne lecture d'une lettre par laquelle M. le Dr Thierry donne sa démission de secrétaire adjoint. Absent lors de la dernière réunion, il ne peut accepter le poste auquel l'ont appelé ses confrères. L'élection d'un nouveau secrétaire adjoint est fixée à la prochaine séance.

M. le Dr Chaumier, ancien secrétaire général du Syndicat, est à l'unanimité, sur la proposition du Président, nommé secrétaire honoraire.

Lecture est donnée d'une lettre de M. Royer-Colard qui se plaint d'un confrère. Le confrère sera entendu par le bureau.

Puis M. le Président signale à ses confrères la circulaire adressée à toutes les Sociétés de secours mutuels par M. Barthou, ministre de l'Intérieur.

Il est décidé que le bureau, s'appuyant sur les termes très nets de cette circulaire, demandera aux Sociétés de secours mutuels de Tours la liste de leurs membres pour faire ses observations s'il y a lieu.

Le Dr de Grailly demande à ce propos que le Syndicat écrive à la Société de secours mutuels de Rochecorbon que, désormais et conformément à la nouvelle loi, les médecins de Vouvray ne fourniront plus de médicaments aux sociétaires.

La demande avait du reste été déjà formulée à la dernière séance par son confrère de Vouvray, le Dr Le Moine. Les Drs H. Thomas et Chaumier répondent que le Syndicat ne peut invoquer la nouvelle loi sur l'exercice de la pharmacie, car celle-ci n'est pas encore votée. Les médecins de Vouvray ont parfaitement le droit de fournir des médicaments à Rochecorbon.

Le Dr de Grailly retire sa proposition et déclare qu'à la prochaine séance, il demandera, après entente avec son confrère, l'aide du Syndicat, pour le relèvement des prix actuels.

Deux rapports sont présentés par le bureau sur les cas de médecins du département engagés dans de regrettables conflits confraternels.

L'une des affaires présente une gravité très grande ; le Syndicat prononce à l'unanimité l'interdiction pour ses membres d'accepter toute consultation avec les médecins incriminés.

Le principe de la création d'un Ordre des médecins est ensuite voté à l'unanimité par l'assemblée.

Le vote d'une somme de 50 à 100 francs pour la

caisse de défense de l'Union des Syndicats proposé par le Dr Herzemberg est refusé à la majorité des membres présents.

M. le Dr de Grailly fait remarquer les anomalies du tarif de la médecine gratuite; il soigne un malade à 2 k. 500, il réclame 1. 50 puisqu'il est en dehors du rayon de 2 kil. La Commission refuse sous prétexte qu'il faut que le 3^e kilomètre soit complet.

Personnellement M. de Grailly a eu gain de cause grâce au maire de la commune, mais la Commission départementale n'en est pas moins singulière.

Le Dr Chaumier, qui fait partie de la Commission, explique que lorsque la municipalité ne proteste pas, la Commission ne fait aucune objection.

Le Dr de Grailly se plaint en outre qu'il soit exigé du médecin de faire des ordonnances sur un bulletin spécial que le malade doit aller chaque fois chercher à la mairie.

L'ennui est considérable pour le médecin et pour le malade.

Le contrôle est nécessaire, soit, mais il pourrait être moins vexatoire pour le médecin.

La séance est levée à midi et un banquet réunit à l'hôtel du Faisan les membres présents.

La table est si bien servie que le déjeuner se prolonge jusqu'à trois heures, et que la conversation abandonne le terrain syndical pour célébrer le vin et la bonne chère.

Les Chinonais eux-mêmes ont pu se montrer satisfaits et comparer sans trop de désavantages ce banquet au fameux dîner qu'ils avaient offert à leurs confrères qui ne l'ont point oublié.

CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE

(Montpellier, 12 Avril 1898)

Programme général du Congrès

Mardi 12 avril. — 10 heures du matin. Séance d'ouverture à la salle des Concerts du Grand Théâtre.

2 heures du soir. Discussion de la première question : Formes cliniques de la tuberculose pulmonaire (Rapporteurs : MM. les professeurs Bard, de Lyon; Revilliod, de Genève et Vergely, de Bordeaux).

Soir. Réception par la Municipalité au foyer du Grand Théâtre.

Mercredi 13 avril. — 9 heures matin. Suite de la discussion de la première question et questions diverses (dans des locaux distincts).

2 heures soir. Discussion de la deuxième question : Associations microbiennes et infections mixtes (Rapporteurs : MM. les professeurs Malvoz, de Liège; Spillmann, de Nancy et Widal, de Paris).

Soir. Banquet à Grammont.

Jeudi 14 avril. — 9 heures matin. Suite de la discussion de la deuxième question et questions diverses.

2 heures soir. Discussion de la troisième question : Opothérapie. (Rapporteurs : MM. les professeurs de

Cerenville, de Lausanne; Gilbert et Carnot, de Paris et Mossé, de Toulouse).

Soir. Réception du doyen à la Faculté de Médecine.

Vendredi 15 avril. — 9 heures matin. Suite de la discussion de la troisième question et questions diverses.

2 heures soir. Questions diverses.

1 heure. Excursion à Cette : Visite à la station zoologique, promenade en mer et sur l'étang de Thau.

Soir. Représentation de gala.

Samedi 16 avril. — 9 heures du matin. Visite aux divers établissements médicaux (faculté, instituts, jardin des plantes, hôpitaux) et, s'il y a lieu, questions diverses.

1 heure soir. Séance générale de clôture.

3 heures soir. Excursion à Palavas.

Soir. Réception chez le Président du Comité d'organisation.

Dimanche 17 avril. — Excursion à Lamalou et à Balaruc.

Lundi 18 avril. — Excursion à Aigues-Mortes et à Arles.

N. B. — Tous les docteurs en médecine peuvent être membres du Congrès (cotisation 20 francs). Les étudiants en médecine et les membres de la famille des Congressistes peuvent être membres associés (cotisation 10 francs). Ces cotisations donnent droit à toutes les invitations et excursions inscrites au programme ci-dessus.

La Gazette Médicale du Centre demande des Correspondants dans les départements suivants :

L'Indre-et-Loire, l'Indre, le Loir-et-Cher, la Sarthe, le Loiret, le Maine-et-Loire, la Vienne, le Cher, les Deux-Sèvres, la Mayenne, et la Haute-Vienne.

VIN GIRARD de la Croix de Genève, iodotannique phosphaté.

Succédané de l'huile de foie de morue

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

BIOPHORINE. — Saccharolé à base de kola, glycérophosphate de chaux, corca, quinquina, et cacao vanillé. Dosage rigoureux, le plus complet des agents *antineurasthéniques* et antidépresseurs, le tonique éprouvé du sang, des muscles et des nerfs.

FLOREINE — Crème de beauté hygiénique ne contenant aucune substance grasse ou nuisible.

A. GIRARD, 22, rue de Condé, Paris.

Echantillons offerts aux membres du Corps médical.