

# DE L'UTILISATION DU LIGAMENT ROND (1) DANS L'OPÉRATION D'ALQUIÉ-ALEXANDER ET LA CURE RADICALE DE LA HERNIE INGUINALE.

Par le D<sup>r</sup> L. LAPEYRE

Chirurgien-adjoint de l'Hôpital de Tours.

L'abandon dans une plaie opératoire de fils perdus destinés à s'y enkyster ou s'y résorber ne va pas sans de réels inconvénients et compromet, parfois, la perfection de la réparation, surtout lorsque ces fils ont été employés nombreux pour la reconstitution de plans profonds.

Ainsi que l'ont dit M. le professeur Duplay (2) et M. Cazin : « Il n'est guère de chirurgien qui n'ait eu à constater l'accident tardif de l'élimination d'une soie abandonnée dans les tissus au cours d'une opération dans la cure radicale des hernies. »

Un article tout récent publié par M. Mencièrè (3), dans le *Bulletin médical*, donne à ce propos les chiffres suivants vraiment très significatifs :

« Sur 100 cas de cure radicale, M. Delorme note 21 fois des accidents septiques dus aux fils et ne se terminant qu'après leur élimination. »

Sur 1000 cas de cure radicale pratiqués par M. A. Broca, M. Mencièrè relève une centaine d'accidents produits par les fils de soie. Certes ces chiffres très élevés sont infiniment moindres avec le catgut, le fait a été constaté dans le service de M. Broca après l'abandon de la soie, et c'est pour cette raison que, depuis longtemps, M. Championnière emploie exclusivement le catgut pour la réfection du trajet inguinal, et que M. Albarran déclare l'emploi de la soie défectueux en chirurgie urinaire par suite des fistules secondaires qui lui sont attribuables.

Mais, en dehors même des éliminations tardives, sous l'influence d'une infection générale passagère ou d'une infection locale jusque-là restée latente, une faute que les plus scrupuleux n'évitent pas, de temps à autre, fait parfois d'emblée des fils profonds un foyer de suppuration interminable entraînant, à sa suite, un résultat déplorable.

Il n'est donc pas étonnant que le travail de MM. Duplay et Cazin, consacré à la cure radicale des hernies sans fils perdus, ait donné lieu à toute une série de publications (4) où les auteurs s'ingénient à l'envi à résoudre un problème que l'on pourrait poser ainsi :

Supprimer les fils profonds sans, pour cela, nuire en rien à la perfection technique de l'opération.

Jusqu'ici (du moins autant que je puis croire) l'ingéniosité des chirurgiens s'est uniquement exercée sur la cure radicale des hernies inguinale et crurale. Or, il me semble que justement, dans cette inter-

vention de technique minutieuse, la suppression des fils perdus ne va pas sans de réels inconvénients, et que cette suppression réaliserait, par contre, un très sûr progrès dans une opération analogue et de pratique encore fréquente, l'opération d'Alquié-Alexander.

Cette intervention, pendant un temps un peu abandonnée, a repris, à l'heure actuelle, une place importante dans la thérapeutique chirurgicale des rétro-déviation utérines. Nombre de chirurgiens la pratiquent couramment et je puis citer, au hasard de la plume, les noms de Pozzi, Segond, Delbet, Doyen, Delagenière (du Mans), etc.

Or, l'opération comporte une technique qui rappelle de très près celle de la cure radicale de la hernie inguinale. De même que, pour disséquer très haut le sac, il est nécessaire de fendre la paroi antérieure du canal inguinal ; de même, dans la recherche du ligament rond, il importe, pour trouver sûrement le ligament rond résistant et non dissocié, de le chercher dans le trajet même, pour ensuite l'attirer dans la plus grande longueur possible.

L'incision haute comporte du reste encore un autre avantage, celui d'éloigner la plaie de la région vulvaire, ce qui rend plus facile sa protection par le pansement (1).

Ainsi comme dans la cure radicale, la réfection de la paroi antérieure du trajet est nécessaire : un seul temps de l'opération manque, la fermeture du péritoine ; encore une déchirure de la séreuse peut-elle se produire et exiger une semblable oblitération.

Par conséquent, des fils perdus sont laissés dans les plans profonds, et l'emploi de la technique suivante, inspirée de celle décrite dans la cure herniaire par M. J.-L. Faure, constituerait, à mon sens, à la fois une simplification et un progrès, par la suppression complète de tout fil profond et de tout accident éventuel d'infection secondaire. Le principe est d'utiliser le ligament rond lui-même, pour la réfection du trajet inguinal et sa propre fixation après raccourcissements ; de faire, en un mot, l'opération typique sans utiliser d'autres fils que les crins réunissant la plaie cutanée.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE. — *Procédé à deux incisions.* — C'est le procédé employé par la grande majorité des chirurgiens qui considèrent que l'incision double ménage mieux la paroi. Chacun des ligaments ronds est successivement recherché à travers une incision cutanée suivant le trajet inguinal et découvrant son orifice artificiel.

Suivant la technique habituelle l'anneau inguinal est mis à découvert ; deux pinces de Championnière, introduites dans l'anneau, repèrent et soulèvent la paroi antérieure du trajet qui est incisée entre elles.

Le ligament rond est cherché vers la partie pro-

(1) Ce travail a paru dans la *Presse Médicale* du 21 septembre, mais en le reproduisant nous ne croyons pas déroger à notre coutume de ne pas faire d'emprunt à un journal étranger, puisque l'article est dû à l'un des collaborateurs de ce journal.

(2) DUPLAY et CAZIN. — *Semaine médicale*, 1896, 11 novembre.

(3) MENCIÈRE. — *Bulletin médical*, 1898, 20 février.

(4) DUPLAY et CAZIN. — *Arch. gén. de médecine*, 1897, janvier.

(1) DUPLAY, CAZIN, JONNESCO. — *Congrès de Moscou*, 1897.

fonde du canal, dénudé et soulevé, puis attiré dans toute sa longueur, jusqu'à ce qu'il se tende.

La sonde introduite dans l'utérus traduit le résultat exercé par la traction.

Détaché d'un coup de ciseau de son insertion au pubis, le ligament rond est fendu en deux suivant sa longueur dans une étendue de 6 ou 7 centimètres.

Un nœud simple des deux chefs est alors fait pour arrêter la tendance du ligament à se diviser plus loin, puis chaque moitié du ligament rond est passée et repassée successivement dans chaque berge du canal inguinal « à la façon d'un lacet de bottines » suivant l'heureuse expression qui, d'un mot, fait comprendre le mode de réfection de la paroi qu'a réalisé, par l'emploi du sac longitudinalement fendu, M. J.-L. Faure.

Arrivés à l'extrémité des piliers, les deux chefs sont noués l'un avec l'autre ; un nœud double ou triple qu'un crin de Florence cutané peut encore contribuer à fixer, assure, en même temps, et le rapprochement des parois et la fixation du ligament rond, dont la portion restante est réséquée.

N'ayant pas encore trouvé (1) l'occasion d'essayer ce procédé sur le vivant, je l'ai à plusieurs reprises, répété sur le cadavre et il me paraît qu'il doit être toujours possible.

D'une part, la traction efficace du ligament donne toujours une longueur suffisante pour exécuter le lacet nécessaire qui, du reste, peut être plus ou moins écarté.

D'autre part, d'après les chiffres fournis par tous les auteurs sur le diamètre et la résistance du ligament rond, d'après ce que j'ai toujours vu moi-même, la division longitudinale du ligament rond donne « deux lacets », de solidité très suffisante.

Je ferai remarquer, du reste, que Carpentès « dans son procédé d'ancrage des ligaments », réalise cette division, et qu'enfin il est de notion classique que, dans les rétrodéviations, comme dans la grosseesse, il y a hypertrophie du ligament rond.

La portion utilisée du ligament est justement encore la plus résistante, c'est-à-dire la portion inguinale profonde, dans laquelle le maximum de volume se trouve atteinte.

En décrivant d'abord une technique reposant sur la division longitudinale du ligament rond, j'ai surtout été séduit par l'élégance du dispositif exécuté par M. J.-L. Faure ; mais il est bien certain que cette division n'est pas ici nécessaire et serait même contre-indiquée, si le diamètre du cordon tout entier empêchait d'espérer qu'après division chaque chef eût une solidité suffisante. Rien de plus simple, en effet, que d'exécuter avec le ligament rond tout

entier un sujet d'ordinaire arrêté par l'un des procédés habituels au niveau de l'anneau cutané.

*Procédé à une seule incision.* — Si l'on préfère, à la façon de Duret ou de Casati, découvrir par une seule incision courbe à concavité supérieure les deux ligaments, chacun d'eux sera utilisé à faire le surjet de la paroi inguinale, puis à la façon de Duret, les deux cordons seront noués l'un à l'autre par un double ou triple nœud que les crins cutanés assureront.

Dans une telle intervention, le bénéfice de la suppression de tout fil perdu me paraît certain, car il s'agit d'avoir, à coup sûr, un résultat parfait, et d'éviter à tout prix l'affaiblissement ou la destruction de la paroi.

L'emploi unique de crins de Florence pour la suture cutanée diminue considérablement les chances d'infection, qui, si minimales qu'elles soient, sont encore possibles ; et l'utilisation du ligament rond qui permet ce résultat assure cependant à la technique opératoire toute sa perfection, d'où, à mon sens, un progrès réel.

En est-il de même dans les procédés, pourtant si ingénieux, proposés pour l'exécution de la cure radicale, sans fils. Je ne crains pas de dire non, au moins de la plupart, car ils sacrifient la perfection technique nécessaire à l'obtention d'un résultat, durable pour le bénéfice réel, mais dont, après tout, il ne faut pas exagérer l'importance de supprimer les fils profonds.

Exécuter sans fils, mais imparfaitement, la cure radicale ne peut être considérée comme un progrès. Or, MM. Duplay et Cazin, à qui appartient l'idée première de faire servir le sac à sa propre oblitération, et, au besoin, à la confection d'un Bassini, ont, en fait, abandonné dans leur pratique opératoire la réfection du trajet inguinal.

Ils se contentent « de deux ou trois fils d'argent profonds comprenant les piliers et de quatre ou cinq autres comprenant toutes les parties molles que l'on pourra ramener au-devant de l'anneau inguinal (1) ». Ils oblitérent, en un mot, l'anneau superficiel, mais ne s'occupent point de refaire le canal, alors que, pourtant, ainsi que l'a si bien démontré M. L. Championnière, il n'y a pas de cure radicale vraie sans reconstitution du trajet.

M. Defontaine (2), qui place sur le collet du sac deux fils amovibles, n'assure point non plus la réparation des plans profonds.

Seul, le procédé imaginé et exécuté par M. J.-L. Faure (3), conserve à l'opération sa technique régulière et utilise le sac longitudinalement fendu, d'abord à sa propre fermeture, puis à la réfection « en lacets de bottines » de la paroi antérieure du canal.

(1) Depuis que cet article a été écrit, j'ai eu, à plusieurs reprises, l'occasion d'exécuter l'opération d'Alexander sans fils perdus. Les résultats immédiats ont toujours été excellents ; un cas datant de trois mois permet de juger de l'efficacité définitive de l'intervention, il a été du reste publié dans ce journal.

(1) CAZIN et DUPLAY. — *Loco citato*.

(2) DEFONTAINE. — *Arch. provinciales de Chirurgie*, 1897, février.

(3) J.-L. FAURE. — *Congrès de Chirurgie*, 1897, octobre, *La Presse Médicale*, 1898, 26 janvier.

Pour que l'exécution en soit possible, il faut cependant, ainsi que le dit M. Faure lui-même (1), « que le sac ait un certain développement dans une hernie de grand ou de moyen volume ». Il faut aussi un sac « assez résistant » et pour cela « conserver la couche fibreuse qui le double si souvent. »

Ainsi le procédé n'est pas absolument général. De plus, il est permis de se demander si le maintien du sac, en regard même du trajet inguinal, assure aussi bien la guérison radicale que son ascension dans l'abdomen. Si je me permets ces réserves vis-à-vis d'un procédé que je trouve si remarquable d'ingéniosité, c'est pour avoir le plaisir de signaler en même temps la valeur *absolue* qu'il me paraît prendre dans la cure radicale de la hernie inguinale de la femme par l'utilisation du ligament rond.

Deux conditions modifient ici, en effet, dans un sens favorable, la valeur de l'opération :

1° D'une part, la possibilité d'oblitérer complètement le trajet inguinal enlève toute importance à la non ascension du sac ;

2° D'autre part, le ligament rond, qui double une des parois du sac et se confond avec lui, doit rendre toujours réalisable le procédé de M. Faure. Il donne au sac la résistance qui souvent lui manquerait, et, alors même qu'il s'agirait d'une hernie extrêmement petite, d'une pointe de hernie, l'isolement dans une étendue suffisante du ligament rond permettra toujours, non seulement l'oblitération sans fils du sac, mais aussi la reconstitution du canal inguinal.

*Conclusions.* — Au résumé, j'estime :

1° Que dans l'opération d'Alquié-Alexander, l'utilisation du ligament rond à la réfection du trajet inguinal assure à l'intervention une technique parfaite et supprime l'inconvénient réel qui résulte de l'abandon de fils profonds ;

2° Que dans la hernie inguinale de la femme, l'emploi de ce même ligament rond fait de la cure radicale sans fils, suivant la technique qu'a préconisée M. J.-L. Faure, un procédé d'une perfection aussi grande que le procédé classique et d'une sécurité plus absolue.

## L'ÂGE DU DÉBUT DE LA MARCHÉ DE L'ENFANT ; INFLUENCE DE L'ALIMENTATION.

Par le Dr Edmond CHAUMIER

### I

Je ne sais s'il existe de statistique de l'âge du début de la marche chez l'enfant ; mais, malgré mes recherches, je n'en ai pas trouvé. Les auteurs ne donnent que les quelques renseignements vagues que je transcris plus loin.

Et cependant il y a un grand intérêt à connaître cet âge de début, lorsqu'on veut étudier certaines maladies qui retardent la marche de l'enfant.

Une telle statistique est aussi utile que celles de la taille aux différents âges ; et l'on sait combien servent ces dernières lorsqu'on étudie la croissance et les troubles qu'elle subit.

Ce sont ces considérations qui m'ont engagé à publier les résultats de mes propres observations.

Mais avant de donner ma statistique je veux rapporter les quelques renseignements donnés par les auteurs :

Filatow (1), indiquant les questions à poser aux parents des enfants malades, dit qu'il faut s'inquiéter de l'époque à laquelle l'enfant a commencé à marcher. Et il donne comme époque normale de *douze à dix-huit mois*.

Comby (2) s'exprime ainsi : « Les enfants ne marchent pas avant un an ; ceux qui font quelques pas avant douze mois sont rares ; ceux qui marchent après cet âge sont bien plus nombreux. »

« Les enfants gros et lourds marchent plus tard que les enfants d'un poids moyen ou léger, toutes choses égales d'ailleurs. »

« La marche est influencée surtout par le mode d'alimentation du premier âge ; les enfants nourris au sein par une bonne nourrice marchent tôt, les enfants nourris au biberon marchent tard. »

« Et la différence est souvent énorme entre ces deux catégories d'enfants : les premiers marcheront à 10, 11, 12 mois, les seconds à 20, 24, 30 mois. »

« Il faut reconnaître qu'il y a des exceptions à cette règle, mais l'hygiène alimentaire n'en a pas moins une influence prépondérante sur la marche. Après elle viennent les maladies intercurrentes : bronchites, fièvres éruptives, coqueluche, etc., qui, en troublant la nutrition, amènent le retard de la marche. »

« Parmi les maladies chroniques, le rachitisme est celle qui agit le plus fréquemment pour retarder et entraver la marche des enfants. Dans cette maladie la nutrition générale est compromise, le système nerveux est affaibli, le squelette est ramolli et déformé. Bien souvent on fait le diagnostic rétrospectif du rachitisme d'après la date des premiers pas de l'enfant. D'autres maladies du squelette, le mal de Pott, les tumeurs blanches : ou du système nerveux, l'idiotie, les scléroses cérébrales, les myélites antérieures peuvent retarder et compromettre la marche ; mais elles sont plus rares que le rachitisme et s'accusent par d'autres symptômes. »

Comby (3) dit encore : « Un enfant bien nourri commence à marcher vers le 12<sup>e</sup> mois ; quelques sujets marchent avant (9, 10 mois) ; beaucoup marchent après (13, 14 mois) sans être rachitiques. Pour peu que le rachitisme intervienne, l'enfant ne marche pas avant 16, 18, 20, 24 mois ; on voit des rachitiques qui ne marchent pas avant 2, 3 1/2, 4 ans et plus. »

(1) Filatow : *Diagnostic et séméiologie des maladies de l'enfance*, trad. française, Paris, 1898.

(2) J. Grancher, J. Comby, A. B. Marfan : *Traité des maladies de l'enfance*, T. I, Paris, 1897, p. 7.

(3) Comby : *Le Rachitisme*, Paris, 1892.

(1) J.-L. FAURE. — *La Presse médicale*, 1898, janvier.

« Il est rare (1), dit-il ailleurs, qu'un enfant marche avant 12 mois ; on voit bien quelques nourrissons se tenir debout et même faire quelques pas à l'âge de 9 ou 10 mois. Mais la plupart des enfants ne sauraient marcher seuls avant un an. Beaucoup même ne marchent seuls qu'à 13, 14 et 15 mois. Passé cet âge, on peut dire que la marche est retardée, et le retard de cette fonction indique neuf fois sur dix que l'enfant est rachitique. »

Letort (2), dans sa thèse sur *les troubles de la marche chez l'enfant*, est amené à s'occuper de la question. Il le fait en ces termes :

« Une notion est indispensable lorsque l'on veut étudier les altérations morbides de la marche chez l'enfant. A quelle époque doit-il marcher, s'il est moralement constitué et bien portant ? Le médecin, en effet, est souvent consulté par des parents inquiets de voir leur enfant ou bien se refuser complètement à la marche, ou bien continuer indéfiniment les tâtonnements du début.

« Il est difficile de donner à cette question une réponse absolument précise, car l'époque du début de la marche varie dans des limites assez étendues. Les nourrices savent fort bien qu'un enfant né en hiver marchera plus tardivement qu'un enfant né en été.

« Si l'on s'en rapporte aux statistiques (3) publiées à ce sujet, si l'on tente d'en établir une, comme nous l'avons fait à l'hôpital des enfants, on ne peut arriver qu'à une approximation assez peu précise. D'une façon générale, on doit dire cependant que le plus grand nombre des garçons marche de 12 à 16 mois avec des limites extrêmes de 10 mois et de 2 ans ; que les filles marchent de 10 à 16 mois avec limites extrêmes de 8 mois et de 2 ans.

« Il y aura donc lieu de s'inquiéter, seulement, si un enfant, garçon ou fille, ne marche pas encore à 2 ans révolus. »

Je n'ai donc trouvé que trois auteurs parlant de l'âge auquel les enfants commencent à faire leurs premiers pas, à *quitter* pour me servir de l'expression des nourrices.

L'âge du début normal de la marche serait de 12 à 18 mois pour Filatow.

D'après Comby, les enfants sains marcheraient exceptionnellement à 9 ou 10 mois ; souvent à 12 mois, assez souvent à 13, 14 et 15 mois.

L'enfant marchant à 16 mois et au-dessus ne serait plus un enfant sain.

Letort autorise les enfants sains à ne marcher qu'à deux ans (de 8 mois à 2 ans). Il semble dépasser les limites permises des concessions.

Dans cet article, je ne m'occuperai pas de différencier l'âge du début de la marche chez l'enfant sain et malade. Cela fera l'objet d'un autre travail. Je veux simplement donner ma statistique et étudier l'influence du mode d'alimentation : sein ou biberon.

## II

Dans mes observations jusqu'au 31 décembre 1897, était noté l'âge auquel ont marché 1.220 enfants et j'ai trouvé les chiffres suivants :

	3 enfants.
à 8 mois ou 8 1/2.	
à 9 mois.	50 —
à 10 —	67 —
à 11 —	93 —
à 12 —	180 —
à 13 —	127 —
à 14 —	160 —
à 15 —	123 —
à 16 —	83 —
à 17 —	55 —
à 18 —	107 —
à 19 —	25 —
à 20 —	25 —
à 21 —	8 —
à 22 —	22 —
à 23 —	7 —
à 24 —	30 —
au-dessus de 24 mois	55 —

Si d'après ces chiffres on cherche le pourcentage de chaque mois, on trouve :

	0,245 0/0
à 8 mois	0,245 0/0
à 9 —	4,098 —
à 10 —	5,491 —
à 11 —	7,622 —
à 12 —	14,754 —
à 13 —	10,409 —
à 14 —	13,114 —
à 15 —	10,081 —
à 16 —	6,803 —
à 17 —	4,508 —
à 18 —	8,770 —
à 19 —	2,049 —
à 20 —	2,049 —
à 21 —	0,655 —
à 22 —	1,803 —
à 23 —	0,573 —
à 24 —	2,459 —
au-dessus de 24 mois	4,508 —

Il est plus intéressant encore de savoir combien il marche déjà d'enfants à tel ou tel mois ; c'est ce que nous apprend le tableau suivant :

	3 enfants, soit	0,245 0/0
à 8 mois, il marche		
à 9 mois et au-dessous	53	4,344 —
à 10 —	120	9,836 —
à 11 —	213	17,459 —
à 12 —	393	32,213 —
à 13 —	520	42,622 —

(1) Comby: *Traité des maladies de l'enfance*. Paris.

(2) Auguste Letort. *Les Troubles de la marche chez l'enfant*. Th. Paris, 1891.

(3) J'ai demandé au Dr Letort de bien vouloir m'indiquer les statistiques dont il parle ici, et de me communiquer la sienne. Malheureusement le Dr Letort avait égaré toutes les notes recueillies pour sa thèse. Sa statistique personnelle avait été faite en interrogeant les mères des petits malades à la consultation de l'hôpital des enfants.

à 14	mois	680.	soit	55,737 0/0
à 15	—	803	—	65,819 —
à 16	—	886	—	72,622 —
à 17	—	941	—	77,131 —
à 18	—	1048	—	85,901 —
à 19	—	1073	—	87,950 —
à 20	—	1098	—	90,000 —
à 21	—	1106	—	90,655 —
à 22	—	1128	—	92,459 —
à 23	—	1135	—	93,032 —
à 24	—	1165	—	95,491 —

Si l'on étudie ce tableau, on voit qu'à 10 mois il marche déjà presque le 10<sup>e</sup> des enfants (9,836 0/0); à 11 mois plus du 6<sup>e</sup> (17,459 0/0); à 12 mois près du tiers (32,213 0/0); à 13 mois plus des 2/3<sup>e</sup> (42,622 0/0); à 14 mois plus de la moitié (55,737 0/0); à 17 mois plus des 3/4.

Si maintenant on se reporte au tableau qui précède on voit que c'est à l'âge de 1 an que marche le plus grand nombre d'enfants (14,754 0/0). Vient ensuite 14 mois (13,114 0/0); puis 13 mois (10,409 0/0); puis 15 mois (10,081 0/0). On peut dire, en étudiant ce tableau, que le plus grand nombre des enfants marche de 11 (7,622) à 15 mois.

A 16 et 17 mois le nombre diminue (6,803 et 4,508), pour augmenter à nouveau à 18 mois (8,770 0/0), et tomber ensuite à des chiffres très bas.

Ce n'est pas le lieu ici d'étudier le pourquoi de cette augmentation à 18 mois, j'y reviendrai dans l'étude dont j'ai déjà parlé.

Par de simples soustractions à l'aide du dernier tableau on obtient le suivant qui indique combien à chaque âge il reste d'enfants ne marchant pas encore; ce sera le complément de l'étude que je viens de faire.

Sur 1220 enfants,

à 8 mois	1217 ne marchent pas encore, soit	99,755 0/0
à 9 —	1167 —	95,656 —
à 10 —	1100 —	90,164 —
à 11 —	1007 —	82,541 —
à 12 —	827 —	67,787 —
à 13 —	700 —	57,378 —
à 14 —	540 —	44,263 —
à 15 —	417 —	34,181 —
à 16 —	334 —	27,378 —
à 17 —	279 —	22,869 —
à 18 —	172 —	14,099 —
à 19 —	147 —	12,050 —
à 20 —	122 —	10,000 —
à 21 —	114 —	9,345 —
à 22 —	92 —	7,541 —
à 23 —	85 —	6,978 —
à 24 —	55 —	4,059 —

### III

Ce qui précède suffit, je pense, pour montrer l'âge du début de la marche chez l'enfant. Depuis janvier 1898, je recueille une nouvelle statistique

qui me servira à contrôler celle-ci. Ce sera le moment alors de discuter plus complètement les chiffres.

Je veux maintenant étudier l'influence du mode d'alimentation.

Sur 1220 enfants, 658 ont été élevés au sein; 424 au biberon; 53 ont pris le sein et le biberon en même temps; 85 ont pris le sein moins de sept mois, puis le biberon.

Je ne m'occuperai ici que des deux premières catégories.

Je ferai remarquer que les enfants élevés au sein ont commencé à prendre un peu de nourriture solide à des âges différents: 7, 8, 9, 10, 12 mois; quelquefois seulement au sevrage. Sans m'appesantir aujourd'hui sur cette question, je dirai que je considère l'adjonction d'un peu de nourriture — solide au sein, comme beaucoup moins dangereuse que le biberon; et je dirai même — dans la plupart des cas comme pas dangereux du tout.

Ceci dit, j'arrive à ma statistique:

Sur 658 enfants élevés au sein, ont marché:

à 8 mois	2 soit	0,303 0/0
à 9 —	33 —	5,015 —
à 10 —	49 —	7,446 —
à 11 —	55 —	8,358 —
à 12 —	124 —	18,844 —
à 13 —	79 —	12,006 —
à 14 —	89 —	13,525 —
à 15 —	72 —	10,942 —
à 16 —	30 —	4,559 —
à 17 —	27 —	4,103 —
à 18 —	40 —	6,079 —
à 19 —	11 —	1,671 —
à 20 —	8 —	1,215 —
à 21 —	2 —	0,303 —
à 22 —	9 —	1,367 —
à 23 —	5 —	0,759 —
à 24 —	9 —	1,367 —

Au-dessus de 24 mois 14 — 2,127 —

Sur 424 enfants élevés au biberon, ont marché:

à 8 mois 1/2,	1 soit	0,235 0/0
à 9 mois	10 —	2,358 —
à 10 —	13 —	3,066 —
à 11 —	28 —	6,603 —
à 12 —	42 —	9,905 —
à 13 —	35 —	8,254 —
à 14 —	55 —	12,971 —
à 15 —	40 —	9,433 —
à 16 —	36 —	8,490 —
à 17 —	20 —	4,716 —
à 18 —	50 —	11,792 —
à 19 —	12 —	2,830 —
à 20 —	13 —	3,066 —
à 21 —	5 —	1,179 —
à 22 —	11 —	2,594 —
à 23 —	2 —	0,471 —
à 24 —	16 —	3,773 —
au-dessus de 24 mois,	35 —	8,254 —

Sur 658 enfants élevés au sein et 424 élevés au biberon, marchaient déjà :

SEIN			
à 8 mois	2 soit	0,303	0/0
à 9 —	35 —	5,319	—
à 10 —	84 —	12,765	—
à 11 —	139 —	21,124	—
à 12 —	363 —	39,969	—
à 13 —	342 —	51,975	—
à 14 —	431 —	65,501	—
à 15 —	503 —	76,443	—
à 16 —	533 —	81,003	—
à 17 —	560 —	85,106	—
à 18 —	600 —	91,185	—
à 19 —	611 —	92,857	—
à 20 —	619 —	94,072	—
à 21 —	621 —	94,376	—
à 22 —	630 —	95,744	—
à 23 —	635 —	96,504	—
à 24 —	644 —	97,867	—

BIBERON			
à 8 mois	1 soit	0,235	0/0
à 9 —	11 —	2,594	—
à 10 —	24 —	5,660	—
à 11 —	52 —	12,264	—
à 12 —	94 —	22,169	—
à 13 —	129 —	30,448	—
à 14 —	184 —	43,396	—
à 15 —	224 —	52,830	—
à 16 —	260 —	61,320	—
à 17 —	280 —	66,037	—
à 18 —	330 —	77,830	—
à 19 —	342 —	80,660	—
à 20 —	355 —	83,726	—
à 21 —	360 —	84,905	—
à 22 —	371 —	87,500	—
à 23 —	373 —	87,971	—
à 24 —	389 —	91,721	—

Sur le même nombre d'enfants ne marchaient pas encore :

SEIN			
à 8 mois	656 soit	99,697	0/0
à 9 —	623 —	94,681	—
à 10 —	574 —	87,235	—
à 11 —	519 —	78,876	—
à 12 —	395 —	60,031	—
à 13 —	316 —	48,025	—
à 14 —	227 —	34,499	—
à 15 —	155 —	23,557	—
à 16 —	125 —	18,997	—
à 17 —	98 —	14,894	—
à 18 —	58 —	8,815	—
à 19 —	47 —	7,143	—
à 20 —	39 —	5,928	—
à 21 —	37 —	5,624	—
à 22 —	28 —	4,256	—

à 23 mois	23 soit	3,496	0/0
à 24 —	14 —	2,133	—

BIBERON			
à 8 mois	423 soit	99,765	0/0
à 9 —	413 —	97,406	—
à 10 —	400 —	94,340	—
à 11 —	372 —	87,736	—
à 12 —	330 —	77,831	—
à 13 —	295 —	69,552	—
à 14 —	240 —	56,604	—
à 15 —	200 —	47,170	—
à 16 —	164 —	38,680	—
à 17 —	144 —	33,963	—
à 18 —	94 —	22,170	—
à 19 —	82 —	19,340	—
à 20 —	69 —	16,274	—
à 21 —	64 —	15,095	—
à 22 —	53 —	12,500	—
à 23 —	51 —	12,029	—
à 24 —	35 —	8,279	—

Si l'on compare les tableaux précédents entre eux et avec ceux déjà étudiés, on voit, qu'alors qu'à 10 mois il marche presque le 10<sup>e</sup> des enfants (9,836 0/0) en ne tenant pas compte du genre d'alimentation, au même âge il marche beaucoup plus d'enfants (1/3 en plus) élevés au sein (12,765), tandis qu'il ne marche que le 20<sup>e</sup> des enfants élevés au biberon (5,660 0/0); qu'alors qu'à 11 mois il marche un peu plus du 6<sup>e</sup> des enfants en général, il marche au même âge 21,124 0/0 des enfants élevés au sein, c'est-à-dire, plus du 5<sup>e</sup> et seulement 12,264 0/0 des enfants élevés au biberon; qu'alors qu'à un an il ne marche pas encore le tiers des enfants pris en totalité (32,213), ce tiers est largement dépassé (39,969 0/0) chez les enfants élevés au sein, tandis que ce n'est que le 5<sup>e</sup> qui est dépassé (22,169 0/0) chez ceux élevés au biberon. A 13 mois on dépasse la moitié chez les enfants élevés au sein, moitié qu'on ne dépasse qu'au 14<sup>e</sup> mois si l'on réunit les enfants nourris artificiellement et naturellement et à cet âge les enfants au biberon on n'atteint pas le tiers (30,448); chez ces derniers ce n'est qu'à 15 mois qu'il marche autant d'enfants (52,830 0/0) qu'il en marche à 13 mois parmi les enfants au sein. A 15 mois, il marche plus des trois quarts (76,443 0/0) des enfants au sein.

En continuant la comparaison on voit que l'avantage reste jusqu'au bout aux enfants élevés au sein; la différence diminue nécessairement, mais même aux âges extrêmes, il en reste une, puisque à 2 ans alors qu'il marche 97,867 0/0 des enfants au sein, il ne marche que (91,721 0/0) des enfants élevés au biberon.

Si maintenant j'étudie les tableaux donnant la quantité d'enfants débutant à marcher à chaque mois, je trouve que c'est à 12 mois qu'il marche le plus d'enfants élevés au sein (18,844 0/0), et que le nombre qui a monté graduellement depuis 9 mois (5,015 0/0) reste élevé jusqu'à 15 mois (10,942) pour

tomber tout d'un coup à 16 mois (4,559 0/0) au-dessous de ce qu'il était à 9 mois. Ce chiffre se relève un peu à 18 mois (6,079) pour retomber immédiatement à un peu plus de 1 0/0.

Pour les enfants élevés au biberon, ce n'est qu'à 11 mois qu'on rencontre le chiffre de 9 mois chez les enfants au sein.

A 12 mois il ne marche que la moitié du nombre des enfants au sein (9,905 au lieu de 18,844); c'est à 14 mois au lieu de 12 qu'il marche le plus d'enfants, et encore ce nombre qui n'est que de 12,971 0/0 est-il à peu près égal à celui des enfants ne marchant qu'à 18 mois (11,792 0/0).

Au-dessus de 18 mois, il y a une chute comme chez les enfants élevés au sein; mais le nombre est presque toujours au-dessus de 2 0/0; il dépasse même 2 fois 3 0/0.

Le dernier tableau est également très intéressant.

Je ne citerai que quelques chiffres. On pourra y voir par exemple qu'à 13 mois il ne reste plus que 48 0/0 d'enfants au sein ne marchant pas, tandis qu'il reste encore 69 0/0 des enfants au biberon.

A 15 mois il ne reste plus à ne pas marcher que 23 0/0 des enfants au sein, tandis qu'il reste encore 47 0/0 des enfants au biberon.

Ces chiffres parlent très haut contre l'alimentation au biberon, fût-ce avec le lait stérilisé.

L'énorme mortalité par la diarrhée qui sévit actuellement sur les enfants nourris de lait de vache parle plus haut encore.

## DOUBLE CORPS ÉTRANGER DE LA TRACHÉE

Par le D<sup>r</sup> HOUSSAY, de Pontlevoy

Il est maintenant reconnu par tous les auteurs que les lombrics n'attendent pas la mort pour émigrer dans la trachée, mais qu'ils peuvent très bien s'y trouver pendant la vie et constituer, par ce fait, un corps étranger qui cause généralement une mort fatale.

On crut longtemps le contraire, et cette erreur fut accréditée parce que de nombreuses nécropsies d'enfants avaient décelé la présence de lombrics vivants dans les dernières ramifications des bronches chez des enfants qui n'avaient pas eu la moindre dyspnée avant leur mort.

Qu'y a-t-il d'étonnant à ce que cette migration ait eu lieu avant la mort. Des pelotons d'ascaris, logés dans l'intestin ou dans l'œsophage, peuvent très bien faire de la compression trachéale, causer une gêne respiratoire momentanée et inaperçue, avant qu'un de ces lombrics, détaché du groupe sous l'influence d'un vomissement réflexe ou provoqué, se soit insinué plus ou moins rapidement dans les voies respiratoires. Arrivé à l'ouverture rétrécie de la glotte, s'il n'est expulsé par une toux brusque que provoque son contact contre les cils vibratiles, il obstrue forcément et cause une crise de suffoca-

tion bientôt mortelle si on n'intervient pas rapidement. On cite des cas d'intervention heureuse, mais ils sont rares.

Un des caractères les plus nets de la migration des lombrics est leur propension, grâce à leur forme et à leur mode de reptation, à s'introduire dans toutes les cavités de l'organisme, sitôt qu'ils ont trouvé un passage même très étroit.

Ce fait classique est important à connaître, car il a ouvert un horizon nouveau à la médecine légale, et peut expliquer la mort subite dans certains cas douteux qu'on ne pouvait prêter qu'à une malveillance apparente.

Les vieux auteurs, entre autres Blondin, Tonnelé, Aronsohn surtout, ont cité des cas et des séries de cas d'accidents mortels dus à des lombrics et arrivés chez des enfants de 4 à 10 ans morts dans l'espace de 1 à 3 jours.

On trouvera plus loin des indications pour la recherche des cas de pénétration de lombrics dans la trachée.

Le cas suivant, qui m'est personnel, m'a paru d'autant plus intéressant à relater que le corps étranger diagnostiqué était de nature complexe.

Je fus appelé une après-midi, pour un enfant de 30 mois, malingre, rachitique, hydrocéphale, à qui j'avais, antérieurement, donné des soins dans plusieurs circonstances graves où il avait été en danger.

De plus, fait particulièrement intéressant, à l'âge de 16 mois, il avait expulsé un lombric à la suite de quelques prises de santonine.

Je trouvai cet enfant haletant, la bouche grande ouverte, ne pouvant ni parler ni crier, couvert d'une sueur abondante, présentant 40 respirations à la minute et un double tirage susternal et sus-épigastrique. A le voir, c'était à s'y méprendre un cas de croup et de prime abord je portai le diagnostic rationnel de diphtérie, mais le simple examen du pharynx et des ganglions élimina l'idée spontanée qui ne reposait que sur l'inspection superficielle du petit malade.

A mes demandes réitérées, la femme, chez qui cet enfant était en nourrice depuis sa naissance, finit par me donner un renseignement plausible, en me disant que la veille l'enfant avait ramassé des prunes sauvages et avait dû en manger. Je me trouvais donc, sans nul doute, en présence d'un corps étranger qui ne pouvait être qu'un noyau de prune.

L'auscultation générale fut nulle; l'auscultation trachéale donna un léger sifflement doux, mais rien d'autrement insolite aux deux temps.

Mon confrère, le D<sup>r</sup> Bois, de Montrichard, qui vit également l'enfant, porta le même diagnostic. Je fis aussitôt administrer des vomitifs répétés, espérant que sous l'influence des contractions intestinales ou œsophagiennes, l'obstacle se déplacerait ou serait expulsé.

Je revins le soir. Les symptômes, loin de s'amender, s'étaient encore aggravés. L'anxiété était plus grande, le facies inquiet, les yeux hagards du croup.

Plusieurs fois, l'enfant avait eu des crises de suffocation suivie de cyanose, à plusieurs reprises également des accès de toux rauque. Les mains ne quittaient pas la gorge comme cherchant à enlever la corde qui l'étranglait. La polypnée avait monté de 40 à 62 R. Que faire en pareil cas ? L'indication était nette et précise. Je passai d'abord la sonde œsophagienne qui, libre, confirma mon diagnostic. Le corps étranger était bien trachéal, mais quel était-il ? Un noyau, un clou, un caillou ? Les enfants se mettent tant de choses dans la bouche que le champ des hypothèses était vaste. En tout cas, il était temps d'intervenir et d'autant plus temps que cet enfant haletait depuis la veille, bien que là nourrice négligente ou fautive ne m'eût fait prévenir que depuis quelques heures ; en sorte que l'enfant était affaibli par la dyspnée et le manque absolu de nourriture depuis plus de 30 heures. L'intervention chirurgicale à domicile étant impossible devant l'inertie et le refus de la nourrice qui, en l'absence des parents, ne voulait pas engager sa responsabilité, impossible surtout, par l'absence totale d'aides, j'envoyai l'enfant à mon confrère et ami, le Dr Bartholi, à l'Hôtel-Dieu de Blois. Epuisé par les raisons citées plus haut et par 5 heures de voiture, l'enfant expira un peu avant d'arriver à l'hôpital.

La radiographie, que dans le doute je demandai à M. Blanc, directeur des travaux, fut absolument négative.

Quant à la nécropsie que nous fîmes immédiatement après la radiographie, elle fut une révélation. La trachéotomie sous-cricoidienne ne fut pas plutôt faite qu'un lombric de 0,20 cent. sortit aussitôt par l'ouverture. L'incision, continuée en haut jusqu'à la partie supérieure du corps thyroïde, donna un autre renseignement non moins précieux pour moi. Collé contre les cordes vocales inférieures était un fragment convexo-concave de noyau de prune, de forme rectangulaire de 0 m. 007 m. de longueur sur 0 m. 004 m. de largeur.

Un des deux corps étrangers eut-il été suffisant pour provoquer la mort ? Je le suppose, Anacréon mourut à moins. Toujours est-il qu'il y eut là une fâcheuse coïncidence de circonstances qui rendit ce cas brièvement fatal.

Pour terminer, je tirerai de ce fait un double enseignement dont l'un sort un peu du sujet, mais trouve néanmoins sa place ici.

Nous sommes tellement débordés par l'industrie nourricière que l'administration et les médecins sont presque obligés de laisser à certaines nourrices des enfants qui se trouveront dans des conditions défectueuses de soins, de nourriture et de propreté. Joignez à cela que ces nourrissons sont quelquefois assez éloignés du médecin et que souvent encore ce médecin n'est appelé que tardivement, quand il l'est. A défaut de pouponnières, qui ne seront praticables à la campagne que dans quelques années, il faudrait pouvoir obtenir des groupements d'enfants et de femmes sûres et dévouées qui, étant à l'abri du

besoin, seraient meilleures gardiennes, ce qui diminuerait peut-être la morbidité et la mortalité.

Quant à l'autre enseignement, le voici. « Quoique les vers, la dentition, la croissance soient, dit Cadet de Gassicourt, la tête de Turc qui dispense de tout diagnostic, les agents responsables de toutes les maladies infantiles, » il n'en faut pas moins, quitte à encourir la réputation d'archaïque, systématiquement et aux premières manifestations d'entérite, réserver une petite part aux anthelminthiques.

Ce sera toujours quelque chose d'avoir peut-être prévenu un accident rare, il est vrai ; car il n'est pas croyable, du moins en ce moment, avec les moyens d'investigations que nous avons, qu'on puisse sûrement diagnostiquer un lombric dans la trachée.

### BIBLIOGRAPHIE

- Boulay. Traité des maladies de l'enfance, publié sous la direction de Grancher. T. III p. 875, 1897.  
Dictionnaire de médecine et de chirurgie publié sous la direction de Jaccoud, Art. Eutozoaires. Luton.  
Blache et Guersant :  
Extraits de Pathologie infantile. Vers intestinaux.  
Dictionnaire de Médecine 1828. Art. Lombric, Guersant.  
Cadet de Gassicourt. Traité cl. de maladie de l'Enfance. T. III. Ascaris.  
Barrier. Traité des maladies de l'Enfance. T. II.  
Dictionnaire de Dechambre. Art. Lombric, Calimeil.  
Boulloche. Vers intestinaux. Manuel de Médecine. T. V.  
Fuerst (Wien. med. Woch. 1880) 25 cas de suffocation déterminés par la chute de lombrics dans les voies aériennes.  
Aronsohn. Mémoire sur l'introduction des vers dans les voies aériennes.  
Arch. générales de Méd. Paris, 1836. 2<sup>e</sup> Sem. X. 44-53.  
Ennert. 1860. Ein fall von Eindringen der Spulwürmer in die Luftröhre. Memorabilia Heilbr., 1860. X. 103.  
Heusser. 1892. Spülworm in der Trachea ; plötzlicher Tod cor. Bl.-f. Schweiz aerte Basel, 1892. XXII. 443.  
Norman, 1885. Death from round-worm in trachea Norsk. Mag. f. Lægevidens, Christiania, 1881-XI. 272-174.  
Oesterlen, 1831. Ueber den Erstickungstod durch spulwürmer, welch in die Luftröhre eingedrungen Deut. Klin.-Berl. 1851 III, 335-337.

### NOTE SUR UN CAS DE CONVULSIONS INFANTILES A LA SUITE DE LA VACCINATION.

Par le D<sup>r</sup> G. DUCHESNE (d'Orbec-en-Auge, Calvados).

Un jeune enfant, âgé de 4 mois, porteur d'eczéma impétigineux du front et du cuir chevelu est vacciné dans les derniers jours du mois de février 1895.

Dans la nuit du 4 au 5 mars je suis appelé précipitamment près de cet enfant atteint de convulsions généralisées et je constate :

1<sup>o</sup> que l'éruption vaccinale se fait ;

2<sup>o</sup> que la région impétigineuse a pris une teinte pourpre et est le siège d'une vive poussée aiguë.

Un traitement composé de dérivatifs intestinaux, calmants (bromure et chloral), etc., vint à bout de ces convulsions qui reparurent à différentes reprises mais allèrent en s'atténuant, de telle sorte que le 11 mars, il n'y paraissait plus. La gourme avait été traitée également par des applications de com-

presses imbibées d'eau boriquée ; puis d'une pommade appropriée.

Conclusion : J'estime que le vaccin a agi sur l'organisme de cet enfant, et sur un point primitivement affaibli, sorte de *locus minoris resistentie*, en déterminant une poussée congestive périphérique, à laquelle a correspondu évidemment une hypéremie des centres nerveux et des méninges, d'où les phénomènes convulsifs observés. Je crois que chez les jeunes enfants, il est prudent de s'abstenir de vacciner quand ils sont atteints de gourme étendue.

## INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

### L'ASSOCIATION DES MÉDECINS DE FRANCE EN 1898. — PUBLICATION DE SON ANNUAIRE.

Comme tous nos confrères du département d'Indre-et-Loire, suivant une heureuse mesure de date récente, nous venons de recevoir l'annuaire de l'Association pour 98. Quoique l'Assemblée générale remonte aux 17 et 18 avril, nous ne pouvions guère essayer d'esquisser les tendances actuelles de l'Association avant d'avoir reçu cette publication, seul organe officiel de la Société et, dont le gros défaut est de paraître si tardivement. Au risque donc de retarder un peu, nous croyons cependant utile d'attirer l'attention de nos confrères sur les points saillants d'une publication, qui de l'aveu même du Conseil général est malheureusement trop peu lue du Corps médical.

Le rapport de M. le secrétaire général, le Dr Le Reboullet, mérite tout d'abord notre attention : nos lecteurs y trouveront en effet le reflet d'une polémique née dans ce journal, et y constateront avec plaisir que malgré toute la prudence que lui impose son rôle officiel de conducteur responsable de nos destinées, M. Le Reboullet se montre disposé à donner à notre Société une orientation nouvelle en rapport avec les vœux ici-même formulés.

Peut-être aurions-nous le droit de penser, ce rapport en fait presque l'aveu, que la discussion courtoise, née dans ces colonnes, n'a pas été sans influencer dans un sens progressiste M. le secrétaire général.

Mais les extraits suivants du discours prononcé par lui nous dispensent de longs commentaires :

« Pendant les deux années (1) qui nous sont accordées pour étudier ces questions, nous jouirons encore en effet, de tous les avantages, qui nous ont été concédés jusqu'à ce jour. Ceux-ci nous ont permis de régler à titre transitoire une question qu'il

me faut bien traiter dès aujourd'hui, car elle menaçait de nous créer de sérieux embarras.

« Je veux parler des demandes nouvelles de pensions viagères qui nous ont été adressées cette année en nombre si considérable que *nos réserves eussent été presque entièrement englouties, si nous avions procédé comme les années précédentes.*

« Cette année (au lieu de 9 pensions prévues) 18 pensions nouvelles auraient dû être constituées et d'après nos statuts, *immobiliser un capital de 411.426 francs.*

« Comme nos réserves s'élevaient exceptionnellement à 515.546 fr. 79, nous pouvions à la rigueur accorder ces 18 pensions nouvelles, mais il ne nous restait plus que 104.120 fr. 79, c'est à dire de *quoi accorder l'an prochain 4 pensions seulement.*

« Bien plus nos réserves nous rapportent un intérêt de 4 50 0/0, ce qui fait qu'en constituant immédiatement les 18 pensions nouvelles, nous perdions encore une somme de 21.167 francs (1).

« Le Conseil a donc bien voulu en raison de la situation exceptionnelle et transitoire que nous crée le vote de la loi nouvelle accepter une solution que j'avais proposée à plusieurs reprises et qui avait toujours été écartée comme contraire à nos statuts : *celle de prendre sur nos revenus les fonds nécessaires à la constitution des pensions* et de donner celles-ci à titre temporaire et non définitif. »

Ainsi cette année, l'Association a été forcée d'entrer dans la voie indiquée par le Dr Boureau, de servir les pensions sur ses revenus ; la mesure prise à titre provisoire deviendra nécessairement, ainsi que cela résulte plus loin du rapport même de M. Le Reboullet, définitive.

Le dépôt du capital de constitution de la pension à la Caisse des retraites devient, en effet, irréalisable par l'énormité des sommes nécessaires.

Il nous est agréable de constater ici le bien fondé des prédictions de notre collaborateur le Dr Boureau, comme de retrouver dans le passage qui va suivre l'écho de la discussion soulevée dans la *Gazette*.

« Une polémique récente et les discussions que nous apportent les bulletins de vos réunions annuelles démontrent jusqu'à l'évidence que presque partout l'on méconnaît le rôle respectif des Sociétés locales et du Conseil général.

« On semble croire qu'il existe, rue de Surène, un tronc des pauvres où vont s'engouffrer les capitaux souscrits par des Sociétés locales et un Conseil des Trente, qui thésaurise, capitalise et ne donne rien en échange de ce qu'il a reçu.

(1) Rapport du Dr P. Reynier, page 126 de l'Annuaire :

« 75 pensionnés vivants encore immobilisent un capital de 7.371.341 francs, 18 pensionnés nouveaux immobilisent 48 fois 22.857 francs, soit 411.426 francs. Alors même que les extinctions égaliseraient en nombre les pensions nouvelles à donner, l'Association ne peut y suffire car à l'extinction d'une pension de 600 francs rendant libre un capital de 13.332 francs, correspond la nécessité, pour instituer une pension nouvelle de 800 francs, de déposer un capital de 22.857 francs. »

(1) La nouvelle loi sur les Sociétés de secours mutuels ne commencera à être applicable que dans deux ans aux Sociétés existantes ; le Conseil général a décidé d'étudier pendant ces deux années les réformes à introduire dans le mécanisme de l'Association.

« On parle de l'Association générale comme d'une Société distincte et autonome, indépendante des Sociétés locales. On n'étudie ni nos statuts, ni nos règlements. Je dois avouer humblement que je les ignorais moi-même avant de devenir votre secrétaire général, et l'on semble n'avoir jamais su que la caisse des fonds généraux n'est qu'une sorte de réserve, de caisse de réassurance destinée à aider les Sociétés locales pauvres, ne pouvant secourir les infortunes qu'elles sont appelées à soulager, n'ayant pas reçu ces dons et legs, qui permettent à d'autres Sociétés d'économiser, — ici le mot de thésauriser serait applicable, — des réserves de 30, 40, 50,000 francs et plus. »

Dans ce passage, M. Le Reboullet vise d'une part notre collaborateur, le Dr Boureau, et d'autre part notre Société locale elle-même avec ses 58.000 francs de *capital thésaurisé*.

En ce qui concerne le Dr Boureau, qu'il nous soit permis de rappeler à M. le secrétaire général que lui-même a reconnu implicitement et va reconnaître formellement plus loin l'erreur de « capitalisation indéfinie » commise par l'Association.

Pour ce qui est de notre Association, nous ne pouvons que souscrire à la remarque du Dr Le Reboullet, faite déjà par le Dr Boureau, et avouer que notre Société locale a dû se montrer bien économe et peut-être insuffisamment empressée à secourir nos misères locales pour accumuler un tel capital.

Mais puissions encore dans le discours du distingué secrétaire général ce passage où apparaît clairement la nécessité des réformes :

« On nous a répondu, je le sais, ou pour mieux dire je le reconnais, que l'immobilisation à la caisse des retraites du capital nécessaire à nos pensions nous appauvrit pour le présent, tout en contribuant à assurer l'avenir.

« A bien compter cependant, les frais d'administration et de comptabilité, d'achats de titres, de transferts de contrats, etc., que nous ont coûtés une organisation nouvelle ! Et croit-on que nous aurions pu acquérir la fortune, qui va nous permettre de modifier nos statuts dans un sens plus conforme à vos aspirations, si nous n'avions suivi les règles si prudentes et si sages tracées par nos prédécesseurs.

« Celles-ci vous permettent, grâce à l'autonomie absolue dont vous jouissez, de faire chez vous tout le bien que vous rêvez, de créer localement toutes les œuvres que vous jugerez utiles — l'exemple de la Société de la Seine-Inférieure est là pour montrer que nul retard juridique ne peut être invoqué pour une Société locale.

Soulignons cette invite adressée par le secrétaire général de l'Association à l'initiative des Sociétés locales ; pour ne parler que de celle d'Indre-et-Loire, sa richesse ne lui fait-elle pas un devoir de s'engager dans la voie heureusement indiquée par la Seine-Inférieure, en créant la caisse d'indemnité-maladie, si vivement demandée par nombre de nos confrères.

Voilà une bonne œuvre et une utile décentralisation à laquelle nous convie le Dr Le Reboullet lui-même, entendrons-nous son appel ?

La séance du lundi 18 avril consacrée à l'examen des vœux émis par les Sociétés locales ne nous offre pas moins de choses intéressantes à glaner. Tout d'abord cette observation du Dr Gairal qui complète ce que nous avons dit plus haut ; sur les vices de la capitalisation à la caisse des retraites.

M. le Dr Gairal : Les capitaux affectés à la caisse des pensions restent en fait *totalelement aliénés* au point de vue de la disponibilité ultérieure.

En effet, la somme versée reste bien la propriété de l'Association, mais si elle avait besoin de ces fonds elle ne pourrait y toucher.

Au décès d'un pensionné, les 22,857 francs ne feront pas retour à l'Association, mais à la Caisse des pensions et seront immédiatement réemployés pour créer une nouvelle pension.

J'approuve hautement le Conseil général d'avoir conservé la disponibilité de ces fonds. A tous les points de vue, l'Association a intérêt à agir de la sorte.

M. le Dr Lannelongue. — L'argent que nous versons est en effet indisponible et ne peut rentrer que pour servir à de nouvelles pensions.

...

A propos du vœu de la Société du Nord : « que l'exercice simultané de la profession de médecin avec celle de pharmacien soit prohibé par la nouvelle loi, même pour ceux possédant les deux diplômes, sauf dans les localités dépourvues de pharmacie. »

Le rapporteur, le Dr Charbonnier de la Sarthe s'exprime ainsi :

Il serait trop long, et bien superflu de citer des exemples à l'appui de cette proposition ; les rappeler ce serait dévoiler une fois de plus l'une des tristesses les plus éhontées des professions médicales et pharmaceutiques. La moralisation de l'une et de l'autre milite en faveur de ce vœu que nous demandons de prendre en très sérieuse considération (Adopté).

Hélas ! nous savons, en Indre-et-Loire, ce que valent ces vœux et combien ils sont impuissants à empêcher la nomination par faveur à un poste de l'enseignement supérieur d'un pharmacien-médecin bien vu des Directions.

...

L'enquête sur l'Ordre des médecins a donné les résultats suivants : sur 97 Sociétés consultées, 39 ont jusqu'ici répondu et 58 n'ont transmis aucun avis. De ces 39 réponses, 30 sont nettement défavorables, 4 estiment que la question mérite d'être mise à l'étude et 5 seulement émettent une opinion favorable.

Le résultat de cette enquête serait donc très défavorable à la nouvelle création ; néanmoins comme le fait remarquer notre distingué correspondant le Dr Good, la vraie majorité, ce sont ces 58 Sociétés qui n'ont pas répondu, par indifférence. La vraie majorité est donc une majorité d'indifférence, une de ces majorités dont, dit éloquentement le Dr Lasalle, une minorité convaincue finit toujours par triompher. Et le bien fondé de ces observations se véri-

fié vite, nombre de délégués assurent qu'ils ont voté non, ne connaissant pas la question, d'autres déclarent être venus avec mission de s'informer.

Dès lors les D<sup>rs</sup> Lasalle, Lande, Gairal, Good, etc. obtiennent de l'Association, que la question reste ouverte et que les projets déjà rédigés soient soumis au vote des Sociétés locales.

Finalement, l'Assemblée qui semble retournée par les arguments pressants de nos éloquentes confrères vote l'impression dans l'Annuaire des deux projets de la *Gironde* déjà publiés dans ce journal.

Un mot pour finir sur cette question de l'Ordre des médecins.

Les Syndicats, en grande majorité, ont l'année dernière voté le principe de l'Ordre des médecins.

Les Associations locales se sont en grande majorité montrées défavorables.

Or à bien peu de chose près, ce sont les mêmes confrères qui forment les Associations et les Syndicats.

Alors ?

Mystère et charade.

#### Société locale du département de la Seine-Inférieure

Il nous paraît intéressant, pour faire toucher du doigt à nos confrères la facilité de la création d'une caisse départementale d'indemnité-maladie, de reproduire le bilan financier de la Société de la Seine-Inférieure, tel qu'il résulte de l'annuaire de l'Association.

La Société possède un capital de 52.822 fr. 59. En outre de cet avoir, la Société possède des fonds dits d'indemnité-maladie tout à fait distincts de l'avoir social et destinés à verser une indemnité journalière de droit aux médecins empêchés d'exercer par suite de maladie, à raison de 6 francs par jour.

Ces fonds alimentés par une cotisation supplémentaire facultative de 8 francs par an, et par des dons, représentaient à la fin de l'exercice 1896-97 une somme de 4.441 francs 72.

L'avoir s'est augmenté, pendant l'exercice 1896-97, de 2.006 francs 67 de recettes. Les dépenses comprenant 159 journées d'indemnité-maladie à 6 francs par jour et quelques faux frais, se sont élevées à 1010 fr. 20, qui ont laissé un excédent de recettes de 996 fr. 47, ce qui, en les ajoutant aux 3.866 fr. 67 restés en caisse à la fin de l'exercice 1895-96, nous fait un total de 4.441 fr. 72, représentant l'actif libre des fonds indemnité-maladie au 31 décembre 1897.

Ces chiffres prouvent au delà de toute évidence l'utilité d'une telle création et les sacrifices minimes qu'entraîne son bon fonctionnement.

## BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

**L'Acné excoriée des jeunes filles et son traitement**, par le D<sup>r</sup> L. Brocq, médecin de l'Hôpital Broca. (Extrait de la *Revue générale de clinique et de thérapeutique*).

L'éminent dermatologiste, après avoir présenté plusieurs cas d'acné juvénile, formule ainsi le traitement qu'il faut opposer à l'affection.

- Traitement interne.** — A Combattre le froid aux membres inférieurs.  
B Soigner les affections utérines s'il y en a.  
C Combattre la constipation habituelle.  
D Régulariser les digestions.  
E Ne pas porter de corsets serrés, de cols serrés.

Régime alimentaire : Pas d'alcools, pas de charcuterie, poissons, coquillages, crustacés, fromages.

Médicaments : magnésie, alcalins, benzonaphtol, arsenic, ichtyol, noix vomique.

Enfin, depuis deux ans, l'auteur emploie dans les cas rebelles, dans les furonculose, le syrcosis, la levure de bière, à dose d'une cuillerée à café à une cuillerée à soupe 2 à 3 fois par jour dans un peu d'eau. Les résultats sont souvent merveilleux.

**Traitement externe.** — Faire laver les malades avec de l'eau bouillie boriquée chaude et du coton hydrophile plusieurs fois par jour. Le soir, savonnage avec du savon au naphtol, alterner avec du savon à la résorcine.

Après le savonnage, un peu de la pommade suivante :

Naphtol B	}	à 25 centigr.
Camphre		
Résorcine		2 centigr.
Savon noir		60 centigr.
Craie préparée		30 centigr.
Soufre précipité		2 gr.
Vaseline	}	à 10 gr.
Lanoline		

Le jour, pommade suivante, dissimulée sous de la poudre d'amidon.

Acide salicylique	25 centigr.
Oxyde de zinc	3 gr.
Lanoline	6 gr.
Vaseline pure	12 gr.

**Etude sur le Lymphangiome circonscrit de la peau et des muqueuses**, par MM. Brocq et L. BERNARD. (Extrait des *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*).

Les auteurs à propos d'un cas de lymphangiome circonscrit de la cavité bucale s'apercevant de la

pauvreté de nos connaissances sur un tel sujet s'attachent à étudier la question dans un très intéressant mémoire. Leur conclusion est la suivante :

Nous réclamons pour le lymphangiome circonscrit de la peau et des muqueuses, néoplasie développée aux dépens du système vasculaire lymphatique dermique, mais dans la constitution de laquelle le système vasculaire sanguin joue également un certain rôle, une place précise et bien distincte dans les cadres de la pathologie cutanée. Cette affection qui forme un type clinique bien à part doit être distinguée du lymphangiome simple, diffus, qui constitue à la langue une des variétés de la macroglossie ; elle doit être différenciée également du lymphangiome cystique, qui comprend les kystes sérieux de la pathologie chirurgicale ; elle doit être enfin nettement séparée de diverses variétés de lymphangio-*tasies*, qui peuvent la simuler au point de vue clinique et histologique.

..

**Le pain de froment**, par le Dr TISON, docteur ès sciences naturelles, médecin de l'Hôpital Saint-Joseph, etc.; 1 vol. in-8. — Prix : 75 centimes.

Dans ce petit opuscule de 26 pages in-8°, l'auteur a résolu cette question : le pain, ce qu'il est, ce qu'il doit être. Après avoir fait l'étude organogénique du grain de blé et étudié sa composition chimique, il en conclut que l'amande de ce fruit constitue un aliment à peu près complet avec ses matières azotées (gluten en ferments divers), ses substances hydrocarbonées (amidon, etc.), ses matières grasses (huiles fines et essentielles) et ses principes minéraux (phosphates organiques, etc.), matières qui, réunies, forment au moins 85 0/0 du grain de blé, le péricarpe et les téguments séminaux qui devraient constituer uniquement le son, forment à peine 15 0/0. Or avec le système actuel des meules et surtout celui des cylindres, on retire à peine 55 à 60 0/0 de farine très riche en amidon et on rejette dans le son et les issues le tiers ou le quart des éléments nutritifs les plus riches en matières azotées, grasses et minérales. Après avoir fait le procès des meules en silex caverneux (pierre meulière) et surtout celui des cylindres hongrois, l'auteur expose les bons résultats obtenus avec les meules en acier de M. Schweitzer. Celles-ci granulent l'amande du blé et en extraient au moins 75 0/0 d'une farine nutritive. Il fait alors ressortir toutes les conséquences de ce système de mouture qui nécessite la fabrication immédiate du pain et il montre tous les avantages de la *meunerie-boulangerie* qui nous affranchit du tribut payé à l'étranger pour l'achat du blé, ce qui empêche l'accaparement de cette marchandise et nous fournit un aliment vraiment réparateur qui est l'un des meilleurs obstacles à l'envahissement de l'organisme par le bacille de la tuberculose.

**Le Diabète sucré et son traitement hydrologique, Etude comparative**, par le Dr E. DUHOURCAU, médecin aux Eaux de Cauterets (Hautes-Pyrénées), Lauréat de l'Académie de médecine, etc. — Préface de M. le Dr F. GARRIGOU, de Toulouse. — Ouvrage couronné par l'Académie de médecine ; prix Capuron, 1894, Dr ALBERT ROBIN, rapporteur. — Paris, O. Doin, éditeur, 8, place de l'Odéon. Un volume in-8, 5 francs.

Pour donner une juste idée de cet ouvrage et de sa valeur pratique, nous ne saurions mieux faire que de relater le jugement qu'en a formulé M. le Dr Albert Robin dans son Rapport à l'Académie de médecine sur le concours du prix Capuron, en 1894.

« Ce mémoire (n° 4), très volumineux, ne comprend pas moins de 700 pages.

« La première partie est consacrée à l'étude médicale du diabète et de sa pathogénie...

« La deuxième partie et la plus importante répond bien exactement au sujet proposé par l'Académie. Avant d'analyser séparément l'action de chacune des eaux minérales, l'auteur a rassemblé les jugements que les médecins, dont le nom fait autorité, ont porté sur la cure hydrologique du diabète. Puis vient l'étude individuelle sur chaque station, étude très complète où la plupart des eaux minérales sont passées en revue...

« Il y a là un ensemble de pièces qui n'avaient point été réunies jusqu'ici...

« Les conclusions par lesquelles l'auteur résume son long travail présentent un caractère de précision qui a vivement frappé les membres de la Commission, et constituent une sorte de *vade mecum* très clinique qui sera vivement apprécié...

« Ce mémoire n° 4 répond donc très bien à la question posée par l'Académie, et l'érudition dont son auteur fait preuve évitera à ceux qui le liront les longues et difficiles recherches d'une documentation approfondie. »

**Amélie-les-Bains. Le climat et les eaux sulfureuses**, par le Dr C. VAN MERRIS, médecin principal de 1<sup>re</sup> classe, médecin en chef de l'hôpital thermal militaire. Ouvrage couronné par l'Académie de médecine. Prix 2 francs. — MALOINE, éditeur, place de l'École-de-Médecine.

Nous extrayons ce qui suit de l'avant-propos :

« Cette station unique au monde reste délaissée, ignorée presque par tous les médecins comme par les malades. Cet abandon n'est pas justifié, parce que la nature a tout fait pour ce petit coin de terre et qu'il suffirait, pour le lancer dans la voie du progrès, que les hommes fissent quelque chose pour aider la nature. Il s'agit tout d'abord de le faire connaître, et c'est le but de ce livre. Toutefois en parlant de cette admirable station, ce n'est pas pour elle que je plaide ; ce que je plaide ici, c'est la cause des malades, et avant tout, pourquoi ne

pas le dire, celle des poitrinaires, de ceux qui le sont déjà comme de ceux qui ont chance de le devenir. C'est pour eux que je vais essayer de déterminer toutes les ressources qu'ils peuvent demander à Amélie. Il y a cinquante ans, on ne songeait qu'aux vertus des eaux, et l'on voulut faire revivre les thermes antiques en créant de grands établissements civils et militaires. Aujourd'hui on a plus de penchant à s'adresser aux seules propriétés du climat. La vérité est qu'on peut recourir à la fois au climat et aux thermes, et que souvent il y a avantage à combiner leur action, c'est à faire ressortir cette vérité que tend ce travail. »

**Traité médico-chirurgical de gynécologie**, par F. LABADIE-LAGRAVE, médecin de la Charité, et FÉLIX LEGUEN, chirurgien des hôpitaux. Félix Alcan, édit.

Ce nouveau traité de gynécologie, dû à l'éminente collaboration d'un médecin gynécologue distingué et d'un chirurgien remarqué déjà par de nombreux travaux, répondait à un réel besoin. Aucun médecin ne peut en effet, à l'heure actuelle, se désintéresser des études gynécologiques, et un seul traité vraiment moderne, celui du Dr S. Pozzi était offert au public médical français. Si complet et si remarquable que soit ce traité, une lacune n'en existait pas moins que ce dernier livre vient heureusement combler.

Citons tout particulièrement le développement donné par la collaboration du Dr Labadie-Lagrave au traitement purement médical des affections utérines. D'intéressants chapitres sont consacrés au traitement hydrominéral, à la thérapeutique par les injections salines, au massage gynécologique, à l'électrothérapie et l'on peut dire que l'étude complète de ces divers moyens médicaux avait été jusqu'ici trop négligée à une époque où le traitement conservateur n'était pas de mode.

M. le professeur FÉLIX TERRIER vient de donner à la *Collection médicale* de l'éditeur Félix Alcan un

nouveau volume : **Chirurgie de la face**, comprenant les leçons qu'il a professées sur ce sujet dans son cours de médecine opératoire de la Faculté de Paris.

Ces leçons recueillies par deux de ses élèves, MM. GUILLEMAIN et MALHERBE, anciens internes des hôpitaux, sont consacrées à la *chirurgie des maxillaires, des lèvres, des joues, de la bouche, du pharynx, du nez, des fosses nasales et de leurs annexes : les sinus de la face*.

Deux cent quatorze gravures, intercalées dans le texte, ajoutent à la clarté des explications fournies par les auteurs sur les divers procédés opératoires décrits dans cet ouvrage, et seront aussi utiles aux praticiens et aux élèves en médecine que les trois ouvrages précédemment publiés dans la même collection par le professeur Terrier (en collaboration avec le Dr Péraire), sur *l'Antisepsie et l'Asepsie, l'Anesthésie chirurgicale, l'Opération du trépan*. (1 vol. in-12, cart. à l'anglaise, 4 fr.)

## ANNONCE MÉDICALE

Cueilli dans un journal politique la suggestive annonce suivante :

**MUSICIENS.** On demande un piston, une basse, pour voyager avec docteur dans les environs. 5,50 par jour. Ecrire au Dr Ramognino, poste restante, Bellecour-Lyon.

## LE DOCTEUR CHABRIER

A Availles-Limouzines

(Vienne)

RECOMMANDE COMME NOURRICE AU SEIN

**M<sup>ME</sup> AUBUGEAU**

21 ans, Enfant de 3 mois, 2<sup>e</sup> enfant

**REPLACEMENTS MÉDICAUX.** — M. Ch. B., médecin à Nantes, faisant partie du syndicat de la Loire-Inférieure, ayant cédé sa clientèle, occuperait ses loisirs à faire des remplacements dans la région du centre. — Conditions : 10 fr. par jour, voyage payé. — S'adresser au bureau du journal.

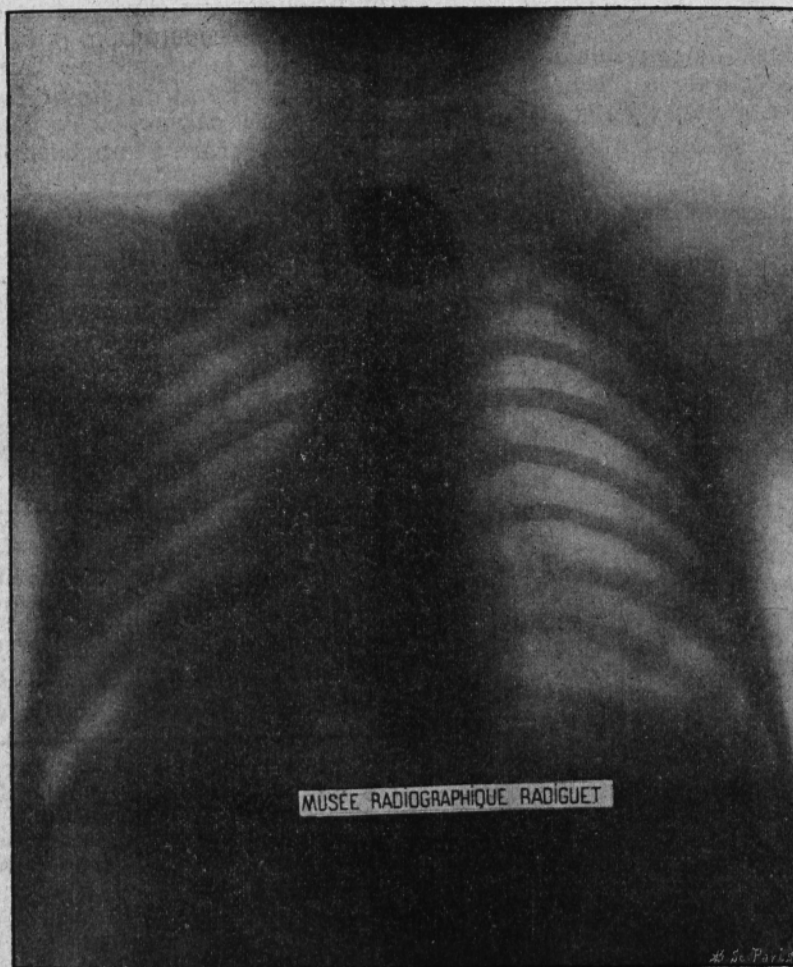


## RADIOGRAPHIE-RADIOSCOPIE

— R. R. —

Dans les précédents numéros de la *Gazette*, j'ai passé en revue les principales lésions intrathoraciques diagnostiquées par les rayons X. Je veux revenir aujourd'hui sur ce sujet et présenter à mes lecteurs deux photographies (1). L'une est celle d'un sujet ayant une pièce de monnaie dans l'œsophage. On sait combien il est fréquent d'être consulté pour des enfants, et quelquefois pour des adultes ayant avalé un corps étranger. Ce corps étranger est sou-

bles sans la radiographie, qui montrera la situation exacte du corps étranger, au moment de l'examen, et dira par des examens successifs si le corps vu primitivement dans l'œsophage a continué spontanément ou après l'emploi de l'olive œsophagienne, son chemin à travers le tube digestif. Rencontré dans l'œsophage le matin, on pourra le trouver l'après-midi dans l'estomac et le soir dans telle ou telle partie de l'intestin.



vent une monnaie, quelquefois une épingle, un clou, un fragment de jouet ou un objet quelconque.

Fréquemment le médecin est embarrassé sur la conduite à tenir. Le corps étranger est-il encore dans l'œsophage ? à quelle hauteur est-il ?

Est-il dans l'estomac ?

Est-il dans l'intestin ?

Autant de questions la plupart du temps insol-

On pourra ainsi le suivre jusqu'à ce qu'il soit expulsé.

On se rendra compte, de la sorte, si des corps étrangers avalés à telle ou telle époque sont toujours dans l'organisme.

On sait que les hystériques, les aliénés avalent les corps les plus hétéroclites et en quantités assez souvent grandes.

La radiographie pourra faire connaître si leur tube digestif contient des corps métalliques, du verre, etc.

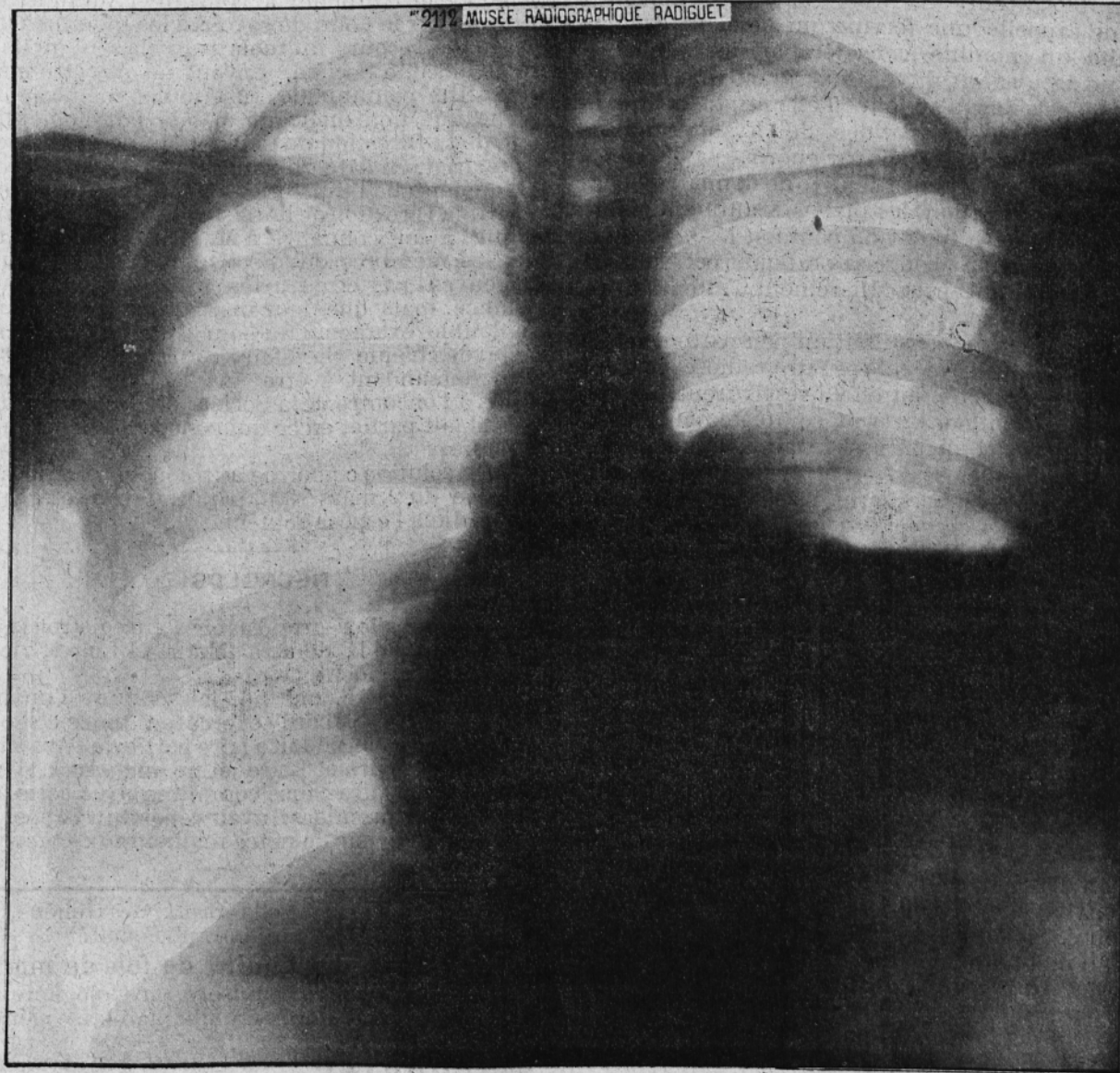
(1) Cliché de la maison Radiguet, fabricant d'instruments de radiographie.

Si le corps étranger arrêté dans l'œsophage ou dans l'estomac menace de produire des accidents, la radiographie sera un guide sûr pour le chirurgien (1).

Ce que j'ai dit du tube digestif s'applique en partie au tube respiratoire dans lequel les corps étrangers métalliques ou de matière ne se laissant pas traverser par les rayons X, ne sont pas exceptionnels. On cite des sujets ayant non pas avalé, mais *avale de travers* une fausse dent ou un objet quelconque

qu'ils tenaient dans la bouche. Les petites pièces de monnaie, les boutons et autres petits objets métalliques peuvent se rencontrer, le plus souvent encore chez les enfants, dans le larynx, dans la trachée ou dans les bronches. Le laryngoscope, pour des raisons multiples, ne donnera souvent aucun renseignement, alors que la radiographie dira d'abord si le corps étranger est réellement dans les voies respiratoires, et ensuite où il est placé.

2112 MUSÉE RADIOGRAPHIQUE RADIGUET



D'après les indications, on pourra soit retirer par les voies naturelles un corps étranger arrêté dans les parties supérieures du larynx et saisissable avec une pince ; soit faire l'ouverture du larynx ou de la trachée.

(1) Il est encore deux classes d'individus chez lesquels, grâce à la radiographie, on pourrait découvrir des pièces de monnaie dans le tube digestif ; ce sont les pick-pockets et les faux-monnayeurs ; mais ceci n'est plus de la médecine.

La seconde photographie montre un épanchement pleurétique occupant plus de la moitié de la hauteur du thorax, d'un côté. C'est le professeur Bouchard qui le premier a montré que la radioscopie pouvait servir au diagnostic de la pleurésie avec épanchement. Dans des cas de ce genre, on obtient une obscurité absolue sur l'écran, obscurité limitée supérieurement par une ligne à peu près horizontale. Au-dessus, comme on le voit sur la

photographie, le poumon est très éclairé à moins que le sujet ne soit tuberculeux et ait le sommet malade ; alors il existe des points plus ou moins sombres et d'étendue variable, suivant que les lésions sont plus ou moins avancées et occupent un espace plus ou moins grand.

On comprend facilement que des pleurésies eukytées, des pleurésies interlobaires, des abcès du poumon, des kystes hydatiques pourront de la même manière être diagnostiqués à l'aide de l'écran fluorescent.

Je me rappelle une femme qui pendant dix ans consulta un nombre considérable de médecins. Tous ne trouvaient qu'un état anémique inexplicable ; et cela jusqu'au jour où elle rendit une quantité considérable d'hydatides. Ses kystes se vidèrent peu à peu et elle finit par guérir.

L'auscultation la plus attentive ne donnait dans ce cas aucune indication, les rayons X auraient certainement indiqué le point du poumon lésé.

Encore eût-il fallu songer à pratiquer cet examen, car rien n'attirait particulièrement l'attention du côté de la poitrine.

Mais comme elle consultait un peu partout, peut-être aurait-elle eu l'idée de se faire radioscopier.

Beaucoup de gens, en effet, se figurent qu'avec les rayons Roentgen on voit complètement l'intérieur du corps, et qu'on assiste au fonctionnement de tous les organes.

Dans tous les laboratoires spéciaux on voit de temps en temps arriver des gens qui demandent une consultation aux rayons X. Ce sont, pour la plupart, des nerveux, des neurasthéniques, chez lesquels, bien entendu, on ne découvre rien, mais qui, souvent sous l'influence suggestionnante de l'examen, l'obscurité, la lumière spéciale de l'ampoule, l'odeur de l'ozone qui se dégage, tout cela aidant, s'en vont dans un état d'esprit tout métamorphosé, et voient par la suite leur état s'améliorer.

## NOUVELLES

**Union des Syndicats.** — L'Assemblée générale de l'Union doit avoir lieu dans la seconde quinzaine d'octobre. La date de la réunion reste provisoirement fixée au mercredi 19 octobre, à deux heures du soir.

L'ordre du jour est ainsi fixé :

### ORDRE DU JOUR

- 1° Discours du Président ;
- 2° Rapport du secrétaire général ;
- 3° Comptes du trésorier ;
- 4° Discussion des travaux des Commissions ;
- 5° Travaux et vote des propositions du Conseil et les vœux des Syndicats ;
- 6° Fixation de la prochaine Assemblée.

Le Secrétaire général,

J. NOIR.

## LES MUTUALISTES ET L'ASSISTANCE MÉDICALE GRATUITE

*Revue Philanthropique, 10 septembre*

Une note du 16 mars 1898 de la direction de l'Assistance et de l'Hygiène publiques a confirmé la jurisprudence du ministère de l'Intérieur, au point de vue de l'inscription des membres des Sociétés de secours mutuels sur les listes d'Assistance médicale gratuite. Voici cette note :

Le Président d'une Société de secours mutuels de la Geste (Gironde) a consulté l'Administration Centrale sur le point de savoir si les membres d'une Société de secours mutuels par cela seul qu'ils font partie de cette Société, doivent ne pas être inscrits sur la liste communale d'Assistance médicale.

Une question analogue a déjà fait l'objet d'une note de la Direction du Cabinet, du personnel, et du Secrétariat, en date du 2 mars 1896.

Une dépêche ministérielle du 25 mars 1896 préparée par la Direction de l'Assistance et de l'Hygiène publiques a fait connaître à M. le préfet de la Loire que les membres des Sociétés de Secours mutuels ne peuvent pas être écartés *de plano* des listes d'Assistance, mais que leur inscription devra motiver un double examen, l'un pour la situation personnelle de chaque Sociétaire comme pour tout individu demandant à être inscrit, l'autre pour ses droits à l'encontre de la Société de Secours mutuels, dont il fait partie, en ce qui concerne les secours de maladie.

Cette solution conforme aux conclusions de la note précitée du 2 mars 1896, paraît devoir être maintenue dans l'espèce actuelle.

## NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'avoir à enregistrer la mort du Dr Petit, de la Ménitry (Maine-et-Loire), victime d'un triste accident.

Notre confrère, qui ne laisse que d'unanimes regrets, avait d'abord exercé en Indre-et-Loire, à Montrésor. Il continuait à faire partie de l'Association médicale d'Indre-et-Loire et ne manquait pas une occasion de faire cause commune avec cette Association. Des premiers il avait répondu à l'appel de ce journal en faveur de notre malheureux confrère, le Dr Laporte.

## 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, coca, 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.