

## AVIS A NOS LECTEURS

1° Toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée d'une bande du journal, plus 1 fr. 50 en timbres-poste pour frais d'un nouveau cliché, faute de quoi il n'en serait pas tenu compte.  
2° Toute demande de numéros doit être accompagnée du montant de ceux-ci, plus les frais de poste, faute de quoi il n'en serait pas tenu compte.

## SOMMAIRE :

	Pages.		Pages.
Chirurgie biliaire: les opérations précoces sur la vésicule; indications de la cholécystostomie et de la cholécystectomie...		Livres nouveaux.....	279
Les complications chirurgicales de l'ascaridiose.....		Bibliographie médicale.....	279
Notes de thérapeutique: le stovarsol.....		Thérapeutique pratique.....	283
L'accouchement indolore: état actuel de la question.....		Nouvelles.....	284
Les méfaits pathologiques des oxyures et lombrics.....			
Que devient l'entérite muco-membraneuse?.....		SUPPLÉMENT	
Les gazés à Saint-Honoré-les-Bains.....		La vie privée dans une ville de province à la fin du XVIII <sup>e</sup> siècle.....	225
Electrothérapie (traitement des anévrysmes et des artérites oblitérantes).....		Voyages en Touraine inconnue (suite).....	228
La loi et son application.....		Problèmes musicaux.....	241
Chronique fiscale: justifications fiscales.....		Noël de riches.....	243
Académie de Médecine: communication du docteur Calot.....		Chronique de l'Ecran.....	244
Amicale des Médecins de Bretagne.....		Chronique sportive.....	245
		Livres nouveaux.....	246
		Revue des Livres.....	248
		Correspondance (réponses aux questions fiscales).....	252
		Tribune professionnelle.....	253
		Variations mensuelles du cours des changes.....	254
		Causerie financière.....	255
		Memento thérapeutique.....	256

La reproduction des articles de la Gazette médicale du Centre et de la Gazette médicale de Bretagne n'est autorisée qu'avec indication d'origine et du nom de l'auteur.  
Les articles que publient les Gazette médicale du Centre et Gazette médicale de Bretagne représentent, étant donnée l'entière indépendance de ces Revues, les opinions les plus diverses: aussi n'engagent-ils jamais les Gazettes, mais seulement leurs auteurs.  
Les manuscrits insérés ou non ne sont pas rendus.

# SANTALOL - HEXAMÉTHYLÈNE-TÉTRAMINE - SALOL

# EUMICTINE

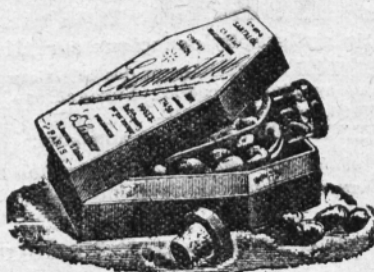
## ANTIGONOCOCCIQUE

## DIURÉTIQUE - ANALGÉSIQUE - ANTISEPTIQUE

**BLENNORRAGIE**

**CYSTITES**

**NÉPHRITES**



8 à 10 Capsules par jour.

**PYÉLITES**

**PYÉLO-NÉPHRITES**

**PYURIES**

Échantillons sur demande à MM. les Médecins

**LABORATOIRES du D<sup>r</sup> M. LEPRINCE, 62, Rue de la Tour, PARIS (16<sup>e</sup>)**

Laboratoires FOURNIER FRÈRES  
26, Boulevard de l'Hôpital, PARIS (5<sup>e</sup>)

# LES ENDOCRISINES

EXTRAITS OPOTHÉRAPIQUES TOTAUX

TOUTES glandes, tissus, organes, utilisés en opothérapie

**BIOLACTYL**

Cachets: Thyroïde, Ovaire, Hypophyse, Orchitine, Surrenale,  
Foie, Rein, Mamelle, Rate, Pancréas, Thymus,  
Moelle osseuse, Placenta, Parathyroïde.

**BILEYL**

Comprimés: Thyroïde, Ovaire, Surrenale, Hypophyse, Orchitine,  
Pluriglandulaires M,  
Pluriglandulaires F

**PELOSPANINES**

Ampoules: Thyroïde, Ovaire, Hypophyse, Orchitine, Surrenale,  
Hypophyse lobe postérieur,  
SHA. (hypophyse, surrenale, adréaline)

**CYTOTROPINES**

Associations: Pluriglandulaires M (sexe masculin)  
Pluriglandulaires F (sexe féminin)

Dose moyenne : 1 à 3 cachets par jour

Téléphone : 2.82

## VILLA LUNIER (BLOIS)

CONSACRÉE AUX MALADIES MENTALES

Cet établissement, fondé en 1860 par l'éminent D<sup>r</sup> LUNIER, sis sur un plateau salubre à la périphérie de la ville à 1.500 mètres de la gare, se trouve au milieu d'un parc magnifique de 11 hectares.

Il comporte toutes les commodités modernes et les divers moyens de traitements classiques. Un laboratoire bien outillé permet la plupart des examens biologiques nécessaires. Les pensionnaires y sont soignés par des religieuses qui ont sous leur direction des infirmiers et des infirmières laïques. Le service médical est assuré par un médecin en chef, directeur, le D<sup>r</sup> M. OLIVIER, assisté d'internes.

Le prix de pension varie de 300 fr. par mois à 800 fr. selon les classes; le prix des pavillons particuliers oscille entre 1.500 fr. et 2.500 fr.

# VACCINS ATOXIQUES STABILISÉS

Adoptés par les Hôpitaux de Paris

## NÉO DMEGON

Vaccin antigonococcique curatif

INDICATIONS : Blennorrhagie et ses complications, Affections gynécologiques, etc.

PRÉSENTATION : Boîtes de 2 et 6 ampoules.

## NÉO DMESTA

Vaccin antistaphylococcique curatif

INDICATIONS : Traitement des affections dues au Staphylocoque : Furunculose, Abscès, Dermatitis, etc.

PRÉSENTATION : Boîte de 6 ampoules.

## NÉO DMETYS

Vaccin anticoquelucheux curatif

INDICATIONS : Coqueluche à toutes ses périodes.

PRÉSENTATION : Boîte de 6 ampoules.

Nos Néo-Vaccins représentent une simplification de la présentation et de la technique d'injection des anciens Vaccins de même nom.

Littérature franco sur demande

LES ÉTABLISSEMENTS POULENC FRÈRES

86 et 92, Rue Vieille-du-Temple — PARIS (3<sup>e</sup>)

R. C. Paris 5386.



# COLLABORATEURS DES STATIONS HYDROMINÉRALES, CLIMATIQUES & BALNÉAIRES

## I — Stations Hydrominérales

Aix-les-Bains ....	{ CHESNEAU DARDEL
Arles-Thermes....	{ BONAFOUS BOYER
Bagnères-de-Bigorre	{ BENEZECH DE VILLEJENTE
Bagnoles-de-l'Orne..	{ HÜGEL LOUYEL PETIT QUISENE
Barèges.....	ROBINE
Biarritz.....	{ ANDRÉ CLAISSE DAUSSET
Bourbon-Lancy ..	{ COMPIN PIATOT
Bourbon-l'Archambault	TRIGER
Bourbonne-les-Bains...	GAY
Brides.....	d'Arbois de Jubainville
Capvern.....	POUY
Cauterets.....	{ ARMENGAUD CORONÉ FLURIN

Châtel-Guyon....	{ AINÉ BROUSSE MATIONON RIBEROLLES Saint-René Bonnet
Chaudesaigues...	BESSON
Contrexéville....	SCHNEIDER
Divonne.....	N. VIEUX
Eaux-Bonnes.....	SEMPÉ
Evaux-les-Bains.	GRUZU
Evian.....	{ LÉVY-DARRAS SOULIER
La Bourboule....	{ BOUDRY EYRAUD-DECHAUX JUMON PIERRET RONGIER VALLETTE
La Preste.....	LABAN
La Roche-Posay..	{ BARDET RAGAINÉ TESTUT
Lamalou.....	{ CAUVY FAURE BAQUÉ DUTECH GERMÉS MOLINÉRY PELON
Luchon.....	PIERRHUGUES
Luxeuil.....	SOULHÉ
Miers.....	SOULHÉ

Mont-Dore.....	{ GUÉRIN de Sossolonde DE MASCAREL PERPÈRE DESEURE MACÉ DE LÉPINAY
Nérès.....	FÉLIX BERNARD
Plombières.....	HYVERT
Pougues.....	{ HÉITZ MOUGEOT RICHARD ROCHER
Royat.....	BOITEUX
Sail-les-Bains...	DUHOT
Saint-Amand-les-Eaux.	MALLEIN
Saint-Gervais....	COMOY
Saint-Honoré....	{ SÉGARD SILVESTRE
Saint-Nectaire...	SÉRANE SIGURET
Saint-Sauveur...	MACREZ
Salies-de-Béarn...	{ COLLARD-HUARD DAVID RAYNAUD BOUTILLIER
Uriage.....	{ DE FOSSEY GLÉNARD
Vichy.....	AMBLARD
Vittel.....	GUYONNEAU

## II. — Stations Climatiques

Berck-sur-Mer..	{ CALOT CALVÉ
Cambo-les-Bains.	{ COLBERT Jean TROTOT
Cannes.....	{ BAYLE CARUETTE
Hyères.....	PIERRHUGUES
Le Croisic.....	FALLIÈS
Menton.....	{ COUBARD MATURIÉ
Nice.....	{ LABAN NACHMANN SOULIER
Saujon.....	Robert DUBOIS

## III. — Stations Balnéaires

Biarritz.....	ANDRÉ CLAISSE
Châtel-Aillon...	BARRAUD
La Baule.....	MOREAU-DEFARGE
Education physique (Stade de l'Océan)	

Nos abonnés, en se recommandant de notre Revue, trouveront toujours le meilleur accueil auprès de nos correspondants des stations hydro-minérales, climatiques et balnéaires, pour tous renseignements médicaux qu'ils désireraient demander.

## CHIRURGIE BILIAIRE

# Les Opérations précoces sur la Vésicule

## Indications de la Cholécystostomie et de la Cholécystectomie

Par VICTOR PAUCHET,

Chirurgien de l'Hôpital Saint-Michel (Paris).

La thérapeutique varie avec l'expérience et le tempérament du chirurgien ou du médecin. Médecin et chirurgien sont interventionnistes ou non interventionnistes suivant les résultats qu'ils ont obtenus. Le médecin qui confie ses malades à un chirurgien lequel réussit devient généralement interventionniste et, inversement, le médecin dont les malades ont à redouter un bistouri malheureux se garde de faire opérer ses patients. La bénignité opératoire justifie la précocité des interventions. Il y a des médecins ou des chirurgiens qui conseillent l'opération dès la première crise de cholécystite, d'autres qui attendent plusieurs crises avant de se décider.

Si je plaide pour les opérations précoces, c'est pour les raisons suivantes :

- Chaque crise vésiculaire diminue la résistance du sujet; chaque poussée inflammatoire diminue sa vitalité et altère les organes à sécrétions internes (foie, reins);
- L'opération précoce est facile et bénigne;
- L'opération précoce, en cas de calcul vésiculaire, ne laisse pas à ce dernier le temps de tomber et de s'arrêter

dans le cholédoque, ce qui transforme une opération bénigne (cholécystectomie) en une opération sérieuse (cholécotomie).

Attendre qu'un calcul passe dans le cholédoque ou produise l'ictère pour l'enlever, est aussi absurde que d'attendre qu'une maison brûle pour s'assurer.

La question est souvent complexe. Les manifestations cliniques sont multiples. L'existence de l'infection ne pèse pas assez lourdement sur la décision de nos confrères. Certains malades, soumis à un régime sévère, restent quelques années sans crises. Cet exemple encourage peu médecins et malades à recourir à l'opération. Pourtant, pendant cette période de guérison apparente, l'infection est latente, l'opération inoffensive, mais cette infection risque un jour ou l'autre de provoquer des accidents graves.

Les infections de la vésicule. — A l'opération, tous les types des infections vésiculaires sont constatés : depuis l'angiocholécystite catarrhale, simple inflammation de la vésicule biliaire et des canaux biliaires, jusqu'à la gan-

grène de la vésicule, avec perforation et péritonite généralisée.

Fréquemment, le processus infectieux s'étend aux organes du voisinage et produit des adhérences entre la vésicule, le pylore, le duodénum, le grand épiploon, et cause une inflammation du ligament gastro-hépatique et de la tête du pancréas.

Si vous enlevez une vésicule à cette période, ou bien si

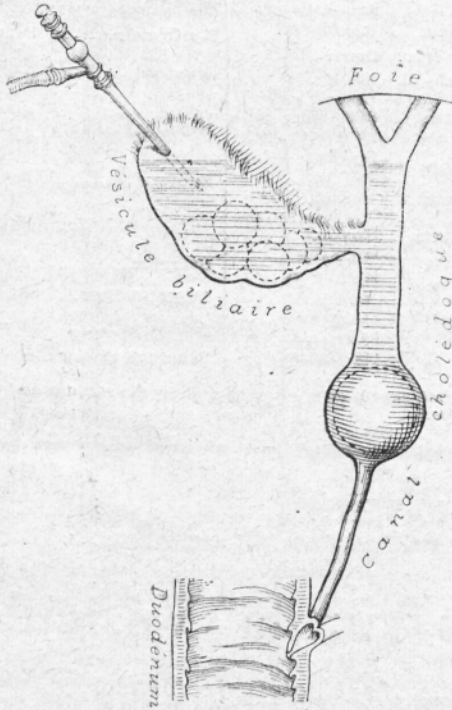


FIG. 1. — Rétention biliaire par lithiase du cholédoque chez un sujet intoxiqué par négligence thérapeutique (pouls 100, oligurie, teint vert bronzé, foie gros, facies asthénique).

Création d'une stomie. Calcul du cholédoque, vésicule distendue et communiquant avec la partie distendue du canal excréteur. Ponction des voies biliaires par la vésicule (1).

vous faites la captation de la bile par l'intermédiaire du tube duodénal, vous constatez que ce liquide est clair ou nuageux, parce qu'il renferme du mucus ou du pus.

Au fur et à mesure que l'exsudat inflammatoire augmente, la vésicule biliaire se distend et peut éclater. Le palper abdominal est douloureux. Peu à peu le col se distend, fait que les pierres accumulées dans le fond permettent à la bile de passer dans le cholédoque. Le contenu infecté file par le cystique dans les voies biliaires principales. Cette crise est toujours constatée par le médecin.

A la suite de cette crise, un calcul peut s'enclaver dans le canal cystique. Cette pierre peut dilater l'orifice de communication entre le cholédoque et le cystique et la vésicule distendue se vide encore de son contenu infecté dans le cholédoque où elle transporte l'infection. L'obstruction et la dilatation des voies principales créent une

situation toujours grave. L'infection est le facteur dominant des calculs et les calculs favorisent l'infection. Sans infection, pas de calculs. C'est l'infection des voies biliaires qui cause tous les accidents. C'est contre l'infection que l'opération doit agir.

L'opération systématique est acceptée depuis trente ans pour l'appendicite; quelle que soit l'existence ou la possibilité de l'inflammation appendiculaire, personne n'hésite

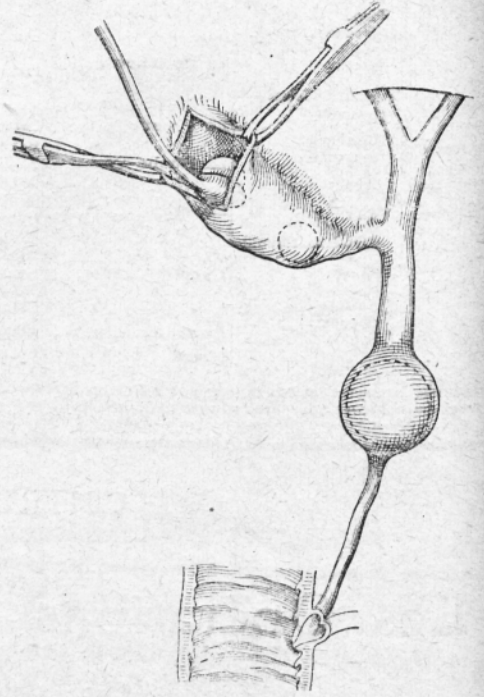


FIG. 2. — Rétention biliaire par lithiase du cholédoque chez un sujet intoxiqué (pouls 100, oligurie, teint vert bronzé, foie gros, facies asthénique).

Création d'une stomie. L'opérateur enlève les calculs qui se présentent. Il évite de faire saigner la muqueuse et s'abstient de toute manœuvre étendue d'exploration.

à faire l'appendicectomie. L'esprit du public est fait à cette idée que l'opération ne fait courir aucun danger.

Si, pour la vésicule biliaire, le médecin ne prend pas la même précaution, c'est parce que le tableau clinique est moins dramatique, les accidents moins graves, le danger moins apparent, mais pourtant réel. Indépendamment des accidents immédiats, l'infection vésiculaire diminue le rendement de l'individu et le menace d'une opération grave au lieu d'une opération bénigne. Le jour où le calcul et l'infection descendent dans le cholédoque, les risques opératoires ne sont plus les mêmes. Il faudra exécuter une opération de grande chirurgie qui menacera les jours du malade.

Certes, il y a quelques cas d'infection vésiculaire qui guérissent d'une façon définitive et sans opération. Il y a aussi des appendicites aiguës qui guérissent d'une façon définitive; ce ne sont pas ces cas exceptionnels qui doivent diriger notre conduite. Il faut mettre en parallèle les éventualités graves et la bénignité actuelle des interventions biliaires précoces.

(1) Cette figure et les suivantes sont extraites de la *Pratique chirurgicale illustrée*, fasc. IV, 2<sup>e</sup> édition, par VICTOR PAUGET (chez Doin, éditeur).

# Hémostyl

Du Dr.

Anémies

**ROUSSEL**

Hémorragies

## SÉRUM HÉMOPOÏÉTIQUE FRAIS DE CHEVAL

Flacons-ampoules  
de 10<sup>cc</sup> de Sérum pur

A) Sérothérapie spécifique  
des ANÉMIES (Carnot)

B) Tous autres emplois  
du Sérum de Chedal :  
HÉMORRAGIES (P.E. Weill)  
PANSEMENTS (R. Petit)

Sirop ou Comprimés  
de sang hémo-poïétique  
total

ANÉMIES  
CONVALESCENCES  
TUBERCULOSE, etc.

*Echantillons, Littérature*

21 RUE D'AUMALE PARIS



La cholécotomie est sérieuse; elle fait courir 5 à 10 % de risques entre les mains des bons chirurgiens. L'ablation de la vésicule est presque inoffensive (1 mort sur 200 opérés). De plus, chaque crise provoque une diminution de l'individu et crée des accidents gastriques, de l'infection intermittente, de la dépression générale, etc.

Le but du médecin devrait être d'éviter la migration des pierres vers le cholédoque. Cette migration entraîne la possibilité d'une rétention biliaire et d'une infection

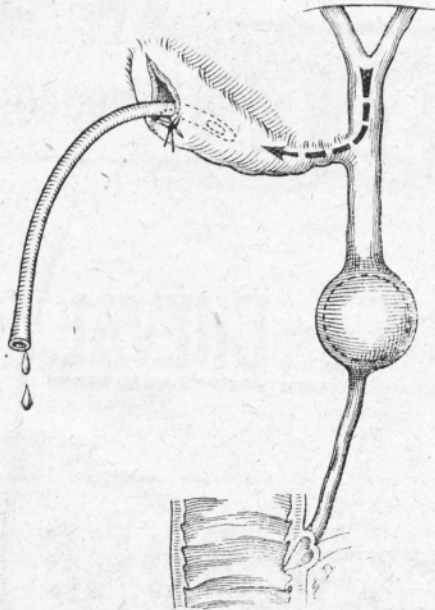


FIG. 3. — Rétention biliaire par lithiase du cholédoque chez un sujet intoxiqué (pouls 100, oligurie, teint vert bronzé, foie gros, facies asthénique).

Création d'une stomie. Les calculs vésiculaires ont été enlevés. La bile s'écoule, car le canal cystique est libre. Drainage vésiculaire. L'opérateur s'abstient d'explorer les voies biliaires pour reconnaître la présence d'un calcul du cholédoque.

grave. C'est en pensant à cette complication que le chirurgien devra donner un conseil au malade.

Il y a deux types cliniques de calcul cholédocien :

a) *Le type latent.* — L'individu est en bonne santé apparente; pas de fièvre, pas d'ictère; les selles sont colorées. Le sujet est capable de travailler; de temps en temps il a bien une petite indigestion, les yeux un peu jaunes, une température de 37°,8. Son cholédoque n'est pas complètement obstrué; la bile passe à côté de la pierre. La bile est en quantité suffisante pour maintenir la fonction du foie pendant la digestion et pour éviter la jaunisse. Le malade va de temps en temps à Vichy et trouve sa vie acceptable. Un beau jour l'infection survient et laisse, chaque fois, l'individu plus diminué.

b) *Le type aigu.* — Le cholédoque se bloque, l'infection, la jaunisse, l'intoxication apparaissent. La mort, sans opération, est rapide et fatale. Il n'y a qu'un malade sur trois qui, porteur d'un calcul du cholédoque, présente de l'ictère; les deux tiers des porteurs de calculs ont de

l'oblitération du cholédoque sans jaunisse et devraient être opérés sans retard.

Le type aigu détermine une douleur violente, de la fièvre, l'ictère, des frissons et des selles décolorées. Le sujet maigrit. Le médecin fait opérer le patient, mais le pronostic est grave. Au lieu de 1 pour 200 de risques, faut compter 15 ou 20 pour 100. Cette gravité est due à ce que le malade et le confrère n'ont pas su se décider à temps.

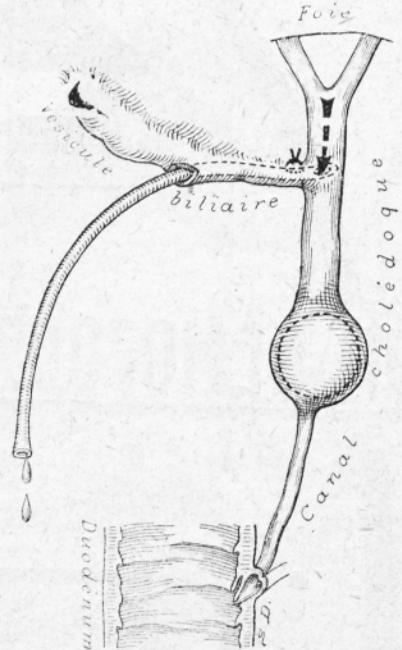


FIG. 4. — Rétention biliaire par lithiase du cholédoque chez un sujet intoxiqué (pouls 100, oligurie, teint vert bronzé, foie gros, facies asthénique).

Création d'une stomie. La vésicule rétractée est vide. L'opérateur, en la saisissant, l'a rompue. Écoulement de bile prouvant que le canal cystique est perméable. Une sonde de Nélaton a été introduite dans les voies biliaires. S'abstenir d'explorer celles-ci.

**CONCLUSION.** — L'infection est le point de départ de la cholécystite. La cholécystite calculeuse est toujours chirurgicale. La cholédocolithiase est une complication de la cholécystite. Tout calcul vésiculaire diagnostiqué sera opéré. Tout calcul du cholédoque soupçonné sera opéré.

**Indications de chaque intervention.** — Dans ces dernières années, diverses manœuvres se sont montrées utiles au diagnostic et à la thérapeutique: la radiographie, le tubage duodénal d'Einhorn, l'injection de lipiodol dans les fistules biliaires (cette injection permet de suivre le trajet des fistules, la direction des conduits biliaires et la présence des calculs), la transfusion du sang qui évite les hémorragies et le shock hépatique, l'anesthésie locale qui diminue les risques d'insuffisance du foie, l'instillation rectale d'eau sucrée avant et après les opérations, l'usage de l'aspirateur au cours de l'opération pour vider la vésicule de son liquide et attirer les petits calculs du cholédoque et de l'hépatique.

# LE DIDIAL (hypnotique - analgésique)

Si le DIDIAL est le meilleur hypnotique à opposer à l'insomnie simple, il est souvent insuffisant dans l'insomnie douloureuse.

Le DIDIAL trouve là son indication.

Il doit être prescrit aux malades qui ne dorment pas parce qu'ils souffrent : blessés, opérés, sciatique, névralgie, cancer. Il permet, chez ces sujets, de diminuer la morphine et souvent de la supprimer tout à fait. Ne renfermant qu'une dose très faible de dérivé opiacé, il n'a aucun des inconvénients de la morphine et de l'opium.

*Comprimés : un ou deux le soir.*

Laboratoires CIBA

O. ROLLAND, 1, Place Morand, LYON

## ENROUEMENT



## EUPHON

SIROP ET PASTILLES

*Aconit 0.02. Coca 0.20. Formate Sodique 5%  
2 à 3 cuill. à dessert par jour ou 15 Pastilles.*

Laboratoires MAYOLY SPINDLER  
1 Place Victor Hugo, PARIS - (XVI<sup>e</sup>)  
R.C. Seine 233 927 - Tél. Passy 51-12

## PÉRUBORE

comprimés

*Baume du Pérou. Essences antiseptiques. Borate + Soude*

POUR INHALATIONS

## NEZ ET GORGE

*1 ou 2 comprimés par Inhalation*

Laboratoires MAYOLY SPINDLER  
1 Place Victor Hugo, PARIS - (XVI<sup>e</sup>)  
R.C. Seine 233 927 - Tél. Passy 51-12

## Produits Spéciaux des Laboratoires A. LUMIÈRE

PARIS : 3, rue Paul-Dubois - LYON : Marius SESTIER, pharmacien, 9, cours de la Liberté

### CRYOGÉNINE LUMIÈRE

Antipyrétique et Analgésique. Pas de contre-indications. 1 à 2 gr. par jour

### BOROSODINE LUMIÈRE

Calmant-Antispasmodique  
ADULTES : Solution, 1 à 2 cuill. à café par jour.  
ENFANTS : Sirop, 1/2 à 4 cuill. à café par jour.

### PERSODINE LUMIÈRE

Dans tous les cas d'anorexie et d'inappétence.

### HÉMOPLASE LUMIÈRE

Médication énergique de toutes les déchéances organiques  
Voie buccale..... : CACHETS - DRAGÉES - GRANULÉ  
Voie hypodermique : AMPOULES DE 10 CENT. CUBES

### RHÉANTINE LUMIÈRE

Vaccinothérapie par voie gastro-intestinale des urétrites aiguës et chroniques et des divers états blennorrhagiques

### TULLE GRAS LUMIÈRE

Pour le traitement des plaies cutanées. Evite l'adhérence des pansements, se détache aisément sans douleur ni hémorragie Active les cicatrisations.

### CRYPTARGOL LUMIÈRE

Nouveau composé argentique pour l'antisepsie gastro-intestinale  
ADULTES : 4 à 6 pilules par jour.  
ENFANTS : 1 à 4 cuill. à café de sirop par jour.

### ENTÉROVACCIN LUMIÈRE

Antitypho-colique polyvalent.  
Pour immunisation et traitement de la fièvre typhoïde.

Quelques chirurgiens discutent sur la valeur de telle ou telle opération : cholécystostomie, cholécystectomie, cholécysto-gastrostomie. Ces discussions sont inutiles. Chaque opération a ses indications précises ; l'essentiel est de guérir le malade, quitte à lui imposer deux opérations au lieu d'une, quitte à allonger sa convalescence, car il vaut mieux guérir un malade en deux fois que de le tuer en une ; il vaut mieux le guérir en six mois que de le tuer en deux jours.

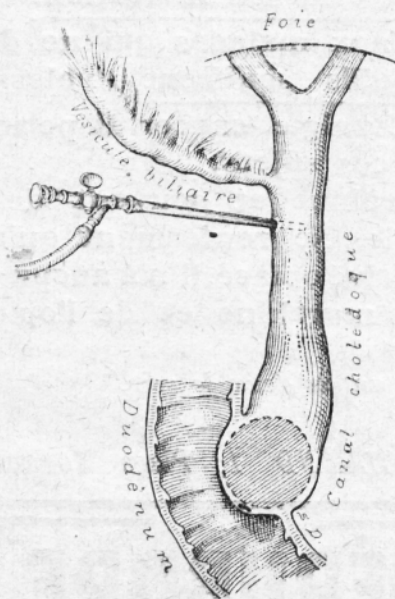


FIG. 5. — Rétention biliaire par lithiasse du cholédoque chez un sujet intoxiqué (pouls 100, oligurie, teint vert bronzé, foie gros, facies asthénique).

Création d'une stomie. La vésicule est rétractée. L'opérateur recherche, sur le cholédoque, le point où celui-ci est distendu. Il ponctionne le canal et le vide.

Voyons les principales indications qui conviennent à chacune de ces opérations :

1° *Cholécystostomie*. — Elle sera faite : a) dans toutes les opérations « à chaud » ; b) chaque fois que la cholécystectomie est difficile et risque d'entraîner des lésions opératoires du côté du foie ou de l'intestin.

Toute crise de *cholécystite aiguë* sera opérée d'urgence ; la seule opération faite alors sera la cholécystostomie, que la vésicule contienne du pus, des calculs, du mucus, peu importe. Si le canal cystique est oblitéré, il est possible que la vésicule s'atrophie et qu'une seconde intervention soit inutile. Si une fistule biliaire persiste, cela tient à l'existence de la pancréatite, et alors le drainage biliaire est utile, ou à l'existence d'un calcul qui est révélé par l'injection de lipiodol.

Dans tous les cas d'*angio-cholite* avec température, faiblesse générale, traduisant une légère toxémie infectieuse, c'est toujours au drainage vésiculaire que le chirurgien aura recours ; si, par la suite, l'injection de lipiodol montre qu'il existe des calculs, il suffira de réintervenir et faire une cholédocotomie secondaire.

Dans le cas de *cholécystite catarrhale* avec cholécyste volumineux, distendu, même s'il n'y a pas de fièvre, il est préférable de faire la cholécystostomie plutôt que la cholécystectomie. Un drainage de quelques semaines pourra être utile au malade. La pancréatite, si elle existe, disparaîtra de ce fait.

En résumé, chaque fois qu'il y aura des accidents graves, chaque fois qu'il y aura infection aiguë, subaiguë ou chronique, il sera préférable de drainer la vésicule si ce

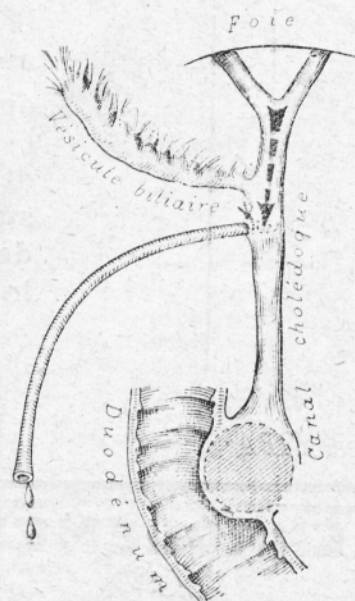


FIG. 6. — Rétention biliaire par lithiasse du cholédoque chez un sujet intoxiqué (pouls 100, oligurie, teint vert bronzé, foie gros, facies asthénique).

Création d'une stomie. Au niveau du trou de ponction légèrement agrandi, une sonde Nélaton est introduite.

accidents semblent s'accompagner d'une inflammation du pancréas ou des voies biliaires principales. La cholécystostomie est encore indiquée dans les cas de *cholécystite gangréneuse*. L'opérateur ouvre la vésicule, la vide et la draine. Il l'entoure d'un lit de compresses imbibées de sérum antigangréneux. Quelques débris pariétaux de la vésicule s'éliminent ; l'opération est inoffensive. La cholécystectomie, dans ces cas, est grave ; elle fait saigner le malade et accroît souvent les accidents infectieux.

2° *Cholécystectomie totale ou partielle*. — Elle est indiquée soit d'emblée dans tous les cas de *cholécystite calculeuse*, longtemps après la poussée aiguë, quand il n'existe aucun calcul dans le cholédoque et quand la pancréatite est nulle ou légère. En cas de doute, faire encore une cholécystostomie.

Pour peu qu'il y ait des difficultés sérieuses dans l'exécution de la cholécystectomie totale, par suite des adhérences au foie ou à l'intestin, si le chirurgien risque de laisser la fossette vésiculaire du foie dénudée et saignante, il ne pratiquera qu'une *cholécystectomie partielle* ; il enlèvera la paroi inférieure de la vésicule et laissera la paroi supérieure adhérente au foie, après l'avoir grattée à la cu-



rette. S'il y a des adhérences intimes avec le duodénum ou le côlon, il est préférable de n'enlever que les parties libérées de la vésicule; le reste sera étalé, curetté et drainé. La « guenille vésiculaire » s'atrophiera.

3° *Cholécystectomie*. — Lorsque la vésicule sera profondément située, quand le sujet sera obèse, il faudra se contenter d'une simple cholécystostomie: inciser la vésicule, y placer un drain et tamponner autour de ce tube. Les

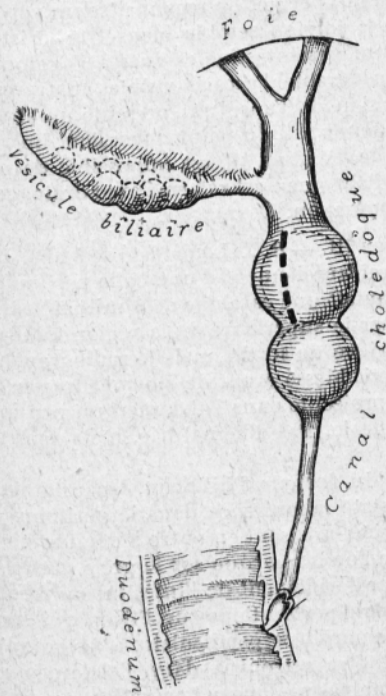


Fig. 7. — Rétention biliaire par lithiase du cholédoque chez un sujet intoxiqué (pouls 100, oligurie, teint vert bronzé, foie gros, facies asthénique).

Création d'une stomie. La vésicule rétractée contient quelques calculs; le cholédoque est distendu exactement au niveau du carré-four. Pour ponctionner et drainer le cholédoque, un calcul gêne. L'opérateur incise le canal sur la saillie du calcul.

mèches seront enlevées secondairement. La fistule secondaire existera ou fera défaut, suivant les circonstances indiquées précédemment.

4° *Cholécysto-gastrostomie*. — Elle a été employée suivant deux indications différentes: soit en cas de cancer du pancréas, alors c'est l'opération optima, qui procure quelques mois de survie et fait disparaître l'ictère. C'est un drainage fermé de la vésicule qui évite la fistule extérieure, ou bien elle sert à drainer une vésicule non stérile pour cacher la fistule et utiliser la bile sécrétée. Les résultats que nous avons obtenus n'ont pas été favorables et nous avons renoncé à cette méthode. Il nous est arrivé même de supprimer des vésicules pour fistules cholécystiques créées par le chirurgien. La guérison complète est survenue après l'opération.

5° Au cours de l'opération de la cholédocotomie, il est nécessaire d'enlever la vésicule quand celle-ci est bourrée de calculs. Quand elle est atrophiée et ne contient pas de

calculs, cette résection est inutile. Quand elle renferme un ou deux petits calculs, il suffit de l'ouvrir et de la curetter. En principe, ne pas pratiquer une cholécystectomie chez un sujet ictérique si la vésicule ne se laisse pas amener sans effort et sans dénuder le foie. La dénudation du foie peut entraîner un saignement prolongé, porte ouverte à l'infection.

L'extirpation de la vésicule au cours de la cholédocotomie est indiquée quand son dépouillement est facile et

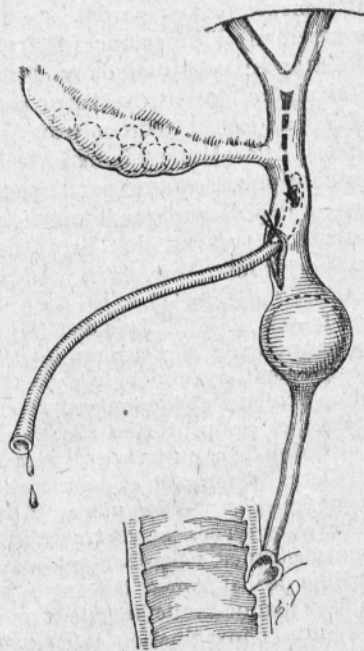


Fig. 8. — Rétention biliaire par lithiase du cholédoque chez un sujet intoxiqué (pouls 100, oligurie, teint vert bronzé, foie gros, facies asthénique).

Création d'une stomie. Par l'orifice qui a servi à l'ablation du calcul, une sonde de Nélaton est introduite.

N. B. — L'extirpation du calcul cholédocien laissé en place ne sera faite qu'après disparition de l'ictère et amélioration de l'état général.

qu'une lame celluleuse lâche sépare la vésicule du foie. Elle sera laissée si elle doit venir difficilement. Si elle est calculeuse, elle sera ouverte et étalée. Chez un sujet ictérique, il ne faut point additionner les causes d'insuccès; l'ablation de la vésicule peut en être une. Son ouverture, sa résection partielle peuvent suffire.

EN RÉSUMÉ, après avoir pratiqué de nombreuses cholécystectomies en un temps, actuellement nous sommes de plus en plus sobre de cette intervention. Nous la pratiquons avec circonspection. Très souvent, nous avons recours maintenant à la cholécystostomie et à la cholécystectomie partielle et, si nous avions à résumer les indications de chacune de ces deux opérations, nous dirions:

Dans les cas d'urgence, dans les cas d'infection présente ou récente, faisons la cholécystostomie. Enlever une vésicule infectée pendant une poussée aiguë est une erreur.

# Complications chirurgicales de l'Ascaridiose

Par le Docteur DE LA MARNIERRE (de Brest),

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris.

La présence dans l'intestin d'ascaris en nombre souvent considérable n'est pas toujours combattue avec l'énergie souhaitable en raison des accidents graves, voire mortels, qui peuvent s'ensuivre. Les parents de l'enfant n'y attachent que rarement l'importance désirable, se contentant d'administrer au petit malade quelque vague vermifuge. Celui-ci n'a la plupart du temps pour effet que de déterminer l'évacuation de deux ou trois ascaris alors que l'intestin en est littéralement bourré, le développement des parasites continuant comme par le passé.

Nous avons eu depuis quelque temps l'occasion de voir plusieurs accidents graves de l'ascaridiose que nous voudrions rapporter ici.

OBSERVATION I. — A... Y..., âgée de 6 ans, est envoyée par son médecin pour signes d'occlusion intestinale qui s'est établie progressivement, ayant débuté il y a deux jours. L'enfant se plaint de douleurs abdominales, présente des vomissements verdâtres et ne peut rien absorber. Elle a rendu depuis quelque temps deux ou trois gros ascaris chaque jour. L'arrêt des matières est complet et on a constaté seulement l'émission de quelques gaz. L'enfant paraît très fatiguée, le faciès est tiré, les yeux cernés. Le ventre est ballonné, mais se laisse facilement déprimer, ne présentant pas de contracture nette. La palpation de l'abdomen fait surtout percevoir une masse dans la fosse iliaque droite, mobile et non douloureuse, simulant un boudin d'invagination intestinale. On élimine cependant celle-ci en raison de l'absence de méléna; le toucher rectal est de plus négatif et ne ramène pas de glaires sangui-nolentes. L'élimination d'ascaris les jours précédents peut, par contre, faire penser à la possibilité d'une occlusion par ces parasites sans que pourtant un diagnostic ferme soit porté. Le docteur Pouliquen et moi décidons l'intervention.

Après anesthésie au chloroforme, incision médiane sous-ombilicale, la main reconnaît rapidement, après ouverture du péritoine, la masse perçue à la palpation et qui est constituée par le cæcum bourré d'ascaris. Extériorisation de celui-ci. Ponction au bistouri du cæcum qui permet l'extraction d'une vingtaine de parasites enchevêtrés. Fermeture de l'intestin en deux plans, puis de l'abdomen sans drainage. Suites opératoires normales, on constate seulement le lendemain une assez forte élévation thermique. Avant le départ de la clinique, on institue un traitement énergique antiparasitaire.

OBSERVATION II. — Nous sommes appelé le 4 novembre à la campagne auprès d'une petite malade chez laquelle le médecin traitant a porté le diagnostic de péritonite appendiculaire. Le début de l'affection remonte à trois jours, caractérisé par une douleur subite dans l'abdomen au niveau de la fosse iliaque droite. Enfant très fatiguée présentant tous les signes d'une péritonite aiguë généralisée, avec vomissements fréquents. Le poulx est petit, incomptable.

En raison de la gravité du cas, nous pensons que l'anesthésie générale ne serait pas supportée. A la locale, incision de Mac-Burney. Liquide franchement louche dans le péritoine. L'appendice est facilement extériorisé et est absolument

normal, n'étant manifestement pas en cause. On administre alors quelques gouttes de chloroforme afin de pouvoir agrandir l'incision, ce qui permet de reconnaître un volvulus du grêle. La cause de la torsion semble bien être l'existence de deux véritables tumeurs intestinales dues à l'agglomération d'un nombre considérable d'ascaris visibles au travers de la paroi iléale. Détorsion de l'anse qui présente un aspect nettement gangréneux au niveau du point de torsion. En raison de l'état lamentable de l'enfant, il est impossible de pratiquer une résection et l'abdomen est refermé avec drainage. Mort le soir même de l'opération.

OBSERVATION III. — P... Louis, âgé de 8 ans. Le 7 mai 1923, est atteint accidentellement d'une balle par l'un de ses camarades qui maniait une carabine de 6 millimètres. La balle est entrée à la partie supérieure de la région lombaire droite. Il n'y a pas d'orifice de sortie, mais le radiographe chez qui on a mené le petit blessé avant de nous l'adresser a constaté la présence du projectile dans l'abdomen un peu à gauche de la région ombilicale. Pas d'hématurie, mais ventre ballonné et contracturé.

Avec l'aide du docteur Philippon, laparotomie sus-ombilicale; on constate la présence dans le péritoine de plusieurs ascaris, quelques-uns sont en outre à demi sortis par les perforations que l'on remarque sur le grêle. Les parasites sont évacués et, par dévidement de l'intestin, on reconnaît la présence de quatre perforations sur l'iléon qui sont aveuglées par un double surjet perpendiculaire à l'axe de l'intestin. La balle ne peut être retrouvée dans l'abdomen et il semble préférable de ne pas prolonger l'opération. Lavage de la cavité péritonéale à l'éther, puis fermeture de la paroi avec drainage. Suites normales malgré une suppuration de la paroi ayant déterminé une éventration dont la cure a été pratiquée il y a un mois.

L'intérêt de cette observation vient de la présence des ascaris libres dans la cavité péritonéale et qui avaient certainement contaminé la séreuse. De plus, les parasites qui sortaient à demi par les perforations du grêle ont joué manifestement un rôle néfaste, empêchant l'oblitération spontanée de ces orifices par contracture des fibres musculaires. Nous avons en outre la crainte que les nombreux ascaris demeurés dans le grêle n'eussent empêché la cicatrisation normale des perforations, car les exemples de rupture des sutures due à l'action de ces parasites sont loin d'être rares.

Si la guérison n'était survenue, il nous semble qu'on aurait pu incriminer, en partie tout au moins, la présence dans l'intestin de ces ascaris.

Il ressort de l'étude de ces observations que l'ascaridiose ne doit pas être considérée, comme on le fait parfois, comme une affection bénigne et que le traitement doit en être poursuivi avec énergie. Si les antiparasitaires habituels n'amènent pas l'expulsion de la totalité des ascaris, on peut avoir recours à l'huile chloroformée ou au thymol, ce dernier semblant bien être le médicament le plus actif dans le traitement de toutes les affections parasitaires de l'intestin.



## NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

# LE STOVARSOL

Par le Docteur TH. BONDOUY,

Professeur à l'École de Médecine de Tours,

Correspondant national de la Société de Gastro-Entérologie de Paris.

Les recherches de Fourneau, de Tréfouël et de Navarro, Martin ont montré que le plus actif des *acides arsiniques* sur les divers *trypanosomes* était l'*acide amino-phénol-arsinique*. Peu de temps après, Levaditi et Navarro-Martin étudièrent l'efficacité de ce nouveau composé dans la *syphilis expérimentale* et le sel de soude de cet acide fut essayé sous le numéro 189. Mais ce sel présente de graves inconvénients : il est très altérable et ses solutions deviennent rapidement toxiques. Fourneau prépara alors le dérivé acétylé : l'*acétyl-amino-phénylarsinique*, et le nouveau dérivé : le 190, fut désigné sous le nom de *stovarsol*. Le dérivé formylé du 189 est appelé *tréparsol* et nous dirons plus loin quelques mots de ses applications thérapeutiques.

**1<sup>o</sup> Action du stovarsol sur l'amibe dysentérique** (*Amœba dysenteriae*). — Les recherches de Levaditi ont établi l'action indiscutable du 190 de Fourneau sur le *trépô-nème* de Schaudinn. Peu après cette importante découverte, de nombreux chercheurs ont employé le *stovarsol* dans le traitement des *dysenteries à protozoaires*.

Le professeur Marchoux, de l'institut Pasteur, a bien mis en lumière l'action nocive de ce composé arsenical sur l'amibe dysentérique. Ce savant a expérimenté le *stovarsol* sur 59 porteurs de cette amibe pathogène et n'a compté que 2 succès. La drogue amène très rapidement la disparition des *kystes* amibiens et par suite la guérison des dysenteries qui avaient jusque-là résisté à plusieurs cures de chlorhydrate d'émétine. L'iodure double d'émétine et de bismuth préconisé par M. le professeur Carles (de Bordeaux), le *salvarsan* en tablettes ou par voie intraveineuse, toute la longue liste des anciens médicaments de la dysenterie amibienne (*ko-sam*, *ipéca à la Brésilienne*, pilules de Segond, etc.) avaient été employés chez tous ces malades sans résultat.

Delanoë, Marcel Léger et Nogue ont également appliqué avec succès le *stovarsol* dans le traitement de l'amibiase.

Pour Marcel Léger, le *stovarsol* a une action curative supérieure à celle des *novarsénobenzènes* et présente sur ceux-ci l'avantage d'être absorbé par la voie buccale. Le malade écrase le comprimé sous la dent ou le délaie dans un peu d'eau pour l'avalier. Marcel Léger recommande d'alterner ce traitement avec l'emploi de *petites doses de sulfate de soude* : trois jours de sulfate de soude, suivis de quatre jours de *stovarsol* (1 gramme). Ce traitement mixte doit être poursuivi pendant six semaines.

Le médecin-major Denœux a étudié avec soin l'action spécifique du *stovarsol* dans les entérites à protozoaires

(amibes dysentériques et flagellés : *Giardia*, *Trichomonas*, *Tetramitus*) et ce praticien a recueilli un certain nombre de cas d'*amibiase chronique* rapidement améliorés et guéris par cet intéressant produit.

Garin et Lépine, dans une magistrale étude de 208 cas d'*amibiase*, ont employé plusieurs arsenicaux dont le *stovarsol* dans les cas *émétino-résistants*, à la dose de 0<sup>g</sup>,75 par jour, par comprimés de 0<sup>g</sup>,25. Le traitement est administré pendant une semaine, cesse la semaine suivante et reprend la troisième semaine. Il est ensuite continué pendant un mois ou deux par la prise d'un comprimé de 0<sup>g</sup>,25 tous les deux jours.

Petzetakis fait remarquer que l'introduction du *stovarsol* dans le traitement de l'*amibiase* est la suite logique des travaux de Ravaut sur l'emploi des *arsénobenzènes* dans cette affection. Petzetakis a eu l'occasion de traiter par le *stovarsol* un grand nombre de malades atteints de *dysenterie amibienne*, de *lambliose* et de diverses autres *parasitoses intestinales*. Voici ses conclusions : le *stovarsol* constitue un excellent médicament pour le traitement des parasitoses intestinales. Il est, en général, bien supporté à la dose de 0<sup>g</sup>,50 à 1 gramme pour l'adulte par jour. Pour cet auteur, il est bien probable que le médicament possède une *action préventive* contre l'*amibiase* et il conseille de prendre le *stovarsol*, au cours des épidémies, au même titre que la quinine contre le paludisme.

Le *tréparsol*, dérivé formylé de l'*acide amino-phénylarsinique*, est, d'après M. Flandin, le composé arsenical le plus actif que nous possédions contre la dysenterie amibienne. Dans les formes aiguës, son association avec l'émétine permettrait, aux doses de 0<sup>g</sup>,50 à 1 gramme par jour chez l'adulte, d'obtenir des guérisons définitives.

**2<sup>o</sup> Action du stovarsol dans les diarrhées chroniques à Blastocystis hominis.** — D'après Salvador Mazza, on retrouve le *Blastocystis hominis*, dans les cas de diarrhée chronique, avec une fréquence considérable. Sur deux cents selles variées que l'auteur a examinées, il trouve le *Blastocystis* seul (50 %) ou associé (90 %).

A l'inverse de Goiffon, qui considère le *Blastocystis* comme une simple preuve de colite, Salvador Mazza attribue au parasite un certain rôle pathogène et le déclenchement de certaines diarrhées dysentériques. Pour Mazza, le traitement de choix est le *novarsénobenzol* à la dose de 0<sup>g</sup>,10, trois à quatre fois par jour, *per os*. Ce traitement doit s'effectuer par cure de dix à douze jours répétée une ou deux fois avec des intervalles de repos.

Le professeur E. Marchoux a observé 29 cas de diarrhées



rebelles dans les matières desquelles les *Blastocystis* pullulaient. Des doses très faibles de *stovarsol* ont tari la diarrhée et les malades ont rapidement guéri. Pour le professeur E. Marchoux, le *stovarsol* guérit la dysenterie amibienne et détruit les *Blastocystis*.

**3° Action du *stovarsol* dans le paludisme.** — M. Marchoux a mis nettement en relief la grande efficacité de ce produit dans le traitement du paludisme à *Plasmodium vivax*. Il emploie le *stovarsol* en comprimés (1 gramme par jour chez les adultes) ou en injections hypodermiques.

Valenti et Tomaselli en ont obtenu de bons résultats dans deux cas de fièvre intermittente, l'une du type quarte, l'autre du type tierce. Il ressort nettement des recherches de Marchoux et Cohen que le *stovarsol* est, contre le paludisme, au moins aussi actif que la quinine.

**4° Action du *stovarsol* sur *Giardia intestinalis* (*Lamblia intestinalis*).** — L'évolution de la colite à *lamblia* est extrêmement longue et rebelle; on retrouve des kystes dans les selles quatre à cinq ans après le début de l'affection. Mais, dans nos climats, il s'agit habituellement d'une forme de colite bénigne et légère, sans grand retentissement sur l'état général, prise le plus souvent pour de l'entéro-colite banale et soignée comme telle. Pour le docteur Gæhlinger (de Châtel-Guyon), *Giardia intestinalis* se trouve parfois en abondance extrême dans les selles de malades atteints d'entérite chronique, à allure banale, et pour lesquels toute la gamme thérapeutique est essayée sans succès.

Si le parasite peut se rencontrer dans le gros intestin, à tous les étages du côlon et du rectum où il peut provoquer des troubles dysentériques, son lieu d'élection est l'intestin grêle (jéjunum et iléon). Grâce au tubage duodénal, on a pu constater sa présence dans le duodénum.

E. Hollander, examinant le contenu duodénal chez 170 habitants de New-York City, relève 9 fois la présence notable de *Giardia intestinalis*. Trois de ces sujets reçurent trois injections de novarsénobenzol à des intervalles de trois à cinq jours; l'infection disparut dans deux cas. Dans un cas, on fit alterner les injections avec le lavage duodénal au sulfate de magnésie, l'absence de *Giardia* fut constatée lors des quatorze examens du contenu duodénal pratiqués au cours d'une période de six mois. Mais on sait que la disparition du parasite dans les selles est souvent transitoire. Il est bon de revenir plusieurs fois à la charge. Dans un cas soigné par Carnot et Harvier à l'hôpital Beaujon, la disparition des kystes de *Lamblia* s'est maintenue et les auteurs n'ont pas retrouvé de kystes trois mois après le traitement du novarsénobenzol.

Pour le professeur Marchoux, le *stovarsol* guérit certains cas de lambliaose et les améliore tous. Ces résultats heureux sont confirmés par Léon Bernard et Thomas (1).

Karl Westphall et Georgi n'ont pas trouvé de *giardias* dans le liquide duodénal des individus normaux, mais en

ont trouvé 3 fois dans les ictères simples et 3 fois dans les inflammations de la vésicule biliaire. Pour ces deux auteurs, il existe peut-être des relations pathogéniques entre les lamblia et certaines infections des voies biliaires.

La lambliaose vésiculaire n'a pas été signalée fréquemment en France. Carnot, Liebert et Gæhlinger en ont observé 2 cas. Tout récemment, Marcel Labbé, Fl. Nèpoux et Gavril ont publié un article fort intéressant sur cette localisation du parasite. Sur 85 tubages du duodénum pour des affections diverses, après épreuve de Meltzer-Lyon, les auteurs ont rencontré 7 fois le *Lamblia* dans la vésicule biliaire, soit une proportion élevée de 8,2 %. Le traitement ne leur a pas donné de résultats bien décisifs. On sait que ce flagellé résiste désespérément aux agents employés et la liste de ces diverses drogues est déjà fort longue (émétine, salicylate de bismuth, soufre, essence de térébenthine, novarsénobenzol, luargol, acide chlorhydrique, thymol, santoline, fougère mâle, urotropine, bleu de méthylène, naphтол). Marcel Labbé, Fl. Nèpoux et Gavril ont employé le *stovarsol* à la dose de 0,50 par jour. Pour les auteurs, « il importe de poursuivre jusqu'au bout la désinfestation, car le séjour du *lamblia* dans la vésicule, d'où il peut être déversé chaque jour dans l'intestin, est une cause continuelle de réinoculation ».

M<sup>me</sup> Panayotatou (d'Alexandrie) a obtenu la guérison, par le *stovarsol*, de deux cas de lambliaose et conclut de ses recherches que ce médicament rend de signalés services dans tous les cas de parasitisme intestinal.

**5° Action du *stovarsol* dans l'entérite bacillaire et dans les diarrhées des tuberculeux** — Léon Bernard, M. Salmon et M. Thomas ont montré récemment les bons effets du *stovarsol* dans le traitement de l'entérite bacillaire et des diarrhées des tuberculeux. Qu'il se soit agi de diarrhée tuberculeuse vraie ou de diarrhée de cause variée chez des tuberculeux, l'administration de *stovarsol* a amené, en général, immédiatement ou parfois après quelques jours de traitement, la disparition de la diarrhée. Dans les cas graves, le médicament a déterminé une action sédative et réconfortante.

L'association parasitisme intestinal et tuberculose est fréquente et a vivement attiré l'attention de MM. Léon Bernard, Salmon et Thomas. Dans une observation de MM. Léon Bernard et Thomas, on constate l'association d'une dysenterie à *Balantidium* et d'une tuberculose pulmonaire bilatérale. Les troubles intestinaux ont disparu à la suite de l'ingestion d'une dose totale de 17,50 de *stovarsol* (Bulletin Ac. Médecine, 24 juin 1924). M. Mélamet, à la Société de Médecine de Paris, établit une statistique où le parasitisme intestinal serait nettement constaté chez 40 % des tuberculeux pulmonaires. A Cade, Morenas et P. Ravault sont frappés par la fréquence relative des parasites intestinaux chez des tuberculeux atteints ou non de lésions pulmonaires, mais présentant tous des troubles et pour la plupart des lésions de l'intestin. Ces auteurs ont relevé trois observations où l'association du bacille de Koch et du *Lamblia intestinalis* était certaine. Les troubles intestinaux ont cédé au *stovarsol*. Pour Cade, Mo-

(1) On trouvera des détails fort intéressants sur la lambliaose dans l'article de M. le médecin-inspecteur Dopter, Paris médical, n° 45, 11 avril 1925.

renas et P. Ravault, le parasitisme prépare un terrain favorable au développement de la tuberculose et crée un point d'appel pour la tuberculisation de l'intestin (*Archives Mal. app. digestif et Mal. nutrition*, déc. 1925).

Nous devons insister ici sur un fait d'une importance capitale dans la pathogénie des colites à protozoaires. A l'examen microscopique des selles, on constate, dans l'immense majorité des cas, des associations parasitaires. Les recherches de ces dernières années ont établi la coexistence de certains *spirochètes* avec l'amibe dysentérique et le *Lamblia intestinalis*. Dans la dysenterie amibienne, il se produit souvent une infection secondaire par des *spirochètes*. En 1905, Troussaint et Simonin constatèrent la présence de *spirochètes* dans les selles de dysentériques coloniaux; en 1909 Doreau et en 1910 Rispal observèrent des cas de dysenterie spirillaire; en 1916, Ravaut signale l'association des *spirochètes* et des amibes et cette symbiose est fréquente. Les travaux de P. Teissier, Ch. Richet fils et Tanon, de Léger ont également mis en évidence la coexistence des amibes et des *spirochètes*. Dumont a décrit au cours des amibiases autochtones et coloniales et dans l'évolution des diarrhées chroniques un microbe spiralé. Les recherches de Delamare et de Lavergne ont montré que les *spirochètes* pouvaient s'unir aux bacilles fusiformes (symbiose fuso-spirochétaire), comme dans l'angine de Vincent, au niveau du gros intestin (il faut noter ici que le professeur Brumpt a rencontré des *spirochètes* dans un appendice opéré par A. Broca). La dysenterie amibienne, dans sa forme chronique, réalise un terrain favorable à l'infection fuso-spirochétaire. C'est en se basant sur ces constatations que Ravaut a préconisé le traitement de l'amibiase intestinale par le novarsénobenzol. L'emploi du stovarsol est également ici tout indiqué. D'ailleurs, on sait que la bronchite sanglante de Castellani, due à la présence d'un *spirochète* rebelle aux diverses médications, a été guérie par l'emploi du stovarsol. Le médecin-major P. Fontanel a notamment relaté la guérison d'un cas de cette affection par ce dérivé arsenical. J.-Ch. Roux a fort bien décrit des entérites à *Tetramitus Mesnili* et P. Le Noir et R. Deschiens ont étudié, en 1923, deux cas de diarrhée chronique avec infestation par *Chilomastix* (*Tetramitus Mesnili*); de 1922 à 1924, ces deux auteurs ont relevé 10 cas

de colites ou de diarrhées dysentériques avec infestations par le *Trichomonas intestinalis*. Or, le thérapeute a maintenant à sa portée, avec le stovarsol, un remède qui a fait ses preuves et qui nous paraît tout indiqué dans le traitement des diverses flagelloses intestinales.

## BIBLIOGRAPHIE

- E. MARCHOUX, Soc. de Pathol. exotique, 14 février 1923; *Paris médical*, n° 47, 22 nov. 1924.  
 DELANOË, *Maroc médical*, 15 mai 1923.  
 Marcel LÉGER et NOGUE, *Bulletin Soc. Pathol. exotique*, 17 juillet 1923.  
 PETZETAKIS, *Presse médicale*, 7 mars 1925.  
 DENOËUX, Soc. de Médecine d'Alep, 14 février 1925.  
 GARIN et LÉPINE, *Presse médicale*, n° 94.  
 FLANDIN, Soc. médicale Hôpitaux de Paris, 21 nov. 1924.  
 Salvador MAZZA, *la Prensa médica argentina*, n° 16, 10 nov. 1922.  
 VALENTI et TOMASELLI, *Il Policlino*, fasc. 36, p. 1159, 9 sept. 1924.  
 MARCHOUX et COHEN, *Soc. Biologie*, XCII, n° 3, pp. 132-133, 24 janvier 1925.  
 GÄHLINGER (de Châtel-Guyon), réunion de médecine et d'hygiène coloniales de Marseille, 13 juin 1923.  
 E. HOLLANDER, *Archives of Internat. Medicine*, 15 oct. 1923, vol. XXXII, n° 4, pp. 522-529.  
 P. CARNOT, HARVIER, FRIEDEL et LARDENNOIS, *les Colites* (Baillière et fils, éditeurs).  
 CARNOT, LIEBERT et GÄHLINGER, *Paris médical*, 16 mai 1925.  
 Marcel LABBÉ, FL. NEPVEUX et GAVRILA, *la Lamblia vésiculaire* (Soc. médic. des Hôpitaux, communication faite dans la séance du 13 nov. 1925).  
 PANAYOTATOU, Soc. de Thérapeutique, 11 nov. 1925.  
 LÉON BERNARD, M. SALMON et M. THOMAS, Société médicale des Hôpitaux, communication faite le 13 mars 1925.  
 DE LAVERGNE, *Symbiose fuso-spirochétaire et dysenterie* (*Paris médical*, 22 juin 1922).  
 DUMONT, *Paris médical*, 12 août 1922.  
 P. FONTANEL, Soc. médic., Hôp. Lyon, 3 juin 1924.  
 J.-Ch. ROUX, Société de Gastro-Entérologie de Paris, séance du 13 octobre 1924.  
 P. LE NOIR et R. DESCHIENS, *Archives des Maladies de l'Appareil digestif et de la Nutrition*, décembre 1924, p. 919.

# L'Æthone

est le plus puissant sédatif

de la **Toux** spasmodique

**Coqueluche, Toux des Tuberculeux**



# INJECTION CLIN STRYCHNO-PHOSPHARSINÉE

Injection Clin n° 596. { Glycérophosphate de soude 0 gr. 10  
Cacodylate de soude . . . . . 0 gr. 05  
Sulfate de strychnine . . . . . 1/2 milligr. }

Injection Clin n° 796.

{ Glycérophosphate de soude 0 gr. 10  
Cacodylate de soude . . . . . 0 gr. 05  
Sulfate de strychnine . . . . . 1 milligr. }

par c.c. || Boîtes de 6 et 12 ampoules de 1 c.c.

L'INJECTION CLIN STRYCHNO-PHOSPHARSINÉE réunit à doses thérapeutiques le phosphore, l'arsenic organique et la strychnine. Elle assure réellement, grâce à sa composition rationnelle et constante, la médication basée sur ces trois agents thérapeutiques.

Elle doit toujours être employée de préférence aux associations de glycérophosphate de soude et cacodylate de strychnine qui ne contiennent qu'une quantité infinitésimale d'acide cacodylique et ne doivent pas être comptées comme arsenicales.

**TONIQUE GÉNÉRAL du SYSTÈME NERVEUX, RECONSTITUANT, ANTIANÉMIQUE**

## GOUTTES CLIN STRYCHNO-PHOSPHARSINÉES

Réalisent la même médication par voie digestive.

LABORATOIRES CLIN - COMAR & C<sup>e</sup>, 20, Rue des Fossés-Saint-Jacques, PARIS.

1516

R. C. Seine : 78.026.

# VICHY-ÉTAT



Bien spécifier le nom

## VICHY CÉLESTINS

Arthritisme — Goutte — Rhumatisme  
Maladies des voies urinaires

## VICHY GRANDE GRILLE

Maladies du foie  
et de l'appareil biliaire

## VICHY HOPITAL

Affections de l'estomac et de l'intestin

R. C. (Paris) : 30.051.

Les Sinapismes, Vésicatoires, Ventouses, Cataplasmes sinapisés, Points de feu et la Teinture d'Iode sont remplacés avantageusement par

## LE RÉVULSIOR

révulsif idéal liquide, qui produit une révulsion intense et prolongée, ne contient aucun toxique, ne tache pas la peau.

Il est particulièrement indiqué dans les Affections de la Gorge, de la Trachée et des Bronches, Rhumatismes articulaires et musculaires.

Établissements PAULIN & BARRE

Docteurs en Pharmacie, 47, Rue Nationale, TOURS

ÉCHANTILLON SUR DEMANDE

Laboratoires F. VIGIER et R. HUERRE

Docteur ès Sciences, Pharmaciens

12, Boulevard Bonne-Nouvelle, PARIS

## TRAITEMENT DE LA SÉBORRÉE

Et surtout de l'Alopécie Séborrhéique  
chez l'homme et chez la femme

PAR

## L'ACÉTOSULFOL HUERRE

(Acétone - Tétrachlorure de Carbone  
Sulfure de Carbone - Soufre précipité)

ET PAR LES

Savons Vigier à l'Essence de Cadier  
et à l'Essence d'Oxycedre

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE SUR DEMANDE

## Dentition

## SIROP DELABARRE

Sirop sans narcotique.

Employé en frictions sur les gencives,  
il facilite la sortie des Dents et supprime  
tous les accidents de la première Dentition.

Exiger le nom de DELABARRE  
et le TIMBRE de l'UNION des FABRICANTS.

Établissements FUMOIZE, 78, Faub<sup>e</sup> St-Denis, Paris.



# L'ACCOUCHEMENT INDOLORE

## État actuel de la question

Par le Docteur BOIVIN (de Tours).

Nous entendons par accouchement indolore les procédés d'anesthésie ou d'analgésie qui visent à supprimer les douleurs du travail. Nous éliminons de cette étude les différents procédés d'anesthésie employés dans les interventions obstétricales, qui sont d'ailleurs les mêmes que ceux employés en chirurgie générale.

Certains médicaments nouveaux employés ces toutes dernières années redonnent à cette question un regain d'actualité.

L'enfantement est un acte physiologique douloureux. Être en douleurs est synonyme d'être en travail.

L'origine de ces douleurs est dans l'ouverture et l'amincissement du col, dans l'étirement et l'élongation des filets nerveux, dans les contractions répétées de l'utérus, dans des compressions à distance. L'origine est donc complexe.

Si beaucoup de femmes ont des douleurs supportables, vite oubliées, et sont sans appréhension pour l'avenir, si certaines même accouchent sans aucune douleur (on en cite quelques observations, et j'ai le souvenir d'une femme primipare qui accoucha en souriant sans proférer un cri), un certain nombre d'autres, même en dehors de toute dystocie, des nerveuses surtout, ont des douleurs de travail assez violentes, des douleurs lombaires qui scient les lombes, si redoutées des femmes.

Il est humain de chercher à les soulager, et l'on voudrait agir par des moyens plus positifs que des paroles d'encouragement et des exhortations à la patience. A l'encontre de Barnes, Gheam et de quelques autres, qui, par un puritanisme excessif, considèrent ces douleurs comme la rançon de l'œuvre de chair et la conséquence de l'anathème formulé dans la Genèse : *parires in dolore*, les accoucheurs depuis un siècle ont cherché les moyens d'atténuer ou de supprimer les douleurs du travail ; tel Deventer qui, par l'ingestion de pilules d'opium, aurait, en bon mari, rendu indolores les dix couches de sa propre femme.

Bien des méthodes ont été employées : d'abord des inhalations : éther, chloroforme (Simpson), bromure d'éthyle, chlorure d'éthyle, protoxyde d'azote ; des médicaments absorbés *per os* : bromures, chloral, véronal, luminal, etc. ; des injections : morphine-atropine, morphine-scopolamine ; des méthodes d'anesthésie locale : badigeonnage du col à la cocaïne à 4 à 5 %, injections de cocaïne dans le col, dans le périnée (Dolérís), la rachianesthésie plus tard (Dolérís, Potocki), et même l'hypnose (von Oettingen, Raessler, La Fontaine et Filassier, Liébaut).

De tout cet ensemble, nous ne retiendrons que les méthodes ayant eu une certaine vogue : la méthode des inhalations, la scopolamine-morphine en injection, la méthode à l'hémypnal *per os* ou par voie rectale, une des

dernières venues, l'analgésie au somnifène, enfin dans un autre ordre d'idées l'analgésie locale ou rachidienne.

Mais, avant de discuter dans leur valeur et leur danger ces différentes méthodes, envisageons quelles sont les qualités indispensables d'un bon analgésique du travail :

1° Il faut surtout et avant tout que la substance employée ne soit toxique ni pour la mère ni pour le fœtus, et que celui-ci après l'expulsion ne soit nullement incommodé ;

2° Il faut qu'il soit sans action ralentissante sur le travail ;

3° Il faut qu'il donne une atténuation nette et, si possible, une suppression complète de l'élément douleur pendant toute la durée du travail.

Une des plus anciennes méthodes et des plus faciles à employer en clientèle privée, et, peut-être, pas une des plus mauvaises, est la méthode de Simpson, mieux connue sous le nom de chloroforme à la reine, ainsi nommée parce que Simpson l'employa pour calmer les douleurs d'enfantement de son illustre cliente, la reine Victoria.

En pleine dilatation, au voisinage de cinq francs ou d'une petite paume, alors que les coliques deviennent très fortes, sur un épais mouchoir plié en cornet on verse quelques gouttes de chloroforme dès que la femme sent venir une colique, le masque vivement appliqué on fait faire trois ou quatre respirations profondes : la contraction est à peine perçue. Sitôt celle-ci terminée, on suspend l'anesthésique pour le reprendre au prochain avertissement et ainsi de suite, en escamotant, comme on l'a dit, les douleurs une à une. La dilatation se complète sans grande souffrance. On laisse se faire l'expulsion sans anesthésique, pour ménager les poussées volontaires de la femme, et pour le reprendre d'une façon plus continue et plus forte lors des dernières douleurs concassantes et déchirantes du franchissement de la vulve.

On peut ainsi donner de l'anesthésique pendant quelque temps sans inconvénient ni pour la mère ni pour l'enfant, la dose totale restant faible. On peut graduer la dose d'anesthésique et l'adapter à l'élément douleur. On a reproché à la méthode de ne donner aucune anesthésie ou une semi anesthésie. Il est certain qu'il faut, pour obtenir l'effet cherché, donner la bouffée de chloroforme au moment propice, dès l'avertissement de la femme qui ne doit pas se laisser distraire. Donné trop tard, l'effet est manqué. Il ne faut pas non plus donner trop, sans quoi on endort la malade et on arrête le travail.

Il faut donc, et c'est là la principale objection, près de la parturiente une personne expérimentée, à poste fixe pendant un temps qui peut être un peu prolongé. C'est donc une méthode astreignante.

On peut substituer au chloroforme le mélange chloro-

forme-éther, le mélange de Schleitz, le kélène (Rapin, Brindeau), ce dernier donné par bouffées sous un petit masque imperméable.

Un procédé à rapprocher du chloroforme à la reine et qui a eu un court moment de vogue est l'anesthésie au protoxyde d'azote, préconisé par Chôn. Il donne une bonne anesthésie peu profonde, pour une courte durée, a plutôt une influence favorable sur les contractions utérines (Vignes). Comme dans le procédé de Simpson, on cherche à escamoter les douleurs une à une. Il nécessite un anesthésiste expérimenté, un appareil encombrant et coûteux. Son emploi semble abandonné. L'activité des chercheurs s'est tournée vers des procédés moins assujettissants et plus pratiques.

En 1905, Krönig et son assistant Gauss préconisèrent l'injection de scopolamine-morphine qui devait donner le *dämmer Schlaf* (sommeil crépusculaire), dénomination heureuse qui fut peut-être pour beaucoup dans la vogue d'antan de la méthode.

Les auteurs eurent l'idée d'adjoindre à la morphine, de tout temps employée pour calmer les douleurs trop vives des parturientes, de la scopolamine, alcaloïde de formule identique à l'hyoscine employée depuis longtemps en médecine mentale pour calmer l'excitation psychique. Ils pensaient obtenir avec des petites doses de chacun de ces toxiques des effets plus puissants qu'avec des doses plus fortes de chacun d'eux pris isolément, et ils pensaient obtenir l'amnésie de la douleur du fait de la scopolamine.

La parturiente était placée dans des conditions favorables : demi-obscurité dans la chambre, absence de bruits, bourrelets de coton dans les oreilles, etc. La solution injectée sous la peau contient, pour 1 centimètre cube, 0<sup>g</sup>,01 (1 centigramme) de chlorhydrate de morphine et 0<sup>g</sup>,0003 (3 dixièmes de milligramme) de bromhydrate de scopolamine très pur (le produit spécialisé sous le nom de sédol comprend une formule sensiblement voisine).

L'injection est faite quand le travail est bien déclenché, dilatation de deux francs avec coliques se répétant toutes les cinq minutes, et assez loin de la dilatation complète. Après l'injection, la femme est prise de somnolence ou de demi-sommeil pendant lequel les sensations douloureuses disparaissent ou sont très atténuées.

Le travail se ralentit, sauf s'il y a hypertonie utérine, comme nous le verrons plus loin. Si le travail se prolonge, l'effet analgésique s'atténue et on peut être amené à faire une deuxième injection, soit 1 décimilligramme de scopolamine avec ou sans adjonction de 1/2 à 1 centigramme de morphine. On aurait pu injecter en quarante-huit heures jusqu'à 3 milligrammes de scopolamine et 4 centigrammes et demi de morphine. On en arrive donc à des doses qui, à partir d'un certain chiffre, peuvent être toxiques même pour la mère, amenant des céphalées, de l'agitation, des convulsions des extrémités, mais qui, même sous une très faible quantité, agissent sur le fœtus. Beaucoup d'enfants naissent en état d'apnée qui persiste pendant plusieurs minutes; on a beaucoup de peine à les ranimer. Ils sont nettement intoxiqués et, comme le disait Pinard, « semblent oublier de respirer ». Le travail est en général très ralenti, l'expulsion se fait mal : d'où fréquence des

applications de forceps. Enfin, à cause de la toxicité des produits employés, il y a nécessité d'une surveillance médicale constante de l'accouchée.

La méthode est donc dangereuse.

On a essayé d'employer des substances moins toxiques : narcomorphine (mélange de méconate de morphine et de narcotine), tocanalgine (produit d'hydratation de la morphine). Tous ces produits furent abandonnés.

Et si le *twilight sleep* a encore des adeptes, surtout en Amérique, il n'en reste pas moins une méthode dangereuse, pour l'enfant surtout, qui tend à être abandonnée.

La méthode d'analgésie à l'hémypnal par ingestion de suppositoire est moins brutale et semble résister à toute objection.

On eut l'idée d'associer un composé uréique, le dial, à la dionine ou à l'héroïne; le produit originaire, le *tachin*, expérimenté par Hussy et Baumaïs, fut perfectionné sous le nom d'hémypnal (fabriqué par l'usine Ciba). C'est une combinaison du dial avec la dionine, à laquelle s'ajoute du chlorétone (se dédoublant en ses deux composants chloroforme et acétone), l'ensemble réalisant un composé appelé par les chimistes chloro-butyl-alcool-diallyl-malonylurate d'éthyl-morphine. On l'emploie sous forme de cachets contenant 0<sup>g</sup>,35 de principe actif, ou mieux, pour éviter le rejet par vomissement, fréquent, sous forme de suppositoire à dose double (Ham, de Strasbourg).

On donne un cachet, ou l'on met le premier suppositoire, quand le travail est bien déclenché : dilatation au-dessus de 2 francs; puis on utilise un nouveau cachet ou suppositoire une à deux heures après, au besoin une troisième dose un peu plus tard. La malade est maintenant dans une demi-obscurité, dans le silence, etc.

Bientôt les douleurs diminuent d'intensité et malheureusement souvent s'espacent. La femme s'étourdit et devient somnolente entre les douleurs. L'enfant naît sans aucun inconvénient si l'on n'a pas dépassé les doses usuellement employées : deux à trois suppositoires. Et comme le disait Ham au congrès de gynécologie de Genève en 1921 : « les effets sont ceux de la scopolamine-morphine obtenus simplement et sans le moindre danger ».

De l'avis de ceux qui l'ont expérimenté sur une grande échelle, l'action de l'hémypnal est inconstante : 1/3 d'échec et quand il agit on peut lui reprocher un certain ralentissement du travail.

Nous avons une petite expérience de ce produit. Jamais, aux doses prudentes où l'on doit toujours l'employer, il n'y a eu de nocivité sur le fœtus. Malheureusement, nous lui reprochons d'amener souvent un arrêt du travail qu'on

Chémier  
Dérivatisation  
Eroule et couronne  
Dyspepsie

Mangaine

Dose : 4 à 6  
Tablettes  
par jour



Le plus **PUISSANT RECONSTITUANT GENERAL**

# HISTOGÉNOL

Médication Arsénio-  
Phosphorée Organique

**NALINE**

INDICATIONS :

**Puissant Réparateur**  
de l'Organisme débilité

FORMES : Élixir, Granulé,  
Comprimés, Concentré, Ampoules.

Littérature et Échantillons :  
Ét. MOUNEYRAT, 12, R. du Chemin-Vert  
à Villeneuve-la-Garenne (Seine)

FAIBLESSE GÉNÉRALE  
LYMPHATISME  
SCROFULE - ANÉMIE  
NEURASTHÉNIE  
CONVALESCENCES  
DIFFICILES  
TUBERCULOSE  
BRONCHITES  
ASTHME - DIABÈTE

R. C. Seine, 210.439 B

Traitement préventif  
et curatif de la

**SYPHILIS et du PALUDISME**

# HECTINE

**PILULES** (0.10 d'Hectine par pilule). — Une à 2 pilules par jour.  
**GOUTTES** (20 gouttes équivalent à 0.05 d'Hectine) 20 à 100 gout. p. jour.  
**AMPOULES A** (0.10 d'Hectine par ampoule) | Une ampoule par jour.  
**AMPOULES B** (0.20 d'Hectine par ampoule) | Injections indolores

# HECTARGYRE

(Combinaison d'Hectine et de Mercure)

Le plus actif, le mieux toléré des sels arsénio-mercuriels.  
**PILULES, GOUTTES, AMPOULES A et B**

Etabliss. MOUNEYRAT, 12, Rue du Chemin-Vert,  
à VILLENEUVE-LA-GARENNE, près SAINT-DENIS (Seine).  
R. C. Seine 210.439 B

*Puissant Accélérateur de la Nutrition Générale*

# VIOXYL

Céro-Arsénio-  
Hémato-Thérapie  
Organique

**MOUNEYRAT**

Indications

Favorise l'Action des  
**VITAMINES ALIMENTAIRES**  
et des **DIASTASES INTRACELLULAIRES**

Asthénies diverses  
Cachexies  
Convalescences  
Maladies consomptives  
Anémie  
Lymphatisme  
Tuberculose  
Neurasthénie  
Asthme  
Diabète

Retour très rapide  
FORME : de l'**APPÉTIT** et des **FORCES**  
**ÉLIXIR** Doses : Adultes : 2 à 3 cuillerées à café par jour.  
Enfants : 1/2 dose.

Littérature et Échantillons : Établissements MOUNEYRAT,  
12, Rue du Chemin-Vert, à VILLENEUVE-la-GARENNE, près St-DENIS (Seine)

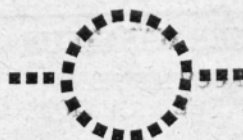
**RIEN DE PLUS DIGESTIF**

Qu'un verre de

# BÉNÉDICTINE

La MEILLEURE de TOUTES les LIQUEURS

R. du C. Fécamp : 1.279



RECONSTITUANT GÉNÉRAL

# NEUROSINE PRUNIER

TOUTES PHARMACIES

R. C. Seine : 53.319.

**TRAITEMENT DU DIABÈTE**  
ET DE TOUTES SES MANIFESTATIONS PAR L'

# INSULINE BYLA

Purifiée, débarrassée de ses toxalbumines et de ses sels, présentée sous forme d'une **POUDRE STERILE**,  
immédiatement **SOLUBLE DANS L'EAU**, titrée physiologiquement sur lapin normal et sur chien dépancréaté.

**PURIFICATION PARFAITE**  
**STABILITÉ INDÉFINIE**

**CONSTANCE ABSOLUE DE**  
**L'ACTION THÉRAPEUTIQUE**

Chaque ampoule d'INSULINE BYLA contient 15 UNITÉS CLINIQUES et est accompagnée d'une ampoule de 2 cc de Sérum physiologique  
dans laquelle on la fait dissoudre au moment de l'injection.

AUTORISÉE PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE ET ADOPTÉE DANS LES HÔPITAUX  
PRIX EN BAISSE : la boîte de 12 ampoules **40 fr.** : la 1/2 boîte de 6 ampoules **25 fr.**

**Les Établissements BYLA, 26, avenue de l'Observatoire, PARIS**

Registre du Commerce : Seine, N° 71.895

# FORMOCARBINE

INFECTIONS GASTRO-INTESTINALES  
BILIAIRES, URINAIRES

Granulé friable à base de **CHARBON ANIMAL** et d'**UROTROPINE** (Formine)

DOSES : 1, 2 ou 3 cuillerées à café après les repas

LABORATOIRE de MÉDECINE EXPÉRIMENTALE  
1 et 3, Rue de Malherbe, à **BEAUVAIS** (Oise).

## De Trouette-Perret

<sup>1'</sup>  
**Aphloïne**

Spécifique des Troubles  
de la Ménopause  
et du système veineux

<sup>1a</sup>  
**Nisaméline**

(Guaco)  
Prurits - Eczémas - Prurigos  
Néuralgies

<sup>1a</sup>  
**Papaine**

Gastro-Entérites  
Diarrhées - Vomissements  
Troubles Dyspeptiques

15, Rue des Immeubles-Industriels -- PARIS

RECONSTITUANT - REMINÉRALISATEUR - RECALCIFIANT

NOUVEAU SEL  
PHOSPHORÉ & CALCIQUE

**Gaurol**

ENTIÈREMENT  
ASSIMILABLE

R. C. Seine 133.142

DEUX  
FORMES

COMPRIMÉS

AMPOULES

Solubles seulement dans l'intestin.  
1 à 3 comprimés par jour suivant l'âge.  
Injectables. Une ampoule de 1 cc. par  
jour en injections sous-cutanées.

LABORATOIRES PÉPIN & LÉBOUCQ — COURBEVOIE (Seine)

**Iodogénol**

NE LE CONFONDRE  
AVEC AUCUNE AUTRE  
COMBINAISON D'IODE  
ET DE PEPTONE

R. C. Seine 133-142

C'est la plus active, la plus riche en iode organique, assimilable.  
Bien supérieure aux vins et sirops iodés ou iodotanniques.  
Vingt gouttes remplacent un gramme d'iode métallique.

**Pépin**

POSOLOGIE : ENFANTS - 10 à 30 gouttes par jour. ADULTES - 40 à 60 gouttes par jour. SYPHILIS - 100 à 120 gouttes.  
ÉCHANTILLONS & LITTÉRATURE, sur demande, à MM. les Docteurs. — PÉPIN & LÉBOUCQ, COURBEVOIE (Seine).



pourrait, il est vrai, à la rigueur stimuler par de faibles doses d'hypophyse, sauf contre-indications. L'expulsion également a besoin d'être souvent stimulée. A signaler un peu d'énervement dans la demi-journée qui suit l'accouchement, un peu d'insomnie la nuit, qui ne sont que de petits inconvénients.

En résumé, l'hémypnal est un produit à retenir, qui peut rendre service chez certaines nerveuses qui souffrent beaucoup.

Le dernier-né des analgésiques de cet ordre est un hypnotique de la série uréique vierge de tout dérivé de l'opium. Redonnet, en 1920, en fit la synthèse au point de vue chimique. C'est un mélange d'acide diéthyl-barbiturique ou véronal et d'acide diallyl-barbiturique ou dial combinés à une base légère non toxique, la diéthylamine, qui permet sa solubilité dans l'eau et le rend très maniable. Ce mélange, constituant le diéthyl-diallyl-barbiturate de diéthylamine, est livré dans le commerce sous le nom de *somnifène*.

Étudié au point de vue expérimental par Bardet (*Bulletin général de Thérapeutique*, 1921), il fut considéré comme dépourvu de toxicité, sans action sur les agents essentiels de la vie et sans trouble aucun sur les fonctions des muscles lisses.

Son emploi *per os*, rendu souvent impossible à cause des vomissements, et d'action lente, n'a pas été poursuivi.

Les premiers essais en série furent faits par Funck-Brentano et son élève Cerné (thèse Paris, 1923), qui l'employèrent par voie intramusculaire.

L'injection est faite quand le travail est bien déclenché, à la dose moyenne de 3 centimètres cubes portée en plein quadriceps. Au bout d'une demi-heure environ, disent les auteurs, la femme s'assoupit, accusant un besoin invincible de sommeil, les contractions persistent, et Cerné concluait de ses trente observations qu'il avait obtenu « toujours une sédation évidente, le plus souvent une analgésie complète ».

Nous avons essayé quelques injections intramusculaires de *somnifène*, nous avons été frappé de l'inconstance des résultats, et même s'il y a de l'assoupissement, il y a au moment des contractions une agitation qui complique l'accouchement au lieu de le faciliter. Et nous nous rangeons complètement aux conclusions de ceux qui l'ont expérimenté sur une plus grande échelle, Riss (Marseille), Dujol et Clément (Saint-Etienne). Et nous pouvons résu-

mer ces impressions en citant les propres paroles de ces derniers auteurs (réunion obstétricale de Lyon, 4 mai 1924): « Le calme obtenu cesse au moment de chaque contraction et fait place à une agitation extrêmement pénible pour l'entourage, agitation caractérisée par de véritables mouvements convulsifs et désordonnés qui empêchent tout examen. La femme se roule sur son lit, se heurte à tout ce qui l'entoure. Il faut exercer sur elle une surveillance constante pour l'empêcher de tomber; la contraction finie, la femme s'assoupit jusqu'à ce que la contraction suivante reproduise la même agitation. Il est impossible, si une application de forceps ou une délivrance artificielle sont indiquées, de les faire sans anesthésie générale. La femme ne se rappelle pas avoir souffert après l'accouchement, mais ces résultats sont inconstants et nous avons noté souvent des échecs complets. »

L'inconstance de l'action et même l'agitation n'avaient pas échappé aux premiers expérimentateurs, et, après les essais de Cerné, M. Cleiz, accoucheur des hôpitaux de Paris, plus hardi, appliqua à l'obstétrique la voie intraveineuse, déjà employée en chirurgie générale, et a exposé ses premiers résultats à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris (10 décembre 1923) et dans la thèse de son élève, M<sup>lle</sup> Régine Perlis (1924).

L'injection est donc faite dans une veine quand le travail est bien déclenché, en pleine période de dilatation, jamais avant 2 francs. L'injection est poussée lentement en deux à trois minutes; la dose injectée doit être d'emblée suffisante et varie de 6 à 8 centimètres cubes que l'on pousse lentement. La première contraction qui survient est indolore, puis la femme a un vertige et s'endort quasi immédiatement.

La brusquerie de l'anesthésie est saisissante, et cependant les contractions continuent sans ralentissement visible à la vue et au palper. L'expulsion arrive, et la malade ne pousse réellement que lorsque la tête appuie sur le plancher. La rétraction utérine est normale, « les enfants naissent sans crier, dorment plusieurs heures, mais respirent » (Cleiz).

Pendant le travail, il n'y aurait modification ni de la respiration, du pouls, de la pression artérielle. Après l'accouchement, la femme dort plusieurs heures, puis reprend conscience demi-somnolente et a perdu absolument le souvenir de ce qui s'est passé.

M. Cleiz signale bien que l'on peut observer quelquefois

**Sirop**  
**Granules**  
**Ampoules**



# LUDIN

par jour: 2 à 4 cuillerées à soupe de sirop ou 6 granules ou 1 ampoule

traitement arséno-mercuriel dissimulé

très actif, très bien toléré

**Sirop**  
**Granules**  
**Ampoules**

Brochure intéressante et échantillons sur demande à LABORATOIRES REY; rue Jean-Baptiste-Morlot, DIJON

R.C. 4.730.

une période d'agitation assez marquée, ayant souvent nécessité la présence du garçon de service, mais que l'on pourrait d'ordinaire calmer avec une piqûre de morphine, et qu'il met plutôt sur le compte d'une dose insuffisante et timorée. Et il conclut de ses 17 premières observations que sa méthode « supprime complètement la douleur et le souvenir, ne gêne pas le travail, et ne paraît léser en rien les intérêts de la mère et de l'enfant ».

Depuis, le somnifène intra-veineux a été expérimenté par de nombreux auteurs et sur une plus grande échelle.

Presque tous les observateurs sont unanimes à reconnaître sa puissance analgésique, sa brutalité d'action et même son défaut de toxicité employé aux doses thérapeutiques; mais la plupart font de fortes réserves pour son emploi en pratique courante et en clientèle.

Si nous détachons par exemple les impressions d'une des dernières communications (Dujol et Clément, de Saint-Etienne, Société gynécologique de Lyon, 4 mars 1924), nous notons : « La brusquerie de l'anesthésie est saisissante, même impressionnante parfois. Pendant qu'on pousse lentement le piston de la seringue, la parturiente accuse des troubles visuels presque toujours identiques, vision nacrée ou vision jaune, une tendance irrésistible au sommeil, une sensation de perdre connaissance. Elle tombe dans une inconscience absolue qui ne se dissipe que plusieurs heures après que tout est terminé. Elle ne se souvient de rien, ni de l'accouchement, ni de la délivrance, et la dernière sensation ressentie a été celle de la piqûre. Il y a comme un trou dans son existence, et, dans la plupart des cas, nous avons pu pratiquer une intervention courante, telle que forceps ou suture, sans que l'anesthésie soit nécessaire. Tantôt elle dort d'un sommeil profond et calme, tantôt son visage se crispe un peu au moment des contractions, pendant lesquelles elle gémit faiblement, donnant un peu à l'observateur l'impression de souffrance.

« Les contractions, après une période d'inertie consécutive à la piqûre qui dure quelques minutes, reprennent franchement et ne sont pas modifiées, plutôt excitées même pendant la période de dilatation. Il faut noter par contre que l'expulsion est un peu ralentie, ce qui est dû sans doute à la diminution des contractions volontaires de la sangle abdominale, et que le nombre des applications de forceps a été un peu plus élevé. La délivrance se fait normalement. Nous avons eu quelques cas d'enfants étonnés, tous facilement ranimés, avec cependant une certaine tendance à la somnolence pendant les deux premiers jours.

« Pendant la durée de l'analgésie, on n'a pas noté de modification du pouls, ni de la tension sanguine, ni du rythme respiratoire, pas d'albuminurie non plus; la température s'est élevée dans certains cas à 38°,5 ou 39° pour retomber ensuite.

« Le facies est très spécial, facies d'intoxiqué, pâleur ou coloration jaunâtre des téguments, yeux cernés, visage abattu.

« Le système nerveux réagit toujours assez fortement : outre les troubles visuels déjà indiqués, il y a de la dilata-

tion de la pupille, de l'abolition du cornéen, même du nystagmus. De plus, chez certaines malades, surtout celles à qui nous avons fait des doses fractionnées ou des injections intra-musculaires, nous avons noté une agitation qui peut se borner à des plaintes, à des crises de larmes, à des mouvements au moment de la contraction, mais qui peut aussi aboutir au tableau de l'ivresse, avec gestes désordonnés et paroles incohérentes, ou même à une ataxie complète, ayant nécessité chez deux d'entre elles l'emploi de la camisole de force. Par contre, après l'accouchement tous ces symptômes cèdent pour faire place à un sommeil très profond qui dure environ douze heures, sommeil très calme et sans aucun des signes réflexes constatés précédemment.

« Il faut noter d'ailleurs que l'action est éminemment variable, à doses égales, suivant les individus. Certaines malades étaient agitées dès le début; d'autres dormaient pendant presque toute la durée du travail, d'autres gardaient un état de demi-conscience et pouvaient répondre à des questions simples : nom, domicile, etc... »

Et après cet exposé très complet, résumé de 30 observations, MM. Dujol et Clément concluent que l'emploi du somnifène ne peut être conseillé au praticien dans la pratique courante de l'accouchement normal. « Les crises d'agitation, lorsqu'elles se présentent, sont très impressionnantes pour le médecin et à plus forte raison pour l'entourage », et les auteurs réservent ce mode d'anesthésie « aux accouchements longs, laborieux, dans un milieu hospitalier doté d'un personnel averti. »

Riss (de Marseille) conclut dans le même sens et ne veut bien réserver le somnifène qu'à certains cas spéciaux, limitant son emploi aux hôpitaux « pourvus d'un personnel vigoureux et de sang-froid » (Société gynécologique, Paris, 16 juin 1924). Roume et Delmas (*Presse médicale*, 2 septembre 1925) concluent dans le même sens, et se refusent à l'admettre dans la pratique courante hors du milieu hospitalier.

Les observations très intéressantes apportées par M. Delalande (de Brest) dans un récent numéro de ce journal ne viennent pas modifier ces impressions. Et nous ne pouvons souscrire comme lui à un emploi du somnifène en clientèle, même en le réservant « aux présentations normales non dystociques, en le faisant à une dilatation de cinq francs et en terminant l'accouchement artificiellement quatre heures après si elle ne s'est pas faite spontanément ». Nous ne pouvons nous empêcher de noter que certaines de ses accouchées, même avec une dose suffisante : 9 centimètres cubes (obs. 7), ont eu des périodes d'agitation telles qu'« on fut obligé d'appeler des voisins et que quatre personnes parvenaient difficilement à maintenir suffisamment la femme jusqu'à la terminaison de l'accouchement, qui se fit spontanément ». On note encore que beaucoup d'enfants ont été difficiles à ranimer, certains ont eu de longues périodes d'apnée (obs. 12), un des enfants (obs. 34), extrait par forceps, il est vrai, est mort le troisième jour, mort dont la cause n'apparaît pas clairement à M. Delalande lui-même. Et, bien que des cas de mort jusqu'ici n'aient pas été signalés, l'observation de



M. Delalande, dont il faut louer la probité scientifique, laisse planer un doute angoissant. Fréquentes aussi sont les applications de forceps : à peu près le quart, et ce chiffre est tout de même bien supérieur au chiffre normal, quoi qu'en dise notre confrère.

Pour toutes ces raisons : brutalité d'action impressionnante pour l'entourage, avec un sommeil pouvant persister pendant plusieurs heures après l'accouchement et dont on ne peut tirer la malade ; possibilité d'avoir des crises d'agitation, même avant l'accouchement, des plus impressionnantes et des plus désagréables pour le praticien ; possibilité d'avoir des enfants difficiles à ranimer, refroidis, somnolents, non, pour toutes ces raisons le somnifène ne peut être un médicament de clientèle. Ajoutons à cela un inconvénient plus secondaire dans un autre ordre d'idées : le contrôle sur le subconscient est supprimé et l'individu peut exprimer des idées qu'il réfrène normalement (Laignel-Lavastine), et cette extériorisation de sentiments et d'idées se faisant, comme le font remarquer Delmas et Roume, devant des parents, gardes, ou même étrangers qui n'ont pas toujours la discrétion désirable, peut avoir quelques inconvénients.

L'action du somnifène, puissante, n'en est pas moins à retenir et peut être un jalon pour l'avenir.

A côté de ces procédés d'analgésie générale, nous ne ferons que signaler pour les réfuter rapidement les procédés d'anesthésie locale.

La méthode de Doléris : badigeonnages et injections de cocaïne, fut vite abandonnée à cause de son anesthésie de durée tout à fait insuffisante. Elle s'est modernisée par l'emploi d'un anesthésique local diffusible et peu caustique, le nikétol.

A l'aide d'un spéculum, on porte une compresse stérilisée largement imprégnée du produit, que l'on laisse quelque temps sur le col et dans le vagin ; on répète ce badigeonnage à plusieurs reprises pendant le travail, et l'on peut concevoir que les manœuvres sont désagréables et peu pratiques chez une femme en travail qu'elles exposent, surtout faites à domicile, à l'infection par cette série de manœuvres internes ; enfin l'anesthésie est incomplète, car l'élément douleur n'est pas unique, mais, comme nous l'avons déjà noté, est un complexe.

La rachianesthésie a eu aussi sa période d'essai. Doléris, Porak montrèrent son innocuité sur la contraction utérine et sur le fœtus ; mais elle ne peut donner une anesthésie de durée suffisante pour un accouchement normal. Elle est

réservée actuellement pour pratiquer certaines manœuvres obstétricales lorsque l'anesthésie générale est contre-indiquée (asthmatiques, cardiaques), et nous signalerons son emploi par Brindeau dans certains cas spéciaux : rigidité du col, siège mode des fesses avec gros enfant, où elle procurerait, outre l'anesthésie, une souplesse remarquable du col et des tissus. Et il faut se souvenir qu'il faut une technique impeccable, que l'on a signalé des alertes : céphalées, diplopie et même des cas de mort.

Que conclure après ce coup d'œil d'ensemble ? Hélas ! quel analgésique idéal suffisamment puissant et sans danger n'est pas trouvé. Les plaintes et les cris des parturientes continuent à être, comme on l'a dit, « l'opprobre des accoucheurs ».

Toutes les tentatives faites jusqu'ici sont intéressantes et sont des jalons pour les chercheurs. Le but cherché ne paraît pas théoriquement irréalisable. Ne voit-on pas quelquefois des éclamptiques accoucher, sans douleurs et sans souvenirs, d'enfants qui ne sont pas toujours des mort-nés et s'élèvent bien ? Sans plonger artificiellement la malade dans un état d'obnubilation de la conscience aussi brutal que le coma, peut-être les chimistes, qui jonglent avec tant d'aisance avec les radicaux allyl, éthyl, etc... pourront-ils trouver un corps aussi maniable que le somnifène, mais exposant à moins d'alertes et pouvant être employé dans n'importe quel milieu. En attendant ce jour peut-être prochain, qui sera béni des parturientes en douleurs et des accoucheurs devenus plus puissants, nous en sommes réduits à puiser dans la gamme des analgésiques et hypnotiques que nous connaissons et dont certains, bien maniés, peuvent donner une atténuation aux douleurs du travail. Nous pouvons même, dans certains cas, rendre de réels services.

Il est un état bien connu qui survient chez certaines nerveuses à psychisme développé, c'est l'état d'hypertonie de l'utérus. Les douleurs sont subintrantes, les contractions tempêtes sans arrêt, l'utérus reste constamment dur, contracturé, en hypertonie, et la dilatation n'avance pas, reste stationnaire. Il serait dans le cas présent de la plus lourde faute de faire une piqûre d'hypophyse ; au contraire, une piqûre de morphine ou, si on le préfère, de spasmalgine (pantopon, papavérine, atropine), une seconde piqûre répétée si nécessaire au bout d'un certain temps, donne du calme à la malade et précipite le travail qui n'avancait pas malgré la violence des douleurs.

A l'opposé, au contraire, s'il y a des douleurs trainantes,



Téléph. 5

## CHATEAU DE L'HAY-LES-ROSES

5 kil. de Paris

**Maison de santé modernisée pour les dames et les jeunes filles**

Affections du Système nerveux, cures de désintoxication, de repos et de régimes.

**DIRECTEUR : Dr Gaston MAILLARD**

ancien interne des Hôpitaux de Paris, médecin de Bicêtre et de la Salpêtrière.

40, rue du Val — L'HAY-LES-ROSES (Seine).

traduisant l'hypotonie utérine, douleurs espacées, agaçantes par la longueur du travail, il faudra bien se garder d'anesthésier, et stimuler au contraire la fibre utérine par les moyens appropriés. L'accoucheur doit reconnaître le rythme du travail et faire œuvre de clinicien là comme ailleurs.

En dehors de ces cas spéciaux, si les douleurs sont un peu violentes chez une primipare ou secondipare, on pourra, à la façon de Rapin, donner un peu de chloral pendant la période de dilatation sans ralentir le travail : nous avons obtenu et sans ralentissement des douleurs une atténuation des douleurs avec le gardénal. Nous poursuivons quelques essais dans ce sens.

On pourra aussi, en présence d'un accouchement douloureux et non dystocique, employer le vieux chloroforme à la reine : on pourra, si on le désire, employer encore l'hémypnal, qui semble ne donner aucune espèce de danger ni pour la mère ni pour l'enfant si on se limite aux doses usuelles et espacées de deux à trois suppositoires ou cachets. Mais il faut souvent s'attendre à un ralentissement du

travail. Pendant l'expulsion, les douleurs sont souvent mieux supportées et il y a souvent intérêt à conserver à la malade toute son énergie pour pouvoir aider les contractions utérines des contractions de sa sangle abdominale. Et si l'on est en présence d'une malade trop pusillanime, on pourra s'aider, à la façon de Rapin et de Brindeau, de petites doses de kélène données au début des contractions à doses discontinues et que l'on peut prolonger vers la fin s'il y a lieu de mettre un ou deux points de suture.

Mais, si nous ne pouvons encore actuellement apporter qu'un soulagement insuffisant à la parturiente, du moins donnons-nous à la maman un bébé bien vivant et non endormi, un intoxiqué en naissant ; un bébé qui poussera tout de suite des cris bien francs et bien sonores, qui sera la vie, qui viendra rompre l'angoisse et l'impatience de l'attente, déridier les visages inquiets de la famille présente et fera vite oublier à la jeune maman ses plaintes et ses gémissements.

Tours, 1<sup>er</sup> janvier 1926.

LES

## Méfais pathologiques des Oxyures et Lombrics

Par GEORGES BARRAUD (de Châtelailon-Plage),

Ex-Interne provisoire des Hôpitaux de Paris.

« Les pays de Xaintonge, Gascogne, Agenès, Quercy et le pays devers Toloze sont fort sujets ausdits vers et y a peu d'enfants qui en soyent exempts : à cause que les fruits desdits pays sont fort doux. Je le di parce que les médecins de Paris m'ont attesté que c'estoit choserare de trouver des vers es enfans dudit lieu. »

Ainsi parlait déjà, en 1580, Bernard Palissy (1), qui accusait les vers intestinaux de lui avoir fait mourir six de ses enfants.

Trois siècles plus tard, Bouchut (2), dans son *Traité*, en 1878, disait de même que « la maladie vermineuse », bien étudiée en 1818 par Bremser (3), « s'observe surtout en Suède, en Allemagne, en Hollande, en Suisse et dans quelques départements de l'ouest et du midi de la France ». Déjà Davaine (4), en 1860, avait noté que, « à Paris, l'ascaride lombricoïde est rare, tandis que dans certaines provinces, l'Alsace, la Bourgogne, ce ver est très commun ». Voilà sans doute, conclut Bouchut, ce qui explique l'immense différence qui sépare les opinions de certains auteurs étrangers des opinions de la généralité des médecins de Paris, car « ceux-ci, continue Bouchut, ne croient pas beaucoup à la réalité de ces accidents et, sans nier complètement les assertions de leurs confrères, ils pensent que, dans cette grande ville, les affections vermineuses sont rares et surtout beaucoup moins dangereuses qu'on ne l'a dit. »

Jusqu'à ces dernières années, la situation n'avait guère changé et, depuis le début de l'ère pastorienne, les maladies microbiennes avaient paru faire oublier de plus en plus la pathologie vermineuse, à laquelle on ne consacrait plus guère que quelques lignes dans les ouvrages du début du <sup>xx</sup> siècle. Les étrangers cependant, sans doute parce que certains de leurs pays étaient particulièrement infestés, s'intéressaient davantage à la « maladie vermineuse » de Bremser, et Langer (de Prague) (5) estimait en 1894 que 52 % des enfants de la campagne et seulement 3,7 % dans les villes sont porteurs de parasites intestinaux. En France, il a fallu la guerre, qui a remis en vogue les affections exotiques et parasitaires, pour que, de nouveau, on reparle des helminthes et de leurs méfaits. Une communication de MM. Guillain et Gardin (6) à l'Académie de Médecine le 4 mars 1922 a remis à l'ordre du jour la question des méningites vermineuses et, depuis 1921, M. Léo (de Trouville) (7) a insisté à plusieurs reprises, non seulement sur la fréquence vraiment insoupçonnée de l'helminthiase, au moins dans le centre et l'ouest de la France, mais aussi sur ce fait que l'helminthiase est en général moins inoffensive réellement qu'on a coutume de le dire.

Certes, la plupart du temps, un sujet atteint d'ascariodiose ou d'oxyurose ne présente aucun trouble ou, du moins, le plus souvent, son parasitisme intestinal ne



s'accuse que par des manifestations très discrètes, dont il faut en général rechercher soigneusement la cause. Il est donc très intéressant de connaître le polymorphisme de ces accidents vermineux pour les rattacher à leur étiologie réelle et prescrire le traitement approprié.

Les troubles cutanés sont très importants. L'urticaire est la plus fréquente des manifestations cutanées (Joyeux) (8). Mais on observe aussi l'eczéma, divers érythèmes, des éruptions miliaires et surtout du prurit. Le prurit nasal et le prurit péri-buccal sont presque constants; le prurit anal est plus rare, d'après M. Neveu-Lemaire (9). Tel n'est pas l'avis de M. Léo, qui considère le prurit anal comme « un signe clinique bien connu, mais généralement oublié et dont l'importance est méconnue ». Raphaël Blanchard a insisté sur la périodicité de ce prurit anal à certaines heures de la journée, les mêmes pour chaque sujet, mais variables de l'un à l'autre : c'est là un de ses caractères spécifiques. Ce prurit anal, dû à la migration des femelles dans le rectum, paraît, le plus souvent, exagéré le soir par la chaleur du lit. Il s'observe quotidiennement pendant une quinzaine de jours environ, un peu moins dans les oxyures bénignes, un peu plus dans les oxyures graves, puis disparaît presque soudainement dans la plupart des cas pour réparaître environ trois mois plus tard, intense, régulier et très pénible. Après le prurit anal, le prurit vulvaire, chez les enfants, est certainement un des symptômes les plus fréquents et les plus importants de l'oxyurose (Francioni et Artusi) (10). Chez la femme, Léo considère le prurit anal prémenstruel comme un signe certain d'oxyurose. Ces prurits anal et vulvaire sont « l'origine de lésions de grattage, d'inoculation de la peau et d'oxyurose cutanée de la région péri-néale; l'infestation des organes génitaux peut être la cause d'érections nocturnes, d'habitudes de masturbation et de nymphomanie » (Labbé) (11). Le vagin, envahi par les oxyures, peut être le siège d'une inflammation chronique pendant de longues années (Weill) (12).

Du côté des muqueuses, les accidents les plus communs sont ceux que l'on observe couramment en touchant des ascarides : conjonctivite, picotements, démangeaisons, larmolement, parfois coryza (Joyeux). Ces troubles des téguements et des muqueuses s'accompagnent souvent de réactions vaso-motrices : rougeurs ou pâleurs de la face, surtout manifestes autour du nez, cyanose ou sécheresse des extrémités, crises sudorales, œdèmes, même et souvent la face est bouffie (Neveu-Lemaire).

« Le visage des porteurs de vers, disait déjà Bremser, est changé : ils sont ordinairement très pâles; leur teint même est plombé; cependant leur figure s'anime souvent tout à coup et on croit encore avoir observé que la rougeur se borne à un seul côté; les yeux perdent leur brillant, ils deviennent ternes, la pupille est élargie et les paupières inférieures sont cernées par un cercle bleuâtre. » Ce masque de l'helminthiase, sur lequel M. Léo (13) a bien insisté en 1922, ne constitue pas un signe très fréquemment observé, mais quand il existe il est presque pathognomonique pour cet auteur. « Il consiste en taches jaune sale du visage, aux lèvres supérieures ou inférieures, aux

commissures de la bouche, aux joues, au milieu du front, sur ses parties latérales ou en plusieurs de ces localisations à la fois. » De limites imprécises, ces taches s'observent plus fréquemment chez les femmes. Ce masque est même relativement plus fréquent chez l'enfant que chez l'adulte et, chez celui-là, il se localise souvent autour des yeux, donnant un cerne qui aurait une certaine valeur diagnostique. « La preuve de la liaison de ce signe des taches jaunes du visage avec l'helminthiase résulte de l'influence du traitement antiparasitaire qui efface ces taches. Elles reviennent avec le retour des vers, en cas de récurrence. » (Léo.)

Récemment M. Couillaud (14) a décrit comme signe pathognomonique de l'helminthiase la saillie des papilles fongiformes, de la pointe et des bords de la langue. M. Léo, qui a recherché systématiquement ce signe, prétend qu'il n'est point constant, mais il reconnaît que ce signe disparaît ou s'affaiblit souvent au cours du traitement antivermineux.

Outre ces phénomènes en quelque sorte objectifs qui peuvent donner au sujet parasité un facies vermineux assez caractéristique, il est rare que celui-ci ne présente pas quelques troubles digestifs. L'haleine est presque toujours horriblement fétide et M. Lafforgue (de Toulouse) (15) a récemment insisté sur ce caractère. Parfois la salivation est abondante (Bremser) : chez l'enfant, les taches matutinales de salive sur l'oreiller sont considérées depuis longtemps comme une présomption de vers intestinaux, ainsi que l'a dit M. Léo, qui a constaté chez deux adultes la disparition de deux sialorrhées invétérées et gênantes, après guérison de leur helminthiase. L'appétit est souvent troublé : presque toujours il se montre exagéré. Parfois, au contraire, on observe de l'anorexie, du pyrosis, des régurgitations matinales, des nausées, des vomissements. Souvent le malade se plaint de coliques péri-ombilicales vives, subites, apparaissant plutôt après les repas que le matin à jeun et dont la durée varie de quelques minutes à deux heures. Elles cessent en général brusquement pour recommencer peu de temps après et parfois entraînent même des syncopes. Parfois apyrétiques, elles s'accompagnent souvent d'une légère élévation de température (Neveu). Chez les enfants, la palpation du ventre ne provoque aucune défense; mais, dès qu'on arrive dans la région péri-ombilicale, le petit malade pousse un cri. MM. Weill et Mouriquand considèrent que ces coliques, qui rappellent par leur intensité la colique de plomb, peuvent être caractéristiques de l'helminthiase. De simples oxyures peuvent même déclencher des crises de douleurs solaires qui font croire à de l'appendicite, à un ulcère gastrique ou à une colique hépatique (Labbé). Au cours de l'ascaridiose, on observe fréquemment des troubles gastriques qui rappellent les symptômes des dyspepsies et des gastralgies, mais en général sont intermittentes (Verdun). L'acide chlorhydrique et les ferments digestifs sont souvent très diminués. Parfois, on observe un état dyspeptique chronique avec amaigrissement qui peut faire craindre un cancer du pancréas (Labbé). M. Haristoy (16) a rapporté quatre observations d'ascaridiose simulant res-

pectivement un ulcus pylorique, un ulcus duodénal, une hyperchlorhydrie avec ulcus possible et une colite chronique.

Du côté de l'intestin, la diarrhée est fréquente. Souvent elle est fétide, constituée par des selles glaireuses ou muco-membraneuses, quelquefois même striées de sang. Bouchut avait déjà signalé de véritables entérites vermineuses. MM. Sabrazès et Vidal (17) ont publié des cas de pseudo dysenterie ascaridienne avec épreintes et selles sanglantes. D'autres fois on constate des symptômes cholériformes qui disparaissent, tout comme les phénomènes dysentériques vermineux, après l'expulsion des ascaris. Le météorisme abdominal est fréquent aussi bien chez l'adulte que chez l'enfant, si bien que, d'après M. Léo, tout météorisme qui ne fait pas sa preuve doit faire penser à l'helminthiase, car l'enfant au gros ventre est souvent vermineux. Fréquemment, le ventre est douloureux au palper : surtout à gauche pour les oxyures (Labbé), surtout au voisinage de l'appendice pour les ascarides. Si ces douleurs péri-ombilicales sont un signe classique d'appendicite chronique, surtout chez l'enfant (Jalaguier), elles sont aussi une manifestation fréquente d'helminthiase ; aussi, dans les cas où cette douleur survit à l'appendicéctomie, elle ne survit pas à un traitement antivermineux approprié, qu'il faut toujours mettre en œuvre quand la guérison ne paraît pas complète après l'intervention (Léo) (18). C'est en 1901 que Metchnikoff a attiré l'attention sur l'appendicite d'origine vermineuse, dont les symptômes ne diffèrent en rien de ceux d'une appendicite chronique ordinaire. On a remarqué en effet que cette appendicite vermineuse affecte rarement une forme aiguë et qu'elle apparaît assez souvent chez les différents membres d'une même famille. A côté de cette appendicite ascaridienne vraie, dont les ascaris sont la cause directe, non seulement par leur séjour constant dans l'appendice, mais surtout par l'inoculation de bactéries pathogènes, suivant un mécanisme révélé pour la première fois par M. Guiart en 1899, il existe une pseudo-appendicite ascaridienne, due seulement à la présence passagère des vers, sans aucune lésion, mais qui peut néanmoins être mortelle (Dayras) (19). Le diagnostic de ces deux formes est, on le conçoit, extrêmement épineux ; mais, tandis que celle-ci guérit, celle-là n'est pas influencée par l'évacuation des parasites, puisque les lésions continuent à évoluer. Mais, d'après Still, qui fut, suivant la pittoresque expression de M. Riff (20), le père spirituel de l'appendicite vermineuse, c'est l'oxyure qui est le ver le plus souvent rencontré dans les appendices enlevés chirurgicalement. Cette opinion a du reste été largement confirmée ultérieurement par les statistiques de MM. Brumpt, Railliet et Riff en particulier qui, ayant constaté pendant la guerre, à l'hôpital Trousseau, que le pourcentage des appendices à oxyures s'élevait à 80 %, concluait que, à l'origine de la plupart des appendicites, sinon de toutes les appendicites, se trouvent des oxyures. Toutefois, la présence d'oxyures dans l'appendice est loin de signifier toujours appendicite.

On a insisté récemment sur l'importance de l'ascaridiose dans la chirurgie. Très souvent, à la suite d'une inter-

vention, on voit apparaître de la salivation, du hoquet, de l'armoiement. Parfois même il peut se produire un spasme intestinal qui peut aller jusqu'à l'obstruction. Alors l'état général du malade est toujours profondément altéré : il se plaint de douleurs abdominales violentes et cependant la palpation de l'abdomen montre un ventre souple. Puis surviennent des vomissements dans lesquels le malade rejette des paquets d'ascaris et des quantités de matières contenues dans l'estomac. On comprend facilement que ces accidents, quand ils surviennent dans les premiers jours qui suivent une opération, peuvent compromettre gravement le pronostic de l'intervention. D'après MM. Le febvre et Baillat (21), qui ont rapporté quatre observations de ce genre, ce qui doit permettre le diagnostic, en éliminant l'hypothèse de péritonite suraiguë post-opératoire, c'est le début brusque des vomissements et la discordance entre les signes généraux très dramatiques et les signes locaux à peine accusés. Le diagnostic de ces complications chirurgicales de l'ascaridiose est à faire également avec la dilatation aiguë de l'estomac post-opératoire et avec l'occlusion intestinale. Il est donc très important pour les chirurgiens de rechercher chez leurs futurs opérés l'helminthiase et de la traiter et de la guérir avant les interventions.

L'enchevêtrement des ascaris en peloton détermine parfois une invagination, plus souvent une occlusion de l'intestin (cas de Bretonneau), dont le siège habituel est l'intestin grêle et beaucoup plus rarement le côlon transverse.

MM. Chauffard et Bonnet ont décrit une ascaridiose forme typhoïde, dont la courbe thermique est irrégulière, où la douleur et le gargouillement sont généralisés à tout l'abdomen, où les taches rosées et la splénomégalie font défaut. D'autre part, M. Guiart a signalé depuis longtemps les rapports de la fièvre typhoïde proprement dite avec les trichocéphales et les ascaris qui auraient pour effet d'inoculer le bacille d'Eberth à l'intestin.

Mais il faut bien savoir que les vers peuvent, en dehors de ces pseudo-typhoïdes ascaridiennes, déterminer des poussées fébriles fugaces, de simples accès légers, parfois de type intermittent, simulant le paludisme (Joyeux). D'après les recherches les plus récentes, il semble bien que ces troubles généraux doivent être mis sur le compte des toxines vermineuses. Par contre, on a constaté que l'élévation de la température n'est pas une condition favorable au séjour des ascaris dans l'intestin et maintes fois, au cours des pyrexies, on a pu se rendre compte que « la fièvre chasse les vers ». De plus, il semble prouvé à l'heure actuelle que les toxines vermineuses agissent sur les glandes endocrines, ce qui explique que l'on observera cliniquement de l'amaigrissement et divers troubles du métabolisme chez les porteurs de vers, en particulier des troubles de la croissance et des retards de développement ou même dans l'apparition de la puberté, chez les fillettes (Joyeux). Bouchut avait déjà remarqué que les enfants scrofuleux et ceux qui ont le tempérament lymphatique sont plus prédisposés aux vers que les autres.

Enfin les troubles sanguins sont constants, se tradui-



sant surtout par une anémie qui est de règle, mais qui est même parfois très accusée (Variot) et s'accompagne d'une augmentation du nombre des polynucléaires éosinophiles, dont la recherche peut être précieuse pour confirmer le diagnostic du parasitisme intestinal. Cependant, d'après M. Cieszyński (22), cette éosinophilie ne serait qu'un signe peu net et inconstant de l'helminthiase.

Les troubles de l'appareil urinaire sont encore peu connus : cependant M. Bogert (23) a observé de l'anurie due aux ascarides.

Récemment M. Léo (24) a montré que la dysménorrhée douloureuse, associée ou non à des lésions de l'utérus ou des annexes, est parfois causée uniquement par la présence d'ascaris ou d'oxyures dans l'intestin des malades. Dans une trentaine de cas, l'expulsion des vers par un traitement approprié a été suivie de la guérison des douleurs menstruelles jusqu'alors rebelles aux traitements employés. Les oxyures et les ascaris agissent dans la dysménorrhée *sine materia* soit par leurs toxines, soit par des actions réflexes, sans qu'on puisse préciser davantage le mécanisme pathogénique de ces phénomènes douloureux.

Du côté de l'appareil respiratoire, le trouble réflexe le plus fréquent est la toux vermineuse, phénomène constaté par tous les auteurs. C'est une sorte de « tic par lequel le sujet se racle continuellement la gorge, comme pour expulser quelque chose, tic souvent énervant pour l'entourage » et que Léo a vu disparaître brusquement après l'expulsion des helminthes. On a également signalé souvent le laryngospasme, la respiration à type de Cheyne-Stokes, voire des accès de suffocation et de dyspnée pouvant aller jusqu'à la mort.

Les troubles réflexes de l'appareil circulatoire se manifestent par des palpitations, des modifications du pouls (tachycardie, bradycardie, arythmie, intermittences) et

des troubles vaso-moteurs déterminant même des lipothymies et des syncopes.

Les troubles de l'appareil neuro-musculaire seraient ceux qui sont le plus souvent mentionnés chez les malades, d'après Joyeux. Les observations cliniques abondent surtout chez les femmes et les enfants et Bouchut cite dans son *Traité* une centaine d'observations d'affections neurologiques et neuro-psychiatriques guéries par l'expulsion d'ascaris surtout. Récemment, M. Simonin (25) divisait ces accidents nerveux en :

1° Troubles de la sensibilité, simulant des névralgies, des sciaticques, des hyperesthésies, des anesthésies, des douleurs articulaires ou osseuses ;

2° Troubles des organes sensoriels : surdité, perversion du goût et de l'odorat. Les affections de l'appareil oculaire sont les plus importantes, affectant :

a) Soit la musculature intrinsèque : la mydriase bilatérale, signée d'assez grande valeur ; l'inégalité et l'immobilité des pupilles ; le myosis, par contre, est exceptionnel (Sergent) ;

b) Soit la musculature extrinsèque : nystagmus, blépharospasme, strabisme fréquent chez les enfants.

Des troubles de la vision peuvent même survenir : amaurose à marche rapide ou lente, intermittente ou non, diplopie, amblyopie, héméralopie, xanthopsie ;

3° Troubles de la motricité : paralysies de forme monoplégique ou hémiplégique, parfois paralysies isolées de certains muscles de la face ou du cou (œil, voile du palais, langue, cordes vocales). On signale aussi des tremblements, des tics, des spasmes divers, des attaques convulsives, parfois épileptiformes, des chorées, des contractures diverses ou, au contraire, du relâchement des sphincters. C'est ainsi que MM. Cathala et Lelong (26) ont observé la sédation d'un état de mal jacksonien à la suite de l'expulsion

## PAINS SPÉCIAUX POUR TOUS RÉGIMES

Estomac — Intestin — Foie — Albuminurie — Diabète

LONGUETS — BISCOTTES — PAINS de GLUTEN — ÉCHAUDÉS de RÉGIME

Nombreuses attestations de MM. les Docteurs spécialistes

# A. MOREAU

USINE ET BUREAUX

14, rue de Courset, 14

TOURS

INDRE-ET-LOIRE

MAISON DE VENTE

9, rue Chanoineau, 9

Téléphone : 2.09

Membre du Jury, hors concours. PARIS

R. G. Tours, 7622

Adresse télégraphique : MOREAU-Biscottes-Tours

spontanée par la bouche de deux ascaris chez un enfant de dix ans ;

4° Troubles du langage consistant surtout en mutisme et bégaiement ;

5° Troubles psychiques : cas de folie et bizarrerie de caractère. D'après Dorling, il est certain que les parasites sont généralement fréquents chez les aliénés. Weill rapporte un cas de manie aiguë avec agitation extrême et fureur, disparaissant brusquement lors de l'expulsion de quelques ascaris ;

6° Enfin, ces dernières années, on a cité un certain nombre de cas de syndromes méningés observés chez des sujets atteints d'ascaridiose et guéris après l'expulsion de leurs parasites. On discute encore sur la dénomination et la classification de ces accidents méningés vermineux, mais il semble bien, d'après M. Abel (de Nancy) (27), que l'on doit distinguer deux sortes de réactions méningées d'origine vermineuse : les unes sont exclusivement cliniques, sans caractère anormal du liquide céphalo-rachidien ; dans les autres, les phénomènes cliniques s'accompagnent de modifications plus ou moins accusées du liquide céphalo-rachidien.

Cependant, s'il est important de ne pas ignorer l'existence de ces accidents nerveux graves, il faut surtout connaître les petits signes nerveux de l'ascaridiose, qui sont, en général, excellents d'après M. Léo : chez l'enfant, la laryngite striduleuse, les terreurs nocturnes et les grincements de dents, bien qu'elles s'observent aussi souvent chez les porteurs de végétations adénoïdes ; chez l'adulte, un état d'irritabilité générale et l'insomnie, des tics pharyngés et surtout une neurasthénie légère et inexplicable sur laquelle M. Moutier (28) a récemment insisté, après avoir rappelé que, dès 1701, Nicolas Audry trouvait que « l'on n'examine pas avec assez de soin s'il y a des vers dans les malades ; de là, disait cet auteur, vient que plusieurs personnes de tout âge, faute d'avoir pris des remèdes ou des préservatifs contre les vers, tombent en langueur, sans qu'on en sache la véritable cause ».

Pour expliquer tous ces troubles d'origine vermineuse, on avait tendance, depuis Davaine (1859) jusqu'à ces dernières années, à invoquer l'irritation des terminaisons sympathiques et à considérer ces troubles comme des réflexes. Mais cette théorie réflexe paraît maintenant insuffisante, tout au moins dans certains cas, et tend à être remplacée par la théorie toxique, qui fait intervenir l'action des toxines vermineuses non seulement sur l'intestin, mais aussi sur les viscères les plus éloignés. L'existence de ces toxines ascaridiennes était connue depuis déjà un certain temps et avait été étudiée par Lenckart, Laboulbène, Vaulleopard et Chanson (Grasset) (29), mais c'est surtout depuis le rapport de M. Weinberg, la thèse récente de M. Simonin et l'article de M. Rouillard (30) que le rôle des toxines, sans être absolument exclusif, paraît prédominant. Simonin est arrivé à montrer expérimentalement que la toxicité brute des produits vermineux, mise en évidence par des injections intravasculaires au lapin, varie non seulement d'un helminthe à l'autre, mais aussi, pour certains d'entre eux, chez le même ver. Quoi qu'il en soit, ces toxines, qui agissent à distance sur des viscères éloignés de l'intestin,

ne peuvent s'y rendre évidemment qu'en cheminant le long des mésos des différents segments du tube digestif. Est-il irrationnel d'admettre que ces toxines ne puissent altérer les séreuses péri-intestinales, puisqu'on sait à l'heure actuelle, d'une façon certaine, qu'elles ne sont pas inoffensives pour les méninges et le système nerveux en général ? M. Léo (18) ne le pense pas et cet auteur a émis l'hypothèse que ces transports de toxines vermineuses pouvaient très bien produire des lésions de péricolites plus ou moins adhésives. Peut-être même l'inoculation de la muqueuse intestinale par les piqûres agressives des oxyures et des trichocéphales (à l'exclusion des ascaris qui, normalement, sont dépourvus d'action agressive par morsure de la muqueuse intestinale) (Guiart) (31) pourrait-elle jouer un certain rôle dans la production de certains tumeurs qui sont peut-être dues à l'introduction de principes néoformateurs, comme M. Borrel (de l'institut Pasteur) le croit pour les cancers du sein qu'il rattache à la présence du demodex. Ces aperçus de pathogénie chirurgicale générale, qui ne sont encore qu'hypothétiques, il est vrai, ont été judicieusement émis et exposés par M. Léo au congrès de chirurgie de 1922, mais peuvent être le point de départ de recherches intéressantes. D'ailleurs on sait que « l'on peut provoquer chez l'animal l'apparition de cancers de l'estomac, du foie, etc., par l'ingestion de parasites dont l'action irritante est le point de départ de la tumeur. Il en est probablement de même pour bien des cancers du tube digestif de l'homme », affirme M. Jeanne (32) dans un travail tout récent.

Mais les ascaris ne déterminent pas seulement des accidents réflexes et toxiques ou même mécaniques à l'intérieur de l'intestin. Ils émigrent très facilement, sous des influences diverses, de l'intestin dans d'autres organes. Ou bien ils passent dans l'estomac, d'où ils sont rejetés par les vomissements, ou ils pénètrent du pharynx dans la trachée ou les bronches, asphyxiant parfois le malade ; ou bien encore ils sortent par le nez, après avoir traversé les fosses nasales ; ou bien ils traversent l'oreille et perforent le tympan, après avoir suivi la trompe d'Eustache. Ils ont même pu parcourir le canal lacrymal. Plus souvent heureusement, ils cheminent de l'intestin grêle vers le gros intestin, le rectum et sortent par l'anus. D'autre fois, ils s'engagent dans les voies biliaires et M. Variot (33) cite un cas de lombricose des voies biliaires intrahépatiques. Ils sont alors la cause d'accidents graves, surtout quand ils pénètrent dans certains organes ou dans des cavités, comme la plèvre ou le péritoine. Pendant longtemps on a pensé que les ascarides perforaient l'intestin : il semble bien acquis qu'ils ne peuvent le faire que lorsque les tuniques sont ulcérées ou friables pour une cause pathologique. Cependant il existe quelques observations où des ascarides ont été trouvés dans la cavité péritonéale sans lésions intestinales. « L'attention a été attirée récemment sur les accidents pulmonaires que peut causer le passage des larves d'ascarides à travers les alvéoles. On possède quelques observations anciennes qui paraissent être des pneumonies vermineuses. Ransom en a observé récemment chez l'enfant et a reproduit la maladie chez le porc. Chez cet animal, il survient des hémorragies et une pneu-



# SYPHILIS

Médication permettant d'obtenir, par voie digestive, les résultats thérapeutiques des injections d'arsénobenzènes.

# TRÉPARSOL

*Acide formyl-méta-amino-para-oxypénylarsinique*

**Posologie.** — *Adultes* : Donner 1 à 4 comprimés dosés à 0,25 par jour selon la tolérance pendant 4 jours consécutifs, suivis de 3 jours de repos. Durée de la cure : 8 semaines environ.

*Enfants* : 0,02 par jour et par kilog. Mêmes modalités de traitement que chez l'adulte (comprimés à 0,10).

## RÉFÉRENCES :

*Société de Dermatologie et Syphiligraphie* : 8 novembre 1923, 10 juillet 1924, 23 novembre 1924, 10 décembre 1924.

*Société Médicale des Hôpitaux* : 21 novembre 1924, 13 mars 1925.

*Congrès de Séville* : Octobre 1924.

## AMIBIASE et AFFECTIONS à PROTOZOAIRES

Destruction rapide des amibes  
et des kystes amibiens.

Littérature et échantillons : Laboratoire **LECOQ et FERRAND**, 6<sup>bis</sup>, Rue de Rouvray, NEUILLY  
Vente en détail : Pharmacie du Dr LAFAY, 54, rue de la Chaussée-d'Antin, PARIS

# RÉVULSIF BOUDIN



## RÉVULSIF LIQUIDE

à Base d'Essences de Crucifères

ENERGIQUE

RAPIDE

PROPRE

REMPLECE :

Teinture d'Iode, Cataplasmes Sinapisés,  
Ouates Thermiques, Pointes de Feu,  
Papier à la Moutarde, Etc.

S'APPLIQUE AU PINCEAU

N'ABÎME PAS LA PEAU

Echantillons : Laboratoires BOUDIN, 6, Rue du Moulin, à Vincennes (Seine)

monie qui peut être mortelle ou au moins l'empêcher de croître normalement. » (Joyeux.)

Dans certains cas, les ascaris déterminent la production d'abcès vermineux dont l'ouverture peut constituer une complication chirurgicale fort grave. C'est généralement au niveau de l'ombilic chez l'enfant et au niveau du pli de l'aîne chez l'adulte que s'ouvrent habituellement les abcès vermineux, qui d'ailleurs n'offrent aucun caractère spécial. Il se produit ainsi des fistules plus ou moins longues à tarir, suivant que l'abcès communique ou non avec l'intestin. Dans quelques cas, la fistule persiste fort longtemps ; le malade devient cachectique et peut succomber (Neveu-Lemaire). Mais il semble qu'un traitement vermifuge actif peut amener la guérison de ces fistules d'origine vermineuse comme en témoigne une observation de M. Léo. A noter enfin que, d'après le même auteur, les abcès de la marge de l'anus sont fréquents, ainsi que les fissures anales, chez les porteurs d'oxyures et que ces malades guériront d'autant mieux et d'autant plus vite qu'ils seront débarrassés de leur oxyurose.

On voit donc que, si les anciens ont exagéré l'action pathologique des vers intestinaux, action connue depuis l'antiquité et déjà bien étudiée par Alexandre de Tralles (34) dans la fameuse lettre qu'il écrivait au <sup>VI</sup><sup>e</sup> siècle à Théodose sur ce sujet, il est par contre certain que nos pères ont eu le tort de ne plus croire du tout à leur influence pathogénique. « Nos contemporains, plus sages, disait récemment le professeur Arnozan, reconnaissent que la vérité est entre ces deux extrêmes. »

..

En présence de manifestations morbides aussi variées, le praticien est bien embarrassé pour en déterminer la véritable cause. Il faut tout d'abord reconnaître que l'on n'a pas assez souvent recouru à la recherche systématique des œufs des vers intestinaux dans les selles, procédé déjà ancien pourtant puisque c'est en 1859 que Davaine (35) l'a fait connaître.

M. Riff (20) ne peut s'empêcher de remarquer qu'« il est humiliant de penser qu'après plus d'un demi-siècle cet examen si élémentaire ne soit pas entré dans la pratique courante ». Comme il est très rare de trouver des œufs d'oxyures dans les matières fécales, il est bon, d'après cet auteur, de se servir d'une baguette de verre non graissée pour extraire du rectum un peu de mucus ou de matière fécale. On en écrase un fragment gros comme une tête d'épingle entre lame et lamelle sans addition d'eau. On examine, sans immersion, au microscope grossissant 400 fois et on voit les œufs soit d'oxyures, soit d'ascaris. Il est bon de savoir que ces œufs ne se colorent pas en rouge si on colore la préparation avec une solution saturée de fuchsine dans l'alcool à 95° décolorée par l'ammoniaque, alors que des graines de pollen d'artichaut (qui simulent beaucoup les œufs d'ascaris) prennent au contraire instantanément une coloration rouge vif.

Il ne suffit pas toujours de rechercher les œufs dans les selles ou même dans le rectum, M. Riff a en effet découvert parfois des œufs de parasites dans l'espace sous-

unguéal de certains sujets, alors que les autres procédés n'avaient donné aucun résultat.

D'ailleurs, il ne faut pas conclure d'emblée à l'absence de vers après une seule recherche. L'examen de trois ou quatre lamelles ou la répétition de la recherche plusieurs jours de suite peuvent être nécessaires pour apercevoir un seul œuf. Il faut toujours faire ce prélèvement assez longtemps après une défécation. Enfin il sera toujours sage après un premier examen négatif, d'en faire un second quinze jours plus tard et l'on aura parfois la surprise de constater que celui-ci est positif. D'ailleurs, c'est, comme pour le Wassermann, un résultat positif et concluant, tandis qu'un résultat négatif ne prouve rien. Si en effet le sujet n'a, dans son intestin, qu'un seul ascaris mâle, il ne pourra y avoir d'œufs décelables dans le rectum et ce cas n'est pas très rare.

Mais, en dehors même du signe de certitude que constitue la constatation directe de l'existence d'œufs de vers intestinaux dans les selles ou le rectum d'un sujet, on peut encore soupçonner la présence des parasites dans l'intestin, en tenant compte de certaines notions importantes.

D'abord, l'expulsion spontanée d'un ver, mort ou vivant, doit faire admettre *a priori* l'existence d'autres spécimens encore vivants dans le tube digestif. L'helminthiasis est en effet une affection extrêmement tenace ; aussi M. Léo a-t-il émis ces deux aphorismes très importants dans la pratique : de nos jours, tout sujet infesté dans sa jeunesse et non sévèrement traité a toutes les chances d'être encore infesté actuellement ; il faut donc toujours considérer un ancien helminthiasis comme un helminthiasis actuel. Enfin, il faut savoir que « l'oxyurose est essentiellement un mal de famille qui est transmis de génération en génération, principalement au lit et non par les aliments ou les mouches » (Riff) (20), si bien qu'il faut toujours rechercher l'helminthiasis chez les cohabitants d'un porteur avéré et pour peu que, dans une famille, un enfant ait des oxyures, on peut admettre l'infestation de tous les autres. Rares dans la première année, les vers sont absolument exceptionnels dans le cours des six premiers mois ; ils deviennent plus courants dans la deuxième année (Varriot) (33). Chez les enfants à la mamelle, les lombrics sont très rares ; ils n'existent même pas chez ceux qui jouissent exclusivement de l'allaitement naturel ; mais, si l'enfant est nourri au biberon, s'il est condamné à absorber des coupages de lait faits avec une eau malpropre et crue, on peut voir les lombrics entrer en scène (Comby) (36). De plus, la géophagie explique parfois l'ascaridiose précoce observée chez certains nourrissons.

Les anamnétiques ont donc une grande importance, mais M. Léo fait remarquer judicieusement que le malade est peu flatté en général d'être atteint d'helminthiasis et que souvent il avoue difficilement le rejet de ces vers, du moins quand il s'agit de malades adultes. Il est donc des cas où il peut être habile de tenter un traitement d'épreuve, à l'insu même du sujet, tout au moins sans lui dire qu'on le croit atteint d'helminthiasis et qu'on le traite comme tel.

Il faudra employer comme traitement d'épreuve un traitement général, non spécifique, s'adressant aux différents nématodes, quand on ignore la nature exacte de l'agent



vermineux soupçonné. Le diagnostic et la nature de l'helminthiase est en effet presque impossible par la seule clinique actuellement.

Certes, d'après M. Léo (7), « le prurit anal seul est particulier aux oxyures, puisqu'il est dû à leur présence matérielle à l'anus. Le masque à taches jaunes est très souvent oxyurique; il se voit cependant avec les ascaris. Les douleurs abdominales et les nausées sont très fréquentes avec les ascaris; cependant elles s'observent aussi avec les oxyures. »

C'est donc la vue seule du parasite ou de ses œufs recherchés par la méthode de Riff qui, seule, permet de diagnostiquer l'oxyurose et l'ascaridiose avec certitude. Cet examen des selles devrait être fait beaucoup plus souvent dans la pratique, d'après M. Labbé (11). Pour cet auteur, « il y a trois cas dans lesquels le clinicien doit rechercher systématiquement l'helminthiase :

« 1° Chez les sujets atteints de troubles nerveux, de convulsions, dont l'origine est inexplicable ;

« 2° Chez les malades atteints d'anémie chlorotique ou d'anémie pernicieuse progressive ;

« 3° Chez tous ceux qui souffrent d'une gastro-entéropathie rebelle. » D'après M. Haristoy (16), un malade sur cinq gastro-intestinaux est rapidement et radicalement guéri par la médication vermifuge.

Voici un siècle que Blainville, traduisant et commentant en 1824 le *Traité des Vers intestinaux de l'homme* par Bremser (3), à une époque où l'on ne savait pas encore vérifier par l'examen microscopique des selles la présence des vers intestinaux, faisait cette judicieuse remarque qui peut servir de conclusion pratique et thérapeutique à cette étude : « Ce n'est pas déjà si mal agir que d'avoir recours dans des cas pareils aux vermifuges, après que d'autres moyens thérapeutiques ont été inutilement employés, quand même l'indication à l'emploi de ces remèdes ne paraîtrait pas établie d'une manière suffisante, car la présence des vers, comme il a été déjà démontré plus haut, a souvent lieu sans que l'on s'en aperçoive et occasionne maintes fois toutes sortes d'accidents plus ou moins graves. Un pareil plan de traitement dirigé avec prudence, loin de pouvoir être nuisible aux malades, peut au contraire être couronné, dans bien des cas, d'un plein succès. »

#### BIBLIOGRAPHIE

1. Bernard PALISSY, *Discours admirables de la nature des eaux et fontaines* (1580).
2. BOUCHUT, *Traité pratique des Maladies des nouveau-nés, des enfants à la mamelle et de la seconde enfance* (1878).
3. BREMSER, *Traité zoologique et physiologique sur les vers intestinaux de l'homme* (1824).
4. DAVAINÉ, *Traité des Entozoaires et des Maladies vermineuses de l'homme et des animaux domestiques* (1860).
5. LANGER, *Prag. med. Woch.* (1891).
6. GUILLAIN et GARDIN, *Bulletin de l'Académie de Médecine* du 4 mars 1922.
7. LÉO (de Trouville), *la Clinique*, 1922, p. 256.
8. JOYEUX, *Nouveau Traité de Médecine* de Vidal et Teissier, t. XIV.

9. NEVEU-LEMAIRE, *Traité de Pathologie médicale et de Thérapeutique appliquée*, t. XIV.
10. FRANCONI et ARTUSI, *la Clinique*, 1925, p. 137.
11. LABBÉ, *Précis de Pathologie médicale*, t. V, 1922.
12. WEILL, *Précis de Médecine infantile*, I, 1911.
13. LÉO, *Paris chirurgical*, juin-juillet 1922.
14. COULLAUD, *le Signe de la langue dans l'helminthiase*, thèse de Paris, février 1920.
15. LAFFORGUE, *Société de Médecine de Toulouse*, janvier 1923.
16. HARISTOY, *les Sciences médicales*, 30 sept. 1924.
17. *Précis de Médecine infantile* de Weill.
18. LÉO, *le Rôle de l'helminthiase dans les affections chirurgicales*, notée au 31<sup>e</sup> congrès de chirurgie. Paris, 1922.
19. DAYRAS, *Société de Pédiatrie*, 8 juillet 1924.
20. RIFF, *Presse médicale*, 1919, p. 522.
21. LEFEBVRE et BAILLAT, *Presse médicale*, 1922, p. 612.
22. CIESZYNSKI et GILECZEK-MAC, *Archives de Médecine des Enfants*, octobre 1925, p. 623.
23. *Traité de Médecine* de Vidal et Teissier, XIV, p. 364.
24. LÉO, *Académie de Médecine*, 8 mars 1921.
25. SIMONIN, thèse de Nancy, 1920.
26. CATHALA et LELONG, *Société de Pédiatrie*, 21 octobre 1924.
27. ABEL, *Revue médicale de l'Est*, 10 juillet 1923.
28. MOUTIER, *Journal médical français*, 1924, p. 372.
29. GRASSET, *Traité de Physiopathologie clinique*.
30. ROUILLARD, *Presse médicale*, 1921, p. 285.
31. GUIART, *les Parasites inoculateurs des maladies*, 1914.
32. JEANNENEY, *le Cancer*, dans les *Petits Précis*, 1926.
33. VARIOT, *Traité des Maladies des enfants du premier âge*.
34. Lettre d'Alexandre de Tralles (*Paris médical*, 1<sup>er</sup> novembre 1924).
35. DAVAINÉ, *Journal de Physiologie*, 1859, t. II.
36. COMBY, *Traité des Maladies de l'enfance*.

#### CHEMIN DE FER DE PARIS A ORLÉANS

##### VOYAGES AU MAROC

via ALGÉSIRAS ET TANGER ou via GIBRALTAR ET CASABLANCA  
(LA PLUS COURTE TRAVERSÉE MARITIME)

Il est à nouveau rappelé que les relations entre la France et le Maroc par l'Espagne offrent d'importants avantages au point de vue de la rapidité et du confort.

Un voyageur partant de Paris-Quai d'Orsay à 10 h. par le train de luxe Sud-Express trouve à Madrid un train rapide quotidien (service de luxe tri-hebdomadaire) à destination d'Algésiras qui arrive dans ce port à 12 h. 5 le matin du lendemain. Il peut s'embarquer immédiatement pour Tanger (service quotidien), où il arrive le soir à 16 h. 30, soit deux jours après son départ de Paris, ou pour Casablanca (service hebdomadaire, le mardi), qu'il atteint le matin à 8 heures, moins de trois jours après avoir quitté Paris et avec 14 heures de traversée seulement.

Le train rapide de luxe Pyrénées-Côte d'Argent ainsi qu'un train rapide de toutes classes partant respectivement de Paris-Quai d'Orsay à 20 h. 40 et 21 h. 50 permettent également de rejoindre à Madrid le même rapide quotidien sur Algésiras.

Les voyageurs craignant la mer peuvent aussi emprunter le service automobile de Tanger à Casablanca par Rabat quatre fois par semaine, trajet dans la même journée.

Billets directs et enregistrement direct des bagages de Paris-Quai d'Orsay pour Algésiras.

Pour tous renseignements et délivrance des billets, s'adresser à l'Agence de la Compagnie d'Orléans, 16, boulevard des Capucines, à Paris.

# PYRÉTHANE

**Antinévralgique Puissant**

## GOUTTES

25 à 50 par dose - 300 pro die (en eau bicarbonatée).

**AMPOULES A 2 c<sup>3</sup>. Antithermiques.**

**AMPOULES B 5 c<sup>3</sup>. Antinévralgiques.**

1 ou 2 par jour

avec ou sans médication intercalaire par gouttes.

Dépôt - Paris : **P. LOISEAU, 7, Rue du Rocher.** — Echantil. et Littér. : Laboratoire PYRÉTHANE - ABLON (Seine-et-Oise)

# SILICYL

**Action Antiathéromateuse.**

**Action Hypotensive.**

**Action Déchlorurante.**

**Action de Diurèse.**

**Action Modificatrice**

**sur l'endartère**

..... l'adrénaline ne produit plus de lésion athéromateuse chez les sujets soumis à l'action du silicate de soude.

Professeur **GOUGET**

..... l'injection intraveineuse abaisse la tension artérielle et ramène la viscosité sanguine à la normale.

Professeur **SARTORY.**

**CHEFFLER-PÉLISSIER, C.R. Acad. Science., 1920, Août.**

**Médication**

**de BASE et de RÉGIME**

**des États Artérioscléreux**

**COMPRIMÉS : 3 à 6 par jour. AMPOULES 5c<sup>3</sup> intraveineuses : tous les 2 jours**



# Que devient l'entérite muco-membraneuse?

Par J. BAUMANN (de Châtel-Guyon).

Il y a peu d'années encore le mot suranné et quelque peu ridicule de *dyspepsie* résumait tout ce qu'il y avait d'inconnues dans la pathologie gastrique; le mot *entérite* remplissait le même rôle dans la pathologie intestinale et sa fortune ne fut pas moindre, ces deux vocables suffisant à tromper notre ignorance et ayant surtout acquis du public un succès des plus complets.

Il est vrai que ce fut pendant quelques années un beau tapage autour de l'entérite muco-membraneuse, à elle seule elle remplissait le cadre de la pathologie intestinale et les discussions passionnées suscitées entre les partisans de la théorie infectieuse et ceux de l'entéro-névrose eurent sur le milieu médical et aussi sur la clientèle un tel retentissement que cette affection put être classée parmi les maladies à la mode. Qu'en reste-t-il? Peu de chose en vérité, car il devient de plus en plus rare d'en observer quelques cas classiques dans la pratique courante aussi bien que dans la clientèle hospitalière et l'entérite muco-membraneuse tend à disparaître. Faut-il incriminer les conditions de vie nouvelles qui nous furent imposées par la guerre, une alimentation de la masse plus généreuse, des états pathologiques et particulièrement des états infectieux nouveaux amenant une symptomatologie intestinale différente? Tout cela est plausible, mais, devant le nombre toujours croissant des intestinaux, n'est-il pas plus rationnel de penser que ce sont nos conceptions qui se sont modifiées, que l'étude plus serrée des états colitiques a permis d'isoler de nouvelles individualités morbides qui peu à peu prennent corps et donnent à cette branche de la pathologie une physionomie et une orientation nouvelles, et que par conséquent ce que nous étiquetions *entérite muco-membraneuse* comprenait la multiplicité des formes actuelles? Déjà en 1913 Haristoy, sous le titre *les Entérites vues de Châtel-Guyon*, reconnaissait d'après les données du laboratoire que, dans 35 % des cas, l'entérite était fonction d'une insuffisance gastrique ou buccale, que les insuffisances cæcales ou sigmoïdiennes d'origine inflammatoire occupaient une place évaluée à 40 % environ, le reste étant fourni par des colites parasitaires ou de rares insuffisances duodénales ou intestinales. Il est incontestable que les apports et la documentation fournis par la coprologie ont apporté des éclaircissements à des faits que nous rapportions trop facilement à une névrose. Ils nous ont permis de déceler les formes larvées et chroniques de l'amibiase, les colites à protozoaires (*lamblia*, *tétrami*, *trichomonas*, etc.), les formes infectieuses où l'entérocoque, le colibacille, le bacille de Koch et tant d'autres créent la lésion primitive et des formes d'évolutions différentes. La coprologie nous a encore renseignés sur les insuffisances de tel ou tel segment de l'intestin, sur les fermentations et les putréfactions de la région cæcale qui conditionnent ou aggravent les réactions inflammatoires.

La radiographie n'a pas été moins féconde en nous initiant au rythme normal du gros intestin et nous permettant d'en reconnaître les anomalies, de localiser certaines lésions, d'en préciser les limites, et de l'association de ces deux éléments de diagnostic est née la connaissance des *colites segmentaires* qui domine actuellement la pathologie intestinale.

On sait qu'à chaque segment du côlon est dévolu un rôle physiologique. Le côlon droit et le cæcum sont en quelque sorte un estomac secondaire où s'élabore le dernier acte de la digestion; le côlon transverse est l'organe moteur qui fait progresser les déchets en les déshydratant; quant au côlon distal, il remplit le rôle de réservoir où les fèces s'accumulent en attendant leur évacuation. L'aspect clinique de la colite sera donc différent suivant la localisation des lésions colitiques à tel ou tel segment.

Le côlon droit est le segment le plus souvent lésé. Sa constitution anatomique riche en tissu lymphoïde, son voisinage avec l'appendicite lui confèrent une susceptibilité spéciale à l'égard de toutes les infections qui atteignent le tube digestif. La fièvre typhoïde, les gripes infectieuses, les états infectieux de l'enfance (rougeole, scarlatine) ont sur la muqueuse cæcale un retentissement marqué. Les lésions évoluent d'abord au niveau de la muqueuse, mais peu à peu altèrent la musculature et déterminent un degré plus ou moins aigu de typhltonie, d'où rétention des fermentations et putréfaction. Dans les formes plus graves, les lésions gagnent en profondeur, infiltrant la paroi et provoquent des réactions de défense, des péritonites localisées, des épiploïtes ou un processus adhérentiel qui seront autant de facteurs de stase avec leurs conséquences.

A ces réactions d'ordre inflammatoire succèdent donc des troubles mécaniques. Ce sont des ptoses et des tassements de l'angle droit, des angulations exagérées, certaines productions pseudo-membraneuses ou des brides (bride de Lane, membrane de Jackson), dont nous connaissons mal la genèse, mais qui constituent une gêne au transit cæcal et en favorisent les rétentions.

Quel est le rôle de l'appendicite chronique? Il est très discuté actuellement, à tort ou à raison. Il est certain cependant que des atteintes appendiculaires même légères sont capables, plus que toute autre lésion, de créer des réactions péritonéales de défense, des adhérences et d'entretenir un foyer infectieux; cependant de nombreux auteurs estiment que les *fausses appendicites* sont nombreuses. Il convient néanmoins de demeurer dans une prudente réserve, en raison de la difficulté à dissocier l'appendicite pure de la colotyphlite.

La caractéristique de ces colites proximales est d'être infectieuses ou toxiques. Infectieuses, elles entretiennent un milieu riche en bacilles pathogènes, elles provoquent des métastases, cholécystites, insuffisances ou lésions ré-

nales, souvent des états infectieux généralisés. Toxiques, elles relèvent plutôt de fermentations ou de putréfactions et retentissent davantage sur le système nerveux : migraines, céphalées, vertiges, troubles vasculaires, parfois stercorémie. Elles sont de plus douloureuses et, quelle qu'en soit l'origine, ont sur les plexus une influence fâcheuse dont le retentissement se fera sentir sur toutes les fonctions digestives.

Les anomalies que présente le côlon transverse et les modifications qu'il subit lorsqu'il est le siège de lésions inflammatoires sont peut-être moins apparentes que celles du côlon droit, plus complexes parce qu'elles sont rarement isolées, et s'apparentent plus ou moins avec les colites proximales et distales. Avec Faroy (1), nous avons essayé d'en fixer les caractères cliniques. Ici ce sont les troubles de la motilité qui s'accusent : éréthisme colique chez certains sujets névropathes, arythmie chez la plupart, c'est-à-dire alternance de zones spasmiées et de zones dilatées, enfin déchéance musculaire qui se manifeste non plus par une ectasie, mais par un allongement, allongement souvent confondu avec la ptose de ce segment et compliqué d'angulations exagérées aux angles ou de coudures. Là encore obstacle à la progression des matières par insuffisance fonctionnelle en premier lieu, par gêne mécanique plus tardivement. La colite du transverse est celle qui a le plus de points de contact avec la colite muco-membraneuse. C'est en effet une forme où les troubles nerveux prennent leur maximum d'acuité avec ses caelalgies intenses, ses réactions à distance, crises gastriques, troubles cardio-vasculaires, états neurasthéniques et anxieux, etc. La stase ne se révèle que par l'examen radioscopique, la coprologie ne fournissant que des données assez imprécises en dehors de la présence du mucus commun à toutes les inflammations muqueuses.

La colite sigmoïdienne est celle dont l'observation directe est la plus facile. La rectoscopie nous renseigne exactement sur l'état de la muqueuse, sur la gravité et l'étendue de ses lésions. Si l'étude du transit ne donne à la radioscopie que des données incertaines, le lavement baryté nous permet d'apprécier les anomalies de forme ou de position qui peuvent exister. Les lésions varient du simple état congestif de la muqueuse aux érosions et aux lésions ulcéreuses plus ou moins confluentes et profondes. La coprologie nous apporte des données intéressantes sur leur origine et ici on décèle très souvent un parasitisme incertain, dysenterie amibienne, infusoires ou parasites flagellés, etc. Ces colites assez rebelles se cantonnent en général à la muqueuse, mais gagnent parfois en profondeur, infiltrant les plans profonds, donnant lieu à des sigmoïdites et des péricolites dont la forme aiguë rappelle la symptomatologie de l'appendicite, sauf le siège, et dont la forme chronique aboutit à des réactions péritonéales dont le type est la méso-sigmoïdite rétractile de Wirchow. Rappelons aussi les relations étroites qui existent chez la femme entre l'anse sigmoïde et les altérations des annexes. L'évolution des sigmoïdites est ordinairement lente et

assez discrète, peu douloureuse ; elle n'offre pas le tableau toxico-infectieux des affections caecales ni celui plus bruyant des colites du transverse, à part la douleur et quelques retentissements névritiques ; elle n'a que peu de rapports avec l'entéro-colite muco-membraneuse.

La constipation est un des symptômes cardinaux de l'entérite muco-membraneuse et sa pathogénie se résume en deux mots : atonie et spasme ; elle suit actuellement de plus près celle des colites segmentaires. Un des premiers, Hurst (de Londres) a décrit la constipation sigmoïdienne ou dyschésie ; la constipation du type caecal a été depuis adoptée par maints auteurs et rentre dans le cadre nosologique. Elles sont en cela très étroitement liées aux colites segmentaires. Aussi le terme de stase tend à s'opposer à celui de constipation. Il comprend toutes les anomalies de transit dues à une lésion colitique, à une malformation, à une sténose ; il est d'ordre mécanique et symptomatique d'une affection intestinale. On peut lui opposer les constipations où l'intestin ne joue qu'un rôle très secondaire : constipations fonctionnelles par mauvaises habitudes et émoussement des réflexes évacuateurs, constipations par surdigestion, par déshydratation à l'extrême ou insuffisances sécrétoires, *a fortiori* constipations symptomatiques d'un ulcus gastrique ou d'une cholécystite, ou encore celles qui relèvent d'une affection diathésique. Les éléments spasme et atonie perdent ainsi de leur valeur et la thérapeutique de la constipation ne se base plus seulement sur eux, mais sur ses causes primitives. Ils sont d'ailleurs variables suivant la nervosité du sujet et l'intensité de l'irritation intestinale, le spasme n'étant en somme qu'une exagération d'un réflexe de défense au cours d'une affection inflammatoire ou d'une irritation de la muqueuse et l'atonie, la conséquence de ces mêmes réactions qui aboutissent à une fatigue de la musculature, à une déchéance passagère ou progressive, à un allongement. La radiographie nous a permis de constater la coexistence fréquente de ces deux éléments, leur succession à intervalles plus ou moins éloignés, et a pu nous montrer que nos interprétations subjectives ne répondaient pas toujours à la réalité.

L'intensité des phénomènes névropathiques au cours des colites a toujours retenu l'attention des observateurs. Pour beaucoup d'auteurs, ils étaient la base même de l'entéro-colite muco-membraneuse et pour certains ils ne se différenciaient guère d'une névrose ou d'une psychose. La fréquence de cette affection, son caractère quasi épidémique justifiaient dans une certaine mesure cette opinion. Beaucoup de ces soi-disant malades n'avaient en somme que quelques membranes, dues à l'abus du lavage d'intestin, ou quelque vague colite, mais en faisaient étalage et décrivaient leurs symptômes avec complaisance ; ils étaient pour le psychothérapeute sujets de choix. La mise au point actuelle a fait justice de ces exagérations ; il n'en faut pas conclure que la place de l'élément névropathique en soit moins importante ni plus négligée. Jamais au contraire il n'a été l'objet d'études plus approfondies, jamais on n'a plus essayé de l'analyser, de le dissocier et en quelque sorte d'objectiver le rôle de l'intestin sur le système nerveux.

Il appartient à Lœper d'avoir un des premiers opposé à

(1) FAROY et BAUMANN, les Manifestations colitiques du côlon transverse (P. M., juin 1923).



Traitement des maladies de peau par les Sels de Terres Rares  
**ECZÉMAS - LUPUS**  
Tubercules cutanés

Cé  
Tho  
Cal  
rium  
rium  
cium

**Céthocal**

Cé  
Tho  
Cal  
rium  
rium  
cium

Traitement local : Poudre — Traitement général : Gouttes

Littérature et échantillons sur demande au Laboratoire du Céthocal

P. Lemay D<sup>r</sup> en Ph<sup>e</sup> 1, Rue du Val d'Orne S<sup>t</sup> Maurice Seine. Tél. S<sup>t</sup> Maurice 87 R. C. 295638

PETITES DOSES 15 gouttes par jour  
DOSES MOYENNES 30 gouttes par jour

COMPLEXE TONICARDIAQUE  
Association Digitaline-Quabaine

**DIGIBAÏNE**  
NOM DÉPOSÉ



remplace  
avantageusement  
digitale  
et digitaline

Echantillons  
LABORATOIRES DEGLAUDE  
6 Rue d'Assas  
PARIS VI<sup>e</sup>

Littérature

action  
diurétique  
intense

USAGE ENFANTS DES DOCTEURS  
**NÉO-LAXATIF CHAPOTOT**

SUC D'ORANGE MANNITÉ — INOFFENSIF — DÉLICIEUX

ECHANTILLON MÉDICAL: AUBRIOT, 56, Boulevard Clichy, PARIS.



# IODALOSE GALBRUN

**IODE PHYSIOLOGIQUE, SOLUBLE, ASSIMILABLE**

Première Combinaison directe et entièrement stable de l'Iode avec la Peptone

DÉCOUVERTE EN 1896 PAR E. GALBRUN, DOCTEUR EN PHARMACIE

**Remplace toujours lode et iodures sans iodisme**

*Vingt gouttes IODALOSE agissent comme un gramme Iodure alcalin*

Doses quotidiennes : Cinq à vingt gouttes pour les Enfants, dix à cinquante gouttes pour les Adultes

LITTÉRATURE ET ÉCHANTILLONS : LABORATOIRE GALBRUN, 8 & 10, Rue du Petit Musc, PARIS

**Ne pas confondre l'iodalose, produit original, avec les nombreux similaires parus depuis notre communication au Congrès International de Médecine de Paris 1900.**

R. C. Seine : 30.304.

## NOMENCLATURE

DES

**VACCINS CONCENTRÉS**  
intradermiques

**INAVA**

(procédé L. Goldenberg).

**"A" "B" "D" "G" "M" "O" "P" "R" "U"**

Asthme  
Bronchite  
 chronique

Abcès chroniques  
Sinusites mastoi-  
daires  
Pyrorrhée  
 latente

Furuncles  
 Anthrax  
 Acné

Blennorrhagie et ses  
complications

Métrites

Vulvite-  
vaccin  
Leucorrhée  
 Salpingites  
 Métrites

Infections causées  
par des pyrogènes  
communs

Ozène

Infections des voies  
urinaires

Mode de préparation spécial (excipient constitué par les microbes solubilisés) qui assure une concentration exceptionnellement forte, ne donnant toutefois lieu à aucune réaction.

Mode d'inoculation spécial (par voie intradermique) qui met à profit le rôle de la peau, en tant que véritable organe hautement différencié.

Prosoogie spéciale, par gouttes (due à la concentration très forte), qui permet d'encercler le foyer d'infection en pratiquant les injections « en nappe », quand l'infection est localisée.

**BON**

pour un échantillon de vaccin INAVA à adresser au

**Laboratoire INAVA**

Institut national de vaccinothérapie  
Etablissements Kuhlmann

26, rue Pagès, SURESNES, près Paris  
Prière de bien indiquer la lettre du vaccin désiré.

## MEDICATION CHLORHYDRO-PEPSIQUE

**DYSPEPSIES**  
Anorexie  
Vomissements  
**LIENTÉRIE**

**ELIXIR GREZ**  
ET PILULES

**CHLORHYDRO-PEPSIQUES**  
Amers et Ferments  
digestifs

DOSES : 1 verre à liqueur ou 2 à 3 pilules par repas. Enfants : 1 à 2 cuillerées à dessert

Dépôt : 49, Rue de Maubeuge, PARIS — Envoi franco Échantillons.

R. C. Seine : 137.933.



**VITTEL**

Gamme complète des eaux curatives de

**L'ARTHRITISME**

Action élective sur le **REIN**

Action élective sur le **FOIE**

**GRANDE SOURCE**

**SOURCE HÉPAR**

La plus minéralisée  
des eaux froides des Vosges

### Indications

Goutte — Lithiase rénale — Albuminurie et diabète  
goutteux — Hypertension dyscrasique — Pyérites —  
Lithiase biliaire — Congestion du foie — Séquelles  
hépatiques des coloniaux — Angiocholites — Arthritisme  
infantile.

R. C. Mirecourt : N° 1.673.

## ARTERION VINCARDI

Artério-sclérose — Hypertension — Scléronéphrose

Iodosulfures d'allyle — Silice — Citrates alcalins en combi-  
naison organique directement assimilable — Capsules enrobées  
de gluten. — Innocuité absolue. — Tolérance parfaite

Laboratoire VINCARDI, 42, av. Borriglione — NICE

**DIABÉTIQUES!**

**DYSPEPTIQUES!**

**ALBUMINURIQUES!**

Faites usage des produits de régime P. GIRAUD

Leur finesse, leur légèreté et leurs propriétés nutritives vous donneront  
toute satisfaction.



la théorie psychique les lésions du système nerveux abdominal dans les colites graves. En même temps que lui, Misson (de Strasbourg) décrivait les altérations névritiques de l'appendicite chronique. Toute lésion un peu profonde entraîne des altérations du système nerveux propre, autonome du gros intestin auxquelles Lœper reconnaît trois formes : lésions dégénératives, inflammatoires ou fibreuses, suivant qu'il y a dégénérescence de fonte des ganglions et des amas cellulaires, inflammation des ganglions et des filets nerveux par l'intermédiaire de leurs gaines lymphatiques ou néoformation fibreuse des cellules nerveuses, lésions capables de causer des répercussions graves sur tout le système nerveux abdominal et de conditionner des plexalgies multiples aux points d'élection. S'agit-il de troubles moins graves ? n'est-il pas plausible d'incriminer une imprégnation du système nerveux par des toxines bactériennes ou par les produits de la désintégration des albuminoïdes (indol, scatol, etc.) et même de la bile ? Lœper a démontré que les centres nerveux sont capables de fixer certaines de ces toxines et plus récemment le professeur Vincent, étudiant les infections coli-bacillaires, a réussi à isoler plusieurs toxines sécrétées par le coli dont certaines sont nettement neurotropes et provoquent chez le cobaye une myélite diffuse et des lésions des cellules nerveuses.

L'interprétation de certains phénomènes névropathiques, dont le caractère est si aigu qu'ils dominent la scène et obscurcissent le diagnostic, est de ce fait rendue plus claire ; cela explique aussi la persistance des cœlialgies et des plexalgies rebelles alors que l'élément colite est amendé. L'appendicite chronique nous en fournit un exemple typique : supprimons l'appendice lésé et le malade continue à souffrir et accuse les mêmes maux. Ce sont ses plexus qui sont lésés.

On ne s'est pas borné dans ces récentes études à préciser les lésions anatomiques des divers centres nerveux,

mais on a abordé un problème beaucoup plus complexe en cherchant à élucider les perturbations apportées par les affections digestives aux fonctions organo-végétatives et à délimiter la part qui revient à chacun des deux grands systèmes dans le déséquilibre de ces fonctions. Les états d'hypertonie du sympathique et du vague ou para-sympathique ont été longuement décrits par Guillermin, Laignel-Lavastine, Moutier, etc., et leurs travaux sont trop connus pour s'y arrêter dans un cadre aussi étroit. Rappelons seulement qu'à la sympathicotonie correspond un état d'instabilité physique et morale avec hypertension artérielle et tachycardie, alors qu'à la vagotonie correspond un état d'atonie et de dépression générale avec tendances à l'hypotension, à l'arythmie et à la bradycardie.

Telles sont les grandes lignes de la pathologie intestinale moderne. Débarrassée de théories univoques qui lui faisaient un cadre étroit et rigide, aidée du laboratoire et de la radiologie, elle tient compte davantage des causes multiples et des conditions diverses qui président à la genèse des colites, elle en mesure les conséquences et précise les altérations qui en résultent sur les divers segments du tube digestif et sur l'organisme en général. Il s'ensuit une thérapeutique plus souple, moins spécifique, moins symptomatique aussi. On peut en conclure, et c'est la méthode que j'ai adoptée dans ma pratique thermale, que cette thérapeutique doit procéder par étapes successives : en premier lieu, s'attaquer aux causes primitives, parasites, infections, toxines, irritations diverses de la muqueuse, et réduire les réactions inflammatoires locales qui en sont la conséquence immédiate ; rétablir ensuite le transit intestinal par des moyens appropriés suivant qu'il s'agit d'un trouble fonctionnel ou d'une cause mécanique ; enfin lutter contre les séquelles, les viciations fonctionnelles névropathiques, les cœlialgies, et rétablir ainsi l'équilibre organique.

## Les Gazés à Saint-Honoré-les-Bains

Par le Docteur COMOY (de Saint-Honoré).

Nous recevons relativement peu de gazés à Saint-Honoré. Je crois que c'est là un fait regrettable, tout au moins dans certains cas, dans l'intérêt de ces pauvres éprouvés qui, depuis l'armistice, n'ont pas encore cicatrisé leurs blessures pulmonaires et s'aperçoivent de temps à autre qu'ils sont de vrais blessés, et ceci souvent à longue échéance. Quoique l'indication de notre station me paraisse assez précise, nous sommes devancés forcément par le Mont-Dore en particulier, qui a été désigné comme centre militaire officiel, et, sans connaître les vrais résultats de cette station, nous citons, sans terme de comparaison aucun, quelques observations qui nous ont donné chez certains malades toute satisfaction et qui peuvent intéresser la famille médicale et le public d'une façon générale.

Je débute par la plus intéressante de ces observations : M. E. G..., officier de cavalerie, fut rencontré par moi dans le midi où j'exerçais à cette époque, lequel s'était auparavant promené, au sens médical du mot, dans tout

le midi de la France, d'Arcachon à Pau, de Pau à Biarritz, sans oublier la côte d'Azur où il venait d'arriver. Il portait l'étiquette de bacillose pulmonaire. Il était émacié, quoique de constitution robuste avait peu d'appétit et expectorait 1 litre et demi de pus par jour. Naturellement le moral était très affecté et il allait sans doute continuer son voyage d'in-atisfait lorsque je lui proposai, après l'examen des crachats plusieurs fois répété, dénués de bacilles de Koch, le diagnostic de bronchite fétide avec sphacèle des extrémités bronchiques. Il n'était pas tuberculeux ; le moral s'en ressentit favorablement et, quoique très mauvais malade, il voulut bien se soumettre à la médication habituelle dans son genre de maladie : hyposulfite de soude, eucalyptine, etc. L'état général s'en trouva bien au bout de quelque temps, mais la quantité de pus expectoré diminuait bien lentement et pour ainsi dire de façon méconnaissable. C'est alors que, tablant sur un autre cas qui fera l'objet de ma seconde observation, je lui proposai une première

saison à Saint-Honoré quelque temps après, car nous étions au printemps. Plutôt sceptique et toujours découragé, il me donna cependant sa parole et vint en effet aux premiers jours de juin. Je lui appliquai bien certainement un traitement très actif, car, je le répète, la constitution était robuste, et nous pouvions nous permettre beaucoup de ce fait. La première saison nous donna quelques résultats et beaucoup d'espoir. L'expectoration purulente diminuait sensiblement à la fin de la cure et quelque temps après. Le malade, encouragé, fit quatre saisons consécutives et, les hivers suivants, cessa presque entièrement toute thérapeutique habituelle. La toux et l'expectoration ont entièrement disparu ; le malade pèse actuellement 96 kilogrammes, mène une existence assez dure, il chasse, pêche, etc... ; seul persiste un peu d'emphysème compensateur qui le gêne de façon insignifiante.

La deuxième observation concerne un sergent du génie, M. B..., gazé également et envoyé avec le diagnostic de gangrène à l'hôpital que je dirigeais alors, à la fin de la guerre. Les rayons nous confirmèrent ce diagnostic en nous montrant un noyau de la grosseur d'un bon œuf de poule à la partie moyenne du poumon droit. A l'expectoration, un demi-litre à peu près de liquide purulent et fétide contenant des débris sphacelés. La cure de boisson, la seule possible à ce moment, fut instituée, mais suivie un peu à la légère, assez longtemps poursuivie cependant (six mois environ) avec des alternatives de repos un peu fantaisistes, le malade dépassant parfois la mesure et s'abstenant ensuite totalement pendant quelque temps. Le résultat fut inespéré, la sécrétion tarie, l'état général

redevenant parfait. J'eus quelques nouvelles de ce militaire, toutes à sa satisfaction. Les dernières me le représentèrent comme guéri.

Parmi les quelques cas traités postérieurement, il en est un que j'ai pu voir en cette saison 1925 évoluer avec rapidité du côté de la guérison, celui-ci pouvant être étiqueté bronchite chronique chez un jeune homme de 33 ans, L. M..., chez qui les signes stéthoscopiques s'amendèrent rapidement, de concert avec l'assèchement du poumon gauche intéressé. On aurait pu fort bien songer dans ce dernier cas à une tuberculose en évolution. Il n'en était rien : pas de bacilles de Koch dans les expectorations,  $T = 36^{\circ},8$  à  $36^{\circ},9$  le matin, un peu augmentée le soir naturellement avec la vie au grand air et un exercice cependant modéré. Nous reverrons très probablement ce malade cette année, car la première saison fut un véritable encouragement chez celui-ci, dont le moral laissait fort à désirer, surtout à son arrivée.

En somme, ces eaux de Saint-Honoré, sulfureuses et légèrement arsenicales, bien dosées, nous ont donné dans les cas précédents et dans d'autres qui furent moins saillants, mais assez nombreux, des résultats affirmatifs qui nous engagent à faire le plus tôt possible un essai analytique de la radio-activité de nos eaux.

J'ajoute qu'en présence du bacille de Koch, tout disparaît et que nous nous trouvons même en présence d'une contre-indication formelle, vu le peu d'utilité de la réaction et le processus de phénomènes congestifs toujours à redouter.

## ÉLECTROTHÉRAPIE

### (Traitement des anévrismes et des artérites oblitérantes)

Par G. LIAN et A. BLONDEL.

L'électrothérapie mérite de prendre une place plus importante que celle qui lui était donnée jusqu'ici dans le traitement des affections cardio-vasculaires. Telle est l'impression qui se dégage de la lecture d'une étude d'ensemble faite sur cette question par C. Lian et P. Descoust (1).

Nous envisagerons d'abord les prescriptions électrothérapiques et leurs résultats dans quelques affections artérielles.

**Anévrismes.** — On se rappelle les anciennes tentatives d'introduction de corps étrangers dans le sac anévrysmal (ressort de montre) ; pour favoriser la coagulation, on employa aussi l'action coagulante du courant galvanique (pôle positif).

Cette pratique a été, dans ces dernières années, em-

ployée de nouveau dans les pays anglo-saxons, sous le nom de *wiring*, en particulier par Hare.

« Au moyen d'une aiguille en or, creuse, et dont le calibre répond exactement à celui du fil, on introduit 5 ou 6 mètres de fil d'or ou de platine dans la poche où il s'enroule aussitôt. On applique une électrode négative en feutre sur le dos du malade à la hauteur de la poche et on fait passer par le fil, devenu pôle positif, un courant galvanique d'intensité croissante (jusqu'à 50 Ma). La séance dure 45 minutes et peut être renouvelée au besoin. Avec quelques précautions, on n'aurait jamais ni brûlures, ni hémorragies ; les embolies ont été très rares. Dans vingt-sept cas, traités par Hare, il a été observé presque toujours une atténuation des douleurs avec réduction des dimensions de la poche. Il est nécessaire que le reste de l'appareil circulatoire soit en bon état et surtout que l'anévrysme soit sacciforme. »

(1) Journ. méd. franç., février 1925.



*traitement intégral  
des affections veineuses*

# PROVEINASE

Synergie régulatrice de l'insuffisance veineuse

## MIDY

Varices - Varicocèles  
Œdèmes  
post-phlébitiques

Troubles de  
la Ménopause et  
de la Puberté

Association d'extraits desséchés dans le vide  
de plantes stabilisées  
(Marrons d'Inde - Cupressus - Viburnum - Hamamelis)  
et de poudres d'organes à sécrétion interne  
(Thyroïde - Hypophyse totale et Surrénale)

2 à 6 COMPRIMÉS  
PAR JOUR

Médication  
interne  
des  
Hémorroïdes

**POMMADE MIDY**  
adréno-styptique

MÉDICATION LOCALE  
des HÉMORROÏDES

LABORATOIRES MIDY  
4 rue du Colonel Moll  
PARIS

**SUPPOSITOIRES MIDY**  
adréno-styptiques

Gal.

## MANUFACTURE FRANÇAISE DE CAOUTCHOUC

R. C. Cusset 1.837

### P. OYHÉNART

Téléphone : 2252

Usine à CUSSET - Bureaux : 25, Avenue de Lyon - VICHY

ARTICLES d'HYGIÈNE et de CHIRURGIE au TREMPÉ et en FEUILLE ANGLAISE

Spécialité de DOIGTIERS et GANTS pour examen, sans soudure et en feuille anglaise

Marques déposées : CRISTAL - LEGLOT - RAMSÈS - NEVERRIP - SVELTA - THE PERFECT

ANTISEPSIE

# MYCIDOL

Forme EXTERNE : ANTISEPTIQUE GÉNÉRAL.

Forme INTERNE : AFFECTIONS GASTRO-INTESTINALES, GRIPPES, Etc.

Echantillons franco sur demande aux Laboratoires BADÉL, à VALENCE-sur-RHÔNE

Aux mêmes Laboratoires : **JUGLANRÉGÈNE ANDRÉ**  
Elixir iodo-tannique à base de Noyer

R. G. Romans 3.915.

## LE LACTATE D'Hg

est le sel le mieux Toléré par l'estomac  
(Adultes et Enfants). Il est pur et inaltérable  
et toujours accepté dans les

## COMPRIMÉS ROY

Dose moyenne : 4 comprimés (soit 0 gr. 02)  
avant les repas

Prescrire :

## COMPRIMÉS ROY

(sans autre indication)

A. ROY & C<sup>e</sup>, 81, boulevard Suchet, PARIS

R. G. Paris 63.298.



**La Blédine**  
JACQUEMAIRE

est une  
farine spécialement préparée  
pour les enfants en bas âge  
pour améliorer l'allaitement au biberon,  
favoriser la croissance,  
préparer le sevrage.  
contre l'intolérance du lait,  
les troubles digestifs  
par insuffisances glandulaires,  
les diarrhées, la constipation,  
l'athrepsie et le rachitisme.

Demandez échantillons :  
ÉTABL<sup>s</sup> JACQUEMAIRE  
Villefranche (Rhône)

## LAMALOU-LES-BAINS (Hérault)

(Saison 15 avril au 15 novembre)

### EAUX THERMALES BICARBONATÉES OLIGOMÉTALLIQUES


*Douleurs, Paralysies, Maladies de la  
Moelle (Tabès), Maladies des nerfs.  
Rhumatismes.*

NOMBREUX HOTELS AVEC TOUT CONFORT  
PENSIONS DE FAMILLE ET VILLAS

## LE GRAND HOTEL MAS

Entièrement transformé


GRAND CONFORT, PRIX MODÉRÉS  
Pension depuis 45 francs par jour.



1913 GAND: MÉD. D'OR — GRAND PRIX MONACO 1920

## NÉVROSTHÉNINE FREYSSINGE

Gouttes de glycérophosphates alcalins  
Convalescences, Surmenage, Dépressions nerveuses  
XV à XX gouttes à chaque repas. — 6, Rue ABEL, PARIS



R. C. Seine : 37.721.

## L. B. A. LABORATOIRE DE BIOLOGIE APPLIQUÉE

Adr. tél. Rioncar-Paris

Tél. Élysées 36-64, 36-45

54, Faubourg Saint-Honoré, PARIS (8<sup>e</sup>)

V. BORRIEN, Docteur en Pharmacie de la Faculté de Paris

## PRODUITS BIOLOGIQUES CARRION

### ANTASTHÈNE

(névri, contre ; ἀσθένεια, asthénie)

MÉDICATION ANTI-ASTHÉNIQUE

AMPOULES — COMPRIMÉS

à base de Glycérophosphates  $\alpha$  et  $\beta$ , associés à un Extrait cérébral et spinal



Dans le cas des douleurs intenses, et si rebelles aux traitements usuels, de certaines grosses ectasies, peut-être pourrait-on expérimenter le procédé signalé par Hare, mais en opérant avec une prudence extrême. En effet, si Hare signale un nombre éloquent de succès complets où la douleur avait totalement disparu, d'autre part d'Arcy-Power, qui vante le *wiring* et l'a employé chez 16 malades, a vu 8 de ses 16 malades succomber dans les deux à onze jours après l'opération. Il se servait de l'appareil de Colt sans faire passer de courant par le fil introduit dans la poche anévrismale.

Enfin Delherm déclare avoir obtenu, dans le traitement des anévrismes, une amélioration des troubles fonctionnels, surtout de l'angoisse, en utilisant une méthode en vogue en Italie et au Brésil et qui consiste à faire de la galvanisation transthoracique, l'électrode positive étant placée du côté où l'anévrisme tend à faire saillie.

**Artérites oblitérantes.** — L'électrothérapie peut être employée contre la claudication intermittente, la préangrène, la gangrène.

a) *Claudication intermittente.* — Ici la diathermie est le traitement de choix, comme l'ont montré C. Lian et P. Descaoust (1). Si elle échoue, on pourra recourir à la sympathectomie pérfémorale.

b) *Préangrène.* — Nous rangeons sous ce nom les cas où, aux crises passagères de la claudication intermittente, se substitue une douleur du membre inférieur à la fois permanente et très violente, faisant redouter l'apparition prochaine d'une zone de sphacèle.

A cette période, la diathermie, outre qu'elle exerce une action sédative remarquable sur la douleur parfois atroce, peut arriver à éviter le processus dégénératif, mais à la condition que sa mise en œuvre soit aussi précoce que possible.

c) *Gangrène.* — Enfin, en présence de la gangrène déclarée, la diathermie trouve une indication nette à la condition que la gangrène soit sèche, limitée, sans infection septique. Non seulement elle peut exercer une action analgésique, mais elle est susceptible de diminuer la tendance à l'extension de la zone sphacélée et à la transformation en gangrène humide. Toutefois, il ne faut pas fonder de trop grands espoirs sur ce moyen thérapeutique, comme cela résulte des observations du professeur Marcel Labbé. A notre avis, le traitement local de la gangrène sèche doit combiner, d'une part l'emploi de la diathermie entraînant un réchauffement et une vaso-dilatation du membre atteint, d'autre part l'application, limitée à la zone sphacélée, de douches d'air chaud. C'est, nous semble-t-il, la meilleure façon d'aider l'organisme à se défendre contre le processus si redoutable de la gangrène sèche.

Quant à la gangrène humide, elle entraîne une amputation haute d'urgence. Cependant, en face d'un cas où l'intervention chirurgicale serait impossible, on se souviendrait des résultats encourageants obtenus par Cluzet et Chevallier.

(1) *Presse méd.*, 22 oct. 1924, et *Année méd. prat.*, 4<sup>e</sup> année, 1925, p. 74.

Enfin, la diathermie est absolument indiquée quand la gangrène est bilatérale, cette bilatéralité des lésions étant un indice très grave qui, selon Berger, doit faire écarter l'intervention chirurgicale.

Ainsi donc, la diathermie n'a pas la prétention de guérir les gangrènes à leur période d'état, mais elle peut aider à les circonscire et favoriser l'élimination spontanée de la zone sphacélée. Avec elle, on fait la part du feu.

Extrait de l'*Année médicale pratique*, volume annuel publié sous la direction du docteur LIAN, agrégé, médecin des hôpitaux : 300 articles courts, classés par ordre alphabétique, exposant les acquisitions nouvelles et pratiques (méd., chir., obst., spécial. et questions prof.) : 25 % de réduction aux souscripteurs. Prix du volume : 24 francs. Envoyer avant le 1<sup>er</sup> mai 20 francs (pour l'étranger : 22 francs) à M. Lépine, éditeur, 3, rue Vézelay, Paris (VIII<sup>e</sup>), compte chèques postaux 712-04.

### CHEMIN DE FER DE PARIS A ORLÉANS ET DU MIDI

HIVER 1925-1926 : FRANCE-ALGÉRIE PAR PORT- VENDRES  
TRAINS ET PAQUEBOTS RAPIDES

De Paris-Quai d'Orsay à Port-Vendres par Limoges, Toulouse, Narbonne, trains rapides permanents de nuit 1<sup>re</sup> et 2<sup>e</sup> classes, wagons-lits, trains rapides et express toutes classes.

Traversée la plus courte dans les eaux les mieux abritées.

Délivrance de billets directs de ou pour Alger et Oran via Port-Vendres.

Il est délivré, pour les ports d'Alger et d'Oran, par les gares suivantes du réseau d'Orléans ou *vice versa* : Paris-Quai d'Orsay, Angers-Saint-Laud, Angoulême, Bourges, Blois, Brive, Châteaudun, Châteauroux, Gannat (via Montauban), la Bourboule, le Mans, le Mont-Dore, Limoges-Bénédictins, Montluçon-ville, Nantes, Orléans, Périgueux, Poitiers, Quimper, Saint-Nazaire, Saumur et Tours, des billets directs toutes classes :

1<sup>re</sup> Simples valables 15 jours ;

2<sup>re</sup> D'aller et retour valables 20 jours, sans prolongation ;

3<sup>re</sup> D'aller et retour valables 90 jours, sans prolongation.

Ces billets permettent l'enregistrement direct des bagages.

Pour tous renseignements, s'adresser, à Paris, à l'agence spéciale des Compagnies Orléans-Midi, 16, boulevard des Capucines, aux bureaux de renseignements de la gare du quai d'Orsay, et 126, boulevard Raspail, ainsi qu'aux gares mentionnées ci-dessus.

### CHEMIN DE FER DE PARIS A ORLÉANS

AFFICHES ILLUSTRÉES

La Compagnie du Chemin de fer de Paris à Orléans rappelle au public qu'elle continue à mettre en vente à son service de publicité, 4, place Valhubert, Paris (XIII<sup>e</sup>), sa collection d'affiches illustrées.

Cette collection, d'un caractère très artistique, représente les grands châteaux de la Loire, des sites de la côte sud de Bretagne et des paysages de l'Auvergne, du centre de la France et des Pyrénées.

Le prix de ces affiches est fixé à 5 francs l'exemplaire (frais de port 0 fr. 25 par affiche en sus).

Toutefois, des réductions de 0 fr. 25 et de 0 fr. 50 par exemplaire seront consenties aux acheteurs qui demanderont les affiches par groupe de trois ou de six à la fois.

Le prix sera ainsi :

3, 4 ou 5 affiches.....	4 fr. 75 l'exemplaire
6 affiches et plus...	4 fr. 50 l'exemplaire
(frais de port, 0 fr. 25 par affiche en sus)	

Aux membres de l'enseignement et sur justification, les affiches seront cédées au prix exceptionnel de 3 fr. 50 l'exemplaire, quel que soit le nombre commandé.

# LA LOI ET SON APPLICATION

Par M<sup>e</sup> JEAN-LETORT,  
Avocat à la Cour de Paris.

Le sujet russe qui vient de se faire condamner le 9 janvier 1926 par la dixième chambre correctionnelle, au minimum d'ailleurs, après défense de M<sup>e</sup> René Idzkovski, pour exercice illégal de l'art dentaire, aurait dû consulter le luxueux opuscule que la *Semaine dentaire* (1) a édité ces temps derniers sous le titre de : « Pour être en règle avec la loi », et contenant le texte et la jurisprudence relatifs à l'enregistrement et au visa des titres et des diplômes médicaux aussi bien que dentaires, accompagnés de statistiques officielles et non officielles du nombre des médecins et des dentistes de France.

Il plaidait que, titulaire d'un diplôme de l'université de Kharkhow, il n'avait donné ses soins qu'à des compatriotes. Cela n'effaçait pas le délit. A ses 50 francs d'amende vint s'ajouter la condamnation à 200 francs de dommages-intérêts au profit du syndicat des chirurgiens dentistes de la Seine.

La *Semaine dentaire* a publié également une utile mise à jour, tant pour ce qui est des médecins que des chirurgiens dentistes, de ces questions de responsabilité (2) sur lesquelles on se rappelle les magistrales études du professeur Brouardel et de M. l'avocat général Maxwell.

On n'y trouvera guère d'exemples toutefois de certaines responsabilités d'un ordre particulier dérivant du rôle que le médecin est appelé à jouer dans les questions d'état civil, où il a cependant à répondre de certaines déclarations dans de certains délais, et où il est surtout fréquemment le confident et le guide de bien des familles.

Nous en avons déjà parlé à l'occasion de diverses études curieuses de M. Edouard Lévy, secrétaire adjoint de la commission sénatoriale de législation civile et criminelle, le grand spécialiste de l'état civil.

Il publie aujourd'hui un *Traité pratique de la législation des enfants naturels simples, incestueux ou adultérins* (3), avec une préface de M. Albert Wahl, l'éminent doyen honoraire de la faculté de Lille.

On ne peut manquer d'être un peu ému à la lecture de ces espèces singulières qui donnent un tel attrait aux ouvrages de M. E. Lévy, quand l'on songe au retentissement de ces questions d'état civil sur le bonheur ou le malheur des êtres immatriculés sans leur consentement sous des paternités ou des maternités plus ou moins exactes.

Un exemple de ces complications : deux lois de 1915 et de 1924 ont permis la légitimation des enfants adultérins par mariage subséquent des parents s'il n'existait pas toutefois d'enfants légitimes nés à l'époque de la conception.

Or voici deux époux séparés de fait sans avoir de nouvelles l'un de l'autre, et qui ont chacun des enfants adultérins sans qu'ils en soient réciproquement informés.

Un divorce intervient. Le mari épouse sa maîtresse, et voulant reconnaître ses adultérins, il déclare, de bon cœur, ne pas avoir d'enfants légitimes. Sa reconnaissance sera irrégulière, car en fait il a des enfants légitimes, les adultérins de sa femme, du moment qu'ils n'ont pas été désavoués, en vertu de l'adage bien connu : *is pater est quem iustæ nuptiæ demonstrant*.

La question des aliénés touche de plus près encore les médecins. Ceux-ci trouveront, dans un précis de M. Fillardier intitulé : *la Psychiatrie d'urgence* (4), les notions législatives, administratives et jurisprudentielles concernant cette matière délicate, et qui nous prend souvent de court. Un guide clinique le précède qui échappe à ma compétence, bien qu'il soit de nature à rendre service à ma profession, tout comme cette étude que le docteur Jean Vinchon (2) a brossée à grands traits sur *les Déséquilibres et la Vie sociale* et où l'on retrouve, avec des allusions historiques et littéraires à l'appui, tous les types de névroses, jusqu'aux esprits affaiblis, aux plaideurs impénitents, aux prostituées irrémédiablement déchuës, aux alcooliques prédisposés à toutes les psychoses, aux épileptiques en puissance que les interrogatoires d'un psychanalyste imprudent risquent de déclencher subitement. Il en résulte que les demi-fous sont une véritable majorité dans notre société éternée et imprégnée d'alcool. Leurs relations avec elle méritent d'être étudiées pour mieux savoir comment leur venir en aide, et la protéger également.

(1) Marcel Rivière, édit., 1 vol. in-12.

(2) Marcel Rivière, édit., 1 vol. in-8.

(1) Editions des établissements Ash et Caplain Saint-André, 12, rue de Hanovre.

(2) *La Responsabilité des médecins et des chirurgiens dentistes d'après la jurisprudence*, par A. PARIS et A. BOULAND, éditions des établissements Ash et Caplain-Saint-André, 12, rue de Hanovre.

(3) Société anonyme du recueil Sirey, 1 vol. in-8.

*Médication Iodée et Antisccléreuse*  
due à la combinaison Iode et Thiosinamine

DYSPNÉE - RHUMATISMES - HYPERTENSION  
TABES, ADHÉRENCES, ETC.

## TIODINE COGNÉ

PILULES - AMPOULES

*ARMINGHET, 3 C<sup>ie</sup> 43, Rue de Saintonge, - PARIS (3<sup>e</sup>)*



\* \* \*

Cette question des aliénés fait également l'objet de l'un des chapitres du livre du docteur G. Ichok sur *la Protection sociale de la santé*, véritable encyclopédie qui va de l'étude du régime sanitaire du mariage à l'examen de la question des pauvres et de la mendicité, en passant par la protection de l'enfant et de la femme, celle du travailleur, avec l'examen de cette grosse question de l'orientation professionnelle, l'étude des questions alimentaires, de l'habitation, de l'hygiène des villes et des campagnes, de l'éducation physique et des sports, des maladies sociales, des intoxications, de la criminalité. L'autorité sociale du médecin, comme dit fort bien l'auteur, a tout à gagner à une pareille documentation, et d'un autre côté de trop nombreuses expériences de protection de la santé publique ont échoué parce que la collaboration du médecin n'y avait pas été suffisamment demandée.

Une bibliographie récente, abondante, et qui serait difficile à reconstituer, compose un des grands attraits de cet ouvrage, qui aurait d'ailleurs gagné à être plus développé, les très nombreux problèmes ne pouvant trop souvent y être traités que trop superficiellement, non seulement dans leurs détails, mais quant aux conclusions que tire l'auteur parfois un peu précipitamment.

\* \* \*

Les juges de paix, comme les médecins, voient leur rôle social augmenter de jour en jour davantage : croirait-on qu'ils contribuent à déterminer le prix qui doit être payé pour la confection de la lingerie de femme ? Oui, car ils président le comité de fixation du salaire des ouvrières à domicile. Ils en voient bien d'autres, que nous raconte avec bonhomie le président de l'Association des Juges de

paix suppléants, M<sup>e</sup> Meunier (1), dans un petit livre plaisamment illustré par Guilac. En outre, depuis la loi du 1<sup>er</sup> janvier 1926, le juge de paix a vu sa compétence relevée, en premier ressort, au niveau de celle des tribunaux d'arrondissement, qui est de 1.500 francs, sans que le législateur se soit d'ailleurs arrangé pour relever en même temps cette dernière : elle en a pourtant bien besoin, et il est grand temps que les tribunaux siègent sans appel, soit au moins jusqu'à 4.500 francs, chiffre timide qui paraît devoir être adopté, soit jusqu'à 6.000 francs, chiffre qui a été voté par le Sénat.

Désormais, en tous cas, le juge de paix connaît sans appel jusqu'à 600 francs et à charge d'appel jusqu'à 1.500 francs.

\* \* \*

Les décisions rendues en dernier ressort sont toutefois justiciables de la Cour de cassation. La chose est utilement rappelée, à propos des frais pharmaceutiques et médicaux en matière d'accidents du travail, par M. E. Perreau (2) dans une importante étude qu'il vient de faire paraître sur de nouvelles questions d'actualité concernant la législation médico-pharmaceutique, déjà ancienne, et la jurisprudence encore en création continue.

La pharmacie et les appellations d'origine, la situation des héritiers d'une officine, la question si délicate des sociétés entre ou avec pharmaciens, les questions syndicales, la législation du travail, les remèdes secrets et les spécialités, les herboristes et l'exercice illégal, les obligations fiscales des médecins comme des pharmaciens, le commerce des substances vénéneuses, le régime des pensions avec la question des soins gratuits, autant de chapitres très à jour et fort précieux à consulter.

(1) *Le Juge de paix* (Henri Goulet, édit.), 1 vol. in-12.

(2) *Législation et Jurisprudence médico-pharmaceutique* (Baillié et fils, édit.), 1 vol. in-8.

# CHRONIQUE FISCALE

## JUSTIFICATIONS FISCALES

PAR LUCIEN ORIOLE et PIERRE DE PLUMENT.

Les nécessités de l'heure présente nous semblent si pressantes que nous nous permettons de remettre à la prochaine chronique la fin de l'étude fiscale relative aux maisons de santé.

Les constatations que nous avons faites dans les différentes villes de France où nous avons été appelés depuis le début de l'année nous incitent, en effet, à en dégager de suite des enseignements pratiques, pour définir les directives de l'action individuelle, d'une part, et collective, d'autre part, qui s'imposent au corps médical en raison des dispositions fiscales de la dernière loi de finances.

Individuellement, et à quelques exceptions près, les

médecins et chirurgiens que nous avons vus ne paraissent pas convaincus de la nécessité d'organiser dès 1926 une sorte de comptabilité de leurs recettes et dépenses professionnelles. Ce surcroît de travail, cet assujettissement à une méthode leur semblent odieux, sinon impossibles. Et pourtant, il faut bien tenir compte des réalités.

Le texte de l'article 9 de la dernière loi de finances est très précis : « Faute de fournir les justifications nécessaires dans un délai de vingt jours, le contribuable est taxé d'office. »

Nous voudrions que tous comprennent enfin que le mot justifications a un sens très précis. Justifier, c'est

prouver et l'on ne prouve qu'avec des documents certains. Il ne suffira pas de produire des raisonnements ou des évaluations acceptables pour satisfaire les exigences de l'administration des contributions directes; celle-ci aura le droit de demander des comptes en règle; elle pourra, d'ailleurs, faire remarquer très judicieusement que, la loi ayant été votée en juillet 1925, les professions libérales ont eu le temps de s'organiser et de fixer les bases de la documentation précise exigée par le législateur.

Le respect de ces dispositions est, en outre, conforme à l'intérêt des médecins ou chirurgiens: ils omettent, en effet, de déduire de leurs recettes une quantité considérable de dépenses professionnelles qu'ils oublient parce qu'ils n'ont pas de comptabilité; quel commerçant serait capable d'établir sans ses livres le montant de son bénéfice net?

Malgré la tyrannie des occupations, il faut se décider et adopter des méthodes nouvelles correspondant à une situation sans précédent.

Toutefois, ce travail personnel n'est pas suffisant. Les collectivités ont aussi leurs devoirs. Les syndicats, les unions et fédérations de syndicats ont l'obligation de prendre en mains la défense fiscale de la profession qu'ils ont le grand honneur de représenter.

Pour cela, il leur faut adopter une thèse unique pour la France tout entière. La loi dit que les médecins devront prouver leurs recettes. Il appartient aux organisations de proposer tout de suite à l'administration des finances des modalités acceptables de justifications, tout en sauvegardant le secret professionnel.

Dans le même ordre d'idées, il est indispensable que tous les syndicats s'entendent pour définir les dépenses professionnelles et fixer notamment un taux uniforme pour les divers amortissements: mobiliers, matériel médical et chirurgical, immeubles.

Nous avons constaté avec regret que les syndicats locaux ont agi à ce sujet, pour 1925, sans entente préalable entre eux. Le fisc ne manquera pas d'utiliser les divergences d'appréciations!

Néanmoins, il est encore temps d'agir à Paris et dans chaque département pour compenser l'effet malheureux des erreurs commises.

Nous espérons que notre cri d'alarme sera entendu et que le nécessaire sera fait pour exposer à l'administration les charges nombreuses et considérables qui grèvent la profession médicale, charges que les agents d'exécution ignorent très souvent.

Le but à atteindre est l'envoi par la direction compétente d'une circulaire donnant une définition du mot *justifications* et fournissant à ses agents la documentation qui servira de base à leurs estimations personnelles.

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

(29 décembre.)

### CALOT. — Sur le diagnostic des arthrites chroniques de la hanche à tous les âges.

Neuf fois sur dix, la radiographie montre un cotyle à double fond pathognomonique d'une subluxation congénitale méconnue.

Combien souvent, au cas d'arthrite chronique de la hanche, la clinique, même aidée des examens de laboratoire, reste impuissante à nous dire avec certitude la cause des troubles observés!

Eh bien! c'est la radiographie qui nous donne, en pareil cas, le mot de l'énigme. Elle nous montre sur la hanche du malade se plaint (et presque toujours aussi sur la hanche dont il ne se plaint pas et qu'il ne faut jamais oublier de radiographier) un cotyle à double fond, lequel est fait de deux cotyles: en dedans et en bas, un petit cotyle, le cotyle originel ou plutôt ce qui reste de lui, car il est maintenant déshabillé, atrophié, aplati, plus ou moins comblé, et en dehors de lui un cotyle nouveau, seul en rapport avec la tête fémorale dont il épouse plus ou moins fidèlement la forme altérée. La partie interne de ce deuxième cotyle ou néocotyle est le deuxième fond (alors que l'U radiographique représente le fond primitif du cotyle originel). Ce deuxième fond, qui sépare les deux cotyles ancien et nouveau comme un diaphragme ou une cloison, est d'abord fibreux, puis cartilagineux, puis osseux. C'est pourquoi la radio le montrera d'autant plus net, en général, que le sujet sera plus âgé. Mais une technique radiographique appropriée en peut révéler l'ébauche, même chez les tout petits. M. Calot l'a retrouvé tout récemment chez des enfants de 2 à 3 ans: c'est dire que ce signe radiographique si précieux pourra désormais servir à tous les âges pour identifier la subluxation congénitale. On ne le retrouve avec ses caractères propres ni dans la coxalgie, ni le rhumatisme généralisé, ni aucune des maladies infectieuses ou toxiques de la hanche.

Par contre, on le retrouve dans la prétendue ostéochondrite, preuve nouvelle et péremptoire que cette prétendue maladie autonome est en réalité une subluxation congénitale qu'on avait méconnue jusqu'ici. C'est la fin du mythe de Legg et de ses partisans.

Conclusion: sont des subluxations congénitales méconnues toutes les hanches étiquetées morbus coxae senilis, arthrite sèche déformante, rhumatisme localisé, coxarthrites, morbus coxae juvenilis, ostéochondrite ou coxa plana, ainsi que près de moitié des cas étiquetés coxalgies et les coxa valga subluxans, et les 3/4 au moins des prétendues coxa vara essentielles de



TRAITEMENT DIÉTÉTIQUE DES MALADES, CONVALESCENTS, VIEILLARDS  
ET ALIMENTATION PROGRESSIVE ET VARIÉE DES ENFANTS

**FARINES MALTÉES JAMMET**

ARISTOSE - CEREMALTINE - ORGÉOSE - RIZINE - GRAMENOSE - AVENTOSE, etc.  
CÉRÉALES JAMMET pour Décoctions - CACAO GRANVILLE - Cacao à l'Orgéose, etc.  
Brochure et échantillons sur demande, M<sup>re</sup> JAMMET, 47, Rue de Miromesnil, PARIS



l'adolescence et des prétendues tuberculoses du col, et même beaucoup de cas pris pour des fractures du col. Ce qui représente au total les 9/10 des hanches pathologiques au-dessus de 20 ans et près de moitié au-dessous de 20 ans.

Il s'agit donc là d'une rénovation véritable de toute la pathologie tant médicale que chirurgicale de la hanche à tous les âges.

## Amicale des Médecins de Bretagne

Le quatorzième dîner de l'Amicale des Médecins de Bretagne a eu lieu le 27 janvier dernier dans les salons du buffet de la gare de Lyon, sous la présidence du professeur Marcel Labbé, membre de l'Académie de Médecine, assisté du docteur Baraton, président honoraire, et des docteurs Courcoux, Doré, Planson et Rieux, vice-présidents.

Assistaient à ce dîner les docteurs Broquet, Chappé, Chéné, Cier, Collet, Cottin, Durand, Eliot, Even, Ferron, Giraud, Halgand, Hémon, Hervé, Houeix de la Brousse, Jaugeon, Larcher, Le Gac, P. Le Goff, Le Penetier, doctoresse Le Scornet, docteurs Lesire, Letulle, Liégard, Maufrais, Moran, Nida, J. Oberthur et H. Oberthur, Péchilliot, R. Petit.

De nombreux camarades inscrits avaient été retenus et empêchés au dernier moment; s'étaient excusés: Aurégan, Balzer, président d'honneur, Briand, Busson, Chauvois, Collot, Courdray, Dauguet, Donzelot, Follet, président d'honneur, Gougeon, Hercouet, Klein, Korb, Laperche, Le Feunteun, Le Gouriérec, J. Leray, Le Scour, Lucas, Maingot, Markuzewski, Michineau, Mirallié, président d'honneur, Morin, Patourel, Perrion, Pesme, Petit de la Villéon et Viel;

Ainsi que MM. les étudiants ou internes: M. Bréger, R. et Y. Bureau, Giroire, Hervy, Jardin, M<sup>lle</sup> Le Gouriérec, Reyt et Sourdille.

Au dessert, d'importantes décisions furent approuvées, dont l'exécution sera mise au point par les soins du comité et ensuite communiquée à la presse.

Le prochain dîner aura lieu le jeudi 18 mars.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétaire général de la société, docteur Larcher, 1, rue du Dôme (XVI<sup>e</sup>), Passy 20-03.

## LIVRES NOUVEAUX MÉDICAUX

Nous donnons ci-dessous — chaque mois — la liste des ouvrages médicaux que nous recevons. Ils seront analysés ultérieurement par l'un de nos collaborateurs.

*Éléments de Philosophie médicale*, 1 vol. de la collection des *Études philosophiques*, par le docteur Noël HALLÉ (éditeur: Rivière, 31, rue Jacob, Paris).

*La Syphilis*, par E. JEANSELME (éditeur: Gauthier-Villars, Paris).

*Trois Entretiens sur la Sexualité*, par le docteur Fr. NAZIER (éditions du Siècle, 121, boulevard Saint-Michel).

## BIBLIOGRAPHIE MÉDICALE

SOMMAIRE. — MOULONGUET, *les Grands Syndromes oto-rhino-laryngologiques*: Doin et C<sup>ie</sup>, édit. (analysé par le D<sup>r</sup> Jean Magnan). — BUSST, *Ophthalmologie*: Doin et C<sup>ie</sup>, édit. (analysé par le D<sup>r</sup> Armand Mercier). — CALOT, *Berck et ses traitements*, 2<sup>e</sup> édition: Maloine, édit. — *Medicus 1925*, guide-annuaire du corps médical français: Rouzard, édit. — RAMOND, *Conférences de Clinique médicale pratique*: Vigot frères, édit. — SÉDILLIOT, *L'Asthme, uricémie respiratoire spasmodique d'origine hépatique*: Arnette, édit. — *Esculape* (numéro de février 1926)

**Les Grands Syndromes oto-rhino-laryngologiques**, par André MOULONGUET, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux de Paris. — Doin et C<sup>ie</sup>.

Un vol. in-8 de 476 pages avec 109 figures..... 50 fr.

Le titre de cet intéressant ouvrage indique la forme que le docteur Moulonguet a voulu employer pour mettre entre les mains des médecins praticiens une méthode simple, en présence des différents problèmes cliniques qu'ils peuvent avoir à envisager, et en leur donnant le moyen de les résoudre avec un minimum d'instrumentation spéciale.

Après un bref rappel de notions anatomiques et physiologiques, indispensables à la compréhension du sujet, l'auteur réunit dans chaque grand syndrome toutes les causes étiologiques qui déterminent un effet identique.

Voici par exemple le schéma d'un chapitre sur l'obstruction nasale. Il l'étudie d'abord chez le nourrisson et se base pour classer sur la date d'apparition:

- a) Au moment de la naissance ou dans les heures qui suivent: malformation congénitale;
- b) Elle apparaît quelques jours après la naissance et se constitue progressivement: végétations adénoïdes;
- c) Elle se développe rapidement quelques jours après la naissance. Coryza aigu. Adénoïdite aiguë. Coryza syphilitique secondaire. Rhinite gonococcique. Abscess rétro et latéro-pharyngien.

Il passe ensuite à l'examen chez l'enfant. Végétations adénoïdes. Étroitesse congénitale. Fibrome naso-pharyngien. Rhinite fibrineuse.

Il termine cet important chapitre par l'examen de toutes les causes d'obstruction chez l'adulte, en rappelant les signes nécessaires au diagnostic précis de chacune d'entre elles.

Par ce rapide exposé, on peut juger de l'intérêt pratique de cet ouvrage qui permet au praticien de faire un diagnostic étiologique exact dans la grosse majorité des cas et d'appliquer les méthodes les plus modernes de thérapeutique pour chacune des affections envisagées.

Il y trouvera la description des opérations d'urgence ou de « petite spécialité » qu'il peut avoir à pratiquer et l'indication des cas où il doit faire appel à un spécialiste pour les interventions plus importantes.

L'auteur étudie ainsi successivement l'obstruction nasale, les rhinorrhées, les épistaxis, les dysphonies, les dyspnées laryngées et trachéo-bronchiques, les dysphagies, les otalgies, les écoulements d'oreilles, les surdités, les bourdonnements d'oreilles.

C'est en résumé une innovation heureuse que d'avoir pu classer en grands syndromes bien divisés tous les éléments essentiels de la spécialité et il faut féliciter le docteur Moulonguet d'en avoir eu l'initiative.

D<sup>r</sup> Jean MAGNAN.

# LENIFORME

## HUILE ANTISEPTIQUE NON IRRITANTE

**Ophtalmologie.** par L. Bussy.

Doin, éditeur, 8, place de l'Odéon.

Prix ..... 15 fr.

Ce petit livre inaugure la collection des *Consultations journalières* que lance la maison Doin.

Le titre suffit à préciser la nature même du volume qui, dans l'esprit de l'auteur, est destiné à remplir, auprès du médecin, le rôle d'un oculiste appelé en consultation. C'est dire qu'il ne contient que des notions simples, clairement énoncées, ayant trait aux affections oculaires que le praticien rencontre chaque jour en clientèle.

Grâce au manuel schématique de M. Bussy, le médecin non spécialisé saura à quels signes principaux il pourra reconnaître ces maladies courantes, comment il devra les traiter et surtout à quel moment il devra avoir recours à l'oculiste.

Conçu pour jouer le rôle de guide, ce livre répond exactement au but qu'il s'était proposé.

D<sup>r</sup> Armand MERCIER.**Berck et ses traitements**, par CALOT, 2<sup>e</sup> édition.

Maloine, éditeur.

In-8, avec 45 figures..... 3 fr. 50

Que de fois j'ai souhaité, nous dit Calot, que tous ceux de nos confrères, médecins et chirurgiens, qui ont à soigner des adénites, abcès froids, tumeurs blanches, coxalgies et maux de Pott, puissent venir passer quelques jours à Berck, où ces tuberculoses externes nous arrivent par milliers du monde entier !

Ce petit séjour leur éviterait bien des mécomptes et bien des désastres en leur livrant en quelque sorte le mot d'ordre pour conduire à bien ces traitements. Ils emporteraient comme « souvenirs » de Berck les quelques notions qui sont le commencement de la sagesse thérapeutique en ce domaine très particulier de la tuberculose externe.

Et en particulier, les chirurgiens de chirurgie générale apprendraient à Berck cette chose si difficile à apprendre pour eux et pourtant si capitale en l'espèce : c'est qu'ils ne doivent plus opérer ces malades et que la première condition pour guérir, et guérir sans mutilation, ce qu'on est convenu d'appeler les tuberculoses « chirurgicales », c'est en réalité de ne faire jamais (ou presque jamais) œuvre chirurgicale sanglante, et de « remiser » tout le grand attirail opératoire pour s'en tenir à cette besogne « sans gloire », mais infiniment bienfaisante, qui consiste à n'user que des méthodes conservatrices, à savoir : traitements orthopédiques, bons appareils plâtrés, redressements progressifs, ponctions et injections modificatrices, pansements bien aseptiques.

Car c'est là, dans ces méthodes conservatrices de traitement local, que se trouve le secret des guérisons si belles, et l'on peut dire constantes, des tuberculoses externes, adénites, coxalgies, maux de Pott à Berck (sans qu'on oublie, bien entendu, l'appoint de l'air marin pour le traitement général de ces malades).

A ceux de nos confrères qui ne peuvent pas faire cette visite de Berck tant souhaitée par Calot, nous conseillons la lecture de ce petit livre, où ils trouveront exposées les grandes notions indispensables à posséder et à méditer par tous ceux qui veulent entreprendre le traitement des tuberculoses osseuses, articulaires, ganglionnaires et des affections orthopédiques.

**Medicus 1925**, Guide-Annuaire du corps médical français.

Aimé Rouzaud, 41, rue des Écoles, Paris (V').

In-8 raisin, relié pleine toile, 1.500 pages, prix..... 25 fr.

Ce guide-annuaire d'une documentation des plus soignées est incontestablement le plus complet qui existe. Sa division en cinq parties, divisées en chapitres, l'emploi de papiers de couleurs, un sommaire et une table des matières détaillés, en font le guide annuaire le plus précieux et le plus facile à consulter.

Paraissant régulièrement chaque année, en octobre-novembre, il est indispensable aux médecins comme aux pharmaciens, donnant à

chacun tout ce qui peut les intéresser, car tout ce qui touche, de près ou de loin, à la profession médicale se trouve dans *Medicus*.

Quant à sa partie annuaire, grâce aux documents puisés aux sources officielles et aux nombreux correspondants que *Medicus* a su se joindre, tant en France qu'aux colonies, elle est aussi exacte que possible.

**Conférences de Clinique médicale pratique**, par le docteur

Louis RAMON, médecin de l'hôpital Laënnec. — Vigot frères, éditeurs, 23, rue de l'École-de-Médecine, Paris (VI').

Chacune de ces conférences représente la mise au point pratique d'une question actuellement à l'ordre du jour, choisie parmi celles dont le diagnostic et la thérapeutique ont le plus profité des dernières acquisitions de la science.

Le plan en est conçu d'après les données classiques de la clinique française, telles que l'auteur les tient de ses maîtres : Dieulafoy, Achard et Vidal. L'observation d'un malade est le point de départ de chaque leçon ; vient ensuite la discussion du diagnostic, du pronostic et du traitement, conduite de telle manière que le lecteur l'impression de la mener lui-même comme dans une « consultation » chemin faisant, l'étude complète de la maladie originelle est repassée en ne mentionnant que les symptômes vraiment utiles à connaître en clinique et que les traitements qui ont fait leur preuve. Ainsi ces conférences restent essentiellement pratiques et négligent toute érudition. Elles visent à former des médecins, non des savants.

Pour y parvenir, elles s'adressent à l'intelligence du lecteur plutôt qu'à sa mémoire et s'efforcent de ne charger cette dernière que de connaissances élaborées par raisonnement. A cet effet, des schémas démonstratifs aident à faire comprendre, quand c'est nécessaire, la raison d'être des symptômes cliniques.

Écrites pour des praticiens non spécialisés, actuels ou futurs, elles embrassent toute la pathologie interne et l'on y trouvera, à côté des questions de médecine proprement dite, des questions de neurologie, de gastrologie, de cardiologie et d'urologie.

Grâce à leur forme vivante, due au dialogue en quelque sorte établi entre le lecteur et l'auteur à propos d'un fait clinique, ces conférences se lisent comme un roman, instruisent en distrayant. Aussi retrouveront-elles certainement auprès du public auquel elles s'adressent (praticiens, étudiants, candidats aux divers concours de médecine, internat, hôpitaux) le même succès qu'après des auditeurs qui les ont écoutées.

1<sup>re</sup> SÉRIE. — I. L'ulcère simple du duodénum : étude clinique. — II. Les hémorragies méningées méicales : étude clinique. — III. L'hypertension artérielle : étude clinique. — IV. Le cancer du poulmon : étude clinique. — V. Les pyélonéphrites aiguës : leur diagnostic et leur traitement. — VI. Le diagnostic d'un icère par rétention. — VII. Le pneumothorax : étude clinique. — VIII. Diagnostic d'une paralysie. — IX. Les cancers du foie : étude clinique. — X. Les pleurésies hémorragiques : étude clinique. — XI. Épilepsie Bravais-Jacksonienne. — XII. Le diagnostic d'une hémoptysie tuberculeuse : son traitement. — XIII. Anurie : diagnostic et traitement. — XIV. La

**LA "TONIPHOSPHINE"**

est le reconstituant idéal par la synergie  
médicamenteuse qui en fait le fond ;  
granulé à base de :

Glycéroph : de Manganèse  
Glycéroph : de fer  
Phosphate de Chaux trice. tenu  
Silicate de Magnésie  
Nucleinate de Soude  
Ext : de Kola fraîche  
Ext : de Quinquina

Spécifique des déminéralisations et des asthénies  
une cuillerée à café deux fois par jour.

LABORATOIRES BESNARD, 56, Rue des Dames, Paris  
R. C. S. 97440



TRAITEMENT DES DYSPEPSIES  
ET DU SYNDROME SOLAIRE

Par la

**GENESERINE**  
POLONOVSKI & NITZBERG

Excellant des  
Secretions et de la  
Motilité du Tube Digestif  
Spécifique des Troubles  
Sympathiques



Formes : Dragées Granulés Gouttes Ampoules

Mode d'emploi

Quatre à six Dragées  
ou Granulés par jour  
Gouttes vagi avant  
chaque repas Ampoules  
une par jour

ECHANTILLONS MEDICAUX  
& LITTÉRATURES SUR DEMANDE

LABORATOIRE DES PRODUITS "AMIDO"

A. BEAUGONIN PHARMACIEN

4 Place des Vosges PARIS (IV<sup>e</sup>)

FERMENTATIONS  
INTESTINALES  
ENTÉRITES DIARRHÉES  
DYSENTERIE



**AMIDAL**

Amidon paraffine  
ferment lactique

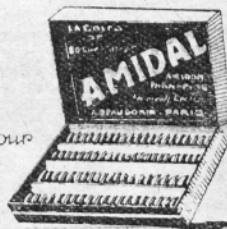
Poudre

Formes : — Comprimés — Gouttes

Mode d'emploi

Deux à trois cuillerées à  
soupe ou quatre à huit  
comprimés ou gouttes par jour

ECHANTILLONS MEDICAUX  
& LITTÉRATURES SUR DEMANDE



LABORATOIRE DES PRODUITS "AMIDO"

A. BEAUGONIN Pharmacien

4 Place des Vosges PARIS (IV<sup>e</sup>)

ETATS PLÉTHORIQUES  
HYPERTENSION

**TRISODYL  
ROZET**

ANGIOSPASMES  
ARTÉRIOSCLÉROSE

MÉDICATION NOUVELLE

*Syndromes complexes dans leurs causes et leur mécanisme,  
l'HYPERTENSION et son aboutissant l'ARTÉRIOSCLÉROSE exigent  
une médication complexe appropriée :*

- 1° Le **NITRITE DE SOUDE** pur à petites doses, VASODILATEUR  
PÉRIPHÉRIQUE (artérioles, capillaires), modéré et continu.
- 2° Le **SILICATE DE SOUDE** pur, SOLUBILISANT DE LA CHAUX,  
ANTIFERMENTESCIBLE, DIURÉTIQUE.
- 3° Le **CITRATE DE SOUDE** pur à dose utile pour ramener à la normale,  
la COAGULABILITÉ et la VISCOSITÉ SANGUINES.

**TRISODYL**

- |                            |                                    |
|----------------------------|------------------------------------|
| 1° NITRITE DE SOUDE PUR =  | VASODILATEUR<br>PÉRIPHÉRIQUE       |
| 2° SILICATE DE SOUDE PUR = | DISSOLVANT DU Ca<br>DIURÉTIQUE     |
| 3° CITRATE DE SOUDE PUR =  | ANTICOAGULANT<br>ANTIHYPERVISQUEUX |

**TRISODYL**

MODE D'EMPLOI : 1 Cuillerée à café dans un peu d'eau avant les deux repas principaux.

Littérature : LABORATOIRE de la SULFOLÉINE ROZET

Echantillons : BENDERITTER, Ph<sup>en</sup> VENDÔME (Loir & Cher) France. R.C. Vendôme 140

<b>TRAITEMENT DE LA <math>\Sigma</math> DES ADULTES</b> ACCOMPAGNEMENT      ENTRETIEN - FOND		
<b>CACHETS</b> Antistomatigènes Antidiarrhéiques Antidyspeptiques.	 <b>GAMBÉOL</b> LE NOUVEAU ROI DES MERCURIAUX Adopté par le MINISTÈRE de L'HYGIÈNE <b>PAS DE STOMATITE - PAS D'ACCIDENTS RÉNAUX</b>	<b>SUPPOSITOIRES</b> Pour ADULTES Absorption assurée Jamais d'irritation
Echantillons & Littérature: J. GAUTIER * Ph <sup>m</sup> de 1 <sup>re</sup> Classe, 24, Rue de Ponthieu, PARIS (8 <sup>e</sup> ) Tél. Elysées 22-66		

**CHALLAND**  
 NUITS SAINT GEORGES  
 (Côte d'Or)

**JUS DE RAISIN FRAIS CHALLAND**

REGISTRE COMMERCE Nuits, N° 213.

## L'Auvergne Thermale

**LA BOURBOULE**

15 Mai - 1<sup>er</sup> Octobre  
**Cures arsenicales**

Lymphatisme, Adénopathies, Aff. des voies respiratoires (protuberculeuse), Anémie, Chlorose, Paludisme, Diabète, lff. cutanées, Mal. des Enfants

**CHATEL-GUYON**

1<sup>er</sup> Mai - 15 Octobre  
**Affections Intestinales**

Entérites, Constipation, Diarrhées, Infect. intestinales, Congestions hépatiques, Dyspepsies infantiles, Maladies coloniales.

**ROYAT**

1<sup>er</sup> Mai - 15 Octobre  
**Affections Cardiaques et Artérielles**

Aff. et troubles fonctionnels du cœur, Troubles de la circulation (Hypertension et Artério-Sclérose), Arthritisme, goutte, rhumatisme, Diabète, Eczéma sec, Anémie.

**LE MONT-DORE**

15 Mai - 1<sup>er</sup> Octobre  
**Providence des Asthmatiques**

Aff. des voies respiratoires, Asthme, Emphyseme, Séquelles d'atteintes infectieuses, Trachéo-Bronchites, Rhino-Pharyngites, Rhume des foins.

**SAINT-NECTAIRE**

15 Mai - 1<sup>er</sup> Octobre  
**Cure de l'Albuminurie**

Cure de reminéralisation, Cure de lavage, Anémie, Lymphatisme, Arthropathies, Gynécopathies.

POUR TOUTS RENSEIGNEMENTS, S'ADRESSER AUX ÉTABLISSEMENTS THERMAUX

**EAUME BENGUE**

Guérison radicale de  
**GOUTTE**  
**RHUMATISMES**  
**NEURALGIES**

**D<sup>r</sup> BENGUÉ, 16, Rue Ballu, PARIS.**

**Chloréthyle Bengué**

**ANESTHÉSIE LOCALE - NÉURALGIES**



Nouveau tube, fermeture à clapet, pour ouvrir et fermer instantanément.

Recommandé à MM. les Médecins et Dentistes.

**D<sup>r</sup> BENGUÉ, Pharmacien, 16, Rue Ballu, Paris.**

**Dragées Bengué**  
 AU MENTHOL

**Indications:** Pharyngites, Laryngites, Toux, Angines, Bronchites.

**Composition:** Menthol, Borate de Soude, Cocaine.

**Mode d'Emploi:** 8 à 10 par jour

**Docteur BENGUÉ**  
 16, Rue Ballu Paris



gangrène pulmonaire: symptômes, diagnostic et traitement. — XV. Les embolies cérébrales.

Un vol. in-8 raisin de 320 pages, avec 49 figures..... 14 fr.

2<sup>e</sup> SÉRIE. — I. Le coma diabétique. — II. Des congestions pulmonaires. — III. Le diagnostic d'une paralysie oculaire. — IV. Diagnostic d'une splénomégalie chronique. — V. Le cancer de l'œsophage. — VI. La méningite tuberculeuse de l'adulte. — VII. Le phlegmon péri-néphritique. — VIII. L'érysipèle de la face. — IX. Le diagnostic d'une hémiplegie. — X. Tuberculose péritonéopleurale: études des formes aiguës et subaiguës de la péritonite tuberculeuse. — XI. Crises gastriques du tabes. — XII. La péricardite brightique. — XIII. Appendicite aiguë: étude clinique et thérapeutique. — XIV. Les pleurésies putrides. — XV. Polynévrites alcooliques.

Un vol. in-8 raisin de 400 pages, avec 42 figures..... 16 fr.

3<sup>e</sup> SÉRIE. — I. La gangrène sénile. — II. A propos du zona: adénite zostérienne primitive, zonas frustes, méningite zonateuse, les paralysies zostériennes, traitement de l'herpès zoster. — III. La pneumonie du sommet. — IV. Le diagnostic du cancer de l'estomac. — V. La varicelle: étude clinique. — VI. Le diagnostic du tabes. — VII. La granulie: ses formes cliniques et son diagnostic. — VIII. Les pneumonies tuberculeuses. — IX. Paralysie radiale. — X. Le diabète bronzé. — XI. Les kystes hydatiques du poumon. — XII. Albuminurie orthostatique: diagnostic des albuminuries intermittentes. — XIII. Les accidents sériques: la maladie du sérum. — XIV. Les tumeurs du médiastin: signes et diagnostic. — XV. L'insuffisance ventriculaire gauche.

Un vol. in-8 raisin de 388 pages, avec 36 figures..... 20 fr.

4<sup>e</sup> SÉRIE. — I. Phlegmatia alba dolens: étude clinique et thérapeutique. — II. Les abcès sous-phréniques. — III. Les néphrites aiguës: causes, signes, diagnostic et traitement. — IV. La maladie d'Addison: étude clinique et thérapeutique. — V. Œdème aigu du poumon. — VI. Le diagnostic d'une épistaxis et son traitement. — VII. Erythème noueux. — VIII. Insuffisance aortique: signes et diagnostic. — IX. Paralysie faciale. — X. Le diagnostic de la fièvre typhoïde. — XI. Les arthropathies tabétiques. — XII. Anévrysmes de la crosse de l'aorte: étude clinique. — XIII. Les cirrhoses alcooliques du foie: formes cliniques. — XIV. L'emphysème pulmonaire. — XV. Le diagnostic de la paralysie générale au début..... 25 fr.

**L'Asthme, uricémie respiratoire spasmodique, d'origine hépatique**, par J. SÉDILLOT, ancien interne des hôpitaux de Paris. — Librairie Arnette, 2, rue Casimir-Delavigne, Paris (VI<sup>e</sup>).

In-8 de 320 pages, prix..... 14 fr.

Livre d'un intérêt essentiellement pratique pour les médecins, car chaque chapitre vise à dégager les directives de régime et de traitement utiles à connaître pour guérir les asthmatiques.

L'auteur prouve la faillite des innombrables méthodes de traitement nées de l'anaphylaxie dans l'asthme. Il condamne avec non moins d'ardeur l'emploi des drogues proposées du point de vue du rôle de la vagotonie, calmants et toxiques dangereux (adrénalinomanie, intoxication barbiturique), écrit-il, ne permettant pas de faire plus qu'une thérapeutique symptomatique, heure par heure, humiliante pour un vrai médecin.

Après ces démolitions en règle, l'auteur reconstruit. S'appuyant à chaque page sur l'autorité de Frantz Glenard (doctrine de l'hépatisme), de Moncorgé (plus de 10.000 asthmatiques traités), de Dethil (4.000 cas) et de son expérience propre, qui ne paraît pas négligeable (52 observations originales et toutes personnelles agrémentent le texte), Sédillot remet debout la doctrine pathogénique uniste de l'asthme neuro-arthritique. « L'asthme n'est pas un syndrome, mais bien une maladie. » Il accorde une énorme importance et tout un chapitre au facteur endocrinien dans la constitution du neuro-arthritisme et la pathogénie de l'asthme; un rôle pas moindre à l'hérédité syphilitique microbienne et surtout amicrobienne. Par contre, il se croit, à l'heure actuelle, le seul défenseur (mais alors avec quel acharnement!) de l'antagonisme absolu de l'asthme et de la tuberculose.

Nous n'avons pas à prendre parti. Nous reconnaissons bien volontiers que l'auteur a défendu ses idées personnelles avec passion, qu'il n'a jamais cherché à louver, qu'il a pris carrément posi-

tion pour ou contre dans toutes les questions en litige. « C'est demain, écrit-il en plusieurs passages, qui dira qui dans ces controverses avait tort et qui avait raison. »

C'est aussi notre avis. Attendons.

Un tel livre appelle des réponses. Celles-ci ne sauraient tarder.

**Æsculape**, grande revue mensuelle illustrée. Lettres et Arts dans leurs rapports avec les Sciences et la Médecine. — Abonnement: 30 francs (étranger: 35 francs). — Le numéro: 5 francs. — 15, rue Froidevaux, Paris (XIV<sup>e</sup>).

SOMMAIRE DU NUMÉRO DE FÉVRIER 1926

Le Cantique du mal Saint-Jean (4 ill.), par le D<sup>r</sup> Jean VINCHON. — La Guérison des verrues par la Suggestion (3 ill.), par M. SAINTYVES. — Pratique des Harems marocains (4 ill.), par M<sup>me</sup> A.-R. DE LENS. — *Maternités* de Maurice Asselin (3 ill.), par le D<sup>r</sup> Benjamin BORD. — Mouvement médico-historique (4 ill.), par M. Louis MASSON. — Images populaires d'intérêt médical (6 ill.), par Jean AVALON. — Supplément (13 ill.).

## Thérapeutique pratique

Dans le dernier numéro de cette publication, nous avons appelé l'attention de nos lecteurs sur la réclame relative à la préparation (Antiphlogistine) au sujet de laquelle nous faisons un appel tout particulier aux docteurs de France.

Nous nous permettons de revenir sur cette question et d'insister auprès des docteurs et lecteurs de ce journal sur l'avantage qu'il y a pour eux à se mettre au courant des propriétés osmotiques et hygroscopiques de ce médicament, qui est prescrit et préconisé par tous les médecins qui l'ont expérimenté.

Toute demande d'échantillons ainsi que brochures illustrées seront expédiées à titre gracieux aux personnes qui en feront la demande, soit à la Denver Chemical Mfg Co, 20-24, Grand Street, New-York (États-Unis d'Amérique), soit aux laboratoires Antiphlogistine, 116, rue de la Convention, Paris (XV<sup>e</sup>).

### L'urothérapie par l'Eumictine.

L'intégrité organique et fonctionnelle de l'appareil urinaire est capitale pour la santé et pour la vie elle-même. Le moindre trouble de l'émonctoire rénal, la plus minime lésion de la vessie ou de l'urètre, en obviant à l'épuration sanguine, en appelant l'infection, créent les plus redoutables toxémies. L'anti-

## LA GRANDE MARQUE des Antiseptiques urinaires

19, Avenue de Villiers  
PARIS

**URASEPTINE**  
**ROGIER**

dissout et chasse l'acide urique

sepsie urinaire devient une nécessité, pour empêcher l'envahissement ascendant de l'appareil par un microbisme visible ou latent.

L'Eumictine est le modificateur classique de la muqueuse urétrale, le remède complet et souvent héroïque de la blennorrhagie à toutes ses périodes ainsi que de la plupart des autres infections uro-génitales; à la fois diurétique et antiphlogistique, anticatarrhal et antiseptique, c'est l'agent curatif des urétrites aiguës et chroniques et l'antagoniste éprouvé des virulences gonococciques.

La vaccinothérapie, avec ses intéressantes promesses, ne doit pas nous faire oublier, dans la pratique, une médication balsamo-antiseptique qui a fait depuis longtemps ses preuves concluantes. Association bien dosée de *santalol* (seul principe utile de l'essence de santal officinale), *formine* et *salol*, l'Eumictine est toujours favorablement tolérée; elle constitue un traitement complet, n'offrant aucun des inconvénients inhérents aux similaires usuels. Ses principes, en liberté dans l'intestin seulement, agissent à l'état naissant, sans irriter ni les reins, ni les voies digestives, ni le système nerveux. Analgésiques et antiseptiques, ils suppriment douleurs, ferments nocifs, filaments et suintements, jugulent toutes virulences tenaces. L'atonie et la parésie vésicales, qui transforment l'organe en un bouillon de culture; l'alcalinisation urinaire, préluant aux décompositions ammoniacales qui entraînent l'infection et le catarrhe de la vessie; la dysurie, l'opsiurie, etc..., trouvent dans l'Eumictine, complexe inégalé jusqu'ici, le plus parfait des remèdes.

En ramenant une perméabilité plus grande des reins, par la suppression des infections, par la disparition des symptômes pollakiuriques chez les prostatocystiques, les bons effets de l'Eumictine se reflètent aussi dans la disparition du syndrome fébrile et gastrique qui leur faisait cortège. Elle agit très bien sur la vessie, l'utricule prostatique, les glandes de Cowper, les voies séminales (souvent infectées); combat la pyurie quelles que soient ses origines; clarifie les urines, les rend aseptiques; calme les souffrances de la cystalgie et de la pyélo-néphrite et éloigne les flocs congestifs préluant aux mictions pénibles, aux dispositions hématuriques et lithuriques.

Ce traitement s'adresse aussi bien aux incontinents qu'aux rétentionnistes; il adoucit l'éréthisme et modifie la bactériurie: contre la nycturie (pollakiurie nocturne), quelle que soit son origine, l'Eumictine est toujours indiquée; elle anesthésie, en quelque sorte, « l'impérieuse miction » dont parlait Guyon et permet la conservation inappréciable d'un sommeil réparateur.

Chez la femme, la leucorrhée est, souvent, une blennorrhée qui s'ignore et la métrite catarrhale une irradiation du gonocoque. Les étroits rapports de la vessie et de la matrice nous expliquent ce catarrhe utéro-vésical, avec congection du petit bassin, que l'ancienne gynécologie traitait, parfois, en entité morbide. On observe aussi des gonococcies réveillées par la puerpéralité: funeste échange de mauvais procédés entre microbes pathogènes. L'imprégnation du sang par l'Eumictine assurera rationnellement, à ces syndromes rebelles, l'issue bactériolytique la plus favorable à la guérison.

## ÉCHOS

La Gazette est heureuse d'annoncer à ses lecteurs la nomination au grade de chevalier de la Légion d'honneur du docteur Raoul Bernard, secrétaire de la rédaction du *Bruxelles médical*.

Le docteur Raoul Bernard est un des promoteurs des *Journées médicales de Bruxelles* et l'organisateur des voyages médicaux au Maroc. Qu'il veuille bien agréer ici les félicitations de la *Gazette*.  
R.-D.

## Hôpital Saint-Antoine

(Services des docteurs R. Bensaude, P. Le Noir et Félix Ramond).

Un cours de gastro-entérologie aura lieu du 12 avril au 2 mai 1926.  
Travaux pratiques pendant la durée du cours.

Se faire inscrire dans le service du docteur Le Noir (droits d'inscription aux travaux pratiques: 150 francs).

Voyage d'instruction à Vichy et Châtel-Guyon à la fin du cours (nombre de places limité).

## Liste des congrès de 1926.

Journées médicales tunisiennes (2 au 10 avril).  
Congrès international de chirurgie, Rome (7 au 10 avril).  
Congrès de protection de l'enfance, Madrid (avril).  
Société d'Hydrologie et de Climatologie de Bordeaux (avril).  
Congrès international de l'enfance, Rome (mai).  
Congrès de médecine légale, Paris (mai).  
Congrès d'ophtalmologie, Paris (mai).  
Réunion neurologique internationale, Paris (mai).  
Jubilé Charles Richet, Paris (mai).  
Journées médicales, Bruxelles (juin).  
Journées médicales, Paris (15 juillet).  
Congrès de dermatologie, Bruxelles (25 juillet).  
Congrès de physiologie, Stockholm (août).  
Congrès des aliénistes et neurologistes, Genève (août).  
Congrès de pédiatrie, Lausanne (septembre).  
Congrès de médecine de langue française, Québec (septembre).  
Congrès de chirurgie, Paris (octobre).  
Congrès d'orthopédie, Paris (octobre).  
Congrès d'urologie, Paris (octobre).  
Congrès de stomatologie, Paris (octobre).  
Congrès annuel d'hygiène, Paris (octobre).  
Congrès d'oto-rhino-laryngologie, Paris (octobre).  
Congrès italien de médecine du travail, Gênes (12 octobre).  
Journées médicales de Montpellier (novembre).  
Centenaire de la mort de Laënnec, Paris (décembre).  
Congrès national de la tuberculose, Lyon.  
Congrès international d'orthodontie, New-York.  
Congrès de presse médicale latine, Paris.

## V<sup>e</sup> congrès international de protection de l'enfance et de la maternité.

Rapports officiels. — 1<sup>er</sup> Influence de la chaleur estivale sur les nourrissons; 2<sup>e</sup> Isolement des installations destinées aux nourrissons; 3<sup>e</sup> Prophylaxie de la mortalité infantile; 4<sup>e</sup> Prophylaxie des infections de l'enfance; 5<sup>e</sup> Protection de la mère pendant la grossesse; 6<sup>e</sup> Influence de la mutualité sur la protection du premier âge; 7<sup>e</sup> Organisation de l'emploi des gardes-nourrissons et leur uniformisation.

Tarissent les Expectorations, calment les lésions  
calment la Toux  
ARMINGEAT & C<sup>e</sup>, 43 Rue de Saintonge  
PARIS

# CAPSULES COGNET

Eucalyptol absolu  
Iodoforme et créosote de hêtre



# HIPPO-CARNIS

SUC PUR DE VIANDE DE CHEVAL

Une cuillerée à bouche équivaut à 100 grammes de viande crue et à 0,50 Hémoglobine additionnelle.

**Ne constipé pas. — Goût délicieux**

*Suralimentation, Lymphatisme, Neurasthénie, Maigreur, Convalescence, Formation, Grossesse, Vieillesse*

**Active la sécrétion lactée**

2 à 4 cuillerées à bouche par jour, dans liquide froid ou eau gazeuse.

## ODO-JUGLANS PHOSPHARSINAL

**Extrait de Noyer Iodé**

20 gouttes = 0,01 d'iode pur et assimilable, le plus actif des Extraits Iodotanniques

**Remplace toujours l'Huile de foie de Morue**

*Maladies de Poitrine, Toux rebelles, Engorgements ganglionnaires, Affections de la Peau, Faiblesse, Anémie*

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

Cachets de Phosphoglycérate pur de Calcium

méthylarsénié à 0,02 centigr. par cachet

*Reconstituant général du Système nerveux, Neurasthénie, Croissance, Anémie, Phosphaturie, Surmenage, Débilité*

Deux cachets par jour avant les repas.

Dépôt : PARIS : MM. SIMON & MERVEAU, 21, rue Michel-Le-Comte.

Vente en gros : LABORATOIRES H. MORAND, Auray (Morbihan).

R. C. Lorient : 2.338

STIMULANT du SYSTÈME NERVEUX  
TONIQUE GÉNÉRAL - APÉRITIF -  
fixateur des sels de chaux -

RACHITISME - ANÉMIE - DIABÈTE  
ALGIES - CONVALESCENCE  
TUBERCULOSE.

Spécifique des  
maladies  
nerveuses

# FOSFOXYL

TERPÉNOLHYPOPHOSPHITE SODIQUE CARRON  $C^{10}H^{16}PO^3Na$



3  
formes  
d'égales activités

Fosfoxyl Pilules  
Fosfoxyl Sirop  
Fosfoxyl Liqueur (pour diabétiques)

Dose moyenne par 24 heures  
8 pilules ou 2 cuillerées à dessert,  
à prendre dans un peu d'eau.

Laboratoire Carron, 40, rue Milton  
Paris 9<sup>e</sup>

internationale; 8° Protection contre l'abandon de l'enfant; 9° Orientation professionnelle et protection de l'enfant; 10° Proposition d'un cadre uniforme à adopter dans tous les pays pour y consigner les données statistiques médicales des œuvres de protection du premier âge: a) pour les consultations de puériculture; b) pour les pouponnières (enfants internés); c) pour les crèches (enfants au-dessous de deux ans, (non internés).

Pour ces sujets, il y aura plusieurs rapports en langues différentes. Les rapports ne pourront avoir une extension de plus de deux mille mots, le comité exécutif se réserve le droit de réduire l'original à l'extension exigée avant de l'imprimer.

Les rapports devront être envoyés au secrétaire général avant le 20 mars 1926.

Les communications non officielles devront avoir les mêmes limites d'extension que les rapports et devront être envoyées également avant le 20 mars 1926.

*Programme provisoire.* — Dimanche 4 avril: matin, inauguration du congrès.

Lundi 5: 10 heures, session scientifique; 12 heures, visite au musée du Prado, conférences sur Greco, Goya, Velasquez et Murillo, par d'illustres critiques d'art; 17 heures, session scientifique; soir, représentation de gala dans un théâtre.

Mardi 6: 10 heures, visite aux établissements de bienfaisance, hôpitaux, gouttes de lait, etc.; 17 heures, session scientifique; soir, réception à l'hôtel de ville.

Mercredi 7: 10 heures, session scientifique; 14 heures, excursion à l'Escorial; soir, réception au ministère des affaires intérieures.

Jeudi 8: 10 heures, réunion du bureau permanent de l'Union internationale pour la protection de l'enfance du premier âge, session de clôture; soir, banquet officiel.

Des renseignements peuvent être demandés au docteur P. Grasset, secrétaire général de l'Union internationale pour la protection de l'enfance du premier âge, 27, rue de Clocheville, Tours.

Prière d'envoyer son adhésion et le montant de la cotisation (15 pesetas) à M. le docteur Santiago Cavengt, trésorier du congrès, Principe de Vergara, 9, Madrid.

## Congrès international de chirurgie.

Le VII<sup>e</sup> congrès de la Société internationale de Chirurgie se tiendra à Rome cette année, du 7 au 10 avril, sous la présidence du professeur Giordano, de Venise, et le haut patronage de S. M. le roi d'Italie. Il réunira l'élite des chirurgiens de 30 nations. Dès à présent plus de 500 adhésions sont acquises. Des rapports d'une grande portée scientifique seront présentés par MM. Beutner (Genève), Donaldson et Fosdike (Londres), Pestalozza (Rome), Recasens (Madrid), Regaud (Paris), Dominici (Rome), Petridis (Alexandrie), Adson (Rochester), Bastianelli (Rome), Brun (Lucerne), de Martel (Paris), Lozano (Saragosse), Percy Sargent (Londres), Cortès-Llado (Séville), Henschen (Saint-Gall), Leotta (Bari), Papayoannou (Ghezireh), Patel (Lyon) et Leriche (Strasbourg) sur la *Curiethérapie du cancer utérin*, l'*Abcès du foie*, la *Thérapeutique des tumeurs cérébrales*, la *Chirurgie de la rate* et les *Résultats éloignés de l'épilepsie jacksonienne*.

Seuls les membres de la Société peuvent prendre une part active aux discussions pour lesquelles plus de 85 membres se sont déjà inscrits. Toutefois, les séances étant publiques, des médecins parrainés par deux membres de la Société peuvent participer au congrès, aux fêtes et aux voyages organisés à son occasion. Les congressistes se retrouveront à Milan le 30 mars; des réceptions sont organisées en leur honneur par les universités et les municipalités de Milan, Venise, Bologne, Padoue, Florence, dans la semaine de Pâques.

Pour tous renseignements, s'adresser au docteur L. Mayer, secrétaire général, 72, rue de la Loi, Bruxelles. Les bureaux de l'agence Th. Cook and son dans tous les pays sont en possession de toutes les indications concernant le voyage (prix des différents itinéraires, des hôtels, etc.).

**Voyages spécialement organisés pour les congressistes.** — I. *Voyage au Sahara.* — Rome, Naples, Palerme, Tunis, Kairouan, Sfax, Gabès, Tozeur, El Oued, Touggourt, Biskra, Timgad, Constantine, Alger, Marseille ou vice versa, avant ou après le congrès. Possibilité d'aller directement de Tunis à Marseille ou de Marseille à Tunis

(Compagnie générale transatlantique). — Tunis-Gabès: auto. — Gabès-Touggourt (grandes dunes du Sahara): auto roues jumelées spéciales du désert. — Biskra-Alger: chemin de fer. — Durée: 20 jours. Les prix Naples-Marseille, Marseille-Naples ou Marseille-Marseille sont de 5.700 francs français pour les congressistes (au lieu de 9.000 francs): ce prix comprend tous les trajets en 1<sup>re</sup> classe bateau et chemins de fer et tous les frais: autos, guides, hôtels, restaurants, pourboires.

II. *Croisière en Orient.* — Marseille, Naples, le Pirée, Constantinople, Smyrne, Rhodes, Chypre, Beyrouth, Jaffa, Alexandrie, Marseille.

Les voyageurs pourront, de plus, visiter Athènes, Damas, Jérusalem et le Caire: ces excursions peuvent être organisées à peu d'escalas.

Le voyage s'effectuera à bord du s. s. *Lotus*, des Messageries maritimes, courrier de grand luxe du Levant; les départs de Marseille et de Naples sont combinés avec la fin des excursions en Italie. Durée de la croisière: 24 jours. Prix: 4.000 francs belges en 1<sup>re</sup> classe, 2.625 francs en 2<sup>e</sup> classe. Ces prix pour les congressistes représentent environ 40% de réduction sur les prix normaux et comprennent le trajet maritime complet, nourriture et vin de table, y compris aux escalas.

Ces voyages sont organisés par l'Office belge de Navigation, boulevard Adolphe-Max, 29, Bruxelles (adresse télégraphique: *Belgfrance Bruxelles*). Brochures illustrées et renseignements sur demande.

## Journées médicales de Paris (15-16-17-18 juillet 1926).

Les journées médicales de Paris auront lieu en 1926, sous la présidence de M. le professeur Vidal.

La séance d'inauguration se tiendra au Grand Palais le jeudi 15 juillet à neuf heures et demie du matin; elle comportera une conférence de M. le professeur Calmette sur la vaccination antituberculeuse.

Au cours de ces journées, dans les matinées des 16, 17 et 18 juillet, des démonstrations d'ordre essentiellement pratique seront faites dans les hôpitaux publics et privés sur les nouvelles méthodes de diagnostic et de traitement.

L'après-midi, quelques questions à l'ordre du jour, en petit nombre, seront traitées au Grand Palais par des conférenciers français et étrangers.

Une exposition organisée au Grand Palais englobera tout ce qui est de nature à intéresser le médecin praticien. Chaque après-midi aura lieu une séance récréative, musique, cinéma, etc. Il est également prévu des soirées théâtrales.

Des voyages aux eaux minérales seront organisés, ainsi que diverses excursions, particulièrement une excursion à Reims.

Le programme détaillé des conférences, démonstrations, réceptions et excursion, sera publié sous peu.

Secrétariat général: 18, rue de Verneuil, Paris (VII<sup>e</sup>).

## ENDOPANCRINE INSULINE FRANÇAISE

Présentée sous forme liquide

Littérature adressée sur Demande

LABORATOIRE DE THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE

A. DESLANDRE, Pharmacien

48, Rue de la Procession -- PARIS-xv<sup>e</sup>

TÉLÉPHONE: SÉGUR 26-87



## I<sup>er</sup> congrès de la presse médicale des nations latines.

Le congrès, organisé par l'Association de la Presse médicale française, avec le concours des Associations de la Presse médicale belge, espagnole et italienne, se tiendra à Paris, au cours de l'automne 1926, et sans doute en décembre (la date exacte n'en est pas encore fixée). Parmi les questions proposées, trois ont été retenues dès maintenant par les organisateurs. Ce sont les suivantes :

1<sup>re</sup> Unification de la terminologie, du classement et de la bibliographie dans la littérature médicale. — Rapporteurs : MM. Mirande (Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques), Tecon (Revue suisse de Médecine), etc...

2<sup>e</sup> La propriété littéraire et la presse médicale. — Rapporteurs : MM. Gardette (la Presse thermique et climatique), Ribadeau-Dumas, avocat à la cour d'appel de Paris, etc...

3<sup>e</sup> Du rôle de la presse médicale dans la préparation, l'organisation et les comptes rendus des congrès médicaux. — Rapporteurs : MM. Le Sourd (Gazette des Hôpitaux), Beckers (Bruxelles médical), J. de Azevedo (A Medicina contemporanea), etc...

Il va sans dire que la liste ci-dessus n'est nullement complète et encore moins limitative, ni quant au choix des sujets traités, ni surtout quant à celui des rapporteurs.

Le programme définitif du congrès devant être arrêté très prochainement, les organisateurs accueilleront avec intérêt les propositions et suggestions que voudront bien leur adresser leurs confrères, directeurs ou rédacteurs de journaux médicaux des pays latins.

Pour tous renseignements, on est prié d'écrire à M. le docteur L.-M. Pierra, secrétaire général de l'Association de la Presse médicale française, 12, rue de Babylone, Paris (VII<sup>e</sup>).

## V. E. M. sanatorium des Pins.

Le premier voyage d'études organisé par le sanatorium des Pins aura lieu dans la semaine de Pâques. Rassemblement à Lamotte-Beuvron mardi 6 avril, à l'arrivée du train de Paris, 11 heures du matin. Le jeudi 8, départ pour les Escaldes.

Le programme aux Escaldes comprendra la visite de l'établissement et des conférences et démonstrations qui seront faites pour compléter celles de Lamotte.

Dimanche matin 11, départ en auto-car pour visiter les établissements et stations thermales ou climatiques de la Cerdagne : Font-Romeu, Superbolquères-Odeillo, Thuès, Vernet, coucher à Vernet ; lundi matin, départ pour Amélie, vallée de la Tech ; départ le lundi soir pour Banyuls. Dislocation le mardi matin. Retour à Paris le mercredi matin à 8 h. 50.

Les Compagnies du P.-O. et du Midi accordent une réduction de 50 % ; les prix d'excursion en auto-car seront donnés par correspondance.

## Association confraternelle des Médecins français (Société mutuelle de secours au décès).

L'assemblée générale annuelle de l'Association confraternelle des Médecins français, société mutuelle de secours au décès, a eu lieu le mercredi 27 janvier à la mairie du IX<sup>e</sup> arrondissement, sous la présidence de M. le professeur Thiroloix, médecin des hôpitaux.

Du compte rendu moral et financier présenté par le docteur Barroin, trésorier, il ressort que la société a distribué en 1925 une somme de 200.000 francs de secours, que le nombre des sociétaires est actuellement de 1.172, et que l'association fonctionne parfaitement, accordant un secours immédiat de 10.000 francs au décès de ses membres.

Le bureau a été réélu et continuera la propagande en vue du développement de l'association.

Nominations : docteur Grahaud, 7, rue Labie, Paris (XVII<sup>e</sup>), tél. Wagram 20-56.

## Université d'Aix-Marseille. — École de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille (institut de médecine et de pharmacie coloniales), 40, allées Léon-Gambetta.

L'institut de médecine et de pharmacie coloniales de l'école de plein exercice de Marseille délivre des diplômes de médecins et de pharmaciens coloniaux, deux fois par an. La première session d'examen a

lieu fin mars, la deuxième fin juin. Chaque session est précédée d'un enseignement d'un trimestre. Les cours commencent le 3 janvier et le 4<sup>er</sup> avril.

Après chaque examen, une épreuve complémentaire sur la législation sanitaire maritime permet de conférer aux candidats qui ont obtenu le diplôme de médecin colonial le titre de médecin sanitaire maritime.

L'enseignement est clinique, théorique et pratique.

I. Enseignement clinique : Hôpital militaire Michel-Lévy, service colonial ; médecin principal Fraissinet.

Hôpital de Maillane : professeur Reynaud (école de médecine).

Hôtel-Dieu, clinique médicale : professeur Boinet (école de médecine).

Hôtel-Dieu, clinique chirurgicale : professeur Silhol (école de médecine).

Hôtel-Dieu, clinique ophtalmologique : professeur Aubaret (école de médecine).

Hôtel-Dieu, clinique dermatologique : professeur Gaujoux (école de médecine).

Hôtel-Dieu, consultation externe : professeur Reynaud (école de médecine).

II. Enseignement théorique : Pathologie exotique : professeur Raybaud, chargé du cours (école de médecine).

Epidémiologie : médecin principal Kérandel (école d'application militaire).

Assistance médicale, maladies sociales indigènes : médecin-major Peyrot (école d'application militaire).

Bactériologie : professeur Costa (école de médecine) ; Roussac, chargé de cours (école de médecine).

Parasitologie : professeur J. de Cordemoy, chargé de cours (école de médecine).

Histoire naturelle : professeur J. de Cordemoy (école de médecine) ; professeur Gabriel (école de médecine).

Entomologie : docteur Pringault, chef du laboratoire d'hygiène départementale.

Hygiène coloniale et navale : professeur Violle (école de médecine).

Bromatologie : professeur Jumelle (faculté des sciences).

Toxicologie alimentaire et matière médicale : professeur Domergue (école de médecine).

Ethnologie : professeur Alezais (école de médecine).

Anthropologie : médecin-major Florence (école d'application militaire).

Législation et pratique sanitaire : professeur Ribot, directeur du service sanitaire maritime (VI<sup>e</sup> circonscription).

Chimie analytique (pharmaciens) : professeur Berg (école de médecine et faculté des sciences).

Anatomie pathologique : professeur Peyron (école de médecine).

Epizooties : M. Huon, vétérinaire en chef de la ville de Marseille.

III. Enseignement pratique : Bactériologie : docteur Morin, chef de clinique coloniale ; médecin-major Arlo (école d'application militaire).

Parasitologie : docteur Pringault, chargé du laboratoire d'hygiène départementale.

Hématologie : Ph. Boyer, chef du laboratoire bactériologique.

Chimie analytique (pharmaciens) : professeur Fabrègue (école de médecine).

Conditions d'admission. — Sont admis à suivre les cours de l'institut de médecine et de pharmacie coloniales :

1<sup>o</sup> Les docteurs en médecine et pharmaciens de première classe français ;

2<sup>o</sup> Les étrangers pourvus d'un diplôme de doctorat universitaire (mention médecine) ou de pharmacien de première classe ;

3<sup>o</sup> Les docteurs ou pharmaciens de première classe étrangers pourvus d'un diplôme étranger admis dans les facultés françaises ;

4<sup>o</sup> Les étudiants en médecine ou en pharmacie des facultés et écoles françaises pourvus de douze inscriptions médicales (AR) ou seize (NR) et de huit inscriptions pharmaceutiques (AR) ou douze (NR), sans distinction de nationalité ;

5<sup>o</sup> Les internes en médecine et en pharmacie à quelque degré qu'ils soient de leur scolarité ;

6<sup>o</sup> Les élèves des écoles indigènes de médecine coloniale de Hanoï, Tananarive, Dakar, pourvus des diplômes délivrés par ces écoles (sous réserve de l'application des lois sur l'exercice de la médecine en France) ;

7<sup>o</sup> Les dames sont admises, si elles se trouvent dans l'une ou l'autre des conditions prévues.

Les titres, diplômes, certificats universitaires de scolarité et de plus, pour les étrangers, l'acte de naissance et un certificat de nationalité visé par leur consul, devront être produits au moment de l'inscription.

Pour les renseignements, s'adresser au professeur Reynaud, allées Léon-Gambetta, 40, ou au secrétaire de l'institut (école de médecine, Pharo).

**Droits à verser :**

Immatriculation .....	60 francs	versés au moment de l'inscription
Bibliothèque .....	10 francs	
Laboratoire .....	150 francs	
Examens .....	30 francs	

Les étudiants en médecine et en pharmacie en cours d'études dans les conditions indiquées ci-dessus sont dispensés des droits d'immatriculation et de bibliothèque.

La dispense d'une partie des droits de laboratoire peut être accordée à titre exceptionnel par M. le directeur de l'institut à des docteurs ou à des étudiants français qui lui adressent une demande justificative.

Deux bourses de 1.500 francs données par la chambre de commerce peuvent être attribuées par l'institut à des candidats qui, ayant obtenu le diplôme de médecin colonial, contractent un engagement pour les colonies.

**Cours annexes** — Des cours élémentaires et gratuits d'hygiène générale, coloniale et navale, d'épidémiologie, de maladies sociales, de prophylaxie et de désinfection pratiques ont lieu à l'institut de décembre à mars. Ils s'adressent aux capitaines au long cours, aux élèves des écoles d'hydrographie, aux employés des entreprises ou des administrations coloniales, aux instituteurs et institutrices, aux infirmiers et infirmières coloniaux.

Marseille, le 1<sup>er</sup> décembre 1925.

Le Directeur,

H. ALEZAIS.

Vu et approuvé :

Le Recteur, Président du Conseil d'Université,

H. PADÉ.

### Le sanatorium des étudiants.

*(Fondation de l'Union nationale des Associations générales d'Etudiants reconnue d'utilité publique : décret du 23 mai 1925.)*

A plusieurs reprises, nous avons déjà eu l'occasion de parler de cette œuvre magnifique de solidarité sociale. Nul ne doit ignorer son but. Elle est actuellement en pleine voie de réalisation et, grâce à de généreux concours financiers et à l'appui des plus hautes personnalités du monde politique, médical et universitaire, elle s'est rapidement développée.

Qu'il nous suffise de rappeler que c'est au cours du congrès tenu à Clermont-Ferrand, en mai 1923, que, sur l'initiative de la section de médecine de l'association de Paris, l'Union nationale des Associations générales d'Etudiants de France eut l'idée de créer un sanatorium.

La tuberculose, en effet, étant donné les difficultés actuelles de la vie, exerce de plus en plus ses ravages parmi la jeunesse intellectuelle. D'autre part, le nombre de lits mis, en France, à la disposition des victimes du terrible fléau est notoirement insuffisant et les séjours dans les sanatoriums étrangers, en Suisse notamment, sont excessivement coûteux à cause du change.

Aussi, un vœu fut-il adopté afin que fût créé un sanatorium universitaire exclusivement destiné aux étudiants et étudiantes. Un comité de patronage fut constitué sous la présidence du regretté Léon Bourgeois, auquel fut adjointe une commission médicale comprenant les phthisiologistes les plus éminents et dont est président le professeur Léon Bernard.

L'emplacement du futur sanatorium fut choisi à quelques kilomètres de Grenoble, sur le plateau des Petites-Roches, situé à 1.100 mètres d'altitude et dominant la magnifique vallée du Grésivaudan, au pied de la dent de Crolles, l'un des contreforts du massif de la Grande-Chartreuse. La situation exceptionnelle de ce plateau avait incité de puissants groupements à y bâtir leurs sanatoriums : les départements du Rhône, de l'Isère et de la Savoie et l'Association métallurgique et minière contre la tuberculose.

Grâce à la bienveillante libéralité de cette dernière, l'Union nationale des Associations générales d'Etudiants put acheter dans les meilleures conditions 3 hectares et demi de terrain sur ce plateau.

Le 26 octobre 1924, M. Honnorat, vice-président du comité de défense contre la tuberculose, posait la première pierre du futur établissement, en présence de plusieurs personnalités du monde universitaire, et, tout dernièrement, M. Gaston Doumergue venait visiter le chantier des travaux.

De nombreuses souscriptions furent ouvertes en faveur de l'œuvre du sanatorium des étudiants. Les dons affluèrent : l'Etat participant pour 50 % aux frais prévus par les devis, d'après la loi du 7 septembre 1919, les conseils généraux, les municipalités, les universités, les associations d'étudiants, les banques, les syndicats et associations

diverses (parmi lesquels les fabricants de produits pharmaceutiques souscrivirent pour plus de 120.000 francs), tinrent à apporter leur obole.

Diverses fêtes furent organisées et une généreuse donatrice, M<sup>me</sup> veuve Paul Flat, consacra une somme de 500.000 francs à cette belle entreprise. Si bien que, au 1<sup>er</sup> octobre 1925, la situation financière est la suivante :

Subvention de l'Etat .....	1.757.112 »
Souscriptions des étudiants aux associations .....	31.734,55
Fêtes diverses .....	109.064,50
Conseils d'universités .....	34.020 »
Souscriptions aux facultés, souscriptions des internes et des externes des hôpitaux .....	31.967,30
Syndicats et associations diverses .....	14.939,20
Conseils généraux et municipaux .....	116.849 »
Banques .....	146.650 »
Bons particuliers (M <sup>me</sup> Flat, 500.000 francs) .....	682.218,80
Fabricants de produits pharmaceutiques .....	105.840 »
<b>TOTAL .....</b>	<b>3.030.395,35</b>
Legs .....	15.000 »

Mais, hélas ! à l'heure qu'il est, la construction et les matériaux coûtent cher et, pour mener à bien cette œuvre si digne d'intérêt destinée à sauvegarder l'avenir intellectuel de la France, plusieurs centaines de mille francs sont encore nécessaires. Nul doute que nous n'arrivions à les recueillir. Aussi, toutes les sommes qu'on voudra bien adresser à l'œuvre du sanatorium des étudiants seront-elles bienvenues.

Rappelons que tous les envois de fonds doivent être adressés à M. Guy, recteur de l'académie de Grenoble (compte chèques postaux Lyon 188.37), qui, en qualité de trésorier, est chargé de recevoir et de centraliser tous les dons.

Les envois de 500 à 5.000 francs donnent à leurs auteurs le titre de membres donateurs ; ceux de 5.001 à 20.000 francs, celui de membres bienfaiteurs, et ceux de 20.001 francs et au-dessus, celui de membres fondateurs (création d'un lit).

Pour tous renseignements ou demande d'envoi de brochure éditée, s'adresser au docteur Jean Crouzat, secrétaire général, 1, rue Pierre-Curie, Paris (Ve), tous les jours de 14 heures à 18 h. 30 (téléphone : Gobelins 73-09).

### Laboratoire A. GIRARD, 48, Rue d'Alséa - PARIS (14)

<b>VIN GIRARD</b>	<b>Iodotanniques Phosphates</b>	ADULTES : 2 verres à moitié par jour.
<b>SIROP GIRARD</b>	<b>Scrofule</b>	ENFANTS : 2 à 4 cuillerées à bouche.
<b>GRANULÉ GIRARD</b>	<b>LYMPHATISME</b>	<b>MÉDECINE INFANTILE :</b>
	<b>Rachitisme</b>	1 à 3 cuillerées à bouche selon l'âge.
	<b>ENGORGEMENTS</b>	ADULTES : 3 à 4 cuillerées de café par jour.
	<b>GANGLIONNAIRES</b>	ENFANTS : 1/2 à 2 cuill. à café.
	<b>Faiblesse Générale</b>	
<b>BIOPHORINE</b>	<b>ANÉMIE CÉRÉBRALE</b>	ADULTES : 3 à 4 cuillerées de café par jour.
Kola Glycérophosphatée	Névralgies	
	<b>VERTIGES - EXCÈS</b>	
<b>NUCLÉO-FER</b>	<b>ANÉMIE NERVEUSE</b>	ADULTES : 4 à 6 pilules par jour.
Pilules à 0.10 nucléinate de fer	<b>CHLOROSE</b>	
<b>LAXOPEPTINE</b>	<b>ÉVITE</b>	1 cuill. à café à 3 cuill. à soupe
Laxatif pour enfants	<b>LES VOMISSEMENTS</b>	à bouche en 24 heures
	<b>Combat la Constipation</b>	
<b>CASÉOLINE</b>	<b>ABSORBE les GAZ</b>	Demandez la Notice spéciale.
Poudre antiseptique insoluble	Désodorise l'Epiderme	
	<b>BROMHYDROSES</b>	
<b>FLORÉINE</b>	<b>AFFECTIONS légères</b>	Onctions matin et soir
Crème de toilette	<b>DE L'EPIDERME</b>	

R. C. Seine : 32.028

Le Gérant : H. AUBUGEULT.