

## 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.
Le bactériophage de d'Hérelle....	547	Les eczémateux à la Roche-Fosay.	599
Impressions sur le congrès international de chirurgie de Rome (suite et fin).....	553	Nécrologie : le docteur Emile Vialle.....	600
Le emploi systématique et méthodique du crochet dans l'extraction du siège décompleté mode des fesses sur le fœtus vivant.....	558	Société médicale d'Indre-et Loire.....	602
Quelques remarques sur le traitement de la luxation congénitale d'après 275 cas personnels.....	568	Revue des thèses.....	603
Pou-t-on employer l'hypophyse en pratique obstétricale?.....	575	Livres nouveaux.....	603
La non-incurabilité de la laryngite tuberculeuse.....	584	Thérapeutique pratique.....	604
La pression artérielle dans ses rapports avec la teneur du sang en cholestérine.....	588	Echos.....	606
Châtaqu-les-Bains, station des rhumatisants.....	955		
		SUPPLÉMENT LITTÉRAIRE	
		Chacun son... tour.....	33
		Revue des Livres.....	56
		Livres nouveaux.....	57
		Chronique automobile.....	57
		Chronique sportive.....	58
		Tribune professionnelle.....	60
		Variations mensuelles du cours des changes.....	62
		Causerie financière.....	63
		Memento thérapeutique.....	64

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 dépendance 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

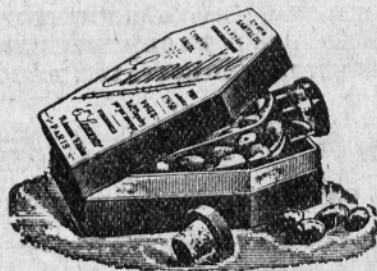
## ANTIGONOCOCCIQUE

## 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>)**

**SELS BILIAIRES**

**BILÉYL**

Globules kératinisés  
dosés à 0,20 centigr.

LITHIASES-ICTÈRES PAR RÉTENTION  
ENTÉRO-COLITE MUCO-MEMBRANEUSE -  
CHOLÉMIE

*Laboratoires FOURNIER FRÈRES, 26, B<sup>d</sup> de l'Hôpital, PARIS.*

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 450 fr. par mois à 1.200 fr. selon les classes ; le prix des pavillons particuliers oscille entre 2.000 fr. et 3.000 fr.

**TRAITEMENT**

PAR VOIE BUCCALE

des **SPIROCHÉTOSES** : Syphilis, Pian ; des **ASSOCIATIONS FUSO-SPIRILLAIRES** :  
Angine de Vincent ; de la **DYSENTERIE AMIBIENNE**,  
des **LAMBLIOSES**, de la **SYPHILIS HÉRÉDITAIRE PRÉCOCE** et du **PALUDISME**

PAR LE

**STOVARSOL**

(Acide Oxyacétylaminophénylarsinique)

Adopté par les Ministères des Colonies et de la Guerre  
**PRÉSENTATION :**

Le **STOVARSOL** est présenté :

- a) — pour les Adultes : en flacons de 14 et 28 comprimés dosés à 0 gr. 25 de produit actif par comprimé.
- b) — pour la Thérapeutique infantile : en flacons de 200 comprimés dosés à un centigramme de produit actif par comprimé.

LITTÉRATURE SUR DEMANDE

Les Établissements **POULENC FRÈRES** — Société anonyme au capital de 60 millions de francs — 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 ....	DARDEL	Châtel-Guyon....	AINÉ BROUSSE MATIGNON RIBEROLLES Saint-René Bonnet
Arles-Thermes....	{ BONAFOUS BOYER	Chaudesaigues...	BESSON
Bagnères-de-Bigorre	{ BENEZECH DE VILLEJENTE	Contrexéville....	SCHNEIDER
Bains-les-Bains....	{ HÜGEL LOUVEL PETIT QUIERNE	Divonne.....	N. VIEUX
Bains-les-Bains....	{ HÜGEL LOUVEL PETIT QUIERNE	Eaux-Bonnes.....	SEMPÉ
Bains-les-Bains....	{ HÜGEL LOUVEL PETIT QUIERNE	Evaux-les-Bains.	GRUZY
Bains-les-Bains....	{ HÜGEL LOUVEL PETIT QUIERNE	Evian.....	LÉVY-DARRAS SOULIER BOUDRY EYRAUD-DECHAUX
Bains-les-Bains....	{ HÜGEL LOUVEL PETIT QUIERNE	La Bourboule....	JUMON PIERRET RONGIER VALETTE
Bains-les-Bains....	{ HÜGEL LOUVEL PETIT QUIERNE	La Preste.....	LABAN AUDOUX BARDET RAGAINÉ TESTUT
Bains-les-Bains....	{ HÜGEL LOUVEL PETIT QUIERNE	La Roche-Posay.	CAUVY FAURE BAQUÉ DUTECH GERMÈS
Bains-les-Bains....	{ HÜGEL LOUVEL PETIT QUIERNE	Lamalou.....	MOLINÉRY PELON
Bains-les-Bains....	{ HÜGEL LOUVEL PETIT QUIERNE	Luchon.....	PIERRHUGUES
Bains-les-Bains....	{ HÜGEL LOUVEL PETIT QUIERNE	Luxeuil.....	SOULHÉ
Bains-les-Bains....	{ HÜGEL LOUVEL PETIT QUIERNE	Miers.....	

Mont-Dore.....	Guérin de Sossolonde DE MASCAREL PERPÈRE DENEURE ECOCHARD MACÉ DE LÉPINAY
Nérès.....	FÉLIX BERNARD
Plombières.....	HYVERT
Pougues.....	R. DEGOS
Préchacq-les-Bains.	HEITZ MOUGEOT RICHARD ROCHER ROGINSKY
Royat.....	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 BOUTELIER
Uriage.....	De FOSSET
Vichy.....	GLÉNARD
Vittel.....	AMBLARD GUYONNEAU

## II. — Stations Climatiques

Bercq-sur-Mer....	{ CALOT CALVÉ
Cambo-les-Bains..	{ COLBERT DIEUDONNÉ 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.

L'administration de la Gazette médicale prie instamment les auteurs d'envoyer des manuscrits lisibles, et de préférence dactylographiés. L'imprimerie se réserve le droit de refuser les manuscrits qui ne sont pas facilement lisibles.

AVIS. — Par suite de l'adjonction à la Gazette de deux suppléments importants : le Supplément littéraire et le Supplément juridique Les Archives du Droit médical et de l'Hygiène, et en raison de l'augmentation considérable des frais de toutes les publications, en particulier du prix du papier, la Gazette se voit dans l'obligation de relever le prix de la vente au numéro, ainsi que celui des abonnements. — En conséquence, à partir du 1<sup>er</sup> juillet, le prix du numéro sera porté à 3 fr. au lieu de 2 fr. 50 et celui des abonnements à 30 fr. par an pour la France et 40 fr. par an pour l'étranger.

# LE BACTÉRIOPHAGE DE D'HÉRELLE

Par le Docteur PAUL HAUDUROY,

Chef du Laboratoire de Bactériologie à la Faculté de Médecine de Paris.

La découverte, faite par d'Hérelle, il y a quelques années, du *bactériophage*, est une des plus importantes de la médecine moderne (1).

Nous commençons à peine, à l'heure actuelle, à en voir la portée et il est certain que d'ici peu de temps une partie des conceptions que nous avons en immunologie, en thérapeutique même seront modifiées. Cette révolution de nos connaissances n'est pas le seul mérite de la découverte du bactériophage : un courant d'idées nouvelles a pris naissance, certaines techniques de laboratoire se sont améliorées, les savants regardent avec des yeux nouveaux » des phénomènes que jusqu'alors on

avait un peu négligés. Déjà des faits d'une importance considérable se sont révélés grâce à l'étude plus attentive des chercheurs. Nous marchons à l'heure actuelle de surprise en surprise et notre étonnement, j'en suis convaincu, n'est pas près de prendre fin.

Qu'est-ce donc que le bactériophage ? C'est un principe qui possède les propriétés de la matière vivante, qui est invisible, filtrant et qui lyse *in vitro* certaines bactéries.

Son invisibilité est absolue : jamais on n'a réussi à mettre en évidence dans une émulsion de bactériophage un élément organisé. Les méthodes de coloration les plus fines, les microscopes les plus puissants échouent et tous les essais tentés sont restés sans résultats.

Le bactériophage filtre, c'est-à-dire qu'il est susceptible de traverser les bougies de porcelaine (type Chamberland par exemple) ou les filtres de collodion. Cette filtrabilité est une conséquence de son extrême petitesse. Elle permet

(1) Texte d'une communication faite à la Société de Médecine de Paris le 6 février 1926. On trouvera une étude complète du bactériophage soit dans le livre de d'Hérelle (Masson, édit., 1921), soit dans celui d'Hauduroy (Le François, édit., 1925).

de le séparer des cellules bactériennes visibles et c'est par filtration qu'on isole le bactériophage des produits qui le contiennent. Il partage cette propriété avec un certain nombre d'autres germes tels que ceux de la vaccine, de la rage, de l'herpès, etc...

Son caractère principal, celui qui nous permet de reconnaître sa présence, est la lyse de certaines bactéries. Ajoutons à une culture jeune de bacille dysentérique, par exemple, quelques gouttes de bactériophage : portons le mélange à l'étuve à 37°. Après quelques heures, la culture microbienne a disparu complètement. Le tube louche est devenu clair et il est impossible de mettre en évidence, par quelque procédé que ce soit, un seul germe. La lyse est totale, absolue.

On connaissait d'ailleurs en bactériologie d'autres phénomènes semblables à celui-ci : la lyse du pneumocoque par la bile (phénomène de Neufeld), la lyse de la bactérie charbonneuse par le bacille pyocyanique. Mais aucun d'eux ne possédait la propriété de se transmettre en série à l'infini. Ajoutons par exemple de la bile à une émulsion de pneumocoques. Ceux-ci vont disparaître. Reprenons quelques gouttes du mélange et ajoutons-les à une autre émulsion de pneumocoques : un éclaircissement partiel se produira peut-être. Re commençons une troisième fois cette expérience : rien ne se produira — ce qui se comprend facilement, la quantité de bile introduite étant insuffisante pour provoquer la lyse.

Avec le bactériophage, il en est tout autrement. A partir d'un premier tube où le phénomène s'est produit, il est possible de produire en série, à l'infini, le phénomène. Une goutte de la première émulsion lysée en détruira une seconde, une goutte de la seconde une troisième, etc... On a pu réaliser ainsi des milliers de passages sans arrêt, sans qu'à aucun moment le phénomène diminue d'intensité. C'est là une propriété curieuse, surprenante au premier abord, mais qui, nous le verrons, est facile à comprendre cependant.

Le bactériophage possède bien d'autres qualités sur lesquelles je n'insisterai pas. Je dirai simplement qu'il peut s'adapter à des conditions de vie primitivement néfastes : c'est un caractère important que seule possède la matière vivante. Il peut aussi assimiler en milieu hétérogène, c'est-à-dire faire ce que font tous les êtres vivants. La lyse à l'infini de bactéries est la preuve que le bactériophage se régénère : il le fait aux dépens de la substance qu'on lui donne à « manger », substance staphylocoque, substance bacille dysentérique, etc..., qu'il va transformer en substance bactériophage comme le mouton transforme en « substance mouton » l'herbe du pré.

Adaptation, reproduction en série, assimilation en milieu hétérogène sont les propriétés fondamentales de la matière vivante. Le bactériophage les possède : pourquoi certains auteurs ne veulent-ils pas que ce principe soit un être vivant ? Je n'entrerai pas dans les discussions innombrables qui ont eu lieu sur ce sujet. Les adversaires d'ailleurs n'arrivent pas à se convaincre mutuellement, chacun tenant ses raisons pour les meilleures. Je pense cependant, comme d'Hérelle, que le bactériophage vit, qu'il est

semblable en tous points aux ultra-virus (herpès, vaccine, etc...) et que, si l'on refuse la vie à l'un d'entre eux, on doit la refuser à tous, ce à quoi personne ne songe. Je pense aussi que c'est parce qu'on ne le voit pas qu'on veut l'assimiler à un « ferment » d'une nature spéciale. Nos esprits sont tout imprégnés de cette pensée que la vie ne peut être sous une autre forme que sous la forme « cellulaire visible ». En dehors d'un protoplasma, d'une membrane, d'un noyau compact ou diffus, que nous pouvons fixer, étaler, colorer, voir, rien de vivant. Il suffit de réfléchir un instant pour voir combien cette notion est fautive. L'infiniment petit ne s'arrête pas à la limite de nos microscopes et lier la vie à la taille des êtres est pour le moins imprudent. Nous avons d'ailleurs depuis peu la preuve absolue que des êtres vivants et visibles peuvent prendre une forme invisible et faire retour enfin à la forme visible.

..

Maintenant que nous connaissons les principales propriétés du bactériophage, voyons où on le trouve et quel rôle il joue en immunologie et en thérapeutique. Pour mieux faire comprendre ces phénomènes assez complexes, je prendrai l'exemple d'une maladie où l'on connaît bien le rôle du bactériophage : la fièvre typhoïde.

Chaque jour, depuis le moment où le malade s'est alité, prélevons un peu de ses selles, mettons-les à incuber dans du bouillon stérile et filtrons à travers une bougie Chamberland. Le filtrat ne contient pas de microbes visibles : nous allons chercher à savoir s'il contient du bactériophage. Pour ce faire, nous allons en ajouter quelques gouttes à une émulsion de bacilles typhiques vivants et porter le tout à l'étuve : si le phénomène de lyse s'accomplit, c'est que le filtrat de selles du malade (les selles elles-mêmes par conséquent) contenait du bactériophage. Dès que cela est possible, il faut mettre le filtrat de selles en présence du bacille même du malade isolé par hémoculture.

En faisant cette expérience, on observe les faits suivants : pendant toute la période aiguë de la maladie, on ne trouve pas de bactériophage dans les selles. Dès que la période de défervescence commence, le principe lytique apparaît. Il disparaît quand elle est finie. En un mot, il y a coïncidence absolue entre l'amélioration, la guérison et la présence de bactériophage. Bien plus : si, dans le cours de la maladie, on voit, comme cela est fréquent, une légère défervescence momentanée se produire, on trouve à ce moment-là du bactériophage. Il est évident qu'il ne s'agit pas que d'une loi générale, chaque cas étant un cas particulier.

J'ai pu, complétant en cela les observations de d'Hérelle, mettre en évidence le principe lytique dans le sang des typhiques. Les hémocultures positives ou négatives faites dans la fièvre typhoïde et particulièrement à la période terminale contiennent toujours du bactériophage.

On ne peut qu'être frappé de la coïncidence curieuse qui fait que dès que le bactériophage apparaît dans les selles du malade, on voit son état s'améliorer. Y a-t-il une



# 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 Cheval :*  
**HÉMORRAGIES** (P.E. Weill)  
**PANSEMENTS** (R. Petit)

Sirap ou Comprimés  
de sang hémopoïétique  
total

**ANÉMIES**  
**CONVALESCENCES**  
**TUBERCULOSE, etc.**

*Echantillons, Littérature*

21 RUE D'AUMALE. PARIS



liaison entre les deux faits ou s'agit-il d'une simple coïncidence? La destruction des microbes *in vitro* par le principe lytique incitait à penser que ce dernier jouait véritablement un rôle dans la guérison de la maladie. J'en ai apporté la preuve absolue en faisant à plusieurs reprises l'observation suivante : on fait chez un typhique une hémoculture, on la porte à l'étuve. Elle est positive. On la laisse à l'étuve quelques heures de plus : elle devient négative et il est possible d'en isoler un bactériophage antityphique très actif. Pendant ce temps, le lendemain même du jour où l'on a fait l'hémoculture, le malade fait une défervescence brusque, passe de 40° à 37° et entre en convalescence sans autres incidents.

Le rapprochement des deux observations, clinique et bactériologique, est significatif. On a pris dans le sang du malade le bacille d'Eberth et le bactériophage et on a assisté au laboratoire à ce qui d'autre part se passait dans l'organisme : à l'action du bactériophage qui, d'un côté comme de l'autre, amenait la disparition des bactéries.

Ce qui se passe dans la fièvre typhoïde s'accomplit aussi dans d'autres maladies microbiennes humaines ou animales : dysenterie, typhose aviaire, barbone des buffles, etc... Le principe lytique joue un rôle considérable dans l'immunité : il intervient d'une façon active dans la guérison de certaines infections.

Si l'on admet que le bactériophage joue un rôle dans l'immunité, il vient immédiatement à la pensée qu'il peut être utilisé comme agent thérapeutique.

D'Hérèlle a fait les premières applications dans la dysenterie, dans certaines maladies animales, dans la peste, etc... Ces expériences n'ont pas semblé attirer immédiatement l'attention des chercheurs ; elles ont même, dans certains cas, été infirmées, mais ont reçu, depuis peu, des confirmations éclatantes.

Nous envisagerons successivement les différentes maladies humaines dans lesquelles on en a fait des applications thérapeutiques.

**Dysenterie.** — D'Hérèlle avait traité sept cas de dysenterie à bacille de Shiga : dans toutes, il avait obtenu, après absorption du bactériophage par la bouche, une amélioration rapide se manifestant par une diminution des symptômes généraux, une moins grande fréquence de selles et surtout, fait capital, par la disparition du bacille de Shiga dans les matières fécales.

Ces essais ont été confirmés de la façon la plus éclatante qu'il soit possible. Un savant de l'institut Ostwald-Cruz, da Costa-Cruz, a commencé par traiter 24 malades : 22 ont guéri dans les vingt-quatre heures ; dans quelques cas, l'action bienfaisante s'est même fait sentir après quatre ou cinq heures ; la répétition de la dose amena la guérison des cas qui avaient résisté à la première attaque.

En présence de ces résultats, l'institut Ostwald-Cruz décida de faire des essais sur une grande échelle ; on prépara du bactériophage actif contre les bacilles dysentériques et l'on distribua gratuitement ce médicament aux médecins. Au moment où da Costa-Cruz a publié les résultats de cette expérience, dix mille malades avaient été traités. Les résultats obtenus furent parfaits et « son

action, dit-il, surpasse celle des autres agents, le sérum compris, car, la plupart des fois, les symptômes diminuent considérablement en quatre à huit heures, et le malade entre en convalescence après vingt-quatre à quarante-huit heures ». Le docteur da Costa-Cruz m'a dit lui-même qu'à l'heure actuelle on n'employait plus d'autre thérapeutique contre les dysenteries bacillaires et que la préparation du bactériophage était devenue, au Brésil, une organisation officielle.

**Fièvre typhoïde.** — Beckerich et moi-même avons traité, les premiers, des fièvres typhoïdes avec le bactériophage. Les résultats que nous avons obtenus furent bons ; la guérison s'est produite assez rapidement, mais, il faut le dire, elle n'a jamais eu la netteté de celle que l'on observe dans la dysenterie.

Nos résultats furent confirmés par MM. Charles Richet fils, Azerad et Delarue, par M. G. Smith.

Il est malheureusement difficile de se faire une opinion sur la valeur thérapeutique du bactériophage dans la fièvre typhoïde. On peut, en effet, à chaque instant, se trouver en présence de chutes de température qu'il serait imprudent d'attribuer à telle ou telle médication. D'ailleurs, à côté de résultats favorables obtenus, j'ai observé, et le professeur Violle à Marseille en a vu aussi, des échecs absolus. A quoi sont-ils dus ? Nous ne le savons pas. Est-ce parce que nous nous servons mal du remède que nous avons entre les mains, que nous ne savons pas l'appliquer au moment favorable ? Est-ce pour d'autres raisons que nous ignorons encore ?

Le bactériophage ne donnant jamais de réactions, serait désirable que l'on fit, sur une large échelle, des essais : on arriverait peut-être, de cette façon, à se faire une opinion et l'accumulation des cas permettrait de savoir si, oui ou non, le bactériophage est un remède spécifique de la fièvre typhoïde.

**Infections à colibacille.** — Beckerich et Hauduroy ont traité les premiers cas d'infections urinaires à colibacille avec le bactériophage. Les résultats obtenus ont été excellents. Ils ont été, d'ailleurs, largement confirmés de différents côtés, et l'on trouvera un exposé de l'état actuel

## LA "TONIPHOSPHINE"

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

Glyceroph : de Manganèse  
Glyceroph : de fer  
Phosphate de Chaux tric. 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

# La PHYTINE CIBA

n'est pas un de ces médicaments comme il y en a tant qui, sous l'influence d'une réclame intensive et à la faveur d'idées régnantes, jouissent d'une grande vogue pendant quelques années pour tomber bientôt après dans l'oubli. La Phytine est, au contraire, à l'opposé des produits de cet ordre : c'est une préparation qui a subi l'épreuve du temps et dont le succès actuel ne repose que sur les résultats cliniques réellement acquis et contrôlés.

*Trois formes : cachets, granulé, comprimés.*

Laboratoires CIBA

O. ROLLAND, 1, Place Morand, LYON

## ENROUEMENT



## EUPHON

SIROP ET PASTILLES

*Aconit 0.02. Coca 0.20. Formiate 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

DÉPÔT DES PRODUITS  
**CORBIÈRE**  
R.C. Seine 158.539

PHARMACIE PRINCIPALE DE TOURS  
53 RUE NATIONALE, TOURS - Téléphone 368

## SERUM ANTI-ASTHMATIQUE DE HECKEL

L'EXCITATION DU  
PNEUMO-  
GASTRIQUE

en AMPOULES de 5 centicubes  
POUR ADULTES  
en AMPOULES de 2 centicubes  
POUR ENFANTS

## ÉCHANTILLONS

SPASME LES BRONCHES, & CAUSE LA  
CRISE D'ASTHME. SI, A L'AIDE DU SÉRUM  
DE HECKEL ON EXCITE LE GRAND SYMPATHIQUE  
L'ACTION DU PNEUMOGASTRIQUE EST ANNIHILÉE & LE SPASME CESSE



de cette thérapeutique dans la thèse de mon élève Dalsace (thèse de Paris, 1925).

On voit la plupart du temps, lorsqu'on applique le bactériophage à un malade atteint de colibacillurie aiguë, la fièvre tomber, les symptômes cliniques s'amender et le colibacille disparaître des urines. On observe aussi des échecs absolus.

**Infections à staphylocoques.** — Bruynoghe et Maisin, les premiers, ont traité des infections staphylococciques avec le bactériophage. Gratia, Barbassa, Mouret, Gougereau et Peyre, Camus, Dalsace et moi-même avons confirmé les premiers résultats obtenus par ces auteurs.

Dans les cas de furonculose, d'infections urinaires à staphylocoque, nous avons observé chez un très grand nombre de malades que l'injection de bactériophage amenait rapidement une amélioration de la maladie et la disparition de toutes les lésions.

On trouvera dans la thèse de Camus, faite sous ma direction (thèse de Paris, 1926) une série d'observations qui sont particulièrement convaincantes : dans les cas de furonculose, par exemple, on voit les furoncles se flétrir, se vider après la première ou la seconde injection, et la guérison des lésions, parfois très importantes, survient en quelques jours.

**Peste.** — D'Hérelle a traité cinq cas de peste bubonique. Il a injecté directement du bactériophage dans le bubon, à deux reprises différentes, et, le lendemain de la première ou de la seconde injection, le bubon disparaissait et le malade entrait en convalescence.

Ces résultats ont été tellement nets que le gouvernement égyptien a demandé à faire un essai sur une grande échelle et, à l'heure actuelle, tous les cas de peste qui pourraient apparaître dans ce pays seraient traités par le bactériophage.

Il est bien probable que, dans cette maladie comme dans la dysenterie, les premiers résultats de D'Hérelle seront largement confirmés.

**Maladies animales.** — Dans un certain nombre d'infections animales telles que la typhose aviaire, le barbone des buffles, etc... d'Hérelle a fait des essais et a obtenu des résultats excellents sur lesquels nous n'insisterons pas.

#### Mode d'application du bactériophage pour la thérapeutique.

Le mode d'application du bactériophage pour la thérapeutique est extrêmement simple.

Dans les infections à colibacille, à staphylocoque, à bacille pesteux, etc... on fait au malade deux injections de bactériophage actif contre le microbe cause de la maladie. Chaque injection est de 1 à 2 centimètres cubes et on les fait à vingt-quatre heures d'intervalle.

On ne doit pas faire plus de deux injections (trois au maximum). On risquerait, en effet, de sensibiliser le malade comme on sensibilise des animaux quand on les vaccine avec du bactériophage.

Ces injections sont faites sous la peau et jamais dans les

veines (on pourrait faire une exception dans le cas de peste monie pesteuse où cette injection serait peut-être seule capable de sauver le malade). Ces injections sous-cutanées n'entraînent jamais, quand elles sont bien faites, de réaction générale, on n'observe ni frissons, ni élévation de la température (quelques dixièmes parfois) et le seul fait que l'on peut constater dans un certain nombre de cas est l'apparition de sueurs dans les heures qui suivent l'injection : c'est d'ailleurs là, à notre avis, un signe favorable. Une réaction locale n'existe pas avec le bactériophage anticolibacille. On en observe parfois avec le bactériophage antistaphylococcique ; elle se réduit, d'ailleurs, à une légère rougeur autour du point d'injection, et un peu de douleur dans le membre, qui ne dure que quelques heures.

Dans certaines infections, telles que les infections colibacillaires et typhiques, il est nécessaire de compléter les injections sous-cutanées par l'absorption de bactériophage par la bouche et instillations vésicales. Ces absorptions et instillations peuvent être répétées à plusieurs reprises, cinq ou six fois sans inconvénients ; elles ne donnent jamais lieu à une réaction et elles complètent le traitement qui a été commencé par les injections sous-cutanées.

Il sera toujours bon enfin de porter le principe lytique au voisinage du foyer infectieux. On en mettra quelques gouttes dans un anthrax, on fera un pansement au bactériophage.

De quel bactériophage faut-il se servir dans la thérapeutique ? Evidemment d'un bactériophage actif contre le microbe du malade.

Dans la dysenterie, il semble que presque tous les bacilles dysentériques soient lysables par la souche de bactériophage dont on se sert à l'heure actuelle. Dans les infections staphylococciques, on trouve de temps en temps des microbes résistants. Dans les infections colibacillaires ou typhiques, cette éventualité est beaucoup plus fréquente et il est nécessaire, avant tout traitement, d'isoler le microbe du malade et de voir si le bactériophage qu'on va lui appliquer est capable de le détruire. En effet, donner à un malade un principe lytique qui ne peut pas lyser son germe, c'est aller au-devant d'un échec. On devra donc faire un essai au laboratoire : si le bactériophage ne lyse pas le microbe, on devra essayer d'extraire sa virulence par des passages successifs et de préparer, de quelque sorte, un auto-bactériophage.

Le principe lytique que l'on injectera devra être parfaitement vérifié au point de vue de sa stérilité. Nous avons signalé antérieurement la possibilité de cultures secondaires après la filtration et on comprend qu'il ne faut pas injecter au malade de telles cultures secondaires. Par conséquent, le principe lytique devra avoir subi des vérifications nombreuses et seul un spécialiste est capable de bien préparer un bactériophage.

La technique paraît simple au premier abord. Elle l'est en effet ; mais il faut connaître toutes les modalités du phénomène ; il faut savoir quels sont les incidents qui peuvent survenir. On a publié des observations dans lesquelles il s'était produit des incidents qui étaient incontestablement dus à une mauvaise préparation du bactériophage.



phage. Enfin, je ne saurais trop m'élever contre le fait que, dans certains pays, des industriels préparent du bactériophage que j'ai eu entre les mains : l'activité du produit qu'ils livrent aux médecins est inexistante. Existe-t-il des contre-indications aux applications du bactériophage ? La quinine, sous toutes ses formes, semble arrêter l'action du principe lytique ; on devra donc ne pas en donner aux malades pendant le traitement. Il sera prudent aussi de s'abstenir de tout antiseptique, car nous ne savons pas encore si, dans certains cas, ils ne peuvent pas avoir une action sur le bactériophage.

Tout ce que nous venons de dire sur le phénomène de d'Hérelle et sur le bactériophage nous montre de quelle importance est cette découverte. Elle commence à peine à être connue, ses applications pratiques sont peu nombreuses encore ; mais on sent quelle voie immense s'ouvre à l'activité des chercheurs, et les médecins trouveront dans ces recherches de laboratoire des armes nouvelles contre la maladie.

## IMPRESSIONS

SUR LE

# Congrès international de chirurgie de Rome

(Suite et fin.)

Par E. MARQUIS,

Professeur à l'École de Rennes.

### Traitement des abcès du foie.

Cette question présente pour nous, Français, une importance secondaire, en raison de la rareté des cas que nous avons à observer. Au reste, deux rapporteurs seulement étaient désignés : l'un, Dominici, de Sassari ; l'autre, Petridis, d'Alexandrie.

Nous nous bornerons donc à exposer rapidement les idées nouvelles que la discussion a mises en lumière.

On doit distinguer deux sortes d'abcès du foie :

1° Les abcès pyogéniques, qui, eux, doivent être systématiquement traités chirurgicalement. Toutefois, convient-il de les distinguer en abcès uniques et abcès multiples.

Les abcès uniques seront traités par l'ouverture et le drainage du foyer.

Les abcès multiples présentent un traitement plus difficile, pour lequel le drainage est indispensable.

2° Les abcès amibiens. L'emploi de l'émétine a transformé la technique. A l'heure actuelle, on peut soit se borner au traitement médical pur par l'émétine associée à d'autres médicaments, ou bien pratiquer une ponction évacuatrice associée au traitement médical. Ou enfin le traitement chirurgical proprement dit, avec l'emploi de l'émétine.

..

### Thérapeutique des tumeurs cérébrales.

Il est inutile de souligner l'importance de cette question pour laquelle six rapporteurs avaient été désignés. De Martel était le rapporteur français.

Nous envisagerons un peu longuement les conclusions

concernant la technique et, en quelques mots, nous indiquerons les résultats.

a) *Position*. — La position idéale est la position verticale, qui supprime les vomissements et la toux et diminue considérablement l'hémorragie et la turgescence du cerveau.

b) *Anesthésie*. — L'anesthésie locale doit être systématiquement pratiquée. C'est une des garanties les plus sérieuses contre le shock.

c) *Hémostase*. — La perte de sang exerce une influence notable sur le pronostic opératoire ; il est donc indispensable de pratiquer une hémostase, tant superficielle que profonde, des plus soignées. Aussi beaucoup de chirurgiens lient préalablement l'artère temporale et les occipitales.

S'il se produit des hémorragies du sinus, on peut tenter la ligature ou la suture. En cas d'échec, au lieu de le bourrer avec du catgut comme on faisait autrefois, il est préférable de le bourrer avec un fragment musculaire.

d) *Opération en un temps*. — On a eu tendance à préconiser l'opération en deux temps. Actuellement, il semble qu'une certaine réaction se produise en faveur de la craniectomie en un temps.

Toutefois, cette opération comporte pour certains une technique qui *a priori* surprend. C'est ainsi que Hans Brun (Lucerne) laisse après la section du volet osseux une certaine pause, au cours de laquelle le malade peut boire et se reposer, et dont Brun profite pour renouveler tout le matériel opératoire.

e) *Trepanation*. — S'il est indispensable de pratiquer avec une extrême douceur et une grande lenteur toute manipulation cérébrale, il faut par contre gagner du temps dans l'ouverture de la boîte crânienne ; d'où la né-

cessité d'user de l'instrumentation mécanique, dont la plus parfaite à l'heure actuelle est sans contredit celle de de Martel.

f) *Ouverture de la dure-mère.* — Il importe de n'ouvrir la dure-mère qu'après avoir diminué au maximum la tension cérébrale, ce qu'on obtient soit par ponction ventriculaire, soit par ponction lombaire, soit par injection intraveineuse hypertonique ou par lavement de sulfate de magnésie.

g) *Intervention sur l'encéphale.* — Si la tumeur est isolable, il faut la libérer avec une extrême douceur en assurant l'hémostase au fur et à mesure. Si la tumeur fait corps avec l'encéphale, on peut réséquer, sans amener la mort et dans beaucoup de cas sans grande altération fonctionnelle, une grande partie du lobe frontal, de l'occipital ou du temporal.

h) *Suture de la dure-mère.* — La suture étanche de la dure-mère est importante dans toute chirurgie cérébrale, et indispensable quand l'intervention a ouvert un ventricule. Aussi, s'il y a perte de la dure-mère, on peut y suppléer soit avec des morceaux d'aponévroses, soit avec des lambeaux graisseux.

i) *Réséction du volet osseux.* — Si la tumeur est inopérable ou partiellement opérable, le volet osseux est réséqué. Dans le cas contraire, il est préférable de le conserver.

Quand la tumeur est inextirpable, pratiquer une hémicraniectomie et, à travers cette large brèche osseuse, faire de la radiothérapie pénétrante.

**Résultats.** — Les résultats globaux fournis par Lozano (de Saragosse) sont les suivants :

« La mortalité opératoire dans les tumeurs de la fosse cérébrale antérieure est de 40 %, et de 65 % en moyenne pour la fosse postérieure.

« Les résultats éloignés de guérison définitive sont de 20 %. »

Si l'on veut apprécier les différences suivant la nature de la tumeur, on le pourra en se reportant à la statistique de Sargent (Londres) :

« I. Gliomes :

« 1° Frontaux : 42 cas avec 3 succès réels ;

« 2° Occipitaux : 12 cas avec un demi-succès ;

« 3° Post-centraux : 32 cas, dont 6 vivaient encore vingt-deux mois après l'intervention, mais presque toujours avec troubles plus ou moins prononcés ;

« 4° Temporaux : 26 cas, dont 6 survivaient avec plus ou moins de troubles quatre ans et demi après l'intervention ;

« 5° Cérébelleux : 25 % de succès.

« II. Endothéliomes :

« 1° Ablation de la tumeur : 19 succès sur 31 cas ;

« 2° Décompression : 3 succès sur 10 cas.

« III. Tumeurs cérébello-pontives :

« Sur 38 cas, 9 survies de quatre ou cinq ans au moins.

« IV. Tumeurs de la région pituitaire :

« Résultats encourageants. »

## Chirurgie de la rate.

Ce fut pour les chirurgiens français une étude très intéressante, car, il faut l'avouer, si, dans le cancer de l'utérus, les statistiques et l'expérience des Français ont semblé nettement supérieures à tout ce que les auteurs étrangers ont rapporté, par contre, dans la chirurgie de la rate, nous apparaissions considérablement en retard. C'est pourquoi nous nous étendrons un peu sur cette question, en nous inspirant du remarquable rapport de mon ami Patel et des statistiques américaines et italiennes. Ces statistiques furent pour nous impressionnantes. Pour n'en citer qu'un exemple, nous donnerons celui de ce chirurgien américain qui rapporta 142 cas de splénectomie.

**Suppression de la rate.** — Il faut d'abord être bien persuadé que l'ablation de la rate n'a aucune répercussion fâcheuse sur l'organisme. Sans doute, la splénectomie provoque bien de la lymphocytose, de l'éosinophilie et de l'hypoglobulie. Mais ces phénomènes sont passagers et la suppléance fonctionnelle de la rate est assurée par la moelle osseuse et les ganglions lymphatiques. Si bien que, de l'avis de tous les rapporteurs, la rate n'est pas indispensable à la vie, et que la splénectomie, bien tolérée fonctionnellement, est compatible avec une existence normale.

**Technique.** — Quelques principes seulement méritent d'être mis en lumière. La position cambrée nécessaire, l'incision transversale large, avec débridement vertical latéral, réunissent le maximum d'avantages.

L'hémostase doit être parfaite. Il faut tenir compte de la friabilité des vaisseaux ; d'où la nécessité de pratiquer séparément la ligature de l'artère et celle de la veine. Mais ces ligatures doivent être pratiquées avant l'ablation de l'organe, pour faire une ectomie à blanc.

**Indications.** — Les indications de la splénectomie sont nombreuses. C'est le point le plus important de la question, nous y insisterons donc longuement.

I. **LÉSIONS TRAUMATIQUES.** — Dans les ruptures et les plaies de la rate, le tamponnement et la suture ne semblent plus trouver que de rares indications. Sans doute, dans les plaies très limitées, la suture faite avec de très gros catgut peut s'employer, mais de plus en plus on pratique la splénectomie.

II. **ECTOPIE.** — Une rate mobile sans complications ne commande pas la splénectomie. Celle-ci ne doit être pratiquée que si l'ectopie de la rate détermine des accidents.

D'autre part, si la rate est pathologique, c'est évidemment la splénectomie qu'il faut faire.

III. **SPLÉNOMÉGALIES INFECTIEUSES.** — a) **Abcès spléniques.** — Il faut distinguer les abcès multiples, qui commandent l'ablation de la rate (intervention parfois difficile quand existent des adhérences), et les abcès uniques, pour lesquels on aura recours à la splénectomie avec mésentérialisation.

b) **Tuberculose de la rate.** — La difficulté consiste dans le diagnostic. Mais, sitôt posé, il faut, de même que dans



la tuberculose rénale on pratique la néphrectomie, pratiquer sans tarder la splénectomie.

c) *Splénomégalie malarique*. — La splénectomie est indiquée dans les complications comme ptose et torsion du pédicule.

IV. *SPLÉNOMÉGALIES HÉMOPATHIQUES*. — Ce chapitre est le plus fécond de la chirurgie splénique. Il mérite une mention toute particulière.

a) *Ictère chronique hémolytique*. — L'indication est absolue et précise. La splénectomie donne habituellement la guérison complète.

b) *Purpura hémorragique*. — L'indication est encore plus formelle. La splénectomie constitue le seul traitement capable d'entraîner la guérison complète de l'affection. Cette intervention, qui commence seulement à être pratiquée en France pour cette affection, semble être appelée à un grand développement.

c) *Maladie de Gaucher*. — Là aussi, elle est nettement indiquée et ses résultats seront d'autant meilleurs qu'elle sera plus précoce.

d) *Leucémies*. — Elle n'est ici applicable qu'à la leucémie chronique au début, dans de bonnes conditions générales, sans manifestations hémorragiques.

V. *SPLÉNOMÉGALIES CIRRHOTIQUES*. — *Maladie de Banti*. — Dans les première et deuxième périodes de cette maladie, la splénectomie constitue le traitement de choix. Dans la troisième période, sa réalisation est soumise à deux conditions : la première, c'est que le malade soit en état de la supporter; la deuxième, c'est que les adhérences permettent encore sa réalisation.

VI. *NÉOPLASMES DE LA RATE*. — Il ne peut être ici question que des néoplasmes primitifs. Les sarcomes sont les plus fréquents. Ils réclament indubitablement la splénectomie.

VII. *KYSTES DE LA RATE*. — Que ce soit des kystes à échinocoques, des kystes dermoïdes, hématiques ou séreux, la splénectomie est rarement indiquée. C'est à la marsupialisation qu'il convient de recourir.

Telles sont, dans la chirurgie de la rate, les notions nouvelles pour beaucoup. Elles sont susceptibles de multiplier d'une façon considérable les interventions faites sur cet organe.

### Épilepsie jacksonienne.

La discussion de cette question m'a procuré une véritable satisfaction personnelle. Au congrès de Strasbourg,

en 1921, elle était à l'ordre du jour, et ses rapporteurs avaient nettement préconisé l'intervention dans la très grande majorité des cas.

Mon ami Roger et moi avions été très modérés dans les indications opératoires, en signalant la fréquence des récidives. « S'il ne s'agit, disions-nous, que de libérer des adhérences méningées, des adhérences superficielles, on peut légitimement espérer un succès. Mais, s'il s'agit de cicatrices cérébrales, de ces cicatrices qui plongent comme un coin, profondément, dans l'encéphale, l'opération nous semble rarement indiquée. On ne voit pas en effet l'intérêt de substituer à une cicatrice traumatique définitivement constituée une cicatrice chirurgicale dont on ignore quelles seront la profondeur et l'étendue précises. »

Or, Leriche (de Strasbourg) a bien insisté sur ce point que ce qui produit l'épilepsie jacksonienne, ce ne sont généralement ni les lésions méningées, ni les lésions osseuses, mais bien la cicatrice névroglique. Quand celle-ci existe, les crises sont déclenchées par des variations brusques de la circulation cérébrale et correspondent à une hypertension de liquide céphalo-rachidien. C'est pourquoi nous avons, dit-il, à notre disposition deux traitements contre l'épilepsie jacksonienne.

Le premier, traitement chirurgical, en principe doit être radical et consiste à exciser la cicatrice fibro-névroglique. Mais cette excision totale est rarement possible, et, en fait, la récidive est habituelle.

Le second, traitement palliatif, cherche à maintenir chez les jacksoniens un état d'équilibre du liquide céphalo-rachidien, soit à l'aide d'injections intra-veineuses d'eau distillée, soit par l'ingestion de solution hypertonique. Ce traitement peut donner des résultats intéressants.

L'assemblée générale a décidé que le prochain congrès se tiendrait dans trois ans à Varsovie. Nos amis polonais, qui savent toujours témoigner leur reconnaissance pour le pays qui a voulu et maintenu leur indépendance, n'en ont pas encore une fois manqué l'occasion. Ils ont demandé que ce congrès fût présidé, non pas par l'un d'eux, mais par un chirurgien français. Et c'est une des gloires de la chirurgie française, le professeur Hartmann, qui par acclamations a été nommé président. Si bien qu'en 1929, sur la Pologne devenue enfin libre, Allemands et Français combattront, cette fois côte à côte, pour le salut de l'humanité.



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

**FARINES MALTÉES JAMMET**

ARISTOSE - CEREMALTINE - ORGÉOSE - RIZINE - GRAMENOSE - AVENOSE, etc.

CÉRÉALES JAMMET pour Décotions - CACAO GRANVILLE - Cacao à l'Orgéose, etc.

Brochure et échantillons sur demande, M<sup>re</sup> JAMMET, 47, Rue de Miromesnil, PARIS



# DE L'EMPLOI SYSTÉMATIQUE ET MÉTHODIQUE DU CROCHET

DANS

## l'extraction du siège décomplété mode des fesses sur le fœtus vivant

Par le Docteur ANSALONI,

Médecin accoucheur de la Maternité de Blois,  
Professeur du Cours départemental d'accouchement.

L'accouchement en présentation du siège décomplété mode des fesses, si souvent spontané, donne quelquefois des surprises désagréables, s'il s'agit d'une primipare à voie génitale étroite avec un fœtus de volume un peu au-dessus de la normale ou même moyen.

Le fait est reconnu depuis longtemps, puisque Mauriceau (dans son *Traité des Femmes grosses*, 1668) s'exprime ainsi à ce sujet :

« Quand l'enfant vient le cul devant, aussitôt que le chirurgien connaît que ce sont les fesses qui se présentent les premières, il ne doit pas les laisser avancer ni engager dans le passage, car il serait difficile qu'il vînt de la façon, à moins qu'il ne fût petit et la voie fort large. S'en étant donc aperçu de bonne heure, il repoussera le cul si faire se peut et ensuite, ayant glissé la main le long des cuisses jusqu'aux jambes et aux pieds de l'enfant, il les amènera tout doucement l'un après l'autre hors de la matrice, prenant bien garde à n'y pas faire trop grande contorsion ni aucune dislocation, après quoi il tirera le reste du corps de la même façon que s'il était venu les pieds devant. »

Deux siècles plus tard, le professeur Pinard conseillait lui aussi, dans les mêmes cas, *l'abaissement prophylactique* d'un pied, et indiquait une technique spéciale pour y parvenir facilement.

On a donc reconnu depuis longtemps que l'accouchement en siège décomplété mode des fesses peut être *dystocique*. L'est-il aussi fréquemment que peuvent le laisser supposer les conseils impérieux de Mauriceau et la méthode, établie ensuite par le professeur Pinard, de l'abaissement prophylactique d'un pied ?

Des statistiques présentées par le professeur Fieux (de Bordeaux), dans une étude publiée en 1913 sur *l'abaissement prophylactique du pied dans la présentation du siège décomplété mode des fesses*, peuvent être résumées par le tableau suivant (ces chiffres proviennent des observations de primipares ayant accouché en siège décomplété mode des fesses, soit à la clinique Baudelocque du professeur Pinard, soit à la clinique Tarnier du professeur Bar, soit dans le service du professeur Fieux).

### Clinique Baudelocque :

Primipares avec présentation du siège décomplété mode des fesses.....	44		
Primipares : accouchements spontanés.....		38	6
— — — avec intervention.....			
Enfants décédés.....			

### Clinique Tarnier :

Primipares avec présentation du siège décomplété mode des fesses.....	34		
Primipares : accouchements spontanés.....		33	1
— — — avec intervention.....			
Enfants décédés.....			

### Service du professeur Fieux (de Bordeaux) :

Primipares avec présentation du siège décomplété mode des fesses.....	14		
Primipares : accouchements spontanés.....		12	2
— — — avec intervention.....			
Enfants décédés.....			

TOTAL..... 92 83 9 9

N. B. — Parmi ces 9 décès d'enfants, 3 sont survenus après accouchements spontanés.

En somme, sur 92 primipares accouchant en présentation du siège décomplété mode des fesses, il a fallu 9 fois intervenir — et ces 92 cas ont donné 9 décès d'enfants.

Si l'on veut bien réfléchir que ces 92 accouchements sont passés dans des services d'accouchement des mieux dirigés, on est bien obligé de conclure : la présentation du siège décomplété mode des fesses chez les primipares est chose grave pour l'enfant. Personnellement, j'arrive aux mêmes conclusions si je consulte les feuilles d'observation de la maternité de Blois ou mes souvenirs, dans des cas dystociques de cette présentation pour lesquels je me suis demandé par des confrères.

Aussi, j'avoue que, jusqu'à ces derniers temps, je considérais comme tout à fait *indésirables* ces sortes de présentation chez les primipares.

Pour diminuer les risques de mort de l'enfant, il faut, si l'extraction s'impose, qu'elle soit rapide. Or généralement elle est lente à cause de la difficulté des moyens de préhension du fœtus qu'il faut employer. En présence d'un accouchement en présentation du siège décompleté mode des fesses chez la primipare, le médecin ou la sage-femme ont le droit d'espérer une expulsion spontanée de l'enfant. Si les bruits du cœur sont bons, ils attendent donc patiemment que le siège descende sur le périnée et que la fesse antérieure apparaisse à la vulve. Bien que le travail ait été lent, les choses en sont là depuis une heure, deux heures, mais peu à peu les douleurs s'espacent, le siège ne progresse plus alors qu'il est visible depuis un certain temps. Les bruits du cœur fœtal se sont modifiés, il va falloir intervenir. (N'oublions pas que j'envisage surtout le cas de primipare de taille moyenne ou petite et de fœtus qui, sans être volumineux, n'est pas petit.)

Le vagin est distendu au maximum par ce siège descendant et coincé dans le canal génital.

La vulve entr'ouverte, au point qu'on reconnaît le sexe de l'enfant, s'applique exactement sur les fesses et les bridi.

Impossible d'introduire la main pour abaisser un pied (bien entendu, l'abaissement prophylactique du pied, très réalisable en théorie, n'a pas été exécuté, ce qui n'est pas critiquable).

Pour extraire ce siège, il ne reste donc plus à utiliser que les tractions inguinales avec les doigts. Est-ce aussi facile que cela le paraît, puisque le siège est là, sous les yeux, semblant très accessible?

Il faudra d'abord introduire un index dans le pli inguinal antérieur, encore assez élevé, derrière le pubis. C'est quelquefois impossible! Si, impatienté, on essaie d'atteindre le pli inguinal postérieur (quelquefois plus accessible), les premières tractions sur ce point auront pour effet de faire remonter la hanche antérieure plus encore derrière le pubis, où il sera plus impossible de l'atteindre.

Ces tentatives répétées d'introduction des doigts en avant, en arrière, retardent l'extraction définitive. En outre, elles contusionnent et blessent la vulve, déterminant souvent une déchirure de la commissure postérieure, qui sera l'amorce d'une plus importante au moment du dégagement des fesses. Tout cela est donc lent et, pour peu qu'il faille, après le siège sorti, exécuter la manœuvre des bras relevés et celle de Mauriceau, l'enfant a des risques de succomber.

Une application de forceps serait-elle plus rapide? Nous savons que le forceps sur le siège n'est pas admis par tous; il faudrait que le diamètre bi-trochantérien fût en transverse (dos en arrière) et non en antéro-postérieur, comme cela arrive généralement dans ces sièges dystociques.

Placer un lacs dans le pli inguinal antérieur? Alors on retrouve la même difficulté que pour y introduire l'index et le même retard dans l'extraction. Or, avant tout, il faut aller vite pour sauver l'enfant!

Après m'être trouvé moi-même un certain nombre de fois aux prises avec ces difficultés de l'extraction du siège,

je me décidai il y a peu de temps (dans un cas dont je relate plus loin l'observation) à me servir d'un crochet.

Au moyen de ce crochet, placé comme je vais l'indiquer, l'extraction du siège fut tellement simplifiée et rapide (sans le moindre traumatisme pour l'enfant) que je n'ai pas hésité à m'en servir depuis, toutes les fois où j'en ai eu l'occasion.

J'avoue que je regrette bien d'avoir respecté aussi longtemps le *veto absolu* prononcé très nettement et impérieusement dans les services d'accouchement, aussi bien que dans tous les traités et manuels d'obstétrique.

A ce propos, j'ai eu la curiosité de consulter les livres d'accouchement que je possède : tous, sans aucune exception, sont d'accord pour proscrire formellement l'emploi du crochet dans l'extraction du siège décompleté mode des fesses (1), si le fœtus est vivant.

Les citations indiquées ci-contre prouvent l'unanimité des accoucheurs les plus éminents et des traités les plus classiques à condamner l'emploi du crochet.

Il y a peu de temps, dans ce même journal (*Gazette médicale du Centre*, 15 octobre 1923), mon excellent collègue Boivin, chef de clinique à la maternité de Tours, dans une étude fort intéressante sur la *Conduite à tenir dans la présentation du siège décompleté mode des fesses*, s'exprime ainsi, en parlant de l'extraction :

« On essaiera de substituer aux tractions digitales les tractions par d'autres moyens (lacs, forceps), mais surtout pas de crochet qui est traumatisant et peut créer des déchirures graves ou des fractures de cuisse du fœtus. »

Malgré cette interdiction si nette de l'emploi du crochet par tous, je m'applaudis d'y avoir eu recours dans les trois cas des observations suivantes :

OBSERVATION I. — M<sup>me</sup> X, de Blois, primipare, 32 ans, taille moyenne, siège décompleté mode des fesses, à terme. Accouche chez elle, assistée par une sage-femme et surveillée par un médecin.

Début de la dilatation le 25 août à 6 heures du matin (membranes rompues prématurément). Dilatation complète le

(1) « Lorsque le siège décompleté mode des fesses est retenu dans l'excavation, il ne faut pas avoir recours aux lacs, aux crochets dont on se servait autrefois : ce sont des moyens dangereux qui peuvent produire des lésions au niveau du point où ils sont appliqués (plaies cutanées, fracture du fémur, du bassin, etc.) ; il faut les abandonner complètement. »

« L'usage du forceps est discuté... Cependant, quand l'abaissement du pied par la manœuvre de Pinard et les tractions inguinales par le procédé ordinaire ont échoué, il ne reste plus comme dernière ressource que les procédés instrumentaux : le forceps ou les lacs employés seuls ou simultanément. » (*Traité d'Obstétrique* Ribemont-Dessaigne et Legage, édition 1923, p. 383 et 385.)

« Si l'on échoue par ce moyen (l'abaissement d'un pied), va-t-on recourir à un crochet métallique porté dans une aine ? Méthode déconseillée par tous comme dangereuse, surtout pour l'enfant, par les déchirures des parties molles, même de l'artère fémorale, et les fracas osseux qu'elle détermine. » (*Manuel de l'Accoucheur*, de Demelin et Devraigne, édition 1924, p. 4172.)

En résumé, le professeur Demelin conseille le procédé suivant proposé théoriquement par Tarnier (p. 4173) et réalisé pour la première fois et régulièrement avec un succès constant par lui-même : le lacs passé dans l'aîne antérieure, seul ou associé au forceps, si le dos du fœtus est en arrière.



# INJECTION CLIN STRYCHNO-PHOSPHARSINÉE

Injection Clin n° 896. { Glycerophosphate de soude 0 gr. 10  
Cacodylate de soude ..... 0 gr. 05  
Sulfate de strychnine.... 1/2 milligr. }

Injection Clin n° 796. { Glycerophosphate de soude 0 gr. 10  
Cacodylate de soude..... 0 gr. 05  
Sulfate de strychnine..... 1 milligr. }

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>ie</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, Pointes 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 & BARRÉ

Docteurs en Pharmacie, 47, Rue Nationale, TOURS

ÉCHANTILLON SUR DEMANDE



## 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)

## 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>g</sup> St-Denis, Paris.



26 août à 4 heures du matin ; le siège, qui s'est engagé lentement en S. I. D., s'immobilise vers 5 heures et demie et la vulve entr'ouverte.

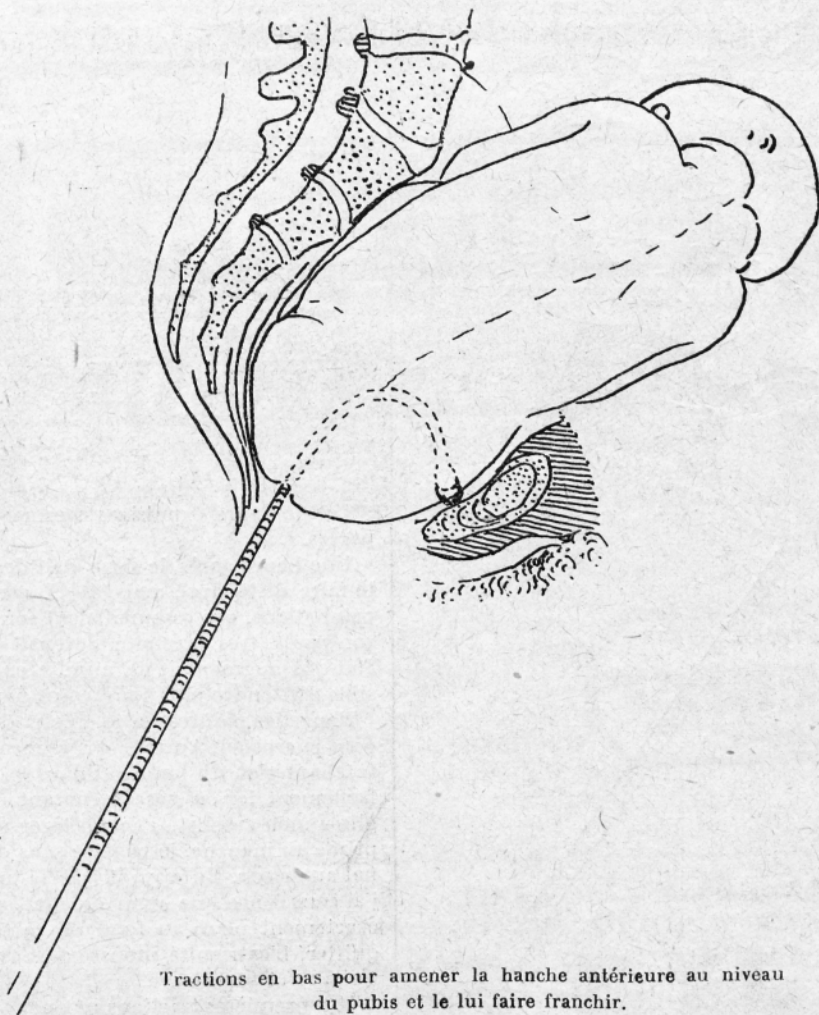
Le médecin présent décide d'intervenir à cause de la fatigue de la mère et des bruits du cœur fœtal qui se sont modifiés.

Après de vaines tentatives d'extraction, un deuxième confrère est appelé et, malgré une anesthésie prolongée (une heure passée, avec 100 grammes de chloroforme), les tentatives d'extraction des deux collègues sont infructueuses.

C'est dans ces conditions que M<sup>me</sup> X est transportée à la maternité de Blois, à 9 heures.

Le siège décomposé mode des fesses en S. I. G. entr'ouvre la vulve, sérieusement contusionnée et œdématiée par les tentatives d'extraction faites en ville. Le diamètre bi-trochantérien est dans le diamètre oblique. Les bruits du cœur fœtal sont perceptibles, mais ralentis et irréguliers.

J'essaie à mon tour l'introduction des doigts pour exécuter des tractions inguinales : impossibilité de placer mon index



Tractions en bas pour amener la hanche antérieure au niveau du pubis et le lui faire franchir.

dans le pli inguinal antérieur, parce que la hanche est exactement fixée au-dessus du pubis. L'œdème des parties rend la manœuvre encore plus difficile. Après dix minutes de tentatives, il me vint à l'idée de me servir d'un crochet qui est dans mon arsenal obstétrical. En explorant la partie en présentation, je juge que je dois pouvoir placer ce crochet facilement dans l'aîne antérieure, en passant entre les cuisses du fœtus. En effet, je fus étonné de la simplicité de la manœuvre : immédiatement j'eus une prise solide ; en tirant légèrement en bas, la hanche antérieure franchit facilement le pubis, et, à partir de ce moment, en tirant directement du haut, la hanche postérieure se dégagait rapidement.

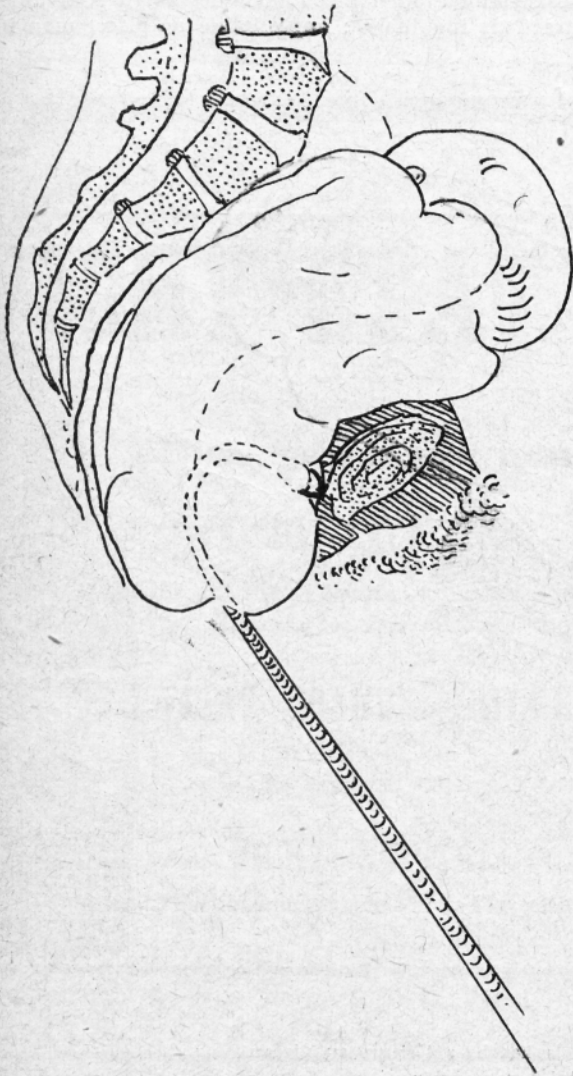
Pendant que je faisais ces tractions, une aide pratiquait l'expression abdominale, dont j'use toujours dans la version

podolique au temps de l'extraction, pour éviter le relèvement des bras ; grâce à ce procédé, en effet, les bras suivirent le dégagement du tronc. Malheureusement la manœuvre de Mauriceau, laborieuse à cause de l'étroitesse des voies génitales et du volume moyen du fœtus (3<sup>kg</sup>,450) retarda de quelques minutes l'extraction de la tête. Cela suffit pour que le fœtus arrivât en état de mort apparente, et, bien que les bruits du cœur fussent encore perceptibles au stéthoscope, l'enfant ne put être ranimé, malgré les moyens habituels tentés pendant plus de vingt minutes.

La mère, épuisée par ce long travail et une anesthésie au chloroforme de plus d'une heure, présenta de l'ictère dès le lendemain matin. Elle fut prise de vomissements, et, bien que la température n'ait pas dépassé 38°, elle succomba le soir du

deuxième jour, sous l'influence, j'ai pensé, de l'intoxication chloroformique.

OBSERVATION II. — M<sup>me</sup> X, 22 ans, primipare, taille normale, bassin normal, lésion mitrale consécutive à une fièvre typhoïde six ans auparavant. L'examen obstétrical fait au huitième mois révèle une présentation du siège décomplété mode des fesses



Tractions progressivement et directement en haut pour dégager la hanche postérieure.

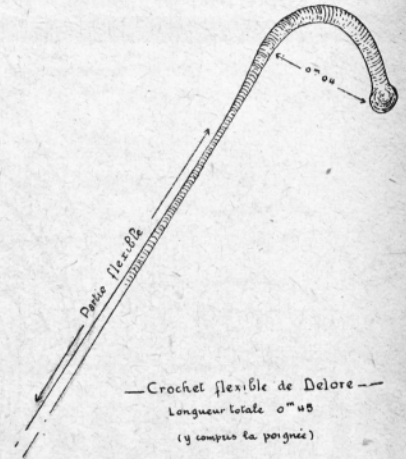
en S. I. D. A deux reprises différentes, il me fut impossible de corriger cette présentation par des manœuvres externes, car l'utérus se contractait dès les premières pressions abdominales pour faire évoluer le fœtus.

Je le regrettais d'autant plus que je redoutais, à cause de la lésion mitrale de M<sup>me</sup> X, les accidents gravido-cardiaques qui peuvent accompagner l'expulsion du siège décomplété mode des fesses, toujours pénible chez une primipare avec un œuf de bonne dimension. Malgré cela, j'avais moins d'appréhension que j'en aurais eu auparavant, car j'étais bien décidé à utiliser le crochet à cette occasion, si les efforts de l'expulsion devenaient dangereux pour M<sup>me</sup> X.

Le 15 septembre 1925, à 6 heures du soir, début du travail ; la dilatation est lente ; à 4 heures du matin, elle est complète. M<sup>me</sup> X commence à éprouver de l'angoisse et son pouls s'accroît.

Le siège est bien engagé dans l'excavation en S. I. D. P. ; je n'hésite pas à rompre les membranes (les bruits du cœur fœtal sont très bons).

Aussitôt je fais une piqûre de caféine et une d'huile camphrée (5 centimètres cubes) pour soutenir le cœur de la parturiente.



Les douleurs expulsives commencent, assez fortes, mais espacées.

Une heure après, le siège était descendu sur le périnée (sans le faire distendre), mais M<sup>me</sup> X accusait de la dyspnée et des palpitations, qui augmentaient son angoisse. A ces moments son pouls, très précipité, devenait irrégulier. A cause de cet état qui augmentait de minute en minute, je jugeai impossible d'attendre plus longtemps pour intervenir.

Nouvelles piqûres de caféine et d'huile camphrée, et je prépare le crochet. Au toucher, je reconnais que le diamètre bi-trochantérien du fœtus est dans le diamètre oblique. J'atteins facilement les cuisses de l'enfant et, dans leur intervalle, je glisse mon crochet. Par un léger mouvement de torsion imprimé au manche, je pénètre sans difficulté dans le pli inguinal antérieur. En voyant par la pensée l'attitude du fœtus, j'ai conscience que mon crochet suit bien le pli inguinal, exactement placé au fond de ce sillon, qu'il ne devra plus quitter. L'extrémité mousse doit avoisiner l'épine iliaque antérieure et supérieure.

Mes premières tractions ont pour but de compléter la rotation, sans perdre le contact du pli inguinal, en amenant la hanche antérieure sous le pubis. A partir de ce moment, j'entends pour tirer que M<sup>me</sup> X, non anesthésiée, ait une douleur. Elle comprend aussitôt la manœuvre parce qu'elle sent que j'ai l'aide. Je laisse bien entendu le crochet en place, dans l'intervalle.



Laboratoire SCHMIT 71 Rue Sainte-Anne 71 PARIS

R. C. Seine : 31.029



**Le plus Puissant Reconstituant général**

# HISTOGÉNOL

Médication Arsénio-Phosphorée Organique

## NALINE

**PUISSANT RÉPARATEUR**  
de l'organisme débilité

FORMES: Élixir, Granulé, Comprimés, Concentré, Ampoules.  
Littérature et Échantillons: Et<sup>re</sup> MOUNEYRAT,  
12, Rue du Chemin-Vert, à VILLENEUVE-la-GARENNE (Seine).

**INDICATIONS:**  
FAIBLESSE GÉNÉRALE  
LYMPHATISME  
SCROFULE - ANÉMIE  
NEURASTHÉNIE  
CONVALESCENCES  
DIFFICILES  
TUBERCULOSE  
BRONCHITES  
ASTHME - DIABÈTE  
R. C. Seine, 210.439 B

Traitement préventif et curatif de la

# 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 gouttes par jour.  
AMPOULES A (0.10 d'Hectine par ampoule) Une ampoule par jour.  
AMPOULES B (0.20 d'Hectine par ampoule) Injections indolores.

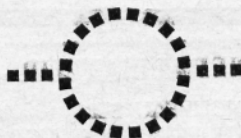
## HECTARGYRE

(Combinaison d'Hectine et de Mercure)  
Le PLUS ACTIF, le MIEUX TOLÉRÉ des SELS ARSÉNIO-MERCURIELS  
PILULES, GOUTTES, AMPOULES A et B  
Etabl<sup>re</sup> MOUNEYRAT, 12, Rue du Chemin-Vert, à Villeneuve-la-Garenne, près St-Denis (Seine).  
R. C. Seine, 210.439 B

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 STÉRILE, immédiatement SOLUBLE DANS L'EAU, titrée physiologiquement sur lapin normal et sur chien dépancréaté.

PURIFICATION PARFAITE || CONSTANCE ABSOLUE DE  
STABILITÉ INDÉFINIE || 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 HOPITAUX  
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*

1°  
**Aphloïne**

Spécifique des Troubles  
de la Ménopause  
et du système veineux

1a  
**Nisaméline**

(Guaco)  
Prurits - Eczémas - Prurigos  
Néuralgies

1a  
**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 { Solubles seulement dans l'intestin.  
1 à 3 comprimés par jour suivant l'âge.  
AMPOULES { 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'iodure 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).



valle des douleurs, veillant par une très légère traction permanente à le maintenir dans le pli inguinal, où il est bien placé.

l'accompagne donc chaque douleur d'une traction qui a une efficacité d'autant plus grande que la sage-femme qui m'assiste fait au même moment l'expression abdominale, empaumant le fond de l'utérus; elle repousse ainsi la tête en la chassant en bas. A mesure que celle-ci descend, l'aide (une ancienne élève de la maternité, qui connaît ce procédé que j'emploie dans la version podolique au temps de l'extraction) étend les mains largement ouvertes sur les côtés de l'utérus, pour empêcher le relèvement des bras. En effet, après le dégagement du siège, qui, grâce aux tractions accompagnant les douleurs et à l'expression abdominale, a été relativement rapide, les bras sont sortis avec le tronc.

A partir de ce moment, l'anse classique du cordon ayant été faite, pendant que je soutiens le tronc du fœtus, évitant de tirer, c'est l'aide qui doit empêcher la tête de se défléchir. Pour cela, elle doit réunir ses deux poings fermés et accolés (comme pour la manœuvre de Champetier de Ribes) et repousser directement la tête, la poursuivant jusqu'à son entrée dans l'excavation. En agissant ainsi, il est presque certain que la tête restera fléchie jusque sur le périnée; la bouche est alors tout à fait à la portée des doigts, s'il faut les introduire dans la bouche pour la manœuvre de Mauriceau, ce qui est toujours plus rapide.

C'est ainsi que les choses se sont passées dans l'accouchement de cette jeune femme qui, cardiaque, ne pouvait pas supporter l'expulsion de son fœtus. Grâce au crochet, j'ai procédé en somme à un accouchement accéléré du siège, plutôt qu'à une extraction. Sans cet instrument, il m'eût été impossible d'agir aussi facilement et rapidement au grand bénéfice de la mère. Ne l'oublions pas, j'étais en présence d'une primipare cardiaque avec un enfant de 3<sup>kg</sup>, 500 en présentation du siège décomplété mode des fesses.

OBSERVATION III. — M<sup>me</sup> C..., 27 ans, III pare, taille moyenne, bassin normal, entre à la maternité avec rupture prématurée des membranes le 1<sup>er</sup> décembre 1925.

La sage-femme en chef constate une présentation du siège décomplété mode des fesses en S. I. D. Pas de travail.

Début du travail le 2 décembre à 22 heures. La dilatation est complète à minuit le 3 décembre.

Les douleurs expulsives sont éloignées et peu intenses. Appelées auprès de la parturiente parce que les bruits du cœur sont ralentis et irréguliers, je décide d'intervenir.

Le siège est descendu dans l'excavation, le diamètre bi-trochantérien est dans le diamètre antéro-postérieur, mais la vulve ne s'entr'ouvre pas, car la hanche antérieure est encore au-dessus du pubis.

Un peu plus familiarisé avec le crochet, je le place facilement (toujours passant entre les cuisses du fœtus) dans le pli inguinal antérieur. Comme il faut aller vite à cause de l'enfant, je fais anesthésier la femme qui s'agit plus que de raison.

Grâce aux tractions par le crochet, toujours combinées avec l'expression abdominale comme je l'ai décrite (observation II), l'extraction a été rapide (exactement 12 minutes), parce que les bras sont restés fléchis, et la tête, toujours chassée par les poings de l'aide, s'est dégagée fléchie à travers cette vulve de multipare, sans qu'il fût besoin de la manœuvre de Mauriceau.

L'enfant naît en état de mort apparente, il se ranime ce pendant après dix minutes de soins.

Il est certain que la longueur du travail, avec un utérus

sans eau, avait mis en danger de mort l'enfant en présentation du siège décomplété mode des fesses.

Si l'extraction au moyen du crochet n'avait pas été aussi rapide, il aurait succombé.

### Description du crochet.

Le crochet dont je me sers porte le nom (dans les catalogues) de *crochet flexible de Delore*. Il était dans ma trousse d'obstétrique depuis de longues années; je m'en étais muni en vue d'embryotomies possibles (il portait la marque Collin, un croquis est joint à ce texte).

La longueur totale de l'instrument est de 45 centimètres, y compris la poignée qui est bien en mains. La partie de la tige qui précède le crochet lui-même est plus mince et légèrement flexible.

Ce crochet, qui a une forme plutôt ouverte, mesure intérieurement 4 centimètres d'écartement.

La pointe de ce crochet est renflée à son extrémité, arrondie et mousse. Elle n'est donc pas traumatisante. Cette disposition, que j'indique, de l'ouverture du crochet et de son écartement de 4 centimètres, lui permet d'entourer la circonférence de la partie supérieure de la cuisse du fœtus, s'appliquant au fond du pli de l'aîne, alors que l'extrémité se placera au voisinage de l'épine iliaque antérieure et supérieure, et plutôt en dehors.

On comprend comment le crochet ainsi placé, les vaisseaux de la région antérieure de la cuisse ne peuvent pas être blessés ni le fémur fracturé.

Comment placer le crochet? Je l'indique dans l'observation III et les croquis ci-contre permettent de s'en rendre compte. De même pour les tractions, qui doivent être faites d'abord un peu en bas, pour que la hanche antérieure se place bien sous la symphyse pubienne, puis progressivement et directement en haut, dans le sens de l'expulsion naturelle du siège.

Avec le crochet ainsi placé, on a la sensation qu'on a une prise solide et qu'on dispose d'une grande force.

C'est à ce propos que la *flexibilité* de la partie de la tige qui supporte le crochet est d'une réelle utilité. Elle empêche que les tractions ne soient trop brutales et force à agir lentement, pour que le crochet ne quitte pas le pli de l'aîne où il doit rester tout le temps de la manœuvre.

L'extraction du fœtus au moyen de ce crochet est encore plus rapide et facilitée quand elle est accompagnée de l'expression abdominale faite par une aide bien dressée (voir observations).

### CONCLUSIONS

I. La *proscription* classique de l'emploi du crochet pour l'extraction du fœtus vivant, en présentation du siège décomplété mode des fesses, est une erreur.

II. L'extraction, avec le crochet et la technique décrits plus haut, est facile, rapide et sans danger pour l'enfant.

III. L'emploi du crochet décrit ci-dessus doit être fait systématiquement et méthodiquement dans l'extraction du siège décomplété mode des fesses dans tous les cas où l'état soit de la mère, soit de l'enfant nécessite un accouchement rapide.

## QUELQUES REMARQUES

SUR LE

# Traitement de la Luxation congénitale

*d'après 275 cas personnels*

Par le Docteur ROBIN (d'Angers).

Les premières tentatives de réduction de luxations congénitales de la hanche suivies de résultats favorables furent celles de Lorenz, qui, de 1895 à 1898, mit au point une méthode qui reste la base de tous les traitements orthopédiques actuels; elle consiste dans le maintien prolongé des membres en demi-flexion et abduction forcée après que la réduction a été obtenue. L'enfant fixé dans cette position était autorisé à marcher, car, pour l'auteur, la pression du fémur contre le cotyle favorisait le creusement de cette cavité et la marche devenait un élément de succès.

La plupart des spécialistes en orthopédie adoptèrent tout d'abord cette méthode; mais, sur la foi de certains, on prétendit bientôt que la marche précoce, loin de favoriser le taraudage de la cavité cotyloïde, avait pour conséquence de déplacer la tête fémorale réduite, que ce qui permettait de consolider une réduction, c'était uniquement l'ensemble des modifications articulaires qui résultaient de la réaction inflammatoire consécutive aux manœuvres de réduction; on conseilla l'immobilisation et on adopta la technique suivante: Pendant trois mois environ, le membre en abduction à 70°, en flexion à 70° et rotation indifférente à 0°, le genou à angle droit, était maintenu dans un appareil plâtré qui comprenait même le pied. Puis, ce premier plâtre enlevé, on allongeait doucement la jambe et la cuisse que l'on portait en rotation interne forcée; cette rotation était souvent difficile à obtenir; on appliquait un deuxième appareil qui fixait le membre, genou allongé, en abduction à 30°, flexion à 45° et rotation interne à 60°. Au bout de trois mois, on retirait ce nouveau plâtre et là commençait une période délicate, d'une durée d'un mois environ, pendant laquelle on redonnait, par frictions et massages, de la tonicité aux muscles atrophiés par cette longue immobilisation. Durant ce temps, il fallait maintenir le membre à l'aide de bandes ou de dispositifs plus ou moins compliqués pour éviter une dérotation trop rapide. Cette période, qui s'écoulait entre l'ablation du dernier appareil et la mise sur pieds, a toujours été mon cauchemar, car c'est à ce moment que le plus souvent s'amorçaient les reluxations.

A leur tour, les partisans de l'immobilisation absolue ont été fortement combattus et, actuellement, la majorité des auteurs se rallient à la méthode dite ambulatoire dont Le Damany a su admirablement régler la technique. Cette méthode a de multiples avantages: en exagérant le contact entre la tête fémorale et le fond de la cavité cotyloïde, elle assure, comme l'avait pensé Lorenz, le creusement de celle-ci, elle favorise la détorsion du fémur, elle entretient

la tonicité musculaire et évite l'atrophie qui se produit tous les jours dans tout membre longtemps immobilisé; elle supplée ainsi cette période délicate dont j'ai parlé plus haut; enfin les parents acceptent plus volontiers un traitement qui permettra à l'enfant de marcher si la luxation est unilatérale et ne l'obligera pas à rester couché, même s'il est luxé des deux côtés, car, dans ce cas, il peut être assis, les jambes écartées, et même poser les pieds à terre en étant soutenu par les bras.

Comme le plus important des avantages de sa méthode, Le Damany signale la correction de l'antétorsion du col du fémur qui existe, plus ou moins accentuée, dans la plupart des cas de luxation congénitale de la hanche. Cette correction, je ne l'ai pas toujours observée. Si, quand elle se produit, elle est une garantie de succès, il y a cependant nombre de cas où, malgré la persistance complète ou partielle de cette déformation, on obtient de très bons résultats fonctionnels.

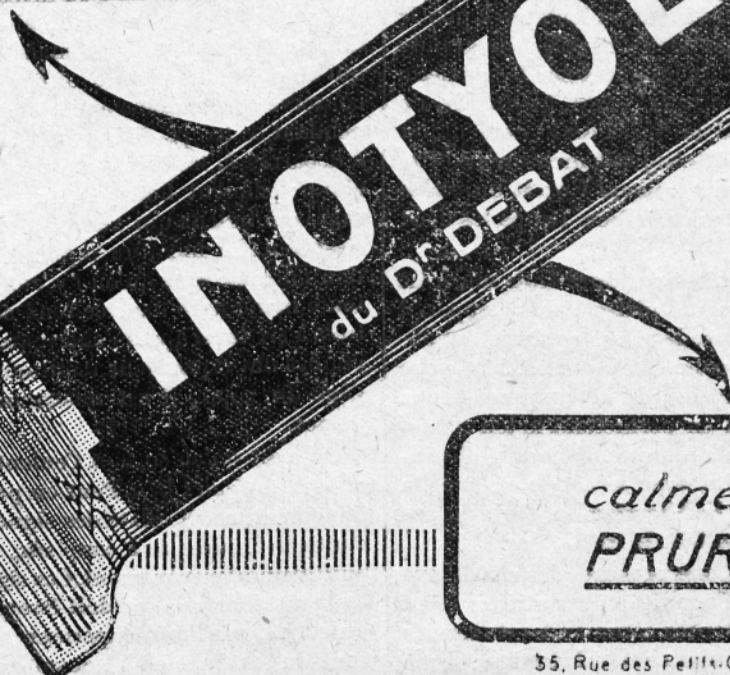
Tous ces avantages m'ont incité à abandonner le traitement par l'immobilisation, que j'ai pratiqué pendant six ans, et à me rallier à la méthode ambulatoire. J'ai été obligé, pour des raisons de force majeure, de modifier l'appareil imaginé par Le Damany, comme je vais l'expliquer plus loin; je ne le regrette pas d'ailleurs, puisque je suis arrivé à le modifier considérablement.

Le traitement, tel que je l'applique, comprend deux périodes. Après réduction, je mets la cuisse en abduction à 90°, sans rotation et en flexion le plus souvent à 90°. Pour certains cas, cette flexion doit être exagérée dans d'importantes proportions, afin d'amener la tête fémorale au contact de la partie inférieure du cotyle, condition requise pour être assuré d'un bon résultat. J'immobilise la hanche dans cette attitude à l'aide d'un appareil plâtré que j'applique au genou; je ne le prolonge pas au-dessous, afin de permettre les mouvements d'extension progressifs de la jambe; ces mouvements sont indispensables pour provoquer l'allongement des muscles fléchisseurs devenus trop courts par suite de la réduction.

Au bout de huit jours au plus, l'enfant est mis sur pieds: si la luxation était simple, il marche seul en appuyant tout son poids sur son genou, la jambe aussi allongée que possible pour assurer le contact intime de la tête fémorale avec le fond du cotyle. Si la luxation était double, l'enfant est posé à terre, plusieurs fois par jour, en étant maintenu par les bras. Entre temps, il est assis, les jambes écartées sur une chaise solide et bien d'aplomb, ainsi transformée: sur le bord antérieur du siège, on fixe une planche parallèle au



*guérit les*  
**ECZEMAS**



*calme les*  
**PRURITS**

35, Rue des Petits-Champs - PARIS

**ÉTATS 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, VASODILATATEUR 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 =  | VASODILATATEUR PÉRIPHÉRIQUE     |
| 2° SILICATE DE SOUDE PUR = | DISSOLVANT DU CA DIURÉTIQUE     |
| 3° CITRATE DE SOUDE PUR =  | ANTICOAGULANT 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**

dossier et de mêmes dimensions, de sorte que l'enfant, à cheval sur le siège, ne peut se pencher trop en avant, ni se renverser en arrière; les pieds reposent sur des marches de bois placées de chaque côté de la chaise, assez haut pour que l'enfant puisse prendre point d'appui sur elles et essayer de se soulever. Ce mouvement, exécuté avec plaisir par le petit et répété fréquemment, supplée en grande partie à la marche et en obtient les effets sur le squelette de la hanche. Pour permettre aux luxés bilatéraux de marcher seuls pendant toute la durée du traitement, on pourrait traiter successivement chaque hanche, mais cette façon de procéder prolongerait vraiment trop la durée des soins, aussi je réduis toujours en même temps les deux luxations.

La première période du traitement dure trois mois. Le Damany remplace alors l'appareil plâtré par un appareil métallique qui maintient encore la cuisse en flexion et abduction, mais est construit pour être articulé. Je n'entre pas dans la description détaillée de cet appareil, assez compliqué. Son but est, tout en permettant le jeu convenablement limité de l'articulation coxo-fémorale, d'assurer le contact parfait de la tête avec le cotyle et, dans la pensée de l'auteur, d'obtenir la détorsion du fémur grâce à un dispositif spécial qui soutient le trochanter.

Quand je voulus, en 1916, me procurer des charnières Le Damany, le fabricant me répondit que ses ateliers étant uniquement occupés à exécuter les commandes du service de santé, il avait dû abandonner cette fabrication; il me fallut donc chercher comment je pourrais remplacer ces appareils. Je pensai qu'un plâtre modelé avec une grande précision et articulé au niveau de la hanche devrait remplir le même but; restait à réaliser l'articulation; après quelques tâtonnements, j'arrivai à mettre au point une charnière que peut fabriquer le premier serrurier venu. Je l'utilise depuis neuf ans et j'en ai toute satisfaction. Elle est formée de deux fers plats d'environ 15 centimètres de long et 3 centimètres de large; à chaque extrémité est rivée une palette de tôle en forme de gouttière destinée à assurer un scellement parfait dans l'appareil plâtré. Sur les bras de cette charnière est fixé un dispositif permettant d'assurer un jeu limité et réglable à volonté de l'articulation, à l'aide d'un boulon de serrage se vissant sur un écrou de longueur appropriée. Quand j'ai débarrassé l'enfant de son premier appareil plâtré, sans être obligé de l'endormir à nouveau, je lui en applique un second en tout point semblable et façonné aussi parfaitement que possible sur les saillies du squelette (crêtes iliaques, pubis, trochanter); je creuse une dépression en arrière de la cuisse au niveau du trochanter; cette dépression forme un sillon contournant la cuisse en avant, de façon à réaliser un soutien parfait du fémur. Pendant la confection de cet appareil, je scelle la charnière sur le côté du thorax et sur la cuisse. Quand le plâtre est pris, je le sectionne en avant et en arrière sur une ligne parallèle au pli de l'aîne; puis, sous le contrôle de la radiographie, je règle la charnière de façon que sa plus grande ouverture ne permette pas à la tête fémorale de quitter la position qu'elle doit occuper à la partie inférieure du cotyle; le jeu ne pourra

s'effectuer au delà de cette limite, qui est ordinairement un angle de 90°, mais il pourra se faire en hyperflexion. De cette façon, la cuisse est maintenue en abduction à 90° et en flexion réglée d'après l'examen radiographique, le fémur est bien soutenu au niveau du trochanter et le jeu de l'articulation est assuré. J'ai donc ainsi réalisé les conditions requises par Le Damany et cela grâce à un dispositif qui ne présente aucune difficulté d'application. L'enfant conserve ce deuxième appareil quatre mois au minimum; pendant ce temps, il continue à marcher. Quand on l'en a débarrassé, les soins consécutifs se réduisent à peu de chose: pendant huit jours avant la mise sur pieds, massages quotidiens qui seront prolongés quelques mois et c'est tout. Le membre reprend progressivement sa position normale sans qu'on l'y aide en quoi que ce soit, car toute manœuvre dans ce sens serait des plus funestes et, trois à six mois après l'enlèvement du dernier appareil, les jambes ont repris leur rectitude. Ce temps varie suivant l'âge du sujet; il est relativement court chez les tout jeunes.

On a dit qu'en sortant l'enfant du plâtre, le résultat paraissait toujours bon. Peut-on prévoir s'il le restera? Certainement, car il existe des signes qui peuvent permettre d'affirmer, presque à coup sûr, si ce résultat immédiat persistera ultérieurement. Ces signes sont d'abord le niveau de la tête fémorale qui doit être placée à la partie inférieure du cotyle, son bord supérieur restant nettement au-dessous du cartilage en Y; ensuite, son contact avec le fond du cotyle: quand elle en est écartée, on peut émettre un doute sur le maintien de la réduction; enfin la restauration du cotyle qui se manifeste par l'apparition, sur la plaque radiographique, de noyaux osseux au niveau du toit cotyloïdien. Quand, à la sortie du second appareil, on observe une tête fémorale nettement au-dessous du cartilage en Y, en contact intime avec le cotyle en voie de réparation, même s'il persiste de l'antétorsion du col, on peut affirmer, sans crainte d'être déçu, que la réduction est définitive.

D'après cet exposé, on a pu constater que l'appareillage de mes luxations n'est pas compliqué; cependant quelques auteurs recommandent une technique encore plus simplifiée. Ils n'utilisent qu'un seul plâtre qui maintient, pendant quatre mois, la cuisse en abduction et flexion à 90°; après en avoir libéré l'enfant, ils le laissent couché dans cette même attitude pendant un mois, puis ils commencent à le faire marcher. C'est une méthode qui ne m'enthousiasme pas; d'ailleurs ses partisans n'en obtiennent

Médication Iodée et Antisccléreuse  
due à la combinaison Iode et Thiosinamine  
DYSPNÉE - RHUMATISMES - HYPERTENSION  
TABES, ADHÉRENCES, ETC.

# TIODINE COGNET

PILULES - AMPOULES  
ARMINGHET, 5 C<sup>te</sup> 43, Rue de Saintonge, - PARIS (3<sup>e</sup>)



pas des résultats très encourageants; ils accusent 75 % de succès; on peut obtenir mieux.

**Age le plus favorable au traitement.** — Quand cela m'est possible, je traite les luxations congénitales dès que l'enfant ne se mouille plus, c'est-à-dire en général de deux à trois ans. Y aurait-il avantage à commencer le traitement plus tôt? Je suis convaincu que non, car, outre les inconvénients consécutifs à la souillure du plâtre par l'urine, il ne faut pas croire que la réduction précoce chez le bébé qui n'a pas encore marché est un facteur certain de guérison. Il est facile chez le nouveau-né, où les ligaments et les muscles sont lâches et malléables, de rétablir la coaptation des surfaces articulaires; mais il n'est pas dit pour cela qu'on créera le travail réactionnel qui organisera l'articulation pour la rapprocher du type normal. Les rétractions fibreuses et musculaires suscitées par l'attitude de réduction mettent les surfaces recoaptées dans un état de pressions réciproques, et c'est dans ces conditions qu'on voit apparaître l'ensemble des phénomènes d'adaptation qui mèneront à la réfection anatomique de l'articulation. Quel que soit son âge, l'enfant ne sera guéri que si les éléments articulaires passent par les diverses phases qui doivent nécessairement s'enchaîner pour produire les processus de restauration articulaire.

Les luxations réduites trop facilement ou trop prématurément ne sont pas celles dont le résultat est le meilleur, et les cas les moins simples sont parfois ceux qui guérissent le mieux.

Si l'on admet que ce soit de deux à trois ans l'âge le plus favorable au traitement de la luxation congénitale, quelle est la limite maxima où l'on puisse la traiter avec chance de succès? Cette limite est variable; elle varie avec l'unilatéralité ou la bilatéralité de la lésion, avec la variété de la luxation et la musculature du sujet. Chez les luxés d'un seul côté, on peut obtenir des guérisons complètes jusqu'à huit à dix ans; chez ceux atteints de luxation double, l'âge limite me paraît être de cinq à huit ans. J'ai eu deux enfants de cinq ans vigoureux, fortement musclés, présentant une luxation bilatérale à forme postérieure qu'il m'a été impossible de réduire.

D'ailleurs, il n'y a généralement pas intérêt à chercher la réduction chez les sujets trop âgés. Je l'ai fait et je m'en repenais. Chez une fillette de 12 ans, luxée des deux côtés, j'ai tenté la réduction; d'un côté j'y suis parvenu; de l'autre pas; le résultat du côté réduit a été déplorable; malgré tous les soins consécutifs, la hanche est restée raide et les mouvements qu'on put obtenir avec beaucoup de difficulté ne donnèrent qu'un résultat fonctionnel fort mauvais. Je ne partage donc pas l'avis de quelques auteurs qui prétendent qu'on doit toujours tenter de réduire les luxations, même âgées.

Il n'est pas dit pour cela qu'on ne puisse améliorer le sort des sujets trop vieux pour bénéficier d'une réduction. Chez ces enfants, j'ai recours à la transposition par manœuvres externes.

La technique en est simple: sous anesthésie générale, après pétrissage énergique des adducteurs, par des pesées

douces et prolongées, on remplace peu à peu la flexion par de l'hyperextension et l'adduction par une abduction de 30° environ. Cette attitude est fixée dans un appareil plâtré pendant plusieurs mois. Il faut ensuite que le malade fasse de la gymnastique d'hyperextension et d'abduction pendant des mois pour que cette attitude de la hanche devienne habituelle (Galeazzi). L'amélioration obtenue est considérable. La tête fémorale, mieux appuyée au-dessous de l'épine iliaque et des muscles qui s'y insèrent, est soutenue dans l'attitude d'hyperextension et d'abduction par la partie antérieure de la capsule renforcée par le ligament de Bertin. De ce fait, l'ensellure est très atténuée, le déhanchement diminué, et la résistance à la fatigue est très augmentée.

Mais cette méthode ne convient pas à tous les cas; elle ne réussit que chez les sujets relativement jeunes et dans les formes intermédiaires ou postérieures peu marquées. Dans les formes postérieures accentuées et doubles chez les sujets âgés, on ne réussit pas toujours la transposition et on s'expose, en s'efforçant de l'obtenir, à une complication grave: la paralysie du sciatique due à la contusion du nerf serré entre la tête fémorale et le rebord osseux de l'échancrure sciatique (Lance).

Pour ces cas, il n'y a plus que les ostéotomies qui soient susceptibles d'apporter des améliorations appréciables; c'est l'opinion qui a été émise par de nombreux auteurs à la dernière réunion annuelle de la Société française d'Orthopédie.

**Complications.** — Au cours du traitement de mes luxations, je n'ai observé que de rares complications. Dans trois cas où la réduction avait été particulièrement laborieuse, j'ai eu un décollement complet de la tête fémorale; j'en fus, je l'avoue, plutôt préoccupé, bien que j'aie lu plusieurs observations d'accidents semblables qui n'avaient pas empêché un bon résultat fonctionnel.

J'ai poursuivi le traitement sans y rien modifier et ces trois luxations retrouvèrent une marche excellente. Je n'ai jamais eu d'autres ennuis au cours de la réduction. En général, tous mes luxés se sont parfaitement comportés pendant leur séjour dans les appareils plâtrés; je ne qualifie pas de complications une dizaine de petites eschares, dont quelques-unes n'ont pas même nécessité d'ouverture dans le plâtre et ont été trouvées cicatrisées en enlevant l'appareil. Deux de mes malades cependant ont tellement maigri pendant le traitement que j'ai craint une issue fatale; ces deux enfants, dont le facies rappelait celui d'hérédosyphilitiques, furent soumis à une médication spécifique; le résultat fut rapide, et l'une d'elles engraisa si promptement que je dus changer son appareil avant le délai prévu. Je n'ai pas recherché la syphilis chez toutes mes luxations, mais je l'ai rencontrée assez souvent pour que je me décide à prescrire un traitement spécifique à tous les sujets que je soigne de luxation congénitale. En agissant ainsi, je crois n'avoir nui à aucun et je suis certain d'avoir rendu un réel service à plusieurs d'entre eux.

Il est une complication que j'ai observée une quinzaine de fois à la sortie du deuxième appareil: c'est l'ostéochondrite de la tête fémorale. Cette ostéochondrite, qu'on

a appelée traumatique pour la différencier de l'ostéo-chondrite déformante, dont l'origine est encore mal connue, se manifeste par l'irrégularité des contours et l'aspect spongieux de la tête fémorale ; je ne l'ai remarquée qu'après le deuxième appareil, jamais après le premier ; il semble donc bien qu'elle ne se manifeste qu'à la fin du traitement. Peu d'auteurs en parlent et ceux qui la signalent n'y attachent pas d'importance. Je crois cette affection très bénigne, mais il est utile d'en être averti afin de limiter la marche, pour éviter qu'une pression prolongée sur un os ainsi altéré ne provoque une déformation de la tête fémorale pouvant prédisposer à la luxation ultérieure. J'ai plusieurs radiographies de cette affection dont l'évolution m'a semblé être de deux mois environ.

Quatre de mes opérées de luxations congénitales doubles, dont le résultat anatomique et fonctionnel était parfait, qui n'avaient jamais souffert des hanches, se plaignirent, à l'époque de la puberté, de douleurs dans la région de l'aîne et des adducteurs ; la marche les fatiguait rapidement ; la radiographie ne révélant rien de spécial, je les mis au repos pendant un mois, et les troubles disparurent. Deux fillettes présentèrent, à la même époque, outre les symptômes que je viens d'indiquer, une claudication assez marquée, et la radiographie montra que la tête fémorale s'était écartée de la cavité cotyloïde et était légèrement remontée ; craignant une luxation progressive, je mis ces fillettes au repos avec extension continue en abduction. Au bout de deux mois, un nouvel examen aux rayons X montra que la tête fémorale débordait moins le bord supérieur du cotyle et était en train de reprendre sa place normale ; j'autorisai progressivement la marche. Il y a de cela trois ans ; il n'existe aucune boiterie et les douleurs ne sont pas réapparues. Plusieurs auteurs ont observé cette tendance à la luxation chez des petites filles à l'époque de la puberté ; elle semble due à une hyarthrose de la hanche.

**Résultats.** — Je ne possède pas une importante collection de radiographies prises longtemps après la réduction, car, lorsqu'un malade est guéri, neuf fois sur dix on ne le revoit plus ; cependant j'ai pu en réunir une dizaine qui montrent les modifications que subissent la tête, le col et la cavité cotyloïde, six à dix ans après le traitement.

La cavité cotyloïde ne diffère pas ou très peu d'une cavité normale. Du côté du fémur, les modifications sont plus importantes ; de rares fois la tête et le col ressemblent tout à fait à ceux d'un fémur sain, mais le plus souvent les contours de la tête sont plus ou moins irréguliers ; elle est aplatie et déborde le col en haut et en bas ; le col est plus court, son inclinaison est anormale ; il existe parfois un certain degré de coxa vara, le trochanter paraît alors plus élevé. D'ailleurs les conséquences de ces modifications sont presque toujours nulles et les résultats fonctionnels sont le plus souvent meilleurs que ne le laissent supposer les radiographies.

Les 275 hanches que j'ai traitées comprennent 90 % de filles et 10 % de garçons ; les luxations unilatérales et bilatérales se répartissent par moitié. Dans ce nombre, 13 étaient âgées de 8 à 12 ans ; j'en reparlerai plus loin. Des

260 autres, 60 ont été traitées par la méthode d'immobilisation (le second appareil plâtré maintenant le membre allongé en abduction à 30° et rotation interne forcée). Sur ces 60 luxations, 40 se sont reluxées, dont 2 ont été reprises avec succès, ce qui a donné 32 résultats fonctionnels satisfaisants, soit 87 %. Les 200 autres furent traitées par la méthode ambulatoire suivant la technique que j'ai exposée. J'ai eu 11 reluxations ; 189 marchent actuellement d'une façon normale, cela fait donc une proportion d'environ 95 % de succès.

Des 15 luxations plus âgées, j'en ai réduit 2 dont les résultats fonctionnels ont été mauvais, surtout chez l'une ; 4 ont été réduites et ont donné de bons résultats ; les 9 autres ont été simplement transposées avec résultats fonctionnels satisfaisants qui se maintiennent depuis plusieurs années.

Et je conclurai de ce trop long exposé : si l'on a pu dire, avec Dupuytren, que la luxation congénitale était l'opprobre de la chirurgie, on peut affirmer aujourd'hui que, je ne dirai pas toutes les luxations, car il y aura toujours quelques cas rebelles au traitement, mais la presque totalité des luxations soignées en temps convenable sont assurées de guérison.

## CHEMIN DE FER DE PARIS A ORLÉANS

LIVRET-GUIDE OFFICIEL

(ÉDITION DU SERVICE D'ÉTÉ AU 15 MAI 1926)

La Compagnie du Chemin de fer de Paris à Orléans vient de rééditer son livret-guide officiel illustré, comprenant notamment l'horaire complet des trains au 15 mai 1926.

Rappelons que ce guide très artistiquement présenté contient de nombreuses photographies, ainsi que tous les renseignements indispensables aux voyages d'affaires et de tourisme.

Il est mis en vente dans les principales gares du réseau au prix de 2 fr. 75 l'exemplaire.

Ce guide est également adressé à domicile, contre l'envoi préalable de sa valeur augmentée des frais d'expédition, soit un total 3 fr. 90 pour la France et 6 francs pour l'étranger, en mandant carte ou timbres-poste, au service de la publicité de la Compagnie, 1, place Valhubert, à Paris (XIII<sup>e</sup>).

## CHEMIN DE FER DE PARIS A ORLÉANS

ENREGISTREMENT DES BAGAGES A DOMICILE DANS PARIS

La Compagnie d'Orléans croit devoir rappeler que, d'accord avec elle, la Société des Voyages Duchemin, 20, rue de Grammont, à Paris, effectue au domicile des voyageurs non seulement la délivrance des billets, l'enlèvement et la livraison des bagages, mais encore l'enregistrement de ces bagages.

Sans aucun dérangement et sur simple demande détaillée adressée à la Société Duchemin, le voyageur reçoit à domicile la visite des agents de cette société qui pèsent ses bagages et lui remettent immédiatement, contre paiement des taxes et frais, le billet de chemin de fer, le bulletin d'enregistrement de bagages et même un ticket garde-place s'il a manifesté le désir d'avoir une place retenue.

Les bagages sont ensuite conduits directement à la gare de Paris-Quai d'Orsay ou à celle de Paris-Austerlitz, par les voitures de la Société Duchemin, et le voyageur se trouve ainsi complètement débarrassé des soucis inhérents à tout départ.

S'adresser à la Société des Voyages Duchemin, 20, rue de Grammont ; à sa succursale, 39, avenue Victor-Hugo (téléphone Gutenberg 06-15 et Central 97-31), et dans ses bureaux aux gares de Paris.



# Doit-on employer l'Hypohyse

## EN PRATIQUE OBSTÉTRICALE ?

Par le Docteur BOIVIN (de Tours).

Depuis une dizaine d'années, le lobe postérieur d'hypophyse a été employé en obstétrique. Largement expérimenté un peu partout, on peut maintenant se faire un jugement. Dans un article récent, M. René de Cotteret, professeur de clinique obstétricale à l'université de Montréal, a exposé l'enquête très intéressante qu'il a faite près des accoucheurs de tous les pays. Et, actuellement que l'hypophyse tend à se répandre et que, à cause de sa facilité d'emploi, elle est injectée trop souvent sans respect de ses contre-indications nombreuses, il est intéressant d'envisager si vraiment l'hypophyse rend des services appréciables, si elle expose à de gros dangers, si elle doit être maintenue dans la pratique obstétricale.

L'hypophyse a des adversaires acharnés, tels le professeur E. P. Davis, qui écrit : « La pituitine est le médicament le plus dangereux qui soit entre les mains de l'accoucheur » ; le professeur Haskell, du Medical College of Virginia, qui écrit à son sujet : « Il aurait mieux valu pour l'humanité qu'on ne l'eût jamais fait connaître. » Couvelaire, Potoki, Walich, Paucot, Lévy-Solal s'en abstiennent complètement. D'autres, comme Pouliot, en sont enthousiastes. D'autres enfin ne l'emploient qu'avec une certaine réserve, tels Brindeau, Maetzer, Cyrille Jeannin, Shikélé.

Dale et Frœlich avaient démontré que l'hypophyse a une puissante action sur les muscles lisses : vessie, intestin, utérus. Bell et Hik, en 1910, l'essayèrent pour combattre les hémorragies du *post partum*. Ce fut Hofbauer, en 1911, qui le premier tenta son emploi en clinique obstétricale, « pour combattre la faiblesse des douleurs pendant la période d'expulsion ».

On avait cru trouver enfin l'ocytocique idéal ; mais l'enthousiasme du début fut vite modéré par les accidents signalés qui firent vite s'apercevoir que l'hypophyse n'était point une panacée.

L'intérêt de l'hypophyse est qu'elle amène des contractions qui rappellent les contractions physiologiques, c'est-

à-dire des contractions intermittentes qui conservent leur rythme, sont plus vigoureuses, plus prolongées et plus rapprochées, et qui s'opposent aux contractions permanentes et tétanisantes de l'ergot de seigle. Le rythme de ces contractions a été mis en évidence à l'aide de l'hystérogaphe (travaux de Fabre, Gugenheim, Bigler, etc.). L'action commence environ un quart d'heure après l'injection, passe par un maxima, décroît et disparaît au bout d'une heure et demie à deux heures suivant la dose injectée. Mais il faut savoir, comme l'ont montré les auteurs précités, qu'il n'y a pas un relâchement complet et qu'il subsiste pendant quelque temps tout au moins un certain état de contracture permanente. En un mot, le tonus musculaire est très renforcé, très surélevé, et la pression intra-utérine fortement augmentée au moment des douleurs. L'action du médicament se fait sentir tout aussi bien sur les fibres circulaires que longitudinales ou obliques. Et si l'on emploie l'hypophyse au début du travail, le rôle passif du col n'est plus respecté. La contraction des anneaux circulaires peut amener des ennuis lorsque le col doit conserver toute sa souplesse au cours d'une extraction du siège par exemple.


En plus de l'action locale, l'hypophyse agit encore sur la tension artérielle, qu'elle élève, et amène un ralentissement et un renforcement des bruits du cœur.

Beaucoup plus maniable que l'ancien ergot de seigle, on peut donc déjà prévoir que l'hypophyse n'est pas l'ocytocique qui met à l'abri de tout ennui ou danger. Nous en ferons la démonstration.

L'emploi le plus habituel est celui qu'avait fait Hofbauer le premier : c'est l'injection faite pendant le travail pour remédier à l'inertie, à la faiblesse des douleurs, soit inertie primitive chez certaines femmes, soit surtout inertie secondaire, alors qu'après de bonnes contractions les douleurs diminuent, s'espacent, ne portent plus et donnent un travail d'une lenteur désespérante due à une sorte d'épuisement musculaire.



# LUDIN



Sirop  
Granules  
Ampoules

Sirop  
Granules  
Ampoules

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

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

Même les plus chauds partisans de la méthode, tel Pouliot, exigent une dilatation d'au moins cinq francs, un col souple, un segment inférieur mince et suffisamment étoffé. La plupart n'agissent qu'au moment de l'expulsion, alors que la dilatation est complète sur une présentation du sommet engagée.

Le choix de la préparation a une certaine importance. Les extraits par voie buccale ne donnent rien, il faut un extrait de lobe postérieur injectable, de préparation assez fraîche. Une des plus anciennes préparations est la pitrunitine de Park et Davis, très employée en Allemagne et dans les pays anglo-saxons, où elle jouit d'une grande vogue. Nos maisons françaises ont pu nous donner de bonnes préparations et les ampoules livrées correspondent à un lobe ou un demi-lobe.

A ce dosage volumétrique, beaucoup d'auteurs, dont Pouliot, préfèrent le dosage en poids ; par exemple l'extrait Choay n° 4 correspond pour 1 centimètre cube à 20 centigrammes de substance fraîche de lobe postérieur ; les numéros 3, 2 et 1 correspondent à des dosages en poids progressivement diminués (le numéro 2 = 10 centigrammes, moitié moins fort que le numéro 4, plus employé en gynécologie qu'en obstétrique). C'est de l'extrait Choay n° 4 que nous avons le plus d'expérience.

L'injection se fait par voie sous-cutanée ou mieux intramusculaire, l'absorption étant ainsi plus rapide et plus régulière, à la dose de 1 centimètre cube pour les uns, d'un demi seulement pour d'autres. Elle se fera uniquement lorsqu'il y aura véritablement inertie, absence de contraction et de contracture, et jamais quand il y a encore des contractions efficaces dans un but d'impatience pour accélérer le travail. On exigera enfin une condition capitale : c'est qu'il n'y ait un obstacle d'aucune nature à la progression du fœtus.

Dans ces conditions, on pourra obtenir, sauf dans 10 à 15 % des cas (absence de sensibilité, préparation trop vieillie), un réveil des douleurs, qui se rapprocheront, deviendront énergiques et amèneront l'expulsion du fœtus assez rapidement, et même quelquefois plus vite qu'on ne voudrait, car dans quelques cas on peut avoir du mal à retenir la tête, d'où déchirure du périnée ; quelquefois même on pourra avoir, avec toutes leurs conséquences, une véritable avalanche de contractions, les « contractions en tempête », fort douloureuses si l'utérus est trop sensible ou déjà hypertonique. On a conseillé dans ces cas l'adjonction de pantopon, morphine ou spasmalgine ; « mais on ne perdra pas de vue que Schmidt a observé des accidents respiratoires assez sérieux du côté du fœtus, sous l'influence de cette association, dans près d'un quart des cas » (Pouliot).

Jamais on ne fera une deuxième piqûre d'hypophyse.

S'il n'y avait que des surprises dans la rapidité et la violence des contractions, il n'y aurait que demi-mal. Mais voici qu'un certain nombre d'accidents, dont quelques-uns très graves, ont été signalés et qui font réfléchir les gens sérieux : accidents locaux et généraux du côté de la mère, accidents du côté du fœtus, accidents au moment de la délivrance.

L'hypophyse a été employée quelquefois lorsqu'il y avait un arrêt du travail non par inertie, mais par hypertonie

de l'utérus. Dans cette condition qui peut se présenter soit au cours d'un accouchement de longue durée, soit chez une grande nerveuse, le travail s'arrête, la parturiente souffre en permanence, elle a des contractions utérines courtes très douloureuses ; les douleurs persistent dans l'intervalle, et, si l'on palpe, on note un utérus constamment contracté en hypertonie sans relâchement. Et c'est cette contracture permanente du corps et du col qui arrête le travail. Va-t-on injecter de l'hypophyse, on va augmenter encore le tonus trop élevé de l'utérus. C'est dans ces cas surtout qu'on pourra voir apparaître les contractions en tempête, et l'aboutissant pourra être une rupture utérine. Le moyen de sortir de la situation n'était pas l'hypophyse, qui peut être meurtrière, mais la morphine ou spasmalgine, qui diminue le spasme et régularise les douleurs, qui reprennent leur allure rythmique : la dilatation stationnaire se complète rapidement et l'expulsion ne se fait pas attendre. Ou bien, si l'on ne veut pas employer la morphine, une rupture de la poche des eaux alors que la tête est bien engagée diminue la tension intra-utérine et aboutit au même résultat.

On a signalé des déchirures du périnée fréquentes, mises surtout en évidence par la statistique de Miss-Allen, et, si cette statistique est combattue par certains (Pouliot, Burger), on peut comprendre facilement qu'on n'arrive pas toujours à modérer à son gré la sortie de la tête quand on se trouve en présence de contractions violentes répétées et indépendantes de la volonté. Audebert a vu dans un cas l'arrachement de l'anneau vulvaire. On a rapporté de graves déchirures du col et même des arrachements du col (Herz). Le gros accident est la rupture de l'utérus. Toutes les observations se ressemblent. Après un travail long où la tête ne progressait pas, où la dilatation se faisait mal, on emploie l'hypophyse : les douleurs se réveillent, deviennent fortes, puis au bout de quelque temps s'arrêtent ; la femme a une syncope, on sent des parties fœtales palpables sous la paroi abdominale. A l'intervention, on note une large déchirure de l'utérus. Raker et Haskell ont publié il y a quelques années une statistique rapportant 53 observations de rupture utérine, statistique corrigée et ramenée à 40 cas par Pouliot. Il est vrai de dire que l'hypophyse a été pratiquée dans ces cas mal

## 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

TÉLÉPHONE : SÉGUR 26-87



# SYPHILIS

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

## 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.

# TREPARSOL

*Acide formyl-méta-amino-para-oxyphénylarsinique*

**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).

**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

## VULCASE

COMPRIMÉS LAXATIFS au soufre organique

## CONSTIPATION DERMATOSES

Laboratoires P. BRISSON et C<sup>e</sup>  
114, Avenue Michelet, St-Ouen (Seine)

## 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  
Téléphone : 2.09

TOURS :  
INDRE-ET-LOIRE

MAISON DE VENTE  
9, rue Chanoineau, 9

Membre du Jury, hors concours, PARIS

R. G. Tours, 7622

Adresse télégraphique : MOREAU-Biscottes-Tours

propos, alors qu'il y avait rétrécissement du bassin plus ou moins accentué, rigidité du col, présentation de l'épaule; obstacles qui sont, comme nous allons le voir, des contre-indications absolues, que l'on observait mal au début de l'emploi de l'hypophyse.

J'ai été moi-même témoin d'une rupture utérine par injection d'hypophyse, il y a environ dix ans. L'injection avait été faite alors que la dilatation était presque complète chez une femme qui avait un gros enfant dont la tête était presque engagée, mais incomplètement cependant. Le travail, qui durait depuis vingt-quatre heures, était arrêté. L'hypophyse réveilla les douleurs, mais au bout d'une heure celles-ci cessèrent et la tête restait fixée à peu près au même endroit. Les bruits du cœur ne s'entendaient plus. On termina par une basiotripsie facile, et habilement menée par un chef de clinique d'une grande maternité parisienne. Et on put extraire ainsi un enfant pesant environ 5 kilogrammes. Tout alla bien jusqu'au lendemain soir, où la femme fut prise d'une syncope et de signes d'hémorragie interne. Elle fut opérée d'urgence par Brindeau, qui constata une vaste déchirure du segment inférieur ayant donné un gros hématome du ligament large qui s'était rompu. La femme, qui avait été saignée à blanc, mourut sur la table d'opération.

Du côté de la mère, on a signalé encore des accidents d'ordre général.

Les vertiges, syncopes, angoisses sont surtout le fait des injections intra-veineuses, mode à ne jamais employer. Commandeur a observé des palpitations chez une mitrale, mais surtout on a pu voir survenir chez des brightiques ou des pré-éclampsiques des crises d'éclampsie (Topfer, Schneider, Sieven), un cas d'amaurose (Studendy), même des hémorragies cérébrales, tous phénomènes faciles à expliquer par l'effet hypertensif de l'hypophyse.

A la suite de l'injection d'hypophyse, le fœtus, le placenta, le cordon peuvent se trouver fortement comprimés, et il peut résulter des accidents de ce chef.

Il arrive souvent que l'enfant naît étonné, en état d'asphyxie légère, dans 25 % des cas (Schmidt). Pouliot fait remarquer que cet auteur emploie systématiquement le pantopon associé au putiglandol. Studendy, qui n'emploie pas cette association, note l'asphyxie dans 4 % des cas seulement. Ces asphyxies légères ne doivent par surprendre outre mesure, dit Pouliot, étant donné qu'il s'agit d'accouchements laborieux et prolongés.

Enfin il y a les trois cas de Voigt partout cités. Les enfants sont nés en état de mort apparente et ne purent être ranimés. On ne trouve d'explication plausible que dans l'un des cas du fait de la brièveté du cordon.

Comme l'écrit René de Cotteret, l'action pourra être d'autant plus néfaste qu'on aura injecté l'hypophyse alors que l'enfant souffrait. Se donne-t-on bien souvent la peine d'ausculter le fœtus et de reconnaître les signes de souffrance de l'enfant? Celui-ci pourra être malmené ou tué par l'injection d'hypophyse, alors qu'il aurait pu être sauvé par une application de forceps rapidement et bien menée.

Tout dernièrement je voyais une femme qui m'a dit avoir eu un enfant mort-né à son dernier accouchement. On avait fait une injection d'hypophyse; l'accouchement

se fit rapidement; il n'y avait pas de circulaire du cordon, mais l'enfant ne put être ranimé.

Quand il y a circulaire serrée du cordon autour du fœtus, le fœtus est par cela même déjà menacé: le fait ne peut être prévu. Il est possible que l'hypophyse, en précipitant l'expulsion, augmente encore le danger, comme en témoignent des observations publiées.

Citons encore des cas de décollement prématuré du placenta survenu du fait de l'hypophyse (Voigt).

Ce n'est pas tout: même si la mère et l'enfant restent indemnes, on pourra voir survenir des accidents ou tout au moins des incidents au moment de la délivrance.

On peut observer quelquefois une contracture du col qui amène une rétention du délivre. On a signalé l'enclavement du placenta dans une grossesse angulaire (Lequeux). Ou bien au contraire le placenta sort en temps et lieu, découronné, avec rétention des membranes.

Pour certains, enfin, l'hypophyse prédispose aux hémorragies de la délivrance (Bagger, Hofbauer, Jaeger, observations de Moriceau, Beauchamp).

Pour d'autres au contraire (Studendy, Voigt), l'hypophyse diminue les risques d'hémorragie de la délivrance. Ces deux opinions contradictoires s'expliquent (Heilbrunn). Donnée au début du travail à une dilatation encore peu avancée, le muscle utérin réagit; mais, après l'expulsion, le muscle fatigué, qui n'avait été stimulé qu'à cause d'éperons, se laisse aller de nouveau à son inertie, l'effet de l'hypophyse étant épuisé, à cause du long temps qui s'est écoulé depuis la piqure. Donnée au contraire tardivement en période d'expulsion, l'effet de l'hypophyse se poursuivra pendant et au delà de la délivrance.

Toutes ces complications résultent certes pour beaucoup d'un mauvais emploi de l'hypophyse lors des premières essais cliniques. Mais, même les conditions étant requises, on pourra s'exposer à avoir de mauvaises surprises de l'emploi de l'hypophyse, si on veut le faire, doit respecter la façon la plus stricte ses contre-indications.

D'abord et avant tout, chercher le rythme du travail, reconnaître si l'arrêt du travail résulte d'une hypertonie ou véritablement de l'inertie. Au cas d'hypertonie, l'usage de l'hypophyse est aller au-devant d'une rupture utérine.

On s'en abstiendra lorsqu'on aura des raisons de suspecter la solidité de la paroi utérine: utérus aminci, grandes multipares, utérus avec cicatrice de césarienne, utérus très anormalement dévié, utérus mal formé, utérus cornu ou en cœur de carte à jouer.

On s'en abstiendra lorsque le col sera œdématisé, mou, qu'il n'aura ni souplesse, sera mal étoffé, et encore plus quand

Tarissent les Expectations, cicatrisent les lésions  
calment la toux  
ARMINGEAT & Co, 43 Rue de Saintonge  
PARIS

# CAPSULES COGNÉ

Eucalyptol absolu  
Iodoforme et créosote de hêtre



il y aura une rigidité cicatricielle, à la suite de cautérisations, interventions ou syphilis.

On s'en abstiendra d'une façon absolue lorsqu'il y aura disproportion entre le fœtus et le bassin, même dans les bassins légèrement viciés, ce qui entraînerait ou des ruptures utérines ou des hémorragies méningées chez le fœtus : d'où mort à l'expulsion ou accidents graves dans les jours qui suivent.

On s'en abstiendra au cas de gros fœtus.

Donc, ne jamais faire d'hypophyse sur une tête incomplètement engagée ou quand il y a le moindre soupçon d'un obstacle osseux.

On s'en abstiendra dans la grossesse gémellaire, dans les cas de monstruosité fœtales, dans les présentations du siège où l'on peut voir le col se resserrer sur la tête dernière, alors qu'au contraire il faut le maximum de souplesse.

Nous connaissons plusieurs accouchements du siège où l'on fit des piqûres d'hypophyse : on eut des difficultés soit pour l'abaissement des bras, soit pour le dégagement de la tête fortement enserrée dans le col. Les enfants vinrent morts et auraient peut-être pu être extraits vivants.

On irait rapidement au-devant d'une rupture au cas de présentation de l'épaule, de présentation du front. Et si l'on voulait en user dans une présentation de la face, il faudrait le faire avec une extrême prudence, à la période d'expulsion, quand le menton est tourné en avant.

Il faut s'en abstenir, même sur une tête engagée à fond, toutes les fois qu'il y a souffrance fœtale. Les pressions répétées pourraient achever de tuer le fœtus, qui serait extrait avec moins de danger avec les tractions modérées à volonté faites au forceps bien appliqué.

Et même sur une présentation du sommet bien engagée, certains, avec Reeb, exigent du médecin qui administre la pituitine d'avoir sous la main du chloroforme ou de l'éther, son forceps et un stéthoscope, pour terminer rapidement au besoin l'accouchement qui peut devenir dangereux pour la mère et l'enfant.

Certains enfin, même dans un sommet engagé, ne l'emploient jamais dans les occipito-postérieures, surtout avec un périnée résistant. On conçoit en effet que la tête puisse tourner malgré soi en arrière au lieu d'être guidée par le forceps vers la bonne position O. P. et que, ou le périnée résistera et c'est le fœtus comprimé qui pourra souffrir, ou le périnée cédera et l'on aura la possibilité d'une déchirure étendue et grave pouvant entamer le rectum.

L'abstention sera de règle enfin lorsqu'il y aura une

lésion valvulaire mal compensée, lorsqu'il y aura de l'hypertension, de l'albuminurie, une néphrite antérieure, et à plus forte raison de l'éclampsie.

Nous voici donc bien loin de l'application *omnibus* de l'hypophyse pour résoudre tous les cas d'arrêt du travail. Et l'on comprend mieux maintenant ce à quoi on s'expose si on ne cherche pas systématiquement s'il n'y a pas *contre-indication* plutôt qu'*indication*. Il faut, en accouchement comme ailleurs, faire de la clinique et se plier à cette grande maîtresse. Il faudra chercher dans un arrêt du travail le pourquoi : déviation d'axe, mauvaise flexion de la tête, ou obstacle quelconque qu'il faudra essayer de tourner plutôt que vaincre par une force aveugle. Et l'on comprend pourquoi certains maîtres se montrent si prudents ou hostiles. Comme l'a montré l'enquête de M. René de Cotteret, les prudents, avec Brindeau, Cyrille Jeannin, Demelin, Maetzer, l'emploient *rarement* et *uniquement* à dilatation complète, en période d'expulsion et à la dose de 1 centimètre cube ; Le Lorier, Voron, Fruhinsholz, M. Rivière, à la dose d'un demi-centimètre cube en période d'expulsion ; les autres, avec Couvelaire, Potoki, Walich, Lévy-Solal, Paucot, Valois, s'abstiennent : « J'ai toujours réprouvé l'emploi de substances faisant contracter l'utérus encore plein », écrit Walich ; « Ce médicament est capable de déterminer une dangereuse perturbation de l'utérus parturient », écrit Couvelaire. Bard ne l'employait qu'à la période d'expulsion et interdisait son emploi dans sa clinique à tout autre que son agrégé.

En résumé, la prudence commande ou l'abstention ou l'emploi très prudent à doses plutôt faibles, pour donner le coup de pouce à une tête bien orientée sur le point d'être expulsée ; et encore faudra-t-il que ce coup de pouce ne soit pas trop violent.

On comprend donc aussi — à cause de son indication restreinte, à cause des contre-indications nombreuses et qu'il faut savoir discerner, des dangers auxquels elle expose à être employée mal à propos — que les sociétés d'obstétrique ont émis le vœu que l'usage de l'hypophyse soit interdit aux sages-femmes et réservé au médecin qui prend ses responsabilités. On n'en continue pas moins à délivrer sans ordonnance des ampoules de pituitine ; on en met même dans les malles d'accouchement, alors que l'on fait des lois interdisant les sucettes autrement plus inoffensives.

En dehors de l'inertie au cours du travail, la pituitine a-t-elle d'autres indications en obstétrique ?

Dans ces conditions, l'hypophyse est beaucoup moins employée et nous serons bref sur ce chapitre.

# OUABAÏNE

CRISTALLISÉE

ÉCHANTILLONS :

SOLUBAÏNE ( Solution au 1/1000 d'Ouabaïne Arnaud )  
COMPRIMÉS à 1/10 de milligramme  
AMPOULES à 1/4 de milligramme par injections intraveineuses  
AMPOULES à 1/2 milligramme par injections intramusculaires

LABORATOIRE NATIVELLE, 49, Boul'd de Port Royal, PARIS.

CARDIOTONIQUE ENERGIQUE  
DIURÉTIQUE PUISSANT

Moins toxique que les Strophantines.

# ARNAUD

L'injection faite pendant la période d'expulsion, environ trois quarts d'heure avant l'accouchement, a plutôt une action favorable ; la délivrance se ferait précocement, complète, et avec un écoulement de sang réduit. Les cas de rétention de l'arrière-faix restent assez rares. Une piqure faite à une période plus éloignée de l'accouchement (une heure et demie, deux heures avant) entraîne plutôt, comme nous l'avons vu, une inertie secondaire avec hémorragie.

Certains (Rubsamen, Vogt) ont fait une piqure après l'accouchement spécialement dans le but de décoller une délivrance qui se faisait tarder et d'éviter les risques d'infection d'une délivrance artificielle. Il faudra s'assurer que le col n'est pas rétracté, sans quoi on aurait de l'incarcération du délivre (Harisson).

Il nous semble beaucoup plus simple et moins aveugle de faire une délivrance artificielle avec l'asepsie requise et la main gantée de gants minces, qui mettront à l'abri de l'infection.

Quant aux hémorragies de la délivrance, l'ergot, cette fois, prend le pas sur la pituitine. Ce que l'on cherche, l'utérus étant vide, maintenant, c'est une contraction de l'utérus permanente et non intermittente. L'hypophyse ne pourrait s'adjoindre à l'ergot que si celui-ci était insuffisant et agirait à la fois sur la contraction et en renforçant le pouvoir de coagulation du sang.

Dans un autre ordre d'idées, certains auraient obtenu de bons résultats de l'emploi de petites doses d'hypophyse dans la rétention d'urine du *post partum* pour éviter les sondages répétés.

On a encore employé l'hypophyse avec succès dans les états de subinvolution utérine suivant les couches ou fausses couches lorsqu'on a la certitude que l'utérus est vide. Le repos associé à de petites doses d'hypophyse a amené l'arrêt des hémorragies et une régression plus rapide de l'utérus.

On a essayé encore l'hypophyse dans l'avortement. Pour provoquer un avortement thérapeutique, les tentatives de Stern, Studendy, Richter, Hell et d'autres encore furent entièrement vaines. On provoque des coliques assez fortes, et malgré des doses répétées (Schaeffer), le col ne se dilata point et on dut recourir à des moyens mécaniques pour provoquer l'avortement.

Une fois la fausse couche faite, l'hypophyse a été le plus souvent inopérante au cas de rétention du délivre et reste un procédé aveugle qui ne peut remplacer le curetage.

Vers la fin de la grossesse, Le Lorier et beaucoup d'autres l'ont essayée sans succès pour provoquer le travail au cas de rupture prématurée des membranes. Paucot, hostile à l'hypophyse pendant l'accouchement, l'emploie volontiers à faible dose pour provoquer un accouchement prématuré quand une sonde de Krause ne déclanche pas promptement et efficacement le travail. On peut employer cette méthode par exemple quand il y a mort du fœtus avec poche des eaux rompue et qu'il y a par suite urgence à une évacuation assez rapide.

Quelques auteurs ont essayé chez une femme près du terme de déclancher le travail. Stern aurait réussi à déclancher le travail dans 60 à 70 % des cas. Il injecte des

doses très petites (2 à 3 gouttes), en injection intra-musculaire, trois fois par jour avec un intervalle d'une heure. Il recommence le même procédé s'il y a échec un deuxième et même un troisième jour. Les doses plus fortes créent un antagonisme entre le corps et le col, et toute progression est empêchée. Peut-être les petites doses suffisent-elles à impressionner le corps utérin et laissent le col beaucoup moins musclé, indifférent, et dans ces conditions le col peut jouer son rôle passif.

Mais la plupart des auteurs qui ont essayé n'ont obtenu que des échecs, sauf M. de Forest, professeur du Post Graduate Medical School de New-York, qui décrit sa technique dans une lettre publiée dans l'enquête de René du Cotteret :

« Pendant les cinq dernières années, j'ai employé systématiquement la pituitine dans tous les cas d'accouchement que j'ai eu à faire. J'ai graduellement développé une technique, qui m'est absolument personnelle, dans le but de provoquer l'accouchement à telle heure que je choisis, afin de m'éviter l'ennui et la fatigue d'un appel pressant, par exemple à 3 heures du matin. Les résultats de ma pratique ont été très satisfaisants.

« Voici ma manière de procéder. Je cherche avec soin la date probable du terme de la grossesse, par le calendrier, l'apparition des mouvements actifs du fœtus, la hauteur du fond de l'utérus. Quand le fond de l'utérus commence à s'abaisser, je choisis le samedi le plus près du terme pour faire les préparatifs de l'accouchement. L'envoie le samedi ma garde-malade chez ma patiente qu'elle prépare. Le dimanche matin à 6 heures, la garde-malade lui administre un cocktail de mon invention. Dans un gobelet à préparer le cocktail, la garde verse deux cuillerées à table d'huile de ricin, une cuillerée à table de glycérine, un verre de limonade bien sucrée et beaucoup de glace ; elle agite très fortement et en fait une émulsion qui a l'apparence du lait clair, et nullement le goût de l'huile de ricin. A 8 heures, si cette émulsion purgative n'a pas produit l'effet désiré, on en administre une autre dose moitié moindre. Ordinairement à 9 heures les évacuations alvines sont abondantes. Quand l'intestin a fonctionné, je commence l'injection hypodermique de pituitine, à la dose d'une goutte que je répète toutes les heures jusqu'à ce que les contractions utérines apparaissent. Il faut en général trois ou quatre doses de pituitine pour arriver au résultat désiré. A 1 heure de l'après-midi, d'ordinaire, le travail débute et les contractions deviennent régulières. J'introduis dans le col le plus petit ballon de Woorhees ; une heure après, on peut introduire le plus grand ballon. Ordinairement vers le milieu de l'après-midi, le travail est à la période d'expulsion et, avant l'heure du dîner, l'enfant est né. Il y a sans doute des exceptions à cette marche, mais cette pratique routinière a eu tant de résultats heureux que j'ai fini par en faire mon procédé standard. L'injection de pituitine à dose d'une goutte est continuée régulièrement pendant le travail jusqu'à ce que les contractions soient suffisamment énergiques et que les intervalles qui les séparent soient assez courts pour indiquer que l'utérus n'a plus besoin d'être stimulé. »

Nous laissons à M. de Forest la responsabilité de son cu-



# PYRÉTHANE

*Antinévralgique Puissant*

## GOUTTES

150 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  
artérielle chez les sujets soumis à l'action  
silicite de soude.

Professeur GOUGET

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

Professeur SARTORY.

CHIFFLER-PÉLISSIER, C.R. Acad. Scien., 1920, août.

*Médication*

*de BASE et de RÉGIME*

*des États Artérioscléreux*

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

rieux procédé, qu'il semble avoir été seul à employer jusqu'ici. Et nous nous demandons ce qui peut agir, ou les minimes doses d'hypophyse qui bien sûr sont inoffensives, ou les ballons, manœuvre inutile quand il n'y a pas obligation et qui peut exposer à l'infection. Un peu de suggestion pour cette mise en scène joue peut-être aussi un petit rôle dans le déclenchement du travail. Et je crains fort que l'heure bénie où les accoucheurs pourront à volonté déclancher le travail ne soit pas encore sonnée.

Voilà donc les moyens d'utiliser l'hypophyse en obstétrique, avec ses réserves, avec ses dangers. Il est peut-être excessif de la condamner comme le professeur Collin Fonkrod : « La pituitine aura la même vie et suivra le

même sort que l'ergot. » J.-B. de Lee semble être plus dans le vrai qui écrit : « La pituitine restera avec des indications ou des limites très bien fixées. » « Elle peut rendre des services entre des mains compétentes », dit Commandant. Elle doit être employée avec des indications restreintes et très limitées, alors qu'on s'est entouré de toutes les garanties requises. Il faut être d'une grande prudence dans son emploi et méditer cette opinion de Demelin : « Je crois que comme l'ergot, la pituitine est un produit dangereux, que comme l'ergot elle accélère parfois la marche de l'accouchement sans amener d'accidents, mais que, de temps en temps, et plus souvent qu'on ne le dit, il y a des complications qui lui sont nettement imputables. »

## La Non-Incurabilité de la Laryngite tuberculeuse

Par le Docteur LEGOURD (de Lamotte-Beuvron).

Cette locution doublement négative est d'allure peu académique. Elle a le mérite de rendre exactement notre pensée sur une vieille question et nous voudrions essayer de la justifier.

Quand un diagnostic de lésions tuberculeuses du larynx est posé, il reste à augurer de l'avenir de cette lésion, en particulier de sa marche, de sa durée, de sa terminaison, c'est-à-dire à fixer un pronostic général de l'affection.

Parmi les éléments d'appréciation de ce pronostic, entrent en ligne de compte les divers états concomitants (l'âge, la localisation des lésions, leur volume, les associations morbides, etc.), mais surtout et avant tout la notion générale de curabilité ou d'incurabilité de la localisation. Or, à l'heure actuelle, il est manifeste que, sur ces importantes notions, l'accord n'est pas fait. Trop d'opinions erronées ou hâtivement admises se sont implantées dans l'esprit médical.

Certains paraissent optimistes ou du moins se conduisent comme tels. Ce sont ceux qui négligent l'examen systématique du larynx des tuberculeux pulmonaires et ne le provoquent qu'à l'apparition gênante des troubles fonctionnels. Ils oublient le désaccord qu'il peut y avoir dans certains cas entre les troubles vocaux et les altérations de la muqueuse. Il n'est pas rare cependant de voir des tuberculeux avancés comme lésions laryngées (forme ulcéro-œdémateuse du vestibule) qui ont la voix intacte. Il est courant aussi de constater que les ulcérations de l'intérieur du larynx sont à peu près indolores jusqu'à la fin, alors qu'au contraire la dysphagie est d'autant plus prononcée que les ulcérations sont situées plus en dehors du larynx, c'est-à-dire sur les bords de l'épiglotte ou sur la région aryénoïdienne.

Certains, et ils sont les plus nombreux, sont pessimistes et la tuberculose du larynx pour eux, médecins, laryngologues ou phthisiologues, est inguérissable, soit qu'ils le montrent ou le disent, soit que cette idée reste chez eux « ensevelie dans le domaine de l'inconscient ». C'est ainsi

qu'un laryngologiste éminent, cité par Collet, refusait l'entrée de son service d'hôpital aux tuberculeux laryngés à cause de l'action démoralisante que leur contact quotidien et leur aggravation exercent sur leurs voisins de salle. Deux phthisiologues éminents cités par de Reynier disaient au V<sup>e</sup> congrès national de la tuberculose à Strasbourg, en parlant de certains signes et symptômes, qu'ils ne pouvaient certainement pas être rapportés à une laryngite tuberculeuse puisqu'ils avaient guéri. En général, la plupart des auteurs classiques représentent encore le pronostic de la localisation comme fatal en peu de mois.

L'opinion intermédiaire que nous avançons est que l'on peut souvent espérer la guérison d'une tuberculose laryngée, mais pas toujours. Nous étayons notre affirmation « souvent » sur des preuves anatomiques et cliniques de guérison, sur des cas de guérison spontanée et sur l'efficacité de l'action médicale. Nous étayons notre affirmation « pas toujours » sur la constatation de certaines formes incurables d'emblée et essentiellement.

Des preuves histologiques de guérison ont été rapportées par Heryng en 1886 et par Seifert en 1887. Ils ont vu la guérison s'opérer par le même processus curateur qui préside à la cure de la tuberculose pulmonaire, c'est-à-dire la transformation fibreuse du néoplasme selon des tendances toutes « naturelles », comme disait Grancher.

Les preuves cliniques de guérison, c'est-à-dire d'amélioration passagère, durable et définitive du processus tuberculeux dans le larynx, abondent dans la littérature. Elles sont fréquentes dans nos propres observations, en particulier dans les lésions isolées et à évolution lente. chez des malades chroniques n'ayant pas de ces poussées inflammatoires qui désorganisent en quelques jours la muqueuse vocale comme le parenchyme pulmonaire.

Deux arguments théoriques sont en faveur encore de ces guérisons cliniques. Nous sommes tous d'accord sur la curabilité des lésions pulmonaires, pourquoi en serait-il autrement des lésions laryngées ? De plus, les cas où



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'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-Ollabaine

**DIGIBAÏNE**  
 NOM DÉPOSÉ



remplace  
 avantageusement  
 digitale  
 et digitaline

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

action  
 diurétique  
 intense

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

SUC D'ORANGE MANNITE — 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 l'ode et l'odures 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.

## EAUX -les- BAINS

(CREUSE)

Sources hyperthermales - Radioactives

### MALADIES DES FEMMES

Aménorrhées - Dysménorrhées

Névralgies pelviennes - Métrites

## NEURO-ARTHRITIQUES

douloureux.

## RHUMATISMES

subaigus et

chroniques.

## GOUTTE

torpide.

Sciatiques, Myalgies, Névralgies.

SAISON du 1<sup>er</sup> Juin au 1<sup>er</sup> Octobre

Etablissement dans le Grand Hôtel

Ascenseur, Tables de Régime

### 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**

**GRANDE SOURCE**

Action élective sur le **FOIE**

**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.

### ANTISEPSIE

# MYCIDOL

Forme EXTERNE : ANTISEPTIQUE GÉNÉRAL.

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

Echantillon franco sur demande aux Laboratoires BADEL, à VALENCE-SUR-RHÔNE

Aux mêmes Laboratoires :

**JUGLANREGINE ANDRÉ**  
Elixir iodo-tannique à base de Noyer

R. C. Romans 3.915.



une laryngite s'améliore alors que le poumon s'aggrave et le fait qu'on ne voit jamais une laryngite s'aggraver alors que le poumon s'améliore, ces cas et ce fait ne prouvent pas, comme l'indiquait de Reynier, que la tuberculose du larynx a une tendance à la guérison plus notable et plus prononcée que la tuberculose du poumon ?

Des guérisons spontanées peuvent même s'observer. Collet fait remarquer combien il est fréquent de voir des lésions du larynx se guérir en un point en même temps qu'elles s'étendent dans d'autres. Ce serait là déjà, théoriquement, un commencement de preuve de curabilité, s'il n'en existait, en pratique, de plus convaincantes. Nemaï, Léonard et Eisenbart en ont publié des cas. De Reynier écrit en 1923 : « Les observations journalières nous ont démontré que la guérison spontanée n'était pas l'exception, mais la règle. » C'est une opinion que nous nous contentons de signaler.

Quoi qu'il en soit de ce genre de réparations naturelles, elles sont plus rares que celles que nous obtenons par les efforts de notre médication. Cette spontanéité n'est pas susceptible de diminuer l'utilité de notre intervention. Sans cela, elle mettrait vite en valeur le mot de Magendie, qui, après avoir interrogé ses élèves sur les indications du traitement dans un cas donné, concluait en ces termes : « Vous n'avez donc jamais essayé de ne rien faire ? » Laissez à eux-mêmes, les tuberculeux laryngés s'aggravaient le plus souvent et, par une thérapeutique méthodique, ils obtiennent les meilleurs résultats curatifs. Inversement, un traitement intempestif serait susceptible d'enrayer les heureuses tendances à la guérison, que ces traitements soient médicaux ou chirurgicaux. Voici en quoi consiste pour nous la meilleure méthode.

D'abord, un traitement général, d'importance capitale, amène le terrain par les moyens ordinaires hygiénodietétiques et améliore une nutrition déficiente par la cure solaire générale, au besoin par une cure d'altitude. Puis un traitement local, à qui nous ne donnons qu'un rôle de comparse, consiste à mettre le larynx à l'abri de toute cause d'irritation. C'est d'abord l'amélioration de la respiration nasale si elle est insuffisante. C'est, encore, faire que dans un sanatorium. C'est enfin et surtout, dans les laryngites secondaires, pratiquer le pneumo-thorax artificiel s'il est indiqué, méthode qui nous a donné jusqu'à ce jour le meilleur succès (voir notre article du *Journal des Praticiens*, n° 43, 1921). En plus de l'hygiène locale, ce traitement consiste encore en application de topiques éthersolaires ou ultra-violettes, selon notre méthode personnelle.

Telles sont les meilleures chances d'obtenir la curabilité maximale.

Mais, ceci dit, changeons de camp et, à côté des issues heureuses, les plus nombreuses certes, ne négligeons pas les faits assez rares, mais cependant notoires, d'incurabilité spontanée. Il convient d'abord, à ce sujet, de discerner

exactement l'incurabilité de fond. Il ne faut pas confondre le mal irrémédiable de par sa nature et le mal évoluant au milieu de circonstances aggravantes et dans un mauvais cas d'espèce. Par exemple, la laryngite, maladie curable, ne guérit pas chez un enfant de moins de 13 ans et tue ordinairement après un accouchement. De même, malgré les exemples de curabilité de la phtisie vocale, on ne voit jamais guérir une laryngite survenant à la période terminale des phtisies cachectisantes. Ceci étant entendu, nous avons tous connu ou vu de ces laryngites tuberculeuses décevantes et décourageantes qui, même diagnostiquées dès leur début, même traitées très judicieusement et selon tous les rites de la cure, même soignées dès le début amènent une mort inévitable de leur propre fait, sans que personne ou rien d'autre ne soit responsable de cette évolution. Citons par exemple deux cas de laryngite primitive suivis d'autopsie (observation de Frankel, 1886 : homme de 31 ans mort en six mois d'une tuberculose du larynx ayant abouti à des lésions destructives, alors qu'il n'y avait dans le poumon que des lésions discrètes et récentes ; observation de Manasse, 1907 : femme de 55 ans, tuberculose circonscrite d'une corde et périchondrite du cartilage thyroïde avec caséification, mort en cinq semaines par obstruction progressive de la région sous-glottique, rien de tuberculeux dans les autres organes). Citons maintenant deux cas identiques et personnels de laryngite avec localisation seconde au poumon (cas de M<sup>me</sup> S. M., 24 ans, et M. Ch., 22 ans, tous deux atteints d'une laryngite bacillaire, suivant malgré tout une évolution fatale, alors que le poumon ne s'est pas aggravé cliniquement). Ces deux faits contredisent la loi qui voudrait que la localisation seconde ait une influence curatrice sur la localisation primitive dans les tuberculoses associées.

Toutes ces morts ne sont explicables que par la nature maligne de la localisation. Elles nous montrent l'étendue du progrès que notre science aurait encore à faire pour enrayer cette certaine tendance maligne. En pratique, pourrait-on, au moins, discerner ces cas d'incurabilité de fond ? Nous n'avons à ce sujet qu'une indication utile, c'est de tenir compte d'une défaillance de la résistance à l'infection générale, souvent provoquée par une virulence exceptionnelle du microbe et caractérisée par des localisations tuberculeuses multiples et envahissantes ou par un état général s'aggravant progressivement.

CONCLUSION. — A la notion de curabilité sur laquelle on finit toujours par se mettre d'accord dans les discussions de sociétés savantes et à la notion d'incurabilité qui subsiste au fond de la pensée des praticiens, je veux opposer la notion de « non-incurabilité ». Ce néologisme dissonant, excusé par le *nec non* latin, précise les acquisitions de notre expérience.

Lecteurs et abonnés du Journal, n'oubliez pas de joindre à vos lettres de demande un timbre de 0,40 pour être certains d'avoir une réponse.

# Pression artérielle dans ses rapports avec la teneur du sang en cholestérine

Par le Docteur JEAN HEITZ (de Royat),

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris.

Il n'est pas rare de rencontrer chez les brightiques une teneur du sang en cholestérine au-dessus de la normale, parfois même fortement supérieure à cette normale. Le fait, signalé par Chauffard, Grigaut et Guy-Laroche, a été confirmé par plusieurs auteurs français (tels que Widal, Weil et Laudat) ou étrangers. Guy-Laroche est revenu sur la question dans un article récent (1) où il rappelle que les capsules surrénales de ces malades renferment toujours à l'autopsie une proportion élevée de cholestérine (60 à 80 milligrammes par gramme, au lieu de 50 à 55 chez les sujets normaux).

Un grand nombre de brightiques sont ou ont été hypertendus : on pouvait donc se demander si, entre l'hypercholestérinémie et l'élévation de la pression artérielle, l'examen de malades en série montrerait un lien régulier.

Westphal (de Francfort) admet que 90 % des hypertendus sont hypercholestérinémiques (2). Par contre, Strauss et Schubardt, Orlowski ont rapporté des faits qui ne paraissent pas favorables à cette manière de voir. Collatino Cantieri a conclu également de ses dosages que la teneur du sang en cholestérine varie beaucoup d'un cas à un autre chez les hypertendus.

Guy-Laroche, dans l'article que nous venons de citer, estime également que si l'hypercholestérinémie s'observe chez un certain nombre d'hypertendus à lésions rénales accentuées, il n'y a aucune proportionnalité entre le degré d'hypertension et le taux de la cholestérine.

G. Richard et Roesch (3), d'après 80 dosages chez des hypertendus, admettent que la tension et la cholestérinémie s'élèvent dans le même sens, mais sans proportionnalité, et cela qu'on considère la tension maxima ou la minima.

Les études que, depuis plusieurs années, nous poursuivons avec le professeur Marcel Labbé sur la cholestérinémie dans toute une série d'affections chroniques, nous ont fourni, pour l'étude de cette question, un matériel important. Après avoir constaté que beaucoup d'hypertendus et surtout d'athéromateux étaient hypercholestérinémiques, nous n'avons pas tardé à rencontrer des faits contradictoires. C'est ainsi que certains hypertendus avaient

une teneur du sang en cholestérine normale ; et nous trouvions par contre des cholestérinémies élevées chez des sujets à pression normale ou même faible.

Pour établir les relations exactes existant entre les deux ordres de faits, il fallait collecter un nombre suffisant de cas cliniques étudiés à ce point de vue. Nous disposons actuellement de 152 observations, dont plusieurs comportent jusqu'à deux ou trois dosages de cholestérine dans le sang, et où les mensurations de pression ont été répétées souvent un grand nombre de fois (1).

Ces observations se décomposent de la manière suivante :

a) 50 malades étaient porteurs de lésions aortiques, qui compliquaient, dans 20 de ces cas, d'insuffisance des valvules sigmoïdes. Ajoutons que des signes d'insuffisance cardiaque plus ou moins prononcée existaient chez 21 aortiques. De ces 50 malades :

2 présentaient une tension faible ;

9 avaient une tension normale ;

16 une tension modérément supérieure à la normale (maxima comprise entre 15 et 20) ;

23 présentaient enfin une maxima supérieure à 20.

b) 45 autres malades étaient diabétiques : 21 d'entre eux présentaient aux membres inférieurs des lésions artérielles plus ou moins prononcées pouvant aller parfois jusqu'à la gangrène, et plusieurs portaient simultanément des lésions artérielles. Quant aux 22 autres diabétiques, ils étaient indemnes de toute lésion du système artériel. Sur ce nombre :

5 malades présentaient une tension faible ;

18 avaient une tension normale ;

17 une maxima comprise entre 15 et 20 ;

5 une maxima supérieure à 20.

c) 46 sujets athéromateux, non glycosuriques, présentant des artérites des membres inférieurs à tendance sténosante ou même oblitérante. Sur ce nombre :

4 avaient une tension faible ;

11 une tension normale ;

18 une maxima comprise entre 15 et 20 ;

13 une tension supérieure à 20.

d) 2 sujets présentaient des lésions des artérioles des extrémités, les gros troncs restant indemnes ; ils n'étaient pas diabétiques ; l'un présentait une tension normale, l'autre était modérément hypertendu.

(1) GUY-LAROCHE, *L'Hypercholestérinémie chez les brightiques* (la Médecine, fév. 1925).

(2) WESTPHAL, *Cholestérine et Hypertension artérielle* (36<sup>e</sup> congrès de la Soc. allem. de Médec. interne, avril 1924).

(3) G. RICHARD et ROESCH, *la Cholestérinémie chez les hypertendus* Acad. de Médecine, 130 mars 1926).

(1) Les dosages de cholestérine ont été pratiqués au laboratoire du professeur Marcel Labbé par la méthode de Grigaut, rendue plus précise par l'emploi du colorimètre de Dubosq. Quant à la pression artérielle, elle a été mesurée dans tous les cas avec l'appareil de Vaquéz par la méthode auscultatoire combinée à la méthode palpa-



*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 Surénale)

2 à 6 COMPRIMÉS  
PAR JOUR

Médication  
interne  
des  
Hémorroïdes

**POMMADE MIDY**  
adréno-styptique

MÉDICATION LOCALE  
des HÉMMORROÏDES

LABORATOIRES MIDY  
4 rue du Colonel Moll  
PARIS

**SUPPOSITOIRES MIDY**  
adréno-styptiques

Gal.

**MANUFACTURE FRANÇAISE DE CAOUTCHOUC**

R. C. Gusset 1.837

**P. OYHÉNART**

Téléphone : 2252

Usine à **GUSSET** -:- 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**

**ARTERION VINCARDI**

Artério-sclérose - Hypertension - Scléronéphrose

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

Laboratoire **VINCARDI**, 42, av. Borriglione - **NICE**

**SEPTICEMINE**  
**CORTIAL**

**IODASEPTINE**  
**CORTIAL**

## SANATORIUM DE LA GARENNE

Médecin-Directeur  
**Dr A.-J. CLASSE**

# LE HUELGOAT

(Finistère)

**OUVERT TOUTE L'ANNEE**

Téléphone 10

*Etablissement entièrement neuf, dernier confort moderne, situé dans un parc de 4 hectares avec une magnifique vue sur les bois d'Huelgoat (600 hectares appartenant à l'Etat).*

### TRAITEMENT DES MALADIES DES VOIES RESPIRATOIRES

25 chambres. Toutes les chambres de malades ont une galerie de cure particulière donnant au midi.

Eau courante chaude et froide dans chaque chambre.

Parquet linoléum dans tout l'Etablissement. Eclairage électrique. Chauffage central. Salles de bains. Salle à manger par petites tables. Salon-hall.

### LABORATOIRE DE BACTÉRIOLOGIE ET DE RADIOLOGIE

Traitement par le pneumothorax artificiel quand il est jugé utile.



Rhumatismes

Sciatiques

# CHAUDESAIGUES

(Cantal)

Les eaux les plus chaudes d'Europe, 82°

Névralgies

Blessures de guerre

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

54, Faubourg Saint-Honoré, PARIS (8°)

Adr. tél. Rioncar-Paris  
Tél. Élysees 36-64, 36-45

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

## PRODUITS BIOLOGIQUES CARRION

**OPOTHÉRAPIE - AMPOULES - CACHETS - COMPRIMÉS**

**DRAGÉES PLURIGLANDULAIRES : T.A.S.H. - T.O.S.H. - O.S.H. - T.S.H. - S.H. - T.A. - T.O. - O.M.**

— ÉVATMINÉ — ENTÉROCOCCÈNE —  
PHLÉBOSINE (M) Hommes; (F) Femmes

— HÉMATOÉTHYROIDINE —  
RÉTROPITUINE — LACTOPROTÉIDE

**Analyses Médicales - Vaccins - Auto-Vaccins**



e) 2 malades étaient atteints de *néphrite* avec albuminurie abondante, mais sans hypertension ;  
 f) 3 *hypertendus essentiels*, ou avec un minimum d'altérations rénales :  
 1 avait une maxima à 19 ;  
 2 une maxima supérieure à 20.  
 g) Dans un dernier groupe figurent enfin 3 sujets examinés pour des raisons diverses, ayant une pression normale, et indemnes de toute lésion cardiaque ou vasculaire.

Le tableau ci-dessous montre ces malades groupés en quatre catégories, d'après le chiffre de leur pression maxima, et il donne, pour chacun de ces groupes, la CHOLESTÉRINÉMIE MOYENNE.

### CHOLESTÉRINÉMIE MOYENNE

(en grammes par litre de sang)

DIAGNOSTIC	PRESSION FAIBLE	PRESSION NORMALE	MAXIMA 15 à 20	MAXIMA SUPÉRIEURE à 20
Aortiques avec insuffisance sigmoïdienne.....	1,40 (2 cas)	1,59 (3 cas)	1,87 (11 cas)	1,96 (4 cas)
Aortiques sans lésion valvulaire ..	»	2,10 (7 cas)	1,87 (5 cas)	2,16 (19 cas)
Diabétiques avec lésions vasculaires	4 (2 cas)	2,24 (6 cas)	2,60 (9 cas)	2,44 (4 cas)
Diabétiques sans lésions vasculaires	2,11 (3 cas)	3,24 (12 cas)	2,66 (8 cas)	1,90 (1 cas)
Artérites oblitérantes, sans glycosurie.....	2,86 (4 cas)	2,64 (11 cas)	2,59 (18 cas)	2,86 (13 cas)
Lésions artériolaires des extrémités...	»	2,80 (1 cas)	1,98 (1 cas)	»
Néphrites sans hypertension .....	4,15 (2 cas)	»	»	»
Hypertensions essentielles.....	»	»	1,98 (1 cas)	4,42 (2 cas)
Pression normale, sans lésions cardio-vasculaires ..	»	1,67 (3 cas)	»	»

Chez les malades *aortiques* porteurs d'insuffisance sigmoïdienne, on voit d'emblée sur ce tableau que la teneur du sang en cholestérine progresse parallèlement aux chiffres de tension (sans que la cholestérinémie atteigne d'ailleurs un taux très élevé). Mais ce parallélisme ne se rencontre plus chez les aortiques à sigmoïdes intactes : la cholestérinémie y est à peu près aussi élevée, avec une pression normale, que chez les grands hypertendus.

Nous avons dit que 21 de nos aortiques présentaient des signes d'insuffisance cardiaque assez prononcée. Dans une communication précédente (1), nous avons montré que, lorsque l'insuffisance cardiaque vient à compliquer une

lésion aortique, on ne rencontre qu'une cholestérinémie inférieure à celle présentée par les aortiques à myocarde suffisant : c'est ainsi que nous avons dosé une moyenne de 1<sup>er</sup>,75 seulement pour les premiers malades, contre 2<sup>es</sup>,11 chez les seconds (la cause nous a paru être la dilution de sérum par l'eau retenue en excès dans l'organisme, du fait de la faiblesse cardiaque). Or chez aucun de nos aortiques avec insuffisance cardiaque, la cholestérinémie ne dépassait 2 grammes, même dans les cas où la maxima atteignait 22 ou 24 centimètres de Hg.

Chez les *diabétiques* non plus, comme nous l'avons montré avec le professeur Marcel Labbé, l'hypertension ne s'accompagne pas d'une plus forte cholestérinémie que l'hypotension, et cela aussi bien chez les diabétiques porteurs de lésions artérielles que chez ceux qui en étaient indemnes (1). Il apparaît même à la lecture du tableau précédent que les plus fortes cholestérinémies se sont rencontrées chez des diabétiques à tension normale ou même basse : elles coïncident alors avec une tendance grave à la dénutrition, et traduisent un trouble profond du métabolisme des graisses.

Chez les *athéromateux non glycosuriques*, atteints d'oblitérations artérielles (claudication intermittente, début de sphacèle des extrémités inférieures), le taux moyen de la cholestérine du sang reste le même, que la tension artérielle soit faible, qu'elle soit moyenne ou forte. La cholestérinémie est surtout proportionnelle, chez ces malades, à l'étendue et à la profondeur des lésions artérielles, sans que le niveau de la pression sanguine paraisse intervenir d'aucune manière (2).

Deux malades atteints de *lésions des artéριοles des extrémités* ont été examinés : or la cholestérinémie était plus forte dans le cas à pression normale que dans celui où cette pression était quelque peu élevée.

C'est chez les deux *néphritiques sans hypertension* (il serait même plus exact de dire avec pression faible, car

(1) Marcel LABBÉ et J. HEITZ, la Cholestérinémie des diabétiques (Soc. méd. Hôp. Paris, 14 novembre 1924) ; Marcel LABBÉ et J. HEITZ, la Cholestérinémie chez les sujets affectés d'artérites oblitérantes : II. Sujets diabétiques (Annales de Médecine, août 1925).

(2) J. HEITZ, la Cholestérinémie chez les sujets affectés d'artérites oblitérantes : I. Sujets non diabétiques (Annales de Médecine, novembre 1923).

## LA GRANDE MARQUE des Antiseptiques urinaires

19, Avenue de Villiers  
PARIS

# URASEPTINE ROGIER

dissout et chasse l'acide urique

R. C. Seine N° 131.168.

(1) J. HEITZ, De la Cholestérinémie chez les porteurs de lésions aortiques (Soc. de Biologie, 12 mai 1923).

leur maxima était inférieure à 11) que j'ai trouvé les plus fortes cholestérinémies : soit 5 grammes (et quelques jours plus tard 4,60) dans un cas de néphrite syphilitique, 3,30 dans un cas de néphrite post-gravidique.

Fortes cholestérinémies également, d'ailleurs, dans 3 cas d'hypertension primitive sans lésions rénales apparentes : Un d'entre eux n'avait qu'une hypertension modérée (20-10), avec une cholestérinémie à 1,98. Un second présentait une pression variable, mais qui s'élevait fréquemment à 20 et même 24 : son sérum contenait 6<sup>e</sup>,70 de cholestérine. Chez une dernière malade (de 35 ans) dont la tension oscillait de 21 à 24, la cholestérine fut dosée à 3 grammes et 2<sup>e</sup>,14.

Chez les 34 sujets enfin pouvant être considérés comme sains au point de vue vasculaire, avec pression toujours normale, la cholestérinémie ne s'écartait pas du chiffre que l'on s'accorde à considérer comme physiologique (1,50 à 1,80).

..

Étant donné l'importance que l'on accorde de plus en plus à la pression minima, particulièrement au point de vue pronostique, il était intéressant de reprendre pour les chiffres de cette minima la même série de rapprochements avec la teneur du sang en cholestérine, que nous venons de faire pour la maxima.

Chez les aortiques porteurs d'insuffisance sigmoïdienne, le niveau de la minima est naturellement toujours bas. Dans un cas d'aortite syphilitique avec minima spécialement élevée : 15 (pour une maxima de 27), la cholestérinémie était de 2,14, soit la moyenne des autres cas d'insuffisance aortique avec minima au contraire très basse.

Chez nos aortiques sans insuffisance valvulaire, des minima de 12, 13 et même 13 1/2 n'étaient pas rares : or elles correspondaient à une cholestérinémie oscillant autour de 2,24. Et dans les cas avec hydrémie, les mêmes minima ne coïncidaient plus qu'avec une cholestérinémie moyenne de 1,68.

Parmi nos diabétiques, 4 seulement présentaient une minima supérieure à 11 (il s'agissait de cas compliqués de lésions athéromateuses) : or leur cholestérinémie moyenne ne dépassait pas 2,44, soit un chiffre inférieur à la moyenne des autres diabétiques.

Chez les porteurs d'artérites oblitérantes non glycosuriques, la minima ne dépassait 10 que dans 6 cas seulement : la cholestérinémie de ces six cas était, en moyenne 2,81, soit à peu près la même que dans les autres cas de cet ordre.

Il est important de noter, par contre, que chez 2 hypertendus essentiels à forte cholestérinémie (6 grammes et 3 grammes), la tension minima était particulièrement élevée : à 13 dans un cas, à 14 dans l'autre.

..

L'analyse de nos 152 observations donne assez souvent l'impression que c'est chez les grands hypertendus, surtout lorsque la minima y est très élevée, que l'on a des chances de rencontrer des cholestérinémies élevées. Toutefois des chiffres très au-dessus de la normale ont été obtenus également dans des cas de néphrite grave avec hypotension.

Il est évident que toute une série de causes autres que le niveau de la pression artérielle peuvent influencer nota-

blement la cholestérinémie : ainsi en est-il, chez les diabétiques, du trouble apporté au métabolisme des graisses. Chez les athéromateux, l'hypercholestérinémie apparaît en rapport assez direct avec l'étendue et la profondeur des lésions vasculaires (sans qu'on puisse dire d'ailleurs s'il s'agit là d'un effet ou d'une cause). Il faut faire aussi une part importante aux déviations fonctionnelles de la cellule hépatique ; certains chiffres de cholestérinémie particulièrement élevés semblent chez nos malades liés à la coexistence d'une lithiase biliaire.

Par contre, la dilution sanguine due au fléchissement du myocarde abaisserait la cholestérinémie sans altérer toujours au même degré la pression sanguine. Les ténacités cachectisantes, l'approche de l'agonie, s'accompagnent à peu près régulièrement d'une baisse notable de la cholestérine du sang, comme nous l'avons observé maintes reprises avec Marcel Labbé.

Certaines constatations sont d'explication plus difficile : Marcel Labbé (1) a observé récemment dans son service une femme de 50 ans atteinte de maladie d'Addison avec tension extrêmement basse (7 Mx-4 Mn à l'appareil de Vaquez). Or sa cholestérinémie atteignait 2,30.

Cette dernière observation vient encore une fois confirmer les conclusions qui découlent de la série des faits exposés au cours des pages précédentes, à savoir qu'il n'existe aucune relation constante entre le niveau de la pression artérielle et la teneur du sang en cholestérine, et que l'une n'est pas fonction de l'autre.

(1) Marcel LABBÉ (Acad. médecine, 30 mars 1926).

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

RELATIONS DIRECTES ET RAPIDES ENTRE PARIS-QUAI D'ORSAY  
ET LES STATIONS THERMALES ET CLIMATIQUES DE LUCHON  
(SUPERBAGNÈRES), VERNET-LES-BAINS ET FONT-ROMEU A PARTIR  
TIR DU 5 JUIN 1926.

Pendant la saison d'été 1926, des relations directes et rapides entre Paris-Quai d'Orsay et les stations thermales de Luchon (Superbagnères), Vernet-les-Bains et Font-Romeu, via Montauban-Toulouse, sont établies jusqu'au 3 octobre à l'aller et jusqu'au 4 octobre au retour par voitures directes de 1<sup>re</sup> et 2<sup>e</sup> classes.

Wagon-lits de Paris à Toulouse et vice versa.

Wagon à lits-toilette et compartiments à couchettes entre Paris et Luchon (Superbagnères) et vice versa (du 5 au 25 juin au départ de Paris et du 6 au 26 juin au départ de Luchon).

Wagon-lits entre Paris et Luchon (Superbagnères) et vice versa à partir du 26 juin au départ de Paris et du 27 juin au départ de Luchon).

Wagon-lits et voiture mixte avec lits-toilette et couchettes en 1<sup>re</sup> classe entre Paris et Villefranche-Vernet-les-Bains (Font-Romeu) et vice versa.

Aller : départ de Paris-Quai d'Orsay à 17 heures, arrivée à Luchon (Superbagnères) à 7 h. 38, à Villefranche-Vernet-les-Bains à 9 h. 15 et à Font-Romeu à 10 h. 35.

Retour : départ de Font-Romeu à 17 h. 18, de Villefranche-Vernet-les-Bains à 18 h. 48 et de Luchon (Superbagnères) à 20 h. 30, arrivée à Paris-Quai d'Orsay à 10 h. 55.

Wagon-restaurant de Paris à Châteauroux et vice versa et de Paris à Toulouse.



# PRÉCHACQ-LES-BAINS (Landes)

## Station des Rhumatisants

Par le Docteur DEGOS.

Voici venir les vacances ! espoirs magiques qui depuis notre enfance sont une fois l'an, dans notre pauvre existence moderne si tourmentée, comme le mirage réconfortant de l'oasis prochaine. Et chacun de faire des projets ! Les uns iront vers les plages ensoleillées, les autres vers la montagne devenue hospitalière ou vers les campagnes fleuries. Mais il en est certains à qui l'approche des vacances apporte un souci nouveau, ce sont tous ceux — et ils sont nombreux — qui vont demander à leur médecin quels sont les remèdes providentiels que la nature dispense aux foies insuffisants, aux reins néphritiques ou aux articulations rhumatisantes.

Pour beaucoup, l'hiver a été rude ; les obligations mondaines, le travail nécessaire, le froid et l'humidité inévitables ont cruellement éprouvé ces déshérités de la santé. Aux premiers beaux jours, ils vont aller quérir dans la station thermale, sinon une guérison toujours espérée, du moins une assurance de soulagement pour l'avenir.

De leur côté, les villes thermales redoublent d'ingéniosité dans leurs moyens de réclame pour attirer vers elles le maximum de clientèle. Déjà les attractions sensationnelles de la capitale sont parties vers les grandes villégiatures où les directions se préoccupent de vendre aux malades la faveur de guérir sans s'ennuyer. Bien souvent, hélas ! les plaisirs accumulés autour des grands centres thermaux ne vont pas sans amoindrir notablement les bénéfices réels que certains malades pourraient retirer d'une cure plus calme et plus reposante. Le médecin, cependant, serait mal accueilli qui élèverait la voix contre la formule de la « ville thermale-attraction ». Aussi, à l'adresse de ceux qui veulent dans le repos — ce remède parfois si difficile à trouver — entreprendre une cure quelconque, il est utile de signaler les stations qui réunissent au calme nécessaire le maximum de soins techniques et d'effets curatifs. Les stations de ce genre ne sont peut-être pas celles qui jouissent d'une réputation très étendue ; les malades ont tout à gagner, même pécuniairement, à les mieux connaître.

En voici une, destinée particulièrement aux rhumatisants : Préchacq-les-Bains.

La station de Préchacq-les-Bains est située à 11 kilomètres de Dax, sur la rive gauche de l'Adour. Un établissement pourvu de tout le confort désirable et d'une installation technique moderne est édifié dans une magnifique forêt de chênes. Les malades peuvent goûter là le charme et la quiétude de la campagne la plus salubre et la plus agréable, sans toutefois être dépourvus du confort le plus délicat. Ceux qui sont excédés des tourments quotidiens de la grande ville, ceux qui trouvent fastidieux et pénible le tourbillon d'une vie trop trépidante, ceux qui désirent fuir les rythmes agaçants du jazz et la promiscuité finale-

ment bien monotone des dancings, ceux qu'écoeure tout le luxe douteux des stucs, merveilles polychromes élevées en quelques semaines pour l'aguichement des porteurs de dollars, ceux-là trouveront à Préchacq la calme retraite qu'ils ont peut-être bien souvent rêvée aux heures dolentes du dernier hiver.

Au point de vue hydrominéral et climatique, la station de Préchacq doit être considérée comme l'une des plus riches de France. Son intérêt thérapeutique réside en ce fait unique qu'il existe à côté de l'eau sulfatée calcique et des boues végéto-minérales une source d'eau sulfureuse. Elle forme ainsi un groupe hydrologique complet, comprenant les eaux diurétiques de lavage à thermalité énorme (63°), les boues végéto-minérales et l'eau sulfureuse.

Le praticien qui sait les multiples formes de rhumatisme chronique, la diversité de leurs associations chez le même malade et les fréquentes difficultés d'une indication thérapeutique nette, comprendra tout le bien qu'il peut retirer pour ses malades d'une cure à Préchacq.

Cette grande richesse permet l'institution de cures thermales très variées. On peut les diviser en deux grands groupes :

1° Les cures simples, qui n'utilisent qu'un seul agent thérapeutique (boue ou eau minérale) ;

2° Les cures combinées, dans lesquelles sont associés deux ou trois des agents thérapeutiques de la station.

**Les cures simples.** — a) La *cure de boue* est rarement employée isolément : le plus souvent on l'associe aux eaux sulfatées calciques ou sulfureuses. Ses effets résolutifs et calmants lui donnent comme indication formelle le rhumatisme chronique sous toutes ses formes, les arthrites, les névralgies (sciatiques, lumbagos), le rhumatisme

### LAMALOU (Hérault)

Eaux thermales, arsenicales et ferrugineuses  
carbo-gazeuses et radio-actives. — Rééducation motrice  
Régimes.

**Indications :** Maladies du système nerveux et rhumatisme chronique (Tabès, Ataxie, Myélites et Névrites, Hémiplegies, Paraplégies, Maladies de Parkinson et de Little, Myopathies, Chorée, Sclérose en plaques, Tics, Névralgies, Neurasthénie, Rhumatismes déformants).

Saison de Mai à fin Octobre.

### LE GRAND HOTEL MAS

Entièrement transformé

GRAND CONFORT — PRIX MODÉRÉS

Pension depuis 45 francs par jour.

goutteux déformant, certains engorgements chroniques de l'utérus.

b) *Cure d'eau sulfatée calcique*. — Employées en bains, douches, étuves, les eaux sulfatées calciques exercent une action sédative marquée sur le système nerveux et musculaire. Cette action les rapproche de Nérès et la sédation qu'elles produisent convient admirablement à tous les phénomènes aigus qui accompagnent si souvent les manifestations rhumatismales et névralgiques.

Employées en boisson, elles sont indiquées dans les états d'auto-intoxication chronique d'origine rénale surtout et permettent d'instituer des cures de diurèse très favorables aux cardio-rénaux. La chasse urinaire qu'elles provoquent permet de les utiliser dans certains cas de gravelle.

c) *Cure d'eau sulfureuse*. — L'eau sulfureuse prise en boisson agit sur le tube digestif. Sa richesse en chlorure de sodium en fait une bonne médication dans certaines dyspepsies hypochlorhydriques. Elle apporte en outre aux rhumatisants le soufre, dont l'utilité n'est plus à démontrer.

Utilisée en pulvérisations, humages, elle est appliquée, comme les eaux sulfureuses des Pyrénées, aux affections chroniques des voies respiratoires telles que laryngites, pharyngites, bronchites chroniques, asthme, végétations.

Prise sous la forme de bains ou de douches filiformes, elle est indiquée dans les dermatoses arthritiques, la scrofulose osseuse, les anciennes blessures de guerre infectées.

**Les cures combinées.** — L'association de deux ou trois agents thérapeutiques permet d'instituer des cures combinées, dans lesquelles l'un des éléments représente la médication de fond, l'autre le complément ou le correctif. Parmi ces associations, il faut citer :

La *cure combinée boues-eaux calciques*, très favorable aux rhumatisants atteints de sclérose rénale ou à ceux qui présentent des poussées douloureuses ;

La *cure combinée boues-eaux sulfureuses*, qui agit sur le rhumatisme à la fois par les boues végéto-minérales et par l'appoint en soufre. Par l'association de ces deux moyens thérapeutiques puissants, qu'elle est la seule à posséder, Préchacq est vraiment la station complète du rhumatisant ;

La *cure combinée eaux sulfureuses-eaux calciques*, qui convient très bien aux manifestations cutanées ou respiratoires de l'arthritisme.

On peut résumer le caractère de la station de Préchacq en deux traits essentiels :

1° C'est la station complète des rhumatisants, auxquels elle offre toutes les ressources actuelles de l'hydrologie (boues, soufre, diurèse) ;

2° C'est une station qui permet le traitement familial, parce que ses cures, tant simples que combinées, trouvent leurs indications aux différents âges de la vie.

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

ÉTÉ 1926

### BILLETS ALLER ET RETOUR INDIVIDUELS POUR LES STATIONS BALNÉAIRES, THERMALES ET CLIMATIQUES

Pour répondre aux désirs du public en favorisant les villégiatures, ces billets sont rétablis pour l'été 1926.

Ils seront délivrés en 1<sup>re</sup>, 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> classes au départ de toutes gares des réseaux d'Orléans, de l'Etat et du Midi, à destination des stations balnéaires, thermales et climatiques des mêmes réseaux, sous condition d'effectuer un parcours simple d'au moins 300 kilomètres pour les 1<sup>re</sup> et 2<sup>e</sup> classes et 500 kilomètres pour les 3<sup>e</sup> classes (1) ; ils comportent les avantages ci-après :

**Réduction.** — a) Pour un parcours simple de 300 kilomètres au minimum ou payant pour cette distance : 25 % en 1<sup>re</sup> classe, 30 % en 2<sup>e</sup> classe.

b) Pour un parcours simple de 600 kilomètres au minimum ou payant pour cette distance : 30 % en 1<sup>re</sup> classe, 25 % en 2<sup>e</sup> classe.

c) Pour un parcours simple de 500 kilomètres (1) au minimum ou payant pour cette distance : 20 % en 3<sup>e</sup> classe.

**Délivrance.** — Pour les stations balnéaires, du 24 juin au 30 septembre ; pour les stations thermales et climatiques, les 24 et 25 septembre et du 20 août au 30 septembre.

**Validité.** — 33 jours avec faculté de prolongation de deux fois 30 jours moyennant supplément de 40 % du prix initial du billet à chaque prolongation pour les billets de stations balnéaires et faculté de prolongation pour les stations thermales et climatiques en raison de la limitation de la période de délivrance pour les dernières stations.

En aucun cas la validité des billets ne peut dépasser la date du 5 novembre.

Pour plus amples renseignements, notamment pour les itinéraires et facultés d'arrêt, consulter : les gares ; l'Agence des Compagnies d'Orléans et du Midi, 16, boulevard des Capucines ; le bureau de renseignements, 126, boulevard Raspail, à Paris.

(1) Le minimum est abaissé à 150 kilomètres pour les billets délivrés des gares du réseau du Midi à destination des stations thermales et climatiques de ce réseau.

## CHEMIN DE FER DE PARIS A ORLÉANS

L'ANJOU EN AUTO-CAR : CIRCUITS AU DÉPART DE SAUMUR ET D'ANGERS, CENTRES DE TOURISME CÉLÈBRES PAR LEURS MONUMENTS, DU 1<sup>er</sup> JUILLET AU 30 SEPTEMBRE 1926.

Deux circuits au départ de Saumur.

**Circuit A (mardi et vendredi).** — Saint-Florent (visite d'une dolmen de Bagneux, Fontevault, Montsoreau, Candès.

Départ : 13 h. 15 ; retour : vers 18 h. 30.

Prix par place : 15 francs.

**Circuit B (jeudi).** — Château de la Motte-Chandeniers, les Montiers, château d'Oiron, Thouars, Montreuil-Bellay.

Départ : 12 h. 15 ; retour : vers 18 h. 30.

Prix par place : 35 francs.

Location, moyennant 1 franc par place, au syndicat d'initiative place du Théâtre, à Saumur, ou à la gare de Saumur-Orléans.

Un circuit au départ d'Angers.

**Mercredi.** — Les Ponts-de-Cé, Rochefort-sur-Loire, Chalonnes, Georges, château de Serrant, Champocé, Varades, Saint-Florent, Vieil, Montjean, Chalonnes, Rochefort-sur-Loire, Béhuart, Nières, Epiré.

Départ : 13 heures ; retour : vers 19 heures.

Prix par place : 35 francs.

Location, moyennant 1 franc par place, au syndicat d'initiative 71, rue Plantagenet, ou au kiosque du syndicat, place de la Gare, Angers.



LES

# ECZÉMATEUX A LA ROCHE-POSAY

Par le Docteur AUBOUX,

Médecin consultant à la Roche-Posay.

Je voudrais, dans cette note concise, préciser aux lecteurs de la *Gazette médicale* les indications essentielles de la Roche-Posay dans les dermatoses.

Ces indications sont connues depuis des siècles. En 1573, dans une brochure intitulée : *Description de la Fontaine trouvée à la Roche de Pouzay, près Chastelleraud*, dont l'exemplaire unique est actuellement conservé à Paris à la Bibliothèque Nationale, un auteur anonyme écrit textuellement ceci : « Il n'y a gale, rongne, teigne, qui résiste à la vertu de l'eau de la Bonne Fontaine de la Roche de Pouzay. » Il est certain qu'au xvi<sup>e</sup> siècle les malades atteints d'affections cutanées y affluaient de toutes parts. Les sources étaient dénommées « fontaines miraculeuses ». Le vieux chroniqueur anonyme ajoute à ce propos : « Ceste fontaine a été envoyée de Dieu ; nul ne la peut dire estre une eau charmée, ni exorcisée ; c'est une eau pure, nette, claire et très potable, recevant ceste vertu et propriété de guarir de la seule bénédiction de Dieu tout-puissant. »

L'eau de la Roche-Posay est avant tout *antiarthritique* ; elle agit sur l'*eczéma* (c'est-à-dire sous cette forme d'arthritisme qui sort à la peau) comme elle agit sur la *goutte*, le *rhumatisme*, les *calculs du rein* et du *foie*. Elle contient des minéraux intéressants : le *calcium*, sous forme de bicarbonate de chaux ; la *silice*, et un métalloïde extrêmement rare dans les eaux minérales à dose pondérable, le *sélénium*. Ces minéraux sont tous, à des titres divers, de merveilleux agents antiarthritiques. Le calcium, parce qu'en raison de sa vertu diurétique, il stimule le fonctionnement normal, favorise l'élimination des toxines et poisons organiques : un quart d'heure après son absorption, l'eau prodigue une abondante diurèse. Ce même calcium agit sur le *foie* et la sécrétion biliaire : au bout de douze heures, les selles sont colorées en noir ou en vert par le flux de la bile. Quant à la silice, elle constitue un pansement calmant sur la peau eczématisée, sur toutes les lésions et inflammations : le docteur Mercier, dans une communication à la *Société de Biologie* sur la Roche-Posay, attira naguère l'attention sur ce point. Le sélénium, décelé dans nos eaux par le professeur Taboury, est d'importance extrême : il chasse les cellules usagées, stimule la formation de cellules nouvelles, fait faire *peau neuve*.

Enfin le professeur Curie et M. Laborde ont classé les eaux de la Roche-Posay parmi les plus *radio-actives*.

Grâce à tous ces facteurs d'activité, la Roche-Posay est, à l'heure actuelle, la première des stations de France et d'Europe pour la cure de l'*eczéma*. Suivant les propres termes du professeur Landouzy : l'*eczéma* apparaît à la Roche-Posay. Les *eczémas* les plus irritables, les plus suintants, les plus prurigineux, ceux dont les démangeaisons sont intolérables, sont modifiés en peu de jours. L'eau est utilisée : en *bains*, qui recouvrent la peau d'une fine pellicule blanchâtre due aux sels des eaux, sorté

d'email cicatrisant ; en *boisson*, qui élimine les poisons organiques ; en *pulvérisations*, dont l'action est remarquable sur les *eczémas* du visage.

Toutes les *dermatoses* sont justiciables de la cure de la Roche-Posay. C'est ainsi que nous sommes habitués à soigner, en dehors des *eczémas proprement dits* (aigus ou chroniques, secs ou suintants, irritables ou atones), l'*acné*, les *séborrhées*, l'*urticaire*, les *prurigos*, les *névrodermites*, le *strophulus*, la *folliculite*, l'*impétigo*, les *psoriasis irritables*, certaines *dermatoses bulleuses*. Qu'il nous soit permis, à l'appui de cette assertion, de citer les opinions de maîtres qui ont bien connu nos eaux :

Le professeur Albert Robin, membre de l'Académie de Médecine, dit, parlant du traitement des *prurigos eczématisés* : « On usera de l'eau minérale de la Roche-Posay, à laquelle M. Morichau-Beauchant a reconnu des propriétés antiprurigineuses. »

Le docteur Brocq, médecin-chef de l'hôpital Saint-Louis, écrit dans son travail sur le *Traitement des dermatoses par les eaux minérales et les climats* : « La Roche-Posay possède des eaux qui ont une grande réputation dans le traitement des *eczémas irritables*. »

Le professeur Ausset, dans une de ses leçons aux étudiants de la faculté de médecine de Lille, parle ainsi du traitement du *prurigo de Hébra* : « Jamais vous n'obtiendrez d'aussi beaux et d'aussi rapides résultats qu'en envoyant votre malade se plonger dans les eaux de la Roche-Posay ; en quelques jours, les démangeaisons cesseront. »

Le professeur Landouzy, lorsqu'il vint en 1912 à la Roche-Posay à la tête du V. E. M. qui comprenait cette année environ 120 médecins, prononça au cours de la leçon qui suivit sa visite aux sources et à l'établissement ces paroles catégoriques : « Les *dermatoses*, d'une manière générale, et l'*eczéma* en particulier, appartiennent incontestablement à la Roche-Posay. »

Enfin, dans un travail communiqué au *congrès international de Venise* en 1905, et que l'Académie de Médecine a couronné, le professeur Beauchant (de Poitiers) et le docteur Oeconomio écrivent :

« C'est surtout dans l'*eczéma* que la cure a semblé avoir des effets quasi spécifiques. Dans tous les travaux des anciens auteurs, cette action est signalée... »

« Sont surtout modifiés les *eczémas suintants*, les formes prurigineuses, irritables, rebelles à tout traitement local, sujettes aux poussées incessantes. Le *prurit*, en particulier, est, dans presque tous les cas, le symptôme le plus rapidement influencé. Nous avons vu, chez des malades porteurs d'*eczémas de l'anus* avec démangeaisons insupportables empêchant le sommeil et qu'aucun traitement n'avait pu modifier, le prurit disparaître dès les premiers bains et les nuits redevenir paisibles. »

L'installation récente d'une salle de *douches filiformes* avec appareillage spécial permet le traitement efficace des *prurits rebelles* : *scrotal*, *anovulvaire* ; des *névrodermites* ; des *eczémas lichénifiés* ; des *couperoses* ; des *acnés*. On utilise un jet d'eau minérale surpressée d'un quart ou d'un demi-millimètre de diamètre.

## NÉCROLOGIE

# Le Docteur EMILE VIALLE

Le corps médical tourangeau, si durement éprouvé au cours de ces dernières années, vient de faire une perte nouvelle et particulièrement douloureuse dans la personne du docteur Emile Vialle.

Tous nos confrères apprendront avec une peine véritable la disparition prématurée de ce médecin mort au champ d'honneur du surmenage professionnel. D'autres diront l'intensité de son travail, le courage d'une vie tout entière consacrée à l'exercice de sa profession et à son foyer, son dévouement inlassable, la sûreté de son amitié. Mais une qualité, bien rare dans toutes les professions, et plus peut-être dans la nôtre que dans toutes les autres, dominait cette physionomie si sympathique : nul ne peut se vanter de l'avoir entendu proférer l'ombre d'une réflexion désobligeante sur qui que ce soit, médecins, amis ou malades. Quand il parlait des autres, ce n'était que pour en faire l'éloge ou pour les excuser, si bien que peu à peu l'habitude était venue de ne le désigner entre nous que sous ce qualificatif : « Ce bon Vialle ». C'est sous cet aspect de bienveillance universelle, de bonté légendaire, d'indulgence envers tous que son souvenir survivra parmi nous, impérissablement.

Nous offrons à M<sup>me</sup> Vialle et à M<sup>lle</sup> Vialle, à son frère, le docteur Antoine Vialle, le professeur de bactériologie de l'école de médecine, et à ses enfants, nos jeunes confrères Jean et Pierre Vialle, l'hommage de nos condoléances les plus sincères et de notre douleur.

**La Gazette médicale.**

**DISCOURS PRONONCÉS AUX OBSEQUES  
DU DOCTEUR EMILE VIALLE**

**Discours du docteur Thierry.**

L'affluence qui se presse autour de cette tombe et l'émotion qui étreint les cœurs témoignent de l'étendue et de la profondeur des regrets que laisse la perte inattendue autant qu'irréparable de notre vaillant ami et collègue le docteur Emile Vialle.

Il s'était acquis l'estime et les sympathies de tous ceux dont l'ont rapproché l'exercice médical et le charme de son commerce prévenant et sûr, et de ceux qui ont été les témoins de son labeur opiniâtre et de son dévouement sans borne.

Nul plus que lui n'a eu le sentiment élevé du devoir professionnel, et la volonté d'y satisfaire dans les plus pénibles conjonctures. Insoucieux des rémunérations possibles et légitimes, il n'obéissait qu'aux suggestions de sa conscience et aux élans de son cœur. Toujours prêt au premier appel, il ne reculait devant aucun effort ni fatigue pour obtenir la guérison

du malade, ou tout au moins le soulagement de sa souffrance. Dès que les résultats ne répondaient pas à son attente, il se hâtait, avec la sagesse du véritable savant qui n'ignore pas les limites de ses propres connaissances, de recourir aux conseils les plus autorisés ; et il justifiait toujours la confiance qui lui était unanimement accordée.

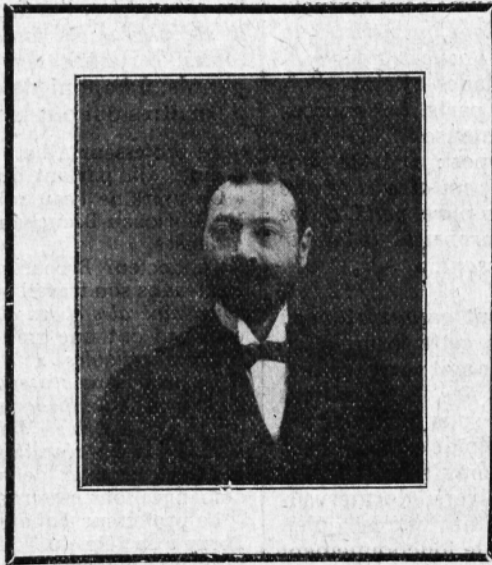
Egalement épris des diverses modalités qu'emprunte l'art de guérir, esprit ouvert aux manifestations nouvelles du progrès, il contribua à en répandre la saine notion dans cette École même, à laquelle il devait — se plaisait-il à dire — ses premières et ses meilleures études. Nommé, après de brillants concours, en 1901, chef de la clinique chirurgicale, et en 1903 chef des travaux d'anatomie et de physiologie, il se consacra pendant onze années à l'instruction des jeunes générations, avec un désintéressement, une

ardeur et un succès dont ne saurait se perdre la mémoire. Maîtres et élèves furent gagnés par sa bonté souriante, sa servabilité et la loyauté de ses procédés, et lui vouèrent, dès cette époque, une considération et une amitié qui défient aujourd'hui l'arrêt inique de la destinée.

Dans les diverses situations où s'exerça son extraordinaire activité, il poussa à l'extrême le souci de la correction et le désir du mieux-faire. Ses scrupules s'exaspéraient jusqu'à la souffrance lorsqu'il ne pouvait réaliser à son gré l'idéal de bien et de justice qu'il ne cessa jamais de poursuivre.

Une existence aussi remplie et aussi tourmentée épuisait sourdement, en dépit des apparences, les plus belles énergies cachées. Elle allait sombrer dans les affres d'un mal insupportable et aveugle, qui, soudainement, avant tout répit et apaisement réparateurs, amena la crise fatale.

Une paix infinie s'étend désormais sur les restes glacés de cette vie de labeur et de sacrifice. Que le deuil et l'affliction de ceux qui en ont connu la belle intégrité et l'âpre mérite soient le gage du pieux et durable souvenir qui en survivra, et la consolation suprême d'une famille cruellement frappée dans ses affections les plus précieuses et les plus profondes. Vous, chers enfants, qui en êtes l'orgueil et l'espoir, vous remplacerez auprès d'une mère et d'une sœur éplorées celui qui fut au foyer toute attention et vigilance, et vous garderez comme un





# LE NOUVEAU ROI DES MERCURIAUX



Ses **4** formes



**TRAITEMENT INTENSIF & DISSIMULÉ DE LA**

**LITTÉRATURE & ÉCHANTILLONS: J. GAUTIER, 24, Rue de Pontfieu - PARIS**

HYPERSECRÉTION - HYPERCHLORHYDRIE - SPASMES

## SEDOGASTRINE ZIZINE

Dose: Après les repas et au moment des douleurs: Granulé: 1 c. à café. Comprimés: 2 à 4 jusqu'à sédation

HYPOSECRÉTION - HYPOCHLORHYDRIE

### PEPTODIASE ZIZINE

ATONIE - AÉROPHAGIE

Dose: Adultes: Trente gouttes au début ou au milieu des repas  
Enfants: 4 gouttes par année d'âge et par 24 h.

Littérature et échantillons: **Laboratoires P. ZIZINE**, Docteur en Médecine, Docteur en Pharmacie  
Spécialités exclusives pour le tube digestif. — 11, Rue de Capri, PARIS-XII<sup>e</sup>. — Télép. Diderot 28 96.

INSUFFISANCE HEPATO-BILIAIRE  
et ses conséquences

### AGOCHOLINE ZIZINE

Le plus puissant cholagogue connu

Granulé soluble: Peptone sèche purifiée, Sulfate de Magnésie anhydre

Dose: 3 c. à café le matin à jeun dans un demi-verre d'eau tiède  
réduire à 2 ou à 1 c. à café chez les hépatiques diarrhéiques

## DEUX SANATORIA FRANÇAIS

En Plaine: **SANATORIUM DES PINS, LAMOTTE-BEUVRON** (Loir-et-Cher)

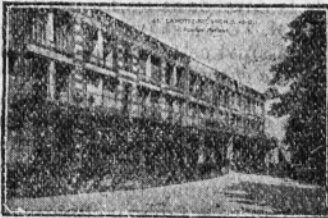
2 h. 1/2 de Paris

LE PLUS GRAND CONFORT

80 chambres

avec eau courante

GALERIES DE CURE ET SOLARIUM



Pavillon Pasteur.

### Climat sédatif

indiqué dans les formes aiguës.

3 médecins résidents dont un laryngologiste.

INSTALLATION  
TÉLÉSTÉORADIOGRAPHIQUE

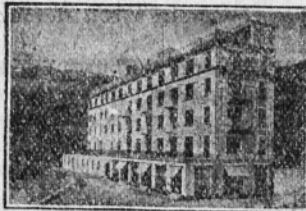
Villa Jeanne-d'Arc pour Enfants.

A la Montagne: **LES ESCALDES** (1.400 m.), par ANGOUSTRINE (Pyr.-Or.)

Le plus beau, le plus ensoleillé des climats de montagne

Le brouillard y est inconnu

Dans les nouvelles installations, le maximum de confort, chambres avec cabinets de toilette et salles de bains.



Pavillon Pasteur.

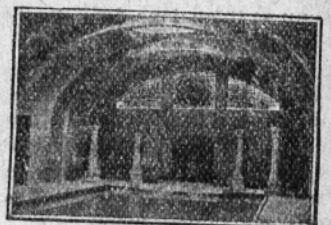
### PLUSIEURS SOLARIUMS

Multiples galeries de cure

### TRAITEMENT THERMAL

pour les laryngites et certaines affections osseuses ou pulmonaires.

3 médecins résidents dont un laryngologiste. Piscine: — 200 m<sup>3</sup> eau courante sulfureuse à 37°



héritage sacré les vertus de travail, de dévouement et de bonté dont votre regretté père laisse à tous le douloureux et noble exemple.

### Discours du docteur Cosse.

MADAME,  
MADEMOISELLE,  
MES CHERS CONFRÈRES JEAN, PIERRE ET ANTOINE  
VIALLE,

Au nom du Syndicat médical et de l'Association des Médecins d'Indre-et-Loire, j'ai la pénible mission d'apporter le suprême adieu à notre très regretté confrère le docteur Emile Vialle.

La simplicité de sa vie et votre immense douleur, à laquelle nous prenons la plus large part et devant laquelle nous nous inclinons respectueusement, ne permettent pas les longs discours. Aussi je me bornerai à vous dire le souvenir impérissable que les confrères du docteur Emile Vialle garderont de sa bonté, de sa loyauté, de sa droiture et du toujours souriant accueil qu'ils trouvaient près de lui.

Sa vie si remplie par un labeur écrasant et son intarissable dévouement à ses malades resteront pour nous un exemple et son nom s'ajoutera à celui de ceux dont nous conservons pieusement la mémoire parce qu'ils ont contribué, dans la plus large mesure, à l'honneur et à la bonne réputation du corps médical.

Au nom de tes confrères qui tous furent tes amis, mon cher Vialle, adieu !

### Discours du docteur Grasset.

MESDAMES, MESSIEURS,

Quand, jeudi soir, la triste nouvelle s'est répandue en ville, nous avons tous été péniblement surpris. Nous savions que notre confrère, déprimé depuis quelques mois, était parti dans la montagne afin de prendre un peu de repos. Mais nous ne pensions pas qu'un dénouement se serait produit aussi rapidement.

En 1914 et 1915, j'ai passé plusieurs mois avec Vialle dans le Poitou, et, pendant nos tournées du conseil de revision, j'ai pu apprécier son zèle et son activité. Ces qualités existaient d'ailleurs aussi bien dans le service civil que dans le service militaire. Tous ses clients connaissaient son extrême complaisance, qui le poussait à passer auprès de malades graves de longues heures et même des nuits, quand il le jugeait utile. Ses confrères n'ont jamais fait appel en vain à son dévouement.

Lorsque à la fin de l'année 1925, au nom du bureau de la Société médicale, je lui proposai la vice-présidence, j'ai trouvé chez lui une hésitation dont, à ce moment, je discernais mal les motifs qui ne m'ont été expliqués que plus tard. Nous aurions pourtant été si heureux de le voir diriger nos débats scientifiques !

Vialle consentait difficilement à s'avouer fatigué et il tenait à rester jusqu'au bout sur la brèche. Son fils aîné, après avoir soutenu sa thèse dans d'excellentes conditions, était venu pour le seconder, et il saura conserver les bons principes inculqués par son père. Son fils le plus jeune, qui est un brillant externe des hôpitaux de Paris, deviendra, nous n'en doutons pas, un praticien expérimenté. Sa fille, elle aussi, s'intéresse aux questions médicales et particulièrement à la puériculture. Nous avons là la vraie famille médicale, telle que nos pères la concevaient et telle qu'elle existe encore dans notre Touraine.

Nous pouvions espérer que Vialle, encore jeune, vivrait parmi nous pendant de nombreuses années. Malheureusement

son organisme n'a pu lutter avantageusement contre la maladie qui le consumait lentement. Vialle a supporté avec une douce résignation de cruelles souffrances. Sa famille, dans sa douleur, à laquelle nous prenons la plus grande part, peut se dire qu'il a vécu comme un honnête homme, comme un bon médecin et comme un parfait chrétien. C'est le plus beau témoignage que l'on puisse apporter à sa femme, qui a été pour lui une compagne pleine d'attentions ; à son frère, que nous estimons et que nous aimons tous ; à ses enfants, qui n'oublieront pas les bons conseils que leur père regretté leur a si souvent donnés.

Notre ami Vialle aura certainement, dans un monde meilleur, la récompense qu'une vie si bien remplie lui aura méritée.

## SOCIÉTÉ MÉDICALE D'INDRE-ET-LOIRE

Séance du 1<sup>er</sup> mai 1926.

Présents : MM. Grasset, président, Chenouard, Maurice, Dujour, Guichemerre, Magnan, Bardet, Marnay, Sendrier, Denoyelle, Gibotteau, Tillaye, Wegbecher, Petit, Voisin, Vialle, Cosse, Lhopitalier, Dubreuil-Chambardel.

### COMMUNICATIONS

*Congrès de Madrid.* — M. GRASSET rend compte du congrès de puériculture qui a eu lieu pendant les vacances de Pâques à Madrid. Il fait part des observations qu'il lui a été donné de faire au cours de ses visites dans les hôpitaux, les crèches et établissements d'assistance de la capitale espagnole. Il montre enfin l'orientation actuelle suivie par les méthodes de puériculture.

*Le traitement du diabète sucré par l'insuline.* — M. DENOYELLE fait sur cette importante question une revue générale qui a pour but de montrer :

- 1° Les effets de l'insuline ;
- 2° Ses indications ;
- 3° La conduite à suivre dans la cure.

Il n'est pas facile de résumer en quelques lignes une question de cette importance. M. Denoyelle insiste particulièrement sur l'emploi de l'insuline au cours du coma diabétique sur les diabètes consomptifs avec dénutrition, sur les diabètes des enfants, et donne des indications sur la conduite à tenir sur l'emploi de l'insuline chez les diabétiques chirurgicaux. La plus grande partie de cette conférence a trait à la conduite de la cure dans les formes les plus habituelles du diabète.

MM. VOISIN et LHOPITALIER interviennent dans la discussion qui a suivi cette communication.

*Otite chronique.* — *Méningite aiguë.* — M. JEAN MAGNAN rapporte une observation concernant une fillette de 12 ans atteinte d'un coryza banal en janvier suivi d'une otite à manifestations très frustes et enfin de méningite dans le courant de février.

La trépanation de la mastoïde fut pratiquée, la malade dans le coma, sous anesthésie locale, alors que depuis cinq jours le tableau clinique était au complet et que le résultat de la ponction lombaire montrait une lymphocytose et une augmentation typique de polynucléaires.

Une large brèche vers le cervelet d'une part, et la mise à nu de la fosse cérébrale moyenne sur deux centimètres carrés permirent de déceler la présence d'un abcès extra-dural à l'origine d'une méningite séreuse. Un prélèvement de pus pratiqué pendant l'intervention a démontré qu'il s'agissait de streptocoque. Suites normales. En quarante-huit heures, tous les phénomènes : Kernig, chien de fusil, céphalée, vomissements avaient disparu. Le liquide céphalo-rachidien était devenu limpide et trois semaines après l'intervention la malade quittait l'hôpital, guérie.

Le docteur JEAN MAGNAN saisit cette occasion pour rappeler



la nécessité de vérifier automatiquement l'état des oreilles et des mastoïdes en présence de phénomènes méningés. Il termine en notant l'extrême rareté d'une guérison de ce genre, si l'on s'en rapporte aux statistiques qui montrent que les interventions pratiquées plus de vingt-quatre heures après l'apparition des signes méningés sont presque toujours inopérantes.

## REVUE DES THÈSES

**Étude sur l'Infection puerpérale**, thèse par le docteur Jean-Louis MARMASSE, ancien interne provisoire des hôpitaux de Paris.

Thèse originale où des idées personnelles sont appuyées sur des courbes de température nombreuses qui font de l'ensemble un véritable album.

Le traitement de l'infection puerpérale, pour l'auteur, se résume dans une abstention quasi totale. C'est une opinion courageuse en une époque où on ne parle qu'interventions, sérums, vaccins, mais qui n'en est que plus intéressante parce qu'elle montre la prudente confiance qu'il faut accorder aux différentes méthodes de traitement de l'infection puerpérale.

Dans le détail, beaucoup de points intéressants pour le praticien : suppression complète des toilettes vulvaires à l'eau savonneuse avant et après l'accouchement, celles-ci étant remplacées par un badigeonnage à la teinture d'iode à 1/25.

Suppression complète des injections vaginales avant l'accouchement et dans les suites de couches.

Le toucher peut être répété assez souvent à condition d'être fait aseptiquement et n'est alors nullement dangereux.

Plus intéressante est la question de la rétention des membranes. L'auteur estime qu'il faut les laisser, car elles déterminent spontanément, et il est très difficile de les enlever soit à la main, soit avec une curette, dangereuse par ailleurs.

Vient ensuite la question des rétentions placentaires. Aussitôt après l'accouchement, si l'on a le moindre doute sur le placenta, il faut faire un curage digital.

Si au contraire on ne soupçonne la rétention que vers le quatrième jour, alors que l'infection est déjà déclarée, il faut s'abstenir et ne pas curetter pour ne point ouvrir les vaisseaux sanguins et lymphatiques. Deux des observations rapportées tendent à confirmer cette opinion, qui paraît cependant un peu révolutionnaire.

Dans les suites de couches, l'auteur insiste d'une part sur l'importance de la vessie de glace mise préventivement sur l'utérus à la suite d'un accouchement dystocique ou même douteux, et d'autre part sur le soin que l'on doit prendre de l'état de la vessie pour qu'elle ne se laisse pas distendre : il faut au besoin répéter matin et soir le cathétérisme aseptiquement pratiqué.

Après cette partie qui traite essentiellement de la prévention de l'infection puerpérale, l'auteur arrive au traitement proprement dit, qui, pour lui, consiste à appliquer la glace sur l'utérus, de la bouillie lactique sur les plaies vaginales, et à pratiquer un abcès de fixation. Il ne donne pas celui-ci comme un traitement électif, mais comme un adjuvant, ne causant par ailleurs aucun préjudice à la femme, à l'inverse de bien des médications. La curette secondaire de l'abcès, faite quelques jours après l'incision, d'après une technique minutieusement décrite, abrège beaucoup la convalescence.

Les résultats apportés dans ce travail justifient ce traitement qui, depuis plus de deux ans, est appliqué à la maternité de l'hôpital Tenon par le professeur agrégé Metzger, et expliquent cette opinion que « l'infection puerpérale a une tendance naturelle à guérir ».

## LIVRES NOUVEAUX MÉDICAUX

ÉDITIONS FÉLIX ALCAN, 108, boulevard Saint-Germain :

*Les Petites Maladies et leur Traitement*, par Léonard WILLIAMS, médecin de l'hôpital français de Londres, traduit sur la 5<sup>e</sup> édition anglaise et annoté par le docteur F. FRANÇON, ancien interne des hôpitaux de Paris. Prix : 25 francs.

ÉDITIONS G. DOIN ET C<sup>ie</sup>, 8, place de l'Odéon :

*La Pratique chirurgicale illustrée*, fascicule 9, 246 dessins d'après nature, par Victor PAUCHET. Prix : 40 francs.

Bibliothèque des Grands Syndromes : *les Syndromes cardiaques* (les rythmes de galop), par Ch. LAUBRY et C. PEZZI. Prix : 32 francs.

*Études sur le tubage duodénal* (l'épreuve de Meltzer-Lyon, l'alimentation duodénale), par R. DAMADE. Prix : 15 francs.

*La Gastro-Entérostomie* (technique, indications, dangers), par V. PAUCHET, A. THIERRY. Prix : 30 francs.

*Les Feuilles de la Pédiatrie*, 1<sup>re</sup> série, par G. BLECHMANN. Prix : 10 francs.

*Maladies de la Prostate*, par Georges LUYS. Prix : 90 francs.

*Traitement de l'Ulcère du duodénum*, par Pierre PAUCHET, préface de V. Pauchet. Prix : 12 francs.

*Les Consultations journalières : les Reins*, par G. SIGURET. Prix : 10 francs + 10 %.

ÉDITIONS MASSON ET C<sup>ie</sup>, 120, boulevard Saint-Germain :

*Technique des Prélèvements et des Biopsies dans la pratique clinique*, par Robert DUPONT, ancien interne des hôpitaux de Paris ; Roger LEROUX, chef des travaux d'anatomie pathologique à la faculté de Paris ; Jean d'ALSACE, chef de laboratoire à l'hôpital Saint-Antoine ; préface du professeur G. Roussy.

ÉDITIONS DES PRESSES UNIVERSITAIRES DE FRANCE :

*La Sensibilisation anaphylactique* (asthme et coryzas spasmodiques, pathogénie et traitement), par Maurice VERNET.

*Le Fondement physiologique des Instincts des systèmes nutritif neuromusculaire et génital*, par Bjorg-Caritas THORLAKSSON.

*Le PH intérieur cellulaire*, par Paul REISS, docteur en médecine.

## CHEMIN DE FER DE PARIS A ORLÉANS

SAISON THERMALE 1926

A SAINT-NECTAIRE PAR LE MONT-DORE

Service automobile en correspondance au Mont-Dore avec les trains express de Paris-Quai d'Orsay.

Service de nuit. — Jusqu'au 29 septembre. — Paris-Quai d'Orsay, dép. 22 heures ; le Mont-Dore, arr. 7 h. 36 ; Saint-Nectaire, arr. 9 h. 30.

Voitures directes des trois classes. Wagon-lits entre Paris-Quai d'Orsay et le Mont-Dore.

Service de jour. — A) Jusqu'au 25 septembre. — Paris-Quai d'Orsay, dép. 8 h. 22 ; le Mont-Dore, arr. 18 h. 15 ; Saint-Nectaire, arr. 20 heures.

Voitures directes toutes classes. Wagon-restaurant entre Paris-Quai d'Orsay et Montluçon. — Toutefois, du 1<sup>er</sup> juillet au 31 août, le train partant de Paris-Quai d'Orsay à 8 h. 22 ne comporte pas de voitures directes 1<sup>re</sup> et 2<sup>e</sup> classes Paris-le Mont-Dore ni de wagon-restaurant. Ces voitures sont acheminées pendant cette période par le train rapide d'été indiqué en B ci-après.

B) Du 1<sup>er</sup> juillet au 31 août (rapide 1<sup>re</sup> et 2<sup>e</sup> classes seulement). — Paris-Quai d'Orsay, dép. 9 h. 46 ; le Mont-Dore, arr. 18 h. 15 ; Saint-Nectaire, arr. 20 heures.

Voitures directes 1<sup>re</sup> et 2<sup>e</sup> classes. Wagon-restaurant entre Paris-Quai d'Orsay et Montluçon.

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

# Thérapeutique pratique

## La nouvelle oxygénothérapie par le Salvoxy.

Le traitement d'un grand nombre de maladies par l'oxygène est maintenant à l'ordre du jour. Jusqu'ici l'oxygène n'avait été employé que pour des moribonds, ce qui était véritablement un contresens, puisque personne (et les médecins moins que les autres) n'ignore que l'oxygène est le *gaz vital* par excellence.

La cause de cet emploi peu fréquent dans le passé est due à ce fait que les praticiens n'avaient à leur disposition aucun moyen pratique d'obtenir instantanément de l'oxygène en quantité suffisante pour utilisation valable.

Pendant la guerre, certaines sommités médicales, parmi lesquelles le professeur Sergent, se servaient de l'oxygène en ballon commercial. Cet oxygène, la plupart du temps chargé d'impuretés, ne pouvait donner que des résultats peu encourageants, ses possibilités d'action physiologique étant presque nulles.

Aujourd'hui, il existe un appareil simple, robuste, ne présentant aucune espèce de difficulté de maniement ni de danger; qui produit instantanément, en tout lieu, suivant les nécessités pathologiques, un oxygène absolument pur, neuf, dont l'action biologique est portée au maximum. Il s'agit de l'appareil mis récemment à la disposition des praticiens sous le nom de Salvoxy.

L'efficacité thérapeutique de cet oxygène est considérablement plus grande que celle de l'oxygène du commerce, beaucoup plus grande aussi que celle de l'oxygène que l'on obtient instantanément par d'autres procédés et qui contient des impuretés (soude, potasse, etc.) nécessitant un lavage et une épuration du gaz avant son emploi. En effet, l'oxygène, lorsqu'il est produit depuis longtemps, ou encore lorsqu'il est lavé ou épuré, n'est plus de l'oxygène neuf, car pendant cet



Trousse Salvoxy fermée.

intervalle et au cours de ces opérations, il s'est combiné en partie avec les différents corps en contact avec lui et a perdu de ce fait la plus grande partie de la valeur oxygénatrice.

**Description de la trousse Salvoxy.** — Cette trousse contient :

Le générateur Salvoxy, le dispositif pour inhalations, le dispositif pour injections comprenant : trois ballons de 200, 100 et 50 centimètres cubes, avec canules d'injection et bouchons, aiguille, fils de débouchage, ainsi que les joints et rechanges nécessaires.

Deux cases sont en outre réservées pour placer le contenu de deux boîtes de produits générateurs Salvoxy.

Des ballons de 300 et 500 centimètres cubes peuvent aussi être livrés en supplément.



Trousse Salvoxy ouverte.

Une boîte de produits Salvoxy contient : un flacon de 12 doses de liquide générateur et un tube de 12 blocs provocateurs (soit de quoi faire au moins 100 grandes piqûres ou 12 inhalations)



Flacon de liquide générateur Salvoxy.

1° Avec une simple dose de liquide générateur (intervalle entre un grand et un petit trait ou inversement) et un bloc provocateur, on obtient environ 2.500 centimètres cubes d'oxygène naissant Salvoxy. c'est-à-dire de quoi faire une dizaine d'injections de 200 centimètres cubes; prix de revient : quelques centimes par injection.

Efficacité immédiate et incompressible.

2° Avec une double dose et deux blocs, on obtient environ 5.000 centimètres cubes d'oxygène naissant Salvoxy, dont l'inhalation procurera aux malades l'euphorie naturelle que des doses massives d'oxygène ordinaire ne peuvent réaliser.

**Génération.** — Mettre dans le réservoir, bien vidé au préalable :

Une dose de liquide générateur et un bloc, s'il s'agit d'injections, ou deux doses de liquide générateur et deux blocs, s'il s'agit d'inhalations.

Revisser à bloc le distributeur sur le réservoir.

Placer constamment l'ensemble en position verticale. Si l'appareil chauffe trop, refroidir le réservoir dans l'eau froide.

**Injections.** — Visser le ballon choisi (par sa canule d'injection démunie de son bouchon) sur le distributeur. Serrer légèrement le joint. Remplir le ballon en appuyant à petits coups sur le levier jusqu'au moment précis où le ballon cesse de présenter des pulsations.

Dévisser en tenant la canule entre deux doigts, l'un par le plat de la canule. Placer l'aiguille sur le cône Standard.

Opérer ensuite comme on le fait pour toute injection hypodermique et en pratiquant une légère pression sur le ballon.

**Inhalations.** — Visser l'inhalateur complet sur le distributeur. Amener sous la flèche de l'inhalateur le nez du malade, 30, ou 40, ou 50, donnant la proportion d'oxygène pur à inhaler (d'après les indications du médecin).

L'inhalateur étant placé dans une narine, le malade inspire profondément en appuyant un peu sur le levier. A la fin de l'inspiration, cesser d'appuyer, expirer bien à fond, et ainsi de suite.

**QUELQUES OBSERVATIONS INTERESSANTES.** — L'emploi de l'oxygène neuf Salvoxy paraît présenter un intérêt tout spécial que confirment déjà un grand nombre d'observations. Voici quelques-unes :

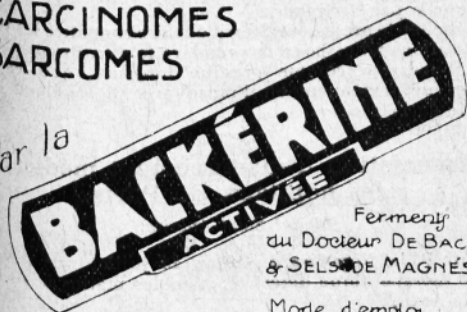
**Tuberculose torpide :** M. C..., 53 ans, en traitement depuis bientôt quatre ans, gécide de tout le lobe supérieur du poumon droit, ne dort plus, ne peut plus faire le moindre mouvement sans éprouver l'angoisse d'une dyspnée intense.





# TRAITEMENT DES TUMEURS SOUS LEURS DIVERSES FORMES EPITHELIOMAS CARCINOMES SARCOMES

Par la



Ferment  
du Docteur DE BACKER  
& SELS DE MAGNÉSIE

Mode d'emploi

Une ampoule tous les  
4 ou 6 jours et 3 ou 4  
cachets ou Dragées par jour

Formes  
— Ampoules  
— Cachets  
— Dragées

ECHANTILLONS MEDICAUX  
& LITTÉRATURES SUR DEMANDE

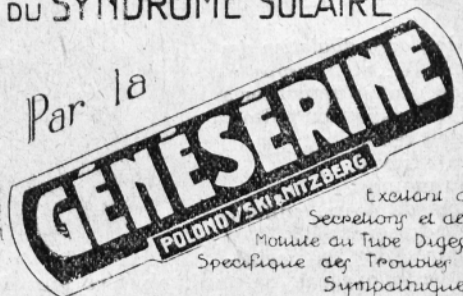
LABORATOIRE DES PRODUITS "AMIDO"

A. BEAUGONIN PHARMACIEN —

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

# TRAITEMENT DES DYSPEPSIES ET DU SYNDROME SOLAIRE

Par la



Extrait des  
Secretions et de la  
Mucine du Tube Digestif  
Spécifique des Troubles  
Sympathiques

Formes Dragées Granulés Gouttes Ampoules



Mode d'emploi

Quatre à six Dragées  
ou Granulés par jour  
Gouttes vingt 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>)

Pour une FAIBLE DÉPENSE

# LA TROUSSE SALVOXYL D, pour injections et inhalations D'OXYGÈNE NAISSANT

PERMET ENFIN, EN TOUS LIEUX, À TOUT MOMENT

la pratique régulière et **EFFICACE**  
de l'OXYGÉNOTHÉRAPIE



**Traitement de :** Tuberculose torpide, asthme, emphyseme, pneumonie, broncho-pneumo-  
nie, affections cardiaques (mitrales), urémie, albuminurie, grippe, coqueluche, surmenage, ané-  
mies, plaies anfractueuses, suppurations rebelles, plaies atones, mort apparente des  
nouveau-nés.

**Prix de la trousse SALVOXYL D, complète :**

**336 FR.** Franco pour la France et les Colonies,

Avec INSTRUCTIONS détaillées

et 2 boîtes de produits SALVOXYL (200 à 800 injections ou 24 inhalations)

**NOTA IMPORTANT AUX PRATICIENS :**

**Un prix réduit spécial : 290 francs franco**

sera consenti jusqu'au 31 août (30 septembre pour les colonies)

Pour toute commande adressée (en se référant de la **GAZETTE**) directement à la **Société LE SALVOXYL**,  
237, rue La Fayette, PARIS (X<sup>e</sup>), et accompagnée de son montant en un chèque, mandat ou chèque postal,  
Paris 810-97. — Pour l'Algérie-Tunisie, mêmes conditions chez le dépositaire: **J.-J. Wilke**, 8, rue Arago, Alger.

inhalations d'oxygène Salvoxy, faites deux fois par jour, lui rendent le sommeil, suppriment l'anhéance, diminuent l'expectoration, cela depuis bientôt quatre mois; plus d'amaigrissement, retour des forces, le malade peut travailler.

**Emphysème avec dilatation des bronches.** M. B..., vieil emphysémateux, ne peut se remonter à la suite d'une congestion pulmonaire; il doit renoncer à tout travail, dyspnée au moindre effort, accès de toux, suffocations, perte du sommeil.

Ces piqûres de 200 centimètres cubes d'oxygène Salvoxy, répétées tous les deux jours, lui ont rendu le sommeil, les forces, une respiration tendant à la normale; il a repris ses occupations après six injections de 200 centimètres cubes tous les deux jours.

**Albuminurie.** M. J..., 19 ans, n'a pas le souvenir de maladies de l'enfance; atteint au début d'août 1925 de céphalée violente, d'œdème des jambes, d'asthénie, l'analyse des urines décèle une quantité d'albumine de 7 grammes par litre!!!

Le 30 octobre 1925: première injection de 300 centimètres cubes avec régime déchloruré et repos.

Le 2 novembre 1925: céphalée très diminuée ainsi que l'œdème, nouvelle injection de 300 centimètres cubes.

Le 4 novembre 1925: céphalée de nouveau moins accusée; le malade, qui était venu à la consultation en voiture, vient à bicyclette, œdème très diminué, plus de dyspnée.

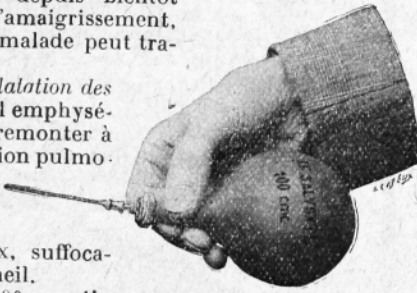
Le 6 novembre 1925: céphalée disparue totalement, plus d'essoufflement, œdème à peine sensible.

Après la sixième injection, le malade n'a plus ni céphalée, ni œdème, ni dyspnée. Le bruit de galop a disparu depuis longtemps; albumine: 0,25. M. J..., qui a fait régulièrement les 5 kilomètres qui le séparent de son docteur, a faim. Il reprend son métier de maçon dès le 15 décembre.

**Anémie cérébrale.** M<sup>me</sup> Q..., mère de famille, très fatiguée par plusieurs maternités successives, présente des troubles de mélancolie aiguë allant jusqu'aux idées de suicide.

Une série de dix injections de 200 centimètres cubes d'oxygène Salvoxy par injection tous les deux jours a procuré à la malade, d'abord la disparition totale de la céphalée, le renouveau des forces, le retour à l'état normal des fonctions cérébrales; plus d'idées noires, plus de mélancolie. Cette observation date de trois mois et la malade, qui n'a pris aucun médicament, n'éprouve plus aucun trouble et vaque à ses occupations ménagères sans fatigue, sans ennui.

Nous reviendrons incessamment sur cette intéressante question de la nouvelle oxygénothérapie, qui est à l'ordre du jour et qui passionne les sommités médicales du monde entier en raison des surprenants résultats qu'elle obtient dans tous les états morbides aigus ou chroniques ayant pour cause ou pour effet un défaut d'oxygénation avec toutes ses néfastes conséquences.



nouvelles, a su à la fois montrer la belle initiative de son esprit chercheur, en même temps que faire une mise au point pleine de précision et de sagesse.

La leçon a été illustrée par des images des gallinacés greffés par Pézard, par les projections des coupes histologiques faites par le professeur Retterer sur des greffons des singes prélevés sur l'homme, des photographies d'animaux et d'hommes greffés et des vues schématiques de la technique opératoire de Voronoff selon la belle description donnée par Dartigues.

Il faut féliciter le professeur Sicard de faire connaître les recherches et les applications faites pour la première fois en France, afin d'éviter de pêcher qu'il n'arrive, comme presque toujours, que les résultats scientifiques ne reviennent en France avec la couleur apparente d'originalité de l'étranger.

## Association d'enseignement médical des hôpitaux de Paris.

Hôpital Saint-Antoine.

Le docteur P. Le Noir fera du 19 au 24 juillet une série de conférences de thérapeutique digestive, tous les matins à 10 heures et demie, salle Aran.

Programme: traitement de l'hyperchlorhydrie; traitement de l'ulcère gastro-duodénal; traitement des sténoses gastro-duodénales; traitement de l'atonie gastrique et des plosés abdominaux; traitement des gastro-névroses; l'hygiène des dyspeptiques.

Se faire inscrire salle Aran.

## Section des voyages de « Bruxelles médical ».

Prochaines croisières.

**Les Canaries au départ d'Anvers, avec retour par l'Espagne ou le Maroc.** — A la demande de nombreux confrères, nous avons pu mettre au point une croisière au départ d'Anvers et du Havre.

Aller: Anvers, le Havre, la Pallice, Bilbao, Vigo, Porto, las Palmas, Retour au choix: A) las Palmas, Almería (Espagne), Marseille; B) las Palmas, Casablanca, Tanger, Marseille.

Le départ d'Anvers est fixé au 31 août et le retour à Marseille au 20 septembre.

Le prix médical de ces tickets maritimes est de 26 livres sterling. Le voyage d'aller s'effectuera à bord du paquebot *Malte*, de la Compagnie des Chargeurs réunis; le retour, suivant qu'il s'effectuera par l'Espagne ou le Maroc, par le *Plata*, des Transports maritimes à vapeur, ou par un bateau de la Compagnie Paquet.

Le séjour aux Canaries sera de six jours en utilisant la voie A pour le retour ou de trois jours en utilisant la voie B.

L'escale au Havre permettra la visite des environs: Rouen, Lisieux, Deauville; l'escale de Leixões-Porto, la visite de cette dernière ville et des rives de l'embouchure du Douro; l'arrêt à las Palmas, la visite de la Grande et de la Petite Canarie, ainsi que plusieurs excursions fragmentaires.

Le retour A et l'escale d'Almería (port de Grenade) permettent de rentrer par l'Espagne.

De plus, il est possible de prolonger de cinq jours, sans supplément, le séjour aux Canaries et de reprendre à las Palmas le *Monedoza*, le 21 septembre, pour être à Marseille le 25 septembre. Cette combinaison permet la visite en détail de tout l'archipel.

Le retour B peut être interrompu à Casablanca pendant cinq ou dix jours, ce qui rend possible la visite d'une partie du Maroc: Marrakech, Fez, Rabat, Tanger.

**Croisières des ports de France.** — Trois croisières d'environ quinze jours auront lieu dans le courant d'août et de septembre à bord des paquebots suivants: *Céphé*, *Ville-d'Amiens* et *Cap-Saint-Jacques*, au départ d'Anvers, Dunkerque ou le Havre, pour Bordeaux, Lisbonne et Marseille (Tanger facultatif). Prix: 1.800 francs.

**Croisières en Orient pour étudiants.** — Deux croisières spéciales pour étudiants de toutes facultés sont organisées par la Compagnie Fabre au prix de 1.800 francs (voyage A) et 2.100 francs (voyage B). Itinéraire: Marseille, Alexandrie (le Caire), Jaffa (Jérusalem), Beyrouth (Baalbeck, Liban), Smyrne, Constantinople, Athènes, Messine (Palermo), Naples, Marseille.

Le voyage A quitte Marseille le 30 juillet et dure 26 jours. Le voyage B quitte Marseille le 26 août et dure 30 jours (en raison d'un arrêt de cinq jours en Sicile).

Les prix ci-dessus comprennent le ticket maritime, le logement en cabine de seconde et la table, vin compris. Ces voyages se font à bord des beaux bateaux de passagers *Braga* (A) et *Sinaïa* (B). Un prix forfaitaire, comprenant: chemins de fer, hôtels, restaurants, pourboires, etc., a été établi pour la visite de toutes les escales et environs: 62 dollars pour la croisière A et 75 dollars pour la croisière B. La compagnie

## ÉCHOS

### Cours d'endocrinologie du professeur Sicard.

Le professeur J.-A. Sicard vient d'inaugurer à la faculté de médecine un cours nouveau sur l'endocrinologie. Il a traité de la question opothérapique médicale par le produit des glandes thyroïdiennes en particulier, hypophysaire, etc... et aussi de l'endocrinothérapie chirurgicale par l'application des greffes testiculaires, ovariennes, etc... suivant les méthodes élaborées au Collège de France par le docteur S. Voronoff, qui font, on le sait, l'objet de nombreuses études et applications à l'étranger, où l'enseignement des greffes des glandes endocrines est pratiqué du reste du haut de plusieurs chaires professorales, principalement en Italie.

Le professeur Sicard, dans de lumineuses leçons, écoutées par un nombreux public d'étudiants avides de s'instruire des recherches



# HIPPO-CARNIS

**SUC PUR DE VIANDE DE CHEVAL**

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

**Ne constipe 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

Trib. Seine 102.980.

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

**RACHITISME - ANÉMIE - DIABÈTE  
ALGIES - CONVALESCENCE  
TUBERCULOSE.**

**Spécifique des  
maladies  
nerveuses**

**FOSFOXYL**  
**TERPÉNOHYPOPHOSHITE 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, 89, rue de  
Saint-Cloud, Clamart (Seine).**

informe que ces deux voyages sont accompagnés d'un guide et d'un directeur de voyage, et que les sommes d'argent que les familles voudraient mettre à la disposition des jeunes gens peuvent lui être confiées. Brochure explicative illustrée et très détaillée sur demande à l'adresse ci-dessous.

N. B. — Vingt-cinq places seulement sont à la disposition de *Bruxelles médical*.

**Renseignements généraux.** — Tous les renseignements concernant les trois projets ci-dessus doivent être demandés, *en se réclamant de « Bruxelles médical »*, directement au Service des Croisières médicales internationales (Office belge C. F. Navigation), 29, boulevard Adolphe-Max, à Bruxelles.

## A la mémoire du professeur Le Double.

Tours, le 1<sup>er</sup> juin 1926.

MONSIEUR ET CHER COLLÈGUE,

Plusieurs anciens élèves du professeur Le Double se sont réunis en vue d'étudier le moyen de mettre en état la tombe du regretté professeur de l'école de médecine de Tours.

Cette tombe, depuis 1913, a été laissée dans le plus complet abandon.

Ils ont décidé de vous proposer de placer sur cette tombe une pierre funéraire sur laquelle sera inscrit le nom de Le Double.

Le prix de cette pierre pourra s'élever à environ 2.500 francs. Nous pensons que cette somme pourra être réunie facilement par souscriptions entre les anciens élèves et les amis du professeur Le Double.

Une fois la tombe remise en état, son entretien sera confié à la municipalité de Tours.

Veillez agréer, Monsieur et Cher Collègue, l'assurance de nos sentiments distingués.

DROUAULT, DUBREUIL-CHAMBARDEL, HOUSSAY,  
FAIX, LEBAS, MAURICE, ROY.

P.-S. — Prière d'adresser les souscriptions à l'un des signataires de cette lettre ou à l'école de médecine de Tours, boulevard Tonnelé, Tours.

A Châteauroux, sur Montluçon et Tours;  
A Argenton, sur la Châtre;  
A Saint-Sulpice-Laurière, sur Busseau-sur-Creuse et le Dorat.

## CHEMIN DE FER DE PARIS A ORLÉANS

ÉTÉ 1926

LE FINISTÈRE EN AUTO-CAR  
CIRCUITS AU DÉPART DE QUIMPER  
DU 1<sup>er</sup> JUIN AU 30 SEPTEMBRE

**CIRCUIT I (tous les jours).** — Départ à 8 h. 45, retour vers 18 h. 15.  
Prix du transport : 40 francs.

Plozevet, Pont-Croix, Audierne, pointe du Raz, Saint-Thuguen (chapelle), Confors, Douarnenez, Locronan.

**CIRCUIT II (les lundis, mercredis et samedis).** — Départ à 8 h. 45, retour vers 18 h. 45. Prix du transport : 45 francs.

Locronan, Sainte-Marie-du-Menez-Hom, Morgat, pointe des Poirs, Camaret, le Faou, Châteaulin.

**CIRCUIT III (les jeudis et dimanches).** — Départ à 8 h. 45, retour vers 18 h. 45. Prix du transport : 40 francs.

Châteauneuf-du-Faou, Saint-Herbot, Huelgoat, Roc'h-Jes-Trévez, Pleyben.

**CIRCUIT IV (les mardis et vendredis).** — Départ à 8 h. 45, retour vers 19 h. 15. Prix du transport : 35 francs.

Pont-Aven, Quimperlé, forêt de Pont-Calleck, Kernascleden, le Faouet, rochers du Diable, Quimperlé, Rosporden.

**CIRCUIT V (tous les jours).** — Départ à 13 h. 30, retour vers 18 h. 45. Prix du transport : 25 francs.

Loctudy, phare d'Eckmühl, Saint-Guénolé, Penmarch, Pont-l'Abbé.

**CIRCUIT VI (tous les jours).** — Départ à 13 h. 30, retour vers 18 h. 45. Prix du transport : 25 francs.

Bénodet, Beg-Meil, Fouesnant, Concarneau, château de Kéryolet.

Prix spéciaux : circuits I, V, VI et un autre au choix : 125 francs pour les 6 circuits : 210 francs.

Pour tous renseignements et billets, s'adresser à l'agence de la Compagnie d'Orléans, 16, boulevard des Capucines, à Paris, et aux auto-cars de Cornouaille, 10, boulevard de Kerguelen, à Quimper.

Il existe également au départ de Quimper (d'avril à septembre) un service de canots automobiles pour la descente de l'Odé, la plus jolie rivière de France.

Pour tous renseignements, s'adresser aux transports maritimes de Cornouaille, 44, quai de l'Odé, à Quimper.

## CHEMIN DE FER DE PARIS A ORLÉANS

ÉTÉ 1926

LE TOUR DES COTES DE BRETAGNE EN AUTO-CAR  
Voyage en cinq journées de Vannes à Dinard et vice versa  
du 7 juin au 19 septembre

Départ de Vannes les dimanches 13 et 27 juin et ensuite tous les dimanches et de Dinard les lundis 7 et 21 juin et ensuite tous les lundis jusqu'au 13 septembre. Itinéraire dans le sens Vannes-Dinard :

1<sup>re</sup> jour : Vannes, Sainte-Anne-d'Auray, Carnac, Lorient, Quimperlé, Pont Aven, Concarneau, Auray, Quimper.

2<sup>e</sup> jour : Quimper, pointe du Raz, Audierne, Douarnenez, Quimper.

3<sup>e</sup> jour : Quimper, Locronan, Morgat, Guimiliau, Saint-Thégonnec, Morlaix.

4<sup>e</sup> jour : Morlaix, Lannion, Ploumanach, Perros-Guirec, Tréguier, Paimpol, Saint Quay, Saint Brieuc.

5<sup>e</sup> jour : Saint-Brieuc, Val-André, cap Fréhel, Dinard.

Prix du transport pour le parcours total Vannes-Dinard ou vice versa : 450 francs.

Les billets sont mis en vente à Paris à la gare du quai d'Orsay et à l'agence de la Compagnie d'Orléans, 16, boulevard des Capucines, ainsi qu'à la gare de Vannes.

## CHEMIN DE FER DE PARIS A ORLÉANS

**AMÉLIORATION DES RELATIONS DE PARIS AVEC BOURGES, LIMOGES ET MONTLUÇON. — RÉTABLISSEMENT DU TRAIN EXPRESS 57 (TOUTES CLASSES) SUR LIMOGES ET EXTENSION DE SA PÉRIODE DE CIRCULATION.**

Le train 57 sera mis en marche tous les jours entre Paris-Quai d'Orsay et Limoges du 1<sup>er</sup> juillet au 4 septembre inclus, les samedis et veilles de fête, du 29 mai au 26 juin inclus et du 11 septembre au 2 octobre inclus, les 30 octobre, 24 et 31 décembre ainsi que les samedis veilles de Pâques et de Pentecôte.

Paris-Quai d'Orsay.....	départ	13 h.
Vierzon.....	arrivée	15 h. 57
Limoges.....	—	19 h. 24

Principales correspondances assurées :

A Vierzon, sur Tours, Romorantin par Villefranche-sur-Cher, Bourges, Montluçon, Cosne, Saincaize et Argent, ainsi que pour toutes les gares comprises entre Vierzon et Limoges;

## Laboratoire A. GIRARD, 48, Rue d'Alsia - PARIS (14<sup>e</sup>)

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

R. C. Seine : 32.028

Le Gérant : H. AUBUGEAULT.

5-26-42719. — Tours, Imprimerie Tourangelle, 20-22, rue de la Préfecture