

LA GAZETTE MÉDICALE DU CENTRE

Revue Mensuelle
de Médecine Française et de Décentralisation Scientifique

FONDÉE ET PUBLIÉE PAR

D^r L. DUBREUIL-CHAMBARDEL

Rédacteur en Chef

3, rue Jeanne-d'Arc, TOURS

R. BOUREAU

Ancien Chirurgien en chef et administrateur
de l'Asile de Glocheville

Ed. CHAUMIER

Directeur de l'Institut
Vaccinal de ToursD^r ROUX-DELIMAL

Chef de Service à l'Institut Prophylactique

Administrateur

209, boulevard Saint-Germain, PARIS

LAPEYRE

Chirurgien en chef de l'Hospice Général
de Tours, Prof. Ecole de Médecine

BOSC

Médecin en Chef
de l'Hospice Général de Tours

COSSE

Oculiste
Général de Tours

COMITÉ DE PAI NAGE :

A. ROBIN

Prof. Faculté de Paris

J.-L. FAURE

Prof. Faculté de Paris

BEAUNIS

Prof. hon. Fac. de N

MOUSSU

Ecole d'Alfort

ANTHONY

Prof. au Museum

H. CLAUDE, CASTAIGNE, GRÉGOIRE, GOUGEON, H. LABBÉ, M. LABBÉ,

Professeurs agrégés à la Faculté de Médecine de Paris

LAUBRY & MERKLEN

Médecins des Hôpitaux de Paris

LEGER

Prof. Univ. de Grenoble

VERNES

Directeur de l'Institut Prophylactique

THIROLOIX

Prof. agr. à la Fac. de Méd. Paris

VERNEAU

Prof. au Museum

LAUNOY

Prof. Agr. Ecole Sup. Pharm. Paris.

DOURIS

Prof. agré. Fac. Nancy

LAGRANGE, MOURE, POUSSON, SABRAZÈS

Professeurs à la Faculté de Médecine de Bordeaux

LESBRE

Directeur Ecole Vétérinaire de Lyon



PIERRE-FIDÈLE BRETONNEAU

1774-1863

SOMMAIRE :

	Pages		Pages
Le Professeur Marcel LABBÉ.....	L. LAPEYRE 33	Nos Écoles de Médecine.....	P. C. 52
Péricardite subaiguë au cours d'une Néphrite Azotémique, souffle tubaire de la base droite par sclérose pulmonaire...	Prosper MERKLEN 34	Les lois scientifiques de l'éducation respiratoire.....	J. AMAR 55
Du traitement chirurgical précoce de l'Ulcère de l'Estomac, Traitement préventif du cancer Gastrique.....	L. LAPEYRE 37	Rêve et Réalité (suite et fin).....	JEAN LINIÈRES E. GRANDJEAN 56
Un peu de fiscalité Médicale.....	FAIX 40	Axyphoïdie.....	TETBERT 57
Une lueur dans le Tunnel : les Entérites.	BOSC 44	Anthologie : Idiosyncrasie.....	L. CHOLLET 58
La lutte anti-vénérienne aux États-Unis, le programme Législatif.....	D ^r ROUX-DELIMAL Jean LINIÈRES 50	Bibliographie.....	X... 58
		Nouvelles.....	X... 61
		Intérêts professionnels : nouvelle loi sur les Pensions.....	X... 63

La Gazette Médicale du Centre n'insère que des articles inédits. La reproduction de ces articles n'est autorisée qu'avec indication d'origine et du nom de l'auteur.

DÉPÔTS :

PARIS

Librairie A. MALOINE et Fils

27, rue de l'Ecole de Médecine

TOURS

Librairie TRIDON

49, rue Nationale

PARIS

Librairie VIGOT

23, place de l'Ecole de Médecine

LIPOIODINE CIBA

ÉTHER GRAS IODÉ CONTENANT 41 % D'IODE

Efficacité thérapeutique égalant celle des IODURES, mais bien meilleure tolérance

ADÉNOPATHIE — HYPERTENSION — GOITRE — SYPHILIS

et autres indications de la médication iodurée

COMPRIMÉS DE 0 GR. 30 (2 à 8 par jour, aux repas)

Echantillons, Littérature, LABORATOIRES CIBA, O. Rolland, Ph^{ien}., 1, place Morand, LYON

Reconstituant général sans contre-indications

Contre toutes
les formes
de la
la Faiblesse
et de
l'Epuisement

Phosphate
— — — vital
de Jacquemaire

Glycérophosphate
identique
à celui de
l'organisme

ÉCHANTILLONS : Établissements JACQUEMAIRE - Villefranche (Rhône)

≡ IODO-JUGLANS ≡

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.

Dépôts : **PARIS : MM. SIMON & MERVEAU, 21, rue Michel-Le-Comte.**
TOURS : Toutes bonnes Pharmacies.

LA GAZETTE MÉDICALE DU CENTRE

LE PROFESSEUR MARCEL LABBÉ



La Faculté de Paris, vient par un vote dès longtemps attendu, de désigner pour la Chaire de Pathologie générale le Dr Marcel Labbé : l'opinion médicale tout entière souscrit à un tel choix et la Gazette médicale du Centre est heureuse de saluer des premières, dans le collaborateur et ami de ses débuts, le jeune et brillant professeur.

L'homme est très jeune en effet — pas même la cinquantaine — et il le paraît plus encore, les années ayant passé sur lui sans l'alourdir ou le blanchir.

Actif même dans ses loisirs qu'il consacre parfois à l'aquarelle, doué d'une très grande puissance de travail, il est capable pendant de longues années de marquer fortement de son empreinte une science en perpétuel devenir.

Son passé répond de lui. Elève de l'Ecole de Nantes où il fut interne et aide d'anatomie avant de venir à Paris, le voici médaillé d'or en 1897, médecin des hôpitaux en 1903, agrégé en 1904, brûlant les étapes comme en se jouant. Ses maîtres Landouzy, Debove le tiennent en haute estime, son aîné et ami le professeur Bezançon collabore étroitement avec lui.

Son mariage avec une des charmantes filles du professeur Paul Reclus, aujourd'hui si prématurément disparu, stimule encore son légitime désir de parvenir au poste tant envié.

La Faculté de Médecine de Paris ne suit-elle pas à travers les âges le destin de la grande ville et ses fluctuations, pour rester en définitive la première du monde.

Grand honneur certes d'arriver si haut, encore y a-t-il la manière !

Or, chose assez singulière, dans un temps où la modestie a peu cours, où le sens de la mesure est rare, c'est par son élégante discrétion même que le nouveau professeur s'est imposé à l'attention. Il est resté affable et simple, ennemi de toute réclame et pendant la guerre même, tel un vulgaire praticien, a fait tranquillement son devoir à Soissons, au Thillot, etc., au risque de se faire oublier au profit de plus habiles.

La leçon d'ouverture rédigée par cet esprit fin et distingué, ennemi de toute prétention et de toute emphase, sera sans doute attendue avec quelque curiosité. Ce contraste avec quelques leçons récentes ne manquera pas de piquant : l'éloge d'un Maître même très aimé ne gagne pas à trop d'hyperbole ; la valeur vraie n'a pas besoin de sa propre admiration.

Je ne prétends point ici analyser ou même énumérer tous les travaux du nouveau professeur : ils déborderaient le cadre de ce modeste article. En voici cependant un fidèle aperçu.

Tout en se consacrant à l'enseignement, rédigeant la Chronique médicale du grand quotidien Les Débats, le Dr Marcel Labbé a avant toute autre chose le souci de la recherche personnelle, et ses travaux s'enchaînent avec une rigoureuse logique appelée sans nul doute à devenir de plus en plus fructueuse.

Etudiant, il a été l'élève d'Hénocque qui le premier étudia par la méthode spectroscopique les transformations de l'hémoglobine du sang, il poursuivra cette étude sous toutes ses faces, armé de toutes les méthodes modernes.

Le classique traité d'hématologie publié avec Bezançon en 1904 résume une longue et intéressante série de travaux sur le cyto-diagnostic, l'hématoscopie, les leucocytoses. Mais l'étude du sang pour être complète suppose celle des organes hématopoïétiques : parallèlement, donc Marcel Labbé étudie : l'anatomie et la physiologie des ganglions lymphatiques, leur pathologie ; en particulier, la lymphadénie, la leucémie, la pseudo-leucémie sur lesquelles il projette une vive lumière.

Le point de vue chirurgical, n'est pas oublié, il démontre avec Bezançon et Souhault que beaucoup d'adénopathies accompagnant le cancer ne sont point cancéreuses, que les ganglions à distance sont le plus souvent purement inflammatoires.

La notion est d'importance capitale pour le chirurgien dans la décision et le choix de l'acte opératoire.

Mais voici que sous l'influence du professeur Landouzy, les questions d'alimentation attirent son attention et bientôt après elles la nutrition et ses troubles.

Le champ est vaste, nos connaissances rudimentaires ; le clinicien et l'habitué du laboratoire réunis en un même homme peuvent seuls débrouiller un peu le formidable écheveau.

Le Dr Marcel Labbé a trouvé la voie que sans aucun doute il suivra toute sa vie : l'aide de son frère Henri Labbé, agrégé de chimie de la Faculté, lui est précieuse, raison de plus pour persévérer. La question des régimes, celle surtout du diabète le passionne, il y est attelé depuis 1906.

L'Acidose dans ses rapports avec les différentes formes du diabète, le coma diabétique, sa prévision, le pronostic chirurgical sont devenus ses recherches préférées. Le professorat lui donnera des moyens plus efficaces de travail, il s'en servira soyez-en sûrs.

Déjà un livre sur le diabète est prêt à paraître chez Masson : combien de praticiens l'achèteront aussitôt en vente !

En terminant cette rapide esquisse, je ne puis mieux faire que de citer Marcel Labbé lui-même et noter ici ce fragment de conversation récente entre vieux amis sur le seul de son service de la Charité :

« Oui, je suis bien heureux d'avoir enfin un laboratoire outillé pour la recherche, j'y travaillerai, j'y ferai travailler : mais médecin avant tout je suis et médecin je resterai. C'est au malade que je reviendrai toujours comme à mon guide le plus sûr et le plus aimé. »

Ainsi soyez tranquilles, chers lecteurs, le nouveau professeur n'abandonnera jamais la Clinique pour le Labo : sa science pour être solide n'aura rien de l'incompréhensible falras germanique.

Son père, Amiénois, poète et philosophe distingué, sa mère Parisienne, lui ont fait une âme très nuancée où vous reconnaîtrez la vôtre.

Et le vieil et fidèle ami qui signe ces lignes en félicitant le compagnon de toujours, félicite aussi et la Faculté et la Science médicale française.

PÉRICARDITE SUBAIGUE AU COURS D'UNE NÉPHRITE AZOTÉMIQUE

SOUFFLE TUBAIRE DE LA BASE DROITE PAR SCLÉROSE PULMONAIRE

Par Prosper MERKLEN

Médecin des Hôpitaux de Paris

Les péricardites ne constituent pas seulement une importante complication des néphrites chroniques. Leur principal intérêt provient, on le sait depuis longtemps, de la gravité qu'elles confèrent au pronostic; elles avertissent que la mort ne saurait tarder. Widal a fourni le secret de leur danger en dépitant leurs rapports avec les formes graves d'azotémie.

Nous rapportons un cas typique de péricardite par néphrite azotémique. Ce qui le rend assez spécial, c'est l'aspect clinique, d'ailleurs connu, de la péricardite, qui a évolué sur le mode subaigu, avec alternances de phases d'asystolie et de rémission. A certains moments, cette péricardite était à la première place et rejetait à l'arrière-plan les accidents rénaux; la malade ne s'améliorait que par la thérapeutique cardiaque.

Le second point intéressant de cette observation a trait à l'interprétation d'un souffle tubaire, rarement noté en pareilles circonstances, et au diagnostic anatomique qui s'ensuit.

M^{me} Lef..., 36 ans, entre à l'hôpital Laënnec le 23 mai 1919,

Son affection remonte à 5 mois. En janvier, signes de néphrite chronique, albuminurie, dyspnée, vomissements, œdème des jambes, etc. Pas de maladies dans les antécédents, à part une rougeole vers l'âge de 30 ans. Depuis assez longtemps céphalées fréquentes, surtout aux moments des époques; pas de syphilis, et réaction de Bordet-Wassermann négative.

A son arrivée, la malade est pâle, asthénisée et très dyspnéique. Elle s'assied avec peine sur son lit et offre des tendances lipothymiques. Un peu d'œdème des membres inférieurs. Les symptômes cardiaques dominent la situation: voussure précordiale, augmentation de la zone de matité qui déborde le sternum et l'appendice xyphoïde à droite; battements de la pointe dans le 6^e espace; bruit de galop; temps du cœur bien frappés; bruit râpeux, à type de frottement, sans synchronisme avec la systole ou la diastole, se percevant dans presque toute la région précordiale et dépourvu de maximum net; pouls petit, régulier, aux environs de 120; tension 25-14 au Pachon. Foie gros et douloureux. Dysphagie; sensation de sécheresse de la bouche et de la gorge; pesanteur épigastrique, inappétence, vomissements répétés et douloureux. Céphalée; insomnie. Apyrexie. Pendant les 24 premières heures de son séjour à l'hôpital, du 23 au 24 mai, la malade émet 500 grammes d'urine qui contiennent 2 gr. 67 d'albumine et 8 gr. 92 d'urée, tandis que l'azotémie est de 2 gr. 81.

Même situation jusqu'à la fin de mai, sans grande amélioration par les saignées, le régime lacté et les médications dirigées contre l'élément rénal. Le 29 mai, azotémie de 5 gr. 29. Cependant 30 gouttes de digitaline vont provoquer la crise de diurèse: 2 litres à 2 litres et demi d'urines quotidiennes les premiers jours de juin, pouls, déjà tombé à 100 auparavant, descendant à 60 et gagnant en énergie et en ampleur, tension baissant à 19-21 et 9-10, chute progressive de l'azotémie à 3 gr. 24 le 10 juin. Simultanément, diminution de la dyspnée et de l'asthénie avec amélioration de l'état général; moindre étendue

de l'aire cardiaque; disparition du frottement péricardique à l'auscultation.

Ainsi s'apaise l'épisode aigu qui avait amené la malade à l'hôpital, épisode de péricardite venant compliquer une néphrite chronique azotémique et hypertensive. Cette néphrite était apparue chez un sujet jeune, sans étiologie saisissable, double particularité clinique assez fréquente.

Si la péricardite brightique se spécifie d'ordinaire par son insidiosité ou son minimum de signes fonctionnels, il est des cas, beaucoup plus rares, où le tableau en est autrement riche et bruyant. Tel celui de cette femme, dyspnéique et lipothymique, d'une pâleur impressionnante, chez qui la défaillance cardiaque se devinait sous le frottement péricardique. La digitaline a eu sur la situation la plus heureuse influence, en ramenant le cœur à une tonicité sinon normale, tout au moins suffisante.

A cause des symptômes évidents de néphrite, on aurait pu, lors d'un premier examen, n'attribuer la cardiomégalie qu'à un gros cœur rénal, d'autant que le galop était nettement perceptible. Mais la tachycardie permanente affirmait un état plus complexe, que le frottement expliquait aussitôt. L'exagération du pouls offre en pareilles circonstances un intérêt séméiotique de premier ordre.

Après le rétablissement de la fonction cardiaque, le frottement ne put être retrouvé; seul demeura à l'auscultation le bruit de galop. Il y a là une constatation curieuse; de toute évidence, comme le montrera du reste la suite, la lésion anatomique persistait malgré l'amélioration fonctionnelle.

La montée de l'azotémie de 2 gr. 81 à 5 gr. 29 du 23 au 29 mai est rapide. La diminution appréciable à 3 gr. 24, avec la guérison de l'oligurie, permet de penser qu'il s'agit pour une part de fausse azotémie, l'élimination hydrique étant demeurée insuffisante à entraîner toute l'urée qui aurait pu s'éliminer. L'azotémie rénale vraie n'en jouait pas moins un rôle prédominant, bien entendu; mais ce dernier ne saurait faire oublier la concomitance possible d'une azotémie par oligurie, d'observation très fréquente.

Après la détente, la néphrite évolue pendant une quinzaine de jours sans phénomènes nouveaux: dyspnée à l'effort seulement, quelques troubles digestifs, azotémie au-dessous de 2 gr. 50, hypertension demeurant à 21, diurèse aux environs de 2 litres avec albuminurie de 1 gr. 80 à 2 grammes par 24 heures et concentration uréique maintenue à un taux moyen de 20 grammes. Fait par contre plus particulier, le pouls ne tarde pas à remonter pour atteindre régulièrement les chiffres de 120 à 128. A partir du 20 juin, reprise d'asthénie, de dyspnée et de malaise général; vomissements, nausées, cépha-

lées. Le 26 juin, épistaxis. Peu après, saignée de 400 grammes imposée par l'exagération de la dyspnée, d'autant que la tension donne de nouveau 24-14. Soulagement manifeste à sa suite; atténuation des vomissements et de la céphalée, mais nausées persistantes. Insomnies presque continues.

En somme état à peu près stationnaire, entrecoupé d'accidents banaux au cours des néphrites. La note spéciale est encore fournie par la persistance de la tachycardie. Celle-ci témoigne de l'atteinte myocardique, elle-même connexe de la péricardite. Elle acquiert d'autant plus d'intérêt qu'elle reste le seul signe de myo-péricardite appréciable, tout symptôme stéthoscopique ou autre faisant défaut. Un pouls rapide chez un néphritique indique d'ailleurs toujours une complication. La péricardite va bientôt se manifester de nouvelle manière.

Le 4 juillet, crise de dyspnée. A la base gauche matité et souffle pleurétique à caractères classiques; on retire 600 gr. de liquide citrin, dont le Rivalta est négatif. Le cœur reste tachycardé et a toujours le même bruit de galop; de plus il est devenu arythmique. Diminution de volume des urines. Tension 25-14. L'administration de cinquante gouttes de digitaline en trois jours modère l'arythmie, en agissant beaucoup moins sur le taux urinaire.

Juillet se passe dans un état de déchéance progressive. Troubles dyspnéiques sans reproduction notable de l'hydrothorax, troubles circulatoires avec tachycardie continue de 120-130, troubles digestifs tels que nausées, douleurs épigastriques, hoquet parfois vomissements et diarrhée. Apparition d'œdème de la face; aggravation de l'œdème des jambes qui monte jusqu'aux lombes. Les chlorures urinaires, dosés quotidiennement depuis fin juin, oscillent pendant onze jours entre 1 gr. 50 et 2 gr. 50 environ par 24 heures, et le 8 juillet tombent au-dessous de 1 gramme. Ils se relèvent à la fin du mois. Les urines restent assez basses. L'urée sanguine arrive à dépasser 4 grammes au milieu de juillet; elle s'atténue un peu dans la suite.

La concentration uréique (voir le tableau ci-joint) a été plus faible au début de la période d'observation, du 9 au 22 juin, que dans les journées consécutives. Au-dessous de 10 grammes presque toujours dans la première phase, elle s'est élevée ensuite à 14. 17, 18 grammes, atteignant épisodiquement 20 et 21 gr. De façon générale la quantité des urines du nyctémère était de son côté plus forte en juin qu'en juillet, compensant l'évolution du facteur précédent. A la fin de juillet, la baisse des urines s'accuse, ce qui est toujours grave chez les azotémiques; l'urée du nyctémère tombe en effet à 5 et 6 grammes.

A signaler aussi que 20 grammes de chlorures ont été ingérés les 9 et 10 juillet, sans avoir passé dans l'urine. Les œdèmes laissaient prévoir ce résultat de la chlorurie alimentaire.

Ultérieurement les urines n'ont plus été étudiées en série.

Le 1^{er} août on perçoit un fort souffle tubaire à la partie moyenne du poumon droit, avec égophonie, mais sans matité, bronchophonie, modifications des vibrations ou pectoriloquie aphone. Ni fièvre, ni frissons, ni point de côté; pas de toux et d'expectoration. Pas de liquide à la ponction exploratrice, qui décèle par contre encore quelque reliquat hydrothoracique à gauche.

Le souffle est constant et persiste sans changements; il ne

varie pas dans les diverses positions du malade; il se complique bientôt de râles fins, variables selon les jours, en placard ou dissimulés.

La radioscopie du thorax montre un très gros ventricule gauche et des oreillettes largement débordantes. Les mouvements cardiaques sont peu apparents. La base du poumon gauche est grise; celle du poumon droit claire, reposant sur un diaphragme bien mobile. Le diamètre transversal de l'aorte mesure 3,5 (au lieu de 2 à 2,5 de 30 à 40 ans, en position debout, d'après Vaquez et Bordet).

Les choses restent en l'état jusqu'à la mort de la malade, survenue le 10 septembre par intoxication rénale et cachexie progressives. Le pouls n'a pas cessé de battre entre 120 et 130. Point à relever, les derniers jours s'entend à nouveau le frottement péricardique, que de multiples investigations n'avaient plus permis de retrouver depuis la poussée aiguë du début. L'urée sanguine a varié de 2 gr. 70 à 3 gr. 48 du 31 juillet au 6 septembre.

Voilà des symptômes pulmonaires qui se spécifient par leur allure insolite. Il n'est pas commun de voir un souffle tubaire coïncider avec des signes de conservation de la perméabilité pulmonaire et avec un état radioscopique normal; ces deux dernières données seraient déjà suffisantes à interdire l'idée d'hépatisation, si ne manquaient en outre tous les signes généraux et fonctionnels de la pneumonie. L'égophonie n'a qu'un intérêt secondaire; elle s'observe souvent en cas de souffle tubaire, sans liquide concomitant.

Faut-il donc rattacher à la péricardite les symptômes en cause et à n'y voir autre chose qu'un syndrome de Pins (signes pseudo-pleurétiques ou pseudo-pneumoniques), expression d'une atelectasie du poumon comprimé par l'épanchement péricardique? Ce signe appartient surtout à l'enfant; notre malade était en effet mal développée et quelque peu infantile. Cependant les accidents de Pins évolueraient à la base droite; en règle ils se notent au contraire du côté gauche, qui ici présente simplement l'hydrothorax banal des cardio-rénaux (Rivalta négatif). Ils ne se modifient pas en outre par la position de la malade.

Bien plus probablement s'agissait-il d'une modalité de sclérose pulmonaire. On sait que cet état, de nature complexe, relève avant tout de stase par gêne de la petite circulation et d'intoxications variées. La stase est conditionnée par la péricardite; il est naturel qu'en une zone elle ait abouti à la sclérose chez un sujet à reins obstrués. Le souffle tubaire, isolé pour ainsi dire et par là même anormal, s'accorde fort bien avec l'idée de sclérose du poumon.

L'autopsie montre les faits suivants.

Gros cœur de Traube, pesant 710 gr; hypertrophie prédominante des parois du ventricule gauche. Le péricarde contient environ 300 gr. de liquide citrin. Il est dépoli; ses feuillets sont réunis par des fausses membranes lâches, molles et comme gélatineuses, qui dessinent entre elles des cavités aréolaires. Des adhérences de même nature relient le péricarde aux poumons, surtout droit, et au diaphragme. On a affaire à une forme de péricardite avec épanchement.

Le poumon gauche est violacé et congestionné. On compte environ 200 gr. de liquide dans la plèvre.

Le poumon droit se montre atteint de congestion œdéma-

teuse, sans liquide pleural associé. De plus à la base il y a un petit noyau, surnageant dans l'eau, qui atteint à peu près le volume d'une grosse noix, et qui histologiquement est constitué par de l'alvéolite chronique avec prolifération cellulaire et extravasation leucocytaire. Plus en dedans, le poumon est traversé par des bandes de sclérose limitant des territoires de teintes variées, d'où aspect bigarré de l'ensemble.

Les reins sont petits; leur poids total ne dépasse pas 120 gr. Ils sont pâles et durs; la substance corticale apparaît très diminuée. Ils réalisent le type banal de la néphrite scléreuse atrophique.

De cette autopsie l'état du poumon droit est surtout à retenir. Les tractus fibreux qui traversent la partie inférieure de l'organe contrastent avec la congestion oedémateuse avoisinante. Elles témoignent d'un processus plus avancé, ayant atteint le stade de sclérose. L'examen microscopique a même permis de saisir en un point la réaction parenchymateuse sous forme d'alvéolite proliférante. Ainsi s'explique le souffle tubaire, qui réalise l'expression d'une sclérose pulmonaire d'origine cardio-rénale, en montrant ce qu'avaient fondé les objections formulées contre l'idée d'hépatisation et contre celle de syndrome de Pins.

Aussi bien la péricardite at-elle suscité chez cette rénale des accidents pulmonaires variés: congestion oedémateuse bilatérale, épanchement à gauche, sclérose à droite. Que l'intoxication urémique y ait aussi un rôle essentiel, on n'en saurait douter. Il n'en demeure pas moins que la péricardite brightique n'a guère pour habitude de susciter un tel luxe de complications, qui sont loin de sa latence habituelle. Sans doute sont-elles pour une part en rapport avec la forme inflammatoire de la maladie, avec son évolution subaiguë et relativement longue. En tous cas elles ne contribuent pas peu à individualiser le cas actuel et à en justifier l'intérêt.

Voici un tableau, établi avec l'aide de M. Foulkes, interne en pharmacie du service, qui indique, pour une bonne partie de la maladie, la courbe de la quantité des urines, de l'urée et des chlorures, ainsi que l'évolution de l'azotémie.

L'albumine a oscillé durant ce temps entre 0,72 et 5,35 par litre, entre 1,81 et 2,67 par 24 heures.

La malade était soumise au régime hypoazoté et déchloruré classique: sucre, légumes verts, riz, pommes de terre, fruits cuits, compotes, un peu de lait, etc; elle ingérait les boissons en quantité modérée.

TABLEAU

DATES	URINES				SANG
	Volume	Urée	Naol		
		Litre 24 Heures	Litres 24 Heures		Urée par litre
23 Mai	500	17,84	8,92		2,81
25 —					4,64
29 —	750				5,29
30 —					4,97
1er Juin					4,75
3 —					3,78
8 —					3,45
9 —	2500	4,86	12,15		
10 —	2300	7,02	16,14		3,21
12 —	2500	8,10	20,25		
13 —	3000	8,10	24,30	1,28	3,84
14 —	1500	7,81	11,76		
15 —	2500	11,35	28,42		
16 —	1800	10,00	18,00		3,35
17 —	2300	7,30	16,79		
18 —	2750	8,10	22,27		
19 —	1850	7,81	14,44		
20 —	2300	8,38	19,27		
21 —	1900	9,35	16,83		2,59
22 —	2500	7,02	17,55		
23 —	1200	17,30	20,76		
24 —	2000	7,70	15,40	2,92	5,81
25 —	1300	11,35	14,75	2,69	3,49
26 —	1000	14,30	14,30	1,81	1,81
27 —	1100	12,20	13,40	1,40	1,54
28 —	1050	11,35	11,86	1,46	1,53
29 —	1000	12,40	12,40	1,60	1,60
30 —	1300	11,35	14,75	1,43	1,85
1er Juillet	1200	14,20	17,04	1,56	1,87
2 —	1100	13,40	14,74	1,75	1,92
4 —	1800	12,20	9,76	2,40	1,92
5 —	1100	11,80	12,98	2,20	2,42
6 —	600	17,54	10,52	3,40	2,24
7 —	750	18,20	13,65	3,24	2,43
8 —	800	15,02	12,01	0,93	0,74
9 —	750	14,86	11,14	0,76	0,57
10 —	500	21,10	10,55	0,75	0,37
11 —	450	20,30	9,13	0,81	0,36
12 —	"	"	"	"	"
13 —	600	18,50	11,10	0,80	0,48
14 —	600	17,40	10,44	0,99	0,60
15 —	650	18,30	11,89	0,55	0,35
16 —	1000	12,05	12,05	1,05	1,05
17 —	350	18,15	6,35	1,12	0,39
18 —	800	14,50	11,60	1,05	0,84
19 —	300	13,51	4,05	0,29	0,08
20 —	800	12,82	10,25	0,84	0,67
21 —	1000	10,60	10,60	0,70	0,70
22 —	550	12,20	6,70	1,05	0,58
23 —	"	"	"	"	"
24 —	800	12,70	10,46	1,11	0,88
25 —	600	17,30	10,38	0,99	0,60
26 —	800	12,70	10,16	0,80	0,64
27 —	400	12,50	5,00	4,37	1,74
28 —	500	13,84	6,92	4,15	2,07
29 —	750	12,75	9,66	4,20	3,15
30 —	400	13,10	5,24	4,40	1,76
31 —	500	14,20	7,10	4,08	2,04
1er Août	"	"	"	"	"
11 —	"	"	"	"	"
1 Septembre	"	"	"	"	"
6 —	"	"	"	"	"

DU TRAITEMENT CHIRURGICAL PRÉCOCE DE L'ULCÈRE DE L'ESTOMAC

Traitement préventif du Cancer Gastrique

Par le Docteur L. LAPEYRE

Professeur de Clinique chirurgicale à l'École de Médecine de Tours

Les nécessités de la guerre ont brusquement développé l'usage de la radiologie dans des proportions inouïes ; les installations complètes si rares en 1914 se sont multipliées à l'infini : les quelques cinquante à cent spécialistes d'avant-guerre sont devenus quinze cents à-t-on dit pendant les hostilités. Beaucoup de ces improvisés ont, il est vrai, laissé là l'ampoule en même temps que l'uniforme, mais la diffusion des connaissances essentielles de la radiologie n'en est pas moins devenue très grande.

Chaque opérateur a servi lui-même de moniteur à quelques médecins et chirurgiens venant chercher dans l'examen aux rayons des renseignements de certitude de 1^{er} ordre pour l'exercice même de leurs délicates fonctions.

Le diagnostic des affections du tube digestif et particulièrement de celles de l'estomac doit beaucoup à l'écran fluorescent qui permet de vérifier de visu le fonctionnement des organes et comme il s'agit ici d'un terrain sur lequel la collaboration du médecin et du chirurgien a fréquemment à s'exercer, la diffusion de ces connaissances a heureusement révolutionné l'ignorance ancienne.

Il n'est guère de chirurgien de carrière qui aujourd'hui, non seulement apprécie à sa juste valeur les renseignements fournis sur un estomac par un bon radiologiste, mais, pour avoir participé souvent lui-même à ces examens, ne soit dans les cas types capable d'affirmer seul un diagnostic où la clinique s'éclaire d'une vision directe.

Nombreux sont aussi les médecins praticiens de ville ou de campagne qui pour s'être intéressé à de semblables recherches connaissent la possibilité de préciser dès le début des accidents un diagnostic d'ulcère ou de cancer conduisant à une thérapeutique hardie et rationnelle.

La chirurgie de l'estomac ne date pas d'hier, et, si elle a déjà fait ses preuves de bénignité opératoire en même temps qu'affirmé sa valeur thérapeutique avant le contrôle des rayons, que ne peut elle réaliser aujourd'hui ? alors que le diagnostic de conjectural qu'il était devient quasiment mathématique. Dans notre région le professeur Monprofit véritable précurseur, a prêché d'exemple, convaincu par des succès répétés, non seulement les médecins mais les populations elles-mêmes. Il a gagné à l'intervention toutes les sténoses du pylore, tous les ulcères tumeurs, les formes vraiment douloureuses : la certitude donnée par les rayons doit permettre maintenant d'étendre les bienfaits de l'opération à un très grand nombre d'ulcères de l'estomac.

RAPPORTS DE L'ULCÈRE ET DU CANCER

Je dis un très grand nombre en connaissance de cause, car il est un fait encore trop ignoré qui domine toute la pathologie de l'estomac c'est le rôle primordial joué par l'ulcère dans le développement du cancer.

Grave par lui-même par ses hémorragies mortelles, ses perforations, les sténoses, l'ulcère l'est plus encore

peut-être parce qu'il est la condition pour ainsi dire essentielle du cancer.

Tous les ulcères certes, même au cours d'une évolution de longues années n'aboutissent pas au cancer : inversement, il est des cancers primitifs surtout au niveau des orifices, mais l'étude clinique approfondie de ces dernières années permet bien d'affirmer que dans la grande majorité des cas l'ulcère a précédé le cancer, l'a situé.

Les arguments en faveur de cette thèse peuvent être groupés sous les ordres suivants :

1^o En envisageant les lois générales du développement du cancer.

Nous savons que le néoplasme se développe sur le psoriasis lingual, les dermatoses les vieux psoriasis de la main, les plaques de lupus cicatrisées ou en évolution, les ulcérations dentaires, les brûlures de la pipe sur la lèvre inférieure, les radiodermes, etc.

Il n'est pas de gynécologue qui à l'heure actuelle ne voit dans la métrite ulcéreuse chronique du col la raison principale de la fréquence du cancer utérin et ne préconise dans les cas rebelles chez la femme vers la ménopause l'hystérectomie préventive.

Si nous considérons le tube digestif nous voyons que c'est au niveau de points rétrécis et des coudures que siège presque exclusivement le cancer et nous constatons qu'au fur et à mesure où les matières intestinales deviennent plus dures et traumatisantes le cancer augmente de fréquence.

Voici, en effet, les chiffres donnés :

5 p. 100 pour l'intestin grêle, 15 p. 100 pour le cœcum et les colons, 80 p. 100 pour le rectum.

2^o En considérant de façon isolée l'estomac.

Les statistiques montrent que le cancer de l'estomac est de beaucoup le plus fréquent, 35 p. 100 du total des tumeurs malignes ; que l'homme est beaucoup plus atteint que la femme en raison de son intempérance fréquente.

Et les frères Mayo de Rochester d'après leurs recherches personnelles établies sur un nombre de faits considérables constatèrent que 70 p. 100 des cancers de l'estomac s'étaient développés sur « des cicatrices d'anciens ulcères guéris. » Retenons ce chiffre 70 p. 100, retenons aussi cette constatation, que d'habitude ce n'est pas sur l'ulcère en évolution que se développe le néoplasme, mais sur une cicatrice de guérison.

M. Auguste Lumière qui s'est attaché avec une rare énergie au problème du cancer est arrivé en effet à poser ces principes généraux dont la vérité ne paraît guère pouvoir être contestée (1).

« Les cancers apparaissent surtout parmi les lésions irritatives chroniques qui résultent d'ulcération persistante. »

Ils se développent sur des érosions secondaires de cica-

(1) A. LUMIÈRE. Considérations sur le problème du cancer et plan d'expériences. *Avenir médical*, août 1919.

trices fibreuses ou sur des ulcérations de tissus pathologiques dont la constitution particulière fait obstacle à l'apport des éléments définitifs normaux.

Ce n'est pas pendant la période inflammatoire que le cancer s'installe, mais sur la cicatrice inerte qui succède à une ulcération de longue durée. »

LE TRAITEMENT CHIRURGICAL. — SES MODALITÉS.

Le fait d'obtenir par le traitement médical le pansement bismuthé, la guérison ou le sommeil d'un ulcère ne garantit donc pas contre le danger de l'installation néoplasique. Ce traitement n'est efficace qu'à la condition de cicatrifier vite l'ulcération et de ne pas connaître de rechutes. Tout ulcère qui résiste au traitement ne guérit qu'incomplètement, donne des récidives, tout ulcère chronique en un mot est un appel au cancer : par conséquent c'est le traitement chirurgical qui doit être institué, traitement radical et non plus palliatif comme la nécessité l'impose d'habitude en présence d'une tumeur inflammatoire sténosante aux dernières périodes.

Ce traitement chirurgical si simple au début sous les seules conditions d'un diagnostic exactement posé comprend lui-même plusieurs modes :

La résection en selle.

La cautérisation, méthode de Balfour.

La gastroentérectomie suffisante, pour assurer la guérison complète dans l'ulcus duodénal ou même pylorique.

En Amérique où le savoir médical n'est pas en général très grand, mais où la radiologie est largement employée ce progrès a été accompli.

En France nous avons des médecins instruits, de bons chirurgiens et des radiologues partout ; pourquoi ne faisons-nous pas aussi bien ou même mieux ? C'est que la routine domine encore les esprits, c'est que le danger de la chirurgie gastrique reste un dogme pour nombre de médecins qui ne font opérer que les cancéreux à la période ultime.

Or en réalité à l'heure actuelle rien de plus bénin qu'une gastroentérostomie ou une résection partielle de l'estomac pour ulcère entre les mains d'un chirurgien quelque peu habitué à cette chirurgie.

Pauchet indique pour la gastroentérostomie simple une mortalité nulle (1).

Moi-même depuis le 1^{er} octobre 1918, c'est-à-dire depuis un an trouve 18 interventions, 1 mort.

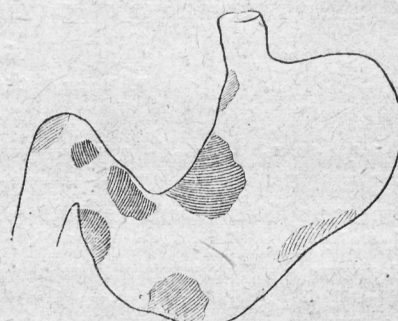
Et la mort est survenue chez un ulcéreux sténosé mourant d'inanition opéré *in extremis* et qui a failli guérir (malade du Dr Mahoudeau d'Amboise).

Ces principes posés, je vais à grands traits résumer l'histoire de l'Ulcus et de son traitement chirurgical afin d'en vulgariser les notions essentielles à tout praticien.

TOPOGRAPHIE DE L'ULCÈRE. — L'ulcus est duodénal ou gastrique : au point de vue opératoire, mieux vaut peut-être distinguer ; l'ulcère de la région pylorique qui embrasse à la fois l'ulcère du duodenum et l'ulcère de l'antra pylorique ; l'ulcère gastrique proprement dit siégeant d'habitude sur la petite courbure.

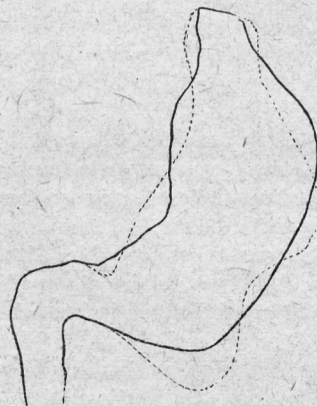
La figure ci-jointe empruntée à l'excellent atlas de mon

ami V. Panchet permet d'un coup d'œil de situer l'ulcus par ordre de fréquence.



Localisations habituelles de l'Ulcus. La fréquence est indiquée par une teinte plus ou moins foncée.

SYMPTOMATOLOGIE CLINIQUE. — L'hyperchlorhydrie récidivante : La douleur plus ou moins vite après le repas selon le siège. La périodicité des crises, l'influence favorable du bismuth constituent les signes bien connus de tous. Un bon signe de l'ulcère du duodenum est l'apaisement de la douleur provoquée par le repas « Pain hunger ».



Plus tard les hémorragies, les phénomènes de sténose au niveau du pylore s'il s'agit d'un ulcus pylorique au niveau de la partie moyenne de l'estomac s'il s'agit d'un ulcus de la petite courbure, en sont les aboutissants.

Mais pendant longtemps, ces signes à l'état incomplet rendent le diagnostic incertain : la confusion est possible avec des accidents purement névropathiques, l'appendicite, la choléystite, les coudures intestinales de Lane, etc.

Conseiller formellement l'intervention, la faire accepter au patient serait souvent impossible, mais voici que la radiologie arrive à notre secours en nous apportant des précisions remarquables.

SIGNES RADIOLOGIQUES. — C'est dans l'Ulcus duodénal qu'ils sont le moins nets, car d'habitude on ne constate rien sur le duodenum même et l'examen de l'estomac seul donne des renseignements.

Ceux-ci sont très probants lorsque l'estomac présente des signes d'excitation anormale, se contracte avec violence, se vide rapidement, prend une direction verticale.

Voici ci-dessus la figure typique observée en pareil cas : Estomac hyperkénétique.

Au cas d'Ulcus gastrique nous avons :

1^o Deux signes de certitude.

(1) Traitement des affections de l'Estomac, 90 figures, MALOINE Editeur.

La niche formée par le cratère de l'ulcère se remplissant de pâte barytée ou bismuthée.

Le diverticule correspondant à une perforation de la paroi (ulcus térébrant);

2° De nombreux signes de probabilité qui s'additionnant entre eux et aux signes cliniques confèrent une quasi certitude.

L'encoche en est le plus important comme la lacune aux contours mal limités l'est pour le cancer.

Cette encoche ou dépression angulaire due à un spasme circulaire de l'estomac en un point qui répond à l'ulcère s'observe sur la grande courbure.

La lésion étant le plus souvent sur la petite courbure, on ne peut dire que l'encoche fait face à l'ulcère dont elle détermine la situation.

L'encoche n'est signe d'ulcère qu'à la condition de se produire en un point toujours le même.

La Biloculation à un faible degré résulte d'une encoche profonde : à un degré accentué elle prouve un rétrécissement cicatriciel dû à un ulcère de la petite courbure.

La stase est due à la sténose ou au spasme du pylore par ulcus pylorique ou prépylorique.

L'aspect de l'estomac en hameçon la diminution des contractions, l'antipéristaltisme, les troubles de fonctionnement du pylore constituent des renseignements venant s'ajouter aux précédents et les complétant.

La clinique et l'examen radiologique combinés permettent donc une très grande et très rare précision dans le diagnostic ; l'ulcère, son siège, son degré d'extension, sa tendance à la sténose ou la perforation sont rigoureusement établis.

L'intervention ainsi guidée n'est que trop justifiée par les douleurs et l'impossibilité de l'alimentation, les risques d'hémorragie foudroyante, de perforation, de sténose, de cancer enfin.

CHOIX DE L'INTERVENTION. — Que doit-elle être ?

L'opération la plus fréquemment faite est la gastroentérostomie simple, dont le type le plus usité est la gastroentérostomie postérieure transmésocolique avec suspension verticale de l'anse intestinale de façon à éviter le circulus viciosus.

Au cas de Sténose du pylore avec inanition grave cette opération est la seule possible au moins dans un premier temps.

Sans danger avec un état même médiocre du patient elle donne des succès pour ainsi dire constants dans les ulcères duodénaux et pyloriques qui réunis sont de beaucoup les plus fréquents.

Les statistiques de Monprofit, Hartmann, Ricard, Delbet en mettent hors doute la valeur pour ainsi dire absolue si le patient veut bien s'astreindre à quelques précautions de régime.

Elle est insuffisante dans les ulcères de la petite courbure et de l'estomac en général ; car alors l'ulcère continue à évoluer.

Au cas d'ulcère de la petite courbure donnant lieu à une sténose médiogastrique à un estomac biloculaire l'opération de choix est la gastro gastrostomie c'est-à-dire la résection du rétrécissement et l'anastomose circulaire des deux portions de l'estomac.

La difficulté de l'opération et sa gravité ne sont pas très sensiblement supérieures à celles de la gastroentérostomie.

Panchet accuse une mortalité de 5 p. 100.

Récemment j'ai opéré dans ces conditions une malade du Dr Jamme (de Selle-sur-Cher) assez basse d'état dont la résurrection rapide m'a moi-même un peu surpris.

En voici l'observation résumée :

OBSERV. — M^{me} X..., 43 ans. Amaigrie de 25 livres, en pleine inanition, rejetant tous les aliments rapidement après leur ingestion, souffre depuis 10 ans. A plusieurs reprises elle a eu des hémateinèses, à plusieurs reprises elle a eu de longues rémissions. Depuis 18 mois au moins elle souffre sans interruption, vomit et s'affaiblit progressivement. Le régime lacté absolu, le bismuth à hautes doses ne l'ont jamais qu'incomplètement calmée.

Depuis 10 jours, il semble que presque plus rien ne passe : son état de faiblesse est tel que l'examen debout à l'écran est à peine possible.

La radio démontre avec une netteté parfaite l'existence d'une sténose médiogastrique très serrée.

La 1^{re} poche ne communique avec la 2^e que par un étroit défilé, succédant à un ulcère ancien de la petite courbure. Opération le 5 septembre. La biloculation, de l'estomac est bien celle constatée ; l'estomac est parfaitement libre d'adhérences. Résection du rétrécissement et suture circulaire de l'estomac (gastrogastrostomie) après emploi de pinces élastiques sans écrasement.

Opération très facile, rapide, 35 minutes. Pas de Shock. Alimentation dès le lendemain. Aucun vomissement. Relèvement très rapide des forces. Départ le 20^e jour. Etat actuel parfait.

Restent les ulcères de la petite courbure au début, chez un malade de santé non altérée.

La destruction de l'ulcère, absolument nécessaire, peut être réalisée par deux méthodes.

1° L'incision au bistouri.

2° La méthode de Balfour.

L'incision en selle au bistouri la première employée et seule usitée en France a été en Amérique l'objet des reproches suivants :

Trouble de la mobilité gastrique et tendance à la biloculation très visible à la radio, explicable par la section de tous les nerfs le long de la petite courbure et la section des grands faisceaux musculaires longitudinaux.

Difficulté assez grande de la suture sur la paroi postérieure.

A la clinique Mayo (de Rochester) Balfour substitue donc pour les ulcères petits et au début la thermocautérisation qui stérilise l'ulcère, évite les troubles de motricité signalés, rend le suture plus facile : la perforation ne dépassant pas d'habitude le diamètre d'une pièce de 0 fr. 50.

A la Société de chirurgie de Paris dans sa séance du 9 juillet 1919 le professeur P. Duval s'est fait le défenseur de la méthode de Balfour qu'il venait d'employer dans quelques cas avec succès.

De la discussion à laquelle ont pris part MM. Quénu, Tuffier, Delbet, Hartmann, il résulte ceci :

La cautérisation ignée ne convient qu'aux petits ulcères aux bords non cartonnés.

L'image radiologique indiquant une tendance à la bilo-

culatation après résection étendue ne peut prévaloir contre ce fait que les opérés mangent avec appétit et digèrent bien.

Enfin le professeur Hartmann au cours de cette même discussion a indiqué une technique qui résout heureusement la difficulté de la suture de la paroi postérieure, lorsque l'ulcère est étendu :

« Après avoir fait l'incision en coin de la petite courbure je tends la section en tirant sur le pylore vers la droite, je suture la brèche directement en passant l'aiguille d'avant en arrière, ce qui va très vite.

L'estomac étant rétréci par cette suture je termine par une gastroentérostomie postérieure. »

En arrivant au terme de cet article de vulgarisation destiné dans mon esprit à propager l'idée que la chirurgie de l'ulcère duodénal et stomacal est aussi bénigne qu'utile je tiens à en résumer les grandes lignes dans les conclusions suivantes :

CONCLUSIONS

1° L'ulcère duodénal et stomacal doit être opéré non

seulement quand il provoque des accidents d'hémorragie, perforation ou sténose, mais toutes les fois qu'il récidive ou persiste. Le cancer est en effet son aboutissant habituel.

2° La gastroentérostomie simple de nécessité dans les sténoses graves est le traitement de choix de tous les ulcères duodénaux et pyloriques.

3° Les ulcères de la petite courbure ayant donné lieu à une sténose médiogastrique sont justiciables de préférence à la gastroentérostomie, de la gastrogastrostomie après résection.

4° Les ulcères de la petite courbure au début ne guérissent pas par la gastroentérostomie. Ils relèvent de l'exérèse directe :

A. Cautérisation ignée (méthode de Balfour) pour les très petits ulcères.

B. Résection au bistouri pour les ulcères étendus combinée ou non à la gastroentérostomie.

UN PEU DE FISCALITÉ MÉDICALE

En cette saison, où nos confrères qui taquinent la Muse regrettent la chute des feuilles, propre à de mélancoliques pensées, annonçons-leur la pousse rapide et la chute imminente des feuilles du fisc, également propre aux pensées amères et annoncée par ce *Mane Tecel Pharès* concernant : *L'impôt sur les bénéfices des professions non commerciales :*

Toute personne passible de l'impôt est tenue de faire, dans les trois premiers mois de chaque année, une déclaration de son bénéfice imposable.

Trois mois nous sont donc accordés pour bâtir à grand renfort de recherches dans des comptabilités souvent embryonnaires (avouons-le) ! une déclaration sincère et vérifiable.

Nous avons pensé, que peut-être beaucoup d'entre nous aimeraient s'éviter la perte de temps causée par la recherche des chiffres idoines à constituer ce travail, et après maintes consultations de compétences es-taxes et impôts nous offrons ci-dessous un résumé du métier de médecin-contribuable, une spécialité que nous exerçons tous peu ou prou.

Il est bien entendu qu'il ne s'agit que de la portion de notre déclaration se rapportant au § 8 de la feuille type de déclaration.

Ceci nettement posé, voyons comment nous allons calculer nos recettes.

Recettes — Elles doivent comprendre :

1°. *Les fixes*. — Il convient en effet de remarquer qu'ils sont dûs à notre qualité de médecin et nous sont attribués uniquement à ce titre.

Nous devons donc les cumuler au § 8 et non les porter sous le titre 7^{me} des traitements.

Naturellement, on ne portera que le chiffre net touché déduction faite des retenues possibles.

2°. *Recettes brutes professionnelles*.

Comprendre sous ce titre les sommes dûment touchées pendant l'année qu'elles appartiennent à cet exercice ou aux exercices précédents.

Le total donne nos recettes brutes globales.

Il nous faut en déduire maintenant nos :

Dépenses professionnelles.

Modèle de Calcul du REVENU PROFESSIONNEL MÉDICAL en vue de la déclaration d'Impôt sur :

LE BÉNÉFICE DES PROFESSIONS NON COMMERCIALES

RECETTES

Fixes médicaux.....

Recettes brutes } Sommes touchées pendant l'année,
professionnelles } qu'elles appartiennent à cet exercice ou aux exercices précédents..

DÉPENSES

(a) Transports } Chemin de fer.....
nécessités } Tramways.....
par la } Voitures en location..
profession } Autos en location....

(b) Honoraires versés à des confrères pour assistance.....

(c) Matériel et (Réparation).....
Instruments (Entretien).....

(d) Pharmacie.....
Frais de bureau.....

(e) Livres médicaux.....
Abonnements aux journaux médicaux.....

(f) Cotisations des Sociétés professionnelles.....

(g) Assurances pour responsabilités professionnelles.....
Assurances, Risques et Accidents professionnels.....

(g) Impôt sur les bénéfices des professions libérales.....
Patente.....
Taxe automobile.....

(h) Frais d'encaissement.....

(a) Loyer } 50 % de la valeur locative
de l'immeuble habité
pour les propriétaires..

(b) Assurances (Vie et dotales exceptées).

(c) Domesticité (Gages et nourritures).

(d) Chauffage.....

(e) Gaz et Electricité.....

(f) Eau.....

(g) Téléphone.....

1° Dépenses
professionnelles
proprement dites.

(déduction totale)

2° Dépenses
professionnelles
accessoires.

(déduction 50 %)

Le plus **PUISSANT RECONSTITUANT GÉNÉRAL**

HISTOGÉNOL

Naline

(Médication
Arsénio-Phosphorée
à base de Nuclarrhine).

Indications de la Médication Arsénicale et phosphorée organique :

**TUBERCULOSE — BRONCHITES — LYMPHATISME
SCROFULE — ANÉMIE — NEURASTHÉNIE
ASTHME — DIABÈTE — AFFECTIONS CUTANÉES**

**FAIBLESSE GÉNÉRALE
CONVALESCENCES DIFFICILES, etc.**

FORMES : Elixir, Granulé, Comprimés, Ampoules.

S'adresser : **LABORATOIRES A. NALINE**, Pharmacien,
à Villeneuve-la-Garenne, près St-Denis (Seine).

Traitement préventif
et curatif de la **SYPHILIS** et du **PALUDISME**

HECTINE

PILULES (0.10 d'Hectine par pilule). — Une à 2 pilules par jour.
GOUTTES (20 gouttes équivalent à 0.05 d'Hectine) 20 à 100 gout. p^r 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

Laboratoires **NALINE**, 12, Rue du Chemin-Vert,
à VILLENEUVE-LA-GARENNE (Seine).

Antisymphilitique très puissant

GALYL

ADOPTÉ par les HOPITAUX CIVILS et MILITAIRES des PAYS ALLIÉS

Plus actif et mieux toléré que 606 et néo-606 (914)

DOSES : Inj. Intrav. : 20 à 60 centigrammes tous les 6 ou 8 jours (10 injections pour une cure).
Inj. Intramusc. : 20 à 30 centigrammes tous les 5 jours (15 injections pour une cure).

LITTÉRATURE ET ÉCHANTILLONS : Laboratoires **NALINE**, à Villeneuve-la-Garenne (Seine).

PAINS SPÉCIAUX ROLLS L. PIROIS

E. DEVELOTTE Successeur

ESTOMAC - INTESTIN - FOIE - DIABÈTE

USINE & BUREAUX :

20, rue de Sébastopol, TOURS. Téléph. 3-73

ROLLS SIMPLES

Dyspepsie, Gastrite, Gastralgie, Entérite, Obésité

ROLLS NON CHLORURÉS

Albuminurie, Affections cardiaques

ROLLS PHOSPHATÉS

Anémie, Croissance, Tuberculose

ROLLS DIASTASÉS

Affections de l'Intestin et du Foie

ROLLS DE FARINE COMPLÈTE

Suralimentation rafraîchissante, Décongestion

ROLLS AU GLUTEN — PAINS DE GLUTEN

Diabète au Glycosurie (90/0 de gluten pur)

BISCOTTES RABELAISIENNES

Aliment de Choix

Délicieuses dans le Café, Chocolat, Bouillon, Thé, etc.

BISCOTTES DE FARINE COMPLÈTE

Décongestion et Rafraîchissant

BISCOTTES AU GLUTEN

Permettant l'emploi du gluten dans les potages

PHOSPHO-GRUTELLINE L. PIROIS

Aliment phosphaté. : Le seul n'échauffant pas.

Indispensable aux Enfants, Nourrices et Convalescents.

PAIN GRILLÉ SANS MIE

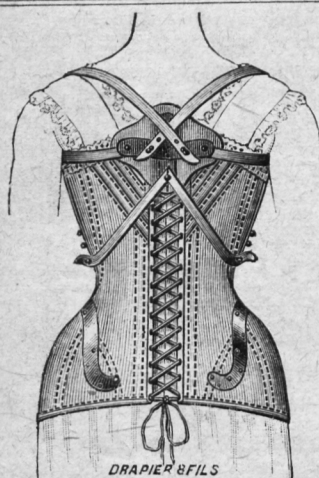
Obésité, Potage et Repas

N. B. — Tous nos Produits ROLLS & BISCOTTES se font non-chlorurés pour les cardiaques et albuminuriques. — Conservation indéfinie.

Par leur dosage, les soins minutieux apportés à leur fabrication et leur richesse en matières nutritives, toutes éminemment digestives, nos **Pains de Régime** défient toute comparaison avec les produits similaires. Ils remplissent toutes les conditions exigées par les Docteurs spécialistes des **Maladies de la Nutrition**.

Ils sont indispensables pendant et après les traitements des **Cures thermales de Vichy, Chatel-Guyon, La Bourboule, Plombières**, etc., qu'ils favorisent et complètent.

Envoi d'Echantillons gratuits à MM. les Docteurs. — Au Public, contre 0 fr. 50



DRAPIER & FILS

41, Rue de Rivoli
PARIS - Tél. Gutenberg, 06-45

SCOLIOSE
CORSET DE MAINTIEN
ORTHOPÉDIE

- Catalogue franco sur demande -

DANS TOUS LES CAS DE :
Troubles de la circulation du sang, Troubles de la PUBERTÉ
Règles difficiles, Âge critique, VARICES, HÉMORROIDES, etc.

Pres-
crivez **L'HÉMOPAUSINE**

Du Docteur BARRIER

Voulez-vous lutter contre la réclame charlatanesque ?
CONSEILLEZ

L'HÉMOPAUSINE

à base d'Hamamelis, Viburnum, Hydrastis, Seneçon, etc.
Dose par jour : Adultes : 2 à 3 ver. à liq. Enfants : 2 à 3 cuill. à dessert

Laboratoire du Docteur BARRIER. Les Abrets (Isère)
Echantillon sur demande

**MALADIES FÉBRILES, GRIPPE
.. .. CONVALESCENCES**

LE QUINIUM ROY

GRANULÉ

Tonique : 1 cuill. à café aux repas
Fébrifuge : par cuill. à soupe ...

**ASTHÉNIE POST-GRIPPALE
ANÉMIE, PALUDISME, ETC. ..**

81, Boulevard Suchet, Paris

Traitement du SYNDROME ANÉMIQUE par le FER COLLOÏDAL

ÉLECTROMARTIOL

FER COLLOÏDAL ÉLECTRIQUE à PETITS GRAINS. — Isotonique, directement injectable et indolore.

PROPRIÉTÉS BIOLOGIQUES

L'ÉLECTROMARTIOL est dépourvu de toxicité. Il n'est pas hémolytique; il peut être injecté sous la peau, dans les muscles ou dans les veines sans douleur et sans inconvénient d'aucune sorte. Les injections provoquent une régénération globulaire plus rapide et plus complète qu'avec les autres préparations ferrugineuses.

APPLICATIONS THÉRAPEUTIQUES

L'ÉLECTROMARTIOL unit les propriétés générales des colloïdes aux propriétés propres du fer. Il doit être employé dans l'anémie essentielle (chlorose) et dans toutes les anémies symptomatiques : anémie par hémorragie, anémie toxique, anémie infectieuse (convalescence des maladies graves).

PHARMACOLOGIE — DOSES ET MODE D'EMPLOI

L'ÉLECTROMARTIOL est délivré en ampoules de 2 c.c. (12 par boîte) et de 5 c.c. (6 par boîte). Dans l'anémie chronique : injection sous-cutanée ou intramusculaire quotidienne de 2 c.c. Dans l'anémie aiguë (post-hémorragique) : injection quotidienne intraveineuse de 5 c.c. d'Electromartiol pur ou diluée dans une injection massive de sérum physiologique.

LABORATOIRES CLIN - COMAR & C^e, PARIS.

1517

Les Sinapismes, Teinture d'Iode, Vésicatoires, Ventouses, Cataplasmes sinapisés, Pointes de feu sont remplacés avantageusement par **" LE RÉVULSIOR "** révulsif idéal liquide.

LE RÉVULSIOR 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 articulaire et musculaire.

**VENTE EN GROS : Établissements PAULIN & BARRÉ, Docteurs en Pharmacie
47, Rue Nationale, TOURS**

Envoi franco d'échantillon aux docteurs qui en feront la demande.

3 ^e Amortissements divers à taux variable à fixer individuellement.	(a) Amortissement annuel (1) déduction 90 %	{ Autos Chevaux Voitures Harnais Etc.	{ Tenir compte du roulement et de la rapidité d'usure.
	(b) Frais d'entretien des susdits déduction 90 %	{ Variable avec l'usage et les localités.....	
	(c) Amortissement de frais d'études et d'installation à 5 %	{ Somme immuable chaque année une fois calculée pour un amortissement total en 20 ans.	

On peut les classer en :

Dépenses professionnelles proprement dites dont la déduction est à faire en totalité, et en *dépenses professionnelles accessoires* (déduction de 50 0/0) et enfin en *amortissements divers à taux variable à fixer individuellement*.

Nous avons résumé ces divers chapitres dans le tableau suivant destiné dans notre esprit à servir de base de calcul.

Les deux totaux obtenus et balancés, l'excédent du chapitre Recettes constitue le *bénéfice professionnel à déclarer*.

Sur ce bénéfice, nous sommes imposés de la façon suivante, d'après le chiffre des habitants de notre lieu de résidence, pour un revenu de 6.000 francs par exemple.

Au-dessous de 10.000 habitants,	1.500	dégrévés	0
(cas usuel rural)	3.500	taxés pour moitié	1.750
	1.000	taxe entière	1.000
	6.000		2.750

Soit 2.750 francs imposables à 3 fr. 75 0/0. Le montant de l'impôt est réduit d'après les charges de famille.

Ces réductions sont de 50 0/0 1 personne, 40 0/0 2 personnes, 20 0/0 3 personnes, 30 0/0 4 personnes, 40 0/0 5 personnes, 50 0/0 6 personnes ou plus.

Au-dessus de :

10.000 jusqu'à 100.000 habit.,	2.000	dégrévés	0
(ex. Tours)	3.000	taxés pour moitié	1.500
	1.000	taxe entière	1.000
	6.000		2.500

Le dégrèvement à la base étant de 2.500 francs au-dessus de 100.000 habitants et de 3.000 francs à Paris, dans le département de la Seine, et la banlieue dans un rayon de 25 kilomètres des fortifications de Paris.

(Liste des communes à la fin de la :

Note pour les Contribuables concernant les Impôts cédulaires sur les Revenus et Impôt général sur le Revenu).

Nous savons donc maintenant à quelle sauce spéciale nous serons accommodés. Il n'est peut-être pas inutile de rappeler que nous aurons à payer en somme comme tout contribuable :

1^{re} PATENTE. — Part du département et de la commune.

2^e CONTRIBUTION MOBILIÈRE au prorata du loyer. — Part du département et de la commune.

3^e PORTES ET FENÊTRES. — Part du département et de la commune.

(1) On estime que l'usage familial de l'auto ou de la voiture du médecin est de 1/10.

4^e IMPÔT CÉDULAIRE SUR LES BÉNÉFICES DES PROFESSIONS LIBÉRALES. — En remplacement de la part de l'Etat sur les précédents chapitres.

5^e Impôt général sur le revenu, appliqué à la somme des revenus de la feuille de déclaration.

Le mécanisme de cet impôt est assez compliqué, et comprend des dégrèvements variables suivant les charges de famille, trop multiples, pour être exposés ici, mais qui se résument en un dégrèvement favorable aux familles nombreuses.

Voici quelques chiffres empruntés pour différentes situations de famille au barème de l'Administration des Contributions directes pour des revenus de 10, 20, 30 et 40.000 francs.

REVENU GÉNÉRAL	CÉLIBATAIRE OU VEUVE sans enfants mineurs	MARIÉ SANS CHARGES de famille	MARIÉ avec OU VEUVE	1 ENFANT MINEUR
10.000	119 »	75 »	60 » 7,50 %	55 50
20.000	459 »	375 »	336 » 5 %	319 20
30.000	999 »	875 »	816 » 5 %	775 20
40.000	1.739 »	1.575 »	1.496 » 5 %	1.421 20

Pour l'établissement de la feuille de déclaration, ne prenez pas pour base de vos supputations la notice parue en décembre 1917, elle n'est plus exacte, un tour de vis a été déjà donné depuis au mécanisme. Tout porte à croire qu'il sera suivi de pas mal d'autres.

Rappelez-vous qu'au titre VI de la feuille de déclaration vous devez porter seulement les impôts étrangers à la profession soit ;

Personnelle Mobilière

Foncier

Chiens

Véhicules à taxe entière

La déduction des autres impôts ayant été opérée déjà dans le calcul du Revenu professionnel.

Pour les confrères non mobilisés rappelons que l'impôt sur les *bénéfices de guerre* nous est applicable en principe (voir l'excellent article de l'Avenir Médical de décembre 1919 sous la signature de M^e Marcel Petit) mais qu'en fait il paraît entièrement difficile d'en codifier et assurer l'exacte perception sans produire nos livres médicaux. Aucune jurisprudence ne crée un précédent pour cette production qui serait une atteinte au secret professionnel (1).

Rappelons que le contribuable qui ne produit pas de déclaration dans le délai légal, ou qui s'abstient de répondre à la demande d'éclaircissements du contrôleur est taxé d'office, et que le montant de l'impôt dû par ce contribuable est majoré de 10 0/0. De plus, il perd le bénéfice des charges qui peuvent gréver son revenu global.

Puissent ces foudres nous inciter à user de ce petit guide du parfait contribuable et puisse ce dernier nous faciliter le « devoir fiscal » d'après guerre.

D^r FAIX.

Trésorier du Syndicat Médical d'Indre-et-Loire.

(1) Voir : Les médecins et la contribution sur les bénéfices de guerre (*Le Temps*, 3 février 1920).

UNE LUEUR DANS LE TUNNEL : LES ENTÉRITES ⁽¹⁾

Par le Docteur BOSC

Ancien interne des Hôpitaux de Paris, Médecin-chef de l'Hôpital de Tours.

Deux mots du langage médical — arthritisme et entérite — auront connu, au cours du dernier siècle, la grande célébrité. Le premier est déjà relégué à l'état d'ancêtre, on dit bien encore, non sans une pointe de fierté « notre grand-père était arthritique », mais on conjugue toujours au passé, au présent et au futur « J'ai eu de l'entérite, ma femme a de l'entérite, nos enfants auront de l'entérite ».

Le temps est déjà loin cependant, où des prospecteurs de macaroni suisse découvraient l'entéro-colite muco-membraneuse, où le cri d'épouvante « j'ai des peaux dans mes selles » terrorisait le monde des entéropathes, où d'ingénieux stercoraires passant et repassant leurs déjections sur l'arc-en-ciel des réactifs, fondaient la coprologie clinique. L'entérite est toujours debout ! et voici que de nouveaux sacrificateurs se montrent à l'horizon : sous le couvert de la Stase intestinale chronique, les chirurgiens eux-mêmes ne dédaignent point de s'avancer vers l'intestin, pas très fixés d'ailleurs sur ce qu'ils doivent en faire, tantôt le ficelant comme un boudin, tantôt le dédoublant comme un canon de fusil, bien décidés en tous cas à en faire quelque chose.

A la suite de tous ces pionniers médicaux, chimistes et chirurgicaux, essayons à notre tour de pénétrer dans le labyrinthe.

— Tout d'abord plantons à l'entrée un poteau avertisseur : ATTENTION, MERCI, indiquant trois directions à ne pas prendre :

1) LES MALADES QUI SE PLAIGNENT DE L'INTESTIN ONT SOUVENT UNE AFFECTION INDÉPENDANTE DE L'INTESTIN.

Une maladie indépendante du tube digestif déclenche souvent des troubles intestinaux (coliques, diarrhée, méléna, etc...) qui seuls attirent l'attention du malade. Il en est ainsi dans les affections douloureuses de l'estomac (dyspepsie hyperchlorhydrique, ulcère gastrique), dans la lithiase biliaire, la lithiase rénale, les affections utéro-annexielles surtout, plus rarement dans le tabès, (ténésme) le goitre exophtalmique (diarrhée rebelle) l'aortite abdominale, etc...

2) LES INTESTINAUX ONT TOUS DES RÉACTIONS NERVEUSES.

La fréquence des manifestations nerveuses, et en particulier du syndrome neurasthénique, chez les

malades qui viennent consulter pour des troubles intestinaux est incontestable. Le problème consiste à savoir si l'état nerveux domine la scène et commande la localisation intestinale, ou si les manifestations intestinales sont le *primum movens*. Il sera prudent, en tout cas, de ne proclamer le définitif : « c'est nerveux » qu'après un examen méthodique, et même un traitement intestinal, qu'on pourra colorer de toutes les nuances de la suggestion : le médecin n'a jamais plus belle occasion qu'en cette circonstance d'exercer ses aptitudes psychiques et psychothérapiques.

3) LES MALADES QUI SE PLAIGNENT DE L'INTESTIN N'ONT SOUVENT BESOIN QUE D'ÊTRE RÉGLÉS ET MIS AU POINT SUR UN DÉTAIL EN APPARENCE INSIGNIFIANT.

a) *Fautes d'hygiène alimentaire* (mastication insuffisante, soit par tachyphagie, soit par mauvaise dentition).

b) *Fautes d'hygiène digestive* (purgatifs répétés et inutiles, grands lavages intestinaux, pris en grande quantité et à forte pression).

c) *Fautes d'équilibre abdominal* (toujours s'informer si la douleur est calmée par le repos allongé et exagérée par la station debout. Dans ce cas, une ceinture bien faite et bien appliquée remplacera avantagusement tous les traitements intestinaux).

Ayant ainsi prudemment vérifié les alentours, engageons-nous dans la bonne direction : nous y ferons trois haltes, correspondant à trois fonctions différentes de l'intestin :

- 1) En bas : le Rectum et l'S iliaque.
- 2) Au milieu : le colon.
- 3) En haut : l'Intestin grêle.

La voie est libre : le disque Entérite a tourné, démasquant trois grands syndromes :

a) *Syndrome de la Rétention stercorale* (Rectum et S iliaque).

b) *Syndrome des Inflammations chroniques, des Colites* (Colon).

c) *Syndrome des insuffisances intestinales, des Dyspepsies intestinales* (Intestin grêle).

(1) D'après le livre d'Ed. JOLTRAIN et P. BAUFLE. L'examen clinique des intestinaux. (Maloine, 1919).

I) SYNDROME DE LA RÉTENTION STERCORALE (RECTUM ET S ILIAQUE).

C'est ici le morne royaume où s'élèvent les gémissements des constipés : il y en a pour tous les amateurs de classification, depuis la simple constipation rectale (due à l'accumulation des matières dans l'ampoule rectale) jusqu'à la constipation atonique (matières abondantes et humides, rendues à longs intervalles, ventre flasque permettant de sentir facilement un colon descendant mou et rempli de matières) et à la constipation spasmodique (scybales dures, ovilées ou filiformes, ventre dur permettant de sentir difficilement un colon douloureux sur tout son trajet et donnant l'impression d'une corde). Tantôt c'est une constipation éternelle, tantôt c'est l'éclaircie d'une débâcle diarrhéique, fausse diarrhée qui ne doit pas égarer le diagnostic.

Toutes ces classifications ont une importance médiocre : ce qui importe beaucoup plus, c'est de savoir s'il s'agit d'une constipation simple, habituelle, constitutionnelle, ou s'il n'y a pas derrière elle, une véritable obstruction intestinale. Ce dernier diagnostic deviendra plausible, si les antécédents du malade révèlent des crises d'occlusion (coliques étagées avec bruits intestinaux musicaux, tympanisme abdominal, et surtout contractions intestinales péristaltiques, visibles, et même perceptibles à la palpation). C'est là, que ne pas faire le toucher rectal serait plus qu'un crime, que la rectoscopie peut rendre quelques services, que la radioscopie elle-même ne risque pas trop d'induire en erreur : c'est là qu'il faudra s'orienter vers les hypothèses étiologiques de cancer ou de tuberculose de l'intestin ou encore de ces péritonites localisées donnant des brides qui coudent le tube intestinal.

Les constipés ne sont pas des entéritiques : il faut rayer du langage médical courant l'expression « je suis constipé, donc j'ai de l'entérite ». Mais il ne faut jamais renvoyer un grand constipé sans avoir vérifié par le toucher rectal, la rectoscopie, la radioscopie, ou simplement la « bon senscopie » — qu'il ne s'agit pas d'une occlusion intestinale vraie par obstacle mécanique.

II) SYNDROME DES INFLAMMATIONS CHRONIQUES : LES COLITES (COLON.)

Nous voici au milieu du tunnel : il commence à faire moins clair, avançons avec prudence : il y a des fondrières à droite et à gauche :

1) *A droite* : c'est la zone de la fosse iliaque, de l'ancienne typhlo-colite, c'est encore celle de la tuberculose hypertrophique du cæcum, du glisse-

ment du cæcum mobile — c'est surtout celui de l'appendicite chronique, cette grande coupable abdominale — c'est enfin celui (rappelons-le aux chirurgiens pressés) — des balafres abdominaux. — Aussi ayant de poser le diagnostic d'appendicite chronique, doit-on s'y reprendre à plusieurs fois : cette forme chronique est fréquente, elle est susceptible de réaliser à elle seule, la plupart des grands syndromes intestinaux. Par des examens répétés, il faut s'assurer de la localisation exacte de la douleur au point de Mac Burney, il faut rechercher une induration, un empatement diffus, il faut enfin avoir palpé beaucoup de fosses iliaques droites, pour affirmer avec un maximum de probabilité : ci-gît un appendice chroniquement enflammé.

2) *A gauche* : il y a la *symoïdite*, qui n'est pas autre chose qu'une appendicite à gauche, avec douleur et tuméfaction bien localisées : il y a surtout les *colites dysentériques*. C'est un syndrome très fréquent et très spécial, caractérisé par des envies fréquentes, du ténesme rectal et le rejet à chaque fois d'une petite quantité de mucus glaireux, souvent sanguinolent, sans matières fécales. On vérifiera avant tout, s'il ne s'agit pas de dysenterie authentique, amibienne ou bacillaire, laquelle n'est pas une entérite, mais une infection générale à localisation intestinale. Bien souvent ce *syndrome dysentérique* si spécial est symptomatique d'une lésion bien définie de l'intestin (néoplasme du rectum ou de l'S iliaque) ou d'un organe voisin (néoplasme utérin).

3) Tout le reste constitue les **COLITES**, le type des inflammations chroniques du gros intestin : pour la première fois, depuis le début de notre exploration, nous rencontrons des entéritiques véritables, ou pour être tout à fait exacts des colitiques.

Un fait caractérise les colites : la *présence de mucus dans les selles*. Mucus égale colopathie, comme albumine signifie lésion rénale. Suivant le temps qu'il séjourne dans l'intestin, le mucus se présente sous deux aspects différents, qui ont permis d'établir deux grandes variétés de colite :

A) **COLITE MUCO-MEMBRANEUSE** : il y a *constipation*, donc lenteur de la traversée digestive. Le mucus a le temps de se concréter, de former des paquets de fausses membranes, il reste distinct des matières fécales. C'est la forme la plus anciennement connue, trop connue même, car cette étiquette a été mise sur maint ventre innocent. Elle est cependant facile à reconnaître, grâce à sa triade.

1) *La douleur*, non permanente, mais revenant par crises extrêmement pénibles.

2) *La constipation*, type de constipation spasmodique, matières fragmentées en scybales ou comme étirées au laminer.

3) Les *muco-membranes*, les fameuses « peaux dans les selles » qui pour mériter l'honneur d'un

pareil qualificatif ne doivent pas être seulement de simples fragments de mucus concrété (normal chez tous les constipés), mais doivent être de taille, et pouvoir être comparées à des anneaux de ténia, à des lambeaux de membranes, à des fragments d'intestin, dont elles reproduisent parfois très exactement le moule.

Il ne faut pas d'ailleurs s'en laisser imposer par ce premier diagnostic — et encore moins par les récits des malades: il faut savoir que bien souvent cette colite muco-membraneuse n'est pas une maladie autonome, mais un simple syndrome traduisant un état infectieux avec instabilité particulière du gros intestin, susceptible d'être entretenu par les facteurs les plus divers (affections utéro-annexielles, ptoses abdominales, peut-être même appendicite chronique).

B) **COLITE MUQUEUSE**, il y a *diarrhée* l'évacuation intestinale est accélérée, le mucus n'a plus le temps de se concréter, il reste intimement mélangé aux selles. La triade est toute autre:

1) Les *douleurs* sont vagues, irrégulières, non groupées par crises.

2) Il y a une *diarrhée* persistante et caractéristique, deux ou trois selles par jour, dans la matinée d'habitude, parfois même le malade est réveillé par une envie impérieuse d'aller à la selle.

3) Le *mucus* mélangé aux selles leur donne un aspect spécial, homogène, luisant, parfois brillant comme du cirage, selles plus molles, plus hydratées que les selles normales, mais liquides, restant liées, sans être moulées, prenant l'aspect des selles « en tas, » « en bouse de vache. » Ceux que ces mots ne suffisent pas à éloigner, pourront encore se rendre compte de la chose, en délayant les selles dans l'eau, et en les transvasant: on reconnaît bien les flocons de mucus non concrété, analogue à du blanc d'œuf cru.

Contentons-nous de savoir que c'est là la forme la plus longue et la plus rebelle des colites chroniques, retentissant rapidement sur l'état général et sur l'état psychique des malades — qui deviennent incapables de tout effort physique et intellectuel — ils ne pensent plus guère qu'à contempler leurs excréments, et à se lamenter sur ce spectacle.

III) SYNDROME D'INSUFFISANCE INTESTINALE, DES DYSPÉPSIES INTESTINALES (INTESTIN GRELE).

Nous voici au bout du tunnel, c'est la nuit noire, où ne filtrent plus que quelques lueurs: c'est là cependant que s'est réfugiée la tribu des entérites authentiques.

Le tableau représente un fond commun, toujours le même: ce sont des *douleurs* vagues, sous forme

de crises intermittentes, ou un endolorissement continu sans point douloureux à la pression, douleurs augmentées par l'alimentation (surtout par certaines catégories d'aliments) et sous l'influence de causes très diverses (refroidissement, fatigue physique, émotions): c'est en même temps un retentissement rapide sur l'état général, car il y a un symptôme grave, commun à tous ces troubles fonctionnels, à ces véritables dyspepsies intestinales: c'est la *diarrhée*, diarrhée constante et durable, qui va des traversées simplement accélérées (la distension gastrique au moment des repas déterminant une irritation réflexe du colon qui évacue son contenu), jusqu'aux diarrhées bilieuses (diarrhée prandiale des hépatiques par excitation réflexe de la vésicule dès l'arrivée des aliments dans l'estomac) dans l'un et l'autre cas c'est à la fin du repas que le sujet se lève en hâte et va à la selle, jusqu'à la lientérie, où les aliments ne font que traverser le tube digestif et sont évacués sans avoir subi les transformations digestives normales.

Mais ici s'arrête la clinique, et le médecin débarqué à cette dernière station, se trouve en présence d'un panorama qui ne diffère guère de celui des colites que par l'absence de mucus.

Pour terminer heureusement notre dernière étape, pour établir un diagnostic entre entérites et colites il ne reste qu'une ressource: se mettre à la remorque de la coprologie, faire la navette entre la clinique et le laboratoire. Seulement, de même qu'on ne demande plus aux pharmaciens des analyses d'urine « complètes », de même il ne faut plus demander à un laboratoire un examen coprologique complet: au lieu des éclaircissements espérés, on recevrait un grimoire de notations chimiques, histologiques et bactériologiques, casse-tête chinois dont le praticien n'a que faire.

Mais après un repas d'épreuve (1), et avec l'envoi

(4) Le repas d'épreuve sera choisi parmi les plus simples, renfermant les trois catégories d'aliments: albuminoïdes, graisses, hydrates de carbone.

Pain.....	100 grammes
Viande de bœuf.....	60 grammes
Beurre.....	30 grammes
Pommes de terre.....	100 grammes
Lait.....	500 grammes

Il est nécessaire qu'une partie de la viande reste crue, elle sera hachée et aplatie en une petite galette qu'on fera griller rapidement de telle sorte que le centre ne soit pas cuit: les pommes de terre seront prises en purée, sans graisse, le pain grillé: le lait servira en partie à la préparation de la purée de pommes de terre. L'administration de ce repas sera précédée d'un jour de régime lacté: pour délimiter la selle correspondant au repas d'épreuve, le malade prendra au début, au milieu et à la fin du repas un cachet de poudre de charbon de 0, gr. 50 centigrammes: la selle se reconnaîtra à sa coloration gris noirâtre, et cette coloration renseignera déjà sur la durée de la traversée digestive, qui varie normalement de 24 à 36 heures. Le spécialiste chargé de cet examen restera libre de choisir les meilleures techniques, d'utiliser toutes les recherches qui l'aideront à préciser ses réponses (réaction alcaline ou acide des selles au papier de tournesol, recherche de l'albumine, du sang, des parasites etc.), mais il devra avant tout, répondre de la manière la plus précise aux trois questions posées par le médecin.

IODALOSE GALBRUN

IODE PHYSIOLOGIQUE, SOLUBLE, ASSIMILABLE

L'IODALOSE EST LA SEULE SOLUTION TITRÉE DU PEPTONIODE

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

DÉCOUVERTE EN 1896 PAR E. GALBRUN, DOCTEUR EN PHARMACIE

(Communication au XIII^e Congrès International, Paris 1900).

**Remplace Iode et Iodures dans toutes leurs applications
SANS IODISME**

Arthritisme, Goutte, Rhumatisme, Artériosclérose, Maladies du Cœur
et des Vaisseaux, Asthme, Emphysème, Lymphatisme, Scrofule,
Affections Glandulaires, Rachitisme, Goître, Fibrome, Syphilis, Obésité.

Vingt gouttes IODALOSE agissent comme un gramme Iodure alcalin.

DOSES MOYENNES : Cinq à vingt gouttes pour les Enfants, dix à cinquante gouttes pour les Adultes.

DEMANDER BROCHURE sur l'IODOTHÉRAPIE PHYSIOLOGIQUE PAR LE PEPTONIODE.

LABORATOIRE GALBRUN, 18, Rue Oberkampf, PARIS.



STOVAÏNE

**LE MOINS TOXIQUE DES ANESTHÉSQUES LOCAUX
DE MÊME EFFICACITÉ**

S'emploie comme la Cocaïne

**N'occasionne ni MAUX DE TÊTE, ni NAUSÉES,
ni VERTIGES, ni SYNCOPES**

Ne crée pas d'accoutumance

Littérature et Echantillon sur demande.

LES ÉTABLISSEMENTS POULENC FRÈRES
92, Rue Vieille-du-Temple, PARIS

TRAITEMENT RATIONNEL & HYGIÉNIQUE DE LA CONSTIPATION HABITUELLE



THAOLAXINE
PAILLETES CACHETS GRANULÉ
COMPRIMÉS
PRODUIT EXCLUSIVEMENT VÉGÉTAL
RÉGULATEUR DES FONCTIONS INTESTINALES

LAXATIF RÉGIME PAS D'ACCOUTUMANCE

LABORATOIRES
DURET & RABY
à MARLY-LE-ROI (S&O)

ÉCHANTILLONS
& BROCHURES
FRANCO sur DEMANDE

CHOLÉOKINASE
6 à 8
Ovoïdes par jour

TRAITEMENT SPÉCIFIQUE
DE L'ENTÉROCOLITE
MUCOMEMBRANEUSE

LABORATOIRE de BIOLOGIE APPLIQUÉE

PARIS — 54, Faubourg Saint-Honoré, 54 — PARIS

Téléphones: Élysées: 36-64 — Élysées: 36-45 — Adresse Télégraphique: RIONCAR-PARIS

PRODUITS BIOLOGIQUES **CARRION**

OPOTHERAPIE - PANSEMENTS - HYPODERMIE

EVATMINE

(Traitement de l'Asthme)

RETROPITUINE

(Lobe postérieur de l'Hyphophyse)

V. BORRIEN, Docteur en Pharmacie

des selles, on remettra un questionnaire très précis auquel il devra être répondu, après examen macroscopique et microscopique d'une façon tout aussi précise.

a) *Y a-t-il digestion insuffisante des aliments carnés ?*

Les résidus carnés se rencontrent sous deux aspects différents : soit du *tissu conjonctif*, qui traduit une diminution ou une disparition de l'acide chlorhydrique libre du suc gastrique, lequel est seul capable de digérer ce tissu : les phénomènes intestinaux ne sont dans ce cas que la traduction d'une gastropathie qu'il faudra traiter tout d'abord : soit de *fibres musculaires*, dont la digestion insuffisante peut déjà être soupçonnée cliniquement par la réaction alcaline des selles et leur odeur de fermentation putride : leur présence est un signe d'insuffisance de digestion intestinale, et correspond plus spécialement à un défaut de sécrétion pancréatique.

b) *Y a-t-il digestion insuffisante des hydrates de carbone ?*

Les résidus des repas d'épreuve sont constitués par des fragments de pommes de terre, ayant l'apparence de grains de sagou ou de tapioca (coloration rouge bleu de l'amidon par la solution iodo-iodurée) parfois très abondants, au point de constituer une véritable purée. Ce type de dyspepsie de fermentation est très fréquent, souvent méconnu, d'autant plus intéressant à connaître que les malades qui en sont atteints sont souvent soumis au régime lacto-farineux, régime passe-partout que bien des dyspeptiques intestinaux s'imposent d'eux-mêmes, et qui dans le cas particulier ne peut donner que des résultats défavorables.

3) *Y a-t-il digestion insuffisante des graisses ?*

Cette stearrhée ne traduit pas forcément, comme la forme précédente, une atteinte de l'intestin grêle lui-même, elle peut tenir à une insuffisance des glandes annexes du tube digestif : foie et pancréas. La chimie coprologique est assez avancée pour

permettre dès maintenant de formuler les conclusions suivantes, basées sur le taux d'absorption des graisses et leur degré de dédoublement :

a) Présence de graisses en quantité importante (75 0/0 des graisses ingérées), pas de graisses dédoublées : insuffisance pancréatique.

b) Présence de graisses en quantité moyenne (45 à 60 0/0 des graisses ingérées) — et un tiers seulement des graisses dédoublées : insuffisance biliaire.

c) Présence de graisses en grande partie dédoublées (savons gras et acides gras, sans graisses neutres), les deux tiers des graisses étant dédoublées : insuffisance d'absorption de l'intestin grêle.

Sans trop de risques d'erreur, le médecin pourra d'après ces résultats du laboratoire, poser le diagnostic de dyspepsie intestinale par digestion insuffisante des albuminoïdes, ou des hydrates de carbone ou des graisses, etc.

Nous voici arrivé en terme de notre exploration, avec l'espoir d'avoir allumé de ci de là, quelques lampes au plafond du tunnel :

CONSTIPATION SIMPLE MUCUS DANS LES SELLES DIARRHÉE PRÉCISÉE PAR
L'EXAMEN COPOLOGIQUE

Pas d'entérite ni de colite

Maladies du colon

Maladies de l'intestin grêle

La route jalonnée par ces enseignes lumineuses, il nous resterait à formuler le traitement de ces grands syndromes intestinaux, mais il faudrait pour cela qu'on ne se contentât pas, comme le fait la coprologie actuelle, d'étudier les scories de l'usine humaine, mais qu'on connût encore ses produits manufacturés, c'est-à-dire l'absorption intestinale et la nature exacte des substances ainsi passées dans la circulation. Ce sera, souhaitons-le, une des joies de nos petits-neveux : c'est déjà beaucoup de ne plus dire, en matière d'entérite, avec la résignation philosophique du vieux maître Pinel : « cette année nous étudierons les maladies sans les soigner, l'année prochaine nous les soignerons sans les étudier ».

COLLABORATEURS

Exerçant dans les stations hydrominérales, climatiques et balnéaires

Aix-les-Bains . . . **BERNARD BEIG**
Arcachon . . . **CHESNEAU.**
Bagnères-de-Bigorre . . . **FESTAL.**
Bagnères-de-L'Orne . . . **PEDEPRADE.**
Beaulieu-sur-Mer . . . **QUISERNE.**
Biarritz . . . **HERARD de BESSE.**
Bourbon-Lancy . . . **André CLAISSE.**
Brides . . . **PIATOT.**
Cannes . . . **D'Arbois de Jubainville.**
Capvern . . . **ROQUES.**
Cauterets . . . **CARCY.**

Cauterets . . . **ARMENGAUD.**
Châtel-Guyon . . . **MEILLON.**
Contrexeville . . . **RIBEROLLES.**
Dax . . . **GRAUX.**
Digne . . . **Louis LAVIELLE.**
Divonne . . . **BALLET.**
Eaux-Bonnes . . . **SEMPE.**
Evian . . . **BORDET.**
Gauthery . . . **BURGUET.**
La Bourboule . . . **CHRISTIN.**
Lamouille . . . **CAUVY.**

Luxeuil . . . **R. de LANGENHAGEN.**
Menton . . . **TARTARIN.**
Mont-Dore . . . **PERPERE.**
Monte-Carlo . . . **TEILLOT.**
Nice . . . **VIVANT.**
Plombières . . . **BOISSEAU.**
Pougues . . . **DURANDEAU.**
Preignac . . . **Félix BERNARD.**
Royat . . . **GAUCKLER.**
Saint-Gervais . . . **DARROZE.**
Saint-Honoré . . . **MOUGEOT.**

Saint-Amard . . . **BRETON.**
Saint-Gervais . . . **MALLEIN.**
Saint-Honoré . . . **Maurice BINET.**
Saint-Jean-de-Luz . . . **DOTEZAC.**
Saint-Nectaire . . . **PORGE.**
Saint-Sauveur . . . **MACREZ.**
Salies de Béarn . . . **M. RAYNAUD.**
Uriage . . . **Clément SIMON.**
Vichy . . . **MAUBAN.**
Vittel . . . **AMBLARD.**
Vittel . . . **HANRIOT.**

LA LUTTE ANTI-VÉNÉRIENNE AUX ÉTATS-UNIS

Le Programme Législatif

Par le Dr ROUX-DELIMAL

Chef de service à l'Institut prophylactique.

Et Jean LINIÈRES

Les grands fléaux, qui rongent les nations, trouvent aujourd'hui aux États-Unis une organisation défensive et offensive d'une grande puissance puissamment organisée.

C'est du moins l'impression optimiste, qui se dégage des tracts et affiches, de rapports d'hygiénistes et de leurs discours, bref, de toute la documentation officielle qui nous est passée sous les yeux, et des commentaires de quelques-uns de ces *missionnaires laïques* américains qui séjournent en France depuis la guerre (1).

A part la Tuberculose, le Cancer, lesquels s'obstinent sur le sol américain envers et contre tous, les États-Unis ont, disent-ils, arrêté chez eux le progrès des maux les plus terribles que le ciel en sa fureur ait inventés pour punir les crimes de la terre.

L'Amérique affirme ainsi avoir *mâté* la fièvre jaune.

Elle se félicite de n'avoir eu dans son armée qu'un nombre insignifiant de cas de fièvre typhoïde.

Quant à l'alcoolisme, elle se flatte de l'avoir jugulé par la prohibition. Nous renvoyons à ce sujet à deux articles parus ici même l'été dernier (1).

Mais quelle a été l'attitude des États-Unis, quels furent les résultats qu'ils obtinrent devant l'extension inquiétante des maladies vénériennes, de la syphilis en particulier ?

On peut dire que c'est depuis la guerre seulement qu'ils ont pris à cet égard une attitude d'ensemble et une véritable posture de combat. Attitude de temps de guerre d'abord, pour la protection de leur armée et de leur marine, et qui leur a permis l'expérimentation de toute une méthode. Attitude d'après guerre, aujourd'hui, qui, pour être une attitude de temps de paix, n'a rien de pacifique, on le verra : maintenir le plus possible de la méthode de guerre en en faisant bénéficier les civils, quel que soit leur sexe. Et tarir la source principale des contaminations, la *Prostitution*, non plus seulement autour des camps d'instruction, comme au cours des hostilités, mais autour de chaque citoyen des États-Unis, c'est-à-dire la faire disparaître sous toutes ses formes *ra-di-ca-le-ment*.

Durant la guerre, le Gouvernement américain avait créé autour des camps d'instruction des zones d'interdiction pour écarter de ses soldats et marins les professionnelles de

l'amour. D'autre part, il avait créé sur le plus grand nombre de points de son territoire ou de l'étranger, France et ailleurs, où ses troupes se trouvaient avoir à faire, des *temples purificateurs*, ces « cabines prophylactiques » bien connues de tous.

Dans ces stations, sous la paternelle vigilance de l'infirmier de garde, que de gouttes de protargol furent instillées dans les urèthres décongestionnés, que de millions d'organes momentanément apaisés ont subi avec résignation sur leur extrémité sensible — au mal, hélas !, comme au bien — l'onction réglementaire à la pommade de calomel !

« Invention française.... invention Metchnikoff.... » nous disait un major américain qui s'empressait d'ajouter : « très peu usitée par vos compatriotes, votre invention ! »

Un système de fiches de contrôle, conjugué avec un barème de punitions très effectives (car elles privaient pendant plusieurs semaines de sa solde élevée le militaire surpris à n'avoir pas fréquenté la cabine dans les trois heures du moindre contact), assurèrent l'armée de Pershing contre la périlleuse tentation de s'endormir, comme celle d'Annibal, dans les funestes délices de Capoue.

Bien que nous considérions comme discutables les statistiques réunies en France sur les résultats de cette prophylaxie (1), il n'en est pas moins vrai que cette méthode de désinfection immédiate a du bon et mérité mieux que la raillerie facile d'un chanteur rosse montmartrois. Vulgarisée dans notre pays, adoptée de bon gré dans le civil comme dans le militaire par tout le monde, classée sans respect humain ni esprit de résistance au progrès parmi les règles de l'hygiène moderne, elle préviendrait bien des regrets souvent cuisants, toujours superflus...

L'un de nous, qui, une nuit, avec le Dr Vernes, Directeur de l'Institut Prophylactique et le Général Médecin-Inspecteur américain, fit inopinément la tournée des postes établis à Paris, peut dire combien il fut surpris du nombre de sujets qui « couraient », c'est le mot, à la station, dès l'acte consommé.

Telle cabine, à proximité des boulevards, avait reçu depuis le matin 8 heures, près de 150 soldats et une douzaine d'officiers... dont un médecin-major.

Chaque client faisait l'objet de la fiche que voici :

Nom et prénoms.....

Grade.....

Compagnie.....

Régiment ou formation.....

Date des relations....

Heure des relations.....

(1) Que l'un d'eux, qui nous documenta très complaisamment pour cet article, Mr. WILLIAM ASPENWALD BRADLEY, trouve ici, dans cette *Gazette Médicale du Centre* à laquelle il a bien voulu s'intéresser, nos sincères remerciements. Son urbanité et sa cordialité exquise, jointes à un profond amour de Paris et de la France, font le charme des nombreux amis de guerre et d'après guerre, qu'il a su se créer dans notre pays.

(1) *Gazette Médicale du Centre*, numéros de juillet et d'août 1919, *Lettres d'Amérique*, par Jean LINIÈRES.

(1) *Statistique et Prophylaxie*, par le Dr Bosc (*Gazette médicale du Centre*, 15 août 1919).

Date du traitement prophylactique.....

Heure du traitement.....

Signature de l'infirmier.....

Au cours de nos visites, nous nous sommes trouvés assister à une désinfection extraordinaire dépassant le règlement lui-même. Un Sammie, le travail de l'infirmier terminé, s'était dépouillé de tous ses vêtements et administré une douche savonneuse. Et, devant nous, il compléta sa prophylaxie d'ensemble par un brossage sévère de la bouche et des dents, à l'aide de sa brosse à dents qu'il avait apportée.

Honni soit qui mal y pense.

Celui-là était plus méfiant que cet autre, qui pour avoir pêché par excès contraire, se vit un vilain matin affligé de gonocoques intempestifs bientôt repérés par M. le Médecin major. Il dut subir la tête basse le minutieux interrogatoire dont voici le pittoresque détail.

RAPPORT SUR LES CAS NOUVEAUX

par les soins des majors de chaque formation, le jour de la découverte du cas.

- 1°. Nom ? H. W. B...;
- 2°. Matricule R. 34.326
- 3°. Grade : Sgt.;
- 4°. Unité Erb. Det.;
- 5°. Formation ;
- 6°. Station : Brest ;
- 7°. Diagnostic : Gône Ureth Acct.;
- 8°. Contrôle. A Brest ;
- 9°. Date du contrôle. Nov. 29 ;
- 10°. Date d'apparition. Déc. 6 ;
- 11°. Nom et adresse de la femme. S. C..., adresse inconnue ;
- 12°. Pensionnaire d'une maison de prostitution ? Non. Femme de trottoir ? Non ;
- 13°. A-t-elle montré une carte ou un certificat ? Oui ;
- 14°. A-t-elle d'autres moyens d'existence que la prostitution ? Oui ;
- 15°. Circonstances de la rencontre ? Dans un magasin de la ville ;
- 16°. Le malade la connaissait-il avant l'acte ? Oui ;
- 17°. Avait-il eu avec elle des relations déjà ? Non ;
- 18°. Combien de temps après le premier contact êtes-vous resté avec la femme ? 30 minutes ;
- 19°. Prix déboursé ? 30 francs ;
- 20°. Étiez-vous sous l'influence de la boisson ? Non ;
- 21°. Aviez-vous bu cependant ? Non ;
- 22°. Avez-vous été à la cabine prophylactique ? Non ;

23°. Combien de temps s'est écoulé entre le premier contact et le traitement prophylactique ?

24°. A quelle station avez-vous été ? A aucune ;

25°. Nom de l'infirmier ?

26°. Décrivez brièvement ce qu'il vous a fait ?

27°. Vous a-t-il consciencieusement traité ?

28°. Si vous n'avez pas été à la cabine, quelle en a été la raison ? La conviction que la femme n'était pas malade ;

29°. A-t-on notifié le cas au chef du malade ? Oui : A quelle date ? 16 décembre ;

30°. Le malade a-t-il été informé antérieurement à ce contact sexuel du règlement de prophylaxie et de l'emplacement des stations ? Oui ;

31°. Un exemplaire de la notice du 30 avril 1919, de l'Etat-Major des troupes expéditionnaires lui avait-il été remis et expliqué ? Oui ;

32°. Le malade a-t-il été désigné pour passer en Conseil de guerre ? Non ;

33°. Ses déclarations concordent-elles avec les archives de la station où il dit avoir été ?

34°. Observations : Négligence voulue.

Le malheureux n'aura pas dû voir beaucoup de la couleur de sa paye pendant le trimestre qui suivit !

« Mais ceux qui se présentent à la cabine trois ou quatre fois dans la même journée » demandions-nous au médecin inspecteur après en avoir constaté le cas « Ne leur fait-on pas quelques remontrances ? »

Il nous répondit « Non pas de gronderie. Compliments, au contraire, parce que bon exemple... »

Ces temps de guerre, les voici révolus ; la démobilisation est survenue, les cabines prophylactiques ont fermé l'une après l'autre leurs portes.

Le spirochète cependant en terrain civil a pris du champ. Mais le gouvernement des Etats-Unis s'affirme résolu à ne pas l'y laisser tranquille. Estimant que la contrainte morale et l'éducation ne suffisent décidément pas à protéger les citoyens, il se prépare à brandir sur leur tête, et pour leur bien, l'arme de la contrainte législative.

Chacun n'aura plus le libre choix de se perdre follement ou de se sauver : ce sera le salut obligatoire pour tous par l'obéissance forcée, sous sanctions, à de sévères commandements.

Nous l'avons dit plus haut : le gouvernement entame une lutte nouvelle pour disputer non plus seulement l'armée et la marine, mais la nation entière aux maladies vénériennes et à la prostitution qui en est le véhicule favori.

(A suivre).

BENZO-RINGYL

SOLUTION BENZOATE Hg. DANS SÉRUM RINGER

1 c.c. = 1 cgr. benzoate Hg.

INDOLORE SANS COCAÏNE

AMPOULES 2 c.c.

ECH. ET LITT. FALCOZ, 18, Rue Vavin, PARIS.

NOS ÉCOLES DE MÉDECINE

Nous recevons d'un des plus distingués professeurs d'une de nos Ecoles de Médecine de l'Ouest la lettre suivante en réponse à notre enquête sur les Ecoles de Médecine.

MONSIEUR LE RÉDACTEUR,

Vous me demandez mon opinion sur la situation de nos écoles provinciales de Médecine, je suis très heureux de vous répondre et de saisir l'occasion de présenter aux lecteurs de votre estimée Gazette Médicale du Centre quelques idées que j'ai défendues autrefois dans d'autres tribunes.

Nos écoles provinciales doivent être les cellules essentielles de l'enseignement de la Médecine en France. Mais il faut savoir s'en servir.

Ces écoles possèdent toutes, ou presque toutes, des ressources d'enseignement qui pour une grande part ne sont pas utilisées.

L'étudiant à ses débuts a besoin de recevoir deux enseignements : un enseignement clinique et un enseignement anatomique.

L'enseignement clinique pourra être donné dans les hôpitaux de nos villes d'écoles, dont plusieurs ont une population de malades bien supérieure à celle de certains des grands hôpitaux de Paris ou de Lyon. Je note qu'à telle école de Médecine de l'Ouest, où le nombre des étudiants n'atteint pas 80, il y a, dans les divers services d'hôpitaux, un total de 1.200 lits, ce qui revient à dire que chaque étudiant, pour son instruction, pourrait être spécialement chargé de 15 lits. De plus, en province, l'étudiant est plus près de son malade, en peut mieux étudier les antécédents, le milieu, la façon de vivre, le métier, et aussi la situation saisonnière et l'épidémiologie locale, en un mot, il a plus d'éléments d'appréciation à sa disposition qu'un étudiant de Paris où le malade est trop souvent un être anonyme. Donc pour ses débuts le jeune étudiant trouvera dans les hôpitaux de province un matériel clinique (permettez-moi cette expression) bien plus nombreux, bien plus varié que dans les villes de Faculté.

De même pour l'enseignement anatomique. Songez que telle Faculté de l'Est, pour un total de 240 étudiants de première et de deuxième années, ne dispose pas chaque année de plus de 250 cadavres, c'est-à-dire que chaque étudiant n'a pour travailler chaque année qu'un seul sujet. Au contraire cette même école de Médecine de l'Ouest pour un total de 80 étudiants (de première, deuxième et troisième années) dispose chaque année de près de 150 cadavres, soit une moyenne de deux par étudiant environ.

D'autre part, ces travaux d'anatomie peuvent être surveillés de plus près par les professeurs, et l'étudiant est tout naturellement guidé de façon sûre dès qu'une difficulté se présente au cours de ses dissections.

Ce sont donc ces ressources considérables qu'il faut

savoir utiliser pour le bien de l'enseignement médical
Comment y arriver ?

Par trois moyens préliminaires :

1° Ne pas disperser l'enseignement des écoles dans un trop grand nombre de chaires. Il y a telle ou telle école où on a créé des cours de spécialités (ophtalmologie, chirurgie infantile, maladies nerveuses) pour plaire à quelques personnages importants ou politiques. Les chaires spécialisées sont à supprimer, elles ne peuvent exister que dans les grands centres des Facultés. De même on pourrait supprimer dans la plupart des écoles les chaires de Pharmacie : il n'y a presque plus d'étudiants en pharmacie ; les quelques rares qui subsistent pourront être groupés dans les Ecoles des Villes d'Université qui recueilleraient de la sorte un renouveau d'activité. L'enseignement de la Pharmacie est une très lourde charge pour les Ecoles provinciales :

2° Comme corollaire les chaires subsistantes devraient recevoir tout le développement nécessaire pour pouvoir donner une instruction en rapport entre les progrès de la science.

Les chaires seraient les suivantes : Anatomie, Physiologie, Histologie, Clinique médicale, Clinique chirurgicale, Clinique obstétricale, soit six au maximum. Chaque chaire devrait avoir des laboratoires sérieux, avec un budget réel important. Avez-vous remarqué l'état précaire de la plupart des amphithéâtres d'anatomie. Je crois qu'à Tours vous êtes privilégiés ; mais ailleurs quelle misère, quelle installation archaïque. Où existent dans nos Ecoles de véritables laboratoires d'Histologie dignes de ce nom, avec un matériel moderne ? Dans laquelle de nos écoles existe-t-il, à côté des chaires de cliniques, des laboratoires d'anatomie pathologique ?

Bref, partout, faute de ressources suffisantes, ces chaires si importantes pour l'étudiant à ses débuts, sont dans une situation lamentable. Moins de Professeurs, plus de matériel,

Les chaires professorales des Ecoles préparatoires doivent avoir les mêmes ressources que les chaires des Facultés, et ne pas leur être inférieures comme installation ni comme matériel ;

3° Les étudiants qui commencent leurs études dans nos écoles provinciales devraient avoir, pour les concours des villes de Faculté, des droits égaux aux étudiants qui ont commencé leurs études dans ces villes de Faculté. Pour exemple : un étudiant de troisième année, interne dans une école provinciale, devrait pouvoir concourir directement à l'internat de Paris ou de Lyon sans passer par l'externat. Beaucoup d'étudiants quittent nos écoles au bout d'un an ou deux pour pouvoir préparer leur concours. Or il y aurait avantage pour leur formation scientifique à ce qu'ils puissent passer trois ans en province. Il faut les y retenir par certains avantages.

Ceci dit, deux réformes seraient à envisager :

= SIROP BRAHMA =

SOUVERAIN CONTRE LA TOUX

Menthol — Héroïne — Thiocal — Grindelia — Aconit — Arrête la plus souvent la toux dans les 24 heures

LE MEILLEUR PRODUIT POUR SE DÉFENDRE CONTRE :

Laryngites, Bronchites, Rhumes, Gripes, Catarrhes, Asthme, Coqueluche, Tuberculose

MODE D'EMPLOI. — Adultes : De 4 à 5 cuillerées à soupe par 24 heures, pur, dans de la tisane ou du lait ; Enfants au-dessus de 7 ans seulement : 3 à 4 cuillerées à café par 24 heures. — Il importe de laisser entre le moment où l'on prend le sirop et le repas, une heure de distance avant ou 2 heures après.

Prix du Flacon : 3 fr.

Préparateur : **G. COULLOUX**,

Pharmacien de Première classe
Ex-Interne des Hôpitaux.

35, Rue Briçonnet, TOURS (Indre-et-Loire)

DÉPOT GÉNÉRAL : **PIOT et LEMOINE**, 117, Rue Vieille-du-Temple, PARIS

ÉCHANTILLONS GRATUITS A MM. LES DOCTEURS. — DÉTAIL DANS TOUTES LES BONNES PHARMACIES.

HIPPO-CARNIS

SUC PUR DE VIANDE DE CHEVAL

Une cuillerée à bouche équivaut à 100 gr. 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.

Dépôts : **PARIS : MM. SIMON & MERVEAU**, 21, rue Michel-Le-Comte.
TOURS : toutes bonnes Pharmacies.

LES NOUVEAUX MODÈLES DE

Stewart

INDICATEUR de VITESSE et PARCOURS

comportent les dernières améliorations consacrées par la pratique

qui font plus que jamais du "STEWART" un appareil sans rival.

La vitesse est indiquée par un tambour rotatif au lieu d'une aiguille.

Les chiffres et graduations sont de ce fait plus gros et plus lisibles.

Demander à **MARKT**, 107, Avenue Parmentier, PARIS, le Traité J. sur le "Contrôle et le Budget des Autos", décrivant et illustrant les différents modèles de "STEWART".

Chez tous les Carrossiers, Garages et Agents d'Automobiles.

Sur demande Catalogue "STEWART" pour Motocyclettes.



**POUDRE
D'ABYSSINIE
EXIBARD**

*Sans Opium
ni Morphine.*

ASTHME

Catarrhe — Oppression
35 Ans de Succès.
Médailles d'Or et d'Argent.

H. FERRÉ, RIATTIÈRE & Co,
28, Rue Richelieu, Paris

ESTOMAC — INTESTIN
ENTÉRITE CHEZ L'ENFANT
CHEZ L'ADULTE

VALS-SAINT-JEAN

LITHIASES BILIAIRES et RÉNALES
GOUTTE — DIABÈTE — OBÉSITÉ
VALS-PRÉCIEUSE

Bien préciser le nom des Sources
pour éviter les substitutions.

Direction Vals-Général: 53, Boul^e Haussmann, PARIS

Pour procurer aux malades
un Sommeil bienfaisant et réparateur

LE SIROP GELINEAU
(Bromure de potassium et chloral)

est resté
LA PRÉPARATION CLASSIQUE
sûre en ses résultats, supérieure aux
hypnotiques récents;
toujours bien toléré, son administration
ne laissant à redouter aucun accident
consécutif

J. Mousnier, à Sceaux.

administration prolongée de
GAÏACOL INODORE
à hautes doses
sans aucun inconvénient
par le

THIOCOL "ROCHE"
uniquement sous forme de

**SIROP "ROCHE"
COMPRIMÉS "ROCHE"
CACHETS "ROCHE"**

Echantillon et Littérature
Produits: F. HOFFMANN-LA ROCHE & Co
21 Place des Vosges
PARIS



VITTEL

**GRANDE SOURCE
SOURCE SALÉE**

SEULES à Vittel déclarées d'INTÉRÊT PUBLIC

ANTISEPTIQUE URINAIRE PAR EXCELLENCE
Dissout et chasse l'acide urique

**GRANULÉ
SOLUBLE**

URASEPTINE
Acide urique

ROGIER
Benzoate de lithine etc.

Urotropine
Helmitol
Pipérazine

Stimulant de l'activité hépatique et de l'activité rénale
0,60 de principe actif par cul. à café. - 2 à 6 cuill. à café par jour.

ECHANTILLONS ET LITTÉRATURE: **Henry ROGIER, Doct^{ur} en Pharmacie**
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris. - 19, Av. de Villiers, PARIS, Tél. 533-85

A. — *Chaque année les conseils des Facultés disperseraient suivant l'importance ou les ressources de chaque école, les étudiants dans les centres scolaires de leur ressort. On éviterait ainsi l'encombrement des services et des laboratoires des Facultés ; et les étudiants pourraient profiter du maximum des ressources cliniques et anatomiques.*

B. — *Les écoles provinciales auraient toutes la facilité de faire passer l'examen de troisième année. Ceci pour éviter le périple que les étudiants quittant Angers ou Poitiers, vont faire par l'école de plein exercice de Nantes ou de Rennes, avant de débarquer à Bordeaux ou Paris. Les changements trop multiples, dans la vie de l'étudiant, ne valent rien pour son instruction.*

Voici, mon cher ami, quelques-unes des pensées que m'a suggérées votre enquête sur nos écoles Provinciales de Médecine. Je vous félicite de votre initiative. Puisse-t-elle aboutir à faire donner à ces très utiles centres scientifiques le maximum de rendement pour le bien de nos étudiants. Rappelons-nous que votre Ecole de Tours a été avec Bretonneau, dont le portrait orne la couverture de votre Gazette l'Ecole de la clinique et avec Ledouble, l'école de l'anatomie. Vous avez à Tours une tradition, maintenez-la. Vous êtes dans la bonne voie.

D^r P. C.

Les lois scientifiques de l'éducation respiratoire (1)

Par le Docteur J. AMAR

Professeur de Physiologie appliquée au Conservatoire national
des Arts et Métiers

Ce titre est celui des Leçons faites au lendemain de la guerre, dans mon Laboratoire même et devant les appareils ; elles visent à formuler quelques principes d'éducation respiratoire appuyée sur une expérience rigoureuse. On a déduit ces principes des faits, et on les a coordonnés en théorie scientifique. On en a surtout montré les applications sociales, dans un but d'amélioration des races humaines. A ce dernier point de vue, nous avons considéré trois ordres d'applications :

Celui de la *respiration pathologique*, d'un intérêt clinique et thérapeutique ;

Celui de la *respiration de fatigue*, en vue de combattre l'intoxication par gaz carbonique ; à quoi se rattachent, évidemment, l'intoxication en milieu confiné et le problème général de leur prophylaxie ; enfin celui des *exercices physiques*, où nous prouvons que les lois du mouvement sont étroitement solidaires des lois profondes et souveraines des échanges respiratoires, et demandent la même discipline.

Ces renseignements si utiles, nous souhaitons qu'ils profitent, avant tout, à l'Education physique et à la pratique médicale.

Principes. — Le lecteur pourra voir, en consultant ces Leçons, que les enseignements donnés résultent de *graphiques* fournis par le jeu direct, mais normal ou anormal des poumons. La maladie inscrit elle-même ses caractéristiques respiratoires, dans lesquelles il faut, en outre, savoir reconnaître l'influence des troubles cardiaques et des désordres du système nerveux central.

Une formule, établie par nous et vérifiée sur d'innombrables exemples, nous a permis de calculer le *taux de l'hématose* d'après le volume et la fréquence des respirations. Ce taux ou le *Coefficient hématopneïque K*, manifeste l'état valide ou les états pathologiques, précisant encore si ces derniers concernent la *prétuberculose* ou la *tuberculose*. En plus de la réaction K, l'aspect des graphiques, que nous avons appelés *tonogrammes*, trahit la profondeur et les irrégularités de l'activité pulmonaire ; il fait apparaître les traits de *surmenage*, de l'essoufflement, de l'emphysème, de la dyspnée, etc. ; il révèle l'effort de la vie dans son incessant *besoin d'oxygène*, surtout quand les moyens d'inspirer se trouvent menacés, intérieurement ou extérieurement. Rien ne passe la clarté, la fidélité de ces procédés d'observation au point de vue strictement médical. Mais rien, non plus, ne les égale quand il s'agit de régler les respirations au point de vue gymnastique, et de favoriser, soit les *sports*, soit l'*entraînement physique*.

Réflexions et Conclusions. — Ne pouvant aborder ici les détails, on se contentera de reproduire un passage qui résume les observations pathologiques.

« En définitive, écrivons-nous, on voit l'organisme lutter pour maintenir une intensité d'hématose qui réponde aux besoins physiologiques. Là où une gêne pathologique tend à ralentir les respirations (adhérences, frottements), leur amplitude augmente ; réciproquement, celle-ci ne se développe pas et la fréquence s'élève faute de libre passage jusqu'aux alvéoles.

Le jeu des poumons se précipite également lorsque l'entrée et la sortie de l'air ne sont pas amorties, adoucies par la tonicité des fibres musculaires des alvéoles. Alors le mouvement respiratoire devient brusque ; il se succède comme un choc répété ; il a des ressauts et des oscillations à l'expiration. Cela est visible chez l'emphysémateux qui n'a plus, ou guère, l'usage de ses alvéoles pulmonaires. Et pourquoi ? — Parce que des causes extérieures à l'appareil respiratoire ont fatigué, surmené les fibres musculaires et détruit leur *tonus*, parce que leurs propriétés élastiques se sont perdues, et l'on imagine que la résistance tonique et élastique des muscles est plus exposée à céder dans le jeune âge et la vieillesse que dans l'âge adulte. Aussi, l'enfant et le vieillard sont-ils particulièrement exposés à l'emphysème.

Quand on entreprend l'éducation respiratoire et l'organisation des exercices gymnastiques, voilà déjà un point essentiel qu'il faut avoir en vue : *pas d'efforts pénibles*.

Et dans la tuberculose des poumons, l'évolution des phénomènes morbides est plus profonde. Elle suit un cours rapide lorsque des obstacles cardio-vasculaires ou nerveux s'opposent à l'accomplissement de l'hématose, lorsque la ventilation est gênée, surtout aux périodes de pleine activité physique. Et ainsi, l'âge où la phthisie est très dangereuse c'est celui de 20 à 45 ans.

(1) Vol. in-8 de 200 p. et 24 fig. ; chez DUNOD, Paris 1920 (Quai des Grands-Augustins, 47 et 49).

L'expérience nous a d'ailleurs montré que le tuberculeux a une vie ralentie. C'est donc par degrés insensibles qu'il faut l'élever de ce bas niveau énergétique à une plus grande vitalité, à l'épanouissement complet de ces combustions intraorganiques, par une hématoze régulière.

Le retard des oxydations menace l'équilibre thermique du corps ; le malade est, d'une part incapable de transformer ces albuminoïdes en graisses, à cause du manque d'oxygène ; et, d'autre part, il a besoin de brûler son tissu adipeux en vue de la calorification (1). On sait, par exemple, que chez les bêtes tuberculeuses, la cellule mammaire ne forme plus de beurre : l'adipogénèse est entravée.

Le phthisique entre en consommation et maigrit considérablement. La réaction K révèle cette sous-nutrition et en indique le remède. Ce remède est l'oxygène. Mais il est essentiel d'assurer l'équilibre thermique de l'organisme et de relever les forces par une alimentation surabondante, comprenant, avec les protéiques, un excès de matières grasses.

Des exercices modérés viendront augmenter la ventilation pulmonaire et favoriser l'hématose ; on entraînera peu à peu l'appareil respiratoire à plus d'activité ; on évitera les déperditions thermiques (climats chauds).

Tels sont les éléments de la thérapeutique antituberculeuse ; ils sont nécessaires, et efficaces en raison de la logique qui préside à leur choix. Et si nous insistons à leur égard, c'est que, précisément, la tuberculose est une de ces maladies qui demandent à être étudiées avec le plus de méthode. Quand elle est débutante ou latente, on hésite parfois à la reconnaître ; et il ne semble pas que les réactions pour la diagnostiquer aient été, jusqu'ici sans danger ; tandis que la réaction K renseigne exactement, et impunément.

Quelquefois aussi le malade ne crache pas ; on est obligé de provoquer l'expectoration pour observer les bacilles de Koch.

Nous conseillons donc de faire l'épreuve du K, d'abord au repos, puis en marchant, et de voir, en appliquant la formule, si l'écart entre l'oxygène calculé et l'oxygène mesuré dépasse 10 p. 100 ou 20 p. 100. Alors ici la tuberculose est nette ; là, c'est la pré-tuberculose...

Ces règles générales, il faut qu'elles pénètrent partout ; car la maladie atteint un nombre prodigieux de victimes, et la guerre lui a donné des renforts. Et puis rien n'a été fait pour les ouvriers, dont les fatigues fournissent aux germes un excellent terrain. On n'a rien tenté pour améliorer et surveiller l'alimentation du peuple, donner à celui-ci l'air et la lumière sans parcimonie, et guider son labeur dans des voies qui s'écartent du surmenage, des intoxications, des désordres du corps et de l'esprit. Il manque tant de méthode à ceux qui ont le temps de raisonner, qu'on ne saurait en faire grief à ceux qui ne disposent ni de l'un ni de l'autre ».

Jules AMAR.

RÊVE ET RÉALITÉ

(Suite et fin.)

Sur la route du Rhin, la pensée de bien des songeurs chemine sur des sentiers subtils. A beaucoup, la guerre a donné cette clairvoyance qui voit loin au delà des apparences. L'instituteur en gris-campagne passe dans le train devant une école de village... Quand de nouveau il montera en chaire devant ses élèves, sa leçon sur Louis l'enfant ou Charles le Gros ne sera plus quelconque. Il saura montrer ce que la terre nourricière est pour les peuples d'aujourd'hui, et comment l'histoire et la géographie sont les mystérieux éducateurs qui montrent aux nations le but à atteindre. Et ainsi son influence fera de ces enfants des hommes conscients des nécessités de leur temps.

Et ce jeune pasteur en uniforme qui voit dans les gares des mères en deuil de leurs aînés déjà sacrifiés embrasser de jeunes soldats, a compris subitement à la lueur sanglante de cette guerre toute la profondeur philosophique et morale du mot si simple que Jésus prononça sur la croix :

« Vois, celui-ci est ton fils. Vois, celle-là est ta mère. »

La guerre nous a appris à mieux réfléchir... Tandis que celui-ci laisse au loin vagabonder sa pensée, cet autre chante tristement un lied de son pays et celui-là fait de gais calembours. Et c'est peut-être bien ainsi !

Pendant que deux landwehrs font un rapprochement entre a mort en temps de paix et en temps de guerre, ils entendent dans le compartiment voisin deux landsturm qui causent de la politique financière anglaise. Et l'un d'eux s'écrie : « C'est aux Dardanelles qu'on a pu constater l'avarice sordide des Anglais ! »

« Ils ont fixé à 6 livres sterlings la mise à prix d'un Turc-Allemand livré mort ou vif au commandement britannique ! Notre Kaiser est tout de même plus généreux. Pour une tête, c'est l'ordre « pour le Mérite » qu'il a promis ! »

— « Quelle tête donc ? »

— « La tête de pont de Calais ! »

Méditations élevées, jurons grossiers, plaisanteries bonnes ou mauvaises c'est la vie du soldat entre les batailles.

Maintenant les premières troupes de Russie aperçoivent le Rhin ! Les soldats se taisent et regardent au loin. Sur eux plane une atmosphère solennelle. Ils respirent profondément. Ils ont traversé d'un bout à l'autre la terre allemande. Ils ont vu ce qu'était la paix.

Une aube ensoleillée laisse flotter sur le pays rhénan sa bannière bleue et or. Des enfants joyeux s'ébattent sur les rives du fleuve. Et sur la grande route des jeunes gens chantent pour rythmer leur marche.

« Vous qui chantez là-bas, continuez à marcher gaiement par monts et vallées. Faites vous un corps d'acier. Rassassiez vos âmes du spectacle de la patrie. Réjouissez-vous de tout votre cœur d'être jeunes et goûtez votre bonheur, vous qui récolterez ce qu'aujourd'hui nous semons pour vous. Restez simples et droits, jeunes compagnons de route, gardez à votre chapeau de feutre la branche de chêne et buvez à grands yeux la splendeur de la terre allemande. Que ces grands jours ne fassent pas de vous de vieux sages, ne commencez pas à politiciiller, et ne bourrez pas votre intelligence de culture livresque ! Parcourez joyeusement les campagnes allemandes comme si de toute éternité elles étaient ainsi sous le soleil et comme si elles devaient le rester jusqu'à la consom-

(1) On peut lire nos explications à ce sujet dans : *Le Moteur humain*, p. 193 et suiv. Paris 1914 (trad. angl. et allem. ; chez Duroy.)

mation des siècles... C'est assez tôt que la vie inscrira en marge de votre vie ses amères annotations... Aimez votre terroir natal, honorez la langue allemande. Oui, faites cela pour l'instant. Soyez fiers de votre patrie et de votre bonheur. Ayez l'orgueilleuse volonté de n'en jamais céder une parcelle. Préparez-vous à être des hommes. Et soyez prêts à la guerre... »

Tet est le testament des soldats avant les batailles prochaines. Volonté sacrée. Il n'est pas de mots pour exprimer ce qui remplit le cœur de ces vaillants quand ils passent sur le Rhin. C'est inexprimable. Dans leur cœur pur et joyeux s'affirme la volonté de mater ceux qui par leurs intrigues criminelles ont arraché la paix à l'Allemagne et au monde.

..

Quelque part, entre Aix la Chapelle et Bruxelles, le kaiser passe la plus grande revue qui ait jamais été passée au monde. Les triomphateurs de l'armée des tsars défilent encore une fois devant leur maître avant de livrer les combats décisifs. Enivré d'orgueil, le peuple allemand en armes sent se poser sur lui les yeux bleu d'acier du plus puissant des princes de la terre.

Les cœurs saluent celui vers qui vont les pensées et du monde entier, amour ou haine aveugle. Celui qui pendant vingt-cinq ans fut le bouclier de la paix du monde se dresse maintenant au milieu de la plus grande guerre de l'histoire et restera pour les générations germaniques le plus grand des allemands.

Que se passe-t-il dans l'âme de notre empereur quand les marchands du temple et les intrigants d'Albion, tremblants de peur, suent contre lui, comme de répugnants crapauds, le mensonge et la diffamation ? Dans les yeux de ses hommes le kaiser lit la réponse à toutes les ignominies vomies contre lui de l'autre côté du Pas-du-Calais.

Près de lui, les héros de Russie revoient leur Hindenburg, l'âme du Dieu de la guerre, le général aux yeux perçants et doux qui parfois s'illuminent d'un éclair métallique comme les yeux de Moltke, le grand allemand à la forte stature, à l'allure « Vieille Allemagne » sur le visage duquel on lit, profondément gravée, l'opiniâtre volonté bismarckienne de briser tous les obstacles sur la route de l'Allemagne ! Hindenburg génie des batailles, virtuose de la stratégie, tacticien admirable, artiste consommé, épouvante des ennemis, qui se riant des obstacles fonce droit au but, mais sait cependant jouer merveilleusement de la clause, « la direction se réserve d'apporter des changements au programme »...

Le magicien mystérieux qui savait recouvrir ses troupes d'un invisible rideau, qui savait feindre d'hésiter longtemps et subitement empoignait si fort l'ennemi que le butin vivant se comptait par dizaines de milles. Le fils de ses œuvres que les circonstances ont élevé comme jamais homme ne le fut. Le héros immortel qui vivra dans la mémoire populaire vêtu de la simple armure de fer des paladins !

..

Enfin nos fidèles guetteurs du front ouest sont délivrés des tortures indicibles de la guerre de positions. Il leur a fallu des âmes trempées à l'antique pour tenir dans les trous, pour repousser les coups de cornes de taureaux furieux, pour endurer la souffrance inouïe des bombardements incessants qui arrachent les nerfs et coupent la respiration. Voici venue

l'heure de dresser contre le parapet des tranchées les échelles d'assaut !

Les batteries automobiles autrichiennes et les géants de fer dont le souffle renversa les forteresses russes commandent maintenant les positions anglo-françaises. Elles extirpent les colonnes ennemies de leurs tranchées et de leurs abris et elles poussent vers l'ouest l'irrésistible avalanche.

Elles sont comme des meutes hurlantes autour de Dunkerque et de Calais. Elles vont ruiner les deux forteresses et préparer l'anéantissement des armées anglaises.

Déjà sont engagées des batailles en rase campagne, Combats sur l'issue desquels le monde est fixé. Car l'armée allemande a pour la première fois avec elle un allié qui seul ne peut rien mais qui uni à la bravoure emporte tout : la supériorité numérique. Les millions d'hommes de l'armée de Russie enjambent les tranchées qui protégeaient le Pas-de-Calais. Maintenant tremble Albion !

Un gigantesque essaim de Zeppelins d'une taille que les soldats allemands eux-mêmes ne l'imaginaient pas, sont partis vers l'ouest un matin de brouillard, et sont allés réveiller chez elle la flotte anglaise. Sur mille bombes, cinquante ont porté ! Les explosions ont achevé l'œuvre de destruction. D'innombrables sous-marins ont forcé l'entrée des ports anglais et terminé la besogne.

L'Angleterre a son « Sedan ». Mais il faut encore qu'elle subisse son « Paris ».

Adapté de l'Allemand

par JEAN LINIÈRES et E. GRANDJEAN.

AXYPHOIDIE

Réjouissons-nous, on vient de trouver un nouveau symptôme qui nous permet de faire à coup sûr le diagnostic de l'Hérédo-syphilis,

C'est tout à fait simple.

Votre sujet est-il ou n'est-il pas *axyphoïdien*. S'il est *axyphoïdien* vous pouvez affirmer à coup sûr l'hérédosyphilis. S'il ne l'est pas vous ne concluez à rien du tout. Vous voyez c'est à la portée du premier médecin venu et point n'est besoin d'être docteur en syphiligraphie pour trouver ce symptôme de si grande valeur.

Mais qu'est-ce que l'axyphoïdie direz-vous ? — Comment vous l'ignorez ? où donc avez-vous fait vos études ? On ne parle que de cela à la Société médicale des hôpitaux de Paris. M. Queyrat a fait là dessus de savantes dissertations.

L'axyphoïdie est l'absence de l'appendice xyphoïde. Et alors ? Une fillette de 14 ans hérédosyphilitique, présentant une absence de cet organe, on en conclut que cette malformation (oh le gros mot) doit entrer dans l'arsenal déjà si encombré des stigmates anatomiques d'hérédosyphilis.

Vraiment, Messieurs les syphiligraphes vont un peu fort dans leur façon de se moquer du public médical.

Rien de plus facile que d'étudier cette extrémité distale

(1) Berdayer : approcher de ; équilibrer (par extension).

(2) P'a : Père.

du sternum sur le vivant comme sur le squelette ; chez l'homme comme chez les animaux. Et, si vous faites la moindre enquête sur une série de sujets mâles et femelles, que remarquez-vous ?

L'absence de l'appendice xyphoïdien ? Jamais.

Son peu de développement ? Très souvent ; mais considérez les sujets chez qui vous le trouvez extrêmement réduit, vous ne découvrirez aucun symptôme d'hérédité pathologique.

Sa variabilité ? Excessive. Et vous en trouverez de toutes les formes, pointus, bifurqués, troués, déviés en avant, en arrière, de côté : osseux, cartilagineux, mixtes, etc.

Son hérédité ? Oui, et comme toutes les variations anatomiques non pathologiques, vous constaterez sa transmission pendant plusieurs générations. Je viens d'en observer un cas chez le grand-père, le père, et deux enfants.

Un bon conseil, si en clientèle vous trouvez un sujet axyphoïdien, ne croyez pas un seul instant que ses parents étaient syphilitiques.

Et suspendez le poignard sternal aux panoplies des vieilles armes pour vous souvenir que ce n'est plus un instrument à utiliser dans la guerre contre les tréponèmes.

TETBERT.

ANTHOLOGIE

IDIOSYNCRASIE

O terme abscons, vocable ignoré du vulgaire,
Dont les angles, bardés de formidables sceaux,
Bravent des philistins molaires et ciseaux ;
Qui cachés en tes flancs des machines de guerre,

D'où surgis-tu ?... Malgré ton facies narquois,
Ton relent de pédant et de capitaliste,
Tu sembles exhumé, par un vieux kabbaliste,
Des grimoires où gît le langage iroquois.

Quel aigle colossal t'a pondu dans son aire ?
Horifique, mafflu, chevelu, mamelu,
Tu fais passer, au fond du discours vermoulu,
Un vent d'Apocalypse ou de Catilinaire.

Un décadent, peut-être, au Chat-Noir te sacra,
Un soir, en provoquant la lune goguenarde.
Depuis, tout plumitif respectable en canarde
Epiciers ébaubis, bourgeois et cœtera.

Pour moi, je te vénère humblement, quoi qu'en pense
Un bipède féru de suranné jargon :
En tortillant les reins de japonais dragon,
Avec solennité tu rampes sur ta panse.

Académiciens, jongleurs topinambours,
Morticoles, gâteaux chercheurs de quintessence,
De ta moelle, en bavant, s'offrent la jouissance.
Il suffit. Laisse donc hululer les hiboux.

Et va, contemporain fossile d'Aspasie,
Dédaigneux des concepts étroits et de bibus,
Sur les lèvres des snobs accroupir... ton rébus,
O mot labyrinthique, Idiosyncrasie !

Louis CHOLLET,

Secrétaire de l'École de Médecine de Tours.

BIBLIOGRAPHIE

Golda Stillermann. — Le traitement esthétique des abcès du sein par la méthode du Dr Chaput. — 1 vol. Paris, janvier 1919.

Rien de plus intéressant pour le praticien que les problèmes de thérapeutique pratiques qu'il est appelé à résoudre tous les jours. Les abcès du sein si douloureux, obligeant parfois à des incisions multiples ne sont pas commodes à bien guérir. Je ne puis moins faire que de citer ici les conclusions du Dr Stillermann qui précisent bien la valeur de la méthode de cet esprit novateur que fut le regretté chirurgien Paul Chaput.

1° Les abcès chauds du sein, s'observant surtout chez les femmes jeunes, il est important de les guérir sans cicatrices visibles, tout en conservant la valeur fonctionnelle de la glande au point de vue allaitement.

2° De tous les traitements préconisés jusqu'à nos jours c'est le drainage filiforme traversant et déclive qui nous paraît réaliser au maximum ces deux desiderata.

3° Par cette méthode on traite les abcès supéro-externes et sus-aréolaires soit par la voie axillo-aréolaire soit par la voie aréolo-cutanée, toutes les autres variétés par la voie aréolo-sous-mammaire ou bien aréolo-aréolaire.

Les abcès au voisinage de l'aréole peuvent se drainer par une incision aréolaire unique et radiée, le drain filiforme étant placé en anse.

4° La technique en est facile, rapide et simple. Elle peut s'exécuter à l'anesthésie locale et est à la portée de tout praticien.

5° La guérison s'obtient en quinze jours en moyenne après quoi la malade peut reprendre l'allaitement avec le sein opéré.

6° Grâce à la petitesse des orifices que le drainage filiforme permet, il laisse des cicatrices punctiformes, souples, non adhérentes et n'entraîne pas comme les larges incisions la déformation et l'atrophie du sein.

7° Ces cicatrices punctiformes peuvent d'ailleurs être parfaitement dissimulées cachées, qu'elles sont dans les attitudes ordinaires du bras, dans le creux axillaire, dans le sillon sous-mammaire et dans la zone brunâtre de l'aréole périmamelonnaire.

L. L.

Contribution au traitement des maladies infectieuses par un dérivé argentique soluble, par le Docteur Maurice Jeansotte. (Thèse de Lyon 1919).

Tant que la pharmacodynamie n'aura pas découvert des agents chimiques spécifiques, les méthodes, qui consistent à augmenter la leucocytose et à exalter le pouvoir phagocytaire des leucocytes, auront droit de cité en thérapeutique pratique. On sait le succès de cette médication leucogène en cours de ces dernières années, et le nombre élevé des médicaments qu'on utilise aujourd'hui pour provoquer cette hyperleucocytose. Parmi ceux-ci les métaux colloïdaux tiennent la première place tant par leur facilité de maniement que par la régularité de leur action : mais ils ont tous un inconvénient grave, c'est la violence même des réactions (élévation immédiate de la température, frissons, malaise, etc.) qu'ils déterminent. Un grand nombre de médecins, effrayés par ces réactions, hésitent à employer cette méthode, malgré le bénéfice qu'ils peuvent en retirer : ils seront intéressés par le nouveau produit, le *Septacrol*, dont la maison Ciba vient d'enrichir la thérapeutique : employé à la dose de 10 cc. en injection intra-veineuse, dans toutes les épidémies, la grippe — etc. il s'est montré aussi actif que les meilleurs métaux colloïdaux, mais sans provoquer les fâcheuses réactions secondaires de ceux-ci.

SIROP GUILLIERMOND

IDO-TANNIQUE

Le meilleur succédané de l'Huile de foie de morue
GOUT AGREABLE - CONSERVATION PARFAITE

**AFFECTIONS CARDIO-VASCULAIRES, AFFECTIONS PULMONAIRES CHRONIQUES
LYMPHATISME, GOITRE, MALADIES DE LA PEAU.**

PRESCRIRE
Sirop Guillaiermond, un flacon. — Echantillon gratuit sur demande: G. DEGLOS, 131, Rue de Vauglraud, PARIS



Liqueur AGREABLE, NON ALCOOLIQUE. — Jamais de Troubles digestifs.

MORRHUETINE JUNGKEN

Iode 0,015 mg.; Hypophosphites composés et Phosphate de Soude aa 0,25 cg. par cuillerée à soupe.

LYMPHATISME - CONVALESCENCE - TUBERCULOSE

DOSE QUOTIDIENNE: Adultes: 3 cuill. à soupe; Enfants: par cuill. à café, après les repas.
LABORATOIRE DUHÈME, COURBEVOIS-PARIS.

ANESTHÉSIE

CHLOROFORME ANESTHÉSIQUE ADRIAN

en ampoules de 15, 30 et 60 grammes

➔ **ÉTHÉR ANESTHÉSIQUE ADRIAN**

en ampoules de 50 et 100 grammes

➔ **BROMURE D'ÉTHYLE ANALGÉSIQUE ADRIAN**

en ampoules de 15, 30 et 60 grammes

➔ **CHLORURE D'ÉTHYLE ANALGÉSIQUE ADRIAN**

en ampoules de 1, 2, 3, 4, 5, 10 et 25 cent. cubes

Le même, en tube métallique de 50 et 100 grammes environ

NÉVROKINOL

DU

D^r Gaston LAURÈS

A BASE

d'Ext. de quinquina, ac. phosphorique
et iode assimilable

Stimulant et reconstituant
du système nerveux dans tous
les cas de fatigue musculaire,
nerveuse ou cérébrale.

DÉPOT GÉNÉRAL:

Ét. JACQUET, pharmacien,
Cormery (Indre-et-Loire)

Et toutes Pharmacies.

TUBERCULOSES de 3 à 6 cuill.
CATARRHES à café par
GRIPPES, BRONCHITES jour dans
du lait ou du
bouillon.

EMULSION Phospho-
Créosotée
MARCHAIS

Calmé la TOUX, relève l'APPÉTIT
et CICATRISE les lésions.
Bien tolérée — Parf absorbée.

PRODUITS DE RÉGIME CH. HEUDEBERT

PAIN "ESSENTIEL"

en biscottes de 10 grammes chacune
avec ou sans chlorure de Sodium.

Riche en azote et en phosphates organiques ne
laissant pas de résidus toxiques.

120, Faubourg Saint-Honoré, Paris. Téléph. 582-52

ENTÉRITES, DIARRHÉES, CONSTIPATIONS, DERMATOSES,
AUTO-INTOXICATIONS

BULGARINE THÉPÉNIER

CULTURE PURE EN MILIEU VÉGÉTAL DE BACILLES BULGARES
1^{er} BOUILLON
2^{es} COMPRIMÉS 4 Verres de Madère par jour
6 à 8 Comprimés par jour avant les repas

Laboratoire des Ferments. A. THÉPÉNIER, 12, rue Clapeyron, PARIS.

PHOSPHARSINAL

Cachets de Phosphoglycérate pur de Calcium
méthylarsénié à 0.02 centigr. par cachet

Réconstituant général du Système nerveux, Neurasthénie, Croissance, Anémie, Phosphaturie, Surmenage, Débilité

Deux cachets par jour avant les repas

Dépôts: PARIS : **MM. SIMON & MERVEAU**, 21, rue Michel-Le-Comte.
TOURS Toutes bonnes Pharmacies.

Maison LUER

F. & Docteur W. WULFING-LUER, Successeurs
(Instruments de Chirurgie et Appareils de Médecine)
104, Boulevard Saint-Germain, PARIS (6°)
TÉLÉPHONE : Gobelins 13-90

Catalogues { Spécial pour l'Ophtalmologie.
sur { Spécial pour l'Oto-Rhino-Laryngologie.
demande { Pour la Chirurgie générale, moins les deux
spécialités ci dessus (en préparation).

INDICATIONS :



ARTHRITISME

Diabète, Gravelle,

Goutte,

Rhumatismes

VOIES URINAIRES

MALADIES DU FOIE

ET DE L'ESTOMAC

ENTÉRITES ET

GASTRO-ENTÉRITES

DIARRHÉES INFANTILES

— Se trouve dans toutes les pharmacies —

PHOSCAO

COMPOSE

Le plus puissant des reconstituants

ALIMENT IDÉAL

Des anémiés, des surmenés,

Des convalescents, des vieillards

Le "PHOSCAO COMPOSÉ" est en vente exclusivement dans les pharmacies

Administration : 9, rue Frédéric-Bastiat, PARIS (VIII°). - Téléph. Élysées 01-01

PETITES ANNONCES

3 francs la ligne de 35 lettres

Les petites annonces doivent être
reçues avant le 5 de chaque mois :
G. M. C., 209, boulevard St-Germain,
Paris.

A VENDRE : 1 poêle Godin
très bon état visible à Tours (Indre-
et-Loire). N° 1013.

DOCTEUR en médecine ou
étudiant, médecin militaire réfor-
mé, habitués à la littérature médi-
cale, trouveront situation à Montréal
(Canada) en écrivant à CANADIAN
MEDICAL DIRECTORY, Quartier Bor-
deaux, à Montréal (Canada). N° 1014.

ON DEMANDE à acheter
d'occasion un oscilomètre du Pr.
Pachon. N° 1015.

A VENDRE : bicyclette de
garçonnet de 9 à 12 ans en très bon
état. Modèle 1919. Occasion excep-
tionnelle. N° 1016.

JEUNE HOMME instruit
ferait représentation grand com-
merce ou industrie (Seine et Seine-
et-Oise) N° 1017.

AVIS. — Prière de joindre
aux réponses un timbre de 0,25 pour
la transmission des lettres.

La G. M. C. se charge de transmet-
tre à MM. les Annonceurs toutes les
lettres qui leur sont adressées.

Elle décline toutes responsabilités
quant au texte de ces annonces.

RECONSTITUANT DU SYSTÈME NERVEUX

NEUROSINE

PRUNIER

"Phospho-Glycérate de Chaux pur"

La myocardite pesteuse, son traitement par la digifoline. par le Dr D. THOULON, médecin principal de 1^{re} classe. — (Le Caducée, 1^{er} novembre 1919).

Au cours de l'infection pesteuse, le myocarde est presque toujours touché et souvent détermine la mort par son insuffisance. Ces défaillances se montrent aussi bien à la période de début qu'à la période d'état, et même pendant la convalescence; elles commandent une thérapeutique énergique et immédiate. A la période d'état, le pouls est plein, très rapide; on observe souvent du dicrotisme et de l'anacrotisme qui indiquent soit la défervescence prochaine, avec issue heureuse, soit, au contraire, une aggravation et une échéance fatale, à bref délai. Dès que les battements du cœur s'assourdisent, deviennent plus lointains, que le pouls faiblit, perd sa régularité et son ampleur, il faut avoir recours sans retard au toni-cardiaque. Cette thérapeutique active s'impose d'autant plus que les injections massives du sérum tendent, par l'apport de 100 à 160 cc. de liquide, à augmenter encore le travail du cœur. A quelle médication convient-il alors d'avoir recours? La caféine, la spartéine, l'huile camphrée sont très employées, la digitale, plus rarement bien qu'elle trouve là une indication formelle, surtout sous forme de poudre ou d'extrait, plus diurétiques que la digitaline cristallisée. Mais, aux colonies, on ne trouve pas ces préparations qui y sont trop vite détériorées par les périodes de sécheresse torride et d'humidité chaude. La digifoline, par contre, en comprimés ou en ampoules, y conserve l'intégralité de ses propriétés tonicardiaques et diurétiques. C'est donc à cette préparation que l'auteur eût recours, il l'administra par voie sous-cutanée ou intra-veineuse, pendant les périodes de début et d'état de l'affection, réservant à la période de convalescence l'absorption buccale du médicament. Il en obtint ainsi les meilleurs résultats, et sensiblement plus rapides qu'avec l'huile camphrée, notamment lorsqu'il y avait insuffisance rénale.

La médication par la digifoline, qui agit mieux et plus vite que la plupart des autres tonicardiaques, que l'on pourrait être tenté d'employer (la caféine, trop excitante, est le plus souvent contre indiquée chez les noirs), et qui a l'avantage d'augmenter considérablement le débit urinaire, doit donc être instituée sans retard, à tous les stades de l'affection, dès qu'apparaissent les premiers symptômes de fléchissement du myocarde.

NOUVELLES

Ecole de médecine d'Angers

M. Martin, suppléant des chaires de physique et de chimie, est chargé d'un cours de toxicologie (pendant la durée du congé accordé à M. Allanic).

Ecole de médecine de Caen

M. Lecornu, suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales, est nommé professeur de pathologie interne, en remplacement de M. Moutier, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

M. le professeur Moutier, directeur, est admis à la retraite et nommé directeur honoraire.

M. Chrétien est chargé d'un cours de chimie et toxicologie et d'un cours complémentaire de chimie analytique et minéralogie.

M. Desbouis est délégué dans les fonctions de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie.

Ecole de médecine de Clermont

M. Rouchy, professeur de pharmacie et matière médicale à l'Ecole de Poitiers, est nommé, sur sa demande, à la même chaire à l'Ecole de Clermont.

— M. le professeur Rocher est admis à la retraite et nommé professeur honoraire.

Ecole de médecine de Limoges

M. Filhoulaud, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale, est chargé, en outre, pour l'année scolaire 1919-1920, des fonctions de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie.

Sont chargés, pour l'année scolaire 1919-1920, des fonctions de chefs de travaux :

Anatomie. MM. Filhoulaud, suppléant; physique et chimie : Golse, suppléant; physique et chimie (P. G. N.) : Biais, professeur.

Ecole de médecine de Nantes

MM. les professeurs Bureau et Diarroux sont admis à la retraite et nommés professeurs honoraires.

Ecole de médecine de Poitiers

M. Faivre, professeur de clinique médicale, permute avec M. Morichau-Beuchant, professeur de pathologie médicale.

Faculté de Médecine de Bordeaux

Des concours seront ouverts, le 31 mai 1920, devant la Faculté Mixte de Médecine et de Pharmacie de l'Université de Bordeaux :

Pour l'emploi de suppléant des chaires de physique et de chimie à l'Ecole préparatoire de Médecine et de Pharmacie de Limoges :

Pour l'emploi de suppléant de la chaire d'Histoire Naturelle à ladite école :

Pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de cliniques chirurgicales et de cliniques obstétricales à l'Ecole préparatoire de Médecine et de Pharmacie de Poitiers :

Pour l'emploi de suppléant de la chaire de Pharmacie et matière médicale à ladite école.

Les registres d'inscription seront clos un mois avant l'ouverture des concours.

Le concours pour une place de chirurgien adjoint des hôpitaux de Bordeaux s'est terminé par la nomination du docteur Charbonnel.

Médaille de la Reconnaissance Française

Parmi les personnes qui viennent de recevoir cette distinction nous relevons les noms des deux délégués pour la IX^e Région des Sociétés de la Croix Rouge : *Union des Femmes de France et Société de Secours aux blessés*.

M. Dubreuil-Chambardel (Emile) docteur en médecine à Tours, s'est occupé comme délégué régional de l'Union des Femmes de France de l'organisation de nombreux hôpitaux; sur son initiative dès le début de la guerre le nombre des lits de ces hôpitaux, fut augmenté dans l'intérêt des blessés militaires et de nouveaux hôpitaux furent créés dans diverses villes permettant à l'Union de mettre 1.500 lits à la disposition des victimes de la guerre.

Obligé de se retirer en juillet 1916 pour raison de santé, a continué à s'intéresser aux formations qu'il avait organisées.

M. Vasse du Saussay (Louis, Virgile, Pascal) à Fondettes (Indre-et-Loire), président du Comité de Tours de la Société de Secours aux blessés militaires et délégué régional de cette Société, a organisé les formations sanitaires de la IX^e Région et fait preuve pour en assurer le bon fonctionnement d'une activité inlassable qu'il n'a cessé de déployer malgré son âge pendant toute la durée des hostilités.

Ecole de Médecine et de Pharmacie de Tours. —

Projet de monument à élever en l'honneur des étudiants de l'Ecole, morts au champ d'Honneur.

Les Professeurs de l'Ecole de Médecine et de Pharmacie de

Tours considérant le lourd tribut payé à la guerre par les Elèves de cette Ecole, anciens ou en cours d'études ont unanimement décidé de perpétuer, par le marbre ou la pierre, la mémoire de ceux qui sont morts au Champ d'Honneur.

L'inauguration du monument donnera lieu à une cérémonie commémorative, dont la relation sera conservée dans un Livre d'Or, où seront rappelées les citations et les distinctions honorifiques, dont les disparus et les survivants ont été l'objet, pour leurs actes de courage et de dévouement.

Afin qu'aucune omission ne dépare la longue liste en préparation, ni ne laisse dans l'oubli, quelque document important, il est fait appel à tous ceux que le lien du souvenir rattache à l'Ecole de Tours et aux Noms vénérés qui en font l'illustration. Tous sont priés, à l'instar des membres d'une même famille, de communiquer toute indication et tous renseignements, qui donneront à la manifestation son entière et solennelle portée.

Tous également sont invités à participer à l'hommage rendu à nos glorieux Morts, et à en rehausser l'éclat par leur contribution à la souscription dès maintenant réalisée par les Professeurs et les Etudiants.

Renseignements et adhésions seront adressés à l'un des Professeurs, ou au docteur Thierry, 63, rue Marceau, à Tours, chargé de les centraliser.

Nous croyons savoir que la souscription ouverte en vue de l'érection de ce monument a reçu le meilleur accueil et que le souvenir des étudiants de l'Ecole de Tours, morts pour la patrie sera commémoré par une œuvre digne de leur héroïsme.

L'éminent artiste qu'est le maître Fr. Sicard, un Tourangeau, ancien grand prix de Rome, a bien voulu se charger de sculpter ce monument.

Avis à nos abonnés

Nous avons le plaisir d'informer nos abonnés que nous avons organisé pour eux un service de consultations juridiques *gratuites* sur tous sujets.

Chaque abonné a droit gracieusement à une consultation par an.

Il suffit d'écrire en n'oubliant pas de joindre un timbre de 0 fr. 15 pour la réponse à l'adresse suivante :

Service juridique de la *Gazette Médicale du Centre*, 18, rue Laffitte, Paris, 9^{me}.

L'Œuvre de l'Institut Prophylactique (1916-1919). —

Rapport de Messieurs Louis Dausset et Henri Rousselle.

Dans un remarquable rapport, présenté en fin d'année 1919, au Conseil Municipal de Paris et au Conseil général de la Seine, MM. Louis Dausset et Henri Rousselle ont placé sous les yeux de leurs collègues et du grand public les résultats acquis au cours de ces dernières années par l'Institut prophylactique dans la lutte contre la syphilis.

Ce rapport, qui fait en ce moment le tour de la Grande Presse et des journaux médicaux, mérite d'être analysé pour les abonnés et lecteurs de la *Gazette Médicale du Centre*, qui s'intéressent aux problèmes de l'hygiène et de l'amélioration de la Race.

Après un rapide exposé des conditions dans lesquelles l'Institut prophylactique fut fondé le 9 mars 1916, sous l'égide des Roux, de l'Institut Pasteur, Emile Chautemps, Landouzy, Briex, Chantemesse, Letulle, Pinard, etc. etc., qui donnèrent à l'unanimité la Direction de l'Institut au Dr Vernes, les rapporteurs abordent la « Partie scientifique et sociale » de cette Œuvre.

La base scientifique, c'est le « contrôle » régulier du sang, et,

s'il y a lieu, du liquide céphalo-rachidien, de tous les syphilitiques et aussi des suspects (syphilitiques héréditaires, syphilitiques méconnus, ignorés), contrôle, non point par la réaction de Wassermann dont l'infidélité est maintenant un dogme, mais à l'aide d'un *procédé neuf, d'ordre physique, d'une rigoureuse exactitude* (1).

Les « lois de Vernes » reçoivent depuis trois ans et demi une éclatante confirmation. Sur 89.965 examens sérologiques, pratiqués à la suite de 17.187 prises de sang, et de 2.015 ponctions lombaires, on n'a pu constater aucune infirmation à ces lois.

Le nombre des consultations données à l'Institut prophylactique pendant l'année 1919 atteint approximativement le chiffre de 100.000.

De 1916 à 1919, la progression a été régulièrement croissante. L'industrialisation du laboratoire, l'extension de la syphilis et de la préservation sociale, l'influence de l'Institut prophylactique dans le monde de la prostitution et dans les prisons de la Seine, l'Œuvre libératrice de M^{me} Avril de Sainte-Croix dirigée médicalement par le Dr Vernes, autant de chapitres à lire *in extenso* dans le Bulletin de l'Hôtel de Ville.

Un résumé d'attestations élogieuses des savants français et étrangers, et une liste des principales publications scientifiques de Vernes et de ses collaborateurs terminent cette première partie.

Les rapporteurs exposent ensuite l'organisation financière de l'Institut prophylactique. A l'aide de moyens plus que restreints, dix établissements, éloignés les uns des autres, ont fonctionné avec régularité : médecins, chimistes, manipulateurs, infirmières, ont donné un maximum de travail.

Les consultations de radioscopie, de neurologie, de médecine infantile, d'oto-rhino-laryngologie, d'ophtalmologie, ressortissant à la syphilis, ont été données à jour et à heure fixes par des collaborateurs bénévoles.

Les grandes usines françaises d'Arsenic, Poulenc, (606 et Novarsénobenzol), Naline (Galy), ont répondu à l'appel du Dr Vernes dans les limites compatibles avec la hausse de ces produits.

Les rapporteurs insistent sur le tour de force réalisé à l'Institut Prophylactique avec les moyens financiers mis à sa disposition. 17.113 malades nouveaux, depuis la fondation, ont leur dossier bactériologique, sérologique, clinique et thérapeutique minutieusement constitué et viennent régulièrement aux rendez-vous qui leur sont indiqués.

L'organisation de cette œuvre de tout premier ordre faisait dire au Dr Jacqué, professeur de la clinique de Dermatopsylliographie à l'Université de Bruxelles, dans une lettre au Dr Vernes : « j'ai la conviction que nulle consultation gratuite n'a réalisé ce que vous avez fait. Pour tout dire, je n'en connais pas, où comme chez vous, le syphilitique soit vraiment bien soigné... »

MM. Dausset et Rousselle terminent leur substantiel rapport en montrant comment la repopulation est liée, pour une grande part, à la stérilisation et à l'extinction de la syphilis.

Combien de mutilations, combien de morts la syphilis ne cause-t-elle pas entre 30 et 45 ans ! Combien de fausses couches, d'accouchements prématurés, d'enfants dystrophiques et « ratés ! »

Combien de « célibataires endurcis », du fait du « Mal vénérien ! »

Combien de ménages sans enfants, parce que le père, syphilitique dans sa jeunesse, renonce, et fait renoncer sa femme à la procréation !

(1) Vernes. Communications à l'Académie des Sciences. Douais. Séro-diagnostic de la Syphilis (*Gazette Médicale du Centre*, 15 décembre 1919).

Les rapporteurs concluent sur ces paroles du Dr Vernes : « Un syphilitique ne meurt, que parce qu'il est insuffisamment soigné. »

« Il est insuffisamment soigné, faute de méthode de contrôle valable. »

« Un syphilitique reconnu à temps, traité et contrôlé d'une certaine façon, n'a rien à craindre. »

« Pour arriver à ce résultat, l'effort scientifique ne peut se passer de toute l'activité des moyens sociaux ; car les mesures médicales les plus salutaires ne peuvent donner aucun résultat d'ensemble contre le microbe de la syphilis sans une assistance d'ordre social. »

ROUX-DELMAL.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

NOUVELLE LOI SUR LES PENSIONS

Considérations générales

Le Parlement en décrétant la loi du 31 mars 1919 sur les pensions militaires a accompli une véritable réforme, les principes antérieurement admis sont totalement modifiés : — La loi tient compte des conditions nouvelles de la guerre, il ne s'agit plus d'une armée de métier, mais d'une nation en armes défendant son existence.

La pension n'est pas une aumône, mais l'acquittement d'une dette que la nation a contracté envers ses défenseurs, la loi nouvelle est une loi de reconnaissance.

D'après les lois antérieures, pour donner ouverture à une pension il était nécessaire que l'incapacité de travail soit au moins égale à 60 0/0 et provienne directement de blessures ou d'événements de guerre ; la maladie ne donnait droit à aucune indemnisation ; les enfants naturels et les ascendants n'avaient aucun droit ;

— La veuve n'avait droit à une pension que si le mari était tombé sur le champ de bataille ou en service commandé.

D'après les nouveaux textes, le bénéfice de la loi est étendu à tous les militaires blessés ou malades, mobilisés au cours de la guerre, aux ouvriers mobilisés à l'usine ou aux champs, aux agents des chemins-de-fer, au personnel sanitaire, etc.

Toute affection ou lésion présumée causée ou aggravée du fait du service militaire, donne droit à l'ouverture d'une instruction de pension ; la présomption suffit, les médecins, qui siègent aux Commissions de Réforme sont non des juges, mais des avocats soutenant l'intérêt des demandeurs, et c'est là l'une des principales modifications de l'esprit de loi.

Il en est d'autres :

La loi tient compte du nombre des enfants et des charges de famille ;

Le taux des pensions a été relevé, il n'est plus seulement fondé sur l'incapacité de servir, mais sur l'invalidité réelle du mutilé ou de l'infirme ; cette invalidité a pour principes ceux de la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail.

Le blessé ou malade pensionné, n'est pas abandonné,

« l'état assure à tous les bénéficiaires de la loi, leur vie durant, les soins médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques nécessités par ses blessures ou la maladie contractée ou aggravée en service, qui a motivé leur réforme ».

L'application de ce dernier article, de pratique courante, sera l'objet d'un prochain développement.

X.

Union des syndicats médicaux de France, siège social ; 28, rue Serpente, Paris (6^e).

Le 29 janvier 1920.

MON CHER CONFRÈRE,

Nous sommes avisés que, dans certains départements, les Préfets demandent aux médecins qui ont donné leurs soins à « des anciens militaires bénéficiaires de la Loi des Pensions, » de leurs adresser le mémoire des honoraires dus jusqu'au « 31 décembre 1919. »

Dans un département au moins, la lettre du Préfet est accompagnée d'un bordereau-modèle de l'A. M. G. Le médecin est donc invité à suivre le modèle envoyé et à compter ses honoraires au tarif de l'Assistance médicale gratuite.

En attendant les publications du Bulletin de l'Union ; « Le Médecin Syndicaliste » retardée par des difficultés matérielles, nous tenons à vous mettre en garde contre certaines erreurs administratives, et à vous mettre au courant des décisions prises par l'Assemblée générale de l'Union des Syndicats médicaux de France, en décembre dernier, décisions qui fixent désormais l'attitude des médecins vis-à-vis de l'administration et des bénéficiaires de la loi.

1^o Les malades, blessés ou mutilés de guerre, bénéficiaires de la Loi des Pensions doivent être inscrits sur une *liste spéciale* prévue par la Loi et non sur la liste de l'Assistance médicale gratuite. Les soins doivent leur être donnés par des médecins qu'ils auront choisis librement. Ces soins doivent être réglés selon un tarif établi après entente avec les syndicats médicaux, conformément à l'article 54 de la loi :

Aucun médecin ne doit donc accepter de soigner les bénéficiaires de la Loi des Pensions, au tarif de l'Assistance médicale gratuite.

Le tarif « spécial » de la Loi des Pensions, qui doit être le tarif de la *clientèle de classe moyenne*, n'est pas encore fixé définitivement. Les pourparlers engagés avec l'Administration sont rompus.

Ce sont ces conditions qui ont motivé les décisions de l'Assemblée générale de l'Union.

II^o — Ces décisions sont :

a) Les soins seront donnés par les médecins aux bénéficiaires de la Loi des Pensions qui justifieront de leur inscription sur la liste spéciale de la Loi des Pensions (certificat du Maire).

b) Les médecins traitants enverront tous les trois mois leur note au Préfet, note établie conformément au tarif de la classe moyenne, *proposé par la délégation médicale et publié dans le « Médecin syndicaliste »* (n^o d'octobre 1919).

Ces notes seront préalablement recueillies par le Secrétaire de chaque Syndicat médical local et transmises par les soins du Syndicat, à la Préfecture.

c) Si le Préfet conteste la note ou refuse de payer, il sera alors poursuivi devant les tribunaux, par chaque médecin intéressé, comme cela est fait d'un débiteur ordinaire.

La situation est donc bien nette et il appartient à chacun de nous de respecter la décision prise par le Corps médical organisé. Si vous êtes invité par le Préfet de votre département d'éta-

blir la note des honoraires qui vous sont dûes pour soins donnés à des Réformés de guerre, selon le barème de l'A.M.G. :

Refusez.

Si vous avez donné des soins à des malades ou blessés de guerre inscrits sur la liste des bénéficiaires de la Loi des Pensions, adressez-la au *Secrétaire de votre Syndicat*, qui, lui, la transmettra au Préfet.

Dans aucun cas vous n'avez à remplir de carnets, ni de papiers d'aucune sorte.

Vous soignez les Bénéficiaires de la Loi des Pensions comme des malades ordinaires de clientèle. Vous n'avez à leur remettre que l'ordonnance que vous croirez devoir rédiger après avoir fait l'examen médical.

Vous n'aurez à faire les *gestes nécessaires au contrôle* que si un contrat est établi entre les syndicats et l'Etat selon l'« entente » prévue par le Législateur.

Agir autrement serait contraire à la décision prise en commun, contrairement aux intérêts de la profession médicale, aux intérêts des malades, et aux intérêts des médecins.

Pour le Conseil d'Administration.

Le Secrétaire général,
Docteur LAFONTAINE.

Nul n'est censé ignorer la loi

Nul n'est censé l'ignorer ; qui la connaît pourtant, à part les coquins d'un côté, et de l'autre les quelques honnêtes gens qui ont été étrillés légalement !

Mais que dire alors de tous ces textes législatifs ou réglementaires dont la guerre a fait jaillir une floraison innombrable... Le retour de l'état de paix en a fait une ferraille inutile.

Seulement, un certain nombre de dispositions nouvelles d'un caractère général et permanent ont été votées depuis 1914. On y fit à peine attention. Nous pensons intéresser nos lecteurs en passant en revue avec eux les principales, les plus courantes, et dans tous les ordres d'idées.

Mais auparavant rappelons à nos amis un délai qu'ils ne doivent pas laisser tomber. C'est celui de la loi de guerre du 4 avril 1915 : propriétaires de valeurs mobilières dépossédés par les hostilités, faites ou *renouvelez* dans les six mois du 23 octobre 1919, date du retour de l'état de paix, l'opposition d'usage en matière de titres perdus ou volés.

Un symptôme de l'état de paix : on va nous réclamer nos impôts arriérés ! Utilisons la facilité que nous accorde un arrêté du 5 mai 1916 : celle d'acquitter au moyen de chèques les contributions directes, taxes assimilées et autres taxes dont le recouvrement est confié aux percepteurs.

A propos de chèques : une loi du 26 janvier 1917 nous permet maintenant de les domicilier chez notre agent de change.

Et à propos d'impôts, la loi de budget de 1917 a singulièrement frappé les spécialités pharmaceutiques et les eaux minérales...

Le Code civil a subi quelques retouches. Le législateur a cherché à faciliter les mariages et les remariages, et à améliorer aussi la condition de certains enfants.

Une loi du 9 août 1919 restreint les exigences des mairies : abréviation des délais de publication, réduction à deux du nombre des témoins, etc...

Cette même loi dit aussi : les trois cents jours que la femme divorcée doit attendre pour faire une nouvelle victime (que chacun l'entende comme il le voudra et ne vienne pas me reprocher ce que je n'ai pas écrit) seront désormais comptés non plus du jour du jugement, mais du jour de l'ordonnance intervenue au début de la procédure pour l'autoriser à résider séparément.

Deux époux, divorcés l'un de l'autre et qui se seront rema-

riés vont pouvoir désormais se redivorcer une seconde fois, a décidé la loi du 5 avril 1919. N'y voyons pas une provocation au divorce mais bien plutôt une aimable attention à l'égard de bien des gens que le divorce avait révélés l'un à l'autre, mais que la perspective de ne plus pouvoir éventuellement se redonner congé écartait d'un second bail.

Ce devra être le dernier, il est vrai. Nous n'en sommes pas encore aux trois périodes : trois, six, neuf.

Un autre encouragement au remariage : l'article 767 du Code civil faisait très immoralement perdre au conjoint survivant le bénéfice de l'usufruit légal au cas de nouvelles noces. La loi du 3 avril 1917 le lui maintient.

(à suivre.)

JEAN LETORT.

Avocat à la Cour d'Appel de Paris.

LABORATOIRE E. MICHELON

Docteur en Pharmacie (1^{er} Prix de Thèse)

Pharmacien de l'Asile de Clocheville — Chimiste-expert des Tribunaux

20, Boulevard Heurteloup — TOURS — Téléph. 30 8

Analyses Médicales (Urines, Calculs, Fèces, Suc gastrique

CITO-DIAGNOSTICS — SÉRO-DIAGNOSTICS — WASSERMANN

Analyses Bactériologiques, etc.

STÉRILISATIONS - SÉRUMS - AMPOULES - PANSEMENTS

Nucléo Fer Girard, le plus assimilable des ferrugineux
chaque pilule contient 0,10 de NUCLEINATE de fer pur. Dose, 4 à 6 par jour, au début des repas.

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

Biophorine Kola Glycéro- granulé de phosphatée kola, glycérophosphate de chaux, quinquina, et cacao, vanillé. Dosage rigoureux, le plus complet des agents antineurasthéniques et antidépresseurs, le tonique éprouvé du sang, des muscles et des nerfs.

Vin Girard iodotannique phosphaté, Suc cédané de l'huile de foie de morue. Maladies de poitrine, misère physiologique, lymphatisme, rachitisme, scrofule, faiblesse générale, convalescences, etc.

Le Gérant : H. AUBUGEAULT.

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

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

GAZETTE MÉDICALE DU CENTRE

BULLETIN DE SOUSCRIPTION D'ABONNEMENT

Veillez m'inscrire pour un abonnement d'un an à la Revue « Gazette Médicale du Centre » à partir du No. d.....192.....

(1) Je vous adresse ci-joint un ⁽²⁾ [barcode] de $\frac{20}{25}$ francs ⁽³⁾.

(1) Je vous prie de bien vouloir recouvrer la somme de francs par la poste ⁽⁴⁾.

Le192.....

(Signature lisible)

Nom :

Adresse :

Adresser ce bulletin d'abonnement à Mr l'Administrateur de la "GAZETTE MÉDICALE DU CENTRE", 209, boulevard Saint-Germain, Paris.

(1) Biffer l'une des deux mentions.

(2) Mandat, chèque, ou billet de banque.

(3) Rayer l'un des chiffres, suivant que l'abonné habite la France ou l'Étranger.

(4) Pour la France seulement.

GROS : FUMOUZE, 78, FAUBOURG ST-DENIS, PARIS

DETAIL : CHAUMEL, 87, RUE LAFAYETTE, PARIS

TOPIQUES CHAUMEL

CRAYONS CHAUMEL INTRA-UTERINS
ENFANTS SUPPOSITOIRES CHAUMEL
ADULTES SUPPOSITOIRES CHAUMEL
Pessaires CHAUMEL
OVULES CHAUMEL
MALADIES DES FEMMES
à la GLYCERINE SOLUBILISÉE

BOUGIES CHAUMEL (URETHRALES)
DIMENSIONS RÉDUITES DE MOITIÉ

ICHTHYOL

DANS LE MONDE ENTIER
LES MÉDECINS PRESCRIVENT
au lieu des Iodures alcalins
LE SEUL IODE SCIENTIFIQUEMENT COLLOÏDAL
QUI EXISTE

JAMAIS d'iodisme même à dose élevée

IODOR TARDIEU

Activité thérapeutique incomparable

COMPLEXE COLLOÏDAL D'IODE LIBRE ENTIÈREMENT ASSIMILABLE
chimiquement et physiquement défini à l'expérience
de LABORATOIRE

LITTÉRATURE & ÉCHANTILLONS } TARDIEU & Co, 6, rue des Petits-Hôtels, PARIS, X^e TÉLÉPHONE NORD 0947

AUTRES PRODUITS du LABORATOIRE prescrits par les Médecins

HÉPASUINE ELY, PHARYNGINE, HEMAMÉNINE, CÉRÉBRASE
HYDRARGOL, FORMINOL, ZÖMYO BEEF, LAXYL

Tous les Médecins prescrivent

le BAUME ANALGESIQUE BENGUÉ
(Menthol, Salicylate de Méthyle)
pour Calmer immédiatement les Douleurs rhumatismales, névralgiques.
PRIX : 2 francs le Tube.

ANESTHÉSIE LOCALE
CHLORÉTHYLE BENGUÉ
Flac. verre. — Flac. métal.
ANESTILE BENGUÉ
ANESTILE JET VARIABLE
ANESTILE AUTOMATIQUE etc.
Prospectus sur demande.

Tous les Médecins prescrivent

les DRAGÉES BENGUÉ au MENTHOL,
Borate de Soude, Cocoïne
Comme le MEILLEUR SPÉCIFIQUE DES Affections de la Gorge.
PRIX : 2 francs la Boîte.

47, Rue Blanche PARIS

Adresse Télégraphique : Chloréthyle, Paris.

Produit Français

Fabrication Française

ATOPHAN-CRUET

en cachets dosés à 0,50 g. (3 à 8 par 24 heures)

PRODUIT CHIMIQUE PUR — N'est pas un mélange de médicaments

GOUTTE — RHUMATISMES ARTICULAIRES

Echantillons et littérature gratuits, rue des Minimes, 13, PARIS