27e ANNÉE :: N° 8 | CHÈQUE-POSTAL : PARIS 210-00 | Abonnement : 20 fr. par an en France. — 25 fr. par an à l'Etranger. | Le Numéro : 2 francs | 15 AOUT 1922

Toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée d'un franc en timbres-poste et envoyée à l'Administration : 209, Bd St-Germain, Paris

ARCHIVES MUNICIPALES TOURS

LA

GAZETTE MÉDICALE DU CENTRE

Revue Mensuelle

de Médecine Française et de Décentralisation Scientifique

FONDÉE ET PUBLIÉE PAR

R. BOUREAU — *Ancien Chirurgien en chef et administrateur de l'Asile de Clocheville*

Ed. CHAUMIER — *Directeur de l'Institut Vaccinal de Tours*

LAPEYRE — *Chirurgien en chef de l'Hospice Général de Tours. Prof. à l'Ecole de Médecine*

COSSE — *Chirurgien oculiste de l'Hospice Général de Tours*

BOSC — *Médecin en Chef de l'Hospice Général de Tours*
Rédacteur en Chef

DUBREUIL-CHAMBARDEL

ROUX-DELIMAL — *Chef de Service à l'Institut Prophylactique*
Administrateur
209, boulevard Saint-Germain, PARIS

Me JEAN-LETORT
Avocat à la Cour d'appel de Paris,
Conseil juridique.



PIERRE-FIDÈLE BRETONNEAU
1774-1863

COMITÉ DE PATRONAGE :

A. ROBIN — *Prof. Faculté de Paris*
J.-L. FAURE — *Professeur Faculté de Paris*
M. LABBÉ — *Professeur Fac. Pa[illegible]*
G. MOUSSU — *Professeur Ecole d'Alfort*
LAGRANGE, MOURE, POUSSON, SABR[illegible] ESBRE — *Professeurs à la Faculté de Médecine de Bordeaux — le Vétérinaire de Lyon*
SICARD, H. CLAUDE, CASTAIGNE, GRÉGOIRE, [illegible]ROT, H. LABBÉ, THIROLOIX — *Professeurs agrégés à la Faculté de Médecine de Paris*
V. PAUCHET — **LAUBRY, MERKLEN** — *Médecins des Hôpitaux de Paris*
LEGER — *Prof. Univ. de Grenoble*
VERNES — *Dir. de l'Inst. Prophylactique*
VERNEAU, ANTHONY — *Prof. au Muséum*
Maurice RAYNAUD — *Prof. agrégé Faculté de Médecine d'Alger*
DOURIS — *Prof. Fac. Nancy*
VIGNES — *Accoucheur des Hôpitaux de Paris*
CANTONNET — *Ophtalmologiste des Hôpitaux de Paris*
LAUNOY — *Prof. Agr. Faculté de Pharm. Paris.*

ANDROCRINOL
Lipoïde orchitique
(Asthénie et stérilité masculines, retards de croissance, sénilité précoce, etc.)

CÉRÉBROCRINOL
(Psychoses, paralysie générale et tabes, surmenage intellectuel, etc.)

HÉMOCRINOL
(Anémies consécutives aux hémorragies, chloroses, hémophylies, etc.)

NÉPHROCRINOL
(Albuminuries orthostatiques, mal de Bright, etc.)

AMPOULES INJECTABLES ou PILULES

Lipoïdes H.I.
Lipo-Phosphatides
de tous les organes

Chaque lipoïde constitue en même temps un ALIMENT et un EXCITANT spécifiques de l'organe dont il provient.

AVANTAGES :
Traitement au moyen d'ampoules pour injections hypodermiques, absolument indolores, rigoureusement dosées, stérilisées, contenant une substance active, physiologiquement déterminée et toujours égale à elle-même.

POLYCRINOL
Lipoïdes associés
Thyrol, Adrénol total et Hypophysol (T. A. H., ou bien ANDRO-POLYCRINOL (les mêmes associés à Androcrinol), au GYNO-POLYCRINOL (les mêmes associés à ovaire.)

Dépôt général : Laboratoire de Biologie Appliquée.
H. CARRION et Cie. V. BORRIEN, 54, faubourg Saint-Honoré, PARIS.
Tél. : Elysées 36-64 et 36-45. — Adresse téléphonique : Rioncar-Paris.

GYNOCRINOL
Lipoïde de l'Ovaire
(Hypoovaries, aménorrhées, dysménorrhées, stérilité, sénilité précoce, troubles de la ménopause et de la puberté, chlorose, etc.)

GYNOLUTÉOL
(Troubles de la castration, ménorrhagies sans lésions anatomiques.)

etc., etc.
Lipoïdes de tous les autres organes.

AFATYL
Médication iodée sensibilisée
Association de Lipoïde thyroïdien. et d'IODE.
(Rhumatismes chroniques, adiposes, Artériosclérose, Arthritisme.)

Envoi Echantillons et Bibliographie sur demande.

LIBRAIRIES DÉPOSITAIRES DE LA " GAZETTE MÉDICALE DU CENTRE " :

PARIS
Librairie A. MALOINE & Fils
27, rue de l'École de Médecine

TOURS
Librairie TRIDON
49, rue Nationale

BRUXELLES
Librairie LAMERTIN
58-62, rue Coudenberg

De Trouette-Perret

la **Papaïne**

Gastro - Entérites
Diarrhées - Vomissements
Troubles Dyspeptiques

la **Nisaméline**
(Guaco)

Prurits - Eczémas - Prurigos
Névralgies

la **Poudre de Viande**

Chloro-Anémie - Tuberculose
Croissance - Convalescence

15, rue des Immeubles Industriels = PARIS

Cancers, Tuberculoses

et Maladies déminéralisantes : **Arthritisme, Entérites chroniques, Dyspepsies, Affaiblissement du Système nerveux**

TRAITEMENT par :



La DOLOMA et l'ŒNOPHOS

(*Hydro-carbonophosphate manganoso-magnésien*) (*Acide phosphorique organique*)

Selon la MÉTHODE de REMINÉRALISATION PHOSPHO-MAGNÉSIENNE des Professeurs DUBARD & VOISENET

2 Cures (10 jours de cure; puis s'arrêter pendant 10 jours et reprendre).

Cure Reminéralisante (*Prendre dans la même journée*)
- 1° au principal repas **ŒNOPHOS** (*Elixir ou Granulé*) 1 cuiller à café.
- 2° loin des repas **DOLOMA** (*Poudre ou Granulé*) 1 paquet ou 1 cuill à café.
- 3° dans la journée **DOLOMA** (*Ampoules*) 1 injection par jour.

Cure Antidyspeptique
- au principal repas en cas d'Hypoacidité : **ŒNOPHOS** (*acide*) (*Elixir ou Granulé*) 2 à 3 cuillers à café.
- loin des repas en cas d'Hyperacidité : **DOLOMA** (*alcalin*) (*Poudre ou Granulé*) 2 à 3 paq. ou cuill. à café.

(Communication à l'Académie de Médecine en Avril 1918)

LABORATOIRE D'ÉTUDES BIOLOGIQUES
29, Place Bossuet, DIJON — Téléphone 16-42

LEB

DIGESTION DES FÉCULENTS. MATERNISATION DU LAIT.
NEURASTHÉNIE, RACHITISME, TUBERCULOSE
CONVALESCENCE

AMYLODIASTASE THÉPÉNIER

"PHOSPHODIASTASES" ÉMINEMMENT ASSIMILABLES DES CÉRÉALES GERMÉES

COMPRIMÉS 2 à 3 Comprimés après chaque repas

SIROP 2 cuillerées à café après chaque repas

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

LA GAZETTE MÉDICALE DU CENTRE

SOMMAIRE :

		Pages
Les Maladies du Pli de l'Aine	R. Sabouraud	303
Chirurgie du Cancer du sein	L. Lapeyre	309
Manifestations oculaires de la Diphtérie	Cosse et A. Mercier	311
Les limites de l'accouchement spontané ou par forceps dans les bassins rétrécis	Boivin	313
Volons vers la Frontière de l'Ouest	Pathault	323
De l'injestion de l'eau froide en hydrothérapie	R. Dubois	326
Le laboratoire et les infections du groupe typhoïde (T. A. B.)	Hugel	330
Cancer du Colon gauche	Pauchet	334
Le Melon. Conte Provençal	Royanné	340
Chronique sportive		342
Variétés		344
Bibliographie		347

La reproduction des articles de la *Gazette Médicale du Centre* n'est autorisée qu'avec indication d'origine et du nom de l'auteur.

CHIMIOTHÉRAPIE ANTITUBERCULEUSE

BACTIOXYNE

MANGANATE CALCICO-POTASSIQUE

en ampoules :

de 5 cc pour injections intraveineuses | de 3, 5 et 10 cc pour instillations rectales

ADRESSER LA CORRESPONDANCE ET LES DEMANDES D'ÉCHANTILLONS AUX USINES CHIMIQUES DU PECQ

39, Rue Cambon, PARIS

DÉPÔT DANS LES PRINCIPALES PHARMACIES DE FRANCE

et à PARIS, Laboratoires BAUDRY, 68, Boulevard Malesherbes.

BIOLACTYL

FERMENT LACTIQUE FOURNIER

CULTURE LIQUIDE

a. Boîte de 10 flacons.
b. Boîte de 2 flacons.

COMPRIMÉS

Flacon de 60 comprimés.

Laboratoires FOURNIER FRÈRES, 26, B^d de l'Hôpital, PARIS.

VACCINS ATOXIQUES STABILISÉS

DMÈGON

Vaccin antigonococcique curatif

Traitement de la blennorrhagie et de ses complications

DMESTA

Vaccin antistaphylococcique curatif

Traitement des infections dues au staphylocoque: furonculose, anthrax, abcès, dermatites, etc.

DMÈTYS

Vaccin anticoquelucheux curatif

S'EMPLOIENT EN INOCULATIONS SOUS-CUTANÉES OU INTRA-MUSCULAIRES

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

Les MALADIES du PLI de l'AINE

Par le Docteur R. SABOURAUD

Chef du laboratoire municipal de la Ville de Paris à l'Hôpital Saint-Louis

Il y a trois dermatoses communes au pli de l'aine, très analogues en leurs symptômes et qui diffèrent de nature et de traitement. Elles sont à chaque instant confondues par beaucoup et le nombre d'erreurs qu'on voit journellement commettre à leur sujet montre qu'il doit être utile d'en traiter ici. Les trois maladies dont je veux parler sont *l'érythrasma*, *l'eczéma marginatum de Hebra* et *l'intertrigo*.

I. — L'Érythrasma.

L'érythrasma a pour siège la face interne de la cuisse, immédiatement au-dessous du pli inguinal. On l'observe ordinairement à l'âge adulte, plus souvent chez l'homme, et du côté gauche, exactement au point où les bourses se trouvent en contact avec la cuisse. Certains caractères de cette éruption lui appartiennent en propre, je dois les passer en revue. Et même il est important de préciser certains de ses caractères négatifs, car il y a des symptômes qu'il suffit de rencontrer en ce siège pour éliminer d'emblée l'idée de l'érythrasma.

On observe l'érythrasma sous forme d'une ou de plusieurs plaques rouges, rondes, de contours absolument réguliers ou polycycliques et dont toute la surface est également d'un rouge sombre et finement squameuse.

Les taches érythrasmatiques ne dépassent pas le pli inguinal, mais elles s'étendent seulement au-dessous de lui. Quand elles l'atteignent par leur partie haute, elles s'y arrêtent. Dans ce cas, le cercle est incomplet, le pli inguinal le coupant comme une corde géométrique. Hormis cela, leur figure ronde est parfaitement régulière.

Quand ces cercles se fusionnent, leur contour devient polycyclique, mais la surface intersectée garde tous les caractères de la tache érythrasmatique, en sorte que tout le placard fait de plusieurs plaques est d'une couleur uniforme.

Cette couleur est d'un rouge brun, sombre, très égal. Sur sa surface, l'épiderme corné est finement écailleux, mais de la même façon sur la surface de la tache et sur ses bords. Jamais cette surface ne guérit par le centre pendant que ses bords s'étendent, de façon à créer une lésion marginée. Jamais cette surface ou ses bords ne présentent de vésicules, cette éruption est sèche et reste sèche. Enfin, jamais, dans cette éruption, le pli inguinal lui-même ne s'irrite et ne se fissure.

C'est une maladie de peu de symptômes fonctionnels. Le prurit qu'elle détermine est peu de chose et ne s'exagère qu'après un exercice physique et quand la région est moite de sueur. Il y a quelques cas pourtant où le prurit est plus marqué et devient gênant. J'ai cru remarquer qu'au contact de ces lésions les caleçons et les suspensoirs se salissent d'une façon marqué, bien que ces lésions ne soient jamais exsudatives. J'ai vu aussi qu'à leur contact le tissu des vêtements s'usait davantage, comme si le parasite de l'érythrasma aidait en quelque manière à leur destruction.

L'érythrasma est une maladie essentiellement chronique. Le malade ne sait souvent pas depuis combien de temps il le porte, mais c'est souvent depuis des années. Quelquefois les taches ont semblé disparaître, mais elles sont revenues en leur place, plus marquées pendant l'été, moins l'hiver.

Cette éruption livrée à elle-même semble ne jamais guérir.

Elle est certainement très peu contagieuse ou bien demande pour se développer des conditions bien spéciales, car la transmission du mari à la femme est rare. J'ai dit d'ailleurs que l'homme plus souvent que la femme était atteint de cette maladie.

En somme, une tache ronde ou plusieurs taches rondes, inégales, fusionnées, échelonnées d'avant en arrière, au-dessous du pli inguinal à la face interne des cuisses, taches uniformément rouges, sèches et finament squameuses, durant depuis très longtemps ; tel apparaît l'érythrasma.

On le différencie de l'*intertrigo* au premier coup d'œil, parce que l'intertrigo a pour lieu d'élection le pli inguinal lui-même, qui apparaît toujours dans l'intertrigo, comme le point le plus enflammé, souvent fissuraire.

On différencie aussi l'érythrasma de l'*eczéma marginatum* qui se développe excentriquement par bords, alors qu'il guérit au centre et finit par ne plus garder d'actif que son bord polycyclique, d'ailleurs finement vésiculeux.

Étude clinique :

Il existe un moyen expérimental de certifier le diagnostic de l'érythrasma, c'est la recherche de son parasite. Par râclage, on prélève sur une lame porte-objet quelques fines squames. On les lave à l'alcool-éther, on les colore au bleu de méthylène ; on lave, on sèche et on examine à l'immersion.

On voit un parasite fait de brindilles mycéliennes très fines, irrégulièrement disséminées entre les cellules épidermiques, souvent de diamètre variable, et coupées de cloisons transverses irrégulières. Ces brindilles sont souvent disposées en petits fagots dont les brins divergent.

Ce tableau est typique et ne peut être confondu avec aucun autre. C'est ainsi que se présente le *Microsporum minutissimum* découvert par Burckart et qui fut de nouveau et mieux étudié par E. Besnier et Balzer.

Ce parasite très menu est cependant plus gros et ses filaments plus longs qu'aucune bactérie ; sa forme empêcherait d'ailleurs qu'on le confondît avec une bactérie quelconque. Il ne saurait être confondu davantage avec aucun parasite mycélien, cas il est beaucoup moins gros qu'aucun autre dermatophyte.

Dans ces conditions, sa présence est rigoureusement suffisante à préciser le diagnostic. J'ajoute d'ailleurs que le seul aspect objectif de la lésion de l'érythrasma doit suffire à un dermatologiste pour lui permettre d'affirmer la nature de la maladie, de prescrire le traitement et d'obtenir une prompte guérison. Le traitement est très facile, en effet, et toujours suivi d'un bon résultat.

Il consiste en frictions quotidiennes pratiquées avec un pinceau d'ouate hydrophile roulée autour d'un bâtonnet et mouillée du liquide suivant :

Teinture d'iode fraîche....	20 grammes.
Liqueur d'Hoffmann.....	180 —

Cette friction doit être opérée assez rudement pour décortiquer l'épiderme corné mort, soulevé par le parasite. Cette application faite, on laisse sécher un instant, puis on applique une très mince couche de la pommade suivante :

Calomel à la vapeur.....	*aa* 0 gr. 30.
Tannin à l'éther.....	
Vaseline.....	30 grammes.

qu'on essuie presque entièrement. Et on poudre avec du talc.

Cette toilette est renouvelée tous les jours une fois. Et pour nettoyer d'abord la région de toute trace des médicaments employés la veille, on savonne chaque fois d'abord, avec un savon blanc de toilette.

Ce traitement fait disparaître l'érythrasma en huit ou dix jours. D'abord la tache brunit et desquame, puis elle s'efface et disparaît.

Après dix jours, on peut cesser le traitement, mais on surveille la région, car il n'est pas rare après trois semaines de voir, en un point, reparaître une tache rouge qui s'étend, s'arrondit et reprend les caractères initiaux de l'érythrasma. Une graine du parasite avait survécu aux applications antiseptiques et elle a germé. On reprend le traitement comme la première fois, et huit ou dix jours plus tard, on parvient à la guérison, qui cette fois sera complète.

Le médecin doit prévoir, annoncer même cette récidive et la faire traiter. Elle est fréquente, si bien que nombre de malades qui se sont à demi traités cinq ou six fois et qui



COLLABORATEURS DE LA « GAZETTE MÉDICALE DU CENTRE »

I. — Stations Hydrominérales

Aix-les-Bains	Chesneau, Dardel
Amélie-les-Bains	Pujade
Ax-les-Thermes	Boyer, Gomma
Bagnoles-de-l'Orne	Poulain, Quiserne, Hügel.
Bagnères-de-Bigorre	Benezech, De Villejente
Bains-les-Bains	Henry
Besançon-La Mouillère	Dasse
Biarritz	André Claisse, Pathault
Bourbon-Lancy	Piatot
Bourbon-l'Archambault	Triger
Bourbonne-les-Bains	Gay
Brides	d'Arbois de Jubainville
Capvern	Pomarède
Cauterets	Armengaud, Meillon
Châtel-Guyon	Aine, Riberolles
Contrexéville	Graux
Divonne	N. Vieux
Eaux-Bonnes	Sempé
Evaux-les-Bains	Gruzu
Evian	Soulier, Lévy-Darras
La Bourboule	Christin, Boudry, Jumon
La Preste	Labault.
La Roche-Posay	Bardet
Lamalou	Cauvy, Michaud
Luchon	Baqué, Pelon, Molinéry
Luxeuil	Picot
Miers	Souilhé
Mont-Dore	Perpère
Néris	Dereure, Macé de Lépinay
Plombières	Félix Bernard
Pougues	Hyvert
Royat	Heitz, Mougeot, Rocher
Salies-de-Béarn	Raynaud
Saint-Amand	Breton
Saint-Gervais	Mallein
Saint-Honoré	Ségard
Saint-Nectaire	Sérane, Siguret
Saint-Sauveur	Macrez
Saujon	Robert Dubois
Uriage	Peytoureau
Vichy	De Fossey
Vittel	Guyonneau, Amblard

II. — Stations Climatiques

Arcachon	Festal, Boudry
Cannes	Pascal
Chamonix	Fisher
Berck sur-Mer	Calvé, Calot
Menton	Coubard, Maturié
Nice	Meurisse, Nachmann, Soulier

III. — Stations Balnéaires

Biarritz	André Claisse, Pathault
La Baule	Moreau-Defarges
Education physique (Stade de l'Océan).	
Royan	G. Boutin

Nos abonnés, en se recommandant de la " Gazette Médicale du Centre ", trouveront toujours le meilleur accueil auprès de nos correspondants des sations hydrominérales, climatiques et balnéaires, pour tous renseignements médicaux qu'ils désireraient demander.

ont vu la récidive croient sérieusement leur mal indéracinable et le gardent sans le traiter.

Chez d'autres, et c'est encore le plus fréquent, le diagnostic porté a été : eczéma, et le traitement : une pommade à l'oxyde zinc. Or, ce traitement est de nul effet, et alors le malade s'en dégoûte après quinze jours et garde son érythrasma. Il le garde quelquefois quinze ans et plus, avec les petits inconvénients qu'il comporte.

II. — L'eczéma marginatum de Hebra.

La maladie décrite par Hebra sous le nom d'eczéma marginatum n'est pas un eczéma, c'est une trichophytie, ou plutôt, puisque son parasite n'envahit jamais le poil, c'est une épidermophytie trichophtoïde, un herpès circiné, spécial aux plis naturels, qu'on peut observer aux plis axillaires, aux plis sous mammaires, au pli ombilical ou au pli du bas-ventre, mais dont la localisation habituelle est aux deux plis inguinaux.

Comme l'érythrasma que nous venons de décrire, c'est une maladie plus fréquente chez l'homme, chez le jeune homme, et qui débute ordinairement au-dessous du pli inguinal gauche.

Elle débute aussi par une tache rouge, mais dès que la tache s'agrandit, son centre guérit et prend une teinte bistre pendant que ses bords continuent de progresser excentriquement. Cette lésion, comme l'érythrasma, se développe non pas autour du pli inguinal, mais au-dessous de lui, à la face interne de la cuisse. Son aspect vraiment particulier et spécifique, que Hebra avait admirablement vu et décrit, vient de son rebord marginé. Plus la lésion grandit, plus elle se limite à sa seule bordure sur toute la surface qu'elle a occupée, persiste seulement une couleur bistre et une desquamation légère, et cette surface bistre, finement squameuse, est limitée par une marge rouge, polycyclique, serpigineuse, qui est la seule partie vivante de la lésion.

Ce liseré rouge est large de 1 centimètre à peine, parsemé de vésicules grosses comme des têtes d'épingle, plus apparentes au long du bord périphérique du liseré marginal, tandis que son bord interne est souvent marqué d'une très fine desquamation. Ces lésions se réinoculent par contact, au voisinage. Ainsi elles passent, de la face interne de la cuisse, au point correspondant des bourses, et à la face interne de l'autre cuisse. Les lésions se prolongent aussi sur les deux faces du pli fessier, d'une façon extrêmement symétrique, en feuillet de livre. Chez les hommes gras, le pli sus-pubien est pris de même. Et comme toutes ces lésions sont extensives, elles se fusionnent, les surfaces intersectées s'unifient et la lésion ne garde plus qu'un contour géographique qui peut passer du bas-ventre à la face antérieure de la cuisse, passer à 20 centimètres au-dessous du pli, sur la face postérieure de la cuisse, remonte contourner le pli fessier et passe sur l'autre cuisse où elle répète le même dessin. L'aspect devient, dans ce cas, extraordinairement caractéristique et le diagnostic pourrait être fait à dix pas. Mais souvent la lésion est moins développée. C'est une grande circination tracée à la face interne de la cuisse gauche, et se prolongeant à peine, par un liseré, vers le pli interfessier. Même dans ce cas, le diagnostic différentiel avec l'érythrasma est facile, car l'érythrasma est avant tout un *cercle* et l'eczéma marginatum une *circonférence;* tandis que l'eczéma marginatum n'est qu'un liseré circonscrivant un surface centrale déjà guérie.

Du reste, entre l'érythrasma et l'eczéma marginatum, s'il y a des ressemblances, ressemblances quant au sexe et à l'âge des malades, ressemblances de lieu, de forme ronde et ressemblance de durée, car ce sont deux lésions chroniques, tout le reste est différence; l'aspect extérieur, à lui seul, est différentiel. En outre, l'eczéma marginatum, surtout quand il prend un grand développement, passe aux autres plis du corps, ce qu'on ne voit jamais faire à l'érythasma. On en voit alors apparaître aux aisselles, aux plis sous-mammaires chez la femme, et sous la même forme, avec son centre qui guérit, et son bord polycirciné qui s'étend excentriquement.

De plus, l'eczéma marginatum, qui prend le plus souvent des jeunes gens, peut, au contraire de l'érythrasma, s'observer épidémiquement dans les hautes classes des collèges, surtout dans les établissements d'enseignement secondaire préparatoires aux grandes écoles, et on ne saisit pas encore nettement le mécanisme de la contagion dans ce cas. On comprend mieux la contagion d'homme à femme, qui s'observe assez fréquemment, mais non pas toujours.

Comme l'érythrasma, l'eczéma marginatum est une affection chronique. On le voit se cantonner au-dessous du pli inguinal et y persister pendant des années avec des accalmies et des reviviscences. Quelquefois le bord marginal disparaît par places et ne persiste que par segments; d'autres fois, sur la surface centrale guérie, de nouvelles

DIGITALINE cristée NATIVELLE
Académie de Médecine de Paris.
Prix Orfila (6,000 fr.)
Prix Desportes.
SOLUTION au millième
GRANULES BLANCS au 1/4 de milligr.
GRANULES ROSES au 1/10e de milligr.
AMPOULES au 1/4 de milligr.
AMPOULES au 1/10e de milligr.
69, Boul. Port-Royal. Paris.

taches apparaissent, inscrites dans le rebord marginal périphérique.

L'examen microscopique est aussi probant que celui de l'érythrasma. Le raclage, au niveau de la marge périphérique, fournit des débris épidémiques qui, examinés après éclaircissement dans une solution de potasse à 40 %, montrent des filaments mycéliens faits de cellules arrondies ou allongées, séparées par des cloisons. Ces filaments larges de 3 à 9 μ, gardent l'aspect de chapelets ou de rubans qu'ont tous les mycéliums trichophytiques. Leur dimension, à elle seule, empêcherait qu'on ne les confondit avec les fins mycéliums de l'érythrasma.

Ce qu'il y a de plus curieux et que j'ai pu démontrer récemment, c'est que le parasite qui cause cette maladie singulière n'est pas un trichophyton quelconque de la série des vingt espèces trichophytiques que l'on connaît à présent, mais un parasite, toujours le même, très spécial en ses caractères de culture, et en ses caractères mycologiques. Ainsi l'eczéma marginatum se présente comme une maladie spéciale et spécifique, apparentée à d'autres, mais distincte d'elles, et aussi particulière que l'érythrasma.

Toutefois, ces deux maladies sont mycosiques et de ce fait, le traitement peut se ressembler.

L'iode est le meilleur topique des épidermophyties, mais la teinture d'iode banale est beaucoup trop caustique; diluée au 1/10, elle devient un topique de choix :

Teinture d'iode fraîche.....	20 grammes.
Alcoolat de lavande.....	10 —
Alcool à 80°.....	170 —

On l'applique tous les jours par friction dure faite sur toute la marge rouge, et de façon à rompre les vésicules de sa surface.

Pour calmer l'irritation, une fois cette friction faite, on applique très peu de pommade à l'oxyde de zinc au 1/10e et on poudre.

Oxyde de zinc.....	2 grammes.
Vaseline.....	20 —
Extrait de verveine	q. s. pour parfum.

Comme pour l'érythrasma, on fera ainsi disparaître les lésions en quinze jours, mais il est toujours possible d'avoir épargné quelque spore, et l'on verra plus tard la maladie renaître sur place. On devra dans ce cas, recommencer le traitement.

J'ai vu dans certains cas, l'épidermophytie inguinale marginée ne céder qu'à un traitement beaucoup plus actif et auquel il faudra recourir dès qu'on verra le premier être insuffisant, c'est l'application d'une pommade à la chrysarobine au 1/100e.

Oxyde de zinc.....	2 grammes.
Chrysarobine.....	0 gr. 20.
Vaseline.....	20 grammes.

C'est d'ailleurs le topique de choix contre les épidermophyties tenaces. En quelques jours, on verra la lésion sécher et disparaître par exfoliation.

III. — L'Intertrigo inguinal.

Chacun sait que, chez l'enfant potelé et chez l'adulte obèse, les plis naturels « s'échauffent » quelquefois et s'irritent. C'est ce processus inflammatoire des plis que l'on appelle l'intertrigo.

La caractéristique principale de l'intertrigo est topographique ; il a exactement le pli pour siège, et comme l'irritation est favorisée par l'accolement des deux lèvres de ce pli, on observe de part et d'autre une rougeur symétrique en feuillet de livre.

Ceci est bien différent de ce que nous savons de l'érythrasma et de l'eczéma marginatum de Hébra. En général ces deux dermatoses commencent au-dessous du pli, et c'est ce pli qui limite en haut leur développement. Ce sont donc des lésions sous-inguinales ; l'intertrigo, au contraire, a vraiment le pli inguino-crural pour lien anatomique, et c'est toujours le fond même du pli (qui partage les lésions en deux moitiés symétriques) qui montre les symptômes les plus accusés. Cela est si vrai que, dans les cas bénins, toutes les lésions intertrigineuses sont limitées au pli lui-même. Le pli est rose, exulcéré, fissuraire, humide, et c'est tout.

A un degré plus marqué, de part et d'autre de la fissure s'observe une rougeur plus ou moins large bordant le pli, et cette rougeur n'est ni uniforme, ni cyclique ou polycyclique, ni marginée, ce qui distingue encore essentiellement l'intertrigo de l'érythrasma et de l'eczéma marginatum de Hébra.

L'intertrigo a des causes prédisposantes dont la principale est l'obésité. Chez les obèses, les plis sont constamment fermés, la peau des plis est moite et ne respire pas. Certaines peaux s'exulcèrent plus vite que d'autres. La nature de la sueur a peut-être une importance. — Quant à la valeur microbienne de l'intertrigo, elle ne fait aujourd'hui aucun doute. Les intertrigos sont des inflammations streptococciques des plis naturels.

Et, que l'intertrigo s'observe aux coins de la bouche, derrière les oreilles, sous les seins, dans les aisselles ou aux plis ano-génitaux, c'est toujours la même affection microbienne, et mêmement microbienne-streptococcique.

Le fond du pli, qui saigne facilement quand on en écarte les bords, est d'un rose lilas très pâle, il est fissuraire. La fissure elle-même, humide mais non suintante, montre une mince couenne grise commune à toutes les lésions streptococciques de l'épiderme, mais qu'il faut regarder de très près pour voir. Une trace de cet exudat séro-fibrineux recueilli par raclage et ensemencé dans l'effilure d'une pipette de bouillon sérum montrera le lendemain, à l'état de pureté presque absolue d'emblée, des myriades de streptocoques.

De part et d'autre de la fissure intertrigineuse s'observe une surface exulcérée, un peu macérée, d'un gris rose, dont les bords externes s'estompent et se fondent avec les parties saines du voisinage.

L'intertrigo suit les plis toujours ; par conséquent dans l'aine, il occupe le pli inguinal qu'il suit en arrière, entre les bourses et la cuisse. Il se continue vers l'anus qui l'interrompt et il reprend derrière lui et monte plus ou moins

Antisyphilitique *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).

Le plus PUISSANT RECONSTITUANT GÉNÉRAL

HISTOGÉNOL Naline

(Médication Arsénio-Phosphorée à base de Nuclarrhine).

Indications de la Médication Arsenicale 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. 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).

VITAMINA

& ses VITAMINES

substances ferments indispensables à la vie

VITAMINA est le premier, le seul aliment *Biologiquement complet* employé par les Médecins.

Spécifique de la croissance de l'enfant.
Aliment de choix de la femme enceinte.
Spécifique des insuffisances nerveuses.
Aliment de choix des Asthéniques.

VITAMINA rétablit l'équilibre métabolique par son action :

1° — Sur le système nerveux ;
2° — Sur l'énergie électronique ;
3° — Sur les glandes à sécrétion interne ;
4° — Sur les ferments et les diastases.

La **VITAMINA**, vous permet d'ajouter à la thérapeutique un élément nouveau basé sur la récente découverte des VITAMINES.

Dans certains cas cliniques mal définis où l'organisme est en souffrance, elle sera la pierre de touche du diagnostic en guérissant le malade.

MODE D'EMPLOI : La possibilité de mélanger la VITAMINA avec tous les aliments solides ou liquides en rend l'emploi très facile et très étendu. On peut varier à l'infini les combinaisons dans lesquelles la VITAMINA peut entrer ; on peut l'associer au lait, au cacao, au riz, aux compotes, au chocolat, au thé, aux confitures, etc... à condition de la mélanger à une température ne dépassant pas 50 degrés. Bien délayer pour obtenir un mélange sans grumeaux.

EN VENTE : TOUTES PHARMACIES

haut dans le pli interfessier, toujours avec les mêmes caractères. Chez les obèses, le pli transverse sus-pubien est atteint autant que les plis des aines et complète avec les inguinaux un triangle isocèle entourant la région pilaire pubienne.

Cette affection, ordinairement plus fréquente et plus marquée chez l'homme que chez la femme, s'observe avec des degrés d'intensité très divers, depuis la simple rougeur du fond des plis jusqu'à un état suintant de l'épiderme sur une largeur de deux ou trois doigts. Et si une médication maladroite est venue exagérer l'irritation locale, on peut voir se produire une dermite artificielle de toute la région. Dans les cas les plus bénins, le sujet est atteint d'intertrigo aux aisselles ou aux aines, surtout pendant la saison chaude, et par intervalles, après de longues marches, ou quand les soins de propreté habituelle ont été interrompus. Dans les cas les plus sérieux, c'est une affection chronique, permanente, et qui peut durer des années.

Cette lésion, si simple en ses symptômes, ne peut être confondue avec aucune autre. Elle seule occupe le fond du pli lui-même. Elle n'est pas sèche, rouge, ronde et finement desquamante comme l'érythrasma, car sa forme est celle du pli qu'elle déborde seulement de part et d'autre. Encore moins pourrait-on la confondre avec l'eczéma marginatum, dont la lésion, comme son nom l'indique, est ourlée d'un liseré rouge.

Les symptômes fonctionnels sont peu accusés dans l'intertrigo, mais plus marqués pourtant que ceux de l'érythrasma et de l'eczéma marginatum. L'individu sait que le pli est « coupé », que les toilettes à l'eau où les frictions à l'eau de Cologne donnent au pli une sensation de cuisson intense quoique passagère. Et quand le pli s'échauffe, il présente un certain prurit permanent. Ces symptômes varient d'ailleurs avec l'intensité du cas particulier.

De même, avec eux, doit varier le traitement. Et je voudrais bien consacrer quelques mots très explicites au traitement de l'intertrigo, car il est assez facile, presque toujours suivi de bons résultats et très mal connu de la plupart. N'ai-je pas vu guérir, en quinze jours, un intertrigo de cinq ans de date, traité par plusieurs dermatologistes inutilement pendant des mois.

Une erreur à éviter serait de croire, dans ces cas, à l'importance du traitement interne. Quelque soit le régime auquel vous soumettrez votre malade, il n'en guérira ni plus ni moins vite. Théoriquement, le traitement de l'obésité devrait être utile quand l'intertrigo s'observe chez un obèse. Mais, d'abord, je ne sais pas s'il y a un bon traitement de l'obésité ; j'en connais beaucoup de mauvais, et le meilleur arriverait trop tard dans le traitement de l'intertrigo.

Le traitement de l'intertrigo est donc local. Il variera seulement beaucoup suivant le degré et l'aspect des lésions.

Voici un intertrigo très large et très aigu, irrité par des applications topiques intempestives. Vous le traiterez comme un eczéma : aucun lavage à l'eau, tous les pansements au liniment oléo-calcaire. En trois ou quatre jours, il sera devenu plus tolérant et on pourra le traiter comme on traiterait d'emblée un cas moins aigu à lésions d'épidermite humide mais non plus suintante.

Voici un autre cas : sur toute la surface malade, l'épiderme est humide et macéré, bien que la réaction inflammatoire locale ne soit pas intense.

Dans ce cas, traitez par le nitrate d'argent en solutions faibles (3,5 %) ou fortes (10 %). La dose dépendra de la tolérance des tissus, et cette tolérance sera d'autant plus grande que l'irritation sera moindre.

Un intertrigo très suintant recevra donc chaque jour un badigeonnage de :

Eau distillée.....	100	grammes.
Nitrate d'argent...	5	—

Un intertrigo à peine humide sera frictionné avec :

Eau distillée.....	100	grammes.
Nitrate d'argent...	10	—

Et lorsque l'application sera faite, et le liquide sec, on recouvrira d'une pommade à l'oxyde de zinc, ce qui diminue toujours la réaction des tissus malades aux médicaments d'action vive.

Mais, très souvent, l'intertrigo n'est aucunement suintant ; sa lésion est rose et à peine humide. Dans ce cas, traitez par l'ichthyol à doses faibles d'abord, fortes ensuite. Un liniment faible aurait pour formule :

Ichthyol.....	5	grammes.
Résorcine.....	1	—
Eau distillée.. ...	100	—

Un liniment plus fort contiendrait deux fois plus d'ichthyol et de résorcine. Ces topiques s'appliquent avec une boulette d'ouate hydrophile. On laisse sécher et on recouvre encore d'une mince couche de pommade à l'oxyde de zinc.

Oxyde de zinc,....	3	grammes.
Vaseline.....	30	—

Cette toilette est renouvelée une fois le jour. Supposons maintenant une fissure plus ou moins profonde, au milieu du pli. On la traitera avant chaque application d'eau ichthyolée par un badigeon de baume du Commandeur. Le baume guérira la fissure ; l'ichtyol, l'épidermite rouge ; la pommade à l'oxyde de zinc protégera la réfection épidermique.

Le traitement restera le même, badigeons à l'eau ichthyolée et pommade à l'oxyde de zinc, dans un autre cas très particulier ; lorsque sur toute la surface intertrigineuse et au-dessous d'elle, particulièrement sur la région de la cuisse en contact avec les bourses, la surface épidermique irritée se couvre de pustules disséminées. Voici, dans ce cas, la conduite à tenir : on applique, deux fois par jour, un liquide ichthyolé fort :

Ichthyol.....	8	grammes.
Résorcine.....	2	—
Eau distillée.....	90	—

On laisse sécher et on recouvre de pommade à l'oxyde de zinc.

Quand on veut refaire le pansement, on lave à l'huile d'olive fraîche, à l'ouate hydrophile, on esssuie à l'ouate sèche et on recommence la double application d'ichthyol et d'oxyde de zinc.

Un cas plus difficile est quand l'épidermite des plis est sous-tendue par une congestion locale profonde et intense. Dans ces cas, qui s'observent plus fréquemment chez les gens âgés, la thérapeutique est plus complexe. Ce qui donne alors les meilleurs résultats ce sont les badigeonnages iodés, dont on mesure la teneur en iode à l'irritation de la lésion. L'irritation est-elle très vive, les badigeons seront faits avec:

Teinture d'iode....	5 grammes.
Alcool à 80°.....	200 —

Est-elle plus faible, on l'attaquera d'emblée avec :

Teinture d'iode....	20 grammes.
Alcool à 80°.....	200 —

Chaque application iodée ne produit qu'une cuisson locale de quelques minutes.

On laisse sécher et on recouvre de pommade à l'oxyde de zinc. A mesure que la guérison avance, on peut renforcer le liquide; on arrive à se servir de teinture d'iode diluée au tiers:

Teinture d'iode....	75 grammes.
Alcool à 80°.....	125 —

Il semble que, peu à peu, on use la lésion qui supporte de mieux en mieux l'iode à doses progressives, et qui pâlit de jour en jour.

On arrive ainsi peu à peu à la guérison.

Enfin, dans les cas d'intertrigo tout à fait simples, les savonnage quotidiens avec un savon gras de toilette, à l'ichthyol par exemple, suffisent à l'entretien des régions sensibles, avec une trace de pommade à l'oxyde de zinc appliquée après chaque toilette.

On voit que la thérapeutique de l'intertrigo doit être opportuniste et qu'elle demande un peu de tact et de doigté. Mais très vite un médecin observateur acquiert les qualités nécessaires. Un dermatologiste valable ne doit jamais appliquer aveuglément la même formule à deux cas différents, car ils diffèrent de symptômes. Et presque en tous cas la formule dépendra du degré des lésions au moins autant que de leur nature.

CHIRURGIE DU CANCER DU SEIN

Résultats différents selon l'âge. — Stérilisation ovarienne par la Radiothérapie

Par le Docteur L. LAPEYRE, de Tours

(Communication au 30me Congrès de Chirurgie — Strasbourg 1921)

Nos Rapporteurs n'ont que trop solidement établi sur des documents impressionnants la gravité du cancer du sein : ils ont bien montré l'inanité de la loi de Volkmann et du délai des trois ans.

J'ai pour ma part observé des récidives après six, huit et dix ans : une toute récente dans l'aisselle, après dix-sept ans, chez une femme de quatre-vingt-deux ans opérée par moi à soixante-cinq ans.

Pour apprécier le bénéfice réel de l'opération il faut donc faire état non seulement des guérisons absolues ou paraissant telles, mais des survies plus ou moins longues, de la suppression des douleurs du cancer ulcère.

En tenant compte de tous ces facteurs, le chirurgien ne se laissera pas décourager : il interviendra même pour des cas cliniquement mauvais, même dans des récidives.

Car, chose singulière et reconnue de tous, il est des cas cliniquement et histologiquement défavorables suivis de succès : il est des récidives qui réopérées restent guéries.

Nos Rapporteurs dans le but d'élargir encore leur enquête nous ont conviés à produire nos statistiques.

J'ai essayé d'établir la mienne en m'inspirant des *desiderata* formulés par M. Walther : suivre pendant un, trois, cinq ans et plus un groupe intégral d'opérées.

Jusqu'à dix-huit mois, jusqu'à trois ans cela m'a été relativement facile : au delà, et les circonstances de la guerre s'y ajoutant, le nombre des malades non retrouvées devient trop considérable pour juger autrement que par impression : les chiffres sont évidemment faux.

TABLEAU

Chiffre total des malades opérées en quinze ans depuis plus de dix-huit mois.

429

Suivies.....	18 mois	367	Indemnes 225	Récidivée 143
Perdues de vue.		59		
Pourcentage sur 367		Succès 61 0/0		Récidives 39 0/0

Chiffre total : 225.

Suivies.....	3 ans	164	Indemnes 138	Récidivées 26
Perdues de vue.		61		

Récapitulation

Suivies.....		306	Indemnes 138	Récidivées 168
Perdues de vue.		110		
Pourcentage sur 306		Succès 45 0/0		Récidives 55 0/0

Après cinq ans, des 138 malades restantes, 81 seulement donnèrent de leurs nouvelles, 10 sont mortes ou en voie de récidive, la proportion de succès peut être évaluée entre 25 et 30 %.

Et avec les années la proportion continue à s'abaisser.

Tous les chirurgiens semblent bien hélas, même les plus habiles, les plus spécialisés, arriver à des résultats très

analogues : la technique opératoire la meilleure n'y fait plus rien, « nous sommes au point mort ».

Moi-même ai utilisé dans ces dernières années la technique ici décrite par mon excellent maître M. Walther, évitant les mutilations exagérées, cherchant surtout à l'exemple de Sampson Handley à réaliser l'exérèse la plus large possible de l'aponévrose.

J'ai abandonné les méthodes de Halsted, Willy, Meyer : Recherche des ganglions cervicaux, sacrifice du grand et petit pectoral, ablation trop large de la peau, n'ayant pas constaté d'amélioration des résultats éloignés, mais par contre des cicatrices douloureuses et adhérentes, de l'impotence du bras, etc.

Avec nos Rapporteurs, il me semble donc vain de chercher dans de nouvelles techniques opératoires élargies, l'amélioration de la statistique.

Depuis près de dix ans j'ai, dans presque tous les cas, complété l'acte opératoire par la radiothérapie : malgré les progrès de l'appareillage si j'ai vu des résultats dans le traitement des récidives je n'ai pas constaté d'amélioration dans la prévention de celles-ci.

Du Radium je n'ai pas d'expérience suffisante pour apprécier la valeur, mais je puis signaler un de ses dangers.

Chez deux opérées, l'une seulement était venue, jeunes, 40 ans environ, pronostic clinique et histologique grave, un tube de radium introduit par ponction du grand pectoral vers l'aisselle, laissé vingt-quatre heures en place sous le contrôle d'un spécialiste parisien excellent et chaque fois différent a provoqué une causalgie typique du nerf médian. La récidive rapide dans les deux cas (six mois) a été aggravée de douleurs terribles dues à l'étranglement du nerf.

Une fois la découverte du médian a vérifié l'existence d'une rétraction fibreuse cicatricielle agent d'étranglement faisant suite à la brûlure des tissus exactement comme dans nombre de blessures de guerre.

Il y a donc lieu :

Ou de proscrire l'introduction d'un tube de radium, quantité massive dans le cou ou l'aisselle à proximité du paquet nerveux, ou de réaliser une infiltration plus sévère.

De quel côté, en l'absence de tout traitement spécifique du cancer devons-nous donc tourner nos efforts pour arracher ne fût-ce que quelques malades à la mort ?

Un fait — reconnu de tous — mérite, il semble, de retenir notre attention.

L'épithélioma en règle générale présente une gravité plus grande chez les gens jeunes, une bénignité relative chez les vieillards.

Au niveau du sein cette différence d'évolution s'accentue de façon toute spéciale : avec l'âge telle ou telle forme histologique apparaît ou prédomine. Le squirrhe atrophique avec minimum de prolifération épithéliale et d'envahissement ganglionnaire, maximum de réaction conjonctive est le type classique du cancer bénin de la vieille femme. L'opération en pareil cas donne d'après les statistiques jusqu'à 71 0/0 de succès après trois ans.

Mais il est des formes graves même dans un âge avancé, il faut le reconnaître, aussi laissons de côté l'anatomo pathologie.

Je crois plus conforme à la réalité, d'opposer dans deux tableaux les résultats obtenus, en tenant compte de l'âge seul.

C'est ce que j'ai fait en reprenant toutes mes observations, et mettant :

Dans un premier groupe :

Les femmes de 50 ans avant la ménopause ;

Dans un second :

Les femmes de plus de 60 ans, après disparition complète de toute activité ovarienne alors que je laisse de côté toutes les opérées d'âge intermédiaire, 50 à 60 ans.

Les chiffres répondent de façon éloquente :

1er groupe.....	Au bout de 3 ans	Non récidivées 29 0/0
2me groupe.....	—	— 60 0/0

Moyenne générale : 45 0/0.

Les résultats franchement déplorables chez la femme jeune, deviennent satisfaisants au-dessus de 60 ans.

Instruits comme nous le sommes que l'activité de la glande mammaire est sous la dépendance absolue de l'ovaire, nous devons admettre tout au moins l'explication suivante : la suppression de la sécrétion interne de la glande sexuelle agit sur le cancer indirectement par la mise en sommeil de l'épithélium du cancer de la mamelle.

Théoriquement la castration ovarienne devrait assurer à une femme en pleine activité sexuelle, l'évolution ralentie du cancer dans un âge avancé.

L'essai a été fait et M. Forgues dans son Rapport si bien documenté nous rappelle les cas classiques de Guinard et de Reynès, les observations de Hermann et de Taylor, la statistique de Lett portant sur soixante-quinze cas. Notre distingué collègue note succès et revers, et ne conclut pas.

Mais je me permettrai d'abord la remarque suivante :

La castration doit être jugée différemment selon qu'elle a été faite comme opération palliative dans des cas inopérables, ou ce qui est tout différent, qu'elle a été pratiquée comme complément d'une opération radicale. Il semble bien que dans ce dernier cas les statistiques lui sont favorables, surtout si, revenant des trop grands espoirs conçus à l'époque où le cancer du sein a paru quasi bénin, nous nous bornons à lui demander à la place de la mort en un an, dix-huit mois, des survies de trois, cinq, six ans et parfois seulement la guérison absolue.

Amélioration des résultats dans 40 °/₀ des cas, dit Lett, cela est certes quelque chose devant un mal aussi épouvantable.

La castration ovarienne n'est pas entrée dans la pratique, il n'y a guère lieu de s'en étonner. Comment, en l'absence d'une certitude, demander à une femme qui vient d'être opérée, qui le sera peut être encore, de subir à titre complémentaire une laparotomie.

Cette grosse objection tombe, si nous substituons à la castration opératoire la stérilisation des ovaires par les rayons Rœntgen.

L'irradiation se fera concurremment à celle du sein opéré, ajoutant à l'efficacité de celle-ci la sienne propre.

Le résultat ne dût-il être que de sauver quelques vies de plus, tout simplement même de retarder la marche du terrible fléau : cela serait encore beaucoup dans notre actuelle impuissance.

Depuis un peu plus de dix-huit mois, je suis entré dans cette voie : sur trois malades opéré depuis plus d'un an, aucune n'a encore récidivé.

Cela ne compte pas certes, mais m'a encouragé d'une part à continuer, d'autre part à vous en parler ici dans ce Congrès.

MANIFESTATIONS OCULAIRES DE LA DIPHTÉRIE

Par les Docteurs Francis COSSE et Armand MERCIER

Les nombreux cas de diphtérie qui se sont produits pendant les premiers mois de l'année nous ont permis d'observer sur un certain nombre de sujets les symptômes oculaires de cette affection.

On sait que la diphtérie se manifeste sous deux aspects bien différents suivant qu'il s'agit d'atteinte primitive, infectieuse (due au bacille de Lœffler) — c'est le cas de l'angine — ou de lésions toxiques, secondaires (dues aux toxines sécrétées par le bacille) : ce sont les diverses paralysies post-diphtériques.

Le même processus s'observe du côté des organes visuels et l'on connaît des atteintes primitives infectieuses de l'œil par le bacille ainsi que des manifestations toxiques secondaires — nous allons les passer rapidement en revue.

I

Manifestations oculaires infectieuses primitives.

C'est la *conjonctivite diphtérique*, affection redoutable mais heureusement peu fréquente. Un cas récemment observé nous servira de description.

« Le 23 février dernier, l'enfant X... est envoyé à notre consultation par le Docteur Marnay pour une conjonctivite grave et d'aspect anormal. Nous constatons les lésions suivantes : du côté droit, les paupières sont fortement gonflées, rouges et douloureuses au toucher : l'infiltration qui les durcit gêne l'ouverture de la fente palpébrale et leur donne l'aspect si particulier en visière de casquette. Le ganglion pré-auriculaire est tuméfié. La conjonctive est rouge et présente un violent chémosis : le cul-de-sac conjonctival inférieur ainsi qu'une partie de la conjonctive palpébrale supérieure sont recouverts par des membranes grisâtres fortement adhérentes et que l'on ne peut détacher. L'œil ne présente qu'une sécrétion peu abondante et claire.

L'œil gauche est normal.

L'enfant n'a pas de température et ne présente pas de symptômes généraux.

Le contraste entre l'œdème palpébral qui donne à l'œil droit l'aspect spécial ci-dessus décrit et l'absence de sécrétion, la présence de fausses membranes, nous font porter immédiatement le diagnostic de conjonctivite diphtérique. La petite malade n'a jamais eu d'angine et s'est toujours bien porté jusqu'à ces quatre derniers jours, date à laquelle remonte le début de la conjonctivite ; mais il y a dans son village de nombreux cas de diphtérie et elle a été au contact d'enfants convalescents.

Nous faisons immédiatement un ensemencement de la sécrétion oculaire sur sérum coagulé et préparons quelques lames pour l'examen direct. Grâce à l'obligeance de M. le Dr Beau, nous avons quelques instants après le résultat de l'examen bactériologique — présence de bâtonnets prenant le gram, d'apparence diphtérique, mais dont la différenciation ne peut être faite d'avec les bacilles du xérosis. Nous pratiquons alors une injection sous-cutanée de 40 centicubes de sérum antidiphtérique : l'œil est soumis à une pulvérisation de vapeur d'eau pendant 20 minutes et l'on instille ensuite dans le cul-de-sac conjonctival 5 à 6 gouttes de sérum antidiphtérique. L'œil est recouvert enfin d'un pansement humide chaud.

Le lendemain, le laboratoire nous donne le résultat de la culture : « présence d'un bacille diphtérique moyen, accompagné de quelques diplocoques. (Aspect typique, vérification par culture en anaérobie et coloration des granulations (vésuvine et bleu). »

L'amélioration est déjà sensible et l'enfant retourne chez elle où, sous la surveillance du Docteur Marnay, elle continue à suivre le même traitement : compresses chaudes et instillations bi-quotidiennes de sérum antidiphtérique, à l'exclusion de tout autre médicament. En raison du caractère profondément contagieux de cette conjonctivite, nous recommandons à la mère de prendre les plus grandes précautions. Huit jours après, nous apprenons la guérison de la petite malade. »

L'aspect qu'a présenté cet enfant correspond au premier stade de la conjonctivite diphtérique : c'est le *stade d'infiltration*. Si elle n'avait pas été soignée, on aurait vu, après cinq à six jours les exsudats se résorber, et s'éliminer la conjonctive en partie nécrosée. Les territoires ainsi mis à nu se seraient recouverts de bourgeons charnus et la sécrétion, plus abondante et d'aspect purulent, aurait justifié le nom de *stade blennorrœique* donné à cette phase de la maladie. Encore quelques jours et l'évolution se termine par le *stade de cicatrisation* où les bourgeons charnus se soudent les uns aux autres en déterminant les désordres les plus variés — symblépharon — trichiasis — entropion — xérophtalmie.

A ce tableau rapide s'ajoutent le plus souvent d'autres

complications — lésions cornéennes allant du simple ulcère à la nécrose totale — panophtalmie sphacèle des paupières, etc... L'état général est enfin très altéré et souvent les petits malades succombent à l'affection. Le pronostic est donc toujours très sérieux, non seulement au point de vue oculaire, mais encore au point de vue vital.

A côté de cette forme grave, lésant profondément la conjonctive et qui constitue la *conjonctivite diphtérique* proprement dite, on observe des formes plus bénignes, dont les lésions restent superficielles, et que l'on désigne souvent du nom de *conjonctivite croupale*. L'agent causal est d'ailleurs le même, mais les symptômes sont moins accusés — les paupières sont peu œdématiées et les membranes blanc-grisâtre qui tapissent la conjonctive sont facilement détachables sans qu'il y ait au dessous de perte de substance. Ces membranes s'éliminent le plus souvent après une ou deux semaines, un catarrhe violent leur fait suite et tout rentre dans l'ordre sans laisser de traces.

Dans tous les cas graves on fera la sérothérapie immédiate. On ne peut être autorisé à la différer qu'en cas de conjonctivite croupale légère, et lorsqu'un laboratoire voisin peut donner une réponse rapide. La plupart du temps, la première dose de sérum suffit. Les instillations conjonctivales ont également une influence très nette et devront être continuées jusqu'à la guérison, en même temps que les pulvérisations ou compresses humides chaudes, qui facilitent la circulation et la nutrition des tissus. Le traitement des autres complications relève exclusivement de la spécialité et ne saurait être envisagé ici.

II

Manifestations oculaires toxiques secondaires.

La toxine diphtérique touche fréquemment le système nerveux — la paralysie du voile du palais est une complication connue de tous. Les nerfs oculo-moteurs peuvent être atteints de la même façon, mais alors que les ophtalmoplégies extrinsèques sont des raretés, la *paralysie* limitée au muscle ciliaire et déterminant la perte brusque *de l'accomodation* est extrêmement fréquente. Jointe à la paralysie du voile qu'elle accompagne souvent, elle réalise le syndrome secondaire typique de la diphtérie.

La paralysie diphtérique débute lors de la convalescence, le plus souvent dans le courant de la dernière semaine qui suit la guérison de l'angine ; il y a des cas plus tardifs (40 jours) ou plus précoces (alors qu'il existe encore des fausses membranes). Cette complication peut apparaître à la suite d'une angine diphtérique grave nettement diagnostiquée et traitée, mais très fréquemment elle survient brusquement chez des sujets dont le mal de gorge a passé presque inaperçu ou a été jugé bénin. Ce sont alors les symptômes paralytiques secondaires qui font faire rétrospectivement le diagnostic de diphtérie. Cette éventualité n'est pas aussi rare qu'on pourrait le croire : nous l'avons observée dans environ le tiers des cas vus par nous récemment.

La perte brusque de l'accomodation affole en général le malade qui se trouve subitement incapable de lire ni d'écrire et les parents anxieux déclarent que leur enfant « devient aveugle ». L'accomodation étant le plus souvent paralysée isolément, sans que l'iris ni la musculature externe soient touchés, l'œil ne présente aucun trouble apparent et cette localisation exclusive est pathognomonique de la diphtérie. On se trouve donc en présence d'un malade dont les yeux semblent normaux, dont l'iris réagit bien, mais qui, tout en ayant conservé une acuité normale pour la vision au loin, ne peut ni lire, ni écrire, ni coudre. Son œil a perdu la faculté de voir de près. L'interrogatoire nous apprend alors l'existence d'une angine plus ou moins caractérisée quelques semaines auparavant. Très souvent d'ailleurs, la voix un peu nasonnée, la déglutition difficile, indiquent que le voile du palais a été touché en même temps.

La perte du pouvoir accomodateur détermine une gêne variable suivant les individus : quelques mots sur son mécanisme nous en feront comprendre les raisons.

L'accomodation est la faculté que possède l'œil de se « mettre au point » pour les différentes distances, et cette mise au point est obtenue grâce aux modifications de réfringence du cristallin. Le muscle ciliaire, qui enchâtonne ce cristallin sur tout son pourtour, détermine par sa contraction plus ou moins forte les modifications de réfringence. Quand l'objet examiné se rapproche, le muscle ciliaire se contracte, faisant bomber le cristallin dont la réfringence augmente ; par le mécanisme inverse, le cristallin s'applatit, sa réfringence diminue, lorsque l'objet s'éloigne.

On comprend par suite le rôle que joue la réfraction du sujet. S'il est *emmétrope*, il sera subitement incapable de voir de près, mais conservera une vision parfaite à distance. S'il est *myope*, pour bien mettre en évidence la paralysie, il faudra faire porter les verres pour voir de loin, qui corrigent la myopie et rendent l'œil emmétrope. En effet, chez les sujets myopes, la forte réfringence du cristallin permet la vision de près sans accomoder, quand ils ne portent pas leurs verres correcteurs. Un myope est donc relativement peu gêné par la paralysie de l'accomodation. Le contraire se passe chez l'*hypermétrope* dont même la vision au loin est troublée du fait de la paralysie et qui voit encore plus mal de près qu'un sujet emmétrope. Ces derniers peuvent, à juste titre, déclarer qu'ils se sentent devenir aveugles.

Le pronostic de la paralysie diphtérique de l'accomodation est d'ailleurs bénin et l'on peut promettre aux malades qu'un mois environ après le début de leurs troubles visuels, ils verront comme par le passé.

Le traitement sera surtout reconstituant: suralimentation — bains fréquents — liqueur de Fowler. Il est préférable de ne pas prescrire de lunettes et de ne pas compenser le défaut d'accomodation par le port d'un verre sphérique convexe pour la vision de près. La période de paralysie doit être une période de repos oculaire.

La même thérapeutique sera instituée pour les autres paralysies oculaires causées par la toxine diphtérique. Toutes guérissent en général fort bien, sauf quelques cas excep-

tionnels d'ophtalmoplégie aiguë accompagnés de coma où la mort survient par paralysie de la respiration du fait de l'extension du processus aux noyaux bulbaires.

En pratique il faut donc retenir que la diphtérie touche l œil soit précocement, *conjonctivite diphtérique*, affection toujours grave qu'il faut traiter par le sérum sous-cutané et en instillations — soit secondairement : paralysies oculo motrices et surtout *paralysie de l'accomodation*, trouble plus effrayant que grave, qui cède avec le temps et n'est justiciable que d'un régime tonique et reconstituant.

Les limites de l'accouchement spontané ou par forceps dans les bassins rétrécis

Par le Docteur BOIVIN,
Chef de Clinique à la Maternité de Tours.

La conduite à tenir dans un bassin rétréci est souvent difficile. Comme on l'a déjà dit (Wallich), on doit résoudre le problème suivant : Étant donné un bassin de dimension inconnue, savoir, si une tête de dimension inconnue pourra traverser ce bassin. Il n'y a pas de moyen de mesurer une tête à travers la paroi abdominale. Il n'y a pas de moyen de mesurer le diamètre promonto-pubien, diamètre utile à connaître : (11 cent. à l'état normal qui doit être franchi par le biparietal du fœtus 9 cent., à terme). On ne peut mesurer que la distance allant du bord inférieur de la symphyse au promontoire diamètre, promonto-sous-pubien. (PSP). Et, encore, suivant que le bord inférieur de la symphyse et le promontoire sont plus ou moins bien repérés, les doigts plus ou moins fléchis, cette mensuration peut varier quelque peu avec l'observateur. Pinard a démontré : qu'on pouvait déduire du promonto-sous-pubien le promonto-pubien vrai. En examinant et mensurant une série de bassins il a montré que les différences variaient entre un et quatre centimètres, suivant l'inclination du pubis ; suivant surtout la hauteur plus ou moins grande du promontoire qui rend la distance mesurée plus ou moins oblique. Il a adopté 1 cm. 5 ; comme un chiffre moyen pouvant servir à faire la déduction. Cette déduction n'est donc qu'une approximation. C'est pourquoi dans les observations qui vont suivre nous n'avons considéré que le promonto-sous-pubien (PSP) directement mesurable pour cataloguer le bassin rétréci.

Si l'on ne peut avoir qu'une approximation sur les dimensions d'un bassin ; l'on ne peut d'autre part qu'avoir une idée aussi approximative sur le volume de la tête fœtale ; on en sera réduit à envisager le développement de l'abdomen et d'en conclure qu'avec un développement moyen et non excessif, le pariétal du fœtus doit être environ de 9 centimètres.

Cependant pour mieux fixer les idées existe une autre exploration très importante : c'est le palper mensurateur de Pinard. Il faut abaisser le tête, emboîter la tête dans le bassin ; sentir avec une main abdominale à plat, dans quelle mesure elle déborde le pubis ; il faut compléter le palper par le toucher et sentir dans quelle proportion la tête plonge dans le bassin. Le pronostic est favorable quand la tête ne surplombe pas le pubis ; quand elle plonge dans une grande étendue : l'accouchement pourra se faire par voies naturelles.

Avec ces données dans les limites extrêmes le problème pourra se résoudre aisément soit qu'il s'agisse de légers rétrécissements soit qu'il s'agisse de bassins franchement mauvais. Mais il est des bassins modérément rétrécis où souvent l'on peut avoir des doutes, si la paroi abdominale est un peu grasse, le fœtus un peu volumineux ; l'axe de l'utérus un peu dévié en avant.

On doit souvent se résigner à attendre le travail pour prendre une décision, mais on devra s'entourer de précautions d'asepsie minutieuses, et ne pas prolonger l'attente bien longtemps afin que si la tête ne descend pas et qu'on se décide alors à une césarienne cette opération puisse être entreprise avec toute la sécurité nécessaire sans doute possible sur l'infection de l'œuf.

La possibilité d'accouchement par les voies naturelles dans un bassin modérément rétréci n'est pas une question purement spéculative. Ce serait une solution un peu simpliste que de poser cette équation : Bassin rétréci = césarienne.

Nul doute qu'actuellement, tout accouchement transpelvien forcé, qui serait inconscient violent, et mutilateur doit être proscrit autant que sont proscrits les accouchements provoqués prématurément avant le neuvième mois qui n'amènent trop souvent que des fœtus non viables ; sans compter que chez les primipares le col long se laisse mal distendu ; donne un travail traînant et peut se laisser déchirer quelquefois gravement.

Dans ces cas la solution est la césarienne pratiquée dans de bonnes conditions de pureté et de sécurité, elle est devenue la grande souveraine pour résoudre les situations créées par les angusties pelviennes marquées. Elle tend même actuellement à accroître encore son domaine pour des dystocies ne relevant pas d'angustie du bassin.

Mais la césarienne ne doit être pratiquée que judicieusement, vis-à-vis de conditions précises et de rétrécissements démontrés infranchissables sans dommage pour le fœtus. Opération abdominale, malgré la facilité et la perfection de sa technique, elle reste toujours une opération sérieuse pouvant exposer la femme à quelques risques quoique exceptionnels. Elle reste un mode anormal d'accoucher et deviendrait une opération excessive et inutile dans une certaine catégorie de bassins qui peuvent bénéficier de la voie naturelle.

Il nous a semblé intéressant de relever un certain nom-

bre d'observations de femmes à bassin modérément rétréci ; une trentaine ; vues et suivies de près, soit à la Maternité, soit en clientèle ; et de noter dans quelles conditions un assez bon nombre ont pu accoucher, soit spontanément, soit à l'aide des fers appliqués sans violence sur une tête fixée et déjà accommodée. Dans quelles conditions au contraire, chez un certain nombre d'autres la voie transpelvienne est devenue fœticide quand elle n'a pas été en même temps la source de déchirures graves et de complications pour la mère.

Dans les observations que nous considérons il ne s'agit que de bassins symétriques de femmes à terme et de fœtus n'ayant pas un volume excessif.

Le fœtus passe et s'accommode.

I. — Dans une première catégorie nous rangeons des femmes à rétrécissement léger qui ont accouché *spontanément*.

Beaucoup avaient été vues avant le travail et présentaient dans les derniers temps soit une tête haute non engagée, soit une tête déjà amorcée. Certaines multipares avaient eu des accouchements antérieurs pénibles. Chez toutes ces femmes le promontoire était accessible, la longueur du *PSP* variant de 10,5 à 11,5. Dans une seule observation (Obs. VII), le PSP n'avait que 9 1/2. Mais il est à noter que dans ce cas le promontoire était bas et le fœtus petit 2 kil. 570 ; peut-être un peu avant terme. Sur un certain nombre de fœtus la signature de retrécissement s'est trouvée imprimée : la tête étant plus ou moins déformée, allongée avec léger chevauchement de pariétaux et quelquefois légère dépression pariétale traduisant l'adaptation de la tête.

Voici les neuf observations résumées :

Obs. I. — G. Olga, 23 ans. Secondipare. En 1920, accouchement pénible par forceps : plusieurs applications qui n'amenèrent qu'un enfant mort de 4 kilos.

Entre à la Maternité début de mai 21. Tête fixée.

Promot. sous-pubien = 11,5.

Accouche le 11 mai 21, après vingt-quatre heures de travail, d'un enfant de 3 kil. 650, *présentant un léger chevauchement des pariétaux.*

Obs. II. — B. Raymonde, 23 ans. Primipare. Promontoire senti peu élevé. PSP = 10,5.

Accouche le 19 mai 20, après quatorze heures de travail, d'un enfant de 3 kil. 550.

Obs. III. — Ernestine X., 40 ans. Secondipare. Il y a six ans forceps pénible au détroit supérieur ?

Entre à la Maternité le 20 mai 19.

Présentation de l'épaule réduite par version externe. PSP = 11 cm.

Après un travail de cinq heures, accouche à terme d'un enfant de 3 kil. 300.

Obs. IV. — G. B., 25 ans. Primipare. PSP. 10,50 à 11 cm.

Accouche à terme d'un enfant de 2 kil. 920 présentant du *chevauchement et une dépression sur le pariétal gauche.*

Obs. V. — L., 33 ans. Primipare. PSP = 11 cm., promontoire élevé.

Présentation de siège réduit par version externe aux premières douleurs. Per des eaux trois jours avant l'accouchement. Infection 38°. Accouche le 11 octobre 1921, après neuf heures de travail, d'un enfant de 2 kil. 900, avec début de mecération. Mort non du fait de l'angustie pelvienne mais par nfection.

Obs. VI. — Anonyme N° 215, Primipare. N'a marché qu'à 15 mois, genu-valgum, PSP. 10,5, accouche spontanément d'un enfant de 2 kil. 500. Il est vrai un peu avant terme (8 mois et demi).

Obs. VII. — Ch., 27 ans. Secondipare. 1er accouchement en 1920, deux jours en travail, la tête ne descendant pas, on fait une extraction par les fers d'un enfant de 2 kil. 500.

Actuellement entre à la Maternité en mars 1921.

Promontoire bas situé : PSP. 9 cm. 1/2, ventre peu développé. Après neuf heures de travail accouche d'un enfant de 2 kil. 570. (Bi-pariétal = 8. Bi-temp. = 7 cm. 1/2).

Obs. VIII. — Th. Hélène, 22 ans. Primipare, en douleurs depuis le matin a pris le train et à 11 heures environ accouche à la Maternité, 1er septembre 1921.

A son arrivée la tête n'était qu'amorcée, la dilatation est complète à 22 heures et la tête descend.

Accouchement spontanée à 23 h. 30 d'un enfant de 2 kil 900 à *tête allongée avec chevauchement des pariétaux et dépression pariétale gauche*, bi-par. 8., bi-temp. 7,5. Le PSP mesuré après coup donne : 10 à 10,5 : le promontoire est bas, facilement accessible.

Obs. IX. — Pot, 27 ans, primipare. Entré à la Maternité le 20 avril 1921, envoyée par son médecin qui avait cru l'accouchement impossible par les voies naturelles : Est en travail depuis la veille. La tête est haute non engagée, le promontoire accessible pas très élevé, PSP = 10,5. La dilatation à 1 fr. le matin 9 heures, s'achève à 17 heures. Expulsion spontanée à 9 h. 40 d'un fœtus de 3 kil. 100.

On aide le fœtus avec les fers

II. — Dans une deuxième catégorie nous pouvons ranger des femmes qui étaient dans les mêmes conditions que précédemment, mais qu'il a fallu aider avec les fers.

Ces femmes présentaient de PSP de 11 à 11,5. Toutes les observations se ressemblent : un travail plus ou moins long a poussé la tête plus ou moins avant dans l'excavation mais pas encore assez loin pour que la tête appuie sur le plancher pelvien. La dilatation est complète ou à une paume de main. Mais la femme est épuisée, en inertie ; les douleurs complètement suspendues ou très espacées et on est obligé d'extraire par forceps une tête fixée. Certaines extractions nécessitèrent des tractions assez énergiques et soutenues, malgré une bonne prise ; et, les tractions qu'on dût faire pour extraire les épaules témoignent aussi du rétrécissement.

Nous pouvons citer :

Obs. X. — M. A., 23 ans, primipare, ventre un peu saillant en avant, tête semblant peu surplomber, PSP 11,5. Entre en travail le 15 avril 1922. Après dix heures de travail la dilatation est à une paume de main ; la tête est dans l'excavation mais n'appuie pas. Inertie. Extraction par forceps et tractions assez fortes d'un enfant de 4 kilogrammes.

Obs. XI. — C. L., 29 ans, primipare, ventre un peu saillant en avant, tête surplombe peu, descend dans les derniers jours. Entre en travail le 4 novembre 1921. Après une dilatation qui a duré trente-six heures, la femme est atteinte d'inertie, la tête est dans l'excavation mais n'appuie pas. Extraction d'un fœtus de 2 kil. 870 avec léger chevauchement des pariétaux et dépression sur l'un d'eux. PSP = 11 centimètres.

Obs. XII. — Véronique M., 31 ans, primipare, obèse, genu-valgum, tête mobile PSP = 11 centimètres. Entre en travail le 2 juin 1919, après douze heures de travail entre en inertie. Extraction par forceps d'un fœtus de 2 kil. 480.

Trois ans après, cette femme revenue à la Maternité accouche le 11 mai 1922, après six heures de travail, d'un enfant de 3 kil. 200.

Obs. XIII. — M. M., primipare, PSP 11 cm. 5 promontoire élevé, tête fixée. Entre en travail le 12 novembre, après douze heures de travail, inertie. Présentation d'une face en mento iliaque gauche arrêtée au-dessus du plancher. Rotation en avant et extraction par forceps d'un fœtus de 4 kil. 500.

Obs. XIV. — M. H., 23, ans, primipare, PSP 11 cm. 5, promontoire élevé, tête ne semblant pas surplomber, ventre saillant en avant.

Entre en travail le 13 août 1921. Après douze heure de travail dilatation complète mais tête assez haute dans l'éxcavation : Rotation faite, Inertie. Il faut des tractions fortes pour ramener avec le forceps un fœtus de 3 kilogrammes présentant une paralysie faciale par compressions. Disparue depuis.

Obs. XV. — Madame D., 25 ans, primipare, PSP 11,5. Tête restée haute jusqu'au moment du travail. Après un travail de douze heures, inertie, la tête est dans l'excavation, mais n'appuie pas ; la rotation faite, extraction par forceps d'un enfant de 3 kilogrammes.

Obs. XVI. — M. R., 23 ans, primipare obèse ; la tête est restée haute jusqu'à la fin de sa grossesse, PSP 11,5, promontoire élevé ; la femme est en travail depuis douze heures, inertie complète. Tête assez élevée dans l'excavation. Extraction pénible par forceps d'un enfant de 3 kil. 600, qui naît en état de mort apparente et qu'on mit vingt minutes à ranimer.

Passera-t-il ? Ne passera-t-il pas ?

III. — Dans une troisième catégorie de faits nous pouvons ranger des observations de femmes qui ont été envoyées en plein travail à la Maternité par ce qu'on soupçonnait une césarienne possible et aussi les cas de femmes qui avaient été vues avant le travail, dont le PSP était compris entre 10 et 10,5, le ventre assez développé, assez saillant en avant ; a paroi abdominale souvent graisseuse, avec une tête qui semblait surplomber légèrement au palper mensurateur et qui plongeait incomplètement.

Le travail fut volontairement attendu pour prendre une décision et suivant que sous l'influence des premières heures de travail la tête descendit ou non, on abandonna la femme à un accouchement par les voies naturelles ; ou au contraire on la fit césariser sur-le-champ.

Les observations suivantes montrent que les femmes à PSP de 10 à 10 cm. 5 peuvent bénéficier souvent de la voie naturelle à condition que le promontoire soit bas situé et que l'enfant ne soit pas d'un volume exagéré.

Dans une observation même (obs. XX) il existait un faux promontoire distant de 9 cm. 5 de la symphyse ; distance plus courte que la distance promonto sous-pubienne, de sorte que l'on craignait que ce faux promontoire fasse butoire et arrête la tête. Cette femme qui avait été conduite prématurément, dans une salle de chirurgie, au début de son travail fut ramenée à la Maternité. quand il fut reconnu que la tête descendait sous les efforts du travail et à son grand contentement la femme put accoucher par les voies naturelles.

Chez presque toutes ces femmes l'extraction s'est faite par forceps, mais celui-ci fut appliqué non au détroit supérieur, mais il fut appliqué tardivement alors que la tête sous l'influence du travail avait glissé dans l'excavation, s'y était fixée, s'yétait modelée comme en témoigne les déformations et chevauchements qu'elle présentait. Et alors les efforts de la nature étant épuisés le forceps fît le complément et put agir sans dommage.

Chez d'autres femmes, au contraire, chez qui le PSP était au même chiffre, mais chez qui le promontoire était élevé, la tête ne s'est pas engagée et on dut faire une césarienne.

C'est qu'en effet dans la première catégorie envisagée dans ce paragraphe le promontoire étant bas situé, en regard de la symphyse le PSP était une mensuration presque horizontale se rapprochant beaucoup de celle du promonto-pubien vrai. Au contraire, dans les bassins de la deuxième catégorie à promontoire élevé, le promonto sous-pubien mesure une distance très oblique bien plus grande que la dimension réelle du promonto-pubien vrai.

Voici résumées ces observations. D'abord celles qui ont accouché par voie basse :

Obs. XVII. — Marie-Louise G., 19 ans, primipare. Entre à la Maternité le 8 décembre 1921 à 16 heures, venue de la campagne, en travail depuis la veille et envoyée par son médecin qui croit à la possibilité d'une césarienne.

L'utérus est en anteversion un peu pendulum ; la tête haute, mobilisable, non engagée surplombe légèrement le promontoire accessible. PSP 11 cm.

La dilation est à 2 fr. ; à 18 heures, dilatation à 5 fr. ; la tête s'amorce, descend, ne surplombe plus. La poche des eaux qui est restée plate se rompt vers 20 h. 1/2 à dilatation complète. La tête descend de plus en plus. Après 5 à 6 heures d'inertie sans souffrance du fœtus, la femme accouche spontanément le lendemain matin à 6 heures, d'un garçon de 3 kil. 400 à tête allongée, avec chevauchement des pariétaux de 1 centimètre environ. (Bi-par., 9,5. Bi-t., 8,5).

Obs. XVIII. — Louise S., 25 ans, primipare, a marché tardivement à 18 mois.

Entre le 21 février 1921 ayant de petites douleurs sans effacement du col encore. Présentation d'un sommet (O il. G.) Amorcé mais non engagé, la tête semble déborder de peu.

Promontoire accessible assez haut situé PSP 10 cm. à 10,5, l'enfant semble de volume moyen. Le pronostic de l'accouchement reste douteux.

Le lendemain 22 février, le travail se déclanche 0,50 à 11 heures du matin, dilatation complète à 5 heures du soir, la tête est haute encore, mais à beaucoup descendu et ne semble pas surplomber. La femme est atteinte d'inertie. A 10 heures du soir on fait une application sur une tête fixée dans l'excavation et à l'aide de tractions assez fortes on amène un enfant vivant de 3 kilos, à tête allongée, déformée, et avec chevauchement léger. (Bi-p., 8. Bi-t., 7,5).

Obs. XIX. — Marguerite P., 28 ans, primipare. Entrée le 20 janvier 1922 à minuit 20 à la Maternité, venue de la campagne envoyée par son médecin pour une césarienne.

Cette femme serait en douleurs depuis deux jours, le col est dilaté à 5 fr., la poche des eaux non rompue, les bruits du cœur bons ; la tête est haute, non engagée mais amorcée et semble peu surplombler. Perd les eaux une heure après son arrivée pour entrer en inertie.

A 9 heures du matin le lendemain, la dilatation est à une paume de main, la tête fortement amorcée dans le bassin mais n'appuyant pas encore sur le plancher pelvien. On sent du chevauchement des pariétaux, le liquide est teinté de meconium.

On décide une intervention immédiate par forceps. Application oblique faite par docteur Thierry et on extrait par tractions soutenues et assez énergiques un enfant vivant de 3 kil. 500 (Bi-p., 9,5. Bi-t. 9).

Le promonto sous-pubien mesuré après coup donne : 11 cm.

Obs. XX. — Mme B., 31 ans, primipare. Entrée à la Maternité dans son neuvième mois : début d'avril 1922, présentant avec un développement moyen de l'abdomen un sommet mobile non engagé, le promontoire est bas situé, aisément senti- PSP 10 à 10,5, au-dessous de lui on sent un faux promontoire dont la distance à la symphyse n'est que de 9,5. Bien que la tête plonge et ne semble surplomber que légèrement, on craint que le faux promontoire forme butoir et

obstacle au moment du travail. La malade est d'ailleurs peu enthousiaste de la césarienne ; on se décide à attendre le travail.

Le 1er mai au matin, la malade perd les eaux en allant sur le vase. Elle avait des douleurs de reins depuis quelques jours et la tête avait semblé descendre un peu. Le travail commence.

La malade avait déjà été transportée en chirurgie pour une césarienne sans examen préalable. Mais à 9 heures nous constatons une dilatation de 1 fr. et une tête qui commençait déjà à plonger et à couvrir le faux promontoire. Nous faisons retransporter la femme à la Maternité à 10 heures, le docteur Thierry pratique lui-même un examen : la tête était encore davantage descendue. Et il n'est pas douteux que l'accouchement sera possible par les voies naturelles.

A 9 heures du soir, après des douleurs asssez fortes, la dilatation est faite; la tête est très amorcée mais n'appuyant pas sur le plancher, la rotation est faite, on constate du chevauchement.

Une prise directe et des tractions moyennes amènent assez rapidement un fœtus de 3 kil. 500 à tête déformée, étirée avec chevauchement des pariétaux et dépression au niveau des temporaux. (Bi-p. 9,5 — Bi-temp. 8,5).

Au contraire chez d'autres femmes qui avaient des chances d'accoucher par voie naturelle, la travail a montré un défaut d'engagement de la tête et on dut recourir à la césarienne.

Obs XXI. — M. A., 30 ans, tertipare, petite taille 1m40. Entre à la Maternité fin janvier 1922.

Premier accouchement, 29 février 1915, accouchée à la Maternité d'un enfant extrait par version ; enfant mort-né.

Deuxième accouchement, 31 janvier 1919 ; a accouché spontanément, mais d'un enfant de petit volume 2 kil. 450.

Troisième grossesse actuelle : le ventre est assez développé en antéversion.

Présentation d'un sommet mobile non engagé. PSP mesure 10,5, le promontoire est assez haut situé, la tête plonge en partie; mais semble surplomber un peu. Il est assez difficile de s'en rendre compte d'une façon précise avec la paroi assez graisseuse. L'utérus est en autéversion marquée.

Le 28 mars au matin premières douleurs, le travail débute le 29 au matin 9 heures, dilatation 5 fr., poche des eaux non rompue La tête reste toujours haute et n'a pas pu descendre, semble surplomber. On décide une césarienne pratiquée à 10 heures par le docteur Lapeyre. On extrait un enfant de 3 kil. 470. (Bi -p. 9 — Bi.-t. 8.5.) Suites bonnes.

Obs. XXII. — Suzanne G., 23 ans, primipare. Entrée à la Maternité fin août 1920.

Dans le dernier mois on trouve un ventre assez développé en antéversion, sommet mobile non engagé, semblant plonger par le palper, mais surplombant un peu. Le promontoire est assez élevé. PSP 10 cm. à 10 cm. 5.

La malade dépasse le terme présumé de sa grossesse.

Le 24 octobre, perd les eaux sans travail, le 25 au soir, premières douleurs, début du travail le 26 au matin, dilatation d'une petite paume, la tête reste haute, n'a pas descendu et surplombe, on décide une césarienne qui est pratiquée à midi par le docteur Guillaume.

On extrait un enfant de 3 k. 620. Bi-p. 10 — Bi-t. 9.

La malade présente un peu de fièvre les jours suivants, puis une phlébite et finit par guérir.

Obs. XXIII. — M. M., 18 ans, secondipare, a eu l'an dernier un accouchement pénible, les douleurs ayant duré du samedi au mercredi soir. On doit faire l'extraction par forceps d'un enfant qui aurait été de volume moyen.

Entre à la Maternité le 15 juin 1922. Ventre assez développé, saillant en avant, il s'agit d'une présentation du sommet, tête haute non engagée, mobile au détroit supérieur. PSP 10 à 10,5, *le promontoire est assez élevé*.

La femme perd les eaux le 17 juin dans l'après-midi, le travail se déclanche. A 16 heures dilatation au voisinage de 5 fr., sans tendance à l'engagement, la tête surplombe le pubis à 18 heures. Césarienne pratiquée par le docteur Huc. Extraction d'un enfant de 3 kilos. Suites normales.

De ces observations on peut rapprocher l'observation suivante qui confirme les faits énoncés. Chez une femme ayant un PSP de 9,1/2, avec promontoire assez élevé, et qu'on avait cru pouvoir accoucher par les voies naturelles à cause de la petitesse du fœtus, et chez qui l'attente fut trop prolongée pour qu'on pratique une césarienne dans les conditions voulues; on n'a pas pu extraire qu'un enfant mort par hémorragie méningée, sitôt après l'extraction.

Obs. XXIX. — Léonie B., 27 ans, primipare. Entre à la Maternité dans son neuvième mois.

Promontoire assez élevé. PSP 9,1/2. Ventre peu développé, le fœtus semble petit, la tête ne semble surplomber que légèrement.

Début du travail, 14 août 1921 à 9 heurs du soir; la dilatation ne progresse que lentement. Le 15 août à 9 heures du soir dilatation d'une paume de main, la femme a beaucoup souffert, est épuisée; la tête est amorcée mais encore haute dans l'excavation, n'appuyant pas il y a du chevauchement. Dégagement en O. Sacrée, par tractions assez pénibles. Fœtus de 2 kil. 850 en état d'asphyxie blanche qu'on ne parvient pas à ranimer.

On force le passage.

IV. — Dans une quatrième catégorie nous pouvons ranger les observations des femmes qui ont été vues à une période avancée du travail. Ce sont les mauvais cas.

Dans ces observations la tête était haute au détroit supérieur, ou peu engagée, la poche des eaux était rompue depuis de nombreuses heures ; la vulve était souvent œdématiée; les pertes odorantes, la température souvent à 38°, ou l'infection couvait sous roche : le fœtus accusait des signes de souffrance. Souvent aussi des essais d'extraction avaient été tentés au dehors ; tractions énergiques à un... à deux quelquefois... sans résultat.

C'est dans ces conditions désastreuses que sont venues, les malheureuses parturientes, épuisées, victimes de leur insouciance; victimes aussi quelquefois, malheureusement, de l'insouciance ou de l'ignorance de la sage-femme, qui attend vainement des heures et des heures la venue de la tête qui s'obstine à ne pas sortir, quand elle n'ajoute pas à cela des essais de dilatations, des ruptures artificielles et prématurées de la poche des eaux; des touchers malpropres avec une vaseline sale.... quand ce n'est pas avec de l'huile. Toutes manœuvres contre-indiquées qui aggravent encore la situation.

Nous n'avons retenu dans ces observations que celle des bassins modérément rétrécis. Il est vrai que chez certaines femmes on avait pu être enduit en erreur par l'existence antérieure d'accouchement de fœtus vivants ; mais de fœtus vraisemblablement moins développés et de volume différent.

Sur les 8 cas que nous citons on a pu extraire deux enfants vivants, mais l'un était petit et au-dessous de la moyenne (2 kil 800). A une deuxième grossesse l'enfant paraissant plus volumineux la tête surplombant un peu, nous n'avons pas hésité à faire faire une césarienne.

Produit Français — Fabrication Française

ATOPHAN-CRUET

en cachets ou comprimés 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, 6, rue du Pas-de-la-Mule, PARIS

SYPHILIS

A TOUTES SES PÉRIODES

Traitement iodo-hydrargyrique intensif

Lipogyre Ciba

LIPOIODINE-Hg

Combinaison iodo-mercurielle réalisant l'association et la synergie médicamenteuse de l'iode et du mercure, avec exaltation de l'activité thérapeutique propre à ces deux composants.

Une seule forme { Comprimés à 0 gr. 32 — 1 à 8 par jour.

Tolérance parfaite.

Echantillons : Laboratoires CIBA — O. ROLLAND, Phᶜᶦᵉⁿ, I, place Morand, LYON

"JR" Marque déposée

Laboratoire ROUY

"JR" Marque déposée

AMPOULES

Eucalyptol, Gaïacol et Iodoforme ROUY

3 numéros progressifs

	N° 1 Faibles	N° 2 Moyennes	N° 5 Fortes
Contenance :	1 centicube	2 centicubes	5 centicubes

L'injection **Intra-musculaire** *dans la région fessière représente la méthode de choix pour l'administration de ces ampoules qui sont ainsi totalement indolores.*

AMPOULES

Sérum marin ROUY

Ampoules de **30, 50** et **125** centicubes

Sérum glucosé isotonique ROUY

Ampoules de **50, 125, 250** et **500** centicubes

Sérum physiologique ROUY

Ampoules de **30, 50, 125, 250** et **500** centicubes

PANSEMENTS & PRODUITS ASEPTIQUES

"JR"

Perfectyl-Ampoules ROUY

J. ROUY, Docteur en pharmacie

93, Rue Lakanal — TOURS — Téléphone 3.64

MALADIES FÉBRILES, GRIPPE
CONVALESCENCES.

LE QUINIUM ROY

GRANULÉ

Tonique : 1 cuill. à café aux repas
Fébrifuge : par cuill. à soupe ...
(Soluble dans tous liquides)

ASTHÉNIE
POST-GRIPPALE, ANÉMIE
PALUDISME, etc.

81, Boulevard Suchet, Paris

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

BOIRE AUX REPAS
BOIRE MATIN ET SOIR
VALS
LA FAVORITE
Eau de régime sans égale
APÉRITIVE
DIGESTIVE

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* —



VITTEL

GRANDE SOURCE

Goutte — Gravelle — Diabète
Régime des **ARTHRITIQUES**

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

LE RÉVULSIOR

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

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

Établissements PAULIN & BARRÉ
Docteurs en Pharmacie, 47, Rue Nationale, TOURS
— ÉCHANTILLON SUR DEMANDE —

ANTISEPTIQUE URINAIRE PAR EXCELLENCE

Dissout et chasse l'acide urique

GRANULÉ SOLUBLE
PRIX au Public **6** fr.

ARTHRITISME
URASEPTINE
DIATESE URIQUE



Urotropine
Helmitol
Pipérazine

ROGIER

Benzoate de lithine etc

Stimulant de l'activité hépatique et de l'activité rénale
0,60 de principe actif par cuil. à café. - 2 à 6 cuil. à café par jour.
ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE : **Henry ROGIER**, *Docteur en Pharmacie*,
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris. - 19, Av. de Villiers. PARIS, Tél. **538-58**

Le deuxième enfant mort extrait dans ces conditions est venu en état de mort apparente et on a mis environ vingt minutes à le ranimer. Les tractions faites dans ce cas ont été fortes et risquaient d'être fœticides.

Un autre enfant est venu vivant avec une tête très déformée avait déjà subi des tractions antérieures sur une tête mal fixée. Cet enfant est mort de convulsion par hémorragie méningée le sixième jour.

Dans les autres cas l'enfant n'a pu être amené que mort à l'aide du forceps ou par broiement au bassiotribe.

Dans ces bassins la mensuration du sous-pubien faite avant l'intervention ou après coup, a varié entre 10 cm. à 10 cm. 5. Il s'agissait le plus souvent de promontoire élevé ou d'enfant assez volumineux au voisinage de 4 kilos.

Peut-être aurait-on pu faire mieux pour sauver l'enfant dans ces mauvaises conditions. Un Porro ; un Porro modernisé (Hysterectomie avec fixation du moignon) ; une pubiotomie.

Ces opérations mutilatrices pour la femme et qui peuvent être graves de conséquence pour elles, ont paru exagérées pour sauver un fœtus déjà fortement traumatisé et presque sûrement mort.

Certains n'ont pas craint de faire une césarienne dans ces conditions impures (poches des eaux rompues depuis longtemps, touchers septiques, fièvre même) et ont rapporté une série de cas heureux (Boquel, Brouhaha).

Mais la sécurité pour la femme est trop risquée pour que cette conduite soit adoptée elle est formellement condamnée par la majorité des accoucheurs.

Peut-être la césarienne basse faite sur le segment inférieur avec décollement préalable de péritoine (ce qui permettrait de recouvrir la section utérine et de cantonner l'infection, si elle se déclare, au péritoine pelvien) ; peut-être, cette opération, défendue avec enthousiasme par les uns au dernier Congrès de Gynécologie et d'Obstétrique, rejetée avec mépris par d'autres et considérée comme ne donnant qu'une sécurité trompeuse ; peut-être cette césarienne permettra-t-elle de sauver l'enfant et la mère dans ces cas malheureux. L'avenir le dira.

Voici ces observations résumées.

Obs. XXV. — M. C., 23 ans, primipare. Vue juillet 1920, en travail depuis dix heures, sans douleurs, en inertie. La dilatation est complète, la tête est dans l'excavation mais haut, semblant petite, orientée en occipito-sacrée. Prise directe par le forceps et dégagement par tractions pénibles en O. sacrée d'un fœtus de 2 kil. 800.

Cette femme est redevenue enceinte l'année suivante. Vue en juillet 1921, au voisinage du terme, le fœtus semble assez développé. Le promontoire est senti assez élevé à PSP 9 cm. 1/2 à 10 cm. au maximum. La tête surplombe légèrement.

Ayant été aux prises avec les difficultés du premier accouchement nous n'avons pas hésité à faire pratiquer une césarienne qui ramena un fœtus de 3 kil. 500 qui ne serait jamais passé dans le bassin rétréci. Ce bébé s'élève facilement tandis que le premier est nerveux, irritable, ce qui n'est peut-être pas étranger aux compressions subies pendant l'extraction par forceps.

Obs. XXVI. — M. D., 27 ans, primipare. De taille moyenne, un peu obèse.

Entre à la Maternité le 23 septembre 1921, en grandes douleurs depuis au moins vingt-quatre heures.

A 4 heures du soir on a tenté en ville plusieurs applications de forceps sans résultat.

A son arrivée, 21 heures, dilatation grande paume de main, tête haut déjà engagée dans l'excavation mais avec fort chevauchement senti au doigt. Prise oblique au forceps, dégagement en O. sacrée assez rapide d'un fœtus de 3 kil. 250, à tête très déformée avec dépression pariétale droite (bi-p. = 9 bi-t. 8.)

Le promontoire sous-pubien mesuré après coup était de 11 à 11,5, et le promontoire élevé. Le surlendemain l'enfant a plusieurs convulsions, puis les jours suivants ; il meurt le septième jour, sans doute d'hémorragie méningée par compression.

Obs. XXVII. — M. G., 24 ans, primipare.

Entre à la Maternité le mercredi matin 1er juin 1921 à 8 heures ; en travail depuis le lundi soir, la dilatation a été très lente, la tête ne descendait pas. Il s'était formé une poche des eaux en boudin que la sage-femme *aurait crevé* lundi dans la nuit.

A son arrivée la tête est haute, incomplètement engagée. Promontoire accessible en refoulant la tête pas très élevée PSP 10 à 10,5. La malade est épuisée. A cause de l'impureté du cas on hésite à faire une césarienne. La tête semble plonger quand on l'abaisse et peu surplomber. A 11 heures du matin application du forceps en oblique gauche : et par des tractions pénibles et énergiques on amène un fœtus de 3 kil. 470 avec fort chevauchement des pariétaux, en état d'asphyxie bleue et que l'on mit vingt minutes à ranimer.

Dans deux autres observations, le forceps imposé par les circonstances ne put ramener qu'un enfant mort.

Obs. XXVIII. — M. Pin, 27 ans, primipare, obèse.

Entre à la Maternité le 8 septembre 1920, en travail depuis la veille au soir.

A 9 heures du matin, dilatation de 5 fr. avec une tête très élevée à peine amorçée dans l'excavation, poche des eaux rompue il s'écoule un liquide boueux, verdâtre. Les bruits du cœur ne s'entendent plus.

Pour essayer de sauver le fœtus qui souffre on fait une application de forceps précédée d'une dilatation manuelle du col. Et on extrait péniblement un fœtus de 3 kil. 800, mort-né.

Le promontoire est élevé. PSP mesuré après coup donne 11.5.

Obs. XXIX. — M. G., primipare, de petite taille, a marché tardivement à 17 mois.

Est porteuse d'un rétrécissement mitral ayant entraîné de la dyspnée les derniers temps de la grossesse. Cette femme avait un promontoire peu élevé. PSP 10,5. Une présentation du siège fut transformée en sommet. Celui-ci restait élevé et surplombait un peu au palper mensurateur. L'abdomen était assez développé.

On n'osa pas faire de césarienne à cause du cœur.

Début du travail le samedi matin 4 janvier 1922 ; après avoir perdu les eaux depuis cinq jours. 38° de température et un peu d'odeur des lochies. Après un travail de dix heures la tête s'engage progressivement à frottement puis le dimanche à 3 heures du matin les douleurs s'arrêtent, la dilatation étant presque complète, la tête est amorcée dans le bassin avec un fort chevauchement. On extrait par forceps sans anesthésie un fœtus de 3 kil. 500, mort-né, soit par infection, soit au cours du travail. Infection légère les jours suivants facilement jugulée.

D'autres fois on dût recourir au basiotribe pour extraire des fœtus déjà traumatisés et morts, que le forceps ne pouvait amener. Certaines de ces femmes avaient accouché avant spontanément ou par forceps. Il s'agissait de fœtus plus développés ne passant plus à travers le rétrécissement.

Obs. XXX. — Voici une femme de 42 ans, Mme Ch., qui avait eu deux autres grossesses à terme : La première, en 1911, d'un garçon mort-né après application de fers difficile ; le deuxième, en 1916, avec accouchement spontané ; le troisième, en 1919. Entre alors le dimanche 21 août à la Maternité. Avait eu la

veille dans la nuit plusieurs applications de fer par deux médecins sans résultat. Les bruits du cœur sont encore entendus assourdis. La femme est épuisée, le ventre est assez développé, la tête est haute, n'appuie pas et semble surplomber.

On fait une nouvelle tentative de forceps, sans résultat et on est obligé d'extraire par basiotribsie un enfant assez gros 3 k.500; le PSP mesure après coup, 10,5.

La femme fait consécutivement une phlébite.

Obs. XXIX. — Mme S., 35 ans. Entrée à la Maternité le 3 juillet 1922, à 15 heures, cette femme est très épuisée, fiévreuse, et ne peut donner des renseignements précis. On sait seulement qu'elle a eu 5 accouchements antérieurs, le dernier avec les fers.

Cette femme venue de la campagne est en travail depuis la veille à midi, on a fait le matin de son entrée de 8 à 11 heures plusieurs tentatives de forceps sans résultat; à 20 h. 30, dilatation complète, la tête est haute, non engagée, surplombe le symphyse, le ventre est assez développé et le fœtus semble assez gros.

Prise directe au forceps, sans résultat. On fait alors un broiement de la tête au basiotribe et une extraction facile à 29 h. 30 d'un fœtus pesant 3 k. 430, le promonto sous-pubien mesuré après la sortie du fœtus était de 10 cm.

Le lendemain soir la femme devient jaune et vomit, puis succombe le lendemain matin, d'une sorte d'infection suraiguë (pas de perforation utérine à l'autopsie).

Obs. XXXII. — Mme M., 28 ans, primipare. Entrée le 2 février 1922, au matin, venue de la ville. En douleurs depuis trois jours, a perdu les eaux depuis six heures. La tête serait restée longtemps haute, le ventre est assez volumineux.

A 11 h. 25, dilatation d'une petite paume de main, les douleurs diminuent.

A 20 h. 30 dilatation complète, tête simplement amorcée dans l'excavation et surplombant, la femme est en inertie.

Des tractions énergiques avec une bonne prise n'amènent pas la tête; on doit faire une basiotobsie et il faut des tractions énergiques pour dégager les épaules. Poids du fœtus 4 k. 750, PSP mesuré après sa sortie 10,5 à 11 cm.

Pour nous résumer que pouvons-nous conclure de tous ces faits :

1° Que les femmes à bassin légèrement rétréci PSP 11 à 11,5 pourront le plus souvent avoir des accouchements spontanés ou à l'aide de fers à conditions que le fœtus n'ai pas des dimensions excessives; mais on pourra avoir des surprises;

2° Qu'à partir de 9,5 de PSP il est exceptionnel qu'un fœus puisse traverser sans dommage la filière pelvienne; il faut des conditions de petitesse de volume qui ne sont pas la règle. Ces cas relèvent des césariennes faites prématurément avant le travail au voisinage du terme ou mieux aux premières douleurs;

3° Qu'avec des PSP de 10 à 10,5 une certaine catégorie de femmes peuvent encore accoucher sans dommage pour le fœtus qui peut dans une certaine mesure s'accommoder.

Dans ces cas le volume de l'enfant dépasse peu la moyenne; le promontoire est bas situé, de sorte que la mensuration que l'on peut faire se rapproche de la mensuration vraie du promonto pubien.

Avec ces mêmes chiffres de PSP 10 à 10,5, si l'enfant est un peu volumineux ou le promontoire haut situé, les chances d'accouchement par les voies naturelles sont beaucoup plus aléatoires.

10 à 10,5 de PSP forment donc une limite extrême. Ceci est en rapport avec ce que depuis longtemps admettent les classiques.

Il faudra s'aider pour asseoir son pronostic du palper mensurateur qui montrera dans quelle mesure surplombe la tête, il faudra sentir dans l'abaissement de la tête dans qu'elle mesure elle plonge dans le bassin.

Mais malgré cela on pourra encore avoir des doutes et l'on pourra en être réduit à attendre le travail pour voir le résultat des premiers efforts utérins. Mais il est de toute nécessité alors que les femmes ne soient soumises qu'à des touchers strictement aseptiques et espacés; qu'elles ne soient soumises à aucune manœuvre.

Il est donc nécesaire que les femmes soient transportées à pied d'œuvre dans une maternité ou une maison de santé où elles devront rester toujours dans les conditions d'une asepsie rigoureuse afin que si la tête ne s'engage pas et que l'on doive pratiquer une césarienne celle-ci puisse être faite à temps et avec toute la sécurité nécessaire. « La césarienne en cours de travail ne devant être pratiquée que chez une femme préparée dès les premières douleurs, la poche des eaux intacte ou rompue depuis peu la température et le pouls étant restés normaux. » (Couvelaire.)

L'idéal est donc, quand on le peut, de prévoir la dystocie.

On renoncera à l'espoir d'un accouchement spontané s'il s'agit d'une femme à terme dont le PSP est inférieur à 10 cm.

On fera de fortes réserves quand ce PSP atteint de 10 à 10,5 surtout si l'enfant est un peu gros et le promontoire élevé.

Et on ne s'en laissera pas imposer ni par l'aspect extérieur de la femme — des femmes grandes peuvent avoir de mauvais bassins — ni par les accouchements antérieurs quand on n'aura pas de données précises sur eux; certain fœtus petits ou avant terme ayant pu passer à travers une filière pelvienne trop étroite pour laisser passer un fœtus un peu gros.

Médication phosphorée nouvelle

SPÉCIFIQUE de la DÉPRESSION NERVEUSE et MENTALE

Fosfoxyl Carron

(C^{10} H^{15} Ph O^2 Na^2)

Phosphore colloïdal assimilable - Le plus Actif - Non Toxique

Véritable aliment de la cellule nerveuse

INDICATIONS du FOSFOXYL : Algies, Asthénies, Neurasthénies, Déchéances organiques, Impuissance.

ÉCHANTILLON ET LITTÉRATURE :
Laboratoires B. CARRON, 40, Rue Milton, PARIS (9e).

L'Eau de Mer par la Voie Gastro-Intestinale

« *Il n'est pas douteux qu'en mettant en évidence des métaux, même à doses infinitésimales, dans l'eau de mer, le Professeur* **Garrigou** *a ouvert des voies nouvelles à la thérapeutique marine* ».

Dr Albert ROBIN,
Professeur de Clinique thérapeutique, Paris
(Congrès International de Thalassothérapie, Biarritz 1903).

« *Les travaux de M.* **Cussac**[1], *basés sur l'absorption de l'eau de mer par la voie gastro-intestinale, sont venus combler une lacune dans l'utilisation du liquide marin au point de vue thérapeutique* ».

Dr F. GARRIGOU,
Professeur d'Hydrologie, Toulouse.
(Rapport du Président de Thèse à M. le Recteur d'Académie, 1911).
(1) Directeur de notre Laboratoire d'études.

RECONSTITUANT MARIN PHYSIOLOGIQUE

Inaltérable — De Goût Agréable.

MARINOL

COMPOSITION :

Eau de Mer *captée au large, stérilisée à froid.*
Iodalgol (*Iode organique*).
Phosphates calciques *en solution organique.*
Algues Marines *avec leurs nucléines azotées.*
Méthylarsinate *disodique.*

Cinq cmc. (une cuillerée à café) contiennent exactement 1 centigr. d'*Iode* et 1/4 de milligr. de *Méthylarsinate* en combinaison physiologique.

ANÉMIE, LYMPHATISME, TUBERCULOSE, CONVALESCENCE, ETC.

POSOLOGIE : Par jour { *Adultes*, 2 à 3 cuillerées à soupe. *Enfants*, 2 à 3 cuillerées à dessert. *Nourrissons*, 2 à 3 cuillerées à café.

MÉDAILLE D'HYGIÈNE PUBLIQUE
décernée sur la proposition de l'Académie de Médecine
(*Journal Officiel*, Arrêté Ministériel du 10 Janvier 1913).

TRAVAUX COURONNÉS PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
(*Bulletin de l'Académie*, Paris, 11 Février 1913).

Echantillons gratuits sur demande adressée à "LA BIOMARINE", à DIEPPE

FUCOGLYCINE du Dr GRESSY

Sirop à base d'algues marines fraîches, puissant succédané naturel de l'Huile de Foie de Morue.
NE FATIGUE PAS L'ESTOMAC

LE PERDRIEL 11, R. Milton, PARIS

ANÉMIE, NÉVROSES
SONT TRAITÉES par la
BIOSINE LE PERDRIEL
GLYCÉROPHOSPHATE DOUBLE DE CHAUX ET DE FER EFFERVESCENT
EXIGER LE NOM
Alb. LE PERDRIEL, 11, R. Milton PARIS
et toutes Pharmacies.

ARTHRITISME
TRAITEMENT par les Sels Effervescents de
LITHINE LE PERDRIEL
DISSOUT L'ACIDE URIQUE
EXIGER LE NOM
LE PERDRIEL, 11, R. Milton, Paris
ET TOUTES PHARMACIES.

COALTAR SAPONINÉ LE BEUF

Antiseptique, détersif, cicatrisant
Admis officiellement par les Hôpitaux de PARIS

Ce produit, qui a joué un grand rôle dans la génèse de l'antisepsie chirurgicale, est, en particutier, très recommandé dans les cas d'angines couenneuses, anthrax, ulcères, gangrènes, leucorrhées, suppurations, otites, stomatites, plaies anfractueuses ou des cavités closes, etc., etc.

J. LE PERDRIEL, 11, rue Milton, PARIS

CESSION de CLIENTÈLES MÉDICALES
CABINET GALLET
SERVICE SPÉCIAL DE REMPLACEMENT
47, Boul[d] St-Michel, PARIS. — *Tél. Gobelins 24-81.* — 33[e] ANNEE

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.

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

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

Volons vers la Frontière de l'Ouest

Par le Docteur PATHAULT (de Biarritz)
Ancien interne des Hôpitaux de Paris.

Depuis la fin de la guerre surtout, le besoin de vacances s'est répandu dans toutes les classes de la société. Le médecin ne peut se désintéresser de ce mouvement qui précipite vers les trains pour les déposer sur les plages un nombre toujours croissant de nos contemporains : il lui importe même de le diriger. L'hygiène et la santé publique exigent qu'en cette occurence le médecin soit consulté. Il doit prendre conscience de ce rôle encore nouveau pour lui, et il doit savoir au besoin imposer ses conseils.

L'heureuse disposition de la France, baignée de trois côtés par la mer, met à la disposition de ses habitants un immense réservoir d'énergie qu'il est bon, qu'il est nécessaire d'utiliser. C'est là que la France peut refaire la force des générations futures après les terribles pertes qu'elle a subies.

Aux questions qui doivent lui être posées à ce sujet, le médecin doit pouvoir répondre autrement que par des impressions personnelles et des considérations vagues. Il doit être prêt à donner *une véritable consultation sérieusement motivée* et autrement importante que bien d'autres, agrémentées de formules polypharmaques et de médicaments à la mode.

Le problème posé par cette consultation hygiénique est le suivant : étant donnée une station marine quelconque, à l'époque de la belle saison (qui est celle des vacances) alors que les vents sont calmés et que le soleil brille, quel est le meilleur moyen de l'utiliser ?

Pour répondre à cette question, le médecin consultera des livres et il y trouvera tous les renseignements sur le régime des pluies et des vents, les mérites de l'Océan et de la Côte d'Azur lui seront alternativement opposés avec courbes isothermes et moyennes des moyennes, etc.

Or il lui importe surtout de savoir :

1° *Quels sont les éléments actifs de la mer ?*
2° *Quels sont ses effets physiologiques ?*

Il devra en déduire :

3° *Comment doit être dirigé un séjour dans une station marine ;*
4° *Comment il peut cliniquement en juger et en mesurer les effets.*

Or ces renseignements capitaux il ne les trouve guère, et la raison va en apparaître bientôt.

II

A. — Les éléments actifs de la mer.

On a d'abord cherché dans la composition *chimique* de l'air marin ses propriétés spéciales et tout d'abord sa richesse en chlorure de sodium.

Il est aujourd'hui établi que l'air marin, même très près du rivage, même en pleine mer ne contient que des quantités infimes de chlorure de sodium, des quantités plus infinies d'iode, de brome, etc. Puis les bactériologistes sont intervenus : certes l'air marin contient très peu de germes, l'air des campagnes n'en contient guère davantage. Ce n'est donc pas là encore qu'on trouvera la solution du problème. Aujourd'hui, on tend à donner plus d'importance à *ses propriétés physiques*, mais cette étude est peu avancée.

L'observation banale que chacun peut faire donne l'impression très nette que la bordure de la mer « *la plage* » *constitue un milieu très spécial*, tout à fait différent du reste de la surface terrestre, fut-elle simplement à 100 mètres de là, ou sur une falaise de 40 mètres de haut.

Ce milieu est composé par les quatre éléments :

L'air — l'eau — le soleil — et enfin le sable (toujours oublié). C'est de la *réaction* de ces quatre éléments que résulte l'action globale de la mer.

Nous avons dit la réaction et avec intention : *c'est que la mer n'est jamais immobile*, il y a les vagues, il y a le flux et le reflux. Il y a un perpétuel brassage de l'air marin par l'eau marine, du sable marin, des rochers et des galets par l'eau marine en mouvement perpétuel.

C'est très certainement *dans ce mouvement, dans ce frottement incessant*, qu'il faut chercher la solution du problème. Il doit se développer sous son influence une *action électrique intense* qui donne à l'air, à l'eau, au sable leurs propriétés actives et permettent au soleil de développer une action beaucoup plus intense.

Mais ce n'est qu'une hypothèse et il est profondément regrettable qu'une force de la nature répandue sur des milliers de kilomètres, force à la portée du plus grand nombre, soit encore aussi ignorée.

Il serait indispensable que des Instituts Marins dotés des Laboratoires et des instruments (encore à créer) pour cette étude soient mis à la disposition de chimistes, de physiciens et surtout d'électriciens qui seuls pourraient résoudre un nombre infini de questions d'un intérêt théorique puissant et d'applications pratiques innombrables.

B. — Effets physiologiques.

Les éléments actifs de la mer nous étant fort peu connus, ses effets physiologiques ne le sont guère mieux. Certes on peut dire avec le Professeur A. Robin que d'une façon générale on observe :

1° Une élévation du taux de l'hémoglobine et du nombre des globules rouges, une leucocytose marquée ;
2° Une stimulation des actes digestifs, une augmentation du coefficient d'oxydation azotée ;
3° Une stimulation nerveuse qui peut aller jusqu'à l'excitation et l'insomnie ;
4° Une élévation de la tension artérielle ;
5° Une stimulation générale, etc., etc.

Mais comme le reconnaît Martinet, il est très difficile de fournir une formule physiologique globale — parce que les éléments sédatifs — et les éléments stimulants sont intimement mêlés les uns aux autres.

Il en résulte que la confusion règne au sujet de l'action de la mer sur le système nerveux. Le Professeur Régis, de Bordeaux, dans des articles et dans des rapports aux Congrès de Climatologie en 1908, n'arrive pas à poser de prin-

cipes clairs : « la dépression et l'excitation ne constituent pas une indication et une contre-indication formelle à la climatothérapie océanique. »

En résumé, là encore notre ignorance est grande.

L'étude sérieuse du mécanisme d'action de la mer est toute entière à faire. Elle est suffisamment importante pour tenter l'activité des physiologistes et des médecins des stations balnéaires, des sanatoria et des hôpitaux marins, mais il faudrait la reprendre par la base.

Il en résulte que les indications et les contre-indications, variables d'ailleurs suivant les auteurs, et qui traînent dans tous les livres, doivent être revisées.

Il est cependant nettement établi que :

1° Le climat marin est mauvais pour *toute affection fébrile en évolution ;*

2° Il est également funeste à tout sujet présentant *une hypertension artérielle nette ;*

2° Par contre le climat marin est excellent pour :

1° Toutes les convalescences quelles qu'elles soient ;

2° Pour tous les sujets présentant une hypotension artérielle ou une dépression générale.

Aucun climat d'ailleurs ne présente *d'élément spécifique* pour la cure d'une maladie déterminée mais n'agit que *par l'intermédiaire* de l'état général qu'il modifie, par les moyens de défense qu'il stimule.

Au bord de la mer se rencontre un ensemble de conditions d'une puissance et d'une rapidité d'action extraordinaires.

Rien ne doit être laissé au hasard, encore moins à la fantaisie.

III.

Direction de la cure.

Le médecin doit donc être apte à diriger les conditions du séjour dans une station marine.

Il faut donc connaître LES QUATRE PHASES SUCCESSIVES, par lesquelles le sujet devra passer :

1° Brusquement transporté de son milieu habituel dans un milieu tout à fait différent, le sujet doit subir une période d'adaptation souvent assez délicate et qui mérite toute l'attention. Toute imprudence, toute précipitation est nuisible et peut compromettre définitivement les bons effets du séjour ;

2° Cette période heureusement franchie, une deuxième phase commence, le sujet peut être fatigué légèrement, il peut maigrir, peu importe, c'est que la désassimilation l'emporte sur l'assimilation, c'est une véritable purgation, c'est un lavage de l'organisme dû à l'attaque vigoureuse du climat. (Période d'action) ;

3° Car bientôt commence une troisième période où l'organisme réagit ; les forces s'amplifient, les muscles augmentent de volume, une assimilation meilleure produit ses effets. (Période de réaction) ;

Jusqu'à ce que : .

4° L'organisme s'étant complètement adapté à son nouveau milieu un équilibre s'établit et il n'y a plus d'avantage à prolonger le séjour. (Période de stabilisation).

Le médecin peut se rendre compte de tous ces phénomènes et doit les surveiller, car un milieu aussi actif *n'est jamais indifférent, il est utile ou nuisible suivant l'usage qu'on en fait.* Cet usage peut être excellent si au simple séjour on ajoute encore l'emploi des agents physiques aujourd'hui à l'ordre du jour et on doit dire en passant que chaque station balnéaire devrait posséder sur la plage même UN INSTITUT COMPLET DE CULTURE PHYSIQUE capable de donner la direction et l'éducation nécessaire.

Il faudrait pour les bien portants et les adultes qui en ressentiront les bienfaits plus encore que les enfants, créer un véritable PROGRAMME DE CULTURE MARINE. Cette question serait à reprendre avec tous les développements qui ne sont pas de mise ici.

IV

Mesure des résultats.

Le médecin pourra surveiller le séjour et en juger les résultats à l'aide des éléments suivants : l'étude comparative des courbes de la température, du pouls, de la respiration et de la pression sanguine lui permettront de surveiller la phase d'adaptation. Toutes ces courbes doivent rester normales et harmoniques, des réactions déréglées doivent fixer son attention. Ces données sont d'autant *plus importantes qu'elles échapperaient* à l'observation banale si on ne prenait soin de les rechercher systématiquement et qu'elles permettent d'éliminer les sujets dont les réactions vives et anarchiques ne se tempèrent pas avant que des symptômes plus graves ne soient apparus. Elles constituent *le véritable criterium d'adaptation au climat.*

Leur étude systématique permettra d'éviter les fautes lourdes et cependant constamment commises.

Le praticien averti doit savoir *ce qu'il ne faut pas faire :*

1° Il ne faut pas dès le premier jour s'installer près de la mer, mais s'en approcher progressivement. Faute de cette précaution la période d'adaptation est troublée.

Céphalée, énervement, insomnies en sont la rançon, l'équilibre même peut ne jamais s'établir et le séjour devient nuisible ;

2° Il ne faut pas prendre des bains dès les premiers jours et les prolonger exagérément, les conséquences en seraient les mêmes ;

3° Il ne faut pas prévoir un trop court séjour, le sujet quittant la mer à la période de désassimilation repartira amaigri et fatigué, n'ayant retiré aucun bénéfice de son séjour ;

4° Il ne faut pas croire qu'il soit possible de fixer *à priori* la longueur de ce séjour, l'évolution des différentes périodes variant avec les réactions spéciales à chaque sujet ;

5° Il ne faut pas que les sujets atteints de troubles de la nutrition : rhumatisants, obèses, goutteux, diabétiques, fassent un séjour sans surveillance médicale. Ils peuvent en retirer un grand bénéfice à la seule condition de se soumettre à une réglementation d'autant plus sérieuse et constante que l'agent physique est plus actif et que jusqu'à ce jour, il faut bien l'avouer, cet agent n'a pas été utilisé pour le redressement des troubles de la nutrition avec la méthode et la précision scientifique nécessaires. Ici les analyses d'urines et les courbes de poids pourront rendre des services. Ce champ d'observations est nouveau et demande toute l'attention et la sagacité des cliniciens avertis : les problèmes ayant été jusqu'à ce jour mal posés, insuffisamment sériés et étudiés.

Leur solution favorable, qui est certaine, ne peut être le fruit que d'une observation mieux conduite.

A la réflexion, le praticien s'apercevra combien ces quel-

METARSENOBENZOL SACA (914 FRANÇAIS)

PUISSANCE D'ACTION SUPÉRIEURE ET TOLÉRANCE PARFAITE

TRAITEMENTS COMPLETS
ASSURÉS, SUR DEMANDE, PAR LA MÊME SÉRIE
DE CONTRÔLE CHIMIQUE & PHYSIOLOGIQUE

SOCIÉTÉ ANONYME
DE CHIMIE APPLIQUÉE
(S·A·C·A)

ÉCHANTILLONS :
A. MILLET, CONCESSIONNAIRE
4 RUE RICHER, PARIS (9e)

ESTOMAC — INTESTIN

GASTRITE

"Gastro Sodine"

ODINOT, Phien — PARIS, 25, Rue Vaneau

ENTÉRITE

GRANULÉ SOLUBLE
Bic — Phosph. — et Sulf. de Soude

Une cuillerée à café tous les matins à jeun dans un verre d'eau.

IODALOSE GALBRUN

IODE PHYSIOLOGIQUE, SOLUBLE, ASSIMILABLE
Première Combinaison directe et entièrement stable de l'*Iode* avec la *Peptone*
DÉCOUVERTE EN 1896 PAR E. GALBRUN, DOCTEUR EN PHARMACIE

Remplace toujours Iode et Iodures sans Iodisme

Vingt gouttes IODALOSE *agissent comme un gramme Iodure alcalin*

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

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

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

ques données sont insuffisantes malgré leur précision.

La méditation face à face avec le grand mystère de l'Océan lui montrerait encore davantage la profondeur de notre ignorance.

Puisse-t-il se convaincre de l'ampleur et de l'importance de la question et de la difficulté matérielle des recherches encore à accomplir.

L'emploi scientifique et rationnel de la plus grande force de Vie que la nature met si généreusement à notre disposition n'est pas encore sorti des brumes de la théorie philosophique pour entrer dans la voie féconde de l'expérimentation méthodique et organisée.

Dr PATHAULT.

DE L'INGESTION DE L'EAU FROIDE EN HYDROTHÉRAPIE

Par Robert DUBOIS (1)

Ancien Interne des Hôpitaux de PARIS

Directeur de l'Établissement Thermal de SAUJON

L'hydrothérapie est un moyen thérapeutique puissant. Mais tout doit être mis en œuvre pour arriver au meilleur résultat. Non seulement les applications hydrothérapiques doivent être bien conduites, mais encore, et c'est là un point capital, les sujets doivent durant la cure suivre un régime approprié. On oublie en effet trop souvent qu'il existe des adjuvants importants de l'hydrothérapie dont il faut savoir utiliser les effets pour obtenir du traitement un résultat efficace. C'est de cet oubli que viennent bien des mécomptes.

Parmi ces adjuvants, l'ingestion de l'eau froide est des plus importantes. Elle est pourtant rarement conseillée. Les traités modernes n'en font souvent même pas mention. C'est là une lacune.

Aussi ai-je pensé qu'il était intéressant et utile d'exposer les principes de la méthode, les différentes façons dont elle a été comprise soit en Allemagne, soit en France, enfin de dire comment nous la comprenons nous-mêmes et la réalisons durant la cure hydrothérapique à Saujon.

L'eau est un des éléments de notre organisme, elle entre pour une grande partie dans la constitution de nos tissus et l'on sait le rôle de premier plan qu'elle joue dans l'économie. Il nous suffit de rappeler ces paroles de Claude Bernard : « La vie ne s'accomplit que dans un milieu liquide, ce n'est que par des artifices de construction que les organes de l'homme ainsi que ceux des autres animaux peuvent vivre dans l'air; mais tous les éléments actifs de leurs fonctions vivent sans exception à la façon des infusoires dans un milieu liquide intérieur. »

Ces considérations générales disent assez toute l'importance thérapeutique que peut avoir l'ingestion de l'eau froide en hydrothérapie. L'eau froide en boisson est utilisée soit à haute dose : elle sollicite alors le rôle des émonctoires, rein, peau, etc... soit à faible dose c'est le cas le plus habituel : elle joue alors un rôle tonique marqué. « L'eau froide introduite dans l'organisme, dit Beni-Barde dans son Traité d'Hydrothérapie, produit d'abord une soustraction de calorique qui a pour conséquence de déterminer une excitation du système nerveux périphérique répandu dans la muqueuse digestive. Cette excitation peut s'étendre à toutes les branches nerveuses qui ont avec lui des relations. Elle exerce une influence incontestable sur les fonctions du foie, de l'intestin, de la rate, des reins et des organes situés dans l'abdomen. »

Aussi l'action importante de l'ingestion de l'eau froide explique-t-elle que cette méthode soit vivement conseillée.

Elle était très utilisée en Allemagne dans la pratique de Priessnitz.

Les malades buvaient dans les vingt-quatre heures en moyenne vingt-cinq verres, parfois jusqu'à quarante verres d'eau, dont la température variait entre 8 et 12°. Priessnitz utilisait l'ingestion de l'eau froide pour favoriser chez ses malades la transpiration dite active. Le procédé consistait à mettre le malade dans une pièce close et à l'envelopper dans une couverture de laine recouverte ensuite d'un lit de plume, de couverture d'ouate, d'édredon, etc... la tête laissée libre. Aussitôt que la sueur commençait, on ouvrait les fenêtres et l'on faisait boire au patient d'assez grosses quantités d'eau froide par doses fractionnées à raison d'un verre tous les quarts d'heure environ.

Le malade devait rester à transpirer d'une demi-heure à trois heures suivant le cas. Puis il recevait une application extérieure d'eau froide.

Dans d'autres cas le malade buvait l'eau froide, par dose fractionnée durant de longues marches ou des exercices violents conseillés par Priessnitz avant l'application hydrothérapique.

L'ingestion d'eau froide à haute dose était toujours conseillée dans l'un et l'autre cas.

Le docteur Louis Fleury, qui introduisit la méthode de Priessnitz en France, combattit la pratique courante de l'ingestion des hautes doses d'eau froide durant la cure hydrothérapique. Mais il insista par contre sur l'importance thérapeutique de l'ingestion de l'eau froide prise à dose modérée.

L'ingestion de l'eau froide à dose modérée a pour Fleury un rôle tonique incontestable, surtout si la boisson est prise par doses fractionnées et suivie d'exercices musculaires qui facilitent son élimination. L'eau ingérée doit être légère,

(1) Communication faite à la *Société d'Hydrologie du Sud-Ouest*, avril 1921.

Alimentation rationnelle des Enfants

La Blédine a pour base la partie du froment la plus riche en phosphates organiques

facilite la digestion du lait, augmente sa valeur nutritive

Blédine JACQUEMAIRE

La Blédine ne contient pas de cacao, pas d'excès de sucre, aucun élément constipant

est entièrement digestible et assimilable dès le premier âge

ÉCHANTILLONS ET FEUILLES DE PESÉES

Établissements JACQUEMAIRE - Villefranche (Rhône)

LABORATOIRES DELAVAULT, TOURS

GLYCOCARNINE — Suc de viande glycérophosphaté. — S'emploie à la dose de 2 à 3 cuillerées à soupe. Facilite la suralimentation.

OVULES GOMBEL (Au goménol belladoné). Affections utérines, Métrites, Leucorrhée.

GRANULÉ du Docteur JOBBS au kola-coca-quinquina et glycérophosphates contre l'Anémie et la Chlorose.

GRANULÉ Infections Gastro-intestinales GRANULÉ

CHARBON FRAUDIN

avec NAPHTOL — sans NAPHTOL

Laboratoire BOULOGNE (près Paris)

ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE

Toutes LES ANÉMIES

Toutes LES Asthénies

TRIXYL FRAUDIN

Reminéralisateur immédiatement actif

4 à 6 COMPRIMÉS par JOUR

TRAITEMENT PRÉVENTIF DE LA MIGRAINE

Par les comprimés de

PEPTONAL RÉMY (Peptone inaltérable)

Un à deux comprimés une heure avant les principaux repas

ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE A MESSIEURS LES DOCTEURS

Laboratoires DURET et RÉMY, 5, Avenue des Tilleuls (Rue Lepic), PARIS (18e)

Pour la CURE DE DIURÈSE prescrire EVIAN-CACHAT

Pour éviter les Substitutions spécifier EVIAN-CACHAT

Hémostyl

du Dr ROUSSEL

ANÉMIES

CONVALESCENCES

HÉMORRAGIES

21 Rue d'Aumale - Paris



MUTHANOL

Hydroxyde de BISMUTH, radifère, porphyrisé
En suspension huileuse
Spirillicide le plus énergique et le plus inoffensif

Le **MUTHANOL** est un composé de bismuth extrêmement ACTIF; parfaitement ABSORBABLE; DÉPOURVU DE TOXICITÉ aux doses thérapeutiques; complètement INDOLORE.

INDICATIONS : La syphilis à toutes ses périodes; syphilis nerveuses.

DOSE ET MODE D'EMPLOI

Chaque ampoule de 2 c. c. renferme 0,10 centigr. d'hydroxyde de bismuth radifère. Une ampoule tous les deux jours en injection intramusculaire ou sous-cutanée jusqu'à concurrence de 10 ampoules pour une série.

Dépôt général : P. LEMAY, docteur en pharmacie, **130, Avenue de Neuilly, NEUILLY** (Seine). Téléph. : **317 NEUILLY**
Gestion technique : Laboratoire du Muthanol, 55, b^d de Strasbourg, PARIS (X^e). — Téléph. : **NORD 12-89**

Même Laboratoire : Néolyse, cachets, ampoules, compresses contre le CANCER. — Urolan, diathèse urique

facile à digérer et remplir toutes les conditions de la bonne eau potable, sa température doit osciller entre 4 à 8°. La dose ne doit pas dépasser huit à douze verres d'eau dans les vingt-quatre heures. Les prises doivent être fractionnées par demi-verre et l'ingestion de l'eau doit être suivie d'exercices de gymnastique ou de marche. Cette pratique est conseillée par Fleury pour les malades irritables, névropathiques, pour les malades dont l'état gastrique ou une affection quelconque rend difficile l'administration de médicaments toniques.

Pour le docteur Fleury, l'ingestion de hautes doses d'eau froide doit être seulement conseillée dans des cas bien déterminés — elle peut être utilisée par certains pléthoriques ou obèses, par les malades atteints de goutte, de gravelle chez lesquels elle exerce une action altérante et sudorifique précieuse.

Beni-Barde insiste aussi dans son Traité sur le rôle de l'ingestion de l'eau froide en hydrothérapie et il conseille d'utiliser l'eau froide en boisson après la douche en petite quantité et par doses fractionnées durant l'exercice qui doit suivre l'application hydrothérapique.

Actuellement le rôle de l'ingestion de l'eau froide durant la cure hydrothérapique paraît un peu oublié. Les traités modernes d'hydrothérapie ne le signalent même pas parfois. C'est un tort.

A Saujon, chaque fois que l'état du malade le permet, nous conseillons l'ingestion de l'eau froide durant la cure, en suivant les principes établis par Fleury et dont nous avons parlé plus haut.

Nous faisons boire à nos malades l'eau du Puits-Doux située à environ 600 mètres de l'Établissement, dans un parc, loin de toute habitation. L'analyse qui en a été faite par M. Bonjean, Chef du Laboratoire et Membre du Conseil Supérieur d'Hygiène publique de France, établit que c'est une eau à minéralisation très faible, du type des eaux circulant dans les terrains silico-calcaires, d'une pureté parfaite, d'une saveur douce très particulière qui doit être vraisemblablement l'origine du nom de « Puits-Doux » donné à cette eau depuis des siècles, enfin de température moyenne, 16° environ. Tous ces caractères en rendent l'ingestion et la digestion faciles, aussi est-ce une eau de boisson parfaite comme adjuvant de la cure hydrothérapique.

De plus la situation de la source et de sa buvette à 600 mètres de l'Établissement oblige les malades qui s'y rendent à faire avant ou après la douche l'exercice si nécessaire avant comme après toute application hydrothérapique bien conduite.

Nous faisons boire l'eau de la source du Puits-Doux surtout avant la douche, plus rarement après.

Les malades viennent à la source le matin entre 9 et 10 heures, le soir entre 4 et 5 heures.

Ils boivent d'abord un demi-verre d'eau, puis ils augmentent la dose pour arriver à boire un verre et demi à deux verres d'eau. L'ingestion doit se faire lentement par demi-verre avec un intervalle de quelques minutes entre chacun d'eux. Les malades se rendent immédiatement après à l'Établissement pour prendre leur douche en arrivant. Souvent l'ingestion de l'eau et la marche exécutée suffisent pour provoquer une légère transpiration chez le malade qui vient ainsi dans les meilleures conditions de traitement, recevoir sa douche.

La transpiration favorise en effet la *réaction* que doit provoquer toute application hydrothérapique. Et le malade éprouve après la douche une sensation de bien-être, de repos qui met en évidence toute la valeur tonique de la réaction.

Du fait de la vasodilatation périphérique que la douche provoque, la circulation sanguine s'accentue, l'activité fonctionnelle de tous les organes se trouve sollicitée, surtout celle du rein. L'hydrothérapie favorise l'influence de l'eau de boisson sur le rein et les malades urinent en général abondamment après la douche. Tous ces phénomènes : sensation de bien-être, polyurie, sont d'autant plus marqués que la réaction provoquée par l'application hydrothérapique est plus vive. En général la douche froide en jet brisé de vingt à vingt-cinq secondes de durée donne l'effet maximum. C'est à cette douche qu'il faut tâcher d'habituer son malade.

L'ingestion de l'eau de la source du Puits-Doux associée à l'hydrothérapie, influence très favorablement tous les états neurasthéniques secondaires à la fatigue ou au surmenage, aux intoxications exogène ou eudogènes, aux maladies infectieuses. Elle a aussi un effet tonique et reconstituant chez les convalescents, les chloro-anémiques et chez certains paludéens.

Moins souvent, nous conseillons l'ingestion de l'eau de la source du Puits-Doux à haute dose.

Le malade boit dans ce cas un à deux verres d'eau avant la douche, puis trois ou quatre après la douche, toujours par doses fractionnées à intervalle de quelques minutes entre chaque prise et en exécutant les exercices prescrits (mouvement de gymnastique, marche, etc.).

Cette méthode active la circulation, provoque la sudation, favorise les échanges et l'amaigrissement, elle donne de bons résultats chez les obèses et les pléthoriques à condition qu'il n'y ait pas lieu de craindre chez eux une défaillance du myocarde.

Telles sont les modalités suivant lesquelles nous utilisons l'ingestion de l'eau froide de la source du Puits-Doux durant la cure hydrothérapique, telles en sont les conditions.

Nous estimons que cette pratique favorise et sensibilise l'action thérapeutique de l'hydrothérapie et qu'elle doit être utilisée chaque fois que les circonstances ou l'état du malade le permettent.

Antiphlogistine
Glycéroplasme minéral à chaleur durable.
Application de la Chaleur humide, constante,
sur n'importe quelle partie du corps.
En Vente Toutes Pharmacies
Echantillon et littérature : 146, rue de la Convention, Paris (15e)

LE LABORATOIRE ET LES INFECTIONS DU GROUPE TYPHOÏDE (T. A. B.)

Par le Docteur HUGEL

Médecin-consultant à l'Etablissement thermal de Bagnoles-de-l'Orne.

Les infections typhoïdes se sont, depuis la fin de la guerre, montrées relativement fréquentes dans la population non vaccinée; en raison de leur évolution souvent sévère un diagnostic précoce s'impose, au point de vue tant de l'individu que de la collectivité; chacun sait que les signes cliniques sont en général insuffisants pour affirmer de bonne heure la réalité ou l'absence d'une septicémie due au bacille d'Éberth, au paratyphique A ou B; le laboratoire peut fréquemment venir au secours de la clinique dès les premiers jours de l'infection; mais son aide précieuse ne se limite pas à cette importante période du début; durant le décours de la maladie il peut faire prévoir des complications souvent redoutables; après la guérison il peut et doit être un important facteur de la prophylaxie. Il nous a paru intéressant d'indiquer aux médecins praticiens, noyés dans les énormes développement des livres spéciaux, l'aide qu'ils sont en droit de demander au laboratoire. Ce programme serait incomplet si nous ne décrivions pas les procédés qu'ils faut *rigoureusement* employer pour recueillir les humeurs à expertiser.

A. — HÉMOCULTURE.

Le diagnostic précoce ne peut s'obtenir que par l'hémoculture: toutes les fois que cela sera possible, faire appel, pour la prise de sang, au médecin du laboratoire.

1) Matériel nécessaire :

a) Une seringue en cristal de 20 centimètres cubes bien stérilisée et asséchée;

b) Une aiguille à ponction veineuse;

c) Un garrot (tube de caoutchouc et pince à forcipressure;

d) De la teinture d'iode;

e) Une lampe à alcool;

f) Un peu de coton hydrophile;

g) Un flacon de 90 à 120 centimètres cubes en verre épais, contenant des perles de verre, le tout stérilisé par un flambage au four Pasteur.

Il serait préférable, au lieu de ce flacon, d'utiliser d'emblée les milieux de culture:

1° Tube de 20 centimètres cubes contenant de la bile glucosée et peptonée;

2° Ballon de bouillon ordinaire (au moins 200 centimètres cubes);

3° Un tube à essai stérile.

2) Opération :

Recueillir par ponction veineuse environ 20 centimètres cubes de sang; rien de particulier à signaler en dehors de la nécessité absolue d'une *aseptie rigoureuse* des instruments et de *la peau;* la piqûre des téguments ne doit être faite qu'après désinfection profonde des culs-de-sacs pilo-sébacés: la teinture d'iode doit donc agir au moins trois minutes avant qu'il soit possible de commencer l'intervention.

La seringue est pleine de sang:

a) Le médecin n'a à sa disposition que le flacon contenant des perles de verres: le prenant de la main gauche, il le débouche en maintenant l'extrémité libre du bouchon de coton entre l'auriculaire replié et la paume de la main droite; puis il flambe rapidement l'ouverture du goulot ainsi que l'embout de cristal de la seringue et pousse le sang dans le récipient; il flambe une deuxièms fois *très soigneusement* le goulot et remet en place le bouchon toujours tenu entre l'auriculaire et la paume de la main; durant toute cette opération il doit veiller à ce que la partie du bouchon de coton à inclure dans le goulot ne vienne au contact d'aucun objet ni de ses téguments: si pareil accident arrivait, il devrait le flamber. Il ne doit y avoir aucun déplacement d'air dans la pièce et le flacon doit être tenu incliné pour éviter la pénétration des poussières et germes de l'air. L'agiter ensuite par intermittence pendant cinq minutes pour défibriner le sang;

b) L'opérateur a à sa disposition des milieux de cultures fournis par le laboratoire: il répartit le sang à raison de un quart de centimètre cube dans le tube de bile, 4 centimètres cubes dans le ballon de 200 centimètres cubes de bouillon (environ 2 centimètres cubes par 100 centimètres cubes de milieu de culture) — 4 à 5 centimètres cubes dans le tube à essai (en vue d'un séro-diagnostic). Prendre, naturellement, les précautions d'asepsie rigoureuse indiquées en *a*).

Dans les deux cas *a* et *b*, les produits recueillis et les milieux de culture doivent être envoyés le plus rapidement possible au laboratoire en faisant attention que le sang ne touche à aucun moment les bouchons de coton.

UROFORMINE GOBEY

Comprimés dosés à 0gr. 50

d'HEXAMÉTHYLÈNE-TÉTRAMINE CHIMIQUEMENT PURE

ANTISEPTIQUE IDÉAL

des VOIES BILIAIRES et URINAIRES

ENVOI D'ÉCHANTILLONS GRATUITS : **12, Boulevard St-Martin, PARIS**

RÉVULSIF BOUDIN



RÉVULSIF LIQUIDE

à Base d'Essences de Crucifères

ENERGIQUE

RAPIDE

PROPRE

REMPLACE :

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

S'APPLIQUE AU PINCEAU

N'ABIME PAS LA PEAU

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

ELECTRARGOL

ARGENT COLLOÏDAL ÉLECTRIQUE

A PETITS GRAINS — EN SOLUTION STÉRILE ET STABLE

L'ELECTRARGOL présente sur l'argent colloïdal chimique les avantages suivants : Extrême ténuité des grains et activité toujours égales, pureté absolue, maximum de pouvoir catalytique et d'activité physiologique et thérapeutique.

Ampoules de 5 cc. (6 ampoules par Boîte). — ***Ampoules de 10 cc.*** (3 ampoules par Boîte).
Flacons de 50 et de 100 cc. — ***Collyre*** en Ampoule-compte-gouttes de 10 cc.

APPLICATIONS THÉRAPEUTIQUES. — Toutes **MALADIES INFECTIEUSES** sans spécificité pour l'agent pathogène.

LABORATOIRES CLIN — COMAR & Cie, 20, Rue des Fossés-Saint-Jacques, PARIS. 333

3) **Résultats**.

Peuvent être obtenus de trente-six à quarante-huit heures après l'envoi au laboratoire; quelquefois, cependant, la culture n'apparaît pas avant le quatrième jour d'ensemencement.

a) *Présence de bacilles* { d'Éberth. / Para *A*). / Para *B*).

Le diagnostic s'impose; ne pas oublier toutefois que pareille septicémie peut évoluer concurremment avec une autre infection : tuberculose, paludisme, etc.

b) *Résultat négatif :*

Il n'a de valeur qu'après le quinzième jour de la maladie; il est donc nécessaire, en cas d'insuccès d'une hémoculture faite entre le premier et le huitième jour d'en refaire une entre le dixième et le douzième jour au plus tard : en général les bacilles disparaissent de la circulation vers le dixième jour; entre le onzième et le quinzième ils ne s'y trouvent que par intermittences.

B. — **SÉRO-DIAGNOSTIC.**

A partir du dixième jour, il est prudent, indispenble même de contrôler l'hémoculture par un séro-diagnostic; après le quinzième jour, seule la séro-agglutination doit être faite, compte tenu dans l'interprétation des résultats des réserves formulées plus loin quant aux sujets vaccinés.

1) **Opération**.

Le prélèvement de sang se fait très facilement, soit par ponction veineuse (voir plus haut) soit, plus simplement, par piqûre aseptique du lobule de l'oreille ou de l'extrémité d'un doigt préalablement garroté à sa racine; 3 à 4 centimètres cubes suffisent, à la rigueur une dizaine de gouttes. Le tube qui reçoit le sang doit être *absolument sec*, pour éviter la dissolution de l'hémoglobine, et bouché de préférence avec un bouchon de caoutchouc. Aucune culture ne devant être faite, point n'est besoin d'une aseptie minutieuse, si le sang ne doit pas attendre trop longtemps avant d'être utilisé.

A défaut de tube ou de récipient, recueillir le sang sur du papier buvard qu'on laissera sécher à l'abri de la poussière avant de l'envoyer au laboratoire.

La Gazette "Médicale du Centre" n'accepte d'annonces que des maisons pharmaceutiques de tout premier ordre.

2) **Résultats** (1) :

Séro-agglutination négative.
- Du premier au huitième jour de l'infection, toujours négative.
- Du huitième au quinzième jour, n'exclut pas le diagnostic d'une infection typhoïde ou para.
- Du quinzième au trentième jour, exclut ce diagnostic (toutefois une fièvre paratyphoïde A peut ne donner que très tardivement une réaction positive).

S'assurer que le malade n'a pas eu antérieurement la fièvre typhoïde ou une infection paratyphique : le séro-diagnostic peut rester très longtemps positif après la guérison (voir plus loin : séro-diagnostic chez les vaccinés).

Séro-agglutination positive.
- Pour l'un des germes seulement : Eberth, para A, para B. — Infection due à ce germe seul, à condition que l'agglutination au bout de vingt à trente minutes soit au moins de 1/50 dans le cas des bacilles d'Éberth ou para A, 1/80, dans le cas du para B.
- Pour deux des germes ou pour les trois.
  1° Lorsque l'agglutination se fait à un taux très supérieur pour l'un d'eux (1/50 Éberth, 1/200 para B, par exemple) ce germe est considéré comme le seul agent pathogène probable : les agglutinations des germes voisins ne sont que des agglutinations de groupe (dans ces cas douteux le laboratoire peut avoir recours à la saturation des coagglutinines);
  2° Lorsque l'agglutination du premier germe n'est supérieure que du double à celle du second ou qu'elle en est très voisine (1/250 Eberth et 1/300 para B par exemple) songer à une fièvre typhoïde intriquée.

Séro-agglutination chez les vaccinés contre Bac. d'Eberth paratyphique A ou B.
- Individus sains. — Pendant un mois positif de 1/500 jusqu'à 1/3.000 et même 1/10.000. Après deux à trois mois positif jusqu'à 1/200. Après quatre mois négatif ou très faible.
  Toutefois, dans de rares cas, le séro-diagnostic peut rester positif pendant un ou deux ans.
- Malades suspects d'une infection typhoïde ou paratyphoïde. — Pour éviter la cause d'erreur due à une vaccination antérieure, renouveler le séro-diagnostic quatre à huit jours après le premier :
  Chez un infecté le taux augmente avec le germe en cours;
  S'il n'y a pas d'infection typhoïde le taux baisse ou ne varie pas.

Toutefois une réserve importante est à faire : chez les vaccinés une infection banale peut réactiver le pouvoir agglutinant pour les bacilles T. A. B. ; inversement la rougeole fait disparaître la propriété d'agglutination de ces mêmes vaccinés.

(1) Cf. Hugel, Delater, Zœller, *Comment interpréter en clinique les réponses du laboratoire*, p. 30-31 (Maloine, éditeur, 1922).

Téléphone :
AUTEUIL 26-62

Laboratoire de Biochimie Médicale -- R. PLUCHON
Pharmacien de 1re classe
36, Rue Claude-Lorrain — PARIS (16e)

Adr. télégr. :
PLUSULULP-PARIS

SULFARSÉNOL

(Dérivé sulfureux du 606)

ADOPTÉ PAR LES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le Sulfarsénol possède sur les autres arsénobenzènes actuels l'avantage d'une toxicité très réduite et la facilité de pouvoir s'injecter indifféremment dans la veine, sous la peau et dans les muscles : ces deux manières d'application suppriment pratiquement les dangers de l'injection intra-veineuse sans diminution d'activité.

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-Générale : 53, Roulé Haussmann, PARIS

PHOSCAO

COMPOSÉ

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

Adm. : 9, rue Frédéric-Bastiat, PARIS (VIIe). - *Téléph.* Élysées 01-01

SUCOLEGOL

Extrait condensé de suc de légumes frais pour la préparation des bouillons de légumes et des régimes spéciaux végétariens. Le SUCOLEGOL s'emploie pour nos farines non cacaotées.

RIZA-BANA

AVEC CACAO
SANS CACAO

Farine d'un goût agréable, digestibilité parfaite, élément de suralimentation. Valeur triple de la viande à équivalence de poids.

GRILLERINE

AVEC CACAO
SANS CACAO

Aliment complet, farine nutritive, stimulante.

MOKALIMENT

Possède tous les avantages du café sans offrir aucun de ses inconvénients étant donné que sa teneur en caféine se trouve réduite d'environ 85 %.

BAGNÈRES-DE-LUCHON

GRAND HOTEL SACARON

Maison de 1er ordre

TOUT CONFORT MODERNE

A.-J. CERVELLI,
Directeur-Propriétaire

Médication externe antirhumatismale et analgésique

Baume RHODIA

au **Rheumacylal**
(Salicylate de Glycol solubilisé).

Succédané du Salicylate de Méthyle

NON RUBÉFIANT
NE GRAISSE PAS
ODEUR AGRÉABLE
S'ABSORBE RAPIDEMENT

LITTÉRATURE et ÉCHANTILLONS : Laboratoire des Produits **"USINES DU RHÔNE"**, 21, Rue Jean Goujon, PARIS (8e)

Enfin, ne pas oublier qu'il est des cas, rares il est vrai, où la séro-agglutination n'apparaît que très tardivement ou même n'apparaît pas du tout, en dépit d'une infection non douteuse par un ou plusieurs des germes typhoïdes.

C. — **LA FORMULE LEUCOCYTAIRE**

des infections T. A ou B est une mononucléose avec leucopénie.

L'apparition d'une leucocytose doit faire redouter une complication suppurée ou une hémorragie.

D. — **URINES.**

Le bacille infectant peut s'y touver très tôt et y demeurer très longtemps après la guérison. Au point de vue prophylactique il est donc de toute nécessité de faire procéder de temps à autres à la recherche du germe T. A, B et de désinfecter les urines tant que la réponse du laboratoire est positive. Pour cette recherche, les urines devront être recueillies dans un récipient stérile aussi aseptiquement que possible par un sondage vésical, le sujet n'aura ingéré aucune substance désinfectante (uroformine, etc.) pendant les vingt-quatre heures précédant le prélèvement de l'urine.

Vu la difficulté très grande de la recherche des bacilles T. A ou B dans

E. — **LES MATIÈRES FÉCALES.**

il semble que, jusqu'à preuve contraire, la prophylaxie des convalescents de maladie typhoïde puisse reposer uniquement sur l'analyse bactériologique des urines.

F. — **LES COMPLICATIONS EXSUDATIVES OU PURULENTES**

contiennent le bacille dans les premiers jours; il peut disparaître très vite. Toutefois, même lorsque le microbe infectant n'est pas retrouvé, ces complications sont justiciables de la sérothérapie ou de la vaccinothérapie spécifiques T. A ou B.

RÉSUMÉ

Le laboratoire peut donc être un aide précieux, si le médecin ne lui demande que ce qu'il peut donner :

1° Hémoculture du premier au dixième jour;
2° Hémoculture et séro-diagnostic du dixième au quinzième jour;
3° Séro-diagnostic seul à partir du seizième jour;
4° Formule leucocytaire tous les cinq à six jours au moins;
5° Recherche du bacille dans les exsudats et les pus;
6° Analyse bactériologique des urines.

CANCER DU COLON GAUCHE

Par Victor PAUCHET

Le cancer du côlon est, après celui de l'estomac et du rectum, le cancer du tube digestif le plus fréquent. Il y a quelques mois, j'ai résumé les notions thérapeutiques que mon expérience m'a suggérées sur le traitement du cancer iléo-sigmoïde (1) ; je m'occuperai aujourd'hui du cancer du côlon gauche.

Par côlon gauche, j'entends la portion gauche du transverse, l'angle splénique et le côlon descendant. Cette localisation est assez favorable à la chirurgie : *a*) parce qu'il s'agit généralement d'un « squirrhe », c'est-à-dire d'un cancer à marche lente, peu récidivant ; *b*) parce que l'anus contre-nature définitif est très rarement indiqué ; *c*) parce que la mortalité opératoire est très faible avec la résection en deux temps.

Étiologie du cancer colique. — Tout cancer est déterminé par l'action combinée de trois facteurs :

a) *Agent spécifique* vraisemblablement microbien ;

b) *Déficience* de l'organisme qui devient un terrain précancéreux par suite d'une intoxication chronique : alcoolisme, syphilis, stase intestinale, mauvaise hygiène ;

c) *Irritation chronique*, provoquée par la constipation,

Si, actuellement, nous ne pouvons supprimer l'agent spécifique X, nous pouvons du moins supprimer le rôle de l'irritation côlique, prévenir la déficience de l'organisme par la prophylaxie de la syphilis et le traitement de la stase intestinale.

Role de l'irritation chronique. — Chacun connaît le rôle étiologique d'un chicot ou de la leucoplasie sur le développement du cancer lingual ; celui de l'ulcus sur le cancer gastrique ; le rôle préparatoire de la métrite sur le cancer utérin ; celui de la mammite sur le cancer du sein. Le cancer côlique gauche se développera sur les segments exposés à l'irritation par les matières durcies du constipé, c'est-à-dire immédiatement en amont du coude splénique et de la coudure côlo-iliaque.

Si nous supprimons l'irritation de la langue par l'ablation d'une dent cariée ou l'excision de la leucoplasie, si nous réséquons un estomac ulcéré, nous prévenons le développement du cancer gastrique ou lingual ; si nous enlevons les cholécystites calculeuses, nous prévenons le can-

(1) Victor Pauchet. Traitementdu cancer sigmoïdien. *Paris Chirurgical*, t. XIII, 1921, p. 281-290.

GRANULE, LIQUIDE
AMPOULES - CACHETS
GOUTTES

BIOGÉNOL

LE PLUS COMPLET
LE PLUS ÉNERGIQUE
DES RECONSTITUANTS

EMPLOI : GRANULÉ : Une cuillerée à café avant les 3 repas dans un peu d'eau.
LIQUIDE : Un Verre à liqueur avant ou après les 2 principaux repas.

A BASE
DE
SELS DE VITTEL

UROTRYPSINE

La meilleure médication à opposer à toutes les manifestations arthritiques.

DISSOUT et CHASSE L'ACIDE URIQUE

EMPLOI : Une cuillerée à café avant les 2 principaux repas dans 1/4 du verre d'eau.

Opposez comme thérapeutique la

MENSTRUALINE

aux symptômes, dysménorrhée douleurs des règles

SUCCÈS CERTAIN — AUCUNE CONTRE INDICATION — PAS DE TOXICITÉ

EMPLOI : Une cuillerée à bouche au moment des douleurs.

LABORATOIRE DEMASLES -- VIENNE (ISÈRE)

Docteurs !!!

Dans votre intérêt recommandez en toute confiance

LES PRODUITS ALIMENTAIRES DE RÉGIME

"LES ARTIDIA"

Spécialités " ARTIDIA " :

ESTOMAC
INTESTIN
FOIE, ETC.

Pain de régime
.. Pain grillé ..
.. . Biscottes . ..

LES ROIS
DES PAINS
DE RÉGIMES

Usines et Bureaux : " LES ARTIDIA ", 38, rue des Tanneurs, TOURS (I.-et-L.)

Echantillons franco sur demande

cer des voies biliaires. Si nous introduisons l'usage de l'huile minérale dans le repas des constipés (conscients ou inconscients), nous prévenons la côlite et le cancer.

Influence de la maladie de Lane sur la formation du cancer. — Suivant les dispositions qui diminuent ou augmentent la vitalité et la résistance du sujet, la maladie de Lane (S.I.C.) sera différente dans son aspect anatomique et clinique.

Nous rappelons que le syndrome de Lane se compose de trois éléments : constipation chronique, retard du transit intestinal constaté aux rayons X, troubles d'auto-intoxication dûs d'une part à la stercorémie et d'autre part à l'insuffisance multi-glandulaire et d'ailleurs due souvent à la stercorémie antérieure individuelle ou héréditaire (cholémie).

Au point de vue *anatomique*, la maladie de Lane n'est pas toujours identique ; tantôt on trouve (*type A* : sujets faibles) des intestins exempts d'adhérences et de coudures, mais allongés, amincis, atones, chroniquement enflammés; tantôt (*type B:* sujets forts) des intestins aux segments agglutinés, soutenus par des néo-ligaments suspenseurs de renforcement. Les sujets stasiques faibles sont prédisposés aux cancers des divers organes autres que l'intestin (sein, ovaires) ; au contraire, les sujets stasiques forts sont prédisposés au cancer côlique, parce que les coudures, les brides, sont des causes d'irritation locale, de spasme, d'inflammation.

Chez les sujets du type A, l'état anatomique ne montre pas de troubles du péristaltisme, par contre l'auto-intoxication, les migraines, la dépression, l'amaigrissement, la sénilité précoce sont au maximum. La constipation opiniâtre et la flatulence s'expliquent par l'allongement, les sinuosités, l'angulation de l'intestin, le spasme du côlon, la congestion et l'inflammation de sa muqueuse.

Chez les sujets du type B, les symptômes de la S.I.C. sont d'origine mécanique; dyspepsie, coliques, etc... ; l'auto-intoxication est moins marquée.

Entre ces deux types extrêmes de S.I.C., il y a de nombreux intermédiaires et combinaisons, qui forment autant de variétés anatomo-cliniques auxquelles, suivant le pouvoir défensif de l'individu et le degré d'auto-intoxication, ils donneront leur caractère.

Variétés anatomiques du cancer colique. — Il se manifeste sous deux formes anatomiques : *a*) le cancer végétant, *b*) le cancer squirrheux.

a) Le cancer végétant forme une véritable tumeur, en général non sténosante, qui occupe une zone limitée de la lumière intestinale ; la tumeur se compose en partie d'éléments inflammatoires surajoutés, d'où réaction thermique et ganglionnaire à marche rapide, elle existe surtout sur le côlon droit.

b) Le cancer squirrheux est un rétrécissement en anneau, en virole d'aspect cicatriciel, qui entoure l'intestin comme une ficelle ; en amont de la sténose, l'anse est dilatée ; la muqueuse parfois ulcérée ou perforée, la muqueuse intestinale atteinte de polype ; il appartient surtout au côlon gauche et à la sigmoïde.

Étude clinique du cancer côlique gauche.

Cancer sténosant = Constipation, stase intestinale, toutefois il peut y avoir de la stase avec une garde-robe quotidienne. En interrogeant le malade, on observe dans le passé des crises de *coliques* intermittentes ; l'examen du ventre révèle des mouvements péristaltiques, avec contractions intestinales, spasmes et bruits de *gargouillement*. En amont de la sténose, le spasme peut faire poser le faux diagnostic de tumeur; cette pseudo-tumeur, par spasme, est intermittente et cède sous l'influence de l'atropine, comme cela se produit sur l'image gastrique en face d'un ulcère de la petite courbure.

Le cancer de l'angle splénique se révèle souvent exclusivement par des crises de subocclusion ; le cancer du côlon descendant par la présence d'une petite masse perceptible au palper. Les autres signes cliniques sont moins importants.

Tumeur abdominale. — Le palper abdominal est le plus souvent négatif. Quand le chirurgien perçoit une tumeur côlique, il s'agit soit d'une péri-côlite, soit d'une accumulation de matières en amont d'une sténose. Plus rarement, le néoplasme est lui-même reconnaissable au palper.

Constipation. — Les cancers du côlon droit produisent de la diarrhée. Les cancers du côlon gauche de la constipation.

Douleurs. — La tunique musculaire du côlon lutte contre l'obstacle, ce spasme produit des coliques, suivies de gargouillements auxquels succède un soulagement. La douleur véritable est rare. Le malade éprouve plutôt une impression de gêne, de malaise, qu'il peut souvent localiser en un point correspondant au siège de sa lésion ; il peut souvent signaler le point d'où partent et où aboutissent les coliques, le point d'où s'échappent les liquides et les gaz, à travers l'obstacle.

Hémorragies et sécrétions muqueuses, font très souvent défaut dans le cancer gauche.

Signes fournis par la radiographie. — L'examen sera fait *après repas opaque ;* s'il y a obstruction, l'accumulation barytée en arrière du rétrécissement forme une ombre généralement nette et massuée, puis des fragments de bouillie opaque s'échappent à travers le rétrécissement et dessinent des petits points noirs sur l'intestin.

Le lavement opaque donne des renseignements précis sur le siège de la tumeur et l'état des parois côliques. Ce lavement sera injecté lentement, suivant la technique de Bensaude. Si l'examen radioscopique est négatif, il ne faut pas conclure trop vite à l'absence de tumeur. Nous venons d'avoir, à deux reprises, l'occasion de constater des rétrécissements néoplasiques serrés qui ne s'étaient traduits par aucune modification de l'image radioscopique.

Contractions intestinales. — Les tumeurs malignes du gros intestin sont généralement petites et non perceptibles au palper abdominal, sauf s'il y a accumulation de matières en amont de la sténose, ou un épaississement péricôlique par réaction inflammatoire. Pour percevoir les contractions du côlon luttant contre l'obstacle, l'intestin sera

PRODUITS DE RÉGIME

L. PIROIS — TOURS

PAINS SPÉCIAUX "ROLLS"

SIMPLES, PHOSPHATÉS, DIASTASÉS, NON CHLORURÉS, AU GLUTEN

BISCOTTES RABELAISIENNES
non chlorurées et au gluten

ROLLS & BISCOTTES
de formule complète (FORMULE Châtel-Guyon)

Nos produits de gluten accusent 90 % de gluten.

MALADIES DE LA NUTRITION EN GÉNÉRAL

Aliment complet riche en principes azotés et phosphates naturels, indispensable pendant et après les cures thermales qu'il favorise et complète. Remplace le pain à la dose de un à deux par repas (1 Rolls pèse 30 gr.)

Usine et Bureaux : **20, rue Sébastopol, TOURS.** — *Envoi gratis d'échantillons à MM. les Docteurs.*

DÉPOT à Paris, 65, rue de La Boétie, chez GLATT.

OVOMALTINE



puissant reconstituant naturel alimentaire à base de diastase et de lécithine actives

Les combinaisons phospho-organiques du jaune d'œuf, la puissance nutritive de l'extrait de malt, en font un réparateur précieux après COUCHES et OPÉRATIONS

Se prend de préférence dans du lait ou du lait coupé d'eau à volonté.
Peut s'ajouter au café, au thé, au cacao, voire aux bouillies.

SE PRÉPARE SANS CUISSON

Échantillons et littérature : 30, RUE LACÉPÈDE, PARIS-5e



Liqueur **AGRÉABLE, 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 **DUHÊME**, COURBEVOIE-PARIS.

La Farine lactée NESTLÉ

EST LE MEILLEUR ALIMENT DES ENFANTS

Société NESTLÉ 1, Rue d'Alger NANTES

VILLA LUNIER (BLOIS)

CONSACRÉE AUX MALADIES MENTALES

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

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

Le prix de pension varie de **260** fr. par mois à **650** fr. selon les classes ; le prix des pavillons particuliers oscille entre **12** et **1.500** fr.

doucement massé pendant cinq minutes, puis la main passera légèrement sur le ventre et reconnaîtra les anses intestinales, contractées et gargouillantes. Les contractions intestinales en amont de la sténose, sont différentes sur l'iléon et le côlon. Sur l'iléon, les mouvements péristaltiques se traduisent nettement sous la peau, sous forme d'ondulations ; le gros intestin contracté est gros, tendu comme un pneu de vélo ; il se contracte d'une façon durable-lente, comme un utérus en travail.

Laparotomie exploratrice. — Les symptômes précédents se présentent soit isolément, soit plus rarement groupés.

Pour obtenir des résultats opératoires durables, après la résection, il faut poser un diagnostic précoce ; pour faire un diagnostic précoce, nos moyens de certitude sont souvent insuffisants. Le soupçon de tumeur cancéreuse suffit pour imposer l'ouverture du ventre. Chaque fois qu'un malade a présenté un des signes précédemment indiqués, la laparotomie s'impose. Chaque fois qu'un malade a présenté des troubles d'occlusion ou de subocclusion, même temporaires, alors même que les accidents ont complètement disparu, la laparotomie s'impose. *Chaque fois qu'un malade a été opéré d'urgence et a subi la création d'un anus cœcal sans exploration, il faut, après la débâcle, même si l'état général monte rapidement, faire une laparotomie exploratrice.* Il est indispensable d'expliquer au malade les raisons pour lesquelles ce traitement s'impose. Souvent, par crainte de l'effrayer, on s'abstient de ce conseil et le malade meurt victime de la réserve médicale.

Je rappelle que parfois la radioscopie négative coïncide avec l'existence d'un cancer et que cet examen négatif après une crise de subocclusion n'empêche pas de faire une laparotomie exploratrice.

Pronostic du cancer colique gauche. — Cette affection constitue un « bon cancer » ; son évolution est lente ; l'invasion ganglionnaire tardive ; la forme sténosante, c'est-à-dire scléro-cicatricielle, est plus fréquente que la forme végétante qui constitue une véritable tumeur.

Au point de vue opératoire, c'est un cancer plus *agréable* que le cancer rectal. Ce dernier donne encore une mortalité élevée, dans l'opération abdomino-périnéale, du moins chez l'homme. De plus la persistance de l'anus iliaque est une perpective toujours pénible.

Traitement chirurgical du cancer colique gauche. — L'efficacité de la chirurgie dépend de quatre facteurs :

a) Bénignité relative du « squirrhe » qui permet d'escompter une guérison éloignée, surtout avec un traitement précoce ;

b) Mobilisation possible de l'intestin, grâce au décollement côlo-pariétal ou côlo-épiploïque ; mobilisation étendue qui permet d'enlever une longueur considérable d'intestin, sans avoir à s'inquiéter des difficultés de la restauration ;

c) Régime lymphatique dont le territoire bien connu pour chaque segment côlique permet d'enlever d'un bloc un long segment intestinal et tout le système vasculo-ganglionnaire correspondant (Cunéo).

Il est rare que le côlon soit cancérisé sur une grande longueur ; la tumeur est généralement petite et limitée ; la paroi est rarement cancérisée à plus de 3 centimètres en amont et en aval de la lésion ; il faut néanmoins enlever un segment intestinal très long. Les adhérences de la tumeur avec le tissu voisin (paroi abdominale, iléon) peuvent gêner l'extirpation et nécessiter l'ablation d'un segment du grêle, de l'uretère, des ovaires, de la paroi abdominale, etc...

Indications opératoires.

Il faut considérer les cas suivants :

a) Malade en *état d'occlusion aiguë, ventre tendu.* Se garder de faire une laparotomie, car l'intestin distendu, éviscéré est difficile à réduire ; se contenter d'un anus cœcal sous anesthésie locale, puis pratiquer, *un mois plus tard*, après radioscopie négative ou positive, une laparotomie exploratrice suivie de la cure radicale ;

b) *Occlusion aiguë très récente ou subocclusion* avec ventre souple, non tendu. Laparotomie exploratrice, et :

Mobiliser la tumeur, la libérer sur une grande étendue (30 ou 40 centimètres), *couper le méso* très loin avec, au centre, la tumeur et le plus de ganglions possible ; *suturer les deux intestins* sains en canon de fusil et les fixer à la paroi ; réséquer le segment malade ; deux mois plus tard, fermer l'anus ;

c) *Il n'y a pas d'occlusion.* — Tout cancer côlique gauche aurait avantage à être traité par la côlectomie totale d'emblée pour des raisons que nous donnerons plus loin, mais en pratique le traitement habituel est la résection segmentaire en deux temps.

Quelques détails techniques relatifs a la colectomie gauche.

1° *L'incision de la paroi* sera médiane, dans les cas ordinaires, mais transversale quand la tumeur sera adhérente à la paroi abdominale. Il faut, en effet, l'atteindre directement pour la mobiliser et la disséquer. Parfois, l'opérateur commence par une incision verticale et branche ensuite une incision transversale, perpendiculaire à la première (en L) ;

2° *Libération de la tumeur.* — Ne jamais s'attaquer directement à la tumeur côlique, si elle occupe l'angle splénique ou si elle est fixée à la paroi ; faire d'abord le décollement côlo-pariétal gauche et le décollement côlo-épiploïque gauche ; pousser ces décollements le plus loin possible de la tumeur pour se rapprocher de celle-ci seulement après. Enfin, peu à peu et en dernier lieu, libérer la tumeur. Le suintement sanguin qui résulte de cette libération côlique est pratiquement nul. Pour mobiliser l'angle splénique sans suintement sanguin, il est bon de l'amener avec sa tumeur par refoulement à l'aide d'une compresse, sans se servir du bistouri. Se garder de se servir de la compresse ou du doigt au contact de la rate adhérente.

Si la tumeur adhère à *la rate*, la séparer au bistouri seul, sans couper le tissu splénique, de façon à ne pas faire saigner l'organe. Quand la rate sera prudemment libérée, alors seulement on prendra la compresse pour faire le

EAU PURGATIVE FRANÇAISE

Alcaline - Sulfatée - Sodique - Magnésienne

PURGOS

Action sûre et douce
de l'Eau de Vichy alliée aux Sels purgatifs

DANS TOUTES PHARMACIES



MALT BARLEY

Pasteurisé

BIÈRE de SANTÉ

NON ALCOOLISÉE

Phosphatée-Diastasée

BRASSERIE FANTA

6, Rue Guyot, 6

PARIS

TÉLÉPHONE 513-82

RECONSTITUANT GÉNÉRAL

NEUROSINE PRUNIER

TOUTES PHARMACIES

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 & C.
21 Place des Vosges
PARIS



SULFOÏDOL ROBIN

Soufre colloïdal chimiquement pur

Granulé — Injectable
Capsules — Pommades — Ovules

S'emploie dans l'**Arthritisme** en général, le **Rhumatisme chronique**, l'**Anémie rebelle**, en **Dermatologie**, la **Furonculose**, les **Pharyngites**, **Bronchites**, **Intoxications Métalliques**, **Vaginites**, **Urétro-Vaginites**.

Laboratoires **ROBIN**, 13, Rue de Poissy, PARIS

TROUBLES de la CIRCULATION du SANG

RÈGLES
INSUFFISANTES
EXCESSIVES
DIFFICILES

HÉMORROÏDES
MÉNOPAUSE
PHLÉBITES
VARICES

HÉMOPAUSINE
DU DOCTEUR BARRIER

ADULTES, 2 à 3 verres à liqueur par jour

ENFANTS, 2 à 3 cuillerées à dessert par jour

DOCTEURS, Voulez-vous lutter contre la réclame vulgaire ?

CONSEILLEZ l'HÉMOPAUSINE

hamamelis, viburnum hydrastis, aesneçon etc.

Echantillons sur demande.

Laboratoire du Dr BARRIER Les Abrets (Isère)

décollement côlique. Si la rate était lésée, il faudrait l'enlever sans s'attarder à des manœuvres d'hémostase souvent dangereuses et inefficaces.

Si la tumeur adhère aux *vaisseaux utéro-ovariens*, ceux-ci doivent être liés et coupés. L'uretère gauche doit être recherché, reconnu, et libéré. La plupart du temps, il est facile de le séparer d'avec la tumeur, mais s'il est envahi par le néoplasme, il faut le réséquer entre deux ligatures. Après simple section, on peut souvent rétablir sa continuité, ou l'implanter dans la vessie. Mais après résection large, il faut lier les deux bouts. Le rein s'atrophie.

Si le rein gauche est adhérent au cancer, l'enlever.

La tumeur adhère à la *paroi abdominale*. Réséquer le péritoine pariétal avec la tumeur adhérente, sectionner le méso en deçà des ganglions ; toutefois, se souvenir que le territoire lymphatique de cette région est peu fourni ; le sujet ne meurt de métastases ganglionnaires que dans 60 °/₀ des cas ; la mort est généralement causée par l'obstruction intestinale avant que les ganglions ne soient envahis. La plupart des ganglions sont inflammatoires.

Adhérences à l'iléon. — Si une anse de l'iléon est prise dans la tumeur, il faut la réséquer.

Adhérences à la vessie. — Réséquer et fermer en deux plans.

En résumé, traiter tout cancer du côlon gauche par la résection segmentaire en deux temps ou par la côlectomie totale.

La mortalité opératoire de la côlectomie en deux temps est pratiquement nulle. Je n'ai fait que deux côlectomies totales, car pour éxécuter cette dernière, il faut que la libération de la tumeur ne laisse aucune surface dénudée non péritonisable. Or dans le cancer côlique gauche, l'opérateur doit souvent exciser une large portion du péritoine pariétal.

Conte Provençal

LE MELON

Par B. ROYANNÉ.

Lorsqu'à l'orient le soleil se leva, laissant apparaître ses faibles lueurs roses, et que les grises brumes de la nuit sombrèrent derrière les montagnes du couchant, le paysan, regardant l'heure au firmament, sortit de sa maison dans la cour déjà noyée dans l'aurore, puis, mettant dans son cabas le fromage de chèvre, le pain noir, l'œuf et le sel, il partit.

Tout autour de lui, dans les sentiers, la rosée avait laissé sa douce humidité, et le soleil montait, diamantant chaque goutte d'eau suspendue après chaque brin d'herbe, et aspirant de sa chaude haleine ces fragiles bijoux.

La vallée était grande, tout entourée de montagnes. Les Cévennes d'un côté, les Alpes de l'autre : au milieu coulait le Rhône impétueux, encadré des petits coteaux où mûrissait le raisin couleur de miel. Mais Joanny ne voyait rien ; il ne savait qu'une chose, c'est qu'il allait à sa vigne, toute sa joie, son espérance ; à sa vigne ensoleillée, étagée sur des murettes qu'il avait construites de ses propres mains. Et, la pioche sur l'épaule, il songeait, il souriait en pensant au vin doré, doux et lourd qui jaillirait des beaux raisins sucrés.

Mais surtout il aimait sa melonnière. Dans un coin défriché au milieu des vignes, elle mûrissait ; et là s'arrondissait au soleil un fruit énorme, son orgueil, dont le parfum l'enivrait.

Quand vint le midi torride, sans air, où plus rien ne bougeait, où la terre tout entière semblait couver ses fruits, où seul le bourdonnement des mouches et le cri strident des cigales vibrait dans l'air assourdi, Joanny s'endormit dans un sillon, à l'ombre d'un mûrier.

Il n'entendit point son voisin qui, passant à cette heure auprès de sa vigne, voulut voir le fameux melon dont il avait entendu parler au village. Le voir, le désirer, l'avoir, fut l'affaire d'un instant ; et dans un grand sac qu'il portait sur son dos, doucement il le mit. Puis il alla à son champ, cacha son butin sous un cep, s'étendit à l'ombre des pampres, son chapeau sur ses yeux, et s'endormit aussi dans la paix du Midi.

Quelques heures plus tard, le vent revint apporter sa fraîcheur sur la terre lumineuse. Les oiseaux recommencèrent leur gazouillement, et les cigales adoratrices du soleil s'apaisèrent. Peu à peu les champs s'animèrent ; dans les vignes, on entendit çà et là le fer des pioches frapper les cailloux ; des paroles jetées au vent d'un champ à l'autre, des rires, les aboiements d'un chien, le hennissement d'un cheval arrêté au bout d'un sillon, la crinière libre, la queue battant ses flancs. Du sol montait une vapeur fraîche ; un voile rose pâle puis violet s'étendit sur la terre, et là-bas, au couchant dans une splendeur harmonieuse de rouges et de roses, Phœbus, le dieu aux armes d'or, allait disparaître.

Mais l'ombre est propice au cultivateur ; s'il dort parfois dans le jour, la lune le surprend aussi quelquefois au labour ; et c'est pourquoi nos deux paysans travaillèrent fort tard. Presqu'en même temps ils reprirent le chemin de la maison ; ils se croisèrent au carrefour.

Joanny vit un sac sur le dos de son voisin, et de ce sac sortait une odeur qu'il reconnut aussitôt.

— Adessia, dirent les deux hommes.

Joanny avait senti son cœur bondir dans sa poitrine ; mais il ne dit rien, laissa passer l'autre ; puis promptement retourna à sa vigne. Il ne s'était pas trompé. Sur la terre, une lacune fraîche et ronde marquait encore la place du melon disparu...

Le dommage était irréparable, le voleur insaisissable. Comment se venger ?

Il médita.

Si dans sa vigne sa melonnière avait un fruit délicieux, il savait aussi, dans le jardin de son voisin, des poires duchesses fondantes, sucrées, juteuses. Il irait, il en remplirait son cabas.

Profitant de la nuit, il réussit à se glisser dans le ver-

Docteur !
Dans les leucorrhées de toute nature
Prescrivez : Métrisol une boîte
1 comprimé pour un litre d'eau en injection vaginale

ÉCHANTILLONS LEES . 124, RUE DU BAC . PARIS

ANTISEPSIE
MYCIDOL
Forme EXTERNE : ANTISEPTIQUE GÉNÉRAL.
Forme INTERNE : AFFECTIONS GASTRO-INTESTINALES, GRIPPES, Etc.
Echantillon franco sur demande aux Laboratoires BADEL, à VALENCE-sur-RHONE
Aux mêmes Laboratoires : JUGLANREGINE ANDRÉ Elixir iodo-tannique à base de Noyer

Maison LUER
Docteur F. & W. WULFING-LUER, Successeurs
(Instruments de Chirurgie et Appareils de Médecine)
104, Boulevard Saint-Germain, PARIS (6e)
TÉLÉPHONE : Gobelins 13-80
Catalogues sur demande : Spécial pour l'Ophtalmologie. Spécial pour l'Oto-Rhino-Laryngologie. Pour la Chirurgie générale, moins les deux spécialités ci-dessus (en préparation).

PETITES ANNONCES

ON DEMANDE :

Appareils d'occasion : PACHON ou VAQUEZ-LAUBRY

COMPLETS ET EN PARFAIT ÉTAT

(Faire offres au Bureau du Journal).

INFIRMIÈRE GARDE-MALADE

Est demandée pour malade impotente à la campagne toute l'année.

TRÈS SÉRIEUSES RÉFÉRENCES EXIGÉES

(Bureau du Journal).

SUIS ACQUÉREUR

MAISON DE CAMPAGNE AVEC GRAND JARDIN

Grande Banlieue de Paris, à proximité de gare et de rivière Marne, Oise, Loing, Seine.

(Bureau du Journal).

ÉCHANGERAIS

Beaux timbres Français, Colonies Françaises et Etrangers.

(Bureau du Journal).

entérites diarrhées

Lactéol du Dr BOUCARD Entérites

Lactéol du Dr BOUCARD

Lactéol du Dr BOUCARD Entérites

Échantillon. Ets. Dr BOUCARD, 30, Rue Singer PARIS XVIe

ger, et avec dextérité les fruits disparurent dans le cabas gonflé. Alors, soulagé, pensant que maintenant ils étaient quittes, il s'achemina vers sa maison.

Le lendemain à l'heure où chacun, épuisé par la chaleur et la fatigue, retourna au repos, dans le même chemin, les deux hommes se rencontrèrent de nouveau.

— Té, Gusti !

— Té, Joanny !

Puis longuement, avec des précautions infinies dans le discours, des détours, et en surveillant réciproquement leurs gestes, leur visage et l'accent même de leurs paroles, ils se racontèrent le vol de leurs fruits.

— Ah ! dit Gusti, si trouvavo lou vouleu dé miu péru (si je trouvais le voleur de mes poires)...

— Té ! reprit Joânny avec un ironique sourire, qui béïo lou mémé (c'est peut-être le même) qué quéli dé mou melou?

Alors Gusti comprit qu'il était découvert, et que ses poires étaient le talion du melon de Joanny. Il n'avait plus rien à savoir ; ses traits reprirent leur calme et leur impénétrabilité.

— Adéssia, Joanny.

— Adéssia, Gusti.

Et leurs pas, en sens inverse, soulevaient la blanche poussière du chemin.

Chronique Sportive

ROWING. — Les Régates mondiales ont été terminées le 8 juillet à Henley : toutes les finales ont été disputées ce jour-là et toutes ont vu le triomphe d'équipes anglaises. Les Suisses et les Norvégiens ne firent pas l'impression qu'on était en droit d'attendre ; quant aux rameurs français, ils étaient absolument égarés dans le « Grand Challenge ». Certes, ils firent une excellente exhibition au point de vue « façon de ramer » ; mais le manque de puissance se fit exagérément sentir. Le « Jesus College », qui n'était qu'une équipe anglaise de troisième ordre, disposa d'eux très facilement en faisant un temps qui fut le plus mauvais du meeting ! La leçon est prise ! sera-t-elle profitable ? Une épreuve secondaire comme la « Thames Cup » eût été plus à la portée de nos représentants que le « Grand Challenge ». Espérons que, l'année prochaine, les organisateurs français agiront avec plus de réflexion !

ATHLÉTISME. — La Réunion internationale d'Athlétisme, organisée le 9 juillet au Stade de Colombes par le Racing Club de France, se déroula devant un public nombreux. Les épreuves furent intéressantes. Le Finlandais Murmi inscrivit pour la deuxième fois consécutive son nom au glorieux palmarès du « Roosevelt »... et cela avec la plus grande facilité. Il serait intéressant d'assister à une rencontre Murmi-Guillemot-De Nys, peut-être les trois meilleurs coureurs du monde. Malheureusement il faut faire son deuil d'un aussi beau match !

Le 16, sur le même stade, se sont disputés les championnats de France qui ont donné les principaux résultats suivants :

100 mètres :	R. Mourlon.....	11 s.
200 —	A. Mourlon.....	22 s. 1/5
400 —	Féry	50 s. 4/5
1.500 —	Pelé.....	4 m. 8 s. 2/5
110m Haies	André.....	16 s.
400m —	André.....	57 s. 3/5
Hauteur	Lewden	1 m. 87
Poids	Paoli.....	13 m. 35
Disque	Bérenger.....	37 m. 14

Le principal fait significatif est la défaite de Guillemot qui actuellement a perdu sa classe internationale et même nationale. Espérons qu'il saura réagir et faire oublier cette période de mauvaise forme. Son successeur dans le « 1.500 mètres », Pelé, a fait bonne impression et peut être appelé à un bel avenir.

CYCLISME. — Le Grand Prix Cycliste de Paris a été disputé le 9 juillet au Vélodrome de Vincennes. Les quatre acteurs furent ... des étrangers : Moretti, Bailey, Leene et Spears. Ce dernier l'emporta de peu sur Bailey qui avait mené toute la course, tandis que le Hollandais Leene, gêné dans son effort par Moretti, finissait troisième.

Le Grand Prix amateurs est revenu au Français Michard, qui battit aisément Guasco, Lefèvre et Paillard.

L'annuel et légendaire Tour de France est revenu pour la troisième fois au Belge Lambot qui triompha, bien que n'ayant pas gagné une seule étape, en 222 h. 08 m. 06 s. Le Français Alavoine, qui dans les Pyrénées, affirma une forme splendide et menait la danse, vit la malchance s'acharner sur lui dans les dernières étapes, et il ne put finir que second en 222 h. 49 m. 21 s. Les Belges Sellier et Lenaers étaient respectivement troisième et quatrième. Le vétéran Français Christophe se classait neuvième. Pelletier était premier de la Catégorie des Isolés en 228 h. 01 m. 35 s. Espérons que nos routiers seront plus nombreux l'année prochaine pour défendre plus âprement leurs chances contre ces terribles « accrocheurs » que sont nos amis Belges.

BOXE. — Le 7, au Cirque de Paris, s'est disputé le grand match de la saison qui opposait pour le titre de Champion d'Europe, le Belge Wyns (tenant) au Français Criqui (challenges). Devant une salle archi-comble, Criqui a surclassé Wyns. Criqui toucha en directs, uppercuts, crochets, swings, quand il voulut. Le combat fut passionnant. Ce n'est que grâce à un courage véritablement magnifique que Wyns put tenir douze reprises. Il se cantonna dès le début dans une impénétrable défensive et notre champion dut pour le forcer à découvrir sa mâchoire, travailler durement au

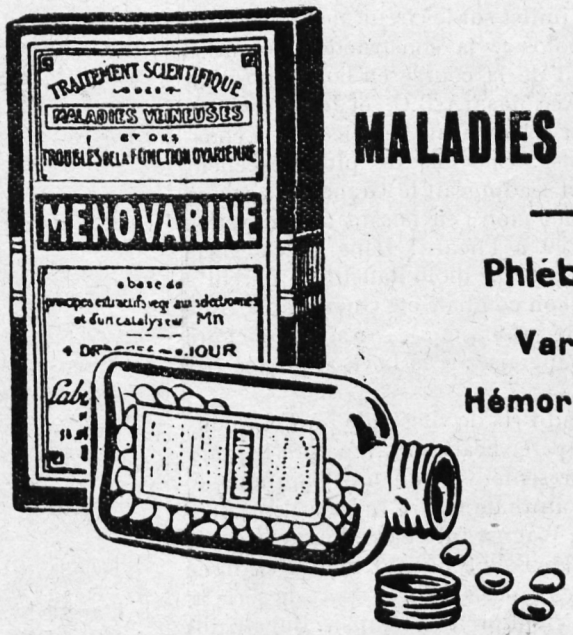
MENOVARINE

Principes extractifs végétaux, sélectionnés, vivants, renforcés par un catalyseur : le Manganèse.

DEUX INDICATIONS :

TROUBLES CONGESTIFS de la FONCTION OVARIENNE

Aménorrhée
Dysménorrhée
Ménopause



MALADIES VEINEUSES

Phlébites
Varices
Hémorrhoïdes

Posologie : 2 dragées à chaque principal repas.

ÉCHANTILLON et LITTÉRATURE FRANCO

Laboratoires Mondolan, 11, place des Vosges PARIS-IVe

corps. Après cette belle victoire, Criqui part en Amérique. Il donnera là-bas, sans aucun doute, une fière idée du muscle français et mettra tout en œuvre assurément pour donner à la France un titre mondial que les Américains considèrent un peu trop comme pouvant seuls le détenir.

NATATION. — La Société Nationale d'Encouragement à la Natation a fait disputer sa traversée de Paris le 24 courant; vingt-quatre concurrents dont trois nageuses se présentèrent au départ.

Le champion belge Vermetten, d'Anvers, partit en tête et ne fit qu'augmenter son avance jusqu'à l'arrivée. Il nagea les 7 kilomètres en 2 h. 54 battant dans l'ordre Duvanel, Nivet et Violas. Mlle Gardelle était première des nageuses.

Après cette épreuve nous devons conclure une fois de plus que nos nageurs ont encore beaucoup à faire pour égaler leurs rivaux étrangers.

AUTOMOBILISME. — Le Grand Prix des Motocyclettes, le Grand Prix de vitesse de l'A. C. F. et son Grand Prix de Tourisme ont été disputés respectivement les 12, 15 et 16 juillet sur le circuit de Strasbourg. Dans les « motos », la construction française parut au début de la course en bonne position pour vaincre avec Maas (A.B.C.) et Joly (Alcyon). La victoire leur échappa au bénéfice de la construction anglaise. Une fois de plus l'excellent coureur Bennet s'adjugeait le Grand Prix sur sa « Snubam » (500 cmc.) en faisant une moyenne de 98 km. 100 à l'heure! Dans la catégorie (300 cmc.), Visioli sur moto italienne « Garelli » triomphait de son compatriote Guesa; et la troisième catégorie (250 cmc.), voyait la victoire d'une marque anglaise : « la Levis », pilotée par Davidson.

Dans le Grand Prix de vitesse de l'A.C.F. nous ne pouvions espérer beaucoup... malgré le nombre de nos représentants. Rolland-Pilain joua de malheur : la voiture de Guyot brûla à l'entraînement; celle de Wagner fut égarée longtemps par le chemin de fer. Ballot ne put mettre en ligne que ses voitures types « 2 litres sport de série », les nouvelles n'étant prêtes à temps... Bugatti dut faire un gros effort pour mettre en ligne à cette date ses quatres voitures.

Les Étrangers au contraire, moins nombreux, étaient fin prêts. On s'attendait surtout à un match : Fiat-Sunbeam, et on espérait un peu pour « troubler la fête » en Ballot, toujours prêt à causer des surprises. Il n'en fut malheureusement rien. Félice Nazarro, rééditant son exploit de 1907, triompha, accomplissant l'épreuve à 127 km. 600 de moyenne, sur Fiat; De Viscaya (Bugatti) était second, précédant ses camarades Mario et Moues-Moury, tous deux également sur Bugatti. Des accidents divers, dont l'un mortel, éliminèrent les autres marques. (Le neveu de Nazarro, Biaggio, se tua peu avant la fin). Goux qui semblait devoir s'adjuger la seconde place, gêné dans son virage par Nazarro, alla donner, sans mal heureusement, dans une balustrade, et avec lui toutes nos chances s'évanouirent.

Le Grand Prix Tourisme revint comme il était prévu à Voisin qui gagna sans lutte devant Peugeot. Accomplir avec une voiture pesant 2.000 kilogrammes un parcours de plus de 700 kilomètres à près de 110 à l'heure, cela avec une consommation d'essence ne dépassant pas 15 litres aux 100 kilomètres est une performance probante et remarquable.

Tel est le résultat accompli par la « Voisin » de Rougier et remarquablement confirmé par les performances de ses « camarades d'écurie » Duray et Gauderman, qui le suivaient dans cet ordre; André Boillot sur Peugeot était quatrième précédant la dernière Voisin, pilotée par Piccioni.

FRANCIS.
1er août 1922.

VARIETES

Il existe à côté de la terminologie (1) *scientifique un vocabulaire riche, varié, parfois imagé, utilisé surtout par les gens du peuple, de la campagne ou de la ville. Mais en plus de ces expressions populaires que l'étudiant ou le médecin entendent fréquemment prononcer dans les consultations gratuites, il est toute une catégorie de mots qui fleurissent dans le monde de la prostitution et que, filles et souteneurs, emploient pour désigner les affections auxquelles ce monde spécial paye un large tribut. Ces termes d'un usage courant dans « le milieu » sont pourtant tout à fait inconnus des profanes, car il s'agit là, en réalité, du véritable argot; c'est l'argot dit « des voleurs » qui a fait son apparition à Paris au* XVe *siècle dans les associations de vagabonds qui constituaient la* Cour des miracles.

L'argot !... ou plutôt les argots !... Quelle histoire curieuse ! Ses origines, ses modifications incessantes ont fait couler beaucoup d'encre (2). Rien en cela qui puisse nous étonner puisque, par essence même, l'argot est une

(1) A ceux que la fantaisie d'un pareil article pourrait surprendre, nous rappelons que le Professeur BRISSAUD a fait en 1888 une « Histoire des expressions populaires en médecine », ouvrage qu'il a dédié à ses externes :

« Gardez-vous de rien dédaigner ».
LAFONTAINE.
Fable IV. Livre VII.

est l'épigraphe qu'il a placée en tête de son livre.

(2) *La Bibliographie raisonnée de l'argot*, par YVES PLESSIS, enregistre jusqu'en 1901, 365 publications dont la grande majorité appartient principalement à la seconde moitié du XIXe siècle.

langue qui évolue constamment, une langue qui ne mûrit pas, c'est la *langue verte*. Et Nodier écrivait: « Etant l'idiome de la corruption, il se corrompt vite lui-même. Comme il cherche toujours à se dérober sitôt qu'il se sent compris, il se transforme, il va se décomposant et se recomposant sans cesse (1). »

Chaque profession, chaque milieu a son jargon. En médecine aussi n'avons-nous pas le nôtre pour parler entre nous, n'être compris que de nous?

Dermatoses (2)

Si les dermatologistes depuis Turner, en passant par Lorry, Willan, Alibert, pour arriver à la période actuelle, n'ont jamais pu s'entendre pour établir une classification des affections cutanées, le milieu populaire par contre profondément simpliste a toujours aplani les difficultés ; pour lui, pas de classification: la plupart des dermatoses étant d'origine diathésique; le parasitisme lui-même est secondaire à un état spécial des humeurs; l'état du revêtement cutané est commandé par l'état du sang et par le mouvement des humeurs.

Chez le nourrisson, *le lait qui se caille sur l'estomac*, *les nerfs qui se croisent*, une frayeur survenue chez la maman-nourrice sont ordinairement les raisons invoquées pour expliquer *le mal qui est sorti par la figure de l'enfant*. Son sang *s'est décomposé*, c'est ce qu'on appelle aussi un *sang tourné*.

L'enfant qui *met des dents* est aussi plus favorisé qu'un autre à contracter ces *feux de lait* dont voici quelques types :

Il y a d'abord les *croûtes de lait*, mélange de crasse et de squames-croûtes, surtout localisées au cuir chevelu. Les *raches de lait* (3) (beaucoup de femmes disent *rages de lait*) désigne l'eczéma ordinaire du nourrisson. A Lyon, dans la ville même, on dit aussi les *gourmes* (4), tandis que le mot rache s'emploierait davantage dans les campagnes environnantes. Pourtant l'accord n'est pas fait complètement sur la signification des gourmes puisque souvent on désigne ainsi l'adénite cervicale et même les *écrouelles* ou *humeurs froides*.

La rogne (5) est une dermatose humide qui *donne de l'humeur* mais une humeur mauvaise (6), recouverte de croûtes, c'est en général de l'impétigo dont il s'agit, impétigo qui au cuir chevelu a souvent pour origine la pédiculose. D'après la croyance populaire ce sont au contraire les croûtes qui ont donné naissance aux poux, et il ne faut pas y toucher car *c'est signe de santé*.

La principale dermatose de l'adulte est constituée par les *dartres* (1). Ce terme, qui pendant des siècles fit partie du vocabulaire scientifique, est actuellement tombé dans le domaine populaire et se rapporte aux dermatoses sèches érythémato-squameuses. Leur cause ? Presque toujours une contrariété, une frayeur, une *révolution*.

Les *vices du sang*, ses *impuretés*, ses *acretés* produisent aussi les *rougeurs*, les *boutons* qui apparaissent surtout au visage des adolescents, au printemps, *lorsqu'on a besoin de dépurer le sang* ; ces boutons d'abord *entre deux peaux*, deviennent blancs et *donnent*. On trouve aussi chez ces mêmes malades des *points noirs* qui contiennent des *vers de peau* (comédon et filament séborrhéique).

Certaines femmes qui *marquent peu* au moment de leurs *époques*, ou qui arrivées à l'*âge critique*, au *retour d'âge* ont le *sang trop fort*, sont sujettes à des manifestations cutanées qui sont souvent tenaces, malgré l'usage prolongé de *dépuratifs* et de tisanes d'*herbes rafraîchissantes*.

Il est d'autres lésions congénitales ou accidentelles du tégument que nous devons aussi mentionner. Un enfant à sa naissance présente-t-il un nœvus vasculaire, verruqueux ou pigmenté, c'est alors une *tache de vin*, une *envie de fraises* ou de *café au lait* dont la responsabilité revient à la mère qui pendant sa grossesse à eu cette envie.

Plus heureuse est la femme porteur de lentigo du visage, elle en renforce au besoin la coloration pour constituer ce qu'on appelle un *grain de beauté* ; mais qu'elle préserve son épiderme du grand air et du soleil par crainte des *taches de rousseur* (éphélides), des *lentilles* (3), comme on dit à Lyon. Le froid a une action bien connue, il donne d'abord la *chair de poule* et en hiver produit les *gerçures des lèvres* et les *crevasses des mains*.

Quant aux phlyctènes et aux bulles, on les désigne dans la langue vulgaire sous le nom de *cloques* ou *cloches* ; chez les *canuts* on dit des *gonfles*.

On dit d'une personne *forte* (lisez grosse et grasse) qu'elle est *entrecuite* quand elle présente de l'intertrigo des plis, un degré de plus et elle se *coupe*.

La variole a-t-elle marqué de ses cicatrices déprimées le visage d'un individu, celui-ci est *grelé* ou *gravé de la petite vérole*.

Pour terminer, mentionnons encore quelques expressions qui intéressent le dermatologiste comme les *boutons de chaleur* qui sont les sudamina, le *clou* qui constitue le furoncle, le *bleu* qui est l'ecchymose survenue à la suite

---

(1) Cela n'est pas tout à fait exact puisqu'il subsiste, surtout dans l'argot dit des voleurs, quantité de mots restés immuables depuis plusieurs siècles.

(2) Les expressions populaires étant souvent très locales, nous ne mentionnerons aujourd'hui que celles en usage dans le Lyonnais et seulement avec la signification qu'on leur donne dans cette région. L'argot des filles, par contre, est *sans domicile fixe*, et cet état de vagabondage fait qu'il est identique dans toutes les grandes villes de France.

(3) Rache vient du vieux provençal *rascar* : gratter. A rapprocher de l'italien *rasciare* : gratter, et de l'anglais *rash* : éruption.

(4) Vient de grume, écorce.

(5) Rogne, d'après Brachet (Dict. étymologique), vient de l'ancien mot *roigne*, du latin robiginem (rouille), par la contraction régulière de robig(i)nem en robig'nem, d'où roigne par la chute du b médial.

D'après Brissaud, viendrait de « rogner ».

(6) D'où l'expression : *être en rogne* = être de mauvaise humeur.

(1) Le mot *dartres* viendrait, d'après Littré, de la langue celtique, mais le plus grand nombre de linguistes le font dériver de l'adjectif grec (*dartos*), écorché.

(2) Un vieux proverbe lyonnais, dit pour montrer que rien n'est parfait en ce monde :

Pas de jolies filles sans lentilles.
Pas de beaux garçons sans boutons.

d'un coup, le *bouton de fièvre* : l'herpès de la lèvre ; cette affection au pays des *gones* prend nom la *boucharle*. Enfin les petites peaux du pourtour des ongles sont appelées *envies* ou *langues de chat*, les taches blanches de l'ongle (leuconychie), *mensonges* ou *cadeaux*.

Affections Parasitaires

Comme nous l'avons dit plus haut, il est admis par les gens du peuple que les parasites cutanés se développent secondairement à une *éruption de sang* ou à un *dépôt d'humeurs* ; c'est parce qu'une femme a eu les *sangues retournés que les bêtes s'y sont mises*. *Avoir une garnison dans sa tignasse* (1) ou *des habitants*, c'est avoir des poux.

Dans l'argot des filles, deux mots, tous deux fréquemment employés, servent à désigner ces parasites : *gau* et *mie de pain*. *Gau* est très ancien puisqu'on le trouve déjà dans un livre d'argot de 1628 (2), quant au second terme, il vient évidemment de la similitude avec les démangeaisons produites par les miettes de pain.

Depuis la guerre, le mot *toto* est très répandu, comme chacun sait.

Le Phtirius pubis ou morpion est communément appelé *morbaque* (3), mais dans le monde de la galanterie, on rejette ce terme trop ordinaire pour celui plus aimable de *papillon d'amour*. Les prostituées disent encore : *mille pattes à ressort, mie de pain mécanique*.

La gale a toujours joui d'une mauvaise réputation, réputation qu'elle partage d'ailleurs avec la teigne : *méchant comme la gale, mauvais comme la teigne*. On la désigne communément : *la frotte*. Ce terme est né d'une confusion avec le traitement appliquée à cette affection (la frotte) et non pas comme le dit Virmaitre dans son dictionnaire d'argot, en raison des démangeaisons qu'elle occasionne et qui font que le sujet se frotte. On dit aussi beaucoup la *gratte* et par extension la *grattiche*, la *gratouille*, la *grattouse* (4), la *frottouse*. La *charmante* se dit moins, on n'entend prononcer ce mot à Lyon que par des prostituées nomades. Par contre ce terme, cet euphémisme pourrait-on dire, serait très employé dans le centre de la France.

Affections Vénériennes

A son origine la Vérole n'a pas manqué d'appellations et cette richesse de termes était aussi grande dans le vocabulaire médical que dans le populaire (5). Il n'est pour ainsi dire rien resté de ces expressions : on trouve bien dans tous les dictionnaires, d'argot contemporain le mot *baude* (6), mal de Naples, mais c'est un mot actuellement inusité, c'est un mot qui a vécu. Ce qui a subsisté, ce sont des termes qui primitivement se rapportaient à la variole ; puis du fait de la confusion entre les différentes maladies vénériennes, confusion qui a duré plusieurs siècles, ces termes ont englobé toutes les *mauvaises maladies*, *les maladies honteuses*.

Si le *poivre*, le *plomb*, le *plombage* sont des mots tombés dans l'oubli, par contre *être poivré*, ou *poivrer quelqu'un*, être *plombé* sont des expressions fréquemment employées.

On dit aussi beaucoup dans le milieu pègre : *être attigé* (1), *aquigé* (2), *fadé* (3), *arrangé* ou *arrangemané*.

Il est des mots d'argot pour désigner la syphilis qui sont d'origine récente et viennent simplement d'une déformation du mot primitif, tels : la *syphilo*, la *syphlotte*. Mais il existe un autre terme très répandu dans l'argot des filles et dont il est difficile de préciser l'étymologie, c'est le mot *nasi*. Être *nasi*, c'est être syphilitique. Ce mot que l'on ne trouve mentionné que dans le Dictionnaire de Delessalle est cependant très employé dans toute la France, ainsi que ses dérivés : la *nase*, le *nasbroque*, *être nasiqué*.

La blennorragie a, comme la syphilis, un assez grand choix de synonymes : la *chaude pisse*, la *chaude lance* (4) ; on *mouche une jetouille* (5) ou *schtouille* et l'on devient un *schtouillard*. Dans l'argot des casernes on dit aussi la *castapiane*, nom à prétention italienne, la *coulante*. Très populaire est la locution « *avoir son petit frère qui pleure* », Enfin, *échauffement* et *goutte militaire* sont des termes employés dans tous les milieux.

Il est un mot bien connu, mais dont le sens varie avec chacun, c'est le mot *pécole*, *avoir la pécole*. Une chanson, croyons-nous, a popularisé ce terme sans en préciser la nature. Tréponèmes, gonocoques ? On ne sait pas. En tout cas *c'est un plaisir bien doux*, qu'on ne doit pas souhaiter à ses amis.....

Qui l'aurait dit, les jeux de cartes ont eu leur répercussion sur les expressions d'argot vénéréologique : En présence d'un malade atteint des trois affections vénériennes, on dit qu'il a *quinte et quatorze et le point*. « J'avouerai en toute sincérité que j'ignore absolument si la blennorragie complète la quinte ou forme le point », écrit L. Jullien (6). Pas plus que notre éminent compatriote nous ne saurions donner de précisions. Pour désigner encore un individu victime de multiples et simultanées atteintes de Vénus, on le dit *plein aux as*. De plus en plus cette dernière expression tend à se substituer à la précédente ; décidément le poker détrône le piquet...

Un point curieux à noter, car il n'existe à notre connaissance aucun mot populaire ou d'argot pour désigner le chancre simple. C'est la doctrine uniciste qui a été la cause de

---

(1) Primitivement teignasse, de *tinéa*, teigne.

(2) *Le Jargon ou langage de l'argot réformé*. Paris, 1628.

(3) Delessalle écrit morbaque ; Virmaitre : morbac, *Mor* est le radical de toute action de manger : *morfe*, aliments ; *morfier*, *morfiquer*, *morfiller*, manger. *Morganer* : mordre, etc.

(4) Il est à remarquer que la termainaison *ouse* fait partie des suffixes fréquemment employés dans l'argot des voleurs.

(5) Nous signalons pour ceux que la question intéresserait un article de P. Aubert : « De quelques vieilles expressions sur la vérole ». *Lyon Médical*, tome I, p. 673.

(6) Vient du vieux mot français *baud* : joyeux = Maladie du plaisir.

(1) Du latin *attingere* : atteindre.

(2) Mot ancien d'origine obscure, aux sens nombreux. Veut aussi bien dire être blessé que malade. On le trouve déjà dans les textes de 1596 et 1628.

(3) Le *fade* est la quote-part de chacun dans les objets volés ; d'où *être bien fadé* : être bien partagé.

(4) De *l'ance* et *lance* : eau, dans l'ancien argot (1696 et 1628).

(5) Primitivement on écrivait en effet *jetouille*, de jeter. Il s'est produit la même altération que pour cet autre mot d'argot, le *jetard* : le cachot, l'endroit où l'on jette le prisonnier ; maintenant l'on écrit et l'on prononce le *schtard*.

(6) *L'autre mal*, par Louis Jullien, chirurgien de Saint-Lazare Paris 1909, p. 10.

cette lacune : l'ancienne *maladie vénérienne* englobait tout. Pourtant le bubon a été toujours individualisé et baptisé depuis longtemps du nom de « *poulain* ». Pourquoi *poulain* ? Ecoutons Nicolas de Blégny (1) : « Les médecins accordent le nom de Bubons aux abcès qui arrivent dans ces parties, mais le vulgaire les nomma *Poulains*, à cause (comme je croy) que ceux qui les portent paroissent aussi peu asseurez en marchant que les jeunes chevaux qui ne sont pas habituez au travail ». L'explication en vaut une autre.

Nous ne saurions terminer cet article sans rapporter quelques mots et expressions qui se rattachent à notre sujet et employés dans le vocabulaire argotique des prostituées.

Quand une femme est en carte : *elle est en brême* et chaque semaine elle doit aller à sa *barbote* (2) ou à sa *vistoucho* (visite). Si elle est « en accidents », si elle a des *plaquouses* (des plaques) on l'envoie à l'hosto (3) (hôpital) où on lui fera des piquouses (piqûres). A Lyon on « *la fait monter là haut* » : Là haut c'est *Les Antiquailles* où se trouvait dans le temps le *Frère Chocolat* (4), ce qui a donné naissance à l'expression « *Monter chez le Frère Chocolat* », pour dire qu'on allait à l'Antiquaille pour une affection vénérienne. Les filles disent aussi beaucoup « *aller au Château Floquet* » (5) ou tout simplement « *monter au château* » (6).

Ce n'est pas par un sentiment de dédain à l'endroit du langage des profanes que nous avons groupé ces expressions, bien au contraire. Nous avons essayé de faire apprécier les locutions naïves mais colorées des campagnards, leurs gallicismes curieux, de faire connaître quelques mots âpres et rudes du vocabulaire des filles.

Ce qui manque malheureusement dans cet article, et nous ne saurions le rendre, c'est l'accent traînard et chantant des premiers, le ton rauque et crapuleux des secondes ; et c'est là un piment de plus à ces expressions savoureuses (7).

Jean LACASSAGNE.

(1) *L'art de guérir les maladies vénériennes*, 3e édition, 1683, p. 7.

(2) De *barboter* : fouiller un détenu, le visiter à son entrée en prison.

(3) On écrit aussi *hosteau* et *osto*, du vieux français hostel. Ce mot qui figure dans tous les dictionnaires d'argot contemporain y est traduit : et c'est le mot *castu* qui désigne l'hôpital. Cela est une grosse erreur ; à Paris comme à Lyon l'hosto signifie l'hôpital, aujourd'hui du moins.

(4) Il s'agit du frère Bouland, mort en 1870. Certaines sœurs qui sont encore à l'Antiquaille actuellement, l'ont connu. Ce frère, qui a passé une partie de sa vie dans le service des vénériens, avait l'habitude de distribuer du chocolat aux malades dociles, d'où son surnom. L'ancienne expression s'est un peu modifiée, on dit actuellement le *Père Chocolat*, pour désigner les chefs de service de l'Antiquaille.

(5) Il est difficile de connaître l'origine de cette expression qui est encore très usitée actuellement par les filles en carte. (Il existe même une chanson, la chanson du Château Floquet, qu'elles chantent en chœur à l'hôpital).

Voilà ce qu'on peut lire dans le Littré de la Grand'Côte : « On désignait sous ce nom, il y a quelques années, l'hospice de l'Antiquaille. Il paraît que cet hospice, ancien couvent des Visitandines, avait été acheté à l'époque de la Révolution par un nommé Floquet, qui le céda ensuite à la Ville ». Cette explication ne nous satisfait pas, car, après une enquête, il n'a jamais existé de propriétaire de cet immeuble du nom de Floquet. Est-ce peut-être à la suite d'une circulaire de Floquet, ministre de l'Intérieur ?

(6) Abréviation de château Floquet et non pas altération de *Chazeaux*, bâtiment dépendant de l'Antiquaille, où sont traitées les prostituées de Lyon. C'est notre *Saint-Lago*.

(7) Extrait du " Lyon médical ", 1922.

BIBLIOGRAPHIE

« **Travaux et Publications de l'Institut Prophylactique** », Établissement de Science appliquée, fondé le 12 mars 1916 à l'Hôtel de Ville de Paris avec le concours de l'État, en vue de l'extinction de la syphilis. — Directeur : Docteur Arthur Vernes.

FASCICULE I

LES ÉTAPES DE LA SYPHILIMÉTRIE

(de 1909 à 1922)

Paris. P. Boll, Imprimeur dépositaire, 12, rue des Bourdonnais, 1922.

Dans son avant-propos, l'auteur traite : « De la conséquence pour le Pays des traitements de la syphilis « par à peu près » et de l'obligation de substituer aux appréciations arbitraires la précision des chiffres. »

Sous une forme concise et avec un fond de clarté d'une grande puissance démonstrative, l'auteur dénonce les dangers du traitement sans un contrôle réglé avec précision.

De ce que les masses, et aussi peut-être un grand nombre de médecins, considèrent la syphilis comme incurable, il s'ensuit des conséquences désastreuses pour le Pays.

L'auteur soutient la thèse inverse — celle de la curabilité de la syphilis — qu'il a si souvent déjà développée dans tous les milieux, tant en France qu'à l'étranger. Mais quelle foi, quelle ténacité, quelle continuité dans l'effort ne faut-il pas déployer pour déraciner et anéantir des préjugés séculaires !

« On peut suivre, dit-il, la marche de l'infection, comme on observe celle de la température sur le thermomètre et, par là, diriger le traitement à coup sûr (1). »

Après cet exorde, passent successivement sous les yeux du lecteur, d'après l'ordre chronologique, les extraits et conclusions des travaux de l'auteur depuis 1913.

En donner le sommaire sera pour les médecins et hygiénistes que captivent ces questions scientifiques de haute portée sociale, une invitation à les étudier et à les approfondir :

I) « *Les signes humoraux de la syphilis. Introduction à l'étude des conditions expérimentales du traitement de la syphilis*, Arthur Vernes (Thèse de Doctorat, Paris, 1913). »

Retenons l'une des conclusions de l'auteur — écrite en 1913 — et citons-la textuellement :

« Au-dessus d'un médicament donné et au-dessus d'actuelles difficultés techniques il existe donc une idée directrice d'où dépend, quant à présent, l'avenir du traitement de la syphilis ». Le sérum syphilitique se décèle à l'observation du biologiste, grâce à une altération particulière ; et cette altération peut être « dosée » : elle se comporte comme une « matière pondérale », accessible à une méthode de mesure, malgré ses fluctuations.

Aujourd'hui, en 1922, l'idée directrice, surmontant les obstacles de tout ordre, a pu associer pratiquement en étroite et efficace liaison le laboratoire, la clinique et la thérapeutique. Et la syphilis est peut-être bien la seule des maladies chroniques, pour laquelle en soit arrivé à une telle précision d'application scientifique.

II) « *Sur la précipitation de l'hydrate de fer colloïdal par le sérum humain, normal ou syphilitique* (Note de M. Arthur Ver-

(1) « Atlas de Syphilimétrie». Les conditions expérimentales de l'extinction de la syphilis par Arthur Vernes, Paris, 1920 Alcan éditeur).

nes, présentée par M. Roux à l'Académie des Sciences, séance du 26 novembre 1917, *in* Comptes rendus, t. CLXV, p. 769). »

III) « *Sur la précipitation d'un colloïde organique par le sérum humain, normal ou syphilitique* (Note de M. Arthur Vernes, présentée par M. Roux à l'Académie des Sciences, séance du 8 avril 1917, *in* Comptes rendus, t. CLXVI, p. 575). »

Ces deux notes démontrent d'une part « qu'il est possible de préparer une suspension fine *de nature chimique*, d'une stabilité déterminée, qui floculera avec une certaine dose de sérum syphilitique et ne floculera pas avec une même dose de sérum normal », et d'autre part « qu'il est possible de régler l'état d'une suspension colloïdale *organique*, pour qu'elle flocule avec sérum syphilitique et qu'elle ne flocule pas avec le sérum normal. »

Dans les notes IV, V, VI, VII, VIII et IX, l'auteur expose le principe de la mesure colorimétrique de l'infection syphilitique, les indices syphilimétriques et la déterminaison colorimétrique des écarts de stabilité, *la nécessité du graphique d'examens sérologiques pour pouvoir juger une syphilis*, l'action du Sulfocyanate ferrique sur le sérum humain normal et l'action de certains précipités sur la dissolution des globules rouges, enfin la manière de comprendre la méthode de Wassermann. (Qu'est la Séro-Réaction de la syphilis ?) (Article de M. Arthur Vernes, publié dans la *Presse Médicale*, t. XXVII, 19 juin 1919, n° 34).

Le dernier chapitre traite de la mesure pondérale de la floculation par *la photométrie* (*Presse Médicale*, 3 décembre 1921).

Les données physiques sur lesquelles a été construit le photomètre y sont clairement exposées, ainsi que la technique de l'examen pour le sérum sanguin. (Préparation du réactif précipitant, condition de température, disposition de l'expérience, lecture des résultats, etc...)

L'examen du liquide céphalo-rachidien demande une technique un peu différente (préparation de la supension de péréthynol à gros grains). Le dosage de l'albumine dans le liquide céphalo-rachidien se fait à l'aide du photomètre en mesurant l'absorption du liquide troublé par l'acide azotique par rapport à l'absorption de la cuve pleine d'eau distillée.

L'auteur démontre combien le procédé d'observation directe de la floculation est supérieur au procédé colorimétrique.

Pour mesurer l'infection syphilitique, le champ visuel, dans l'observation de la floculation par le photomètre, au lieu d'être limité comme pour la colorimétrie dans une zone rétrécie, est étendu de telle sorte qu'il perçoit « tous les degrés de la floculation, depuis la plus minime jusqu'à la plus forte. »

Telle est la *Syphilimétrie* que l'auteur oppose pour terminer à la Syphiligraphie.

La question de la lutte contre la syphilis est à l'ordre du jour de la Nation : la syphilis est le principal facteur du dépeuplement.

Avant d'inviter les gens à « croître et à multiplier » sous l'impulsion de récompenses pécuniaires ou autres — campagne très louable, mais inefficace dans ses résultats — n'est-il pas plus logique de concentrer tous les efforts pour enrayer le dépeuplement, qui, *du fait et par cause de la syphilis*, se perpétue depuis des siècles, sous le regard indifférent ou aveugle des masses.

Il apparaît nettement que l'auteur, par l'organisation et la rigueur scientifique de sa méthode de contrôle, appliquée depuis plus de douze ans à 30.000 malades, a fourni à la Société les armes nécessaires et suffisantes pour arrêter le fléau dans a marche envahissante.

ROUX-DELIMAL.

La Radiothérapie indirecte ou commandée par les corrélations organiques, par le Docteur FOVEAU de COURMELLES. — (Congrès de l'Association Française pour l'Avancement des Sciences, juillet 1922, Montpellier.)

Après la radiothérapie directe et si agissante des organes (fibromes, adénites...), nous avons maintenant l'irradiation à distance et très encourageante. Maints chirurgiens avaient procédé en traitant par exemple des cancers du sein inopérables par l'ablation des ovaires. Le Professeur Reynès, de Marseille, a beaucoup insisté depuis 1902 sur les survies acceptables ainsi obtenues. Aussi, il y a seize ans, 1906, Foveau de Courmelles irradiait deux cas avec amélioration notable, mais qu'il ne put suivre ; il y revint fin 1919, et il a aujourd'hui quatorze cas où l'irradiation du sein et des ovaires a maintenu les patientes sans douleurs et avec régression notable des tumeurs (30 à 40 H. répétés aux trois points, sein et ovaires, en quinze à vingt séances courtes).

L'intérêt à signaler ces faits déjà anciens réside dans les cas heureux publiés actuellement de tuberculeux pulmonaires, irradiés par la rate ou les os longs des membres qui ont vu leur état très amélioré ; température, fièvre, bacilles des crachats, hémoptysies..., disparaître (méthode dite de Manoukine, avec MM. Dausset, Trémolières, Donat) : Radio-chimie ou choc anaphylactique ?

Ces faits radiothérapiques concordent avec le retentissement à distance des troubles endocriniens, l'ingestion curative opothérapique, la réflexothérapie ou les guérisons de l'appareil digestif obtenues par la cautérisation des cornets du nez, le tabès amélioré par la dilatation de l'urèthre.

Politica, revue mensuelle d'éducation politique, 10, rue Scheffer, Paris (XVIe). Abonnement un an, 20 francs.

La législation électorale. — Les Partis politiques : II Le Parti Radical et Radical-Socialiste. — La question irlandaise vue de France. — Chronique Politique. — Dictionnaire des expressions spéciales au langage politique (suite). — Résumés de Rapports parlementaires.

Laboratoire A. GIRARD, 48, Rue d'Alésia - PARIS (14e)

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

Le Gérant : H. AUBUGEAULT.

38455. — Tours. — Imprimerie Tourangelle, 20-22, rue de la Préfecture.

PHOSPHARSINAL

Cachets de Phosphoglycérate pur de Calcium
méthylarsénié à 0,02 centigr. par cachet

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

Deux cachets par jour avant les repas

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

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



un fixateur

du phosphore et de l'azote

s'indique dans tous les cas d'**asthénie** et de **dénutrition**

tels que :
Infections chroniques
Pré-tuberculose :: ::
Etats neurasthéniques
Phosphaturie - Diabète
etc...

Le Nuclocithol

action euphorique et dynamogénique marquée

par .
nucléinate de soude
Lécithine - Oxyhémoglobine
Glycéro-phosphate de magnésie
- Aunée -

échantillon à MM les Docteurs contre simple carte de visite adressée au
LABORATOIRE du NUCLOCITHOL, 28, Avenue de Grammont
TOURS

Gal.

PANBILINE
NOM DÉPOSÉ

RECTOPANBILINE
NOM DÉPOSÉ

Seul Traitement des **MALADIES DU FOIE** associant les
OPOTHÉRAPIES HÉPATIQUE et BILIAIRE aux meilleurs CHOLAGOGUES selectionnés.
2 à 12 PILULES par jour ou 1 à 6 cuillerées à dessert de SOLUTION

CONSTIPATION et AUTO-INTOXICATION INTESTINALE

Leur Traitement rationnel d'après les derniers travaux scientifiques.
LAVEMENT D'EXTRAIT DE BILE glycériné et de **PANBILINE.** — 2 cuillerées à café dans 160 à 200 gr. d'eau bouillie chaude à prendre en lavement. — Enfants : demi-dose.

En vente dans toutes les Pharmacies

Échantillon et littérature : **LABORATOIRE DE LA PANBILINE** — ANNONAY (Ardèche)



SÉDATIF, SPÉCIFIQUE CONTRE LA TOUX

Thiocol, Menthol, Héroïne, Codéine, Benzoate de soude, Grindelia, Aconit

LARYNGITES - BRONCHITES - RHUMES - ASTHME

COQUELUCHE - GRIPPES - CATARRHES - TUBERCULOSE

Mode d'Emploi } ADULTES, 4 à 5 cuillerées à bouche par 24 heures
ENFANTS (au dessus de 7 ans seulement) 3 à 4 cuillerées à café

Préparateur: G. COULLOUX, Ph. 1re cl. Ex-Int. Hôp. AUXERRE (Yonne)

Marque déposée

HIPPO-CARNIS

SUC PUR DE VIANDE DE CHEVAL

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

Ne 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.

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

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

L.B.A. LABORATOIRE DE BIOLOGIE APPLIQUEE L.B.A.

54, Faubourg Saint-Honoré, 54, PARIS

Téléphone-Elysées : 36-64, 36-45.

H. CARRION & Cie

Adresse Télégraphique : RIONCAR-PARIS

ADRÉNALINE CARRION (Adrénaline naturelle).
EVATMINE (Traitement de l'Asthme).
HEMATOETHYROIDINE (Sérothérapie antibasedowienne).
RETROPITUINE (Lobe postérieur de l'Hypophyse).

COMPRIMÉS PLURIGLANDULAIRES en forme de dragées

T.O.S.H.	Thyroïde .... 0 gr. 02 Ovaire..... 0 gr. 10 Surrénale.... 0 gr. 10 Hypophyse... 0 gr. 03	**T.S.H.**	Thyroïde..... 0 gr. 02 Surrénale.... 0 gr. 20 Hypophyse... 0 gr. 05	**S.H.**	Surrénale.... 0 gr. 20 Hypophyse... 0 gr. 05		
T.A.S.H.	Thyroïde..... 0 gr. 02 Orch. (And.). 0 gr. 10 Surrénale.... 0 gr. 10 Hypophyse... 0 gr. 03	**O.S.H.**	Ovaire..... 0 gr. 15 Surrénale.... 0 gr 05 Hypophyse... 0 gr. 05	**T.O.**	Thyroïde..... 0 gr. 03 Ovaire..... 0 gr. 20	**O.M.**	Ovaire..... 0 gr. 20 Mammaire... 0 gr. 30 (gland.)

LEVURE CARRION B 17

Traitement de la FURONCULOSE et autres affections justiciables du traitement par les LEVURES

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