

AVIS A NOS LECTEURS

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

SOMMAIRE :

	Pages.		Pages.
Introduction à la physio-pathologie de l'ovaire et du cycle utéro-ovarien.		Résolutions votées à l'assemblée générale du Syndicat des Chirurgiens français	855
Stéato-synthèse : indications, technique, résultats (à propos de neuf observations personnelles).	VIGNES. 803	Société médicale d'Indre-et-Loire.	DUBREUIL-CHAMBARDEL. 856
Types de l'urètre chez la femme.	FRUCHAUD. 817	Echos	X... 856
Motion du pH en clinique et au laboratoire.	GUICHEMERRE. 828	Livres nouveaux	X... 858
XIV. congrès français de chirurgie.	LEROY. 832	Bibliographie	Divers. 858
Cas de suette miliaire à forme rhumatismale.	LAPEYRE. 837	Thérapeutique pratique	X... 864
Toxication saturnine par les canalisées dans des tuyaux de plomb en Limousin.	ROUSSEAU. 838		
Question de la natalité : indemnités de naissance au troisième enfant.	THOUVENET. 840	SUPPLÉMENT LITTÉRAIRE	
Questions professionnelles : quand payer les impôts ?	X... 851	Le nid	CATHELIN. 161
Automobile de 1927.	ORIOI et DE PLUMENT. 851	Chronique	Lionel LANDRY. 176
Intérêts professionnels.	VIGNAL. 852	Revue des Revues	DALLY. 178
Voir à la dernière page du supplément juridique « les Archives du Droit médical et de l'Hygiène » la table des matières de ce supplément. — Dans ce numéro, le texte du nouveau code fiscal, page 90 du supplément juridique.	X... 855	Revue des Livres	Divers. 182
		Livres nouveaux et Revues	X... 185
		Les Parallèles	JEAN-LETORT. 186
		Mots croisés	MICHAUD. 186
		Chronique sportive	MORLÉ. 187
		Chronique automobile	VIGNAL. 188
		Tribune professionnelle	X... 189
		Variations mensuelles du cours des changes	X... 191
		Mémento thérapeutique	X... 192

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

SANTALOL - HEXAMÉTHYLÈNE-TÉTRAMINE - SALOL

EUMICTINE

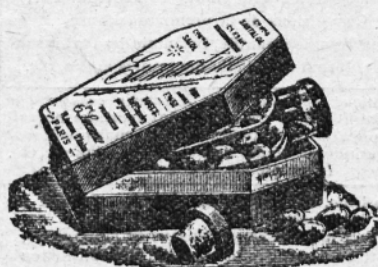
ANTIGONOCOCCIQUE

DIURÉTIQUE - ANALGÉSIQUE - ANTISEPTIQUE

BLENNORRAGIE

CYSTITES

NÉPHRITES



8 à 10 Capsules par jour.

PYÉLITES

PYÉLO-NÉPHRITES

PYURIES

Échantillons sur demande à MM. les Médecins

LABORATOIRES du D^r M. LEPRINCE, 62, Rue de la Tour, PARIS (16^e)

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.

Téléphone : 2.82

VILLA LUNIER (BLOIS)

CONSACRÉE AUX MALADIES MENTALES

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

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

Le prix de pension varie de 450 fr. par mois à 1.200 fr. selon les classes ; le prix des pavillons particuliers oscille entre 2 000 fr. et 3.000 fr.

THÉRAPEUTIQUE SÉDATIVE DES SYNDROMES NERVEUX PATHOLOGIQUES

GARDENAL	INDICATIONS	PRESENTATION
Hypnotique Puissant sédatif nerveux adopté par les Hôpitaux de Paris, les Asiles de la Seine, les Hôpitaux et Asiles des Départements.	Épilepsie essentielle, Épilepsie Jacksonienne, Convulsions de la première enfance. Chorée, Tétanie infantile, Insomnie des Parkinson- niens, Insomnie rebelle des grands agités, etc.	En tubes de 20 comprimés à 0,10. — de 30 comprimés à 0,05. — de 80 comprimés à 0,01 (Ces derniers pour la thérapeutique infantile.)
SONERYL Butyl-éthyl-malonylurée. Hypnotique-analgésique.	Hypnotique spécifique des Insomnies causées par l'élément douleur : névralgies intercostales, névral- gies dentaires, douleurs rhumatismales, coliques hépatiques et néphrétiques, goutte, sciatique, etc. Insomnie des pneumoniques.	En tubes de 20 comprimés à 0 g. 10.
QUIETOL Bromhydrate de Diméthylamino- valéryloxyisobutyrate de propyle.	Nervosisme, Neurasthénie, Troubles nerveux de la menstruation et de la ménopause. Tachycardie, Fausse angine de poitrine. Toutes les indications des valériannes	En tubes de 10 cachets à 0 g. 50.
ALGOLANE Salicyldioxyisobutyrate de propyle.	Antirhumatismal externe non irritant. Succédané inodore du Salicylate de Méthyle.	En flacons stilli-gouttes de 15 grammes.

Les Établissements **POULENC FRÈRES** - Siège social : 86 et 92, Rue Vieille-du-Temple, PARIS (3^e)

R. C. Paris 5386.

COLLABORATEURS DES STATIONS HYDROMINÉRALES, CLIMATIQUES & BALNÉAIRES

Les abonnés de la Gazette médicale du Centre et de la Gazette médicale de Bretagne exerçant dans les stations hydrominérales, climatiques et balnéaires, qui ne seraient pas inscrits sur la liste ci-dessous, voudront bien nous dire s'ils désirent y voir figurer leur nom.

Stations Hydrominérales

Bains DARDEL	Châtel-Guyon	AINÉ BROUSSE MATIONON RIBEROLLES Saint-René Bonnet
Thermes... (BONAFOUS BOYER	Chaudesaigues... BESSON	Contrexéville... SCHNEIDER
de-Bigorre (BENEZECH DE VILLAMJENTE	Divonne... N. VIEUX	Eaux-Bonnes... SEMPÉ
de-l'Orne.. (HÜGEL LOUVEL PETIT QUISERNE	Evian... GRAZU	Evreux-les-Bains... LÉVY-DARRAS
..... ROBINE	La Bourboule... SOULIER	..... BOUDRY
..... (André CLAISSE DAUSSET	..... EYRAUD-DECHAUX	..... JUMON
..... Lancy .. (COMPIN PIATOT	La Preste... PIERRET	..... RONGIER
..... l'Archambault. TRIGER	La Roche-Posay... VALETTE	..... LABAN
..... les-Bains... GAT	Lamalou... AUBOUX	..... BARDET
..... d'Arbois de Jubainville	..... FAGAIN	..... TESTUT
..... FAURE	Luchon... CAUVY	..... BAQUÉ
..... DUTCH	..... GERMES	..... MOLINÉRY
..... POUY	..... PELON	..... PIERRHUGUES
..... (ARMENGAUD FLURIN	Luxeuil... PIERRHUGUES	Miers... SOULHÉ

Mont-Dore.....	(Guérin de Sossionde DE MASCAREL PÉPÈRE DESEURE ÉCOCHARD MACÉ DE LÉPINAT
Nérès.....	(Félix BERNARD HYVERT R. DEGOS
Plombières.....	(HEITZ MOUGEOT RICHARD ROCHER ROGINSKY
Pougues.....	(DUHOT MALLEIN COMOY SÉGARD SILVESTRE
Préchaq-les-Bains.	(SÉRANE SIGURET MACREZ COLLARD-HUARD DAVID RAYNAUD
Royat.....	(FRITSCH BOUTELIER De FOSSEY GLÉNARD AMBLARD GUYONNEAU
Saint-Amand-les-Eaux.	
Saint-Gervais...	
Saint-Honoré...	
Saint-Nectaire...	
Saint-Sauveur...	
Salies-de-Béarn...	
Sermaize-les-Bains..	
Uriage.....	
Vichy.....	
Vittel.....	

II. — Stations Climatiques

Arcachon.....	DOCHE
Bercy-sur-Mer...	(CALOT CALVÉ
Cambo-les-Bains.	(COLBERT DIEUDONNÉ Jean TROTOT
Cannes.....	(BAYLE CARUETTE
Hyères.....	PIERRHUGUES
Le Croisic.....	FALLIÈS
Menton.....	(COUBARD MATORIÉ
Nice.....	(LABAN NACHMANN SOULIER
Nîmes.....	BAILLET
Saujon	Robert DUBOIS

III. — Stations Balnéaires

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

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

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

DESSINS POUR CLICHÉS. — La Gazette n'utilise pour les clichés que le procédé au trait. Nous rappelons aux auteurs que les documents destinés à être clichés au trait doivent être des dessins à la plume à l'encre de Chine, faits sur papier très blanc.

Introduction à la physio-pathologie de l'ovaire

et du cycle utéro-ovarien

Par le Docteur HENRI VIGNES.

Accoucheur des Hôpitaux de Paris.

L'OVULE

La fonction principale de l'ovaire est la maturation des ovules : ceux-ci, après fécondation, sont capables de produire des individus qui sont semblables aux géniteurs, non seulement par leurs caractères spécifiques, mais encore par des particularités individuelles héréditaires.

En outre, les ovaires remplissent un certain rôle dans l'organisme, soit qu'ils président aux phénomènes sexuels, soit qu'ils interviennent dans le métabolisme général.

POUR ACCOMPLIR CES DIVERSES FONCTIONS, L'OVULE ET L'OVAIRE SÉCRÈTENT DES SUBSTANCES ACTIVES SOUS UN PETIT VOLUME, qui ont été étudiées, non seulement dans leurs effets physiologiques, mais encore par des moyens histophysiologiques et biochimiques.

MAIS, D'AUTRE PART, LE TISSU OVARIEN A UNE GRANDE AFFINITÉ POUR CERTAINES SUBSTANCES TOXIQUES : Matchinsky, en injectant diverses toxines microbiennes, en particulier de la toxine tétanique à des poules, a retrouvé, dans les divers organes, une quantité de toxine en rapport avec la quantité de sang contenu dans ces organes, et dans les organes génitaux une quantité bien plus forte ; une émulsion

Hémostyl

Du Dr.

Anémies

ROUSSEL

Hémorragies

SÉRUM HÉMOPOÏÉTIQUE FRAIS DE CHEVAL

Flacons-ampoules
de 10^{cc} de Sérum pur

A) *Sérothérapie spécifique*
des **ANÉMIES** (Carnot)

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

Sirop ou Comprimés
de sang hémo-poïétique
total

ANÉMIES
CONVALESCENCES
TUBERCULOSE, etc.

Echantillons, Littérature

21 RUE D'AUMALE . PARIS

Loi de Lipschütz (1) : le nombre des follicules qui mûrissent dans le tissu ovarien est à peu près constant pour une espèce. Trois preuves peuvent être données de cette affirmation :

1° il n'y a pas de corps jaunes dans les greffes ovariennes s'il existe des ovaires *in situ*; donc, l'organisme n'est probablement capable de porter qu'un nombre limité d'ovules mûrs;

2° les femelles ayant été castrées d'un côté donnent naissance au même nombre de petits qu'il est habituel d'obtenir dans l'espèce envisagée, ceci étant l'effet d'une hypertrophie compensatrice; donc l'organisme tend à mûrir des ovules en nombre égal au nombre spécifique;

3° les greffes ovariennes fragmentées, sans ovaire *in situ*, donnent un nombre total de corps jaunes égal à celui qui existe dans les ovaires normaux de l'espèce.

Le nombre de follicules qui arrivent à maturité semble donc être constant; Lipschütz le considère comme réglé par la présence, dans le sang, de quantités limitées de certaines substances nécessaires pour le développement folliculaire.

Loi de Léo Loëb : la présence d'un corps jaune inhibe la maturation ovulaire. Ceci se démontre par le fait que l'extirpation des corps jaunes accélère la rupture des follicules. Des recherches expérimentales ultérieures de Loëb lui-même, de Kennedy ont confirmé ce fait et un bon nombre de constatations opératoires parlent dans le même sens.

Watrin a démontré chez un très grand nombre de femmes que l'exérèse du corps jaune menstruel hâte l'apparition de la menstruation, qui s'installe dans les vingt-quatre à quarante-huit heures. Cet effet a lieu « d'une façon absolument constante » et contraste donc avec les quelques cas de métrorrhagie consécutive aux laparotomies banales. Il faut cependant faire une exception pour les cas où le corps jaune est très jeune et où il contient moins de 2 pour 1.000 de cholestérine, car, alors, la muqueuse n'est pas encore hypertrophiée. Watrin en déduit que la sécrétion du corps jaune n'est pas le facteur déterminant de la menstruation : « La régression normale du corps jaune menstruel ou son exérèse artificielle permettent à la maturation folliculaire de reprendre son activité et la maturation est contemporaine de cette régression totale du corps jaune et de la reprise d'activité folliculaire. »

Ramirez a observé des faits analogues après exérèse du corps jaune au 5^e, 9^e et 17^e jour du *post menstruum* (2).

Cotte a également observé de façon constante l'apparition anticipée de la menstruation en enlevant l'ovaire contenant un corps jaune ou en excisant ce corps jaune, quelle que soit l'époque des dernières règles (3). Mais Cotte a vu les mêmes résultats suivre l'ablation d'un follicule en évolution : l'ablation d'un ovaire renfermant un follicule à maturité ou l'excision simple de celui-ci avançaient le plus souvent l'apparition des

règles, celles-ci apparaissant habituellement d'un à trois jours après l'intervention.

Plus récemment, Halban et Kohler ont obtenu des métrorrhagies en donnant un coup de pointe dans les follicules mûrs, ces métrorrhagies étant moins importantes que celles causées par l'ablation du corps jaune. Cette intervention ne modifie pas le rythme menstruel ultérieur, à la différence de l'ablation du corps jaune (1).

Cotte est tenté d'admettre que les règles provoquées par ces diverses manœuvres sont le résultat de l'excitation directe produite sur les nerfs de l'ovaire, soit au niveau de son parenchyme, soit au niveau de son pédicule, excitation déterminée par voie réflexe, une vaso-dilatation des branches de l'utérine, d'où hémorragie. Si, dans le jeu normal de la menstruation, la poussée congestive et l'hémorragie utérines ont pour point de départ une hormone d'origine ovarienne, cela n'empêche pas que le réflexe de la menstruation puisse être également déclenché par une excitation directe faite au niveau de l'ovaire.

La plupart des auteurs ont cependant admis l'interprétation de Loëb.

Il est très vraisemblable que des causes pathologiques susceptibles de prolonger la durée du corps jaune puissent, ainsi, arrêter l'ovulation momentanément. Des corps jaunes atrophiques, lorsqu'ils constituent une masse importante, peuvent agir de même.

Ochsner a rappelé, dans cet ordre d'idées, que chez certaines vaches dont l'ovulation n'est pas régulière, il se produit des faux corps jaunes, qui sont en réalité des atresies folliculaires kystiques, et qui inhibent l'ovulation. L'ablation ou la rupture traumatique d'un de ces faux corps jaunes détermine le retour dans les jours suivants.

Il semble bien qu'il existe chez la femme des faits analogues et qu'un faux corps jaune puisse inhiber la menstruation (2).

UN GRAND NOMBRE DE FACTEURS PHYSIOLOGIQUES OU MÉDICOLOGIQUES PEUVENT INFLUER SUR LE CYCLE OVARIEN : nous allons étudier les trois plus fréquents, c'est à savoir l'état de nutrition, la circulation pelvienne et les pratiques sexuelles.

LE CYCLE OVARIEN EST PLUS OU MOINS INFLUENCÉ PAR LA NUTRITION. Il convient de rappeler d'abord, à ce sujet, les recherches de Champy (3) sur la spermatogenèse. Pour cet auteur, la spermatogenèse est déclenchée par une cause inconnue, qui, elle-même, est conditionnée par la nutrition :

1° la spermatogenèse disparaît quand les conditions de nutrition deviennent mauvaises pour l'espèce (influence de l'hiver sur les oiseaux, etc.);

2° elle régresse par l'inanition expérimentale;

3° elle n'existe pas chez le jeune, qui a besoin de ses nucléines pour réaliser sa croissance;

4° il y a un rapport constant, dans chaque espèce, entre la taille de l'individu et le poids des cellules sexuelles.

Il est bien vraisemblable que ces données s'appliquent

(1) ALEXANDRE LIPSCHUTZ et LEIDA ADAMBERG, *Nouvelles Expériences sur la loi de constance folliculaire* (C. R. de la Soc. de Biol., 1925, t. XCIII, p. 1464).

(2) RAMIREZ, *Ovaire et Menstruation* (Gaceta médica de México, juillet 1923, p. 504).

(3) COTTE, *Sur les rapports du corps jaune et de la menstruation* (Gyn. et Obst., 1924, t. IX, p. 517).

(1) Wiener Klin. Woch., 6 juin 1925, p. 612.

(2) La blessure d'un de ces faux corps jaunes peut simuler une rupture de gestation ectopique (Ochsner).

(3) CHAMPY, *Sexualité et Hormones* (G. Doin, éd., Paris, 1924).

PRÉPARATION PHOSPHO MARTIALE HEROIQUE

FERROPHYTINE

CIBA

SEL FERRIQUE neutre de l'acide inosito-phosphorique

Phosphore. . . 7,50 pour cent.

Fer 6 » »

Ces deux éléments organiquement combinés sous une forme
Colloïdale très assimilable.

La FERROPHYTINE est le
médicament type des états ané-
miques et chloro-anémiques,
accompagnés de dénutrition.

La FERROPHYTINE ne fati-
gue jamais les voies digestives,
ne provoque pas la constipation
et ne colore pas les dents.

== CACHETS :: GRANULÉ ==

LABORATOIRES CIBA — O. ROLLAND, 1, Place Morand, LYON

EUCYTOL

VIN

Iode 0.03. Sels de Chaux 0.15. Arsénic org 0.01 par 22cc

RACHITISME PRÉTUBERCULOSE

ADÉNOPATHIES — TRACHÉOBRONCHIQUES

1 à 3 Verres à liqueur par jour.

Laboratoires MAYOLY SPINDLER
1 Place Victor Hugo, PARIS (XVI^e)
RC Seine 233 927 — Tél. Passy 51-12

BAUME

AROMA

ODEUR AGRÉABLE

Dérivés Salicylés. Menthol. Capsicum.
Constituants du liniment de Rosen.

RHUMATISMES LUMBAGOS. NÉVRITES RÉVULSIF PULMONAIRE EN FRICTIONS ET APPLICATIONS

Laboratoires MAYOLY SPINDLER
1 Place Victor Hugo, PARIS (XVI^e)
RC Seine 233 927 — Tél. Passy 51-12

NOMENCLATURE

DES

VACCINS CONCENTRÉS
intradermiques

INAVA

(procédé L. Goldenberg).

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

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

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

„A“ „B“ „D“ „G“ „M“ „O“ — „P“ „R“ „U“

Asthme
Bronchite
niqué

Abcès carioniques
Sinusites maxil-
laires
Pyorhée alvéo-
laire

Furoncles
Antiriaz
Acné

Blennorrhagie et ses
complications

Mérites

Vulv-
vaccin

Leucorrhée
Salpingites
Mérites

Infections causées
par des pyogènes
communs

Ozène

Infections des voies
urinaires

BON

pour un échantillon de vaccin INAVA
à adresser au
Laboratoire INAVA
Institut national de vaccinothérapie
Etablissements Kuhlmann
26, rue Pages, SURESNES, près Paris
Prière de bien indiquer la lettre du vaccin désiré.

à l'ovogenèse comme elles s'appliquent à la spermatogenèse.

D'autre part, pour Champy, la spermatogenèse se comporte comme une réaction chimique qui s'arrête en équilibre par la présence d'une certaine quantité de ses produits (les spermatozoïdes dans l'espèce). On peut la comparer à une réaction :



1° si l'on enlève de l'éther, la réaction reprend (si l'on résèque du testicule, il se produit une hypertrophie compensatrice du fragment; si l'on fait une castration unilatérale, l'autre testicule augmente);

2° si l'on ajoute de l'éther, la réaction inverse se produit et il y a reconstitution d'acide et d'alcool (si l'on greffe un testicule, une partie des spermatozoïdes de l'individu dégénère);

3° si l'on supprime de l'alcool et de l'acide, une partie de l'éther se décompose (si l'on supprime des aliments, une partie des spermatozoïdes dégénère).

Il est manifeste que des faits analogues s'observent pour l'ovaire.

A) Une bonne nourriture peut augmenter le nombre des petits de chaque portée et, par conséquent, augmenter vraisemblablement le nombre des maturations ovulaires. Ainsi, la chienne a plus de petits que la louve, la chatte domestique que la chatte sauvage, la truie que la laie.

B) Une nourriture insuffisante en quantité permet de retarder l'ovulation et dans certaines espèces (triton, tanche) de la supprimer. Chez les mammifères, les cycles ovulaires se raréfient, les follicules se développent mal (Loëb, Evans et Bishop, Champy).

C) La carence de certains aliments trouble également le cycle ovulaire. Par un régime pauvre en vitamine A liposoluble, Evans et Bishop sont parvenus à inhiber l'ovulation; les follicules arrivent bien à maturité, mais la rupture ne se produit pas; il n'y a pas de phase lutéinique, et l'ovaire reste en perpétuelle activité.

Par un régime pauvre en vitamine B, il y a arrêt de l'ovulation et atrophie de la plupart des follicules en voie de croissance, les follicules près de la maturité et les corps jaunes ne paraissant, d'ailleurs, nullement modifiés. Ce sont les follicules moyens qui sont touchés, la plupart complètement détruits. Les jeunes follicules à ovocyte latent ne paraissent pas altérés.

LE CYCLE OVARIEN EST, PROBABLEMENT, INFLUENCÉ PAR LA CIRCULATION PELVIENNE: une circulation diminuée désavantage la vie de l'ovule et des cellules folliculaires, une circulation augmentée peut accélérer ou, plutôt, peut rendre anarchique la maturation folliculaire.

Macomber rappelait récemment que toute lésion vasculaire ou nerveuse, incapable de produire une nécrose, cause néanmoins un trouble fonctionnel de l'ovaire sans lésion décelable. Celui-ci peut s'amender à la longue; mais, d'autres fois, il y a stérilité définitive (1).

(1) MACOMBER, *Relation of blood supply to ovarian function in rabbit* (Boston med. and surg. Journal, 25 mars 1926, p. 329).

LE CYCLE OVARIEN EST, PLUS OU MOINS, INFLUENCÉ PAR LES PRATIQUES SEXUELLES. On sait que, dans un certain nombre d'espèces animales (et l'espèce humaine est du nombre) l'ovulation est spontanée, et que, dans d'autres espèces, elle est provoquée par le coït (1).

Cependant il y a lieu de se demander si, même dans les espèces à ovulation spontanée, le coït et la cohabitation des sexes ne pouvaient influencer sur l'ovulation.

Coste avait noté ce fait très important que la vie en commun des mâles et des femelles rapproche les époques du rut. Liégeois considérait également que les rapports sexuels pouvaient hâter la maturité et la chute des ovules. Pidou notait que les religieuses sont réglées régulièrement, mais pauvrement (2). Récemment Frank P. Davies a formulé comme une importante règle d'hygiène sexuelle que les filles ne devraient pas avoir compagnie d'hommes autres que ceux de leur famille pendant les règles, ni faire de la musique: « *The co-educational school is one of the greatest evils we have in this country* » (3).

LA SUSCEPTIBILITÉ DES OVULES DONT NOUS AVONS PARLÉ PLUS HAUT, L'INFLUENCE QUE LES FACTEURS PRÉCÉDENTS EXERCENT SUR LE CYCLE OVARIEN VONT NOUS PERMETTRE DE MIEUX COMPRENDRE LES ANOMALIES DU CYCLE OVARIEN.

1° Les maladies locales ou générales qui lèsent le follicule et l'ovule peuvent déterminer une atrophie totale ou subtotale de l'appareil folliculaire. La conséquence au point de vue de la reproduction en sera l'infécondité. La conséquence au point de vue de l'individu en sera l'infantilisme si la maladie cause a été congénitale ou prépubertaire ou, si la maladie est post-pubertaire [sclérose, maladie acquise, mise en jeu d'un facteur héréditaire à échéance tardive (4)], il y aura régression partielle ou totale des caractères sexuels.

2° Dans des cas moins accentués, il se produit ce que Loëb a appelé une hypotypie folliculaire: follicules petits, mûrissant difficilement ou ne mûrissant pas.

3° A l'inverse de ces faits, il faut placer ceux dans lesquels on observe une multiplication anormalement importante de follicules normaux. Les observations de ce type sont rares, l'organisme ne pouvant habituellement pas faire les frais d'une telle production.

(1) Voir, à ce sujet, les travaux de REGAUD et de ses élèves: l'ovulation de la lapine n'est pas spontanée (C. R. de la Soc. de Biol., 28 mars 1908), le voisinage prolongé, sans accouplement, est insuffisant pour provoquer l'ovulation (*ibidem*, 28 novembre 1908); accélération du rut par la cohabitation avec le mâle (*ibidem*, 23 janvier 1909), etc.

(2) Ce fait peut, d'ailleurs, être interprété différemment. En particulier, on peut supposer que des personnes à qui la virginité est aisée ont une moindre génitalité.

(3) FRANK P. DAVIS, *Impotency, sterility and artificial impregnation*, Londres, 1923.

(4) Par exemple, d'après W. Mott, la démence précoce, dans les deux sexes, s'accompagne d'une sénilité précoce des organes génitaux, d'une régression qui le plus souvent débute à la puberté ou durant l'adolescence, et qui s'accroît progressivement pour aboutir à une perte complète de la valeur génitale.

Cornil a présenté, il y a vingt ans, à la Société anatomique, des ovaires très augmentés de volume, qui avaient été enlevés sur une vierge de vingt-deux ans à cause d'hémorragies utérines très abondantes et persistantes. Ces hémorragies cessèrent temporairement après le curetage de l'utérus, qui était atteint de ce que, l'on appelait alors métrite glandulaire et qui contenait un polype. Mais, comme elles se reproduisaient, on dut devoir faire l'ablation de l'utérus et des ovaires. Les ovaires contenaient une grande quantité de follicules de Graaf, leur donnaient l'aspect d'un gâteau de miel. A l'œil nu, on ne voyait pas de corps jaunes; au microscope, ils étaient très petits. Les cellules germinatives manquaient sur toute la surface de l'ovaire. Ces faits, spécifie Cornil, n'ont aucun rapport avec ce que l'on appelle l'ovaire scléro-kystique (1).

La plus fréquente des anomalies par excès est l'ovaire scléro-kystique (2). Cette affection est habituellement bilatérale et rarement unilatérale. Elle siège alors à gauche en préférence. Elle peut même exceptionnellement être localisée dans une région déterminée de l'ovaire.

Elle évolue en deux périodes, période kystique et période scléreuse.

La première période se caractérise par : l'existence de nombreux kystes, folliculaires ou lutéiniques, quelle que soit la période du mois menstruel ; l'existence de follicules, plus nombreux encore, qui dégèrent et régressent ; l'existence simultanée de nombreux corps jaunes à un stade de développement, fait qui ne se rencontre jamais dans l'évolution normale de l'ovaire.

On comprend que von Kahlén, en 1901, ait donc pu conclure que l'ovarite scléro-kystique est caractérisée par la coexistence de plusieurs ovules en voie d'évolution.

Un grand nombre de ces ovules dégèrent.

En ajoutons à cela qu'il existe une vascularisation intense de l'organe.

A la période kystique fait suite une période scléreuse : les ovules sont alors diminués de nombre et de taille ; le tissu du stroma ovarien s'est densifié surtout vers la surface ; des corps albicantia, des vaisseaux plus ou moins sclérosés remplissent la substance médullaire de l'ovaire.

Cette sclérose consécutive à une accélération du rythme de l'ovulation peut aboutir à l'épuisement de la provision d'ovules ; c'est ainsi qu'on observe une ménopause précoce (3).

On a attribué à l'ovarite kystique des causes locales : l'inversion, néoplasmes ovariens ou pelviens. Les inflam-

mations ovariennes sont susceptibles, dans certaines conditions, de troubler le rythme de l'évolution folliculaire, non pas tant les inflammations aiguës, qui paraissent avoir peu d'influence ou qui ont une action destructive, que les ovarites chroniques, dans lesquelles on trouve, avec des signes d'infection très atténuée, une maturation abondante des follicules moyens en grand nombre, mais moins abondante que dans l'ovarite polykystique.

Enfin on a vu des ovarites kystiques apparaître après une lésion de voisinage [entérocélite d'après Siredey, lésion vulvaire, vaginale ou utérine d'après Schultz (4)].

Mais, à côté de ces maturations précoces par cause circulatoire, il en est d'autres, plus fréquentes, qui relèvent d'une action exercée directement sur l'ovule.

Il convient de se rappeler la très grande sensibilité de l'ovule aux substances actives, et les expériences de Matchinsky. Or Matchinsky, au cours de ces expériences sur la fixation des toxines, a constaté la dégénérescence d'un grand nombre d'ovules comme conséquence de cette fixation.

De tels faits se voient au cours des maladies infectieuses aiguës ou à leur déclin, dans la tuberculose, dans la syphilis congénitale ou acquise, et peuvent expliquer certains cas. Mais d'autres facteurs doivent être envisagés.

On a pu se demander si une nourriture insuffisante ou carencée pouvait créer un tel trouble de l'ovulation. En réalité, ces causes réalisent de l'hypotypie ovarienne, sans que rien ne rappelle l'ovarite microkystique.

M. Champy a eu, alors, l'idée que l'ovarite kystique était liée à diverses conditions de la vie civilisée. Il a opposé son absence chez les animaux en liberté à sa constance chez les animaux exotiques des ménageries (girafes, singes, grands félins, dont les mâles captifs font de l'aspermato-genèse). Chez ces animaux captifs, ce n'est qu'après plusieurs années de captivité que l'ovarite kystique est bien installée. Il semble donc que ce soit à l'insuffisance de travail musculaire, jointe à une nourriture plutôt abondante, que soit dû le trouble du rythme de l'évolution folliculaire.

M^{lle} Guinier fait remarquer que l'ovarite scléro-kystique est une maladie plus fréquente en ville qu'à la campagne, c'est-à-dire dans des conditions de vie plus sédentaire, de travail musculaire moindre et d'alimentation plutôt meilleure (2).

(1) SCHULTZ invoquait un réflexe agissant directement sur les follicules pour en déterminer la maturation anticipée. Il est plus vraisemblable qu'il s'agit d'un réflexe agissant sur les vaisseaux pour créer une vaso-dilatation ovarienne préalable.

(2) De l'ovarite scléro-kystique, il faut rapprocher les augmentations ovariennes périodiques alternantes, décrites par Ries, tumeurs kystiques fantômes, grosses comme un œuf de poule, ou fausse gestation ectopique, qui s'observent d'un côté de l'utérus, qui disparaissent et qui apparaissent ensuite de l'autre côté. Dans un des cas de Ries, il y eut 13 poussées à droite et 7 à gauche ; dans un autre, 8 à droite, 4 à gauche et 2 bilatérales. Les poussées se produisent, d'après Ries, de 8 à 14 jours avant les règles et disparaissent 3 ou 4 jours avant. Elles en imposent souvent pour une lésion qu'il est nécessaire d'opérer; Ries en a décrité trois formes cliniques : la tumeur fantôme, la fausse gestation ectopique, la tuméfaction alternante. A l'opération, on trouve en général des kystes lutéiniques. Ces états m'ont semblé assez fréquents et je les considère comme relevant

(1) CORNIL, *Hypertrophie des ovaires* (B. et M. de la Soc. anat., 1906, 350).

(2) Voir FORGUE et MASSARUAU, *L'Ovaire à petits kystes* (Rev. de Gyn. et Chir. abd., 1910, t. XIV, p. 97, 209 et 305), et la très intéressante thèse de JEANNE-MARIE GUINIER (rédigée sous l'inspiration et avec la collaboration de CHAMPY), *Pathogénie de l'ovarite scléro-kystique et des kystes germinatifs de l'ovaire*, thèse de Paris, 1922 (LE FRANÇOIS, éd., 1922).

(3) L'évolution anormalement rapide des follicules aboutit à l'utilisation précipitée de tous les ovocytes à l'état latent, de toute la provision d'ovocytes et à la sclérose de l'organe. Dans les ovaires matures, il y a tendance à une invagination de l'épithélium germinatif à la formation de kystes aux dépens de cet épithélium ; ce processus est, sans doute, un effort avorté de régénération ovarienne (CHAMPY et GUINIER).

5. L'histoire des anomalies du cycle ovarien ne serait pas complète si, à côté des anomalies par excès et des anomalies par insuffisance, nous ne signalions pas que ces cas évoluent souvent sur un substratum commun auquel Dalché a proposé de donner le nom de *débilité glandulaire* (1).

Dalché rappelle des histoires de femmes, jusque-là bien réglées, chez qui on voit se supprimer la fonction menstruelle sans cause pathologique appréciable ou à l'effet d'une cause insignifiante : aménorrhée sans cause chez une jeune fille, aménorrhée après un curettage, stérilité après une gestation : « L'organe a donné toute sa résistance pour mener à bien la grossesse, ensuite la lassitude l'a emporté ; d'autant plus que les règles maintenant sont troublées et coulent avec beaucoup moins d'abondance, quand elles ne sont pas supprimées, et qu'il se manifeste d'autres signes d'insuffisance ovarienne... » De même « chez certaines hyperovariques qui, pendant longtemps, présentent tous les symptômes d'une hyperfonction, mais finissent par accuser de l'instabilité avec les alternances d'hypo-ovarie et d'hyperovarie ; à la longue, l'hypo-ovarie domine et devient définitive. La résistance de l'ovaire a été épuisée par une hyperfonction trop longue continuée... » « La débilité glandulaire, ajoute Dalché, provoque surtout une perte de l'équilibre ovarien, l'organe essaie de se ressaisir, quoique vainement peut-être, mais assez pour produire des phases d'hyperovarie qui peuvent même prédominer plus ou moins longtemps. Il en résulte parfois de singulières alternatives d'hyper et d'hypofonction... Beaucoup de ménopauses prématurées en sont la conséquence (2). »

CYCLE UTÉRIN

LA MUQUEUSE UTÉRINE, CHAQUE MOIS, PRÉSENTE UNE SÉRIE CYCLIQUE DE TRANSFORMATIONS, QUI L'AMÈNENT PROGRESSIVEMENT À UN ÉTAT DE « SUCCULENCE » PRÉMENSTRUELLE, FAVORABLE À LA NIDATION DE L'ŒUF FÉCONDÉ. Ce cycle a été étudié à la suite des travaux, si suggestifs, de Hirschmann et Adler (3). Divers auteurs et, en particulier, Robert

d'une anomalie du fonctionnement ovarien (ovarite kystique) et d'une vaso-dilatation extrême due à une irritabilité particulière du système nerveux génital [*Alternative periodic ovarian swellings (Journ. of the Amer. med. Ass., juillet 1919, p. 100)*].

(1) DALCHÉ, *Ovaire, sa débilité glandulaire* (les Sciences médicales, 16 janvier 1925, p. 1).

(2) « Une préoccupation, note Dalché, doit dominer le traitement : toute thérapeutique intempestive risque d'avoir des conséquences fâcheuses. »

(3) Hirschmann et Adler, en 1907, reprenant la distinction anatomo-clinique qu'avait établie Doléris entre les métrites et les fausses métrites, ont montré que, seules, doivent être comptées comme métrites les anciennes métrites interstitielles. Tout ce qui avait été décrit comme métrite glandulaire, métrite hyperplasique, n'est pas une infection, mais simplement une réaction de la muqueuse utérine à une excitation ovarienne : les lésions reproduisent le stade prémenstruel d'une muqueuse utérine normale, qui se maintiendrait plus longtemps et plus intensément qu'il n'est utile à sa fonction. Ces données de pathologie génitale ont puissamment éclairé la physiologie utérine.

Schröder, d'après 292 utérus (1), se sont essayés à suivre jour par jour, cette évolution de la muqueuse. Nous résumons brièvement ces travaux importants en disant que la muqueuse utérine évolue progressivement vers son état prémenstruel caractérisé par une importante imbibition des cellules et des interstices cellulaires et par une multiplication des cellules. Puis, si un ovule ne se nide pas dans les tissus ainsi préparés, ceux-ci subissent une involution qui se traduit cliniquement par la menstruation.

Tel semble bien être le cycle normal. Le tableau ci-joint, établi d'après un travail récent, permet de se le représenter (2).

	ÉPITHÉLIUM de REVÊTEMENT	GLANDES et leurs ÉPITHÉLIUMS	STROMA
Stade indifférent.....	État non sécrétoire.	Gl. droites.	Dense.
Stade prémenstruel...	Sécrétion mu- queuse.	Gl. tortueuses, sécrétion.	Hypertrophie.
Veille des règles....	Cellules hautes.	Cellules basses.	Infiltration par leu- cocytes vivants ou morts ; grande co- lorabilité de la couche superfi- cielle : peu de con- gestion.
Premier jour.....	Quelques zones de desquama- tion.		Desquamation quel- quefois ; diapécise de sang et surtout hémorragie par éclatement ; con- gestion intense.
Deuxième jour.....	Desquamation.	Épithélium au repos.	Desquamation de la spongieuse.
Troisième jour.....	Régénération de l'épithélium sans mitose.		Résorption de l'infiltration.
Stade post-menstruel..	Régénération sans mitose.	Nombreuses mitoses.	Stroma compact.

ANOMALIES DU CYCLE UTÉRIN. — 1° La muqueuse utérine peut être plus imbibée ou moins imbibée que normalement, elle peut être plus riche en enclaves cellulaires diverses, telles que lipoides, glycogène, etc., ou plus pauvre que normalement, suivant divers facteurs qui tiennent au chimisme général ou à des causes locales, par exemple trouble circulatoire, par exemple sclérose du chorion.

2° D'autre part, plusieurs chirurgiens, dans des cas pathologiques, ont constaté que le stade anatomique ne coïncidait pas toujours avec la date du mois menstruel. Cette notion, en soi, serait un peu décourageante si l'on ne réfléchissait pas qu'il s'agit de cas pathologiques. Au contraire, elle prend, à mon avis, une importance considérable et on l'interprète comme le fait Temesvary (3).

(1) *Der normale Zyklus der Uterusschleimhaut*, Berlin, 1913, chez HIRSCHWALD.

(2) D'après NOVAK et TE LINDE, *The endometrium of the menstruating uterus (The Journ. of the Amer. Med. Ass., 20 sept. 1924)*.

(3) *Die Aetiologie und Diagnose der durch ovarielle Dysfunktion bedingte*

Cet auteur, étudiant la muqueuse utérine des femmes dysménorrhéiques, prélevée par curettage, a vu que, dans certains cas, il y avait un décalage du cycle utérin : sur 10 cas de dysménorrhée, 9 fois seulement l'image histologique concordait avec la phase du cycle menstruel qui aurait dû exister au jour du prélèvement. Dans les autres cas, il trouva à contretemps des aspects d'hyperplasie ou d'hypertrophie du type prémenstruel (1), ou bien une régénération du type post-menstruel (2).

RAPPORTS DU CYCLE OVARIEN ET DU CYCLE UTÉRIN

POUR LA PLUPART DES AUTEURS, LE RYTHME ANATOMIQUE DE LA MATURATION DU CYCLE UTÉRIN EST EN RAPPORT AVEC LE RYTHME DE L'OVULATION.

Plusieurs observateurs anciens, Coste, Gendrin, Négrier, Schöff, Pouchet, avaient vu que le rut des animaux coïncide avec la ponte ovulaire. Un certain nombre d'auteurs s'étaient laissé glisser à en déduire que la ponte ovulaire devait coïncider avec la menstruation, considérée par eux comme l'équivalent du rut, et, en particulier, Schickel se fit le champion de cette hypothèse en des pages où le raisonnement tient plus de place que les faits. Cette théorie a encore des représentants et par exemple Leopold, Delporte, dans des travaux relativement récents, admettaient et apportaient à l'appui des faits précis.

Les recherches contemporaines, en particulier les beaux travaux de Regaud et de son école, ont bien confirmé que, chez les mammifères, la maturation du follicule est en rapport de synchronisme avec le rut (1907-1909). Le schéma suivant, que j'ai établi d'après les travaux d'Anel et Bouin, de Courrier et de Tzu-Zong-Yung (3), indique comment on peut concevoir les rapports chronologiques des cycles chez les mammifères.

Ovaire.	Maturation du follicule.		Début du corps jaune.	Régression du corps jaune.	
Trompe.	Activité sécrétoire et contraction.		Régression de l'activité.	Etat cilié indifférent.	Etat cilié indifférent.
Uterus.	Activité sécrétoire; début de prolifération.	Ponte ovulaire.	Prolifération, imbibition.	Régression.	Etat indifférent.
Vagin.	Prolifération et activité sécrétoire.		Régression.	Etat indifférent.	Etat indifférent.
Cytologie vaginale (2). Comportement sexuel.	Desquamation. Rut.			Balayage leucocytaire.	Etat indifférent.
				Etat indifférent.	Etat indifférent.

1. *Dysmenorrhö und Sterilität nach Untersuchungen an der Uterus-schleimhaut (Zentralb. f. Gynäk., 13 mars 1924, p. 860).*

(1) Cette hypertrophie, pour Temesvary, serait liée à la présence d'un kyste lutéinique.

(2) Cet état serait fonction d'une maturation accélérée du follicule d'une production anticipée du corps jaune.

(3) Bouin, *les Notions nouvelles sur l'histophysiologie de l'ovaire* (Presse médicale, 13 juin 1923, p. 735); COURRIER, *le Cycle sexuel chez*

Chez la femme, Fränkel, Ancel et Bouin, Schröder, Watrin, Shaw ont placé la rupture du follicule, respectivement, le 16^e jour après le début des règles, le 12^e jour avant les règles, du 12^e au 14^e jour avant les règles, le 12^e jour après le début des règles, du 13^e au 17^e jour. Ces données semblent trop précises à certains auteurs, tel R. T. Franck, qui parle d'un délai allant du 5^e au 20^e jour. Mais, d'une façon générale, on peut dire que l'ovulation se produit vers le milieu de la période intercalaire et que le corps jaune est à son développement maximum vers le début des règles (4).

ANOMALIES DES RAPPORTS CHRONOLOGIQUES ENTRE LES CYCLES. — Il arrive qu'on ne trouve pas trace d'un travail d'ovulation récent chez des femmes mortes ou opérées à l'époque des règles. Le vieux *Traité de Physiologie* de Liégeois en contient des exemples nombreux (p. 257). De Sinéty en a rapporté d'autres (2). Récemment Schickel a réuni un très grand nombre de telles exceptions, et il en conclut que la déhiscence du follicule mûr peut se faire à peu près à chaque jour du mois menstruel (3). De même il a montré que la fécondation existe à tous les jours du mois menstruel. On pourrait donc en conclure qu'il n'y a aucun rapport chronologique constant entre les deux cycles. On a reproché à Schickel d'avoir établi sa documentation surtout d'après des cas pathologiques, qui rentrent dans les conditions de décalage. Watrin, au contraire, en s'en tenant presque uniquement à des cas de rétroversion, arrive à des résultats plus conformes à l'idée qu'il existe une loi de synchronisme dans les cas normaux et que les exceptions de Schickel sont des anomalies du rapport entre les deux cycles.

RAPPORTS CHRONOLOGIQUES ET DÉDUCTIONS PHYSIOLOGIQUES. — Faut-il déduire des rapports chronologiques constatés que le follicule cause le rut ou que le corps jaune cause la menstruation ? Je ne le crois pas.

la femelle des mammifères, thèse de Strasbourg, 1924 ; Tzu-Zong-Yung, *le Rythme vaginal chez la lapine*, thèse de Strasbourg, 1924.

(1) Dans certaines espèces animales, comme l'ont montré STOCKARD et PAPANICOLAOU, une prise de frottis de sécrétions vaginales peut renseigner sur le moment précis du cycle oestrien.

(2) DE SINÉTY, *Manuel pratique de Gyn.*, p. 544 de l'éd. de 1879.

(3) Schickel arrive aux chiffres suivants pour la rupture récente ou imminente du follicule :

Pendant les règles	6 cas
Première semaine après les règles	17 cas
15 ^e au 20 ^e jour	8 cas
Avant les règles	5 cas

Dans un travail paru peu après, J.-R. Henri considère que les relations chronologiques entre le développement du corps jaune et l'apparition de la menstruation n'obéissent pas à des règles immuables.

Pour construire une théorie du déterminisme menstruel, M. Schickel arrive à la conclusion suivante : « Souvent, dit-il, deux follicules se suivent de très près, les deux peuvent faire leur ponte à la suite l'un de l'autre ou bien l'un des deux cesse subitement d'évoluer, devient atrophique avec prolifération thécale, tandis que l'autre mûrit et se rompt. Mais voilà que déjà un autre sort des rangs et se met à croître et alors on trouvera à côté d'un corps jaune tout récent un follicule en maturation. Entre ces phases peuvent encore se faufiler les étapes d'un corps jaune en régression. Il y aurait donc comme un engrenage de cycles folliculaires et cela sans que le rythme de la menstruation, comme tel, soit influencé. »

Comme je le disais dès 1914, il ne faut pas attribuer toutes les propriétés de l'ovaire à un seul de ses éléments, mais bien à tous les tissus satellites de l'ovule (1). Les cellules folliculaires semblent bien avoir une propriété de sécrétion interne susceptible d'agir sur le cycle utérin ; la coïncidence habituelle (2) du rut et de la maturation folliculaire le donne à penser ; la production expérimentale du rut chez les femelles castrées par l'injection du liquide folliculaire complète la démonstration. Les cellules du corps jaune semblent également avoir un rôle sécrétoire, quoique l'importance du corps jaune ait été très exagérée. On a voulu faire du corps jaune un organe à sécrétion menstruogène. En réalité, ce qui cause la menstruation, ce n'est pas une sécrétion menstruogène, c'est la non-utilisation de la préparation prémenstruelle ; or, il semble bien établi que cette préparation soit produite par la sécrétion des cellules folliculaires.

Ce qui est vraisemblable, c'est ce qu'avait pressenti A. Prenant dès 1898, à savoir que « les substances fournies par le corps jaune auraient pour rôle général de corriger, en quelque sorte, l'influence nocive exercée sur l'organisme par la fonction ovarienne », c'est-à-dire la fonction d'ovulation ; ce qui semble bien démontré, c'est que le corps jaune inhibe l'ovulation (loi de Loeb).

L'idée qu'on s'était faite de son rôle, pendant un certain temps, a été exagérée : après les descriptions histologiques de Sobotta et de Prenant (3) signalant le caractère glandulaire de cet organe, après les expériences de Fränkel montrant son rôle dans la nidation de l'œuf fécondé et après les constatations d'Ansel et Bouin montrant son synchronisme plus ou moins exact avec la menstruation, certains auteurs n'avaient pas hésité à affirmer que, si l'« ovaire est un organe à sécrétion interne, c'est par le corps jaune que cette fonction est exercée », et ils considèrent que c'est la sécrétion lutéinique qui déclenche la menstruation.

D'autres auteurs envisageaient d'ailleurs son rôle différemment et lui donnaient pour effet d'arrêter l'hémorragie menstruelle.

Pour ma part, je considère que le corps jaune, à ses débuts, continue l'activité folliculaire, mais que, bientôt, des substances *anti-substance active* s'y accumulent pour arrêter les effets de cette substance active (4).

(1) C'est à cette idée qu'arrive LEO LOEB : « The ovary is a complex gland of which the most important constituents are follicles in various stages of growth and atresia, and corpora lutea » (*Trans. of the Amer. Gyn. Soc.*, 1917) ; R. T. FRANK, *l'Ovaire et l'Endocrinologiste* (*Journ. of the Amer. Med. Ass.*, 21 janvier 1922, p. 181), et GUGGISBERG, *Die Arbeitsteilung im Eierstock* (*Zent. f. Gyn.*, 18 mars 1922, p. 402), etc.

(2) Habituelle, mais non constante : cf. SEABORN et CHAMPY, *Structure de l'ovaire de la jument et son cycle évolutif en dehors de la gestation* (*C. R. des séances de la Soc. de Biol.*, 1923, n° 34, p. 91).

(3) Structure épithéliale ou épithélioïde, absence de mitoses, riche vascularisation.

(4) Watrin, de ses minutieuses études, conclut que le corps jaune menstruel est un organe abortif dont l'état de régression se caractérise par l'accumulation d'enclaves cholestérinées : cette charge lipéidique ne serait nullement révélatrice d'activité.

Ainsi toutes les formations anatomiques de l'ovaire semblent bien jouer un rôle et, en dépit de certaines affirmations un peu rapides, il semble qu'il ne faille pas attribuer toutes les propriétés de l'ovaire à une seule formation anatomique, follicule, corps jaune, follicules atériques.

Mais est-ce assez de nous en tenir aux cellules satellites de l'ovule ?

Mon idée intime est qu'il faut chercher l'élément actif de l'ovaire au niveau de l'ovule : un ovule mûrit et déclenche la maturation folliculaire (1) avec toutes ses propriétés, mais d'autres ovules, sans cesse, arrivent à un état voisin de la maturité et sans cesse sont résorbés (2) ; ils constituent, sans doute, un des éléments de la sécrétion interne de l'ovaire, sécrétion interne que l'on a trop arbitrairement séparée de la sécrétion externe, ici comme au niveau de trop d'autres organes (3).

(1) D'ailleurs, ainsi que divers auteurs et récemment COURBIER l'ont décrit, dans certains cas on peut assister à une transformation lutéinique de la granuleuse dès avant la ponte.

(2) OKINTSCHITZ, en 1910, déniait toute fonction à l'interstitielle et au corps jaune, parce que ce sont des tissus de régression. Pour lui, l'élément sécréteur doit appartenir à un tissu de présence constante, de nature épithéliale et de vitalité manifeste, et c'est le cumulus ovigère qui remplit ces conditions ; c'est lui qui assure le contact de l'œuf et de l'organisme maternel et il est en quelque sorte le placenta de l'ovule.

(3) Voir ROUBASCHKINE, *Modif. des ovules des mammifères pendant l'atresie des follicules de Graaf* (*Rousski Vrach.*, 12 août 1906, p. 982, et 19 août, p. 1017), et LOISEL, *les Phénomènes de sécrétion dans les glandes génitales* (*Journ. de l'Anat.*, 1904, p. 536, et 1905, p. 58).

CHEMIN DE FER DE PARIS A ORLÉANS

LIVRET-GUIDE OFFICIEL

(ÉDITION DU SERVICE D'HIVER AU 6 OCTOBRE 1926)

La Compagnie du Chemin de fer de Paris à Orléans met en vente dans les principales gares de son réseau, au prix de 2 fr. 75 l'exemplaire, son livret-guide officiel illustré comprenant notamment l'horaire complet des trains au 6 octobre 1926.

Comme précédemment, ce guide est également adressé à domicile, contre l'envoi préalable de sa valeur augmentée des frais d'expédition, soit au total 4 fr. 20 pour la France et 6 fr. 25 pour l'étranger, en mandat-carte ou timbres-poste, au service de la publicité de la Compagnie, 1, place Valhubert, à Paris (XIII^e).

CHEMIN DE FER DE PARIS A ORLÉANS

L'AMÉRIQUE DU SUD via BORDEAUX

Il est rappelé au public les facilités offertes pour les relations avec l'Amérique du Sud via Bordeaux.

Sur présentation d'un billet de passage des compagnies Sud-Atlantique et Chargeurs-Réunis, conjointement avec un billet de chemin de fer pour Bordeaux, les bagages sont enregistrés directement à Paris-Quai d'Orsay pour la destination définitive, après visite par la douane. L'enregistrement est fait à Paris-Quai d'Orsay la veille du jour fixé pour le départ des paquebots de Bordeaux. Des dispositions spéciales sont en outre prévues pour amener les voyageurs, sans changer de voiture, jusqu'au quai d'embarquement.

Dans le sens du retour, les bagages à destination de Paris peuvent être enregistrés directement à bord du paquebot, avant son arrivée à Bordeaux. La visite de ces bagages par la douane n'a lieu qu'à la gare de Paris-Quai d'Orsay, et tout est fait pour faciliter aux voyageurs le plus possible, comme à l'aller, la traversée de Bordeaux.

L'OSTÉOSYNTHÈSE

Indications — Technique — Résultats

A PROPOS DE NEUF OBSERVATIONS PERSONNELLES

Par HENRI FRUCHAUD (d'Angers),

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris.

C'est une chirurgie très spéciale, souvent difficile, et qui engage fortement la responsabilité du chirurgien. Bien exécutée, elle rend des services inappréciables aux blessés; mal faite, elle conduit aux pires catastrophes.

LAMBOTTE.

L'ostéosynthèse est à l'ordre du jour; elle vient d'être officiellement prise à partie à la Société de Chirurgie, où elle a trouvé des défenseurs peu nombreux, mais très brillants. Ceci résume la question: l'ostéosynthèse n'est pratiquée d'une façon courante que par quelques spécialistes de la chirurgie osseuse. Les chirurgiens habitués à la chirurgie viscérale ne l'utilisent qu'à contre-cœur, avec un matériel incomplet et des méthodes insuffisantes; aussi retirent-ils beaucoup d'ennuis et même quelques déconforts. Il nous semble cependant que cette méthode chirurgicale, si utile parfois, pourrait se généraliser. Sans doute, c'est une technique très spéciale à apprendre. Elle fait remarquer, à juste titre, qu'une éducation de la chirurgie abdominale peut être une mauvaise préparation à l'ostéosynthèse; la chirurgie abdominale en effet est facilitée par les espaces libres péritonéaux, et grâce à l'admirable tolérance et même au pouvoir de défense du péritoine, elle donne d'excellents résultats, malgré de nombreuses fuites dans l'asepsie opératoire. En chirurgie osseuse au contraire, aucune négligence n'est possible, bien que chaque opération nécessite de gros décollements. Notre sujet comprendra cinq parties: indications, aseptique, technique, résultats, observations personnelles.

INDICATIONS OPÉRATOIRES

Les indications de l'ostéosynthèse sont rares: elles ne valent que des succès du traitement des fractures par manœuvres externes.

Nous n'opérons pas les fractures du col du fémur récentes; c'est une chirurgie aveugle et incertaine; chez les sujets résistants, le plâtre de Wittmann fait mieux; chez les autres, rien n'est bon. Quant aux pseudarthroses (qu'il faut opérer), nous ne pensons pas que l'enchevêtrement soit le traitement de choix; il y a mieux à essayer; mais ceci n'est plus de l'ostéosynthèse.

Les fractures de cuisse ne seront opérées qu'exceptionnellement, quand les autres traitements ont échoué. L'opération est difficile. Nous ne conseillons pas aux débutants cette chirurgie, naturellement de suer trop longtemps sur un foyer de fracture de cuisse ouvert; les conséquences

en sont lamentables. Le grand plâtre dans les cas simples, l'extension continue dans les autres donnent beaucoup de bons résultats fonctionnels et quelques bons résultats anatomiques; nous souhaitons de voir se répandre l'extension continue en suspension (appareil de miss Gassett), qui est un gros progrès pour ces fractures; c'est le seul appareil avec lequel on puisse soigner correctement une fracture sous-trochantérienne grave sans opérer. Mais qui sait quand cet appareil sera utilisé dans les hôpitaux! Il est cependant aussi intéressant d'appareiller une fracture de cuisse que d'enlever un fibrome.

Les gros fracas du genou (rotule, fractures sus-condyliennes du fémur, éclatements des épiphyses fémorales et tibiales) doivent presque toujours être opérés d'emblée.

Dans les fractures de jambe avec gros déplacement (fractures sus-malléolaires comprises), les indications de l'ostéosynthèse sont nombreuses (en particulier dans les fractures obliques avec chevauchement et embrochement musculaire). La réduction non sanglante donne dans ces cas beaucoup de résultats anatomiques et fonctionnels mauvais. L'opération est facile; les suites en sont parfaites.

Dans les fractures bi-malléolaires, les indications de l'ostéosynthèse sont exceptionnelles, bien que le hasard des séries nous en ait fait opérer deux coup sur coup. En général, on obtient la réduction parfaite par manœuvres sous anesthésie générale et botte plâtrée en hypercorrection. Cependant, lorsqu'on a soin de toujours vérifier aux rayons X la perfection de la réduction (surtout en ce qui concerne le diastasis, le déplacement de la malléole externe en dehors et le fragment marginal postérieur), on se verra parfois dans la nécessité d'opérer. Sous peine d'être paradoxal, je pense que les fractures justiciables d'une opération sont souvent celles qui s'accompagnent d'un faible déplacement. Les gros déplacements du pied en dehors ou en arrière se réduisent presque toujours sous anesthésie avec un claquement caractéristique et la radio montre un emboîtement parfait; au contraire, certains petits glisse-

Cinéma
Dérivation
Troubles de la circulation
Dyspepsie

Manguine

Dose: 4 à 6
Tablettes
par jour

PROPRIÉTÉ DE MANGUINE COLLIER

Laboratoire SCHMIT 71 Rue Sainte-Anne 71 PARIS.
R. C. Seine; 31.029

INJECTION CLIN STRYCHNO-PHOSPHARSINÉE

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

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

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

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

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

TONIQUE GÉNÉRAL du SYSTÈME NERVEUX, RECONSTITUANT, ANTIANÉMIQUE

GOUTTES CLIN STRYCHNO-PHOSPHARSINÉES

Réalisent la même médication par voie digestive.

LABORATOIRES CLIN - COMAR & C^{ie}, 20, Rue des Fossés-Saint-Jacques, PARIS.

1516

R. C. Seine : 78.026.

CHALLAND
NUITS SAINT GEORGES
(Côte d'Or)

JUS DE RAISIN FRAIS CHALLAND

REGISTRE COMMERCE : Nuits, N° 213.

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

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

SERUM ANTI-ASTHMATIQUE DE HECKEL

L'EXCITATION DU
PNEUMO-
GASTRIQUE

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

ÉCHANTILLONS

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

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

LE RÉVULSIOR

révulsif idéal liquide, qui produit une révul-
sion 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

Dentition

SIROP DELABARRE
Sirop sans narcotique.

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

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

Établissements FUMOIZE, 78, Faub^e St-Denis, Paris.

ments en dehors ou en arrière sont très difficiles à rattraper ; mal réduits, ils sont la cause de ces déviations secondaires si douloureuses et si graves.

Dans les fractures de l'épaule, il y a peu d'indications opératoires ; la réduction mathématique n'est pas nécessaire pour que le résultat fonctionnel soit parfait. Ne sont justifiables de l'opération que les chevauchements claviculaires énormes menaçant le paquet vasculo-nerveux, les fractures humérales avec déplacement très important ou compliquées de déplacement de la tête.

Les fractures de la diaphyse humérale guérissent bien avec des moyens simples, sauf dans les cas d'interposition musculaire et quand le nerf radial est touché. Dans ces cas, quoi qu'on en ait dit, il faut opérer d'emblée.

Les fractures du coude posent de nombreuses indications opératoires immédiates (olécrane, épiphyse humérale). Par contre, les fractures de la tête radiale sont justifiables le plus souvent de l'abstention, quelquefois de la résection de cette tête. Enfin la fracture de Monteggia guérit, en général, par manœuvres externes.

Au contraire, les fractures de l'avant-bras doivent très souvent être opérées si on veut conserver la pronation-supination (exception faite naturellement des faibles déplacements et des fractures en bois vert). Les fractures du poignet ne sont presque jamais à opérer.

Enfin, on peut rapprocher des ostéosynthèses pour fractures les interventions pour luxations irréductibles du coude et de l'épaule, qui nécessitent souvent des sections osseuses et des vissages ultérieurs.

Chez l'enfant, les indications de l'ostéosynthèse nous semblent très réduites (sauf pour l'olécrane et les os de l'avant-bras) ; les fractures les plus graves (au niveau du coude en particulier) se réduisent souvent bien ; les cals plus vicieux se modèlent très vite et le résultat fonctionnel est en général bon.

Avant de passer à l'étude de la technique opératoire, signalons combien il y a intérêt à opérer le plus tôt possible après l'accident. On évite ainsi les grosses suffusions sanguines dans les muscles, les phlyctènes de la peau et plus encore l'organisation conjonctive du foyer de fracture. Les ostéosynthèses tardives, les interventions pour cal vicieux ou pseudarthrose sont toujours plus difficiles.

ASEPSIE


L'asepsie opératoire est capitale. On répète partout que la chirurgie actuelle est essentiellement aseptique ; c'est une erreur ; en général, la chirurgie dite aseptique est tout simplement peu septique. La bienveillance des tissus et la bonne nature arrangent bien des choses.

En chirurgie osseuse, il ne peut en être ainsi : l'os ne tolère presque jamais un corps étranger mis dans des conditions d'asepsie douteuse ; la plupart des nombreux échecs constatés sont dus à des fautes d'asepsie opératoire.

Nous ne pouvons malheureusement développer comme il convient ce chapitre d'asepsie opératoire, dont l'étude occuperait un volume. Nous envisagerons rapidement trois points : le matériel opératoire, le malade, le chirurgien.

Le matériel opératoire peut être incorrectement stérilisé par suite d'une insuffisance de chauffage. Pour faire de l'ostéosynthèse, l'ébullition des instruments n'est pas un procédé sérieux. Il est fréquent qu'avec un Poupinel la température ne soit pas poussée et maintenue à 160° par crainte de détériorer les instruments. Ces derniers ne subiront aucun dommage dans de bons autoclaves où la stérilisation sera parfaite si elle est menée avec précision et grands soins. La stérilisation des compresses à l'autoclave peut être défectueuse si la chasse de l'air contenu au centre des boîtes n'a pas été soigneusement faite, la vapeur ne pouvant y pénétrer tant qu'il reste de l'air. Le chirurgien devra donc vérifier souvent par des tubes, ou mieux par des thermomètres témoins, la température atteinte dans ses boîtes de compresses et d'instruments. Le matériel opératoire peut être facilement souillé au cours de l'opération. Signalons le danger des plateaux trop petits, mal protégés par des champs trop étroits, ce qui permet des contacts entre les davieres et la table ou les bords de ces plateaux, bords toujours suspects. Nous avons vu des infirmières passer une plaque de verre à l'alcool, la couvrir d'une mince pièce de toile et disposer les instruments dessus ; nous en avons vu bouleverser en tous sens les instruments à bout de pinces plus ou moins stériles ; l'ostéosynthèse demande, pour donner de bons résultats, d'autres procédés.

**Sirop
Granules
Ampoules**



LUDIN



**Sirop
Granules
Ampoules**

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

traitement arséno-mercuriel dissimulé

très actif, très bien toléré

Le malade doit être rasé, savonné, passé à la benzine, puis à l'iode, enfin couvert de la tête aux pieds d'immenses draps stérilisés qui ne laissent pas un centimètre carré à l'air. Sous le membre qu'on opère, des champs caoutchoutés sont nécessaires pour éviter l'infection qui peut se produire à travers des champs imbibés de sang. Insistons enfin sur l'effroyable danger qu'il y a, quoi qu'on en dise, à faire des ostéosynthèses dans les fractures ouvertes; c'est jouer à pile ou face la question d'asepsie et par conséquent le succès. Il ne faut jamais opérer au contact de plaies, phlyctènes, etc.

Quant au chirurgien, les fautes d'asepsie qu'il peut commettre sont innombrables : lavage des mains avec de l'eau dite stérile qui traverse des tuyaux jamais stérilisés par la vapeur; gants mal mis (il ne faut pas oublier que les mains bien lavées sont septiques et ne doivent toucher que l'intérieur des gants); iodage de la peau du malade avec des mains gantées (ce qui infailliblement amène quelques contacts entre les gants et la peau sale; nous conseillons même de mettre à mains nues les premiers champs, puis de recouvrir ces champs par d'autres mis à mains gantées); contacts avec la peau du malade, qui, même iodée, est rapidement salie par la sueur et doit être totalement couverte; décollements opératoires faits à la main et non à bout d'instruments. Insistons surtout sur le danger des gants percés, qui laissent filtrer la sueur des mains; nous estimons qu'il est impossible de mener à bien une ostéosynthèse sans percer plus ou moins les gants de caoutchouc avec les grands daviers et nous jugeons nécessaire, comme notre maître Alglave et Lambotte, de mettre par-dessus les gants de caoutchouc des gants de fil protecteurs. Il nous semble dangereux d'arroser le champ opératoire avec de l'éther toujours versé par des tubulures non stériles; quant au badigeonnage à l'iode, son seul résultat est d'altérer la vitalité des cellules.

Nous n'employons jamais, dans les opérations pour ostéosynthèse, le catgut pour les ligatures et les sutures profondes, mais uniquement le fil de lin, bien plus sûr. Enfin, après l'opération, nous ne mettons pas d'appareil plâtré, dont l'humidité souille infailliblement le pansement, sauf dans de très rares cas (sujets agités); il faut alors préalablement entourer le pansement d'une toile imperméable.

TECHNIQUE

L'étude de la technique de l'ostéosynthèse nous fera envisager successivement plusieurs points : la voie d'abord, la réduction, la fixation.

I. La voie d'abord : l'abord d'un foyer de fracture doit être précis et large. Précis, c'est dire la nécessité d'un repère placé sur la peau après contrôle radiologique, ce qui évite les incisions trop hautes ou trop basses et les délabrements inutiles dans les masses musculaires. La voie d'abord doit être large, ceci est fondamental. C'est pourquoi nous utilisons presque toujours (même pour les diaphyses) les incisions à lambeaux. Ces incisions à lambeaux sont indispensables pour les fractures épiphysaires :

aborder un genou ou un coude par une incision verticale et latérale, c'est s'exposer à ne pouvoir faire une réduction correcte. De plus, dans ce genre de fractures, l'incision doit être transosseuse (incisions trans : rotuliennes, olécraniennes, acromiales, calcanéennes). Avec ces larges ouvertures, les manœuvres opératoires sont faciles, la reconstitution du mur osseux sectionné est excellente; le résultat fonctionnel est très bon, alors qu'il n'en est pas toujours de même lorsqu'on utilise des incisions qui sectionnent les tendons et non les os.

II. La réduction est considérée comme le temps opératoire le plus difficile. Cependant, conduite d'une façon méthodique, elle est presque toujours simple.

Le rôle capital dans la réduction est dévolu aux daviers. (Nous exposerons ici une technique qui n'est pas acceptée par tous les chirurgiens; cependant, après avoir vu faire beaucoup d'ostéosynthèses et en avoir pratiqué personnellement un certain nombre, nous jugeons que seule la réduction aux daviers après une bonne dénudation osseuse est pratique et simple. On trouvera à la bibliographie les articles qui exposent une technique différente.)

Le principe général qui rend l'opération facile et évite les réductions brutales avec dérapages répétés est le suivant : il ne faut à aucun prix confondre le rôle des daviers qui permettent de mobiliser les fragments osseux et de réduire, avec celui du davier qui bloque les os ramenés en bonne place. Dans la réduction, il y a deux temps bien différents : le premier consiste à ramener au contact les extrémités osseuses brisées, le deuxième à coapter ces extrémités lorsque l'engrènement est obtenu; pour ces deux temps différents, deux groupes de daviers différents : changer de place le davier qui réduit pour l'utiliser dans le blocage conduit à coup sûr au dérapage; les manœuvres recommencent alors indéfiniment et donnent l'impression que la réduction est affaire de veine et de hasard, alors que c'est une affaire de méthode et de précision.

Le rôle accessoire dans la réduction peut être demandé à des tractions supplémentaires. Souvent il suffira d'avoir un troisième aide *soigneusement ganté* qui agit à la demande sur l'extrémité du membre. Voici un procédé extrêmement utile que nous utilisons toujours dans les fractures de jambe : le pied de la jambe fracturée est solidement attaché avec des lacs de toile au bout de la table d'opération. Cette table est inclinée de façon assez prononcée, de façon à ce que le poids du corps *non soutenu par les épaulières* exerce une traction puissante sur le foyer de fracture; pour cela, il est naturellement nécessaire de posséder une table d'opération qui, comme celle de Gosset, *ne se plie pas au niveau des genoux* lorsqu'on fait la position déclive. Enfin, dans les cas difficiles (fractures de jambe vicieusement consolidées, fractures de cuisse anciennes), nous utilisons une table orthopédique spéciale dérivée de la table à réduire les fractures sous écran; cette table, que n'importe quel menuisier peut fabriquer, est en bois; à la partie centrale environ émerge une forte tige verticale qui fait saillie entre les racines des cuisses; cette tige, entourée de coton, fait la contre-extension sur

Le plus Puissant Reconstituant général

HISTOGÉNOL

Médication Arsénio-Phosphorée Organique

NALINE

PUISSANT RÉPARATEUR
de l'Organisme débilité

FORMES: Elixir, Granulé, Comprimés, Concentré, Ampoules.
Littérature et Échantillons: Éts^{ms} MOUNEYRAT,
12, Rue du Chemin-Vert, à VILLENEUVE-la-GARENNE (Seine).

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

R. C. Seine, 210.439 B

Traitement préventif et curatif de la

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

HECTARGYRE

(Combinaison d'Hectine et de Mercure)

Le PLUS ACTIF, le MIEUX TOLÉRÉ des SELS ARSÉNIO-MERCURIELS
PILULES, GOUTTES, AMPOULES A et B

Ets^{ms} MOUNEYRAT, 12, Rue du Chemin-Vert, à Villeneuve-la-Garenne, près St-Denis (Seine).
R. C. Seine, 210.439 B

BIEN DE PLUS DIGESTIF
Qu'un verre de

BÉNÉDICTINE

la MEILLEURE de TOUTES les LIQUEURS

R. du C. Fécamp: 1.279



RECONSTITUANT GÉNÉRAL

NEUROSINE PRUNIER

TOUTES PHARMACIES

R. C. Seine: 53.319.

TRAITEMENT DU DIABÈTE

ET DE TOUTES SES MANIFESTATIONS PAR L'

INSULINE BYLA

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

PURIFICATION PARFAITE || **CONSTANCE ABSOLUE DE**
STABILITÉ INDÉFINIE || **L'ACTION THÉRAPEUTIQUE**

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

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

Les Établissements BYLA, 26, avenue de l'Observatoire, PARIS
Registre du Commerce: Seine, N° 71.895.

IODALOSE GALBRUN

IODE PHYSIOLOGIQUE, SOLUBLE, ASSIMILABLE

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

DÉCOUVERTE EN 1896 PAR E. GALBRUN, DOCTEUR EN PHARMACIE

Remplace toujours lode et lodures sans Iodisme

Vingt gouttes IODALOSE agissent comme un gramme Iodure alcalin
Doses quotidiennes : Cinq à vingt gouttes pour les Enfants, dix à cinquante gouttes pour les Adultes

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

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

R. C. Seine..30.304.

De Trouette-Perret

1^{re}
Aphloïne

Spécifique des Troubles
de la Ménopause
et du système veineux

1^{re}
Nisaméline

(Guaco)
Prurits - Eczémas - Prurigos
Néoralgies

1^{re}
Papaïne

Gastro-Entérites
Diarrhées - Vomissements
Troubles Dyspeptiques

15, Rue des Immeubles-Industriels -:- PARIS

RECONSTITUANT - REMINÉRALISATEUR - RECALCIFIANT

NOUVEAU SEL
PHOSPHORÉ & CALCIQUE

Gaurol

ENTIÈREMENT
ASSIMILABLE

R. C. Seine 133.142

DEUX
FORMES

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

LABORATOIRES PÉPIN & LÉBOUCQ — COURBEVOIE (Seine)

Iodogénol

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

R. C. Seine 133-142

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

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

le pubis; à l'extrémité de la table qui répond aux pieds sont installées deux tiges pourvues de manivelles de traction; grâce à cet appareil de traction, on tire sur les pieds au moyen de lacs de toile disposés autour de la cheville comme dans la réduction d'une fracture de jambe par la méthode de Delbet (il faut toujours tirer sur les deux membres à la fois pour éviter la bascule du bassin). A la place de cette table, on peut utiliser le tracteur de Mas-monteil, qui est excellent.

Ces idées générales étant exposées, nous donnerons deux exemples de réduction de fracture :

* *Réduction d'une fracture diaphysaire* (tibia, par exemple). — Il faut commencer par dégager soigneusement les extrémités osseuses sur une longueur importante. Nous avons vu pratiquer des ostéosynthèses à des chirurgiens qui, s'aidant de tractions puissantes, dénudent à peine les os; l'opération nous a paru très souvent pénible. Mais nous conseillons de pratiquer cette *dénudation extra-périostée* (Alglave); c'est le moyen d'aller vite, de ne pas traumatiser les os et d'éviter les gros cals. Pour cela, nous utilisons non pas une rugine tranchante, mais la grande rugine de Lambotte; l'aide présente l'os soulevé par un crochet de Lambotte et la rugine décolle les insertions musculaires.

La dénudation faite, il faut examiner avec soin les extrémités osseuses brisées, les nettoyer avec une fine curette, étudier les saillants et les rentrants réciproques et, lorsque l'on a dans l'œil la topographie de la fracture, on passe à la réduction.

Les deux fragments osseux dénudés sont saisis avec un davier de Lambotte de taille convenable (c'est dire qu'il faut en posséder la série à peu près complète) (voir figure 4). Ces davieres sont les seuls instruments à employer pour ce temps opératoire; il faut appliquer les deux mors sur les deux joints osseux symétriques, bien dégagés, et serrer correctement le cran d'arrêt; bien placé, le davier ne doit plus déraiper; il doit être accroché assez solidement pour permettre à l'opérateur de pratiquer avec douceur toutes les manœuvres de force qu'il juge utiles. Rien de plus dangereux au contraire que tous les instruments hétéroclites qu'on utilise comme des leviers et qui glissent (rugines, spatules, ciseaux courbes) ou comme des pinces et qui dérapent en écrasant souvent l'os dans leur fuite (davier de Parabeuf). C'est avec ces instruments qu'on dilacère le champ opératoire. Mais les davieres réducteurs doivent être placés assez loin du foyer de fracture pour laisser la place libre à la plaque d'ostéosynthèse. Les davieres placés, l'opérateur en prend un dans chaque main et, aidé comme nous l'avons vu plus haut par des tractions accessoires, pratique la réduction par translation, rotation et angulation des fragments osseux.

La réduction étant obtenue, il faut passer au temps suivant, qui est de la maintenir. L'aide prend les davieres de Lambotte et les immobilise simplement dans la position de réduction. L'opérateur ainsi libéré engage sous le foyer de fracture un nouveau davier, le davier d'Heitz-Boyer, qui est un instrument admirable pour ce temps opératoire; grâce à sa concavité (deux modèles), il s'engage facilement

sous les diaphyses; ses larges mors, par le mouvement doux et progressif du lithotriteur, saisissent bien tout le foyer de fracture et le bloquent d'une façon parfaite (voir figure 5). Il faut à ce moment glisser entre l'os et le mors mobile du davier d'Heitz-Boyer une longue plaque de Shermann. La partie difficile de l'opération est terminée; les davieres de Lambotte devenus inutiles sont enlevés pour dégager le champ opératoire.

2° *Réduction d'une fracture épiphysaire*. — Le principe est le même; cependant la dénudation des fragments osseux ne doit être pratiquée que sur les bords et non sur les faces; il suffit simplement de dégager deux points osseux symétriques pour l'application des deux mors du davier réducteur. Le fragment brisé est saisi avec un davier de Lambotte de tout petit modèle, ou (si aucun davier de Lambotte ne convient) avec un davier à dents de lion. Dans certains cas (tête humérale mobile), il est très pratique d'embrocher le fragment épiphysaire mobile avec un petit perforateur. Ainsi bien saisi, le fragment osseux peut être très fortement entraîné sans pivoter comme une pièce folle, ce qui se produit quand on le manœuvre à la rugine (voir figure 1) (d'après Charrier et Petit-Dutaillis).

La réduction obtenue, l'aide maintient le davier réducteur; là comme plus haut, il est essentiel à ce moment de ne pas toucher à ce davier. Pour bloquer la réduction, il faut utiliser un nouveau davier à dents de lion. Cet instrument est excellent, car il peut prendre sur les fragments épiphysaires petits un point d'appui solide; ses mors acérés accrochent l'os mou sans l'écraser (voir figure 2).

III. La fixation, l'ostéosynthèse proprement dite peut maintenant être faite; ne pas la pratiquer, se contenter des engrenements osseux, c'est perdre tout le bénéfice de l'opération (solidité, mobilisation articulaire rapide), c'est avouer le peu de confiance que l'on a dans son aseptie. En effet, avant de passer aux détails, nous poserons un principe essentiel : une ostéosynthèse n'a de valeur que si elle est d'une solidité absolue; l'ostéite raréfiante n'existe autour des vis que lorsque les vis ont été mal vissées; une plaque bien bloquée ne prend pas de jeu; une synthèse solide et aseptique est parfaitement tolérée. Une synthèse qui a du jeu ou qui est un peu infectée est mauvaise; l'os, tout en se consolidant mal, tend à s'en débarrasser. Robineau et Contremoulins, Fredet, Leriche, etc., ont fortement insisté sur ces points. C'est pourquoi nous utilisons en ostéosynthèse surtout les plaques et les vis, qui seules peuvent donner une fixité parfaite; nous n'avons pas l'expérience des manchons de Robineau et Contremoulins, qui sont peut-être un peu encombrants. Les autres procédés d'ostéosynthèse (fil d'acier ou de bronze d'aluminium, crins, cercles de Parham, agrafes, clous, chevilles osseuses, etc.) sont incapables de donner la solidité parfaite: les cercles de Parham semblent nettement prédisposer aux inflexions secondaires du cal; peut-être troublent-ils la vitalité de l'os en l'étranglant sur tout son pourtour. Sauf pour les fractures de l'olécrane, de la rotule, de la malléole interne où le cerclage est parfait, ces procédés d'ostéosynthèse ne doivent être utilisés que comme moyen accessoire (pour raccrocher une pointe osseuse); même dans les frac-

tures diaphysaires très obliques, l'agent d'ostéosynthèse principal doit être une plaque avec des vis.

Pour exposer la technique dans son détail, nous prendrons là aussi deux exemples :

1° *Ostéosynthèse d'une fracture diaphysaire.* — Nous la pratiquons avec la plaque de Shermann, qui nous semble posséder de grandes qualités que n'a pas la plaque de Lambotte : plaque très solide en acier, métal bien toléré (sans couple électrique dû à la présence de deux métaux, couple électrique qui peut altérer les tissus) ; plaque peu large qui s'adapte à toutes les diaphyses quelle que soit la convexité du cylindre osseux ; plaque utilisant des vis d'un seul diamètre (par conséquent des mèches d'un seul diamètre, pas d'erreur possible dans le forage des trous, qui ne sont ni trop grands ni trop petits) ; plaque dans laquelle les vis s'encastrent sans faire de saillie ; plaque enfin facilement modelable (avec une grosse pince spéciale) ; on peut l'adapter à la forme de l'os, lorsqu'une tige diaphysaire s'évase pour se continuer dans l'épiphyse. *Il faut toujours prendre une plaque très longue* : dans une fracture du tibia, il doit y avoir trois vis de part et d'autre du trait de fracture, quatre dans une fracture du fémur ; sans cela l'ostéosynthèse n'est pas suffisamment solide.

Enfin il faut placer correctement les vis ; c'est le point fondamental. Les vis doivent être enfoncées dans l'os dur d'une diaphyse de la même façon que les serruriers et les marbriers font rentrer des vis dans le métal ou le marbre. Dans les corps durs, la vis ne doit pas creuser son chemin : car elle se casse souvent, ou bien elle broie tout sous son passage lorsqu'elle est assez solide pour ne pas se briser ; le chemin doit être préparé, et la vis y tient solidement grâce à ses tours de spire rapprochés. C'est dire le rôle essentiel du taraudage qui modèle le trou où entrera la vis. La pose d'une vis comprend trois manœuvres différentes ; il faut : 1° percer un trou ; 2° le tarauder ; 3° enfoncer la vis.

Le trou est percé avec une mèche américaine. Cette mèche doit être courte, pour ne pas casser ; la vis n'a pas besoin d'ailleurs de traverser une grosse épaisseur d'os pour tenir solidement.

Il faut monter la mèche sur un drille muni d'un porte-mèche universel et non sur un vilebrequin. Le porte-mèche universel, dont la prise est solide, permet un changement rapide de mèches et saisit toutes les mèches à tige ronde, quel que soit leur calibre ; le drille perce les trous grâce à un mouvement vertical de la main qui travaille en montant et en descendant ; si on le tient solidement appliqué de la main gauche (voir figure 6), la main droite peut travailler sans créer d'oscillations latérales ; ce sont ces oscillations latérales qui, dans le vilebrequin, facilitent la rupture des mèches.

Le trou percé est taraudé : le taraud sera court comme la mèche ; mais, alors que le trou peut être percé rapidement, le taraudage sera pratiqué lentement, en faisant parcourir au taraud deux fois le chemin aller et retour.

Le taraudage fini, la vis est saisie avec une pince porte-vis, présentée au tournevis de Shermann qui la tient automatiquement (détail très pratique pour engager la vis sans difficultés dans l'orifice qui doit la recevoir). Mais le tournevis de Shermann doit être retiré avant les derniers tours de spire, il est trop fragile, et la vis est bloquée à fond avec un tournevis ordinaire (nous utilisons la vis de Shermann courte).

Fait dans ces conditions, le vissage est parfait : les mèches ont 2^{mm},3, le taraud 2^{mm},8, la vis 3 millimètres de diamètre ; cette progression dans les diamètres permet un vissage solide et pratiqué sans effort, si on a soin de ne pas négliger le temps essentiel du taraudage. Les vis ne cassent pas pendant le vissage, car elles trouvent un trou bien préparé de dimensions suffisantes ; pour éviter leur rupture, il n'est donc pas besoin d'implorer le ciel. Et les vis tiennent d'une façon inébranlable ; elles ne prennent pas de jeu et ne sortent pas des trous ; l'ostéite raréfiante autour des vis n'existe pas ; c'est un terme découvert pour masquer une mauvaise technique.

Signalons accessoirement que dans les régions métaphysaires (réunion de la diaphyse et de l'épiphyse), nous employons non pas la vis de Shermann courte, mais la vis de Shermann longue sans taraudage préalable, car le tissu osseux n'a plus la même dureté.

2° *Ostéosynthèse d'une fracture épiphysaire.* — Les longues vis nous semblent le seul moyen d'ostéosynthèse capable de donner une solidité parfaite, mais ici le vissage doit être pratiqué selon des règles différentes. L'os à larges mailles est mou, friable. Il ne faut pas tarauder, car la vis crée facilement sa place et un taraudage préalable donnerait trop de jeu ; il faut simplement percer un trou et introduire la vis à la façon des menuisiers qui travaillent dans du sapin. Il faut utiliser des vis dont le filetage n'est pas très serré, ce qui leur permet de prendre point d'appui dans l'os mou sans le broyer, et des vis dont le filetage n'occupe pas la partie de la vis opposée à la pointe, ce qui est absolument nécessaire si on veut bloquer à fond la vis à bois banale du commerce, qu'on trouve chez tous les quincailliers, à ces deux qualités, que ne possèdent pas les vis de Lambotte. Il faut étudier avec soin le diamètre réciproque des mèches et des vis ; nous utilisons des mèches dont le diamètre est de 3^{mm},5 et des vis de 4 millimètres ou 4^{mm},5 de diamètre, mais de longueurs différentes selon les cas (voir figure 3 et radios).

LENIFORME

HUILE ANTISEPTIQUE NON IRRITANTE

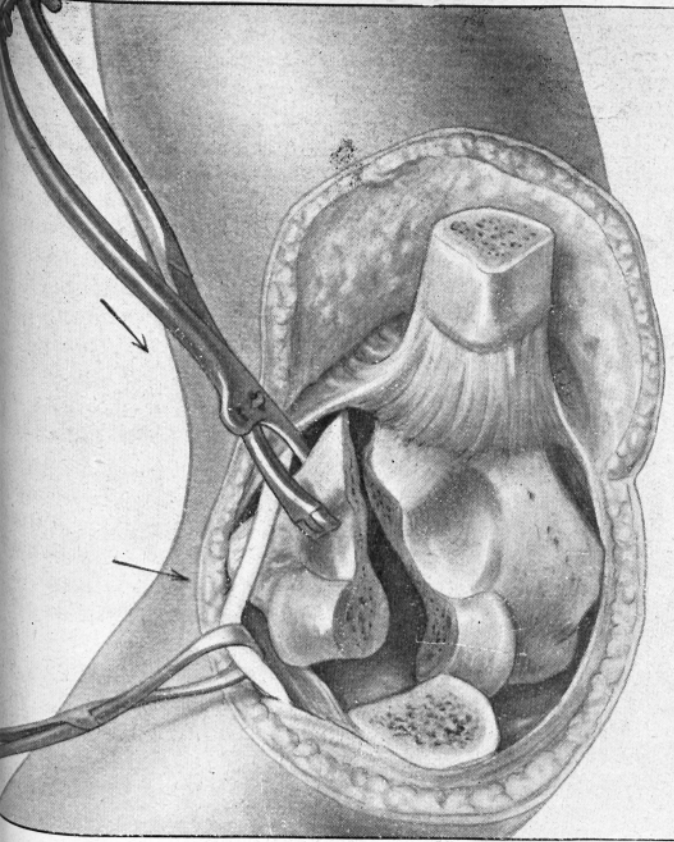
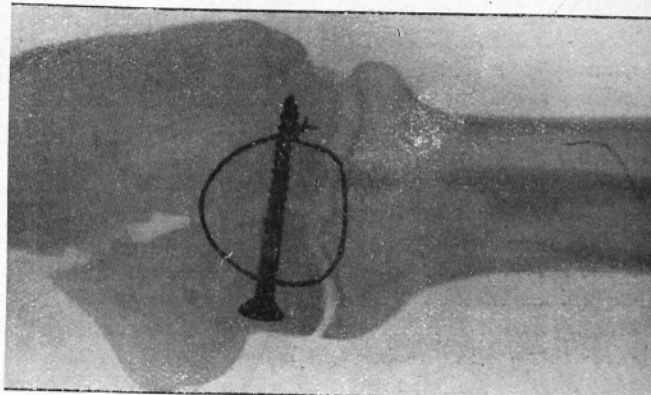
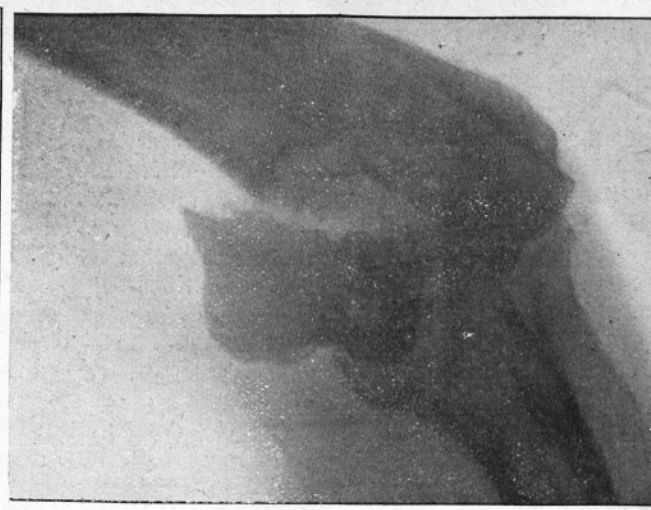


FIGURE 1.

(D'APRÈS CHARRIER ET PETIT-DUTAILLIS, MODIFIÉE.)



RADIOS I.

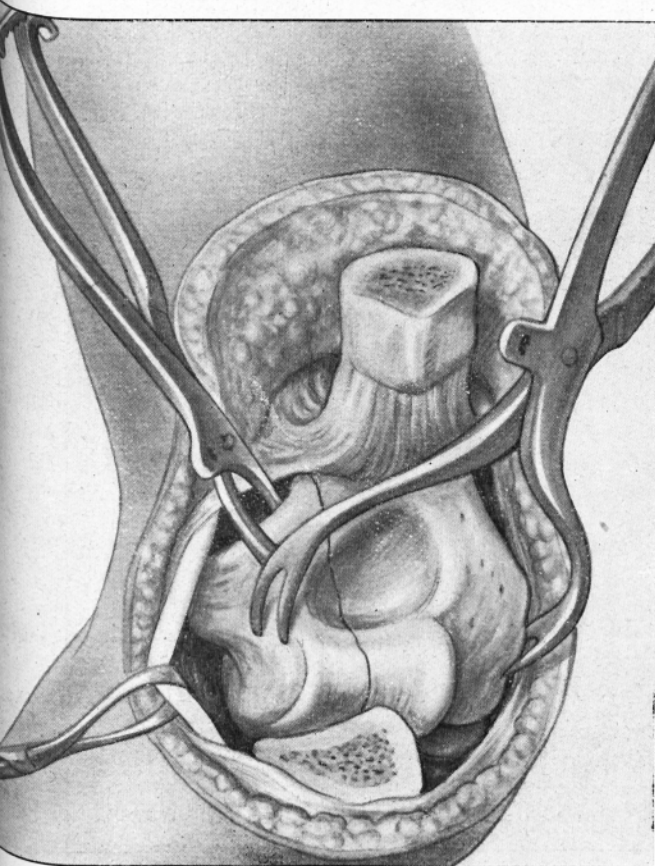


FIGURE 2.

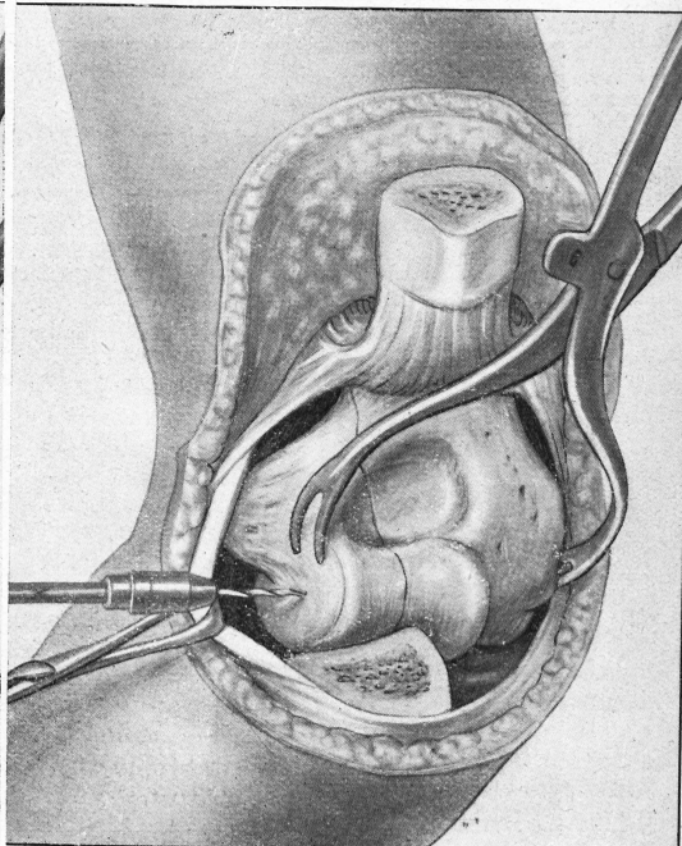


FIGURE 3.

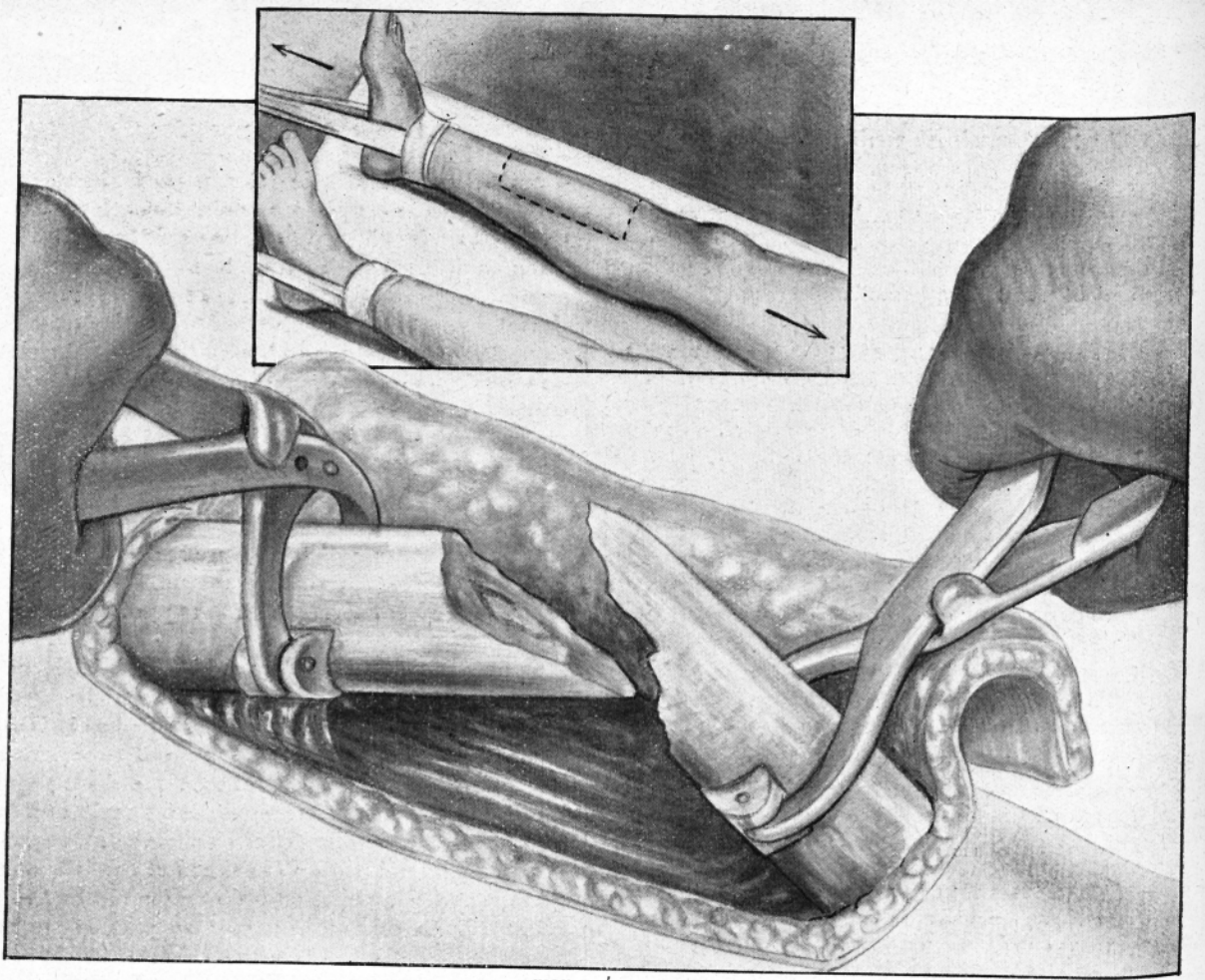


FIGURE 4.

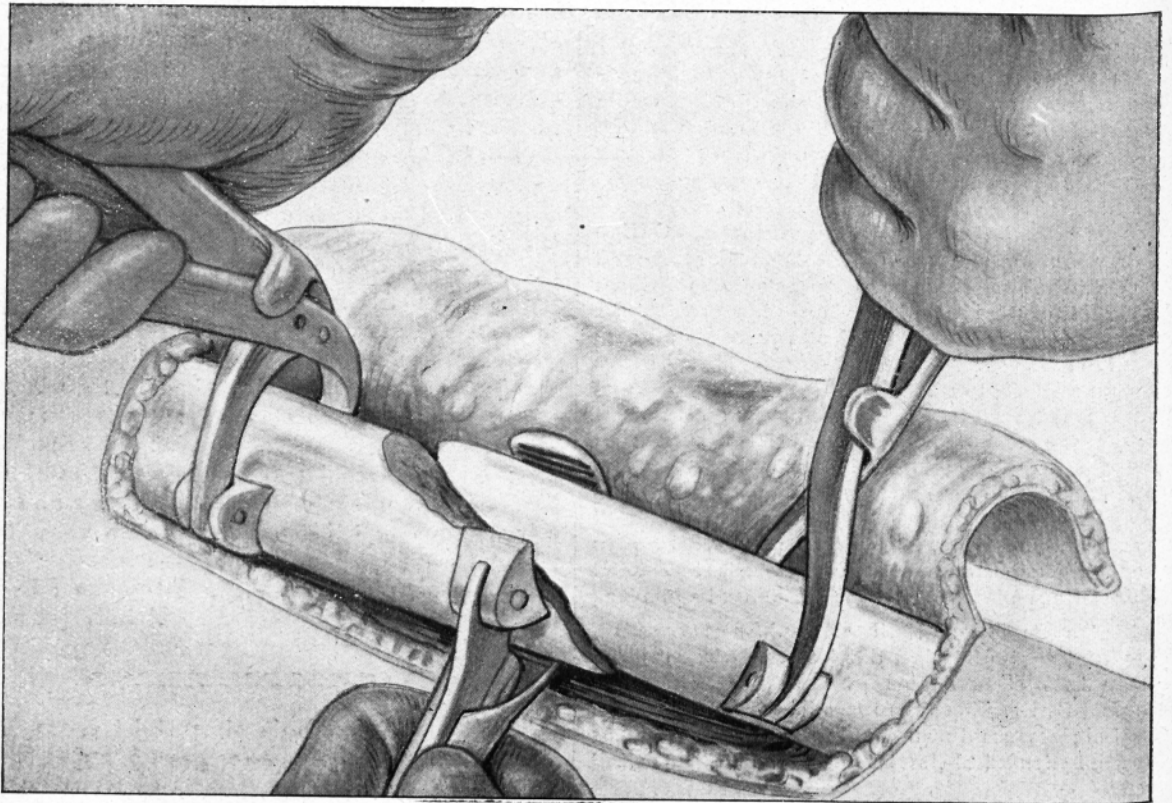


FIGURE 5.

LIPOÏDES H.I.

EXTRAITS PURIFIÉS ET IMPUTRESCIBLES
DE TOUS LES ORGANES

Les Lipoides sont, par rapport aux poudres sèches d'organes, exactement ce que l'extrait de digitale ou l'extrait de belladone est à la poudre de digitale ou de belladone.

R. C. SEINE 281.038

GYNOCRINOL

Stimulant
et activateur des
fonctions ovariennes et de
la menstruation.

GYNOLUTÉOL

Calmant
et sédatif des
fonctions ovariennes et de
la menstruation.

ANDROCRINOL

Certaines
aménorrhées rebelles aux traitements
ovariens. Sénescences féminine et masculine.

LABORATOIRE J. M. ISCOVESCO
107, RUE DES DAMES, PARIS 17^e - TÉL. MARCADET 59-28

DRAGÉES

OPOBYL

DRAGÉES

TRAITEMENT PHYSIOLOGIQUE

des ICTÈRES, HÉPATITES et CIRRHOSIS, ANGIOCHOLITES et CHOLECYSTITES
LITHIASIS BILIAIRES, ENTEROCOLITES,
CONSTIPATIONS CHRONIQUES, ETATS HÉMORRHOÏDAIRES

INSUFFISANCES

COMPOSITION

Extrait hépatique Sels biliaires
Boldo et Combretum
Podophyllin et Evonymine

HÉPATIQUE et BILIAIRE

PHARMACODYNAMIE

Cholagogue Réducteur des
fonctions vito-hépatiques.
Décongestif du foie et des intestins

Mode d'emploi : Une à deux dragées par jour après les repas
Échantillons Gratuits sur Demande.

Laboratoires A. BAILLY 15 à 17, Rue de Rome, PARIS

Laboratoires GALLINA, 4, rue Candelolle — PARIS (V^e)
Téléph. : Diderot 10-24 Adr. télégr. : Iodhemoi, Paris.

IODHÉMA • TOUS RHUMATISMES CHRONIQUES
Amoules (Voies veineuse & musculaire)
Flacons (Voie gastrique).

**IODISATION
INTENSIVE**

(Communi-
cation à la
Société médi-
cale des Hô-
pitaux de
Paris du 21
juin 1923.)

Extra-
viscérale: **IODENTÉROL** Gouttes
par voie
buccale
Viscé-
rale **Lipoides des
Galli-Résistants**
Ampoules
(Voie musculaire)

HUILE GALLINA

R. C. Seine 183.562.

ÉTATS PLÉTHORIQUES
HYPERTENSION

TRISODYL ROZET

ANGIOSPASMES
ARTÉRIOSCLÉROSE

MÉDICATION NOUVELLE

*Syndromes complexes dans leurs causes et leur mécanisme,
1° HYPERTENSION et son aboutissant l'ARTÉRIOSCLÉROSE exigent
une médication complexe appropriée :*

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

TRISODYL

- 1° **NITRITE DE SOUDE PUR** = VASODILATATEUR
PÉRIPHÉRIQUE
- 2° **SILICATE DE SOUDE PUR** = DISSOLVANT DU CA
DIURÉTIQUE
- 3° **CITRATE DE SOUDE PUR** = ANTICOAGULANT
ANTIHYPERVISQUEUX

TRISODYL

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

Littérature : LABORATOIRE de la **SULFOLÉINE ROZET**

Echantillons : BENDERITTER, Ph^{en} VENDÔME (Loir & Cher) France. R.C. Vendôme 140

RÉSULTATS

Nous ne considérons que les résultats d'une ostéosynthèse faite dans des conditions aseptiques et réalisée avec un matériel de synthèse solide et bien fixé dans l'os. Les ostéosyntheses pratiquées dans d'autres conditions n'ont pas de valeur; celles qui suppurent sont presque toujours ratées; elles entraînent souvent des fistulisations interminables et parfois l'amputation du membre. La question de technique étant primordiale, nous pensons qu'une critique globale, sans détails complémentaires sur chaque cas, comme celle qui a été présentée l'année dernière à la Société de Chirurgie, a bien peu d'intérêt. Ce n'est pas parce que les ostéosyntheses mal faites donnent des résultats lamentables qu'il faut, avec M. Thiéry, jeter l'anathème sur une méthode qui peut être excellente; il est plus important d'écouter les sages conseils donnés au cours de la discussion par MM. Alglave, Fredet, Robineau et Lambotte.

1^o Le matériel de synthèse est toujours toléré; on peut l'enlever secondairement lorsqu'il semble causer quelques douleurs. Ceci se voit parfois quand les plaques et les vis ont été mises sous la peau (face interne du tibia). Il faut autant que possible placer les plaques sous un lambeau cutané et non directement sous la ligne d'incision. Il est surtout important de placer la plaque sous les muscles. Dans ces conditions, le matériel de synthèse ne donne aucun ennui. Au tibia même, il est en général facile de placer la plaque sur la face externe, musculaire (Alglave). En tout cas, l'ablation des plaques et des vis à l'anesthésie locale est toujours simple; elle est rarement nécessaire.

2^o Les ostéosyntheses faites avec des plaques et des vis ont une solidité considérable. Il est difficile de savoir si dans ces cas la consolidation osseuse est retardée; les cals ne paraissent pas plus gros que dans les fractures non opérées, et les inflexions secondaires, qui sont assez fréquentes après les cerclages selon la méthode de Parham, nous semblent exceptionnelles. Grâce à la solidité de l'ostéosynthèse, la mobilisation peut et doit être précoce, au 10^e jour pour le membre supérieur, au 15^e jour pour le membre inférieur; cependant nous ne conseillons pas la marche avant 40 jours dans les fractures de jambe, avant 60 jours dans les fractures de cuisse. Il faut également être prudent après les ostéosyntheses d'avant-bras et ne pas laisser le sujet faire d'effort.

3^o Les résultats fonctionnels sont presque toujours excellents, en particulier pour le membre supérieur, la rotule, la jambe. Les fractures de cuisse peuvent être suivies de raideurs du quadriceps, de raideurs du genou; les gros fracas du genou et du cou-de-pied donnent rarement la reconstitution *ad integrum*, mais il faut comparer les résultats obtenus avec ceux que donnent des fractures de même gravité non opérées. Là encore l'ostéosynthèse a une grosse supériorité.

OBSERVATIONS

Nous donnons ici la série absolument complète des ostéosyntheses pratiquées par nous depuis août 1924 dans

le même service de chirurgie, dans des conditions opératoires identiques.

OBSERVATION I. — M. G..., 60 ans. Fracture banale de la partie moyenne de l'olécrane, avec gros déplacement du fragment supérieur. Hémicerclage au fil de bronze d'aluminium. Résultats anatomique et fonctionnel parfaits. Fil toléré depuis deux ans et trois mois.

OBSERVATION II. — M. D..., 47 ans. Fracture du condyle interne du coude (voir radios I). Gros déplacement des os de l'avant-bras en dedans et en arrière simulant une luxation du coude; l'interligne articulaire est disloqué par l'ascension de la moitié interne de la trochlée fracturée. Ostéosynthèse par voie transolécraniennne. Résultat anatomique (voir radios I): l'interligne articulaire est intégralement reconstitué; la pointe supérieure du fragment condylien reste légèrement basculée en avant et en dehors. Résultat fonctionnel parfait: tous les mouvements du coude sont intacts; le blessé reprend son métier d'ouvrier agricole. Vis et fil de bronze d'aluminium tolérés depuis deux ans.

OBSERVATION III. — M^{me} D..., 64 ans. Fracture banale de la rotule. Cerclage au fil de bronze d'aluminium. Résultats anatomique et fonctionnel parfaits. Fil toléré depuis vingt mois.

OBSERVATION IV. — M^{me} B..., 68 ans. Luxation du coude irréductible avec déplacement important en arrière et en dehors. La radio-montre un petit fragment osseux qui semble détaché du condyle interne (ce fragment, probablement chassé en avant par les manœuvres opératoires, n'a pas été retrouvé pendant l'opération). Intervention sanglante par voie transolécraniennne; réduction facile. Huit jours après l'intervention, sphacèle superficiel des bords du lambeau, dont par erreur la base avait été taillée moins large que la pointe. Cicatrisation secondaire rapide. Résultat fonctionnel parfait; le résultat anatomique n'a pas été vérifié à la radio. Le fil de cerclage olécranien est toléré depuis quatorze mois.

OBSERVATION V. — M^{lle} M..., 45 ans. Fracture bimalléolaire sans déplacement latéral; fragment marginal postérieur et glissement important de l'astragale en arrière (voir radios IV). Réduction sous anesthésie générale; botte plâtrée en hyperflexion; la radio montre une réduction parfaite. Mais le plâtre est mal supporté, il faut l'échancrer en arrière. Quelques jours après, la radio montre que le déplacement s'est reproduit. Ostéosynthèse par voie transcalcanéenne: deux vis sur le fragment marginal postérieur; une vis transversale fixe le malléole externe au tibia; la pointe du fragment péronier est accrochée avec un cercle de Parham et un fil de bronze. Visage du calcanéum; cette vis mise dans le calcanéum étant située sous la peau du talon est enlevée dès le quinzième jour. La marche est reprise au bout d'un mois avec un appareil de Delbet. Un mois plus tard, la marche est reprise sans appareil; la malade accusant de vives douleurs sur le bord externe du pied, tout le matériel d'ostéosynthèse est enlevé trois mois après la première intervention (pas d'infection ni de fistule). Résultat anatomique parfait (voir radios IV). Le résultat fonctionnel est le suivant: pied solide, voûte plantaire intacte; limitation de la flexion et de l'extension; douleurs dans le pied par temps humide et pendant la marche sur terrain inégal.

OBSERVATION VI. — M^{me} X, 54 ans. Fracture haute de l'humérus (fracture du col chirurgical du type le plus élevé); le fragment diaphysaire est passé devant la tête humérale qui a basculé et regarde en avant (voir radios III). Ostéosynthèse par voie transdeltoïdienne; incision en L renversé; la branche verticale suit le sillon delto-pectoral, la branche horizontale tra-

verse les incisions claviculaires du deltoïde; il n'est pas nécessaire d'entamer l'acromion. Une vis et une agrafe. Au bout de quinze jours, cicatrisation complète sans le moindre phénomène infectieux; on doit commencer la mobilisation incessamment.

OBSERVATION VII. — M. B..., 56 ans. Fracture de la base de l'olécrane (voir radios V) avec grosse ascension du fragment supérieur et glissement des os de l'avant-bras en arrière. 1° Hémi-cerclage pour rapprocher les fragments. 2° Vissage du fragment supérieur donnant une solidité absolue qui s'oppose au déplacement des os de l'avant-bras. Résultat anatomique excellent (voir radios V). Résultat fonctionnel: fonctionnement normal du coude. Vis et fil tolérés depuis dix mois.

OBSERVATION VIII. — M^{lle} D..., 22 ans. Fracture bimalléolaire avec large plaie sur la face interne du tibia (voir radios VI). La radio montre un glissement insignifiant au dehors de la malléole externe, qui est prise obliquement à sa base. Sous anesthésie générale, épiluchage de la plaie, appareil plâtré; on essaie de refouler en dedans la malléole externe; une radio de vérification montre la persistance d'un léger déplacement en dehors de cette malléole. Ce déplacement étant insignifiant, on conseille seulement à la malade de garder sa gouttière dixante jours et de venir ensuite se faire mettre un appareil de marche de Delbet pour un mois; cette précaution est nécessaire. Un mois et demi après la reprise de la marche, la malade revient, souffrant beaucoup. Le pied est basculé en dehors, la voûte plantaire s'affaisse. La radio montre un déplacement notable de la malléole externe (ce déplacement ne peut être appelé diastasis tibio-péronier vrai puisque la fracture malléolaire est très basse: voir radios VI), la bascule de l'assagale et un léger déplacement en dehors de la malléole interne. Intervention: courte incision interne, d'un coup de ciseaux on rétablit l'ancienne fracture interne et mobilise la malléole interne; incision externe; ablation de tissus fibreux dans le foyer de fracture. Reposition de la malléole externe et vissage de façon à avoir un tibia bi-malléolaire. Résultat anatomique: pied en excellente position, malléole en bonne place; la radio montre une perte de substance osseuse au niveau du trait de fracture où une ébauche de cal a été détruite (voir radios VI). Résultat fonctionnel: six mois après l'intervention, pied solide et souple, marche facile sans fatigue. Vis tolérée depuis six mois.

OBSERVATION IX. — M^{lle} B..., 39 ans. Fracture du tiers supérieur de l'épiphyse tibiale. La radio de face montre une grosse esquille accessoire sur la face interne du tibia, un tassement notable du plateau tibial externe avec un petit fragment détaché au-dessus de l'articulation péronéo-tibiale supérieure. La radio de profil montre une fracture extrêmement oblique qui part de l'épiphyse en haut et en arrière pour aboutir au tiers supérieur de la diaphyse en bas et en avant avec chevauchement des fragments (voir radios II). Intervention immédiate: siège très élevé de la fracture, l'importance du chevauchement et surtout l'extrême obliquité du trait rendent impossible un traitement non sanglant, d'autant plus que la pointe du fragment supérieur est sur le point de perforer la peau. L'intervention est pratiquée sans attendre, malgré l'énorme infiltration sanguine du membre. Réduction et plaque de Sherman. Le gonflement dû à l'infiltration sanguine rend très difficile la suture du lambeau cutané dont les fils couperont vers le dixième jour par traction mécanique. La plaque de Sherman est placée sur la face cutanée du tibia, la présence d'une esquille empêchant de la placer sur sa face musculaire. Cette plaque est enlevée deux mois et demi après l'opération, on craint de voir la région devenir douloureuse. Résultat ana-

tomique parfait (voir radios II). Résultat fonctionnel: marche sans boiterie ni douleur; limitation légère de la flexion du genou, qui conserve quelques mouvements de latéralité (écrasement du plateau tibial externe).

BIBLIOGRAPHIE

Nous ne donnons que la liste des travaux récents (que nous avons consultés) sur l'ostéosynthèse en général.

I. — Généralités.

- PUTTI, *Lyon chirurgical*, 1921, p. 133 (cerclage).
 FREDET, *Journal de Chirurgie*, 1924, t. II, p. 385.
 BOUDET et MASMONTIEL, *Journal de Chirurgie*, 1923, t. II, p. 391.
 PATEL, Société de Chirurgie de Lyon, in *Lyon chirurgical*, 1924, p. 362; 1925, p. 382.
 LABRY et ROLLET, *Lyon chirurgical*, 1925, p. 500.
 LARGET, *les Résultats éloignés de l'ostéosynthèse* (Arnette, 1924).
 AUVIGNE, *Série d'ostéosyntheses pour fractures fermées* (Legrand, t. II, Paris, 1924).
 CUNEO, *De l'ostéosynthèse en général* (*Bulletin médical*, 1924).
 ROLLAND, *Contribution à la pratique de la chirurgie osseuse* (t. II, Paris, 1920).
 LECÈNE et LERICHE, *Thérapeutique chirurgicale*, t. I.
 LEVEUF-GIRODE, *Traitement des fractures* (Masson).
 ROBERT, *Voies d'abord des os longs des membres* (*Revue suisse des Accidents du travail*), in *Journal de Chirurgie*, 1922, t. II, p. 284.
 Société de Chirurgie de Paris (1925): FREDET, p. 6; DEHELLY et GUILLOT, p. 39; ROBINEAU, p. 43; ALGLAVE, p. 51; LAMBOTTE, p. 453; ALGLAVE, p. 188 (discussion Picot).
 SOUPAULT, *l'Ostéosynthèse dans les fractures du genou* (th. Paris, 1921).

II. — Retards de consolidation.

Tolérance du matériel d'ostéosynthèse. Fractures itératives.

- Société de Chirurgie de Lyon, in *Lyon chirurgical*, 1921: COTTE, p. 771; BONNET, p. 789; LERICHE, p. 819. In *Lyon chirurgical*, 1924: PATEL, p. 788; TAVERNIER, p. 771.
 Société de Chirurgie de Paris (1925, p. 6, 7, 8, 9 et 10).
 LERICHE et POLICARD, Société de Chirurgie de Paris, 1918, p. 1145.
 CONTREMOULINS, Académie des Sciences, 5 décembre 1921.
 ROBINEAU et CONTREMOULINS, Académie des Sciences, 11 mai 1925 (in *Presse médicale*, 1925, p. 719).

CHEMIN DE FER DE PARIS A ORLÉANS

AFFICHES ILLUSTRÉES

La Compagnie du Chemin de fer de Paris à Orléans rappelle au public qu'elle continue à mettre en vente à son service de publicité, 1, place Valhubert, Paris (XIII^e), sa collection d'affiches illustrées.

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

Le prix de ces affiches est fixé à 7 francs l'exemplaire (frais de port, 0 fr. 40 par affiche, en sus).

Toutefois, une réduction de 0 fr. 50 par exemplaire est consentie aux acheteurs qui demanderont les affiches par groupe de six à la fois.

Le prix sera ainsi:

Jusqu'à 5 affiches.....	7 francs l'exemplaire
Pour 6 affiches et plus.....	6 fr. 50 l'exemplaire
(frais de port, 0 fr. 40 par affiche, en sus)	

Aux membres de l'enseignement et sur justification, les affiches seront cédées au prix exceptionnel de 5 fr. 75 l'exemplaire, quel que soit le nombre commandé.

Polypes de l'Urètre chez la femme

Par le Docteur GUICHEMERRE.

On observe fréquemment chez la femme des troubles urinaires à allure de cystite et parfois de cystite grave qu'aucun traitement n'améliore jusqu'au jour où un examen plus approfondi fait découvrir un polype de l'urètre. Et l'ablation du polype entraîne la disparition immédiate de tous les symptômes, quelles qu'en soient l'importance et la variété. Mais l'intervention est généralement tardive ; elle laisse à la malade le souvenir cuisant de souffrances qui auraient pu être évitées et au médecin la confusion d'avoir passé à côté du diagnostic. Ce n'est pas qu'il soit difficile, mais il faut y penser et, précisément, le polype de l'urètre est une affection à laquelle on songe rarement, — sans quoi on la découvrirait toujours, — et qu'on hésite, lorsqu'on n'est pas averti, à rendre responsable des symptômes relativement graves qu'elle provoque parfois. Aussi, ayant eu l'occasion d'observer une série assez nombreuse de polypes de l'urètre chez la femme, avons-nous cru utile de publier quelques-unes des observations les plus caractéristiques et d'attirer ainsi l'attention sur une maladie déconcertante qu'on ne découvre que si l'on y pense, qu'on guérit dès qu'on la diagnostique et qui ne dure que si elle est méconnue.

OBSERVATION I. — M^{me} B..., 74 ans. Les troubles urinaires ont débuté en novembre 1919 par pollakiurie et douleurs à la fin de la miction. L'aggravation des symptômes l'oblige, en janvier 1920, à consulter un médecin qui fait huit lavages de la vessie sans résultat. Vue le 15 mars 1920. A ce moment, mictions fréquentes et très douloureuses, toutes les heures le jour, cinq fois la nuit. Urines troubles et fétides. Cystoscopie : vessie à cellules et à colonnes : deux grandes cellules à droite, une à gauche dans laquelle s'ouvre l'urètre. Petit calcul de la forme et la grosseur d'une lentille sous la cellule de gauche.

Polype de l'urètre, gros comme une groseille, implanté par un large pédicule sur la lèvre inférieure du méat qu'il obture complètement. Le lendemain, destruction du polype au galvano-cautère (le calcul est expulsé spontanément la nuit suivante). Amélioration immédiate. Quelques lavages vésicaux, suivis d'instillation de nitrate d'argent à 1/50, sont pratiqués et la guérison est complète en trois semaines. Pas de récurrence.

OBSERVATION II. — M^{me} D..., 59 ans. Bonne santé habituelle. Hystéropexie en 1900 par Ségond. Troubles urinaires débutant brusquement le 12 avril 1921 par mictions fréquentes, très douloureuses, suivies de l'émission de filaments muqueux sanguinolents. Toutes les douze heures environ, crises paroxystiques pendant lesquelles la malade éprouve des besoins continus avec épreintes et reste une heure sur le vase. Urines louches sans dépôt : polynucléaires et hématies.

Examen (le 20 avril) : petit polype du méat de la grosseur d'un pois, largement implanté.

Cystoscopie : vessie normale.

Ablation du polype au galvano-cautère sans aucun traitement vésical. Guérison immédiate.

OBSERVATION III. — M^{me} B..., 52 ans. Ménopausée à 47 ans. Depuis deux mois, présente de la fréquence, avec urines troubles ; mictions très douloureuses au point de provoquer

parfois la syncope ; hématuries intermittentes apparaissant à toutes les mictions pendant deux ou trois jours, puis disparaissant.

Examen (4 juin 1925) : polype rouge framboisé, faisant saillie hors du méat, qu'il oblitère complètement.

Cystoscopie : vessie normale.

Destruction du polype au galvano.

Dès le lendemain, les mictions cessent d'être douloureuses et la guérison est complète en quatre jours.

Revue en juin 1926. Pas de récurrence.

OBSERVATION IV. — M^{me} R..., 66 ans. Consulte le 16 février 1923 pour troubles urinaires remontant à trois mois. Mictions fréquentes la nuit (quatre à cinq) et douloureuses ; le jour, impossibilité d'uriner debout. La malade est obligée de s'étendre et de pousser fortement. Urines troubles. Légères hématuries en décembre.

Examen : polypes multiples de l'urètre.

Cystoscopie : vessie normale.

Destruction au galvano-cautère de tous les polypes visibles.

20 février : Pas d'amélioration. La malade souffre toujours et ne peut uriner que couchée. Un nouveau polype fait saillie au méat. Ablation au galvano.

5 mars : Légère amélioration, mais persistance de la rétention orthostatique. Un nouveau fragment de polype est descendu au méat. Ablation.

8 mars : Amélioration sensible. La malade urine debout sans douleur, deux fois la nuit.

15 mars : Mictions faciles le jour, une fois la nuit. Urines claires. Guérison complète.

OBSERVATION V. — M^{me} V..., 48 ans. Opérée en janvier 1924 d'hystérectomie vaginale pour lésion vraisemblablement néoplasique. A ce moment, on constate un polype du méat sans troubles urinaires. Resté latent pendant dix-huit mois. Le 1^{er} août 1925 se déclenchent brusquement des signes de cystite : mictions très fréquentes de jour et de nuit, accompagnées de douleurs intenses avec présence de sang dans chaque miction. La malade consulte son médecin, qui me l'adresse pour ablation du polype. Vu le 8 août. La tumeur est annulaire, framboisée, tapissant toute la circonférence du méat et remontant dans l'urètre à environ 1 centimètre. Saigne au moindre contact. L'urine, retirée par sondage, est claire.

Cystoscopie : vessie normale.

Dans une première séance, toute la portion exubérante du polype est abrasée au galvano-cautère.

18 août : La galvano-cautérisation a donné un coup de fouet à la tumeur, qui s'est reproduite, plus volumineuse qu'auparavant. Prescription d'un mois de repos et, dans la crainte de cancer, qu'inspiraient à la fois l'aspect de la lésion et l'intervention précédente, prélèvement d'un fragment pour biopsie. Le laboratoire répond : polype banal. Reprise du traitement au bout d'un mois et ablation du polype en trois séances espacées de quinze jours. Après la dernière séance, la tumeur est complètement détruite. Les symptômes douloureux ont disparu. La malade n'a pas été revue.

A ces observations nous pourrions en ajouter un certain nombre d'autres toutes calquées sur le même modèle et qui peuvent se résumer ainsi : « Femme ayant atteint

DAUSSE

1834



1834

SES INTRAITS

PROCÉDÉ PERROT-GORIS

HEMORROIDES

VARICES

PHLEBITES

GOUTTES
2 FOIS PAR JOUR

MARRON D'INDE
SOLUTION DAUSSE

VALÉRIANE
SANS ODEUR NI SAVEUR

NEURASTHÉNIE

INSOMNIE

NERVOUSME

2
A 3
CUILLERÉES
A CAFÉ PAR JOUR

Echantillons et littérature : 4, rue Aubriot - PARIS (IV)

*traitement intégral
des affections veineuses*

PROVEINASE

Synergie régulatrice de l'insuffisance veineuse

MIDY

Varices - Varicocèles
Edèmes
post-phlébitiques

Troubles de
la Ménopause et
de la Puberté

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

2 à 6 COMPRIMÉS
PAR JOUR

Médication
interne
des
Hémorroïdes

POMMADE MIDY
adréno-styptique

MÉDICATION LOCALE
des HÉMORROIDES

LABORATOIRES MIDY
4 rue du Colonel Moll
PARIS

SUPPOSITOIRES MIDY
adréno-styptiques

Gal.

SYPHILIS

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

RÉFÉRENCES :

Société de Dermatologie et Syphiligraphie : 8 novembre 1923, 10 juillet 1924, 23 novembre 1924, 10 décembre 1924.
Société Médicale des Hôpitaux : 21 novembre 1924, 13 mars 1925.
Congrès de Séville : octobre 1924.
Thèses, Paris : Lemoine 1925.
Sanglier 1925.

TRÉPARSOL

Acide formyl-méta-amino-para-oxyphénylarsinique

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

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

**AMIBIASE et AFFECTIONS
à PROTOZOAIRES**

**Destruction rapide des amibes
et des kystes amibiens.**

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

VULCASE

COMPRIMÉS LAXATIFS au soufre organique

CONSTIPATION DERMATOSES

Laboratoires P. BRISSON et C^e
114, Avenue Michelet, St-Ouen (Seine)

Traitez vos hépatiques par les

HEPATOGENES

Deux pilules avant chaque repas

ou dépassé la cinquantaine, présentant des phénomènes de cystite : fréquence, douleur, urines sanglantes ou troubles. Constatation d'un polype de l'urètre : ablation, guérison.» Mais ce serait allonger inutilement cet article et les quelques observations qui précèdent suffisent à montrer l'importance que revêt, au point de vue pratique, la question des polypes de l'urètre chez la femme et à justifier la brève étude que nous allons maintenant aborder. La plupart des traités d'urologie ne consacrent que de courts paragraphes aux polypes de l'urètre chez la femme : *de minimis non curat prætor*. Cependant, Legueu et Papin observent avec raison « que la gravité des symptômes est hors de proportion avec le petit volume de la tumeur ». Cette remarque mériterait un développement qu'ils ne donnent pas. En effet, tout l'intérêt de la question est là : un infime polype de l'urètre peut provoquer une cystite intense.

Le premier en date des symptômes du polype est la dysurie. Nous n'avons jamais constaté l'existence du prurit, de la gêne ou de la douleur dont parle Marion, qui constitueraient un excellent signal d'alarme et conduiraient à l'excision précoce du polype, avant qu'il n'ait provoqué de complications vésicales. En fait, il reste souvent latent, comme le dit le même auteur, mais d'une latence complète, dont il ne sort, à la suite d'une congestion qui augmente son volume, que pour produire la dysurie. Les besoins sont fréquents, les mictions douloureuses, nécessitant des efforts violents pour vaincre l'obstacle qui, incité par la pesanteur, vient se coller au méat et l'obturer d'autant plus hermétiquement que la malade pousse davantage. Parfois la miction debout ou dans la position accroupie est absolument impossible. C'est ce qu'on pourrait appeler la *rétention orthostatique*, symptôme caractéristique, mais non constant, du polype de l'urètre. La malade de l'observation IV ne pouvait uriner que couchée, position qui, à l'état normal, comme dans toutes les autres affections des voies urinaires, est toujours défavorable à la miction.

L'obstacle apporté par le polype au passage de l'urine et les violents efforts que la malade fait pour le vaincre amènent à la longue les complications vésicales que l'on observe chez les prostatiques et les rétrécis : hypertrophie

du muscle vésical, vessie à colonnes, bientôt suivie de rétention incomplète et d'infection du résidu avec formation de calcul comme dans l'observation I. Ce sont là des troubles mécaniques d'une explication facile.

Mais, le plus souvent, on observe de la pollakiurie, du ténisme et de violentes douleurs post-mictionnelles dont la cause est un tout petit polype qui n'apporte qu'un obstacle insignifiant au passage de l'urine. Dans ce cas, la tumeur agit par voie réflexe et provoque un spasme de l'urètre que la malade ne peut surmonter qu'au prix d'un violent effort du muscle vésical.

Dans aucun cas, d'ailleurs, même lorsqu'il s'agit de gros polypes, la lumière de l'urètre n'est complètement fermée. Le polype, au surplus, est malléable et permet toujours, de l'extérieur vers l'intérieur, le passage de gros instruments comme le cystoscope qui le refoule et l'aplatit contre la paroi. Par contre, la colonne de liquide venue de la vessie étale le polype et le comprime sur l'anneau fibreux du méat, réalisant ainsi, chez certains malades, une obturation complète.

L'étiologie des polypes, comme celle des tumeurs en général, reste encore indéterminée. La plupart des auteurs voudraient faire jouer un rôle à l'inflammation chronique de l'urètre et particulièrement à la blennorrhagie. De là leur affirmation que le polype de l'urètre s'observe surtout à l'âge moyen, pendant la période d'activité sexuelle. C'est une opinion. Pour notre part, nous ne l'avons constaté que chez des femmes ayant dépassé la ménopause et dont l'urètre était indemne de toute inflammation.

Le terme de polype que nous avons employé est une appellation générique qui s'applique à des tumeurs bénignes de structure variée. C'est ainsi qu'on rencontre des papillomes, des polypes glandulaires ou muqueux, des caroncules. L'aspect macroscopique de ces diverses tumeurs varie peu d'une espèce à l'autre. Elles se présentent sous l'aspect de petites saillies rouges, uniques ou multiples, généralement implantées sur la paroi inférieure de l'urètre, le plus souvent près du méat. Sessiles à l'origine, elles ont une tendance à se pédiculiser rapidement. Nous n'avons observé qu'une seule fois une tumeur développée en couronne autour du méat (observation V), et son aspect

FARINE SALVY

PRODUIT

LACTÉE DIASTASÉE

FRANÇAIS

SPÉCIALEMENT PRÉPARÉE POUR LA
PREMIÈRE ENFANCE

Echantillons gratuits sur demande : 4, Rue Lambrechts, COURBEVOIE (Seine).

framboisé, sa tendance à l'hémorragie, l'extension qu'elle avait prise après une première cautérisation nous avaient fait soupçonner un cancer. L'examen histologique, en affirmant la bénignité de la tumeur, nous a permis d'en obtenir la guérison par les moyens ordinaires. Les diverses biopsies que nous avons fait pratiquer ont montré soit un stroma conjonctif formé de fibrilles avec un capillaire au centre (polype vasculaire), soit un axe conjonctif entre les fibrilles duquel s'enchâssent des lacunes sanguines gorgées de globules rouges (polype angiomateux, Antoine Vialle). Dans les deux cas, la tumeur, dont l'épithélium est très mince, est sujette à s'ulcérer et à donner lieu à des hémorragies quelquefois assez abondantes. Il semble que ces hémorragies devraient se produire, comme toutes les urétrorragies, en dehors des mictions. Il n'en est certainement pas toujours ainsi et les malades des observations III et IV avaient de véritables hématuries. L'état de la vessie ne pouvait les expliquer puisque, dans les deux cas, l'examen cystoscopique avait montré une vessie normale. Il est probable que le sang, issu de la partie supérieure du polype, s'épanchait dans l'urètre, entre le col vésical et la tumeur, — celle-ci formant barrage, — et ne pouvait s'échapper au dehors que grâce à l'effort de la miction. Ce symptôme se réalise rarement dans la pratique. Par contre, l'urétrorragie et l'hémorragie du méat sont très fréquentes et doivent toujours faire penser au polype.

Il y a peu de chose à dire sur le traitement de cette affection. Les polypes doivent être enlevés aussitôt que constatés. Les méthodes d'exérèse seules diffèrent. Les

uns préconisent l'excision aux ciseaux, qui doit être écartée en raison de l'hémorragie abondante et persistante qu'elle provoque. D'autres préconisent l'étincelage : méthode élégante et nouvelle, bonne assurément, mais qui n'a aucune supériorité sur celle que nous employons d'habitude et qui est, tout simplement, la destruction au galvano-cautère. Lorsque le polype est pédiculé, on sectionne le pédicule, cas le plus simple. S'il est sessile, on le pédiculise artificiellement avec une pince de Kocher et on applique le fil rouge à sa base. Quelques pointes de feu détruisent ensuite l'excroissance polypeuse restée adhérente à l'urètre. Dans le cas de polype largement implanté, on procède par pointes de feu multiples comme pour une vulgaire verrue, et, en raison de l'hémorragie, que ne tarit pas toujours le galvano-cautère, plusieurs séances peuvent être nécessaires. Les polypes sont généralement très abordables et nous n'avons eu qu'exceptionnellement à nous servir, pour leur destruction, du tube urétroscopique.

Rien n'est donc plus simple que de mettre fin, par une insignifiante intervention, à une maladie qui, méconnue, peut être longue et grave. Mais il faut être averti : savoir que la cystite même intense, même compliquée d'hématurie et d'infection, peut succéder, chez la femme, à un petit polype urétral d'aspect anodin. Donc, ne jamais omettre d'examiner l'urètre. On aura quelquefois la chance d'y découvrir la clef d'un diagnostic jusque-là incertain et d'obtenir, à peu de frais, la guérison immédiate d'une maladie que rien ne semblait pouvoir soulager.

La Notion du pH en clinique et au laboratoire

Par D. LEROY,

Assistant de bactériologie à l'École de Médecine de Rennes.

Bien que la notion du pH ait fait déjà l'objet de très nombreux articles de vulgarisation, il nous paraît utile d'y revenir dans une publication destinée à faire saisir au praticien tout l'intérêt de ce symbole. Il semble bien, en effet, que malgré le nombre et le mérite des travaux publiés sur ce sujet, la notion du pH n'a pas trouvé auprès du corps médical, plus soucieux de réalisations pratiques que de spéculations scientifiques, l'accueil auquel elle a droit. Il n'est pas interdit de penser que nombre de médecins abondant de bonne volonté l'étude du pH se trouvent arrêtés par cette notion logarithmique issue de calculs auxquels rien ne les prépare et qu'ils rejettent avec découragement une entreprise fatigante et d'ailleurs superflue. Le pH leur apparaît trop comme une opération chimique savante, d'un calcul rébarbatif et sans portée pratique réelle. Notre dessein est de démontrer, au contraire, au praticien que le pH est une notion très simple et d'une importance capitale en clinique, parce que l'acidité ionique qu'il représente préside à tous les phénomènes biologiques.

Nous abandonnerons donc toute notion logarithmique pratiquement inutile. Nous nous contenterons de savoir que, pour le médecin, le pH est représenté par un chiffre situé entre 1 et 14. Les diverses méthodes électrométriques servant au calcul de ce chiffre sont tout à fait en dehors de notre sujet, qu'elles compliqueraient et obscurciraient sans aucun profit. Étudions la notation pH et sa signification.

La base même de cette notation repose sur ce fait que l'eau est un corps pratiquement neutre. Sa formule chimique $H-OH$ met assez en évidence qu'elle renferme en parties rigoureusement égales des ions acides H et des ions basiques OH . On a adopté comme chiffre correspondant à cette neutralité absolue le chiffre 7, détermination obtenue par des calculs logarithmiques que nous ignorons de parti pris.

Cet exemple montre que si dans une solution il existe autant d'ions H que d'ions OH , cette solution est neutre et que son pH est à 7. S'il existe par contre plus d'ions H

COMPRIMÉS DE

CODOFORME

BOTTU

Véritable potion sèche, n'est pas un mélange banal de CODdéine-bromOFORME, mais un nouveau sel bromoformique cristallisé, rigoureusement dosé en comprimés. Ceux-ci étant enrobés ne se dissolvent que dans l'intestin sans fatiguer l'estomac, comme font les sirops, potions, gouttes, etc.

DOSE COURANTE : 5 comprimés par jour, 8 dans les toux rebelles.

AVALER sans SUCER ni CROQUER



TOUX
émétisante
des Tuberculeux



TOUX
catarrhales
et emphysemateuses



TOUX

nerveuses, spasmodiques
et coqueluchoïdes

ÉCHANTILLONS MÉDICAUX

Laboratoire BOTTU

35. rue Pergolèse - PARIS (XVI^e)

R. C. Seine, 10.568.

que d'ions OH, cette solution est acide, ou, inversement, si le nombre des ions OH est plus grand que le nombre des ions H, la solution est alcaline. Les concentrations en ions H et en ions OH étant en relations étroites par rapport à H-OH, tout revient, en définitive, à mesurer dans une solution uniquement la concentration en ions H.

Au point de vue de la notation, il est nécessaire de savoir que les chiffres exprimant le pH s'étendent de 0 à 14. Nous avons vu que le chiffre de 7 exprime le pH d'une solution idéalement neutre. Les chiffres de 0 à 7 représentent le pH des solutions plus ou moins acides; les chiffres de 7 à 14, celui des solutions plus ou moins alcalines.

Ces notions se condensent dans le tableau suivant :

pH plus petit que 7	= acidité;
pH égal à 7	= neutralité;
pH plus grand que 7	= basicité.

Le chiffre représentant le pH diminue ou augmente en sens inverse de l'acidité. Autrement dit, l'acidité d'une solution est d'autant plus grande que le chiffre exprimant le pH est plus faible. Pour prendre des exemples concrets, pH = 2 représente une acidité ionique plus forte que pH = 6. De même, pH = 10 représente une basicité supérieure à pH = 7,5 ou 8.

Ces notions élémentaires, mais suffisantes pour la pratique, étant établies, nous essaierons maintenant de faire entrevoir de combien d'applications multiples est susceptible la mesure du pH. Il nous est impossible de nous étendre ici sur les rapports du pH avec la chimie proprement dite et la chimie industrielle. Disons seulement en passant que la notion de la mesure de l'acidité ionique est constamment mise à profit dans les domaines les plus variés. On l'utilise par exemple pour mesurer l'acidité en tannerie, l'acidité des jus de fermentation, de l'eau, du lait, de la terre. C'est ainsi que par ce procédé on arrive à déterminer pour les moûts de bière la réaction permettant d'obtenir le maximum de rendement.

Dans le domaine médical, qui nous concerne exclusivement, la notion du pH est susceptible de rendre les plus grands services à l'homme de laboratoire et au clinicien.

Nous signalerons seulement sans y insister, parce que tous les intéressés les connaissent et les apprécient, les services que la mesure du pH rend aux bactériologistes. Elle leur permet de déterminer exactement la réaction des milieux de culture. On se contentait jadis pour ces milieux d'une réaction neutre ou légèrement alcaline appréciée au tournesol. Cet indicateur étant extrêmement variable, on obtenait ainsi des milieux de culture pratiquement suffisants pour des espèces microbiennes peu susceptibles et très vivaces, mais sur lesquels des germes plus délicats cultivaient avec la plus grande irrégularité. L'un des bienfaits de la mesure du pH a été de fournir à chaque espèce microbienne le milieu qui lui convient exactement par sa concentration ionique. L'influence de ces conditions satisfaisantes se fait sentir non seulement sur la rapidité ou l'abondance des cultures, mais aussi sur la vitalité des germes, leur virulence, la production des toxines, le pouvoir zymogène, d'une façon générale sur

toutes les propriétés biologiques des bactéries. On en conçoit l'extrême intérêt. Ajoutons, pour ne pas sortir du domaine du laboratoire, que la mesure du pH joue encore un rôle important dans la préparation des vaccins si couramment employés aujourd'hui. En effet, un liquide injecté dans le tissu cellulaire sous-cutané est douloureux lorsque son pH est trop différent de celui des humeurs. Il est donc nécessaire que le liquide de suspension présente un pH aussi voisin que possible du pH du sang, ce qui est toujours facile de réaliser en tenant compte naturellement de l'alcalinisation relative résultant des sels solubles que contient le verre des ampoules.

Mais il nous tarde d'arriver à la partie vraiment pratique de notre sujet, l'utilisation en clinique de la mesure du pH appliquée à l'étude des milieux humoraux.

Un fait important domine toute cette étude: c'est la stabilité physique de ces milieux. Suivant les termes employés par M. Mathieu-Pierre Weil, « les constituants chimiques du sang peuvent varier normalement dans une certaine proportion, mais il n'en est pas de même de ses constituants physiques. Le taux de l'urée sanguine peut osciller physiologiquement du simple au double, mais la plus légère modification de la réaction sanguine ne va pas sans déterminer un trouble profond de l'économie. »

Il suffit, pour se convaincre de la fixité de la constitution physique des humeurs, de mesurer la réaction du sang chez plusieurs individus normaux. On constate qu'elle est toujours exprimée par le même chiffre: le pH du sang égale 7,4 ou plus exactement 7,35. Il est donc légèrement alcalin. Il est essentiel de connaître pour le milieu intérieur normal la fixité remarquable de son état physico-chimique: car il est aisé de concevoir que certains états morbides sont susceptibles d'introduire des variations qui ne peuvent être appréciées que grâce à ce point de comparaison rigoureusement fixe.

Mais il est nécessaire d'envisager tout d'abord comment le pH du sang peut se maintenir à ce taux rigoureusement fixe à l'état physiologique; on sait que les phénomènes vitaux engendrent en permanence des quantités variables de substances acides. Ainsi la contraction musculaire produit de l'acide lactique, la vie des tissus donne naissance à de l'acide carbonique, de l'acide phosphorique, etc.

Toutes ces substances acides passent dans la circulation et modifient à tout instant l'équilibre instable des humeurs. Pourquoi le pH se maintient-il malgré ces apports acides incessants à un taux qui reste fixe? Pour deux raisons: en premier lieu, une partie de ces acides se trouve élimi-

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

TIODINE COGNET

PILULES - AMPOULES
ARMINGE/TT, 5 C^g 43, Rue de Sainlonge, - PARIS (5^e)

née, les acides volatils (CO_2) par le poumon, les autres par les émonctoires, surtout par le rein (acide phosphorique par exemple); d'autre part, le sang se charge de neutraliser l'autre partie de ces substances acides: 1° par les constituants chimiques propres comprenant en majeure partie des sels basiques; 2° par une masse de manœuvre composée surtout de carbonates et de bicarbonates qui intervient sans cesse et que l'on appelle la *réserve alcaline*.

Ces principes physiologiques étant établis, il est aisé d'imaginer le mécanisme général des altérations de la constitution physico-chimique du sang, altérations toujours caractérisées par un certain degré plus ou moins considérable d'acidose. On peut classer très simplement, comme suit, les conditions susceptibles de déterminer des phénomènes d'acidose:

- 1° Surproduction de substances acides;
- 2° Barrages organiques à l'élimination de ces acides;
- 3° Insuffisance de la réserve alcaline.

Nous étudierons successivement ces trois groupes de phénomènes, qui sont d'ailleurs susceptibles de coexister et dont les conséquences peuvent être intensifiées d'autant. La surproduction de substances acides se réalise dans l'économie aux dépens des albumines, des graisses ou des hydrates de carbone, le processus d'acidose variant d'ailleurs suivant les cas. Lorsque le sujet se nourrit aux dépens de ses propres tissus (état de jeûne, états cachectiques, cancers), il en résulte la production en quantités variables de corps acétoniques et d'acides aminés. Cette production est intensifiée du fait de l'absence des hydrates de carbone qui sont anticétogènes.

Dans le cas du diabète, la combustion incomplète des hydrates de carbone engendre de l'acide lactique, de l'acide acétique, de l'acide β -oxybutyrique et de l'acétone.

Ces substances sont difficilement éliminables et le rein, qui est chargé de leur élimination, présente pour chacune d'elles un seuil d'élimination. Ce fait explique particulièrement bien leur accumulation dans les milieux humoraux. Est-il nécessaire d'ajouter qu'au cours du diabète le métabolisme des graisses et des albumines est souvent suffisamment altéré pour que ces substances puissent engendrer des corps cétoniques et des acides aminés?

On sait d'autre part que la cellule hépatique ayant normalement une fonction destructrice à l'égard des corps cétoniques, toute atteinte sérieuse, temporaire ou permanente de la glande hépatique est susceptible de contribuer à l'accumulation dans le sang de substances acides. Il est donc juste, après l'acidose de dénutrition et l'acidose diabétique, de mentionner une troisième variété d'acidose d'origine hépatique.

Est-il nécessaire d'insister longuement pour faire apprécier l'intérêt de la mesure du pH en pareil cas? S'il s'agit d'acidose diabétique, cette recherche s'impose rigoureusement, de même que le dosage de la réserve alcaline, puisque le résultat obtenu permettra seul de mesurer approximativement la quantité de substances alcalines à prescrire. En tout état de cause, cette recherche ne saurait être déclarée superflue, puisqu'en renseignant le clinicien sur l'état d'une importante fonction hépatique, elle lui permet d'apprécier dans une large mesure l'état fonctionnel du foie.

Appréciation intéressante particulièrement au point de vue opératoire, l'anesthésie par le chloroforme et même par l'éther pouvant déterminer un état d'acidose, en lésant la cellule hépatique et en empruntant à la réserve alcaline les substances nécessaires à leur neutralisation.

Que la production de substances acides dans l'économie soit ou non exagérée, il va de soi que toute diminution de la fonction excrétrice des émonctoires et en particulier du rein constitue une autre cause importante d'acidose. De même que le seuil d'excrétion de l'urée peut s'élever, déterminant de l'azotémie, de même les acides organiques peuvent rencontrer un barrage rénal plus ou moins élevé qui s'oppose à leur élimination. Suivant M. P.-M. Weil, l'acidose est un symptôme capital des néphrites et sa valeur pronostique est importante. Si, en pareil cas, la mesure du pH sanguin ne remplace pas la constante d'Ambard, dont la portée est plus spéciale, du moins elle la complète et lui donne une signification plus précise. Elle constitue, en effet, une recherche préparatoire importante destinée à scruter la perméabilité rénale.

On peut naturellement faire entrer dans le groupe des acidoses par barrage à l'élimination, les acidoses des maladies fébriles (pneumonie, scarlatine), qui, pour une part tout au moins, tiennent aux obstacles créés par l'inflammation du poumon ou du rein à l'élimination des substances acides dont la production se trouve toujours en pareille circonstance plus ou moins exagérée.

Il nous reste à parler du rôle de la réserve alcaline et de son insuffisance dans la genèse des phénomènes d'acidose.

Dans certains cas d'acidémie fruste, légère, acidose de jeûne par exemple, la valeur pH peut rester normale parce que la réserve alcaline suffit à neutraliser les substances acides en surproduction.

En pareil cas, seule, la mesure de la réserve alcaline permet de déceler l'acidose. Cette réserve alcaline est naturellement diminuée dans une certaine proportion. Mais cette réserve alcaline peut être elle-même insuffisante d'emblée, insuffisance qui commande à elle seule l'appa-

Granules de Catillon

A 0,001 EXTRAIT TITRÉ DE

ASTHOLIE, DYSPNÉE, OPPRESSION, ŒDÈMES. Affections MITRALES, CARDIOPATHIES des ENFANTS et VIEILLARDS, etc.

Priz de l'Académie de Médecine pour "Strophantus et Strophantine" 3, Boul' St-Martin, Paris et Pa'is.

STROPHANTUS

LE SULFARSENOL

Adopté dans les Hôpitaux Civils et Militaires
Dans la Syphilis est l'Arsénobenzène.

- LE MOINS DANGEREUX :** Absence d'arsénoxyde. Coefficient de toxicité 2 à 5 fois moindre que les autres arsénobenzènes.
LE PLUS COMMODE : Dissolution rapide. Injections intraveineuses, intramusculaires, sous-cutanées, sans excipient spécial et sans douleur.
LE PLUS EFFICACE : Adaptation aux particularités de chaque cas. Traitements intensifs à doses accumulées; effets rapides, profonds, durables.

Traitement de choix des nourrissons, des enfants et des femmes enceintes

Dans l'infection puerpérale du Post-Partum : Traitement préventif et curatif par injections sous-cutanées de 12 cgr ou dans les cas plus graves 18 cgr (à jour passé) jusqu'à concurrence de 5 à 6 injections.

Dans les complications de la blennorrhagie : Soulagement quelques heures après la première injection (18 à 24 cgr), guérison en peu de jours.

VENTE EN GROS : LABORATOIRE de BIOCHIMIE MÉDICALE, 36, rue Claude-Lorrain, PARIS-XVI^e
Reg. Com. Seine 109.239 R. PLUCHON, O. ✱, Pharmacien de 1^{re} classe Téléph. : Auteuil 26-62



Le CED-ROC remplace avantageusement l'Essence de Santal, dont il possède l'efficacité; il ne provoque pas de maux d'Estomac ni de congestion des Reins.

SPASMINE JOLLY

Combinaison physiologique stabilisée de Valériane fraîche et d'Aubépine
ODEUR ET SAVEUR AGRÉABLES

NEVROPATHIES - CARDIOPATHIES

Echantillons : Laboratoire JOLLY 1 Rue Christine PARIS (6^e)

Le Cérinil

Neutro-Toxine des Terres Rares

AGGLUTINE LE B. de KOCH
NEUTRALISE D'UNE FAÇON ABSOLUE SES TOXINES
DONNE DEPUIS DES ANNÉES DE REMARQUABLES
ET DURABLES RÉSULTATS DANS TOUTES LES FORMES DE LA

TUBERCULOSE

ECHANTILLONS et LITTÉRATURE
Laboratoires CERIOMA, 16, RUE S^{te} CROIX de la BRETONNERIE
TÉLÉPH. ARCHIVES 03-21 PARIS 4^e

tion de l'acidose. La plus importante des acidoses de ce groupe est l'acidose des blessés de guerre. Chez les grands blessés, l'hémorragie est susceptible d'entraîner une déperdition considérable de la réserve alcaline; tandis que l'état de shock, le surmenage musculaire tendent à augmenter la production d'acides organiques. C'est pourquoi, chez ces grands blessés, la valeur pH est toujours plus ou moins abaissée.

Dans tous les cas que nous venons de passer rapidement en revue, la recherche du pH est intéressante, car elle permet de préciser l'état du milieu intérieur. Naturellement, le taux de l'acidose est plus élevé au cours des accidents diabétiques et chez les malades atteints de graves lésions rénales. Dans la pratique, c'est au cours de ces affections qu'il est plus indiqué de rechercher la valeur du pH , car elle prend alors une importance diagnostique et pronostique de premier ordre.

Est-ce à dire qu'il n'existe pas, en dehors des grands syndromes que nous venons de passer en revue, d'autres états pathologiques où la mesure du pH soit susceptible de rendre des services? Assurément non. On peut l'appliquer dans beaucoup d'autres circonstances.

L'expérience a montré que, dans certaines dermatoses, l'eczéma, parakératoses, etc..., la médication alcaline donne parfois des résultats appréciables. On pouvait se demander si, conformément au vieil adage *naturam morborum curationes ostendunt*, le bienfait des médicaments alcalins n'indiquait pas en pareil cas un certain degré

d'acidémie. C'est ce que nous avons pu démontrer. Avec M. le professeur Bodin, nous avons fait la mesure du pH du sang chez un malade présentant une kératodermie palmo-plantaire avec eczématisation. Cette recherche nous a montré que le pH du sang était à 6,95, démontrant l'existence d'une acidose nette, d'où l'indication d'un traitement alcalin.

Enfin nous pensons que le pH du sang n'est pas le seul utilisable en clinique. L'examen des sécrétions locales, sucs digestifs, urines, etc... est loin d'être dépourvu d'intérêt.

Quelle recherche peut nous mieux renseigner sur la réaction réelle du liquide gastrique ou du contenu intestinal, renseignement d'une importance capitale puisque l'orientation du traitement en découle rigoureusement?

Nous espérons que cet exposé sommaire de la question du pH aura convaincu les cliniciens de l'importance pratique d'une donnée qui, jusqu'à présent, a été trop considérée comme hermétique et perdue dans le domaine distant des abstractions scientifiques.

Nous voudrions avoir démontré son utilité actuelle et fait entrevoir les horizons qu'elle permet d'atteindre dans l'avenir. Ajoutons, en terminant, que sur beaucoup d'autres méthodes d'analyses du domaine chimique, la recherche du pH a l'avantage d'être rapide, simple et sûre, qualités que tous les praticiens ne manqueront pas d'apprécier.

XXXV^e Congrès français de Chirurgie

Par le Docteur LAPEYRE,

Professeur de Clinique chirurgicale à l'Ecole de Médecine de Tours.

Le congrès de cette année a été particulièrement brillant au fait de la présidence du docteur J.-L. Faure, le renommé et sympathique gynécologue.

A côté des chirurgiens français venus plus nombreux que jamais, tant de Paris que de la province, prendre part aux discussions, nos hôtes étrangers étaient nombreux : dans parler des Belges que nous sommes habitués à compter comme nôtres, les Polonais au nombre de 34, les Roumains, les Italiens, les Tchéco-Slovaques, les Danois donnaient à ce congrès national un cachet de véritable internationalité.

Les questions portées à l'ordre du jour n'étaient pas seulement passionnantes : lésions des ménisques du genou; chirurgie conservatrice des annexites; complications articulaires de la blennorrhagie. Le talent des rapporteurs a réussi à leur donner un vif intérêt.

Peut-être nous attendions-nous à quelques communications sensationnelles sur les greffes ovariennes; alors nous avons été déçus.

Il n'y a guère à signaler que quelques cas d'inclusion intra-utérine d'un fragment d'ovaire conservé comme

ayant assuré la fonction menstruelle et même la grossesse. Une seule observation de greffe d'un ovaire de chimpanzé dans un cul-de-sac utérin a été rapportée; de plus, j'entends entre congressistes raconter un cas semblable. Les deux dames en question auraient revu une fois leurs règles : leur joie, d'abord réelle, avait été de bien courte durée. Une fois, ce n'est pas la périodicité perdue et retrouvée.

En somme, essais aussi rares que peu convaincants, la clientèle féminine du chimpanzé restant infiniment moins nombreuse que sa clientèle masculine, d'où sans doute l'on peut inférer que si l'homme est conscient et peiné de sa déchéance génitale, la femme ne s'en aperçoit guère.

Et pour les rides du visage elle préfère les instituts de beauté à la laparotomie suivie de greffe simiesque : l'opération qu'on recommence *ad libitum* à l'opération *ad libidinem*.

Le gros succès du congrès a été le rapport du docteur Mondor sur les arthrites blennorrhagiques; de ce sujet en apparence si ingrat, envisagé avec indifférence par l'opinion chirurgicale, le jeune et brillant agrégé a fait un exposé magistral suivi d'applaudissements prolongés.

C'est qu'à entendre sa parole précise et élégante, remarquable par la propriété des termes, la richesse de l'expression, nous tous, auditeurs, éprouvions une véritable impression d'art, l'émotion esthétique que provoque la perfection rendue tangible.

Ce gonocoque tapi dans la synoviale, dans le tissu osseux même et jusqu'ici quasi ignoré, nous irons maintenant à la suite de Mondor le traquer dans son repaire au lieu de l'abandonner à l'incertaine thérapeutique médicale, et ce sera un grand progrès.

Un mot pour terminer du banquet du congrès et de la soirée offerte par le professeur et M^{me} J.-L. Faure au palais d'Orsay.

Au toast éloquent de notre président, le professeur Giordano (de Venise), parlant au nom des invités étrangers, sut répondre avec l'esprit et la flamme qui animent sa belle intelligence si cultivée, imprégnée de latinité.

Il sut dire ce que nous pensions tous du gynécologue éminent, de l'écrivain de race révélé par les *Eloges* de la Société de Chirurgie, le magistral discours inaugural d'hier. Et c'est dans une atmosphère de chaude cordialité que fut applaudi le remarquable programme artistique de la soirée, terminé par le tragédien Alexandre déclamant les nobles strophes de l'*Hymne à la Paix* de J.-L. Faure. Le chirurgien s'effaçait un instant devant le poète en lui toujours vivant, en ce jour de son apothéose!

Un cas de suette miliaire à forme rhumatismale

Par le Docteur E.-P. ROUSSEAU,

Ancien Interne de l'Hôpital de Tours.

Certes la suette est une maladie rare, mais non pas à ce point qu'elle mérite la publication chaque fois qu'on la découvre. Et cependant des médecins vieillissants dans la pratique disent ne l'avoir jamais vue. D'autres, au contraire, en ont observé des épidémies, tel celui qui, cette année, a rappelé dans une étude attentive et à l'intention de son maître Beauchamp (de Poitiers) toute une série de cas bénins ou mortels subis dans sa propre clientèle.

Pour ma part, j'en suis à ma troisième suette.

Les deux premières, en Poitou, dans la même maison et dans le même lit, offrirent un matin à mes yeux étonnés leur miliaire confluyente. Tout en examinant mes malades, j'avais éliminé les diagnostics possibles pour ne conclure... à rien du tout; et, comme je m'apprêtais à tenir des propos peu compromettants sur cette étrange éruption, la vieille grand-mère, toute cassée sur son bâton, déclara, convaincue: « Oh! c'est la suette!... Je me souvenons bien de 88! » C'était la suette en effet; tout me l'indiqua: mes livres d'abord, l'évolution classique de la maladie ensuite, enfin un praticien du voisinage qui confirma le diagnostic de la bonne grand-mère.

Et ma troisième suette, je l'ai trouvée cet été en Normandie, dans la cabane d'un cantonnier, au bord de la route nationale qui va de Paris à Deauville.

Celle-ci s'est présentée d'une façon particulière: véritable suette rhumatoïde avec complication cardiaque et dont je n'ai pas retrouvé d'exemple chez les auteurs anciens et modernes qu'il m'a été possible de consulter.

Elle m'a donc paru digne qu'on la présente:

Le 23 juillet, appelé chez un cantonnier qui souffre, me dit-on, je me trouve en présence, dans une salle basse, mal éclairée, d'un homme jeune (28 ans) qui, de prime abord, me paraît profondément infecté. L'entourage m'apprend que la santé de cet ouvrier, ordinairement bonne, a décliné depuis une huitaine de jours; mais celui-ci a continué son travail malgré une céphalée persistante, l'état

subfébrile, des douleurs erratiques et un malaise général. Enfin, le 23 juillet, il a dû s'aliter. Depuis l'avant-veille, il souffre de douleurs vives au niveau des grosses et petites articulations. Le genou, l'épaule, le poignet sont hypertrophiés, rouges et atrocement douloureux, surtout dans la zone périarticulaire; les doigts cedématisés d'une fluxion blanche reposent sur le drap, écartés, inaptes au moindre mouvement sans éveiller une véritable torture. Le maxillaire lui aussi est immobilisé et c'est difficilement qu'il s'abaisse pour montrer une langue rôtie, un pharynx enflammé. La température est à 41°.2. Le corps entier est mouillé de sueurs; le visage, qui en ruisselle, brille dans un faux jour, comme oint de vaseline. De plus, tachycardie, dysurie et constipation.

Je n'hésite pas alors à diagnostiquer une crise de rhumatisme articulaire aigu et aussitôt j'institue le traitement salicylé suivant la modalité d'usage: salicylate de soude à dose élevée (15 à 20 gramme *pro die*), fractionnée et neutralisée avec deux fois plus de bicarbonate de soude.

Le surlendemain, c'est le même tableau clinique que l'on retrouve, aggravé encore de signes nerveux; agitation, clonies intermittentes et subdélire professionnel. Température à 40° et pouls à 90. Les sueurs continuent de tremper le malade, dont la literie et la chemise imbibées semblent tirées de l'eau; les draps découverts, on voit véritablement une vapeur s'élever, exhalant une odeur fétide comparable à celle de la paille pourrie.

Mais le rhumatisme articulaire aigu n'est-il pas une maladie essentiellement sudorifique? et je vais confirmer mon diagnostic initial vers la fin d'un examen que j'ai cherché à rendre court pour éviter des souffrances au malade, quand il me semble distinguer dans la pénombre où repose le patient une éruption spéciale sur l'abdomen.

Et c'est à la lampe que je découvre une véritable inondation de vésicules envahissant les jambes, les cuisses, l'abdomen, le tronc, les mains du malade. La face est

PYRÉTHANE

Antinévralgique Puissant

GOUTTES

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

AMPOULES A 2 c³. Antithermiques.

AMPOULES B 5 c³. Antinévralgiques.

1 ou 2 par jour

avec ou sans médication intercalaire par gouttes.

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

SILICYL

Action Antiathéromateuse.

Action Hypotensivé.

Action Déchlorurante.

Action de Diurèse.

Action Modificatrice
sur l'endartère

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

Professeur GOUGET

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

Professeur SARTORY.

HEFFLER-PÉLISSIER, C.R. Acad. Science., 1920, août.

Médication

de BASE et de RÉGIME

des États Artérioscléreux

COMPRIMÉS : 3 à 6 par jour. AMPOULES 5c³ intraveineuses : tous les 2 jours

respectée, Grosses comme une tête d'épingle, emplies d'un liquide séreux, confluentes par endroits rares d'ailleurs, ces gouttes de rosée minuscules répandues par myriades, je les reconnais : elles sont celles de la suette miliaire.

Je n'ai pas vu d'exanthème ; quant à l'énanthème, il consistait dans une rougeur diffuse des muqueuses et sans piqueté. Les auteurs que j'ai lus et Grisolle en particulier insistent sur la sensation douloureuse d'une constriction épigastrique et d'un poids énorme qui, pressant sur le sternum, s'opposerait à la dilatation du thorax ; mon malade ne l'éprouvera à aucune période de l'affection.

La miliaire va persister deux semaines, période anormalement prolongée, au cours desquelles la fièvre décline chaque jour, la diurèse s'établit, les signes généraux s'amendent. Les articulations, celles des doigts surtout, restent douloureuses au début pour rentrer dans l'ordre vers le huitième jour de l'éruption.

Mais le cœur du sujet a souffert au cours de cette suette à forme rhumatismale tout comme au cours d'un rhumatisme articulaire aigu franc (je dois dire que le traitement salicylé ayant causé un état pénible d'acidose gastrique avait dû être très diminué, puis interrompu). Le premier

bruit s'est d'abord assourdi, puis a disparu, pour réparaître en même temps que le malade accusait des sensations cardiaques (palpitations, angoisse précordiale, lipothymies). Mais l'endocardite mitrale n'a été que passagère : le rhumatisme avait seulement lèché la valvule. Enfin le deuxième bruit a paru d'abord prolongé pour se muer plus tard en un véritable souffle d'insuffisance aortique, lésion définitive celle-là.

Vers le 10 août, les vésicules se sont ridées, affaissées et un début de desquamation furfuracée s'est ébauché quand, le 15 août, une deuxième éruption se produit en même temps que les articulations des doigts, du coude, de l'épaule subissent une nouvelle poussée rhumatismale au cours de laquelle se constitue le souffle aortique dont j'ai parlé. Les sueurs tarries reprennent, avec un peu moins de violence toutefois qu'à la première crise. La température s'est élevée à 39°.

Enfin, le 24 août, la desquamation s'établit, discrète au corps, en plus large écaillés aux mains si calleuses au premier jour et qui prennent l'aspect aristocratique. Et le 27 août, le malade, qui n'est plus que l'ombre de lui-même, a voulu se lever pour m'accueillir au seuil de sa cabane, avec un douloureux sourire.

INTOXICATION SATURNINE

PAR

les eaux canalisées dans des tuyaux de plomb EN LIMOUSIN

Par le Docteur THOUVENET,

Professeur de clinique médicale à l'École de Médecine.

A plusieurs reprises, dans différentes publications, j'ai signalé la fréquence insoupçonnée de l'intoxication par le plomb produite par l'usage de l'eau conduite dans des tuyaux de ce métal.

J'ai donné à l'appui de nombreuses observations recueillies tant à la ville qu'à la campagne qui, un moment, ont éveillé l'attention des médecins sur ce genre d'intoxication. Aussitôt plusieurs d'entre eux ont publié des cas de saturnisme de même origine observés dans leur clientèle. Mais bientôt le silence s'est fait sur les méfaits du plomb et la grande majorité des médecins continuent, à l'heure actuelle, à les ignorer faute d'y penser.

J'en apporterai la confirmation en publiant une observation où tous les symptômes classiques de l'intoxication saturnine se trouvaient réunis et qui a cependant été méconnue par plus de dix médecins consultés.

Quant aux pouvoirs publics qui ont la charge de sauvegarder la santé de la population, ils sont restés sourds à mon appel.

Il est de fait que l'on continue à s'intoxiquer en faisant usage d'eau plombée. C'est la constatation presque journalière que j'en fais qui me décide à publier de nouvelles observations de saturnisme pour rappeler à tous la réalité du danger.

Pas plus aujourd'hui qu'hier je n'ose espérer que l'on renoncera aux tuyaux de plomb. J'ai cru, toutefois, qu'il était de mon devoir de libérer ma conscience en poussant un nouveau cri d'alarme.

« Où il y a de l'hygiène, il y a de la gêne », fait dire à un de ses personnages un auteur de comédie. Ne le voyons-nous pas chaque jour à la résistance que nous éprouvons dans les questions de salubrité publique ? On parle beaucoup actuellement de la lutte contre les maladies sociales. Que fait-on autre chose que de les attaquer par des moyens détournés, inopérants pour éviter d'aborder les véritables causes dont une des principales est l'alcoolisme, qui gagne tous les jours du terrain ?

La crainte de mécontenter l'électeur paralyse l'action.

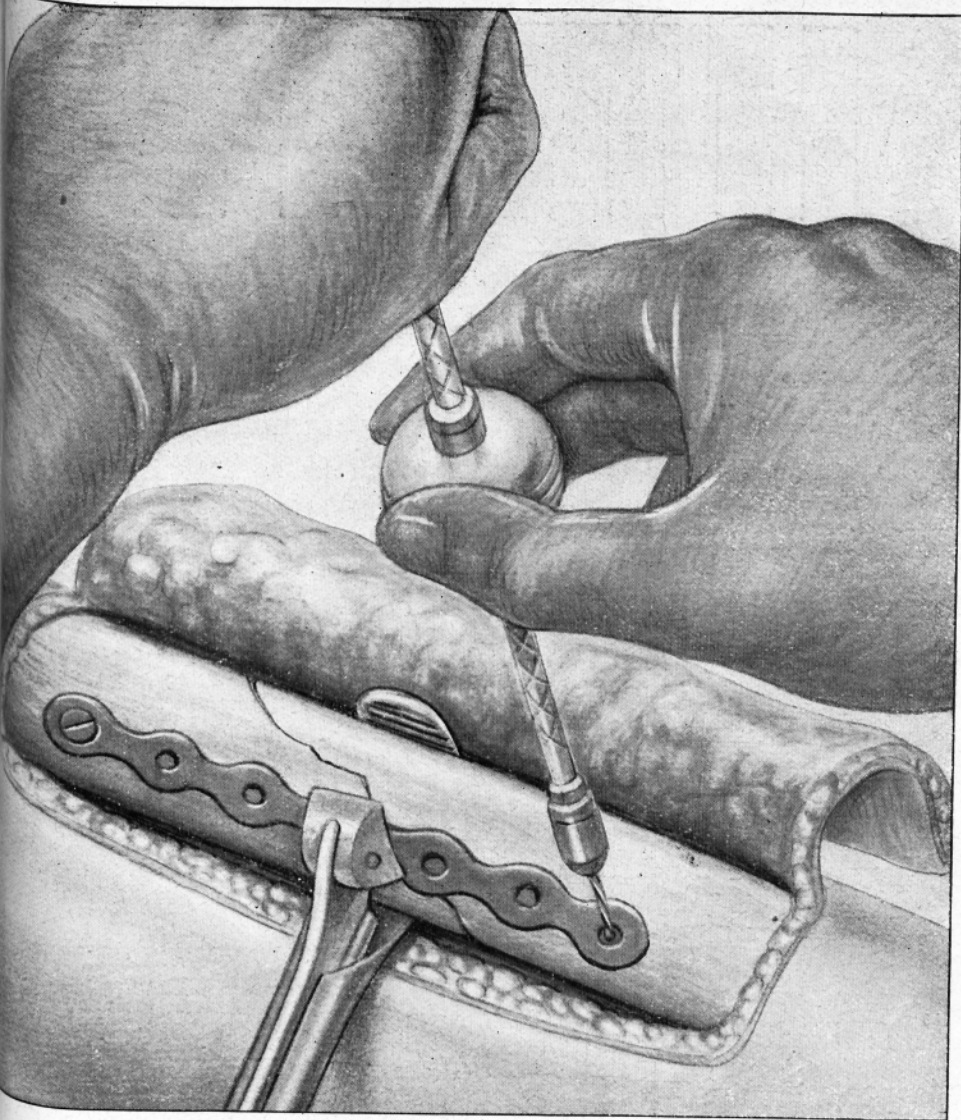
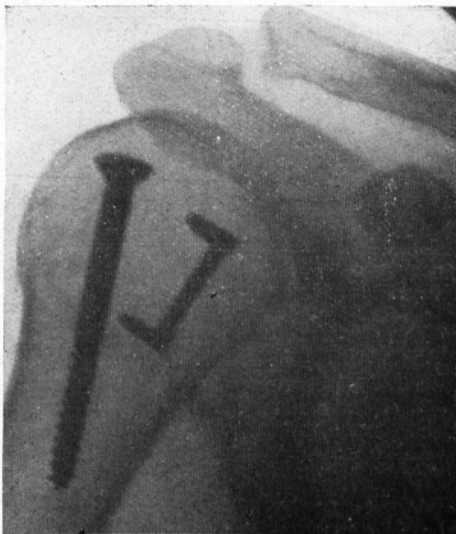


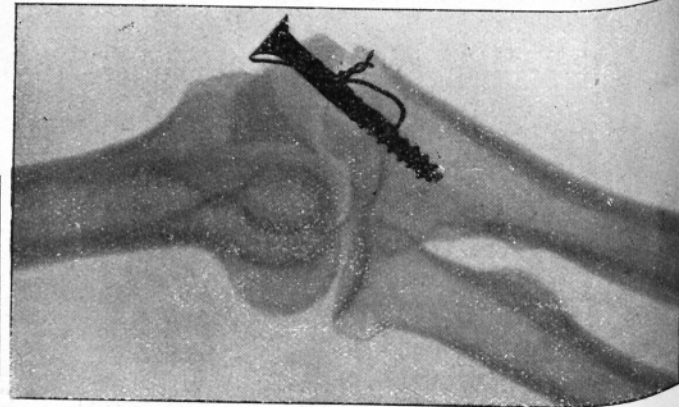
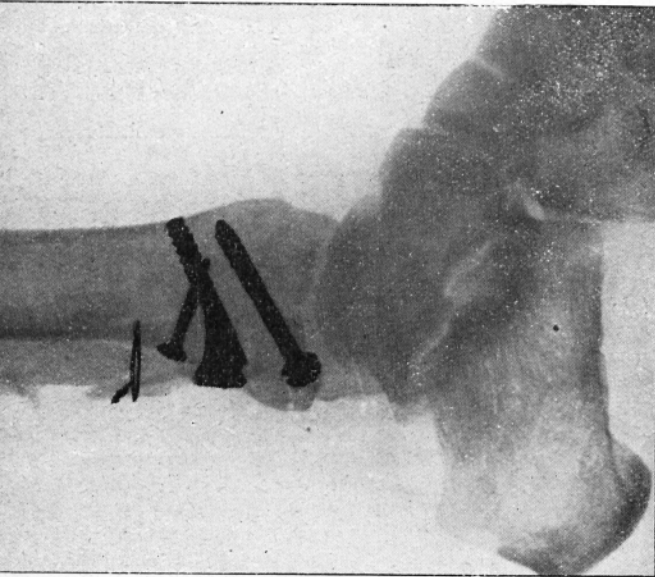
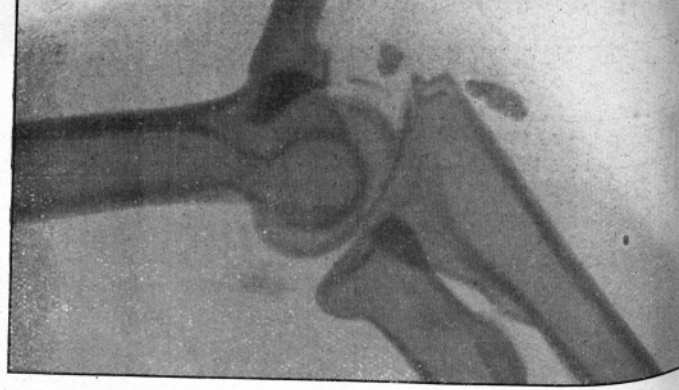
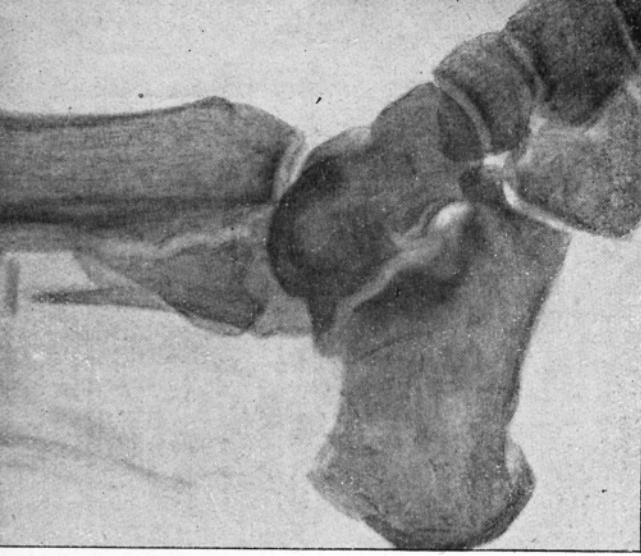
FIGURE 6.



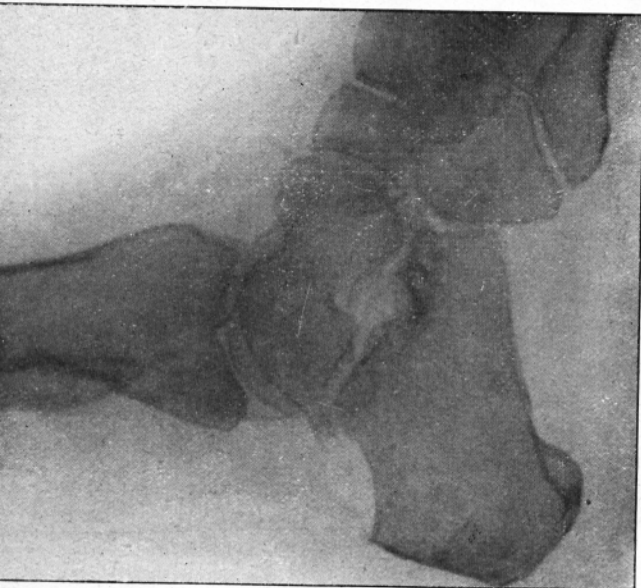
RADIOS III.



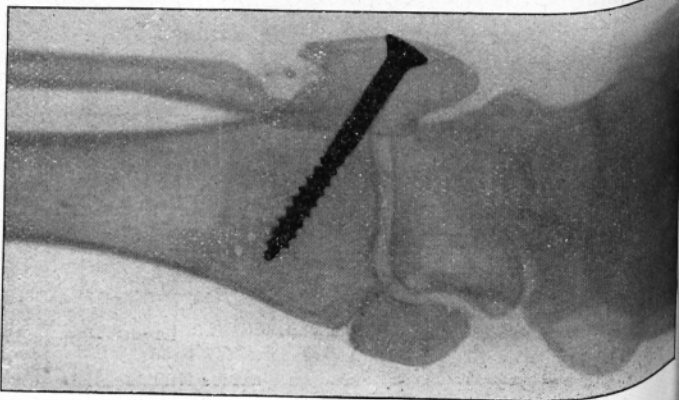
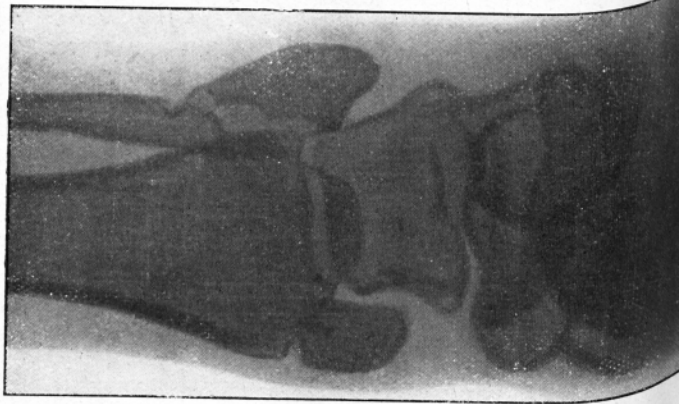
RADIOS II.



RADIOS V.



RADIOS IV.



RADIOS VI.

Traitement des maladies de peau par les Sels de Terres Rares
ECZÉMAS - LUPUS
Tuberculosés cutanées

Cé
tho
cal
rium
rium
cium

Céthocal

Cé
tho
cal
rium
rium
cium

Traitement local: Poudre — Traitement général: Gouttes

Littérature et échantillons sur demande au Laboratoire du Céthocal

P. Lemay D^{en}Ph^e 1, Rue du Val d'Orne / Maurice / Seine Gél. / Maurice 87 R. C. 295638

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

COMPLEXE TONICARDIAQUE
Association Digitaline-Quabaine

DIGIBAÏNE

NOM DÉPOSÉ



remplace
avantageusement
digitale
et digitaline

Echantillons
LABORATOIRES DEGLAUDE
6, Rue d'Assas
PARIS VI^e

Littérature

action
diurétique
intense

USAGE ENFANTS DES DOCTEURS
NÉO-LAXATIF CHAPOTOT

SUC D'ORANGE MANNITÉ — INOFFENSIF — DÉLICIEUX !

ÉCHANTILLON MÉDICAL: AUBRIOT, 56, Boulevard Ornano, PARIS.



UNE NOURRICE

**A DÉFAUT
DE LAIT MATERNEL**

LE

Lait Mont-Blanc

CONDENSÉ SUCRÉ

**Est le seul Aliment véritablement sain
POSSÉDANT TOUTES SES VITAMINES**

**qu'on peut donner en toute sécurité aux Nourrissons
les plus délicats.**

La Compagnie Générale du Lait, RUMILLY (Haute-Savoie)

**ALCOOL
de
MENTHE DE**

R I C Q L È S

MEDICATION CHLORHYDRO-PEPSIQUE

**DYSPEPSIES
Anorexie
Vomissements
LIENTÉRIE**

**ELIXIR GREZ
ET PILULES**

**CHLORHYDRO-
PEPSIQUES
Amers et Ferments
digestifs**

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

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

R. C. Seine : 137.933.



VITTEL

Gamme complète des eaux curatives de

L'ARTHRITISME

Action élective sur le **REIN**

GRANDE SOURCE

Action élective sur le **FOIE**

SOURCE HÉPAR

**La plus minéralisée
des eaux froides des Vosges**

Indications

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

R. C. Mirecourt : N° 1.673.

SEPTICEMINE

CORTIAL

IODASEPTINE

CORTIAL

ARTERION VINCARDI

Artério-sclérose — Hypertension — Scléronéphrose

FORMULE DE L'ARTÉRION VINCARDI

**Complexes vitaminés et stabilisés : Extraits du Fucus vesiculosus 0,10,
du Citrus limonum 0,10, du Viscum album 0,05, de l'Allium sativum 0,10,
Masse pilulaire molle q. s. pour 0 g. 50 par capsule glutinisée.**

Laboratoire VINCARDI, 42, av. Borriglione — NICE

Aussi le mot d'ordre est-il de paraître à grand bruit faire quelque chose pour masquer ce que l'on devrait faire et qu'on ne fait pas.

Revenant à notre sujet et voulant dans mes considérations m'appuyer sur des faits indiscutables, je relaterai, tout d'abord, quelques-unes des observations d'intoxication saturnine recueillies dans ma pratique. Enfin, pour terminer, je vous rappellerai ce que j'écrivais dans la thèse de mon élève et excellent confrère le docteur Fauconnier, que j'inspirais et documentais. Dans cette thèse (1), vous pourrez trouver une étude complète de l'intoxication saturnine en Limousin.

OBSERVATION I. — B..., jeune fille, 22 ans, habite rue Montcailler; d'assez forte constitution, de taille plutôt petite, présente une légère malformation de la colonne vertébrale cervico-dorsale, simple trouble de croissance. Elle habite la maison avec sa famille depuis son jeune âge. Il n'y a pas de cataïres.

Elle est, nous apprend-on, sujette depuis plusieurs années à des crises de douleurs abdominales dont l'intensité ne fait que s'accroître avec le temps. Entre ces crises, elle se plaint de troubles dyspeptiques et de constipation. Régulée à peu près régulièrement, les douleurs ne coïncident pas avec le moment des époques. Jamais la nature de ces coliques n'a été précisée. Longtemps elle a été traitée pour de l'anémie. Tous les ans on la conduisait à la mer. Cette cure paraissait lui réussir, car, nous dit sa mère, elle se portait bien pendant tout le temps de sa saison.

Depuis le commencement de 1924, son état s'est aggravé, ses crises de coliques deviennent de plus en plus fréquentes, ses forces perdent leur force, se paralysent, dit-elle. Elle a été soignée par de nombreux médecins pour de l'anémie, des troubles hépatiques, de l'entérite, de l'appendicite, sans aucune amélioration; bien au contraire, son mal empire chaque jour.

Le 15 juin 1925, je suis appelé à lui donner mes soins. Je trouvais la malade couchée, souffrant affreusement de douleurs abdominales au point qu'on l'entendait crier de l'escalier. A l'examen, qui porta tout d'abord sur le ventre, siège des douleurs, je constatai qu'il était de volume normal, les douleurs étaient généralisées à tout l'abdomen sans prédominance à aucun point. La palpation ne donnait aucune indication de localisation. Elle venait de vomir avec effort une petite quantité de liquide noir, couleur de suie, contenant du sang qui était facilement reconnaissable. La veille, en allant à la selle elle avait rendu des matières sanguinolentes avec des débris muco-membraneux.

On me signala que depuis quelque temps déjà elle ne pouvait plus coudre ni travailler de ses mains. Elle en arrivait même à ne plus pouvoir manger toute seule.

Je constatai une paralysie portant sur les extenseurs des deux mains, qui tombaient sur les avant-bras et ne pouvaient volontairement se redresser. Le long supinateur était contracté.

Immédiatement, je recherchai le liséré saturnin sur le bord libre des gencives. Je le trouvai avec une netteté telle que je n'en ai rarement vu d'aussi prononcé. Il était localisé sur le bord libre des gencives, des incisives et de toutes les dents du côté gauche, aussi net que si on avait tracé une ligne avec de

l'encre. A droite, il n'existait pas. J'ai signalé fréquemment ce fait que le liséré était unilatéral. Il existe surtout du côté où le malade ne mâche pas. Fréquemment, en effet, on ne sert inconsciemment que d'un côté des mâchoires pour broyer ses aliments par suite surtout du mauvais état des dents de l'autre côté. Alors le plomb qui pénètre par la bouche et qui est principalement éliminé par les glandes salivaires se dépose sur les dents et pénètre dans le bord libre des gencives du côté où il n'est pas enlevé à chaque mastication.

Le bismuth, comme nous pouvons le constater depuis les nouveaux traitements de la syphilis par ce médicament, est, comme le plomb, éliminé par les glandes salivaires et produit un liséré analogue à celui du plomb.

Aussi est-on obligé aujourd'hui de faire le diagnostic différentiel en demandant au malade s'il n'a pas subi un traitement par les sels de bismuth. Tel n'était pas le cas de notre malade.

Le diagnostic qui s'imposait était celui d'intoxication saturnine avec coliques et paralysie des extenseurs, compliquée d'un mauvais état général.

Quel était l'agent de l'intoxication? Vraisemblablement l'eau comme nous le constatons dans presque tous les cas. C'est ce que notre enquête nous permit de vérifier. Cette jeune fille couchait au deuxième étage, où existe un poste d'eau. Elle buvait beaucoup d'eau, au point qu'à un moment elle a été traitée pour diabète insipide. L'eau qu'elle consommait séjournait dans un long tuyau de plomb, aussi s'est-elle intoxiquée alors que ses parents, qui habitent le rez-de-chaussée, ne présentent pas de liséré saturnin ni de signes avérés de saturnisme. Peut-on dire que ces derniers ne s'intoxiquent pas? Non, mais consommant de l'eau conduite dans un tuyau de moindre longueur, ils s'intoxiquent à faible dose, mais qui, suffisamment prolongée, pourra déterminer dans un avenir peut-être lointain de l'artério-sclérose, de la néphrite ou tout autre accident du saturnisme chronique. Actuellement, un an après les accidents que nous venons de décrire, la jeune fille, qui n'a plus fait usage de l'eau plombée, est parfaitement guérie de son anémie, de ses crises de coliques et de sa paralysie des extenseurs.

Cette observation est la démonstration de ce que j'écrivais: que les médecins ne pensent pas assez à la possibilité de l'intoxication par l'eau plombée de nos conduites d'eau.

La preuve en est que plus de dix médecins avaient vu la malade, avant moi, sans reconnaître la nature du mal. Sa famille inquiète était même sur le point de partir pour Paris demander une consultation.

LA GRANDE MARQUE des Antiseptiques urinaires

R. C. Seine N° 131.108.

19, Avenue de Villiers
PARIS

URASEPTINE ROGIER

dissout et chasse l'acide urique

(1) FAUCCONNIER, thèse de doctorat, Toulouse: Intoxication saturnine par les eaux en Limousin.

Je crois que cette observation ne peut laisser aucun doute sur la réalité de l'intoxication saturnine de cette jeune fille, qui, non seulement en a présenté tous les symptômes cliniques, mais encore en a donné la preuve par sa guérison complète obtenue par la suppression de l'usage de l'eau qu'elle consommait habituellement.

Analyse chimique de l'eau (due à l'obligeance de M. Texier, chef du laboratoire de l'hôpital). — Présence indubitable de composés de plomb ne donnant qu'une réaction peu sensible au courant d'hydrogène sulfuré, mais donnant une réaction très nette au réactif monosulfuré de sodium.

Par comparaison avec une échelle type, nous trouvons que cette eau renferme 6 milligrammes de plomb par litre.

OBSERVATION II. — P..., agriculteur à Frégéfond, commune de Nieul, me fait appeler le 6 juillet 1925 pour lui donner mes soins.

D'une très bonne santé habituelle, il se plaint d'être souffrant depuis déjà plusieurs mois. Il a maigri, perdu ses forces, il est pâle, les traits tirés et a l'apparence d'être en puissance d'une affection grave.

Nous le trouvons couché en proie à des douleurs abdominales violentes, avec exacerbations. Depuis quelques jours elles n'ont pas cessé. Il ne vomit pas et n'a pas été à la selle depuis trois jours. Il accuse en même temps des douleurs dans les deux jambes, ne dépassant pas les genoux ; elles lui fourmillent, dit-il, et sont comme engourdies. Elles sont faibles et la marche est pénible.

Le ventre est douloureux dans son ensemble sans point prédominant. La langue est blanche. Au niveau du bord libre des gencives, on constate avec une netteté parfaite un liséré ardoisé presque noir s'étendant non seulement au niveau de toutes les dents, mais même sur les joues, où il existe des plaques ardoisées.

Les jambes sont douloureuses à la pression des masses musculaires et les réflexes rotuliens sont affaiblis.

Le diagnostic de coliques de plomb compliquées de début de névrite périphérique et d'un état général grave s'impose.

Sa femme, qui vit dans le même milieu, a perdu la presque totalité de ses dents. Au niveau des trois qui lui restent, le liséré saturnin est très accentué. Elle aussi se plaint d'avoir souvent des coliques et d'un malaise général depuis quelque temps qu'elle ne s'explique pas.

Ils s'intoxiquent par l'eau d'une pompe munie d'un tuyau de plomb. Leur pompe, comme cela est fréquent, n'est pas placée directement sur le puits, mais contre leur maison. Pour la relier avec le puits, il faut de la sorte un supplément de tuyau dont la longueur totale est de 10 mètres environ.

La femme nous signale ce fait que les navets noircissent dans la soupe. Souvent cette remarque nous a été faite pour les choux et quelques autres légumes de la famille des crucifères, qui contiennent du soufre.

Depuis un an seulement ils habitent la maison et ont installé leur pompe à leur entrée.

Actuellement le malade et sa femme, qui ont fait supprimer les tuyaux de plomb, sont complètement guéris.

Le dosage du plomb dans l'eau du puits, dû à l'obligeance de M. Texier, chef du laboratoire des recherches chimiques de l'hôpital, a établi que cette eau contenait 7 milligrammes de plomb par litre et un excès de chlorures : 0^g,075.

OBSERVATION III. — L..., colon à la Lande, commune de Chaptelat, âgé de 32 ans, jouit d'une bonne santé. Il vient de terminer la récolte des foin et, comme tous les ans, a fourni un travail intensif, buvant beaucoup de cidre, de vin et d'eau. Lorsque nous le voyons pour la première fois, il se plaint

d'éprouver une grande fatigue et des douleurs dans tout le ventre qui l'obligent à garder le lit. Il n'a pas d'appétit et n'a pas été à la selle depuis trois jours. Nous pensons, tout d'abord, qu'il s'agit d'un embarras gastro-intestinal dû au surmenage et à l'abus de la boisson. Quelques jours après, nous revoyons le malade, dont l'état a empiré. Ses traits sont altérés, les douleurs abdominales sont violentes, il est extrêmement faible, si bien que le matin, ayant voulu se lever, il n'a pu se tenir debout, ses jambes étant comme paralysées, dit-il.

Il a des douleurs abdominales continues et une constipation absolue.

Le ventre est contracté, douloureux à la pression dans son ensemble.

Le pouls est lent, température normale. Devant la persistance de cet état malgré le traitement, je pensai à une intoxication saturnine.

J'examinai aussitôt les gencives et constatai la présence d'un liséré caractéristique ; même au niveau de la canine gauche, sur la muqueuse de la lèvre inférieure existait une tache noire.

Sa femme, que j'interrogeai, me dit n'avoir jamais eu de coliques, mais elle présentait aussi un liséré très caractérisé qui n'existait qu'au niveau du bord libre des gencives de la mâchoire inférieure, incisives et canines.

Trois enfants en bas âge ne présentaient aucune trace de liséré.

Une vieille femme âgée de 67 ans, artério-scléreuse et arythmique, qui n'avait plus qu'une dent, le présentait très net à son niveau. Toute la famille vivait dans ce domaine, qu'elle exploitait depuis deux ans.

Nous trouvâmes, comme toujours, la cause de cette intoxication saturnine dans l'eau puisée à l'aide d'une pompe munie d'un tuyau de plomb de dix mètres.

La suppression de l'usage de cette eau fit disparaître tous les accidents saturnins.

OBSERVATION IV. — P..., à l'Hermiterie, 30 ans, coliques sèches violentes nécessitant une injection de morphine.

Ventre dur, constipation absolue, traits altérés, liséré saturnin très caractérisé.

Le malade vient de lever la récolte des foin, il a beaucoup bu de cidre et de vin.

Deux femmes habitant la même maison sont très anémiées et présentent également le liséré saturnin.

Par la suite, j'ai été appelé à voir une de ces femmes atteinte de névrite périphérique des jambes. La guérison a été assez rapide.

L'autre jeune femme, très anémiée, souffrant continuellement de troubles dyspeptiques, est morte récemment en moins de deux jours dans le coma avec une rougeur érysiplélateuse du pharynx.

J'ai eu beaucoup de peine à convaincre les habitants de cette maison que l'eau de leur puits les intoxiquait. Ils n'ont pas modifié leur pompe, ils disent bien qu'ils n'en boivent pas, mais je suis persuadé du contraire.

L'analyse de l'eau de ce puits a été faite par l'intermédiaire de la préfecture, qui en avait chargé M. Golse, professeur de chimie à l'école de médecine.

Analyse d'un échantillon d'eau de puits prélevé chez M. P... à l'Hermiterie, commune de Couzeix, demandée par la préfecture de la Haute-Vienne.

a) CARACTÈRES ORGANOLEPTIQUES :

Couleur : sensiblement nulle.

Limpidité : à peu près parfaite.

Odeur : nulle.
Saveur : normale.

b) CARACTÈRES ANALYTIQUES (résultats exprimés en milligrammes par litre d'eau) :

Réaction : neutre à la phthaléine et au tournesol.
Alcalinité (en CO_3Ca) : 0,20.
Degré hydrotimétrique : 7°,5.
Chlorures (en NaCl) : 46,8.
Azote nitrique (en $\text{N}^\circ\text{O}^\circ$) : 70.
Azote nitreux (en $\text{N}^\circ\text{O}^\circ$) : absence.
Azote ammoniacal (en NH°) : 0,7.
Phosphates : absence.
Hydrogène sulfuré : absence.
Oxygène consommé par les matières organiques : 1° en milieu alcalin, 0,7 ; 2° en milieu acide, 0,4.

Observations. — Considérée au point de vue de sa potabilité, cette eau est caractérisée par une quantité assez élevée de chlorures par rapport aux eaux de la région et par une forte proportion de nitrates ; il y a donc lieu de considérer qu'elle a été souillée par des produits d'infiltration.
L'absence de nitrites, la quantité peu élevée d'ammoniaque et de matières organiques montrent que cette eau a subi dans son sol une épuration qui permet de ne pas se prononcer actuellement contre sa potabilité. Mais elle reste cependant une eau suspecte, susceptible d'être mauvaise si cette épuration vient à cesser, susceptible d'être insuffisante.

c) RECHERCHE ET DOSAGE DU PLOMB :

La présence de ce métal se révèle directement à dose notable par la formation de sulfure de plomb colloïdal, que donne l'eau analysée avec une solution de monosulfure de sodium.
Le dosage a été effectué sur la portion insoluble du résidu obtenu de 3 litres et demi d'eau. Ce résidu épuisé à chaud par une solution alcaline d'acétate d'ammoniaque a abandonné à cette-ci le sulfate de plomb qu'il contient.
La pesée de ce sulfate de plomb, effectuée après complète précipitation de l'acétate, sur le résidu laissé par la solution ci-dessus, donne comme résultat 45^{mg},1.
Soit, pour 1 litre d'eau analysée, 12^{mg},9 de CO_4Pb , d'où on déduit pour la quantité de plomb tenue en dissolution dans 1 litre d'eau, 8^{mg},8.

Signé : GOLSE.

OBSERVATION V (résumé). — M..., homme, 48 ans, bonne constitution, habite Couzeix depuis un an, souffre depuis plusieurs jours de coliques avec constipation, vomissements. Les douleurs deviennent insupportables. C'est alors que je suis appelé à le visiter.
Je constate que le ventre est dur, douloureux dans sa totalité ; la constipation est absolue depuis le début de la crise. Le liséré

saturnin existe très nettement sur le bord libre des gencives. Etat général mauvais. L'intoxication est produite par l'eau du puits. La pompe n'est pas placée directement sur le puits, mais en est éloignée de plusieurs mètres, un tuyau de plomb les relie.

Depuis que le malade a cessé l'usage de l'eau plombée, il se porte très bien.

Analyse de l'eau du puits faite par M. Texier, chef de laboratoire de l'hôpital :

Présence nette de composés de plomb à la dose de 2 centigrammes environ par litre ; excès marqué de chlorures, 0,115 par litre ; la teneur maxima ne doit être que 0,06.

OBSERVATION VI (résumé). — C..., entrepreneur à Couzeix, 40 ans, bonne constitution, souffre depuis quelques mois de douleurs abdominales qui l'obligent de temps en temps à suspendre son travail un jour ou deux. Il n'a, pour cela, pas consulté le médecin. Une crise d'une violence extrême me fait appeler à lui donner mes soins. Je constatai qu'il souffrait dans tout le ventre de douleurs très aiguës au point que je lui fis immédiatement une injection de morphine. Cet état de crise dura plusieurs jours en s'atténuant progressivement. Il était constipé, vomissait et son état général était franchement mauvais. Le liséré saturnin montrait très nettement la nature de son mal.

Sur mes conseils, il fit changer le tuyau de plomb de sa pompe. Depuis il se porte bien et n'a jamais eu de coliques.

OBSERVATION VII (résumé). — X, femme, 35 ans, demeurant à Mortcheval, commune de Chaptelat, souffre depuis déjà longtemps de douleurs de ventre et de troubles dyspeptiques. Elle perd ses forces, maigrit et s'anémie. Son état général est mauvais sans qu'on en trouve nettement la cause. En examinant la bouche, je trouve un liséré noir sur le bord libre des gencives au niveau des dents incisives et molaires du côté gauche.

Elle fait usage de l'eau d'un puits muni d'une pompe avec tuyau de plomb, longueur environ 6 mètres. Le mari de cette femme ne présente qu'une ébauche de liséré et se porte assez bien.

OBSERVATION VIII (résumé). — Femme C..., demeurant à Nieul, bonne santé habituelle, souffre depuis quelques jours de coliques sèches avec crises aiguës à certains moments. Le siège des douleurs est surtout accusé dans la région ombilicale : nausées, constipation, inappétence complète. Pas de localisation douloureuse dans la région vésiculaire et appendiculaire. Le liséré saturnin est très net au niveau de presque toutes les dents.

Fait usage d'eau de pompe avec tuyau de plomb.

OBSERVATION IX. — P..., à Sourue, commune de Chaptelat, femme âgée de 36 ans, exploite avec son mari un domaine

DIGITALINE crist.

NATIVELE

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 1/10^e de milligr.

AMPOULES au 1/4 de milligr.

AMPOULES au 1/10^e de milligr.

49, Boul. Port-Royal, Paris.

NATIVELE

depuis un an. Elle est souffrante il y a quelque temps déjà, mais a pu continuer son travail. Lorsque nous la voyons pour la première fois (19 juillet dernier), elle est alitée depuis trois jours en proie à de violentes coliques qui sont continues avec exacerbations, elle vomit tout ce qu'elle prend et n'a pas été à la selle depuis plusieurs jours. Elle localise ses douleurs surtout au creux de l'estomac et dans la région ombilicale. Par la palpation du ventre, dont les parois amincies laissent facilement explorer les organes, on constate la présence de matières durcies dans l'intestin. Sa figure est altérée, très pâle, subictérique, elle exprime la souffrance.

Elle se plaint, en outre, de douleurs dans les masses musculaires des cuisses et des jambes. Elle a de la peine à se tenir debout, tant elles sont faibles. La température est normale et le pouls plutôt ralenti. La langue est blanche. Le bord libre des gencives au niveau de presque toutes les dents est représenté par une ligne noir d'encre qui festonne le collet des dents.

Le diagnostic d'intoxication saturnine avec coliques sèches et début de névrite périphérique s'impose.

Quelle est la cause de cette intoxication ?

L'eau, vraisemblablement, comme toujours nous l'avons constaté dans pareils cas. Le mari ne présente pas de liséré saturnin et dit assez bien se porter, il boit peu d'eau.

Ce ménage consomme de l'eau qui coule librement à jet continu dans un bac. Le débit n'est pas très abondant : 5 litres et demi à la minute.

Elle s'échappe d'un tuyau en plomb scellé dans un mur maçonné. Tout d'abord, je ne m'expliquais pas comment il pouvait y avoir intoxication par de l'eau courante vraisemblablement débitée simplement à sa sortie par un tuyau en plomb de faible longueur comme cela a lieu d'habitude, le reste de la conduite étant en tuyaux de ciment. J'allais renoncer à ma première idée d'intoxication par l'eau et chercher par ailleurs, lorsque, poursuivant mon enquête, j'appris que l'eau était conduite par un tuyau en plomb ayant 80 mètres de longueur. Cette longueur insolite m'expliqua la possibilité de l'intoxication par cette eau courante. Les choux et les navets noircissaient dans la soupe.

Cette eau mal captée est impure et se trouble fréquemment à la suite des pluies.

Cette observation nous a paru doublement intéressante à rapporter, car elle prouve, en s'ajoutant aux autres, la fréquence de l'intoxication saturnine par l'eau plombée des conduites en plomb sous toutes les formes, même par l'eau courante dans un tuyau. On est en droit de conclure de ce fait que l'eau, même circulant librement dans un tuyau en plomb, entraîne suffisamment de ce métal pour être toxique. On atténue sa toxicité lorsqu'on fait couler l'eau d'un robinet avant l'usage, mais notre exemple démontre qu'on ne supprime pas tout danger, surtout si la conduite a une longueur importante.

L'analyse de l'eau de cette conduite, due à l'obligeance habituelle de M. Texier, chef du laboratoire d'analyses biologiques et chimiques à l'hôpital, a été négative. Elle n'a porté, il est vrai, que sur un seul litre recueilli en période de sécheresse, alors que le courant d'eau est diminué. Elle était très limpide et ne présentait pas les impuretés qui la troublent presque constamment au dire des usagers. Cette remarque a son importance, car les nitrates et les chlorures favorisent la dissolution du plomb. Il en est de même des acides organiques du genre de l'acide humique.

D'autre part, l'attaque des tuyaux de plomb a pour conséquence de mettre en dissolution ou en suspension dans l'eau

peu minéralisée des composés éminemment toxiques, même à très petites doses, que l'on ne peut éliminer par la filtration et dont on ne pourrait empêcher la formation par un écoulement continu (FERRIER).

En conséquence, on est en droit d'admettre que le débit d'eau plombée peut se faire par intermittences dans certaines conditions. Ce sont ces conditions que nous nous proposons de rechercher par la suite.

Nous ne pouvons, en effet, admettre que l'intoxication saturnine rapportée dans notre observation ne trouve pas sa cause dans l'eau conduite dans 80 mètres de tuyaux de plomb, alors que, par ailleurs, nous ne trouvons aucune autre raison d'intoxication.

8 août 1926. — Nous revoyons la malade, qui, après quelques jours de calme relatif, est reprise de coliques avec vomissements continus. Elle ne supporte aucun aliment, aucune boisson. Elle est très faible et doit garder le lit, ne pouvant se tenir debout. Ses traits altérés expriment un état de souffrance extrême, le teint est subictérique, elle souffre dans les jambes.

Le ventre est affaissé au point que la paroi antérieure semble toucher la colonne vertébrale. La constipation est absolue, les urines sont rares. Le foie semble rétracté sous les fausses côtes et on ne perçoit pas son bord, quoique la paroi soit dépressible au point qu'on peut la refouler sous les fausses côtes.

La malade salive avec abondance, au point de mouiller plusieurs mouchoirs chaque nuit. Son état général est inquiétant et on a l'impression que l'intoxication est arrivée à un point qui ne pourrait être dépassé sans compromettre la vie.

Le liséré saturnin est extrêmement net au niveau de toutes les dents.

La malade nous rapporte qu'en outre de l'eau qu'elle consommait à son domicile, elle buvait, au cours de son travail dans une laiterie, beaucoup d'eau provenant d'un robinet adapté à une conduite d'eau en plomb. Elle remarquait que depuis quelque temps elle avait toujours soif.

Nous avons relaté, dans une autre observation, chez une de nos malades intoxiquée, le besoin de boire d'une façon exagérée.

11 août 1926. — La malade va mieux; elle peut se lever et les vomissements ont cessé. Elle reste très faible, son teint est subictérique, constipation, urines rares, salivation abondante.

20 août 1926. — Amélioration très notable, plus de coliques ni de vomissements.

Elle supporte quelques aliments. Il semble qu'elle entre en convalescence.

Aujourd'hui, nous pouvons rapporter, par suite de renseignements complémentaires, cette intoxication saturnine à ce fait qu'elle consommait à deux sources de l'eau plombée : chez elle de l'eau provenant de la conduite en plomb de 80 mètres de longueur, à jet continu, et au cours de son travail de l'eau provenant d'un robinet d'une conduite en plomb.

Dans cette dernière eau, l'examen chimique a révélé nettement la présence du plomb.

C'est depuis que l'usage du plomb s'est généralisé et surtout à notre époque où il se généralise de plus en plus, tant il a de qualités pratiques, que nous retrouvons fréquemment la relation d'observations d'intoxication saturnine se produisant dans une famille, un petit groupement ou s'étendant à toute une localité.

CACHETS CHARVOZ

DIGESTIFS

Régularisent les fonctions gastriques

Pour la CURE DE DIURÈSE

prescrire **EVIAN - CACHAT**

Pour éviter les Substitutions

spécifier **EVIAN - CACHAT**

R. C. Seine : 60.297.

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

THIOLCOL "ROCHE"

uniquement sous forme de

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

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



R. C. Paris : 127.006.

PEPTALMINE

Péptone de Viande et de Poisson -- Extraits d'Œuf et de Lait

MÉDICATION ANTIANAPHYLACTIQUE polyvalente

INDICATIONS :

**MIGRAINES, URTICAIRES,
TROUBLES DIGESTIFS**

par assimilation défectueuse :

**ROUGEURS DE LA FACE, SOMNOLENCES
OU PESANTEUR APRÈS LES REPAS**

COLITES, ASTHMES, PRURITS, ECZÉMAS
et en général les diverses manifestations anaphylactiques.

Posologie : **ADULTES**, 2 dragées ou 2 cuillerées à
café de granulés une heure avant chacun des repas.

-- **ENFANTS** : Moitié de ces doses.

Echantillons et Littérature :

Laboratoire des produits **SCIENTIA**, 21, rue Chaptal, **PARIS (9^e)**

R. C. Seine : 148.044.

Qu'il nous soit permis, à l'appui de ce que nous venons de dire, de rappeler en quelques lignes l'histoire de la petite ville de Vitré, dont les habitants furent victimes en grand nombre d'accidents saturnins.

C'est à M. O. Fossier, qui l'a rapportée et étudiée dans sa thèse, que nous devons de la connaître. Ce qui lui donne encore plus d'intérêt pour nous, c'est que Vitré est situé sur le territoire breton, qui présente la même constitution géologique que le nôtre.

Or, en 1899, la municipalité fit conduire l'eau dans la ville et la distribua aux habitants en se servant de tuyaux de plomb. Deux ans et demi après, les médecins constatèrent des symptômes bizarres qu'ils retrouvaient chez un grand nombre de leurs malades. Tout d'abord, ils ne les attribuèrent pas à leur véritable cause; plus tard, il fut prouvé que l'eau était seule coupable et qu'il n'y avait qu'un seul remède au mal : celui de supprimer les tuyaux de plomb. Les statistiques de la ville montrèrent que, sur une population de 5 à 6.000 habitants consommant l'eau incriminée, il y avait eu pendant trois années où l'on avait fait usage des tuyaux de plomb une augmentation de 151 décès sur les trois années précédentes où il y avait eu une épidémie de fièvre typhoïde causant la mort d'une vingtaine de personnes. Ces petites épidémies sont citées plutôt à titre de curiosité scientifique. Elles évoquent bien parfois l'idée d'un danger plus général, provoquent même des enquêtes, des expertises, des rapports qui font un peu de bruit dans un rayon limité, mais tout retombe bientôt dans l'oubli.

Il ne nous semble pas qu'il soit venu à l'esprit de ceux qui ont charge de la santé publique que ces faits étaient pour eux un grand enseignement dont ils devaient faire bénéficier toute une population menacée du même péril.

C'est contre cette inconscience du danger que nous voulons réagir en publiant des faits précis, montrant jusqu'à l'évidence que l'on s'intoxique toutes les fois que dans les villes on se sert de tuyaux de plomb pour canaliser l'eau de boisson, et qu'il en est de même dans les campagnes lorsque aux pompes on adapte des tuyaux du même métal. Point n'est besoin d'un ensemble de circonstances favorables pour produire l'intoxication, elle se produit toujours, mais avec plus ou moins de rapidité et d'intensité.

Ainsi le fait brutal cliniquement et chimiquement démontré est que l'eau de nos régions entraîne toujours avec elle du plomb lorsqu'elle est en contact assez prolongé avec lui. L'eau même qui coule dans le tuyau lorsqu'on ouvre un robinet ou qu'on actionne une pompe entraîne avec elle des débris provenant de l'effritement du revêtement interne du tuyau formé par des sels de plomb peu adhérents.

Les eaux en Limousin, qui traversent un sol granitique, sont très pures et de ce fait attaquent plus énergiquement le plomb que des eaux plus minéralisées.

Nous avons de par nos expériences la certitude que la couche dite protectrice intérieure formée par des sels insolubles est plus théorique que réelle, étant donné son peu

d'adhérence et sa friabilité. La preuve en est dans l'altération rapide des tuyaux qui s'ulcèrent, pour ainsi dire, à l'intérieur et se percent assez rapidement. Ainsi on peut admettre que toute eau conduite dans du plomb entraîne plus ou moins, et comme ce métal est un poison violent à faible dose, peut-être plus encore que l'arsenic, il y a grand danger à en faire usage.

Dans un précédent travail (1) sur le saturnisme professionnel des ouvriers poudreux, j'ai donné les résultats d'une analyse des organes faite par M. Delezinier d'une de mes malades poudreuses décédée dans mon service d'hôpital.

Cette analyse a porté sur les intestins, les poumons, le cerveau, le foie, le cœur, la rate et les reins et a donné un total de 9^{es}, 3 de plomb métallique. D'autre part, les professeurs Edouard Peyrussou et Pillault ont également, en 1895, soumis à l'analyse des viscères d'une poudreuse décédée par suite d'une intoxication professionnelle.

Ils ont trouvé un total de 9 centigrammes de plomb.

Si le danger de l'intoxication par le plomb a été si souvent méconnu, c'est que l'ensemble des symptômes constatés chez les malades ont été rapportés à d'autres causes et continuent à l'être par la grande majorité des médecins. Pour eux, le principal symptôme du saturnisme est la profession du malade. Aussi, lorsqu'elle ne leur fournit aucune indication directrice, s'égarent-ils à côté du diagnostic tenu pour exceptionnel.

Si, dans les cas où les symptômes du saturnisme sont caractérisés par des manifestations pathologiques qui lui sont propres, comme la colique sèche, la paralysie des extenseurs, etc., il peut être méconnu, il le sera encore bien mieux dans le saturnisme chronique par intoxication à dose minime, mais longtemps prolongée. Cette forme lente aboutira suivant le terrain à l'artério-sclérose, à la néphrite chronique, aux paralysies avec atrophies musculaires, aux troubles nerveux encéphaliques, aux arthrites, etc... C'est sur ces formes du saturnisme chronique si variées et si graves qu'il me paraît essentiel d'attirer l'attention. Combien de ces maladies que nous reconnaissons à juste titre comme d'origine toxique ou infectieuse de nature indéterminée pourraient bien, dans un grand nombre de cas, n'être dues qu'à une intoxication insidieuse par le plomb absorbé à petite dose longtemps prolongée ! Ne savons-nous pas, d'autre part, que le saturnisme professionnel produit ces mêmes maladies que nous venons d'énumérer et dont nous reconnaissons alors la cause avec la plus grande facilité ? Qu'avons-nous à enlever aux professionnels, nous tous qui absorbons chaque jour le poison de nos conduites d'eau en plomb, et cela pour un grand nombre depuis le premier biberon ?

Il s'ouvre de ce fait un horizon pathologique si étendu que nous ne pouvons nous défendre d'entrevoir la gravité du danger auquel nous demandons instamment de parer.

(1) D^r THOUVENET, *Saturnisme professionnel des ouvriers poudreux*.

LA QUESTION DE LA NATALITÉ

Indemnités de naissance au troisième enfant

Le docteur Paul Garnier (de Chalonnes-sur-Loire) nous communique le compte rendu d'une séance du conseil municipal de son pays. Au moment où la question de la natalité est plus que jamais inquiétante, il y a là une initiative angevine intéressante à faire connaître... et à imiter.

« Le conseil municipal de Chalonnes-sur-Loire, Considérant que les derniers recensements, notamment ceux de 1921 et 1926, accusent une diminution progressive de la population communale :

« Que cette diminution tient d'une part à l'émigration vers les villes et d'autre part à la dénatalité ;

« Que l'une des causes de la dénatalité est le surcroît de dépenses amené dans un ménage par la naissance d'un nombre d'enfants supérieur à un ou deux ;

« Que l'Etat et le département ont créé des primes à la natalité applicables à compter du quatrième enfant ;

« Que de plus l'indemnité annuelle par enfant accordée aux pères et mères de familles de plus de trois enfants à compter du quatrième a été portée de 120 à 360 francs par la loi du 30 avril 1926 ;

« Qu'ainsi est laissée sans subvention, par ces collectivités, la naissance du troisième enfant, à compter de laquelle, cependant, commence le gain de natalité, et qui dans bien des familles constitue une charge importante ; qu'il y a lieu dans ces conditions d'indemniser à Chalonnes la naissance du troisième enfant, l'Etat et le département faisant face aux indemnités de naissances ultérieures,

Décide :

1^{er} Il est organisé dans la commune de Chalonnes-sur-Loire un service d'indemnités de naissances en conformité du décret du 30 avril 1920 et de l'article 92 de la loi du 30 avril 1921 ;

2^e Pourront sur leur demande bénéficier d'une indemnité de naissance de 200 francs pour le troisième enfant légitime, à partir du 1^{er} janvier 1927, les parents de nationalité française ayant leur résidence habituelle depuis un an au moins dans la commune ;

3^e Seuls entreront en ligne de compte les enfants vivants au moment de la naissance du troisième, ainsi que, par mesure transitoire, les enfants tués à l'ennemi ou décédés des suites de leurs blessures ou de maladies contractées aux armées pendant la guerre ;

4^e Leur admission sera prononcée par le maire, assisté d'une commission de quatre membres élus chaque année par le conseil municipal et dont la décision ne pourra être l'objet d'aucun recours ;

5^e L'indemnité sera versée moitié à la naissance de l'enfant, sur justification qu'il est né vivant, et le solde dès qu'il atteint l'âge d'un an ;

6^e L'Etat intervient dans la dépense aux conditions prévues à l'article 92 de la loi du 30 avril 1921, la commune prenant à sa charge la fraction non couverte par la subvention de l'Etat. »

QUESTIONS PROFESSIONNELLES

I. — QUAND PAYER LES IMPÔTS ?

Le mode de paiement des impôts a été complètement modifié par l'article 2 de la loi du 4 avril 1926, et les prévisions données par les décrets des 6 et 15 juin 1926 sont si peu claires que les contribuables sont bien excusables de ne pas très bien les comprendre.

La loi a fixé la date de paiement d'après la publication des rôles. Nos lecteurs savent que cette dernière date figure au recto des feuilles d'impôts.

Les dates de paiement varient suivant que les rôles sont publiés avant le 30 avril, entre le 30 avril et le 31 juillet, entre le 31 juillet et le 30 septembre et enfin après le 30 septembre.

Le premier cas est rare et nous ne croyons pas qu'il ait été publié de rôles 1926 avant le 30 avril. Mais, si les Chambres votent le prochain budget avant la fin de l'année, il est probable que les rôles 1927 ne paraîtront pas beaucoup plus tard que les premières feuilles du printemps sur les arbres.

1^{er} cas. — Lorsque les rôles sont publiés avant le 30 avril, l'impôt est payable en deux fractions égales, l'une au plus tard le 30 avril, l'autre au plus tard le 31 octobre.

2^e cas. — Lorsque les rôles sont publiés entre le 30 avril et le 31 juillet, l'impôt est payable en deux fractions égales, l'une dès la publication du rôle, l'autre au plus tard le 31 octobre.

3^e cas. — Lorsque les rôles sont publiés entre le 31 juillet et le 30 septembre, la première moitié de l'impôt est payable dans le mois qui suit celui de la publication du rôle, la seconde au plus tard le 31 octobre. Par exemple, un avertissement dont le rôle a été publié le 15 août est payable en deux parties : la première avant le 30 septembre, la seconde au plus tard le 31 octobre.

4^e cas. — Enfin, lorsque le rôle est publié après le 30 septembre, l'impôt est payable en totalité dans le mois qui suit celui de la publication du rôle. Ainsi, un avertissement compris dans un rôle publié le 3 novembre est payable avant le 31 décembre.

Quelles sont les sanctions en cas de non-observation des échéances ci-dessus fixées ?

En ce qui concerne la majoration de 10 %, la loi du 3 août 1926 nous dit seulement qu'un décret fixera chaque année la date d'application de cette majoration. Actuellement, elle n'est pas encore fixée pour les impôts de 1926.

Il ne faut pas croire pour cela que les sanctions sont inexistantes ou anodines.

Dans les deux premiers cas (publication du rôle avant le 31 juillet) si la première moitié de l'impôt n'a pas été payée au plus tard le 31 juillet et dans les deux autres cas (publication du rôle après le 31 juillet) si la première moitié de l'impôt n'a pas été payée dans le mois qui suit la publication, la totalité devient exigible immédiatement.

Exigible, cela veut dire que les percepteurs ont le droit d'obliger le contribuable à payer. Et c'est ici que commencent les véritables sanctions.

Dès la date d'exigibilité, le contribuable reçoit l'aimable feuille verte dite « sommation sans frais ».

Elle est rapidement suivie de la sommation avec frais, dont le coût est de 1 % de l'impôt dû.

Trois jours après arrive le commandement, qui coûte 3 % de l'impôt dû. Puis la saisie, qui coûte 5 %.

Nous laissons de côté les formalités suivantes : récolement sur saisie, signification de vente, affiches, récolement avant la vente, procès-verbal de vente, dont le coût total est de 12,50 %.

Les sanctions ci-dessus : sommation avec frais, commandement, saisie, s'élèvent déjà à 9 %. Il y a donc intérêt évident à ne pas se laisser surprendre par les dates extrêmes d'exigibilité.

Nous devons noter en outre que la totalité des impôts dus est immédiatement exigible : 1° si le contribuable change de domicile et va habiter en dehors du ressort de la perception ; 2° lorsque le contribuable a été frappé d'une majoration pour non-déclaration, déclaration tardive ou insuffisante, en ce qui concerne les impôts cédulaires ou l'impôt général sur le revenu.

Lucien ORIOU et Pierre DE PLUMENT.

II. — L'AUTOMOBILE DE 1927

Le XX^e salon de l'automobile vient de fermer ses portes après avoir reçu d'innombrables visites. Le moment est venu d'en tirer des conclusions et de rechercher les tendances principales de la construction automobile pour 1927.

Le facteur économique continue à dominer, plus que jamais, la situation. Le prix de l'essence, de l'huile et des pneus, la majoration progressive des impôts, font refluer les acheteurs vers la voiture de faible puissance, entre 5 et 10 CV. Peugeot, Citroën et Renault avaient définitivement mis au point et lancé les 5 et 6 CV : le salon de 1926 a vu apparaître la 7 CV, susceptible de recevoir des carrosseries plus spacieuses et de loger confortablement quatre passagers. Les modèles de ce type sont déjà nombreux : il y en a de très réussis.

Mais, tout en voulant dépenser moins, l'automobiliste demande à sa voiture plus de confort et de rapidité. La recherche de ces deux facteurs a fait naître d'importantes modifications dans les moteurs, les châssis et les carrosseries.

On a dit et répété que le salon de 1926 était « le salon des 6 cylindres ». L'engouement du public pour les voitures américaines, Buick, Chrysler, etc... n'est pas étranger à cette orientation. Ce que les automobilistes apprécient dans ces autos silencieuses et souples, c'est, en plus d'une question de mode, l'agrément de conduite d'une machine susceptible, sans qu'on ait à changer de vitesse, de passer de 6 à 100 kilomètres à l'heure par le seul jeu du pied sur l'accélérateur. Réservés jusqu'ici aux voitures puissantes, les 6 cylindres apparaissent cette année sur de petits moteurs et l'on en trouve chez presque

tous les constructeurs. Nous n'avons plus rien à envier à ce sujet aux fabricants d'outre-Atlantique.

Le rendement des moteurs de 1927 s'est encore amélioré, si bien que la puissance en chevaux d'une automobile ne peut vraiment plus servir de base pour en évaluer la vitesse. On voit des 1.400 centimètres cubes qui frisent le 200 à l'heure et qui paient impôt pour 7 CV ! Quel progrès quand on songe à ce que pouvaient faire les 25 CV d'avant-guerre !

L'accroissement de la vitesse entraîne comme corollaire indispensable l'amélioration du freinage. Tous les châssis modernes sont équipés avec des freins sur roues avant, et nombre de marques munissent cette année leurs voitures d'un servo-frein, appareil régulateur et amplificateur qui répartit équitablement sur les quatre roues l'effort de freinage sans que l'on ait à exercer sur la pédale le moindre effort. C'est un facteur de sécurité indispensable pour les voitures rapides ou la circulation en ville obligeant à de brusques arrêts.

Moteur souple, silencieux, rapide, freins efficaces et sûrs : voici quelques-unes des caractéristiques de l'automobile moderne. Quelle carrosserie monter sur un tel châssis ? souple ou rigide ? La solution préconisée par Weymann triomphe nettement. Plus grand emplacement disponible, sièges plus moelleux et mieux suspendus, d'accès facile, silence absolu de l'ensemble, légèreté et élégance : les carrosseries souples l'emportent cette année sur les caisses rigides qui conservent cependant quelques adeptes et non des moindres. Elles sont plus résistantes, plus lumineuses et leur entretien s'est bien simplifié depuis qu'on abandonne l'antique et fragile peinture pour cette sorte d'émaillage à la nitro-cellulose sous pression connue sous le nom de *Duco*. Avec ce procédé, ne craignez pas de rayer votre vernis : plus on frotte avec un chiffon sec, plus la carrosserie rutilé !

Tout ceci serait parfait si les routes étaient bonnes ; mais, quelque souplesse qu'aient vos ressorts et vos amortisseurs, quel que soit le confort de votre carrosserie et la bonne volonté de votre moteur, il est des chemins

GYNÉCOLOGIE OVULES "MAGIDA"

RADIOACTIFS . . . Sels d'Urané

DÉCONGESTIONNANTS Glycérine à 30°

ALCALINISANTS . . . Hydrate d'Alumine

ANTISEPTIQUES . . . SO₄Cu, SO₄Zn, Argyrol

En injection préalable : 1 paquet de Poudre MAGIDA

LABORATOIRES BESNARD, 56, R. des Dames, PARIS
et tous Commissionnaires

ANTIGONO. STREPTO. STAPHYLO

défoncés sur lesquels le 20 à l'heure est encore pénible pour le voyageur et dangereux pour la voiture. C'est le désir de conserver une vitesse moyenne élevée sans risque de détériorer machines et passagers qui a fait naître, il y a deux ans, la première voiture à roues indépendantes. La formule de Sizaire a fait ses preuves. Il se découvre des adeptes au salon de 1926. Si les Ponts et Chaussées ne se décident pas à remettre en état notre réseau routier, les suspensions à roues indépendantes, qui permettent de s'en passer sans heurts le profil d'un sol chaotique, seront indispensables dans un avenir prochain. Signalons également que les pneus à basse pression se retrouvent sur toutes les voitures sans exception et que l'on tend de plus en plus à abandonner, pour les autos rapides, le système à verrouillage américain dit *Straight side*, impossible à faire fonctionner dès que l'eau et la boue ont rouillé le mécanisme, pour les jantes à base creuse permettant de monter des pneus à tringles analogues aux enveloppes de bicyclette et qui adhèrent aussi bien à la route que leurs frères américains. Au point de vue appareillage électrique enfin, les phares type *Marchal*, à lampe retournée, équiperont plus de la moitié des voitures exposées, preuve manifeste de leur supériorité.

Pierre VIGNAL.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Fédération nationale.

Le bureau de la Fédération s'est réuni à Paris le 10 octobre sous la présidence du docteur Vanverts. Les questions ont été discutées pour être portées à l'ordre du jour de la prochaine assemblée générale (27 et 28 novembre) les questions suivantes :
— les assurances sociales ;
— le tarif des mutilés ;
— les stomatologistes et les odontologistes ;
— la définition de l'attitude des syndicats de la Fédération de la médecine sociale.
L'assemblée générale de l'Union des Syndicats de décembre de dire si elle accepte définitivement et malgré l'opposition de ses dirigeants notre programme qui est celui de son immense majorité.
Nous pouvons espérer qu'enfin libéré des théories funestes doctrinaires de l'Union, le corps médical retrouvera son droit pour la défense de ses traditions et de ses intérêts professionnels.

Résolutions votées à l'Assemblée générale

SYNDICAT DES CHIRURGIENS FRANÇAIS

L'assemblée générale du Syndicat des Chirurgiens français a eu lieu les 7 et 8 octobre 1926. Cent membres environ assistaient à la première séance. À son allocution, le président indique la rapide progression

Depuis la dernière assemblée, 101 candidats ont été agréés par le conseil d'administration. Lorsque ces admissions seront ratifiées, le nombre des membres du syndicat sera de 480.

Le président fait remarquer l'intérêt croissant que les chirurgiens paraissent apporter à la solution des questions professionnelles dont s'est jusqu'ici préoccupé le syndicat.

À la suite des discussions portant sur chacun des points de l'ordre du jour, les résolutions suivantes ont été votées :

Hospitalisation des malades payants (à leurs frais ou aux frais de certaines collectivités) :

a) *Prix de journée.* — L'assemblée générale décide qu'il y a lieu de faire un effort pour faire reviser les prix de journée des malades payants en tenant compte des facteurs jusqu'ici négligés mis en évidence par le professeur Lambret dans son rapport.

Le conseil est chargé de rédiger les desiderata et de les porter devant les autorités compétentes.

b) *Le payant à l'hôpital.* — Le Syndicat des Chirurgiens estime qu'il est prématuré de modifier l'organisation hospitalière actuelle et considère que l'hôpital doit demeurer réservé aux indigents et aux malades insuffisamment aisés pour être traités dans une maison de santé (Dr Marquis).

c) *La tarification.* — Le projet de tarif chirurgical minimum élaboré par le docteur Renon reçoit l'approbation unanime de l'assemblée. Quelques modifications de détail sont apportées en cours de lecture. La publication officielle de ce tarif sera effectuée dans l'année.

d) *Rémunération des chirurgiens par les malades payants.* — Le syndicat émet le vœu :

1° Qu'au nom de l'indépendance de la profession il soit reconnu par les administrations hospitalières le principe de la rémunération des chirurgiens pour les soins donnés et les opérations pratiquées à l'hôpital à tout malade hospitalisé à ses frais ou à ceux des collectivités privées ;

2° Que les honoraires chirurgicaux soient versés directement par le malade au chirurgien sans aucune immixtion des commissions administratives ;

3° En exécution de ce vœu, le syndicat rappelle à ses membres qu'ils ne doivent, dans leur intérêt, traiter en aucun cas avec les commissions administratives sans en référer au bureau du syndicat.

Pour assurer l'exécution de ce vœu, le Syndicat des Chirurgiens français demande à être représenté au sein du conseil supérieur de l'assistance publique.

Le docteur Renon, secrétaire général, est aussitôt désigné pour cette représentation éventuelle.

Hospitalisation des accidentés du travail. — 1° Le Syndicat des Chirurgiens renouvelle l'expression du droit au paiement direct par tout malade non indigent hospitalisé et charge son bureau d'entamer immédiatement la lutte pour la suppression du tout compris en matière d'accidents du travail (Dr Renon).

2° Le Syndicat des Chirurgiens émet le vœu, dans l'intérêt même du libre choix du chirurgien, que la fixation des honoraires chirurgicaux dans les soins aux accidentés du travail reste fixée telle qu'elle est déterminée par l'article 4 de la loi de 1898 (Dr Marquis).

Recrutement des chirurgiens des hôpitaux de province. — Le principe de la nécessité du concours (Dr Sikora) est adopté.

Le conseil devra en cours d'année étudier les modalités possibles et les soumettre à la prochaine assemblée générale.

Questions fiscales. — Le docteur Dehelly est prié de bien vouloir établir un type de déclaration unique des frais professionnels du chirurgien.

Contestations d'honoraires. — L'assemblée adopte le principe de la désignation de deux chirurgiens conseils qui pourraient être utilement consultés par les confrères avant tout commencement de procédure au sujet d'honoraires (proposition Dantin).

Rapports intersyndicaux. — 1° L'assemblée donne son adhésion au groupement des syndicats généraux de médecins spécialisés, groupant en outre les électroradiologistes, les otorhino-laryngologistes, stomatologistes, oculistes, urologistes, stations balnéaires et sanitaires.

La représentation du syndicat est confiée à MM Renon et Deniker.

2° Le Syndicat des Chirurgiens groupant à la fois en nombre à peu près égal des membres appartenant à l'Union et à la Fédération par leurs syndicats locaux, étant donné que le Syndicat des Chirurgiens ne peut adhérer aux deux associations générales et pour éviter toute stérile discussion à cet égard au sein du syndicat, l'assemblée générale décide de se retirer provisoirement de l'Union et d'observer une neutralité absolue, étant entendu que :

a) Cette décision ne comporte aucune signification de méfiance vis-à-vis de l'Union des Syndicats médicaux ;

b) Le Syndicat des Chirurgiens fera comme par le passé tous ses efforts pour que cesse la scission si préjudiciable aux intérêts du corps médical français.

Programme d'action et d'études pour l'année 1925-1926. — Outre les questions dont l'étude doit être poursuivie :

- Assurances sociales ;
- Hospitalisation des malades payants ;
- Accidents du travail ;
- Questions fiscales,

l'assemblée décide de faire étudier en 1926-1927 par les commissions compétentes les deux questions suivantes :

- Lutte anticancéreuse ;
- Rapports des chirurgiens avec les médecins traitants.

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'INDRE-ET-LOIRE

SÉANCE DU 2 OCTOBRE 1926

Présidence du docteur Grasset, président.

Bibliothèque. — M. Dubreuil-Chambardel rend compte qu'il est procédé actuellement à l'organisation de la bibliothèque de l'Ecole de Médecine de Tours. Il demande s'il n'y aurait pas intérêt à ce que nos livres fussent installés dans les locaux de cette bibliothèque, où nos membres auront plus de facilité pour les consulter.

Cette question est renvoyée au bureau, qui fera des propositions précises à la prochaine réunion.

Malformation congénitale de l'œsophage. — M. Léonet (de Chinon) présente les pièces anatomiques d'un cas de malformation congénitale de l'œsophage qu'il a eu l'occasion d'observer récemment.

Il s'agit d'un œsophage qui, dès son origine, se termine par un diverticule en doigt de gant. L'œsophage thoracique existe et est relié par un grêle pédicule au larynx : ce pédicule paraît perméable. Il n'y a pas de rapports entre l'œsophage cervical et l'œsophage thoracique, si ce n'est que par des éléments vasculaires.

Cet enfant, qui dès sa naissance a pu faire quelques suctions

suivies de suite de rejettement de la petite quantité de lait absorbée, a pu vivre onze jours.

C'est cette particularité qui est intéressante.

Cette malformation a déjà été décrite, mais elle est rare.

Le Secrétaire général.

D^r DUBREUIL-CHAMBARDEL.

ÉCHOS

Nécrologie.

Nous apprenons le décès de M. Athanase Cantin, pharmacien, ancien président du Syndicat général des Pharmaciens de France, collaborateur-annonceur et ami de la *Gazette médicale du Centre* et de la *Gazette médicale de Bretagne*, à Palaiseau (S.-et-O.).

M. Cantin avait mis au point, il y a quelques années, une formule de quinio-bismuth (Quinby) employée dans les hospices et dans les hôpitaux civils et militaires français.

La *Gazette* présente à la famille de M. Cantin ses bien sincères condoléances et l'expression de sa douloureuse sympathie.

Hôpital de Tours.

CONCOURS DE L'INTERNAT ET DE L'EXTERNAT

Concours de l'Internat.

Le 18 octobre 1926 ont eu lieu à l'hôpital de Tours les épreuves du concours de l'Internat. Questions écrites : *Scarlatine* ; *Nerfs de la main*.

Ont été nommés :

- 1° *Internes titulaires* : MM. : 1. Gesta ; 2. Catesson ; 3. Chichereau ; 4. Papazoglou. *Internes provisoires* : 1. Roguet ; 2. Pommeret.

Concours de l'Externat.

Le 25 octobre a eu lieu le concours de l'externat. Question écrite : *Os frontal*. Question orale : *Abcès chaud*.

- Ont été nommés : MM. : 1. Lieffring ; 2. Vassor ; 3. Gouyonnet ; 4. Bouchet ; 5. Lhuillier ; 6. Goger ; 7. Thouret ; 8. Barbault ; 9. Jeulin ; 10. Cuvier ; 11. Soudé ; 12. M^{me} Bernin ; 13. M^{me} Sourdillon ; 14. Arnauld ; 15. Lécureuil ; 16. M^{me} Truche.

Hommage au docteur Quivy.

Les médecins du Nord à Paris (Nord médical), douloureusement frappés par la mort du docteur Quivy, assistant d'électro-radiologie des hôpitaux, ancien secrétaire général de l'Union des Syndicats médicaux, fondateur de l'Association des Médecins sinistrés des régions dévastées, ont pris l'initiative de placer sur la tombe de leur confrère un témoignage de leur souvenir ému et de leur reconnaissance pour son inlassable dévouement.

Ils sauront gré à tous les médecins et aux différents groupements qui ont apprécié son activité professionnelle et sociale de leur apporter leur concours et leur adhésion. Les souscriptions seront adressées au docteur Maurice Renaudeaux, 22, rue de Madrid, chèques postaux Paris, 746.08.

Un numéro spécimen de la G. M. C. et de la G. M. B. sera envoyé à tout docteur en médecine ou étudiant en médecine qui en fera la demande.

Produits Spéciaux des Laboratoires A. LUMIÈRE

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

CRYOGÉNINE LUMIÈRE

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

BOROSODINE LUMIÈRE

Calmant-Antispasmodique

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

PERSODINE LUMIÈRE

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

HÉMOPLASE LUMIÈRE

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

RHÉANTINE LUMIÈRE

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

TULLE GRAS LUMIÈRE

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

CRYPTARGOL LUMIÈRE

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

ENTÉROVACCIN LUMIÈRE

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

HYPERSECRETION - HYPERCHLORHYDRIE - SPASMES

SEDOGASTRINE ZIZINE

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

HYPOSECRETION - HYPOCHLORHYDRIE

PEPTODIASE ZIZINE

ATONIE - AÉROPHAGIE

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

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

INSUFFISANCE HÉPATO-BILIAIRE
et ses conséquences

AGOCHOLINE ZIZINE

Le plus puissant cholagogue connu

Granulé soluble : Peptone sèche purifiée, Sulfate de Magnésie anhydre
Dose : 3 c. à café le matin à jeun dans un demi-verre d'eau tiède (réduire à 2 ou à 1 c. à café chez les hépatiques diarrhéiques)

DEUX SANATORIA FRANÇAIS

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

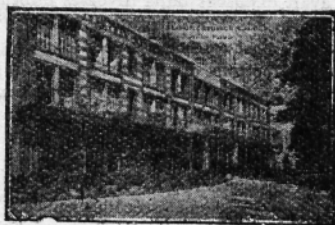
2 h. 1/2 de Paris

PLUS GRAND CONFORT

80 chambres

avec eau courante

GALLERIES DE CURE ET SOLARIUM



Pavillon Pasteur.

Climat sédatif

indiqué dans les formes aiguës.

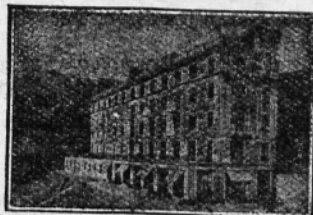
3 médecins résidents dont un laryngologiste.

INSTALLATION
TÉLÉSTÉRÉORADIOGRAPHIQUE



Villa Jeanne-d'Arc pour Enfants.

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

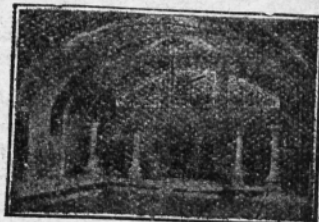


Pavillon Pasteur.

PLUSIEURS SOLARIUMS
Multiples galeries de cure

TRAITEMENT THERMAL
pour les laryngites et certaines affections osseuses ou pulmonaires.

3 médecins résidents
dont un laryngologiste.



Piscine. - 200 m³ eau courante sulfureuse 7°

Le plus beau, le plus ensoleillé des climats de montagne

Le brouillard y est inconnu

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

Union des Médecins mutilés de guerre.

Un groupe de médecins vient de jeter les bases d'une Union des Médecins mutilés de guerre, dont le but est de venir en aide aux veuves et aux orphelins des médecins français morts au champ d'honneur, ainsi qu'aux camarades mutilés et invalides de guerre.

Ce groupement a chargé le docteur A. Landrin de recueillir les adhésions de principe et les camarades sont priés de lui écrire à l'hôtel de la Société des Ingénieurs civils de France, 19, rue Blanche, Paris.

L'Union des Médecins mutilés de guerre est placée sous le patronage de l'Association des Anciens Médecins des Corps combattants.

Sous la présidence du professeur H. Roger, doyen de la faculté de médecine de Paris, aura lieu le mercredi 8 décembre, au palais d'Orsay, à huit heures précises, le grand banquet annuel de l'Union médicale franco-ibéro-américaine ou Umfa.

LIVRES NOUVEAUX MÉDICAUX

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

ÉDITIONS ALCAN :

Les Maladies du Cœur, par MACKENSIE, 65 francs.

ARCHIVES FRANCO-BELGES DE CHIRURGIE, mars 1926 :

La Recherche des Abscès du Mal de Pott par la Radiographie, par MM. Raphaël MASSART et Robert DUCROQUET.

ÉDITIONS GEORGES DOIN ET C^{ie}, 8, place de l'Odéon, Paris :

Précis de Bactériologie, par J. GOURMONT.

ÉDITIONS MALOINE, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris :

Les Néoplasmes et leur thérapeutique médicale, par Ed. BARONAKI.

ÉDITIONS MASSON, 120, boulevard Saint-Germain, Paris :

Traitement des Maladies mentales par les Chocs, par C. PASCAL et J. DAVESNE.

Hygiène sociale du Premier Age, par LABEAUME.

La Radiologie du Médecin praticien ; Radiodiagnostic des Maladies du Tube digestif, par LEDOUX-LEBARD.

ÉDITIONS PAYOT, 106, boulevard Saint-Germain, Paris :

Le Tempérament nerveux, Éléments d'une Psychologie individuelle et Application à la Psychothérapie, par le docteur A. ADLER.

ÉDITIONS BERGER-LEVRAUT, Paris :

La Prostitution dans l'Histoire : devant le Droit ; devant l'Opinion. Prix : 20 francs.

L'Organisation sanitaire du Royaume de Belgique (Établissements généraux d'Imprimerie, Bruxelles, Belgique). Prix : 16 francs.

Paris charitable, bienfaisant et social (Office central des Œuvres de Bienfaisance, 175, boulevard Saint-Germain).

Annuaire sanitaire international 1924 (Genève, 1925) : rapports sur les progrès réalisés dans le domaine de l'hygiène publique de 22 pays (Société des Nations, département de l'hygiène).

BIBLIOGRAPHIE MÉDICALE

SOMMAIRE. — SERGENT, *Nouvelles Etudes cliniques et radiologiques sur la tuberculose et les maladies de l'appareil respiratoire* : Maloine, édit. (analysé par le D^r Bosc). — LERI, *les Affections de la Colonne vertébrale* : Masson, édit. (analysé par le D^r Dubreuil-Chambardel). — HERMANN et MOREL, *Précis d'Anatomie pathologique* : collection Testut (analysé par le D^r Ant. Vialle). — DUBREUIL, *la Sardité et son traitement* : Alb. Michel, édit. (analysé par le D^r Jean Magnan). — RACHET, *la GastroscoPie* (analysé par le D^r Dionnet). — V. PAUCHET et GELINGER, *la Constipation (comment l'éviter, comment la guérir)* : Doin et C^{ie}, édit. (analysé par le D^r Dionnet). — DARTIGUES, *le Livre d'or de l'Union médicale franco-ibéro-américaine ou Umfa* : chez Maloine. — ANNALES de l'Institut d'Actinologie, n^o 1-2. — BOUYER et MARTIN-SISTERON, *l'Hygiène mentale et nerveuse individuelle* : Maloine, édit. — DAVID, *Note sur la médication iodée dans la tuberculose pulmonaire : l'iode radio-actif et le processus d'évolution*. — *Esculape*, numéros de septembre et octobre 1926.

Nouvelles Études cliniques et radiologiques sur la tuberculose et les maladies de l'appareil respiratoire par le docteur Emile SERGENT, professeur à la faculté de médecine de Paris. — Librairie Maloine, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine. 25 fr.

Prix.....

On aurait bien surpris un médecin de la fin du XIX^e siècle en lui disant qu'on pourrait écrire encore des choses nouvelles et intéressantes sur la tuberculose. A cette époque (et celle-ci n'est pas loin de nous) toute la question se résumait dans un diagnostic aussi déprimant pour le malade que pour le médecin, dans le conseil assez vague d'aller dans le midi et la prescription de créosote ou de tanin. Il y a vingt-cinq ans de cela, et aujourd'hui mille questions nouvelles se posent chaque jour à la conscience du médecin : vaccination du nouveau-né par le vaccin Calmette, protection de l'enfant d'après les lois bien connues aujourd'hui de la contagion, indications du pneumothorax, de la phrénicotomie, de l'héliothérapie, etc... Des livres comme celui que vient de publier le professeur Sergent, en même temps qu'ils marquent le chemin parcouru, répondent à toutes ces questions, les mettent au point et leur donnent une solution pratique avec cette clarté élégante qui a valu le succès à tout ce que le professeur de propédeutique à la faculté de médecine de Paris a écrit et professé.

D^r Bosc.

Les Affections de la Colonne vertébrale, par André LERI, Masson, éditeur, Paris, 1926.

Un vol. in-8^o de 526 pages avec 115 figures, prix..... 45 fr. + 40

M. André Leri, dans son livre sur *Les Affections de la Colonne vertébrale*, vient d'écrire un chapitre tout nouveau de pathologie.

Il a réuni en un volume les idées éparses que depuis dix ans il avait exposées dans diverses publications et surtout à la Société médicale des Hôpitaux de Paris.

Ce n'est que depuis peu de temps que l'attention a été attirée sur les affections du rachis, et très rapidement ce segment si important du squelette a été fouillé. Qu'on se rappelle l'indigence des notions contenues dans les livres cependant si prônés d'un Redard ou d'un Kirrmisson, et qu'on les compare avec le livre de Leri, on jugera le chemin parcouru. Cependant les traités de Redard et de Kirrmisson ont été écrits il y a vingt ans seulement.

Les cliniciens, précédés en cela par les anatomistes purs, ont spécialement bien étudié les variations morphologiques des pièces du rachis, et recherché les conséquences qu'elles entraînaient dans la statique de la colonne vertébrale. M. Leri s'occupe plus particulièrement des troubles occasionnés par la présence d'une septième cervicale, par les phénomènes de sacralisation de la 5^e vertèbre lombaire ou de lombalisation de la 1^{re} pièce sacrée.

Il s'étend tout spécialement sur les symptômes si curieux de troubles d'évolution du sacrum, sur les *insacrés*, comme il les dénomme, et sur leur démarche bizarre, leurs phénomènes vésicaux.

L'auteur s'étend longuement sur un chapitre très intéressant des symptômes vésicaux ou oedémateux des membres inférieurs, en rapport avec des variations d'ossification du canal vertébral. Ce n'est que depuis peu de temps, et précisément grâce aux travaux de M. Leri, qu'on a remarqué la coïncidence fréquente de ces oedèmes, de ces

incontinence d'urine, de pieds bots, de taches cutanées, en rapport avec le défaut d'ossification de l'épine d'une vertèbre lombaire ou sacrée. Cette coïncidence n'est cependant pas absolue, mais il faut convenir que les faits avancés sont bien curieux, et que l'avenir peut nous faire prévoir de bien intéressantes découvertes sur la pathogénie de certaines affections trophiques des membres inférieurs.

Nous demanderons cependant à M. Leri pourquoi il emploie encore le terme si confus de *spina bifida occulta*. Ce terme ne détermine pas la nature exacte du trouble rachidien. S'agit-il d'une lésion primitive intéressant le développement de la moelle, d'une *vraie spina bifida* ? S'agit-il au contraire d'un défaut d'ossification du canal vertébral avec conservation d'une portion cartilagineuse ou fibreuse, d'une *fausse spina bifida* ? Mais dans ce dernier cas il n'y a pas de *spina bifida*. Le tube vertébral est complet, à la fois osseux et fibreux. La moelle est normale. Ce qu'il y a, ce sont des trousseaux fibreux qui peuvent comprimer la moelle. Mais, de grâce, tâchons de nous entendre et ne continuons pas à employer des mots qui entretiennent une confusion et nous donnent une fausse idée de la variation anatomique qui siège sur la colonne vertébrale.

Une partie très importante du livre de M. Leri traite d'un sujet où presque tout est nouveau : *les maladies ankylosantes du rachis*.

L'auteur fait une étude magistrale de la *spondylose rhizomélisque* et s'étend sur sa symptomatologie et surtout sur la pathogénie de cette affection.

Puis il aborde l'étude des *ankyloses vertébrales*.

Nous n'analyserons pas ces chapitres. Ils sont bourrés d'observations originales. Il faut les lire.

Enfin nous avons une belle série de monographies sur le *rhumatisme vertébral lombaire* et sur le *rhumatisme vertébral cervical*. Que de faits nouveaux et encore à l'étude : les *lombarthries*, les *sciaticques radiculaires*, les *névralgies*, *paralysies* et *amyotrophies* par troubles des *nerfs cervicaux* !

Bref, comme on le voit, le livre de M. Leri est une œuvre qui ouvre de nouvelles vues très neuves sur l'horizon médical. Il montre surtout les progrès considérables qui ont été faits dans l'étude pathologique du squelette rachidien. La complexité de cette tige osseuse, la merveilleuse mécanique que constitue chacune de ses vertèbres, la délicatesse d'ajustement de ses parties articulaires qui lui donnent tant de souplesse, tout cela explique comment la moindre variation anatomique congénitale, le moindre trouble pathologique peut avoir des répercussions sur la statique de l'axe du corps. Tout cela n'avait pas retenu l'attention des chercheurs. Toutes ces recherches nouvelles datent de quinze ans.

Et ne voit-on pas, quand on constate l'importance qu'ont prise ces études sur les questions de sacralisation, de dorsalisation, de lombalisation, d'occipitalisation... l'influence qu'a eue dans cet ordre de travaux le beau livre de Le Double (de Tours) sur les *Variations des Os de la colonne vertébrale* ? Ce traité date de 1912. Il a ouvert une voie bien large à la connaissance pathologique du rachis.

D^r DUBREUIL-CHAMBARDEL.

Précis d'Anatomie pathologique, par G. HERRMANN et C. MOREL, 2^e édition revue et corrigée par le docteur Ch. MOREL, professeur à la faculté de médecine de Toulouse. — Collection Testut.

Un vol. in-8° de 820 pages avec 8 planches en noir et en couleurs et 342 figures et photomicrographies dans le texte : cartonné, 55 fr., plus hausse de 20 %..... 66 fr.

L'anatomie pathologique n'est plus une étude pénible et rebutante depuis la publication d'ouvrages bien nets, éclairés de nombreuses gravures et microphotographies, tels que la deuxième édition de l'ouvrage de MM. Herrmann et C. Morel, remaniée par le docteur Ch. Morel ; il est orienté vers les applications cliniques de l'anatomie pathologique.

Les lésions organiques, décelées par l'examen clinique, se voient matérialisées sur les fidèles et nombreuses reproductions de coupes. Les auteurs, après les principes généraux directeurs, exposent l'anatomie pathologique des maladies infectieuses, avec données bactériologiques, puis les lésions des tissus et appareils au point de vue chirurgical et médical, dans une prose facile.

La mise en pages est claire, ainsi que l'explication des figures.

Ce livre est d'une utilité pratique pour l'étudiant aussi bien que pour le praticien, il aide clairement à s'orienter dans l'étude des altérations qui caractérisent les divers processus morbides.

D^r Antoine VIALLE.

La Surdité et son traitement, par le docteur G. DE PARREL. Albin Michel, éditeur, Paris, 1926.

Un vol. de 271 pages avec 46 figures..... 25 fr.

C'est un manuel de rééducation auditive à l'usage du sourd et de son entourage que nous présente aujourd'hui le docteur de Parrel. C'est aussi un exposé lumineux et simple de la surdité à l'usage des praticiens, qui y trouveront des renseignements d'actualité sur les causes, la prophylaxie et la classification des troubles de la fonction auditive, et sur les principes de thérapeutique considérés à ce jour comme les plus efficaces.

Après avoir donné une description détaillée de la psychologie des sourds et sourds-muets, l'auteur a fourni au lecteur les notions essentielles d'anatomie, de physiologie et de pathologie nécessaires à une compréhension suffisante des différentes formes de surdité.

Abordant le côté pratique, le docteur de Parrel expose sa méthode de rééducation auditive sous ses deux formes naturelles : au cabinet sous la direction du praticien, à domicile avec l'assistance d'une personne de l'entourage du sourd.

Ce livre nous paraît indispensable aux personnes dures d'oreille, passibles d'une récupération d'une partie de leur capital auditif.

Indépendamment de la substance même de l'ouvrage, il nous est fort agréable d'en souligner l'impeccable tenue littéraire, qui rend si attrayantes ces pages empreintes d'un sens d'observation très pénétrant et d'une remarquable générosité.

D^r Jean MAGNAN.

La Gastroscope, étude clinique et expérimentale, par J. RACHET, ancien interne des hôpitaux de Paris. — Un vol. in-8° de 120 pages avec 36 figures dans le texte et 10 planches, dont 2 en couleurs, hors texte.

La gastroscopie doit-elle prendre droit de cité dans les modes courants d'exploration clinique ?

Telle est la question que tend à résoudre cette étude très documentée, basée sur une critique serrée des appareils et des méthodes jusqu'ici utilisées, et étayée sur une expérimentation personnelle importante.

Exploration qui n'est pas inoffensive, exploration d'exception, l'auteur situe fort légitimement ainsi l'avenir de la méthode, qui nécessite des précautions toutes spéciales outre l'emploi préalable des autres moyens d'investigation ni plus ni moins sûrs d'ailleurs que la gastroscopie, qui, même négative, ne permet jamais de conclure à l'absence de lésions.

Cette méthode d'examen, qui peut se placer entre la radioscopie et la laparotomie exploratrice, doit-elle prendre droit de cité, avons-nous dit, dans les modes courants d'exploration clinique ? Les difficultés de son application expliquent le retard de la gastroscopie sur les autres endoscopies, rectales et vésicales.

Dans son premier chapitre, l'auteur passe en revue les divers gastrosopes successivement proposés, et adopte l'appareil de Bensaude sur fil conducteur préalablement dégluti.

Le deuxième chapitre du travail est consacré aux différents temps de la technique (anesthésie locale, introduction, orientation de l'appareil) et au choix de la position à donner au patient. C'est à ce propos que l'auteur base ses conceptions sur une expérimentation cadavérique et animale importante.

La troisième partie enfin de l'ouvrage traite des résultats de l'endoscopie gastrique et définit le rôle exact de cette méthode en pratique : notamment pour un ulcus récent, pour le diagnostic précoce d'un cancer d'estomac, pour les gastrites, chapitre encore si confus et entièrement neuf à la lumière de l'endoscopie.

Cet ouvrage est abondamment illustré de schémas, de planches hors texte en noir et en couleurs, de radiographies, de planches anatomiques. Il est indispensable à qui veut se faire une idée impartiale de l'état actuel de ce mode d'investigation gastrique.

D^r DIONNET.

La Constipation : comment l'éviter, comment la guérir, par V. PAUCHET et H. GELINGER (de Châtel-Guyon). — G. Doin et C^e, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (VI^e). — Un vol. in-8^o de 230 pages.

La constipation, cette maladie des civilisés, sera éternellement à l'ordre du jour. Comment la prévenir ? Comment la guérir ?

Les deux auteurs distinguent la constipation infectée de la constipation banale. La première ne produit pas d'accidents toxiques ; elle n'influence guère l'état général ; sa seule gravité est de préparer l'infection qui survient souvent consécutivement. Quand l'intestin est infecté, la colite s'installe et, avec elle, l'intoxication, la toxémie, tous les troubles réflexes ou généraux qu'elles entraînent. La muqueuse colique est la barrière entre le microbe et l'organisme. Quand elle est intacte, l'équilibre vital se maintient ; dès qu'elle est ulcérée, la résorption des toxines et microbes se produit et les phénomènes généraux apparaissent.

Bien que cette question ait été traitée par un médecin thermal et un chirurgien, le lecteur aura l'agréable surprise de reconnaître la part prépondérante de la thérapeutique médicale moderne et de la physiothérapie. La lecture de ce travail est au moins aussi utile au médecin qu'au chirurgien. Le médecin, toutefois, sera intéressé par les opérations possibles en cas de constipation grave. Il se rendra compte que cette chirurgie est devenue bénigne, bénigne comme une appendicéctomie. Le chirurgien se rendra compte que l'opération habituelle pour la constipation est la libération pure et simple des brides qui étranglent l'intestin en certains points. Il constatera les résultats merveilleux qui ont été obtenus avec le simple redressement des coudures dues à la péritonite adhésive (membranes de Lane). Seuls sont justiciables de l'exérèse les intestins très dilatés ou allongés (dolichocolon, mégacolon), ceux qui sont rendus atones par une infection chronique de longue durée, sans membranes, sans péricolite.

La question de la vaccination intestinale est bien étudiée ; elle occupe, nous le savons, une place de plus en plus large. Bien que le médecin qui a fait cette publication soit un médecin de Châtel-Guyon, le traitement hydro-minéral n'occupe qu'une place restreinte et suffisante. La thérapeutique physique, psychique et médicale occupe premier plan.

En résumé, ce livre convient à tout le monde, car la constipation est une maladie moderne ; il montre le moyen de l'éviter, de la guérir par l'hygiène, la culture physique, et le moyen de combattre ses complications par la vaccination et l'antisepsie intestinale.

Les cas exceptionnels seront traités par la chirurgie.

D^r DIONNET.

DARTIGUES. — Livre d'Or de l'Union médicale franco-ibéro-américaine ou Umfia (édité par les laboratoires Darrasse. — Chez Maloine, 27, rue de l'École-de-Médecine, Paris.

Ce *Livre d'Or*, magnifiquement illustré, vient couronner une œuvre qui date de quatorze ans, et en présente une splendide synthèse. On sait que l'Union médicale franco-ibéro-américaine ou Umfia est la première des sociétés qui aient été créées en France pour établir des relations internationales, tant au point de vue scientifique qu'amical, dans le monde des médecins, particulièrement entre les médecins de France, de la péninsule ibérique et des républiques sud-américaines. Cette société, actuellement la plus puissante de toutes, comprend environ trois mille membres. Dans ce *Livre d'Or*, qui comprend également un annuaire très complet de la société, Dartigues, président-fondateur, passe en revue le but et l'œuvre de l'Umfia, puis présente toutes les grandes sommités, avec portraits et autographes, qui patronnent l'Umfia et secondent ses efforts de toute leur autorité (Clemenceau, Branly, Richet, Roux, Roger, Ramon y Cajal, Cortezo, Recasens, Martinez Vargas, Vidal, J.-L. Faure, Roule, Achard, Sicard, Forgue, Euzière, Montané, Tuffier, Duval, Legueu, Labbé, Léon Bernard, Chauffard, Noir, Garipuy, etc., etc., etc.) et tous ceux qui, comme eux, ont accompli des missions en Espagne et en Amérique latine. On y voit aussi, dans un chapitre important intitulé *les Amis de l'Umfia*, les nombreuses notabilités qui s'intéressent à son idéal ainsi qu'à sa réalisation pratique. Qui parcourra ce *Livre d'Or* voudra se faire un honneur patriotique d'appartenir à l'Umfia.

Vient de paraître : **Annales de l'Institut d'Actinologie**, n^o 1-2. — Comité de rédaction : J. SAIDMAN, L.-G. DUFESTEL, L.-Jh COLANÉRY, R. ROBINE.

Sommaire : Articles de MM. les professeurs Jeanselme (*Dermatologie*), Legueu (*Fistules urinaires*), Gougerot (*Radiolucites*), E. Marceron (*la Pelade*), J. Meyer (*l'Actinocautérie*), E. Terris (*Actinites*), A. Charbonnier (*Prurits*), L. Livet (*Sclérose en plaques*), R. Monceaux (*Nutrition de tuberculeux*), M. Delon (*Vomissements du nourrisson*), L.-J. Colanéry (*Rachitisme*), L.-G. Dufestel (*Technique*), E. et H. Biancani (*les Doses érythémateuses*), M. Dufougère (*Blanchiment des dents*), J. Saidman (*Hygiène sociale, L'Institut d'Actinologie*). — Enquête sur les accidents et suites tardives de l'actinothérapie. Réponses des professeurs Marfan, Nobécourt, Lereboullet, Debré, de MM. Lesné, J. Renault, Ribadeau-Dumas, Tixier, M^{re} Pouchet, etc. Bibliographie : 175 analyses. — 16 planches avec 20 figures hors texte.

Éditeurs : G. Doin et C^e, 8, place de l'Odéon, Paris (VI^e).

L'Hygiène mentale et nerveuse individuelle, par les docteurs Henri BOUYER, médecin des asiles publics, et Maurice MANTIER-SISTERON, médecin des hôpitaux de Grenoble. — Norbert Maloine, éditeur, 27, rue de l'École-de-Médecine, Paris (VI^e).

In-8^o, 352 pages, prix,..... 20 fr.

Cet ouvrage, chaudement préfacé par M. le professeur Henri Claude, de la faculté de médecine de Paris, qui en fait ressortir toute la nouveauté et tout l'intérêt, fut écrit pour les médecins, pour les étudiants, mais aussi pour le public non spécialisé dans les questions psychiatriques et neurologiques. Les parents intelligents, les éducateurs, les directeurs de conscience, tous ceux qui ont charge d'âme (ne serait-ce que de la leur) doivent savoir comment on fait de la bonne hygiène mentale et nerveuse, comment par ignorance, avec les meilleures intentions du monde, on oriente un sujet ou l'on s'oriente soi-même vers la douleur morale, sinon vers la folie. Harmonie des tendances, discernement des causes extérieures ou intérieures de troubles afin de les éviter, des secours, des préservatifs, des auxiliaires efficaces dans la saine évolution de l'esprit afin d'y recourir à bon escient, adaptation de l'individu quel qu'il soit à la vie normale, n'est-ce point là, somme toute, le plus important des problèmes, puisque c'est celui du bonheur ?

Si les auteurs n'ont point la prétention de le résoudre, du moins le posent-ils comme il devrait se poser, grâce aux données les plus récentes de la psychologie pathologique et de la neurologie. Cette simple mise au point, en même temps qu'elle révèle des erreurs et des préjugés néfastes, dégage déjà de fécondes notions.

L'ouvrage, d'une lecture très facile, bien que fort documenté, comprend d'abord une première partie où sont examinés les facteurs généraux des troubles mentaux et nerveux avec les moyens de s'en défendre. La seconde partie étudie l'individu dans les différentes phases critiques de son évolution vitale ; chacune de ces étapes implique des dangers et des soins spéciaux, bien importants à connaître. Les auteurs consacrent la troisième partie à décrire les anomalies psychiques les plus fréquentes, comment on les évite ou les combat. Enfin, dans une dernière partie sont résumées les formes efficaces d'assistance aux véritables malades du système nerveux ou de l'esprit. On y verra les grosses imperfections et lacunes du régime actuel par rapport à ce que l'on sait aujourd'hui nécessaire.

Tarissent les Expectorations cicatrisent les lésions
calment la Toux
ARMINGEAT & C^e 43 Rue de Saintonge
PARIS

CAPSULES COGNÉ

Eucalyptol absolu
Iodoforme et créosote de hêtre

TRAITEMENT DES TUMEURS
SOUS LEURS DIVERSES FORMES
EPITHELIOMAS
CARCINOMES
SARCOMES

Par la



Fermement
du Docteur DE BACKER
& SELS DE MAGNÉSIE

Formes
— Ampoules
— Cachets
— Dragées

Mode d'emploi :
Une ampoule tous les
4 ou 6 jours et 3 ou 4
cachets ou Dragées par jour.

ECHANTILLONS MEDICAUX
& LITTÉRATURES SUR DEMANDE

LABORATOIRE DES PRODUITS "AMIDO"

A. BEAUGONIN PHARMACIEN —

4 Place des Vosges — PARIS (IV^e)

TRAITEMENT DES DYSPEPSIES
ET DU SYNDROME SOLAIRE

Par la



Excitants des
Secretions et de la
Moultité du Tube Digestif
Spécifique des Troubles
Sympathiques



Formes Dragées Granules Gouttes Ampoules

Mode d'emploi

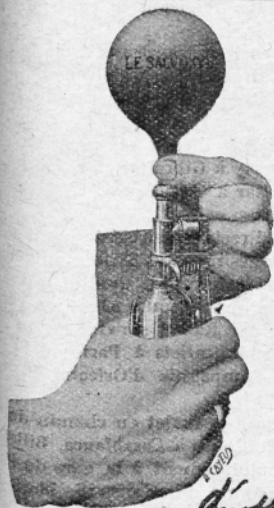
Quatre à six Dragées
ou Granules par jour
Gouttes vingt avant
chaque repas Ampoules
une par jour.

ECHANTILLONS MEDICAUX
& LITTÉRATURES SUR DEMANDE

LABORATOIRE DES PRODUITS "AMIDO"

A. BEAUGONIN PHARMACIEN

4 Place des Vosges PARIS (IV^e)



Pour lutter contre:
Guberculose, Grippe, Broncho-pneumonie,
Coqueluche, Emphysème, Cardiopathies,
Surmenage, Anémies, Urémie,
Albuminurie, Diabète, Ulcères variqueux,
le Praticien dispose à présent

d'une arme éprouvée & singulièrement puissante:

La Brousse Salvoxyl D,

pour injections sous-cutanées & inhalations d'Oxygène Salvoxyl,
(Oxygène pur, naissant & catalysé par l'oxyde de chaux).

Prix:
360 francs

complète, avec
mode d'emploi,
prescriptions,
références

et 2 boîtes de
produits
générateurs.

aux:
Laboratoires
du Salvoxyl

237, rue
Lafayette
Paris - 10^e.

Ch. postaux:
Paris 810-97.

Tél. Nord 48-07.
Adr. tél.
Salvoxy -
Paris.

La conclusion néanmoins est optimiste. Le mouvement d'hygiène mentale qui se développe en France comme partout depuis quelques années obtiendra vite des résultats lorsque, débarrassés des routines, des préjugés intellectualistes ou mécanistes du siècle dernier, nous verrons dans l'esprit humain l'individualité qui en est l'essence et le dynamisme affectif qui en est la vie. C'est ce que font les auteurs de *l'Hygiène mentale et nerveuse individuelle* : leur livre doit avoir sa place dans toutes les bibliothèques.

Note sur la médication iodée dans la tuberculose pulmonaire : l'iode radio-actif et le processus d'évolution, par le docteur Léon David (de Paris) : communication au congrès pour l'avancement des sciences (juillet 1926).

Le docteur Léon David donne quelques nouvelles précisions en ce qui concerne les effets de l'iode sur le processus évolutif de la tuberculose pulmonaire.

Revenant d'abord sur l'indication générale de l'iodothérapie antibacillaire, il la résume en quelques mots : *Est tributaire de l'iode toute tuberculose à lésion limitée et à évolution lente.*

C'est là une règle sage et qui, si elle est suivie, ne donne que de bons résultats.

Il utilise la voie intramusculaire et administre, par conséquent, des iodés injectables. Ses préférences vont à l'iode camphré radioactif, qui lui apparaît comme une heureuse mise au point de la méthode, et son *modus faciendi* consiste à injecter, pendant des séries de trente jours, une ampoule de 1 centimètre cube par jour. Chaque série est séparée de la précédente par un intervalle de quinze jours où il cesse la médication.

Il possède 38 observations de tuberculose pulmonaire unilatérale, parfois bilatérale localisée, à évolution lente, dont la lésion est habituellement fibro-caséuse ou fibro-scléreuse, avec ou sans emphysème.

Il a également des cas de tuberculose abortive, de lésions pleurales et de cortico-pleurites bien localisées.

Sur ce nombre, 31 malades ont été sérieusement améliorés par la thérapeutique iodée. Les phénomènes toxémiques étaient en général peu graves, la température ne dépassant guère 38°, la tachycardie 120. La pression artérielle était de 12-7 en moyenne au Pachon.

Le premier résultat que donne l'injection de l'iode organique radioactif, résultat qui ne manque jamais, est une sensation de bien-être, une euphorie générale, une diminution constante de l'asthénie.

Puis, la fièvre s'abaisse et les lésions s'assèchent. En troisième lieu, le poids du corps augmente, la tachycardie diminue, la pression s'améliore, en un mot le processus évolutif est nettement modifié.

L'auscultation, contrôlée par la radiographie, montre l'arrêt de l'évolution pulmonaire. La régression s'opère ensuite et la prédominance fibreuse s'établit. L'expectoration, très diminuée, montre une raréfaction des bacilles et, dans les cas où l'on constate l'assèchement des lésions, l'absence de tout bacille (au moins pour une certaine période) représente, au bénéfice du traitement, une action préventive anticontagieuse appréciable.

Il insiste sur ce fait de grande importance : le traitement de la tuberculose pulmonaire par l'iode radioactif amène l'arrêt de l'évolution morbide, la disparition des signes de toxicité bacillaire.

L'action eupnéique et tonicardiaque du camphré, dont il faut également tenir compte, ne peut cependant être que minime et passagère, en raison de la faible quantité de ce médicament contenue dans les doses injectées.

En résumé, ses conclusions thérapeutiques permettent d'établir que l'iode agit dans la tuberculose pulmonaire chronique par deux propriétés physiologiques, différentes, mais conjuguées :

1° Une action antitoxinique directe, déjà signalée par nombre d'auteurs ;

2° Une action stimulo-défensive générale grâce à une importante phagocytose, qui ramène ce que Calmette appelle la « formule de défense ».

Esculape, grande revue mensuelle illustrée. Lettres et Arts dans leurs rapports avec les Sciences et la Médecine. — Abonnement : 30 francs (étranger : 35 francs). — Le numéro : 5 francs. — 15, rue Froidevaux, Paris (XIV°).

SOMMAIRE DU NUMÉRO DE SEPTEMBRE 1926

Une exposition de médecine rétrospective à la faculté de Porto (5 ill.), par le docteur Pedro VITORINO. — L'image du chameau dans l'art (4 ill.), par M. Louis MASSON. — M^{me} Lafarge empoisonna-t-elle son mari ou mourut-il d'appendicite? (5 ill.), par le docteur J. MAZEYRIE. — Le duc de Morny ; sa santé, ses médecins (4 ill.), par M. Ch. OUY-VERNAZOBRES. — La médecine dans le *Grand Calendrier et Comptes des Bergiers* (4 ill.), par M. Jean AVALON. — L'offrande au Lingam (1 ill.). — Supplément (11 ill.).

SOMMAIRE DU NUMÉRO D'OCTOBRE 1926

Benvenuto Cellini malade (8 ill.), par le docteur CASTIGLIONI. — La *Pathologie pittoresque* (2 ill.), par Jean AVALON. — Le chat dans la littérature et dans l'art (6 ill.). — La psychologie du paysage chez Claude Rameau (2 ill.), par le docteur Benjamin BORD. — M^{me} Lafarge empoisonna-t-elle son mari ou mourut-il d'appendicite? (suite et fin, 5 ill.), par le docteur J. MAZEYRIE. — De la beauté des mamelles (1 ill.). — Supplément (11 ill.).

CHEMIN DE FER DE PARIS A ORLÉANS

HIVER 1926-1927

COMMENT SE RENDRE AU MAROC

Il est rappelé qu'en utilisant le réseau d'Orléans on peut se rendre au Maroc par divers itinéraires, savoir :

1° *Par Bordeaux-Casablanca.* — Départ de Bordeaux trois fois par mois. Traversée en 3 jours. Billets directs et enregistrement direct des bagages de Paris-Quai d'Orsay et de diverses gares du réseau d'Orléans.

2° *Par Gibraltar-Casablanca.* — Billets directs et enregistrement direct des bagages de Paris-Quai d'Orsay à Gibraltar. Service hebdomadaire (tous les mardis) de Gibraltar à Casablanca, 15 heures de mer environ.

3° *Par Algésiras-Tanger.* — Billets directs et enregistrement direct des bagages de Paris-Quai d'Orsay à Algésiras. Sud-Express entre Paris et Madrid. Entre Madrid et Algésiras, train rapide quotidien (service tri-hebdomadaire de luxe). Traversée quotidienne Algésiras-Tanger en 3 heures. De Tanger à Casablanca par Rabat, service automobile quotidien, trajet dans la même journée (billets à Paris : à la gare du quai d'Orsay et à l'agence de la Compagnie d'Orléans, 16, boulevard des Capucines).

4° *Par Toulouse-Casablanca (par avion).* — Trajet en chemin de fer jusqu'à Toulouse, voie aérienne de Toulouse à Casablanca. Billets de chemin de fer et d'avion délivrés conjointement à la gare de Paris-Quai d'Orsay, à l'agence de la Compagnie d'Orléans, 16, boulevard des Capucines, et dans diverses gares de son réseau.

5° *Par Port-Vendres-Oran-Oudjda.* — Trajet en chemin de fer jusqu'à Port-Vendres par Limoges-Toulouse ; service hebdomadaire (le lundi) par paquebot rapide entre Port-Vendres et Oran. Entre Oran et Oudjda, Oudjda et Fez, Fez et Casablanca, trajet par voie ferrée ou par avion ; service automobile entre Oudjda et Casablanca.

Pour tous renseignements, s'adresser :

A Paris : à l'agence spéciale de la Compagnie d'Orléans, 16, boulevard des Capucines ; aux bureaux de renseignements de la gare du quai d'Orsay et 126, boulevard Raspail.

Consulter le livret-guide officiel de la Compagnie d'Orléans, en vente dans ses gares et bureaux de ville.

HIPPO-CARNIS

SUC PUR DE VIANDE DE CHEVAL

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

Ne constipe pas. — Goût délicieux

Malnutrition, 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.

Iodo-Juglans

Extrait du Noyer Iodé

Phospharsinal

Lymphatisme

Engorgements ganglionnaires

Faiblesse générale

**CACHETS de phosphoglycérate
pur de calcium**

méthylarsiniés à 0,02

RÉCONSTITUANT GÉNÉRAL

forme GOUTTES :

10 à 20 par jour

forme **SIROP IODO-PHOSPHATÉ**

3 à 4 cuillerées par jour

ADULTES :

2 cachets

par jour

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

R. C. Lorient : 2.338

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

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

**Spécifique des
maladies
nerveuses**

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



3
formes
d'égales activités.

Fosfoxyl Pilules

Fosfoxyl Sirop

Fosfoxyl Liqueur (pour diabétiques)

Dose moyenne par 24 heures

8 pilules ou 2 cuillerées à dessert,

à prendre dans un peu d'eau.

**Laboratoire Carron, 89, rue de
Saint-Cloud, Clamart (Seine).**

Thérapeutique pratique

Conseils pratiques sur le traitement de la tuberculose pulmonaire chronique,

par le docteur NIGOUL-FOUSSAL,
ex-médecin chef du sanatorium V. L. 40 de Villepinte
(les Sciences médicales, mars 1926).

Après avoir établi une distinction entre la tuberculose non évolutive, à prédominance fibreuse, et la tuberculose évolutive, à marche rapidement extensive ou bien à marche lente, l'auteur rappelle la médication générale, médication de base convenant à toutes les formes de tuberculose quand les voies digestives ne sont pas en mauvais état.

La thérapeutique sera tout à fait différente d'après les formes cliniques de tuberculose.

Dans la forme non évolutive ou faiblement évolutive, l'iode est une médication recommandée.

Les sels de cuivre sont à l'étude, surtout en Italie. Les cacodylates seront donnés à doses progressives.

Dans la forme évolutive, infiltrante, fébrile, le sérum de Jousset donne de beaux résultats. La sanocrysine, encore à l'étude, ne paraît pas être encore la médication attendue. Le pneumothorax est un des meilleurs moyens que l'on possède pour arrêter une évolution rapide. La cure hygiéno-diététique doit être exécutée dans toute sa rigueur, et précisément parce que la médication active doit être proscrite dans ces formes congestives, il faut faire appel aux médications symptomatiques en les utilisant avec sagesse et opportunité.

Il faudra donc lutter contre l'insomnie, les sueurs nocturnes, la fièvre et surtout la toux et l'hémoptysie.

L'auteur rejette les opiacés comme beaucoup de phthisiologues contemporains, par crainte de faire des malades des opiomanes ou des morphinomanes.

Seule, la codéine reste un bon médicament opiacé. Elle calme la toux et amène le sommeil. La combinaison codéine-bromoforme est à retenir dans la tuberculose. Le Codoforme agit bien sur le réflexe tussigène, quelle que soit son intensité. On le donnera parfois à doses élevées, suivant l'accès à combattre, et, pris le soir, au coucher, il amène un paisible sommeil. Avant l'opération de Forlanini, destinée à immobiliser une lésion évolutive par le collapsus pulmonaire, il est sage de soumettre le malade à l'action de ce sédatif bronchique, afin d'éviter les accès de toux habituels et fort gênants pendant l'intervention. Il est d'ailleurs sans inconvénients et ne gêne pas l'expectoration.

En médecin qui connaît la valeur de la cure sanatoriale, le docteur Nigoul-Foussal insiste sur les bons effets de cette cure sur les phénomènes généraux et fonctionnels de la tuberculose pulmonaire.

Le repos au grand air avec une alimentation judicieuse calme l'éréthisme nerveux de ces malades, abaisse la fièvre et atténue les phénomènes toxémiques.

L'auteur rappelle les erreurs souvent commises lorsqu'il s'agit de désigner un climat aux tuberculeux.

Il faut se laisser guider dans le choix par la notion clinique de la non-évolution ou de l'état évolutif, et surtout savoir apprécier la forme plus ou moins congestive qui se présente à l'examen.

Aux tuberculeux apyrétiques, peu évolutifs, convient le climat marin dans une région abritée des vents, de même le

climat de moyenne altitude excellent pour les fibreux avec emphysème.

Mais aux formes évolutives, hémoptoïques, aux nerveux, il faut le climat sédatif de plaine. Ces malades trouvent à Nice et à Cannes leur tombeau.

Contribution à l'étude de la médication arsenicale organique dans les anémies,

par le docteur GRIOLET (thèse de Lyon, 1925).

M. Griolet a essayé, dans le traitement des anémies, le nouvel arsenical (oxyacétylaminophénylarsinate de diéthylamine) que les Usines du Rhône préparent sous le nom d'Acétylarsan. Cette étude est en partie expérimentale et en partie clinique. L'expérience montre que l'Acétylarsan, employé pendant des semaines et des mois, est aussi bien toléré que le cacodylate de soude; sur l'animal anémié par hémorragie, son action hémopoïétique est très nette.

Cliniquement, M. Griolet a surtout étudié, dans divers services hospitaliers de Lyon, l'action de l'Acétylarsan chez les anémiques bacillaires. Il a réuni un certain nombre d'observations où l'amélioration a été indiscutable et rapide. Sous l'influence du médicament (0^g,50 à 0^g,75 tous les deux ou trois jours pendant trois semaines), les résultats sont incontestables. Les globules rouges augmentent en nombre, le taux de l'hémoglobine s'élève, l'état général, l'appétit, l'aspect des téguments, le poids s'améliorent parallèlement. Le médicament a toujours été parfaitement toléré.

En somme, l'Acétylarsan, médicament de choix dans la syphilis et l'amibiase, en raison de sa facilité d'application, se montre aussi un arsenical utile dans le traitement des anémies et peut tenir une place honorable à côté des autres médicaments de ce genre.

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

VIN GIRARD	Iodotanniques Phosphates	ADULTES : 2 verres à madère par jour.
SIROP GIRARD	Scrofule	ENFANTS : 2 à 4 cuillerées à bouche.
GRANULÉ GIRARD	LYMPHATISME Rachitisme ENGORGEMENTS GANGLIONNAIRES Faiblesse Générale	MÉDECINE INFANTILE : 1 à 3 cuillerées à bouche selon l'âge.
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	ENFANTS : 1/2 à 2 cuill. à café
LAXOPEPTINE Laxatif pour enfants	ÉVITE LES VOMISSEMENTS Combat la Constipation	ADULTES : 3 à 4 cuillerées à café par jour.
CASÉOLINE Poudre antiseptique insoluble	ABSORBE les GAZ Désodorise l'Épiderme BROMHYDROSES	1 cuill. à café à 2 cuill. à bouche en 24 heures
FLORÉINE Crème de toilette	AFFECTIONS légères DE L'ÉPIDERME	Demander la Notice spéciale.
		Onctions matin et soir.

R. C. Seine : 32.025

Le Gérant : H. AUBUGEAULT.

10-26-42723. — Tours, Imprimerie Tourangelle, 20-22, rue de la Préfecture.