

# GAZETTE MEDICALE DE FRANCE

Centre — Bretagne — Ouest et Sud-Ouest — Paris

REVUE MENSUELLE

## La Gazette Médicale du Centre

32<sup>e</sup> Année : N° 12

Fondée par : BOUREAU, CHAMIER, LAPEYRE, MENIER, TRIATRE.

15 Décembre 1927

DIRIGÉE ET PUBLIÉE PAR

**BOSC**

Médecin en chef de l'Hospice général de Tours

**Ed. CHAMIER**

Directeur de l'Institut Vaccinal de Tours  
Membre correspondant de l'Académie de Médecine

**DUBREUIL-CHAMBARDEL**

Président de la Société d'Anthropologie de Paris

**LAPEYRE**

Chirurgien en chef de l'Hospice général de Tours  
Professeur à l'École de Médecine

**COSSE**

Chirurgien oculiste de l'Hospice général de Tours

**ROUX-DELMAL**

Ancien Chef de Service à l'Institut Prophylactique

Avec la collaboration de :

**DEUX-SÈVRES**

AUDOUIN, CHAPUIS, DUPOUY, JOUBERT,  
SAINT-PAUL, VEAUX.

**INDRE**

BARBIER, BOUGAREL, COTILLON, GAUJARD,  
PERINET, PIMPANEAU.

**INDRE-&-LOIRE**

FAIX, DE GRAILLY, GUICHEMERRE, HUC,  
MAHOUDEAU, MARNAY, MATTRAIS,  
A. MERCIER, Antoine VIALLE.

**LOIRET**

BENOIST, BOULLET, BRETON, CHAIGNOT,  
DELTHIL, DESHAYES, MARMASSE,  
POPHILLAT, SIMONIN.



BRETONNEAU

**LOIR-&-CHER**

ANSALONI, CROISIER, FERRAND, GIRAR-  
DEAU, GRANDIN, LE FRANG, MARMASSE,  
MEUSNER, MORNET, PENOT, VIGNERON.

**MAINE-&-LOIRE**

BARBARY, BIGOT, BRAC, CAILLARD, FRU-  
CHAUD, GARNIER, JOURDIN, PEIGNAUX,  
THUAU, ZERLAUD.

**SARTHE**

BARANGER, DELAUNAY, DIEU, FEUTELAIS,  
LABURTHE-TOLBA, LANGEVIN, J. MOR-  
DRET, X. MORDRET, PLAISANT.

**VIENNE**

BARNBY, BESSONNET, CHARLANNE, CHRÉ-  
TIEN, FERRU, FOUCAULT, ORRILLARD,  
PIERRE, SAVIN, VINCENT.

### COMITÉ DE PATRONAGE

ACHARD, Paris.  
ALAJOUANINE, Paris.  
d'ALLAINES, Paris.  
AMEUILLE, Paris.  
ANTHONY, Paris.  
ARMAND-DELILLE, Paris.  
AUBERTIN, Paris.  
BENSAUDE, Paris.  
Etienne BERNARD, Paris.  
J.-Ch. BLOCH, Paris.  
BOURDIER, Paris.  
BRAINE, Paris.  
CANTONNET, Paris.

CHABROL, Paris.  
H. CLAUDE, Paris.  
CLERC, Paris.  
COURCOUX, Paris.  
DEBRÉ, Paris.  
DELAGÈNIÈRE, Le Mans.  
P. DESCOMPS, Paris.  
DONZELOT, Paris.  
DOURIS, Nancy.  
J.-L. FAURE, Paris.  
FIESSINGER, Paris.  
GOUGEROT, Paris.  
GREGOIRE, Paris.

JACQUÉ, Bruxelles.  
H. LABBÉ, Paris.  
M. LABBÉ, Paris.  
LAGRANGE, Bordeaux.  
LAIGNEL-LAVASTINE, Paris.  
LARDENNOIS, Paris.  
LAUBRY, Paris.  
LAUNOY, Paris.  
LECENE, Paris.  
LEGER, Grenoble.  
LE NOIR, Paris.  
LESBRE, Lyon.

MERKLEN, Strasbourg.  
MONBRUN, Paris.  
MONDOR, Paris.  
MONOD Robert, Paris.  
MOURE, Bordeaux.  
MOUSSU, Alfort.  
PAUCHET, Paris.  
PETIT-DUTAILLIS, Paris.  
RATHERY, Paris.  
RAMADIER, Paris.  
RAYNAUD, Alger.  
ROUVIERE, Paris.

SABOURAUD, Paris.  
SABRAZES, Bordeaux.  
E SERGENT, Paris.  
SICARD, Paris.  
THIROLOIX, Paris.  
Martinez VARGAS, Barcelone.  
VERNEAU, Paris.  
VERNES, Paris.  
VIGNES, Paris.  
Clovis VINCENT, Paris.  
WEIL Prosper-Émile, Paris.  
WEIL Mathieu-Pierre, Paris.

RÉDACTION GÉNÉRALE

**BOSC**

Médecin en chef de l'Hospice général de Tours  
30, rue Origot - Tours (I.-et-L.)

Rédaction générale des

« Archives du Droit médical et de l'Hygiène »

**JEAN-LETORT**

Avocat à la Cour d'Appel de Paris

ADMINISTRATION GÉNÉRALE

**ROUX-DELMAL**

Ancien chef de Service à l'Institut Prophylactique  
209, Boulevard St-Germain - Paris

Abonnement : 40 fr. par an [en France] : 60 fr. à l'Étranger. — Chèque Postal : [Paris 210-00] — Le numéro : { 4 fr. France.  
6 fr. Étranger.

ECZÉMAS  
ULCÈRES

# INOTYOL

TOUTES  
IRRITATIONS  
DE LA PEAU

Enfants, Malades, Convalescents  
**PRODUITS DE RÉGIME**

**Heudebert**

*Dyspepsie. Diabète. Obésité.  
 Entérite. Arthritisme. Albuminurie.*

*Echantillons envoyés sur demande à Nanterre (Seine)*

LABORATOIRE D'ETUDES BIOLOGIQUES 29, PLACE BOSSUET, DIJON - Téléph. 16.42

**REMINÉRALISATION PHOSPHO-MAGNÉSIENNE ET CALCIQUE**

**DOLOMA**

POUDRE - GRANULÉ

Médication antidyseptique. Anti-Acide. Reminéralisante

COMMUNICATIONS à l'Académie de Médecine - Avril 1918  
 à l'Association Française pour l'étude du Cancer  
 Juin 1919 - Décembre 1920

**Doloma injectable**

**DYSPEPSIES  
 ENTÉRITES  
 NEURASTHÉNIE  
 CANCER  
 TUBERCULOSE**



DOLOMITES  
 MARQUE DÉPOSÉE

AMPOULES DE 2 et 5 cc INDOLORES. Reminéralisation spécifique intensive  
 la meilleure des préparations Névrosthéniques

Médication phosphorique. Neurotonique. Reconstituante  
 Dépressions, Surmenages, Convalescences, Rachitisme  
**FIXATEUR MAGNÉSIEN & CALCIQUE**  
 TROUBLES DE LA CROISSANCE CHEZ L'ENFANT

**ENOPHOS**

ÉLIXIR - GRANULÉ

Littérature et échantillons sur demande

**PROTÉOSOTHÉRAPIE**

des Infections et Intoxications aiguës et chroniques

**PROTÉODYNE**

Sélection des noyaux aminés actifs de la molécule protéique  
 AMPOULES de 5 cc, dosées à 0 gr. 25 et 0 gr. 50 de **PRINCIPES ACTIFS**

Infections fébriles en général; Furonculose; Dermatoses par auto-intoxication; Urticaires, etc.;  
 Entérites aiguës et chroniques, etc.

Injections hypodermiques  
 indolores

Jamais de réactions  
 anaphylactiques

LABORATOIRE D'ETUDES BIOLOGIQUES, 29, place Bossuet, à DIJON

Reg. Com. Dijon N° 3.257.

**ENTÉRITES DIARRHÉES, CONSTIPATIONS, DERMATOSES,  
 AUTO-INTOXICATIONS &  
 OZÈNES**

**BULGARINE THÉPÉNIER**

CULTURE PURE EN MILIEU VÉGÉTAL DE BACILLES BULGARES  
**1° POUDRE**  
**2° COMPRIMÉS** Priser 4 à 5 fois par jour  
 6 à 8 comprimés par jour avant les repas

Laboratoire des Ferments du Dr THEPENIER, 10 et 12, rue Clapeyron, PARIS-8°



# A NOS LECTEURS

La vieille Gazette médicale du Centre poursuit son évolution heureuse vers cette décentralisation scientifique pour laquelle elle travaille depuis plus de trente ans.

Elle vient à peine de réussir sa quatrième édition régionale que déjà d'autres lui sont demandées.

Ayant ainsi constitué une vraie Gazette médicale de France, elle adopte désormais ce nom de famille que porteront en exergue ses diverses éditions :

Bretagne  
Centre  
Ouest et Sud-Ouest  
Édition de Paris



## GAZETTE MÉDICALE DE FRANCE

Bretagne, Centre, Ouest et Sud-Ouest, Paris

Revue mensuelle fondée par BOUREAU, CHAUMIER, LAPEYRE, MENIER, TRIAIRE

Rédaction générale

**BOSC**

Administration générale

**ROUX-DELMAL**

Direction scientifique :

**MARCEL LABBÉ**

**LARDENNOIS**

COMITÉ DE PATRONAGE des « GAZETTES MÉDICALES »

Achard, Paris.  
Alajouanine, Paris.  
De G. d'Allaines, Paris.  
Ameuille, Paris.  
Anthony, Paris.  
Armand-Delille, Paris.  
Aubertin, Paris.  
Bensaude, Paris.  
Etienne Bernard, Paris.  
J.-Ch. Bloch, Paris.  
Bourdier, Paris.  
Braine, Paris.  
Cantonnet, Paris.  
Chabrol, Paris.  
H. Claude, Paris.

Clerc, Paris.  
Courcoux, Paris.  
Debré, Paris.  
Delagénère, le Mans.  
P. Descamps, Paris.  
Donzelot, Paris.  
Douris, Nancy.  
Dujarier, Paris.  
Duval, Paris.  
J.-L. Faure, Paris.  
Fiessinger, Paris.  
Gougerot, Paris.  
Grégoire, Paris.  
Hartmann, Paris.

Jean Hutinel, Paris.  
Jacqué, Bruxelles.  
H. Labbé, Paris.  
M. Labbé, Paris.  
Lagrange, Bordeaux.  
Laignel-Lavastine, Paris.  
Laubry, Paris.  
Launoï, Paris.  
Lecène, Paris.  
Léger, Grenoble.  
Lejard, Paris.  
Lemierre, Paris.  
Le Noir, Paris.  
Lenormant, Paris.

Lesbre, Lyon.  
Merklen, Strasbourg.  
Monbrun, Paris.  
Mondor, Paris.  
Robert Monod, Paris.  
Moure, Bordeaux.  
Moussu, Alfort.  
Nobécourt, Paris.  
Pauchet, Paris.  
Petit-Dutaillis, Paris.  
Portes, Paris.  
Ramadier, Paris.  
Rathery, Paris.  
Raynaud, Alger.

Roussy, Paris.  
Rouvière, Paris.  
Sabouraud, Paris.  
Sabrazès, Bordeaux.  
Sacquépée, Paris.  
E. Sergent, Paris.  
Sicard, Paris.  
Thiroloux, Paris.  
Vernes, Paris.  
Verneau, Paris.  
Vignes, Paris.  
Clovis Vincent, Paris.  
Prosper-Emile Weil, Paris.  
Mathieu-Pierre Weil, Paris.

### COLLABORATEURS DES « GAZETTES MÉDICALES »

#### PARIS

Azoulay.  
Barcat.  
Blze.  
J. Blum.  
Brille.  
Collez.  
Ph. Dally.  
Delort.  
Delarue.

Dioclès.  
Dupuy de Frenelle.  
Foveau de Courmelles.  
Godel.  
Guiraud.  
Hauduroy.  
G. Hue.  
Jubé.  
M<sup>me</sup> H. Labbé.

Lallemant.  
Lamache.  
Cl. Launay.  
Legrain.  
Lionel Landry.  
Lallemant.  
Magdelaine.  
Margerlin.  
Massart.

Jean Meyer.  
J. Michaux.  
L. Michaux.  
Nora.  
Paul Pavie.  
Léon Périn.  
Renaudeaux.  
Richard.  
J.-M. Rougé.

Albert Salmon.  
J.-M. Schaeffer.  
Séjournet.  
Tansard.  
Thellier.  
Tournay.  
Triboulet.  
Well-Spire.  
Winter.

#### DÉPARTEMENTS

**BASSES-PYRÉNÉES** : Aris, Blazy, Claisse, Colbert, Cornet, Crouzet, Dieudonné, Ecot, Julien, Labourdette, Lafourcade, Lasserre, Mercier des Rochettes, Meunier, Morancé, du Souilh, Uteau.

**HAUTES-PYRÉNÉES** : Betbèze, Ducastaing, Giacardy, Guichot, Magnon, Marcassus, Pèrè, Peyou, Verdoux.

**CHARENTE** : Duroselle, Godineau, Henri Mallié, Petiteau, Troussat.

**CHARENTE-INFERIEURE** : Bablaud, Barraud, Armand Béraud, Bourreaud, Drouin, A. Drouineau, M. Drouineau, Robert Dubois, Ducuing, Emerit, Lancelot, Leflaive, Lerat, Mabilie, Papin, Rastouil, Torlais, Trocmé.

**COTES-DU-NORD** : Le Foll, Prigent, Tessier.  
**DEUX-SEVRES** : Audouin, Chapuis, Dupouy, Joubert, Saint-Paul, Veaux.

**MINISTÈRE** : Bagot, Chauvel, Gouin, Le Page,

Le Noble, Philippon, Pouliquen, Querneau.  
**GERES** : Dieuzaide, Lestrade, de Sardac.

**ILLE-ET-VILAINE** : Barbedor, Bodin, Brault, Bourdinère, Castex, Chausseblanche, Chenet, Chevrel, Couppe, Ferey, Hardouin, Le Balle, Le Damany, Lefeuve, Le Gal-la-Salle, Le Moniet, Marquis, Millardet, Quentin, Roger, Savouré, A. Tizon.

**INDRE** : Barbier, Bougarel, Cotillon, Perinet, Pimpaneau.

**INDRE-ET-LOIRE** : Faix, de Grailly, Guichemerre, Huc, Mahoudeau, Marnay, Mattrais, A. Mercier, Antoine Vialle.

**LANDES** : Maurice Bourreterre, Defoug, Louis Lavielle, Ribérol.

**LOIRET** : Benoist, Boulet, Breton, Chalignot, Delthil, Deshayes, Marmasse, Pophillat, Simonin.

**LOIR-ET-CHER** : Ansaloni, Croisier, Ferrand, Girardeau, Grandin, Le Franc, Marmasse,

Meusnier, Mornet, Penot, Vigneron.  
**LOIRE-INFERIEURE** : Aubineau, Barbanneau, Bernou, Billaud, Brillouet, Diet, Jouquan, Labeyrie, Le Coutour, Méline, Michel.

**LOT-ET-GARONNE** : Biar, Delmas, Guy.

**MAINE-ET-LOIRE** : Barbary, Bigot, Brac, Caillard, Fruchaud, Garnier, Jourdin, Peignaux, Thuau, Zerlaud.

**MANCHE** : Ardouin, Béchet, Brisset, R. Tizon.

**MAYENNE** : Gruget, Gigon.

**MORBIHAN** : Capdepon, Le Pipe.

**SARTHE** : Baranger, Delaunay, Dieu, Feute-lais, Laburthe-Tolra, Langevin, J. Mordret, X. Mordret, Plaisant.

**TARN** : Escudie.

**VENDEE** : Anquet, Choyau, Guéry, Guilbert, Marchand, Moreau, Palas, Peaud, Pelletier.

**VIENNE** : Barnsby, Bessonnet, Charianne, Chrétien, Ferru, Foucault, Orrillard, Pierre, Savin, Vincent.

#### ÉTRANGER

Beckers, Bruxelles.  
Bernard, Bruxelles.

De Blasi, Rome.  
Dupagne, Namar.

Haibe, Namur.  
Moatchanine, Belgrade.

Piguet, Leysin.  
Martinez Vargas, Barcelone.

Conseil juridique des « Gazettes Médicales » : M<sup>e</sup> Jean LETORT, avocat à la Cour d'Appel de Paris

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

LES

# ENDOCRISINES

EXTRAITS OPOTHÉRAPIQUES TOTAUX

TOUTES glandes, tissus, organes, utilisés en opothérapie

BIOLACTYL

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

BILEYL

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

PELOSPANINES

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

CYTOTROPINES

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

Dose moyenne : 1 à 3 cachets par jour

# THÉOBROMOSE DUMESNIL

Theobrominate de lithium cristallisé, composé obtenu par l'auteur.  
C7 H7 N4 O2 Li (Société de Thérapeutique, Mars 1906).

**doit remplacer dans tous les cas**

**la Théobromine pure ou mélangée**

**parce  
que**

la Théobromose est soluble,  
elle ne provoque ni céphalée,  
ni excitation cérébrale,  
ni troubles digestifs;  
elle est cinq fois plus active,  
elle agit plus rapidement et quand la  
Théobromine n'agit pas.

Le lithium, contrairement aux  
métaux alcalino-terreux (calcium,  
etc.), n'est jamais contre-indiqué  
chez les artério-scléreux, et  
constitue un adjuvant utile de la  
Théobromine.

DOSE. — Une à trois cuillères ou deux à six comprimés par jour.  
Une cuillère ou deux comprimés ont une action équivalente à 0 gr. 30 de Théobromine.

ÉCHANTILLONS, LITTÉRATURE : LABORATOIRES DUMESNIL, 10, Rue du Plâtre, PARIS

E. DUMESNIL, Docteur en Pharmacie; Ancien Interne Lauréat des Hôpitaux de la Faculté de Pharmacie  
et de la Société de Pharmacie de Paris (MÉDAILLES D'OR).

FOURNISSEUR DES HOPITAUX DE PARIS



Le numéro de janvier 1928 sera spécialement consacré à :

# La DERMATOLOGIE et à la SYPHILIGRAPHIE

## SOMMAIRE :

	Pages.		Pages.
<b>PÉDIATRIE.</b>		<b>SUPPLÉMENT JURIDIQUE ET FISCAL</b>	
Le syndrome de pyurie coli-bacillaire chez le nourrisson et son importance en clinique infantile.....	ARMAND-DELILLE, BESPA-LOFF et LESTOCQUOY. 737	<i>Les Archives du Droit médical et de l'Hygiène.</i>	
<b>CLINIQUE MÉDICALE.</b>		Des articles sur :	
Les méningococcémies.....	BAR. 741	Les risques du transport bénévole des tiers dans l'automobile du médecin.	
<b>LABORATOIRE ET CLINIQUE.</b>		Les herboristes.	
La réserve alcaline et son intérêt clinique..	M <sup>me</sup> CHEVREL. 751	Les réclamations en matière fiscale.	
<b>CHIRURGIE PRATIQUE.</b>		Les centres anticancéreux.	
Ulcères perforés du duodénum. Ulcères perforés de l'estomac en péritoine libre. Variétés cliniques.....	J.-L. LAPEYRE. 763	L'Inspection médicale des écoles.	
<b>UROLOGIE.</b>		Mussolini et l'hygiène.	
L'appareillage des cystostomisés.....	UTEAU. 781	Etc., etc.,	
<b>OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE.</b>		<b>SUPPLÉMENT LITTÉRAIRE</b>	
Quand faut-il ouvrir le tympan au cours des otites moyennes du nourrisson et de l'enfant ?.....	WINTER. 783	Chronique.....	Lionel LANDRY. 353
<b>POLEMIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE.</b>		Amour et natalité : restriction volontaire et avortement.....	BOUDRY. 354
A propos de l'invagination intestinale..	Coudert, Pouliquen, G. d'Allaines. 791	La carte mystérieuse.....	DALLY. 356
<b>ACTUALITÉS MÉDICALES.</b>	Divers. 795	Louise Hervieu.....	LANG. 359
		La musique expliquée par M. Lionel Landry.	DALLY. 361
		Revue des Revues.....	DALLY. 370
		Chronique sportive.....	MORLÉ. 378
		Chronique automobile.....	VIGNAL. 379

La reproduction des articles des Gazettes médicales n'est autorisée qu'avec indication d'origine et du nom de l'auteur. Les articles que publient les Gazettes médicales représentent, étant donnée l'entière indépendance de ces revues, les opinions les plus diverses : aussi n'engagent-ils jamais les Gazettes, mais seulement leurs auteurs.

Les manuscrits sont soumis à l'approbation du Comité de lecture. Les manuscrits insérés ou non ne sont pas rendus.

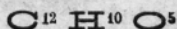
# CONSTIPATION HABITUELLE

# CASCARINE

# LEPRINCE

Affections du Foie

Atonie du tube digestif



Principe utile défini de la **CASCARA SAGRADA**

## LAXATIF PARFAIT

réalisant

le véritable traitement

des **CAUSES** de la **CONSTIPATION**



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

# Hémostyl

Du Dr.

Anémies

**ROUSSEL**

Hémorragies

## SÉRUM HÉMOPOÏÉTIQUE FRAIS DE CHEVAL

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

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

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

Sirop ou Comprimés  
de sang hémo-poïétique  
total

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

*Echantillons, Littérature*

97, RUE DE VAUGIRARD, PARIS (VI<sup>e</sup>)



## Pédiatrie

# LE SYNDROME DE PYURIE COLI-BACILLAIRE CHEZ LE NOURRISSON ET SON IMPORTANCE EN CLINIQUE INFANTILE

Par P. ARMAND-DELILLE, BESPALOFF et CH. LESTOCQUOY.

L'examen d'un malade adulte ne peut être considéré comme complet si l'on n'a pas pratiqué l'analyse de ses urines; par contre, cette investigation est presque toujours négligée au cours de l'examen clinique d'un nourrisson. Chez lui pourtant, comme chez l'adulte, les urines fourniront souvent la clef d'un diagnostic jusque-là resté en suspens.

Nous avons récemment insisté sur l'importance de cette affection des voies urinaires de la première enfance (1). On ne songe pas assez à sa fréquence et au rôle qu'elle joue dans la pathologie infantile. On n'y songe pas parce que ce syndrome est le plus souvent consécutif à une autre maladie infectieuse, la grippe par exemple, et parce qu'il ne se caractérise pas par des signes propres qui pourraient éveiller l'attention du médecin et l'orienter vers le diagnostic de cette affection. Souvent, au contraire, étant donné l'importance du rôle du tube digestif du nourrisson et la notion de sa sensibilité, nous sommes aussitôt frappés par la manifestation intestinale; nous fixons notre attention sur celui-ci et nous faisons converger vers lui les éléments du diagnostic. Il en résulte que le diagnostic d'« entérite » et de « diarrhée aiguë fébrile » est trop facilement posé, tandis que la diarrhée et les vomissements ne sont souvent que les symptômes d'une affection localisée ailleurs. Il est d'une importance primordiale de souligner ici que *les troubles digestifs accompagnés de fièvre sont chez le nourrisson toujours de nature secondaire* et que la vraie cause se retrouve dans une rhinite, une otite, une bronchopneumonie ou bien dans la persistance d'une infection urinaire, le plus souvent dans une pyurie coli-bacillaire. Il faut pousser l'examen de l'enfant à fond pour trouver l'explication de ces troubles digestifs secondaires, et, si l'auscultation nous fait découvrir des signes pulmonaires, l'otoscopie une suppuration de l'oreille moyenne, il faut absolument examiner les urines pour arriver au diagnostic d'une pyurie.

Il est assez facile de recueillir les urines d'un nourrisson. Chez la fillette, on pratiquera le cathétérisme à l'aide d'une sonde métallique, — procédé inoffensif et très facile. Chez les nourrissons du sexe masculin, on se contentera de mettre le pénis dans un tube stérile fixé par du cutiplaste

au pubis, ou bien on présente l'enfant devant un urinal pendant la tétée, qui est le plus souvent suivie d'une émission d'urine.

Dans certains cas, pour recueillir chez le garçon des urines strictement stériles, nous avons pratiqué le cathétérisme au moyen d'une sonde fine en caoutchouc, mais ce procédé demande beaucoup de douceur et de patience.

La pyurie coli-bacillaire n'est pas si rare qu'on l'a d'abord supposé chez le nourrisson. Notre statistique montre que cette maladie se retrouve dans le milieu hospitalier dans presque 5 % des cas admis à l'hôpital; ce chiffre d'ailleurs correspond à celui trouvé par Bernheim pour l'hôpital des Enfants-Malades, qui est de 4,9 %.

..

Le sujet de ce travail nous a été fourni par une série d'observations prises dans la crèche de notre service de l'hôpital Hérold, et plus particulièrement par les deux observations suivantes.

Il nous a été donné d'observer un enfant de 4 ans qui, pendant un temps assez long, fut mis à un régime sévère en raison de la présence d'une grande quantité d'albumine dans les urines. Mais l'examen pratiqué par nous a démontré qu'il ne s'agissait pas d'une néphrite, mais bien d'une pyurie coli-bacillaire. En appliquant un auto-vaccin et en nourrissant normalement cet enfant, nous sommes arrivés à un éclaircissement total et définitif des urines, à une augmentation du poids et à l'amélioration considérable de l'état général.

Le cas suivant est encore plus instructif :

S... Andrée, née à terme le 22 avril 1927, avec un poids de 3.200 grammes, élevée à l'allaitement mixte, dans la journée allaitement artificiel et la nuit allaitement maternel. Bien portante jusqu'au 25 juillet, l'enfant est prise alors de vomissements, de diarrhée, de fièvre et de toux. La diète ordonnée par le médecin traitant n'a pas donné de résultats, et l'enfant entre le 29 juillet à l'hôpital, où l'on constate l'existence de signes de bronchite. Le lendemain, on fait entrer également la mère à l'hôpital pour la remise au sein. Le lait d'anesse complète alors le lait maternel, la diarrhée glaireuse cesse avec la chute de la température. Cependant les vomissements persistaient encore, ainsi que la chute continuelle du poids, malgré l'augmentation de la ration de lait maternel et l'emploi de lait sec ou lait condensé. Le 17 août, la température, jusqu'ici normale, monte à 39°, et reste pendant sept jours accompagnée de diarrhée glaireuse et de vomissements. On trouve de nouveau à ce moment des signes bronchitiques.

(1) ARMAND-DELILLE et BESPALOFF, le Syndrome coli-bacillaire chez le nourrisson (*Presse médicale*, 5 mars 1927, n° 19).

Depuis, la température reste normale; mais l'enfant, entrée avec le poids de 5.000 grammes, n'en pèse que 3.760 le 21 septembre, malgré une bouillie assez bien supportée et l'emploi d'insuline. La cuti-réaction pratiquée trois fois est négative



FIG. 1.

C'est le 24 septembre que nous examinons cet enfant au point de vue de l'état des urines, car, malgré une ébauche de reprise de poids, il existe encore une très forte déshydratation avec phénomène de conservation de pli cutané (*fig. 1*), état et *facies toxiques*; l'enfant est triste, irritée et très fatiguée. En l'absence de signes capables d'expliquer l'état de l'enfant, et étant donné la difficulté d'accepter le diagnostic de diarrhée cholériforme chez un nourrisson qui reçoit le lait de sa mère, nous examinons les urines et trouvons une forte pyurie colibacillaire. Sous l'influence de l'auto-vaccin, la reprise de poids, commencée déjà vers le 23 septembre, s'est accentuée et l'enfant est sortie le 24 octobre guérie, en bon état général, et avec le poids de 4.980 grammes (*fig. 2*).

Les deux photographies ci-contre rendent compte des progrès réalisés.

Ce cas nous montre combien l'état de l'enfant était influencé par cette pyurie non découverte et combien le séjour à l'hôpital eût été plus court si le traitement approprié avait été appliqué dès le début. Nous voyons aussi combien la diarrhée et les vomissements s'aggravent ou apparaissent aussitôt qu'une infection étant surajoutée la bronchite se déclare; il faut noter aussi que, aussi longtemps que l'état infectieux urinaire a persisté, le syndrome intestinal fut peu influencé par le régime, que l'état général resta profondément altéré jusqu'à imposer par cet état d'intoxication qui accompagne la diarrhée cholériforme et sur lequel a insisté Marfan.

Étude clinique. — La pyurie du nourrisson ne possède pas en propre un tableau clinique défini et caractéristique.

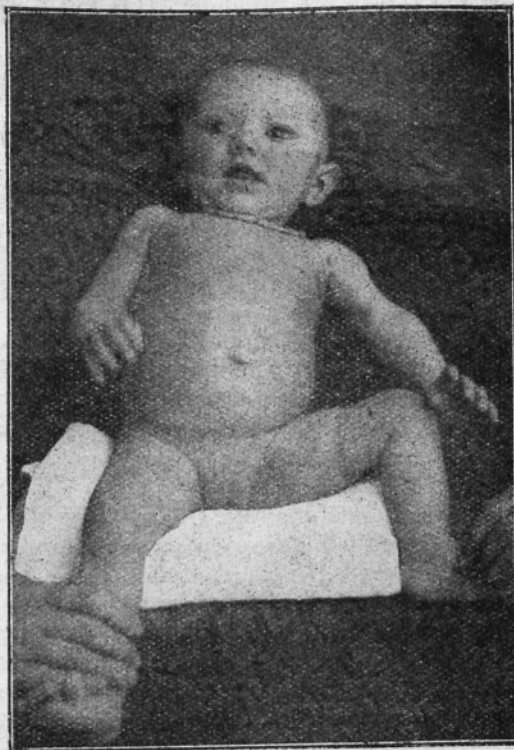


FIG. 2.

Les auteurs allemands ont décrit un facies particulier qui consiste en une expression de souffrance, de fatigue, les traits tirés, les yeux excavés d'une pâleur bleuâtre. Pendant nos recherches, nous avons très souvent observé ce facies; mais la pyurie recherchée par nous dans ces cas n'existait pas, mais bien une maladie d'une autre nature. Au contraire, dans bien des cas de pyuries certaines, nous n'avons pas trouvé ce facies anormal. En réalité, l'aspect général de l'enfant est, à un degré plus ou moins marqué, celui d'un infecté, et la pâleur, l'altération des traits, les yeux excavés, etc., se retrouvent aussi chez les nourrissons atteints de rhinite diphtérique et dans les états toxiques de la diarrhée cholériforme. Le poids reste d'ordinaire stationnaire, très souvent aussi on observe un amaigrissement rapide qui ne s'arrête qu'avec le commencement de la guérison de la maladie causale.

Les troubles digestifs accompagnent généralement la pyurie. Ils consistent essentiellement en diarrhée, vomissements, anorexie, et, fait remarquable, ils persistent, quelque modification qu'on apporte au régime, tant qu'on n'a pas réussi à guérir la pyurie. Car ce ne sont pas des troubles primitifs, comme ceux que provoque un sevrage brusque par exemple, mais ce sont des symptômes d'une affection localisée ailleurs et consécutifs à elle, bien qu'ils semblent parfois la précéder pendant la période d'incubation de l'infection, comme nous le voyons très souvent.



Nous signalerons comme assez caractéristiques les *élévations brusques de température*. On voit en effet sur la courbe de la température, qui reste normale, des petits clochers, sans qu'on en trouve une explication par l'examen des autres organes. Ils sont probablement provoqués par des rétentions du pus. Dans un cas, nous avons observé un état de méningisme sans que la ponction lombaire nous ait permis de déceler des altérations dans le liquide céphalo-rachidien. D'ailleurs le méningisme se voit très souvent chez le nourrisson atteint d'une autre maladie, comme la pneumonie, la typhoïde, etc. Dans les états de pyurie, les enfants sont plutôt abattus, fatigués, irrités, et pleurent aussitôt qu'on les touche.

Les signes les plus caractéristiques se trouvent par l'examen des urines : Quand on examine les urines fraîchement émises, on peut, avec un peu d'habitude, se rendre compte déjà, par leur aspect macroscopique, de l'existence d'une coli-pyurie. Elles sont troubles comme du bouillon sale ; mises en tube à essai, elles présentent des reflets moirés par l'agitation, et, après sédimentation, on observe un dépôt de pus jaune verdâtre.

À l'examen entre lame et lamelle des urines même non centrifugées, on trouve des leucocytes en très grand nombre et des coli-bacilles. L'étalement du culot de centrifugation montre des bacilles ne prenant pas le Gram ; mais, à cause de la multiplicité des races de coli-bacilles, il est préférable de faire un ensemencement sur gélose tournesolée ; à l'examen direct, en effet, on est souvent embarrassé par la forme tantôt longue, tantôt en cocci et sans mouvement des coli-bacilles. La coloration par la méthode Gram-fuchsine diluée, elle-même, n'arrive pas à nous donner la sûreté. Il est d'ailleurs des plus importants de pratiquer un ensemencement afin d'obtenir une culture pure destinée à la préparation de l'auto-vaccin et la culture sur gélose tournesolée y pourvoira.

Si on peut assister au début de la maladie, il est possible de constater l'existence d'une *hématurie*. Il nous a été donné d'observer dans deux cas le développement de la pyurie dès le commencement, et nous avons, dans ces deux cas, noté la présence dans les urines d'hématies en grande quantité, décelables aussi par la réaction chimique de sang. En l'absence des autres éléments pouvant permettre de penser à une néphrite hémorragique, nous avons été amené à poser, dans l'un de ces cas, le diagnostic de « maladie de Barlow fruste », étant donné l'âge de sept mois de l'enfant et son allaitement artificiel au lait stérilisé. Le traitement par le jus de citron n'ayant pas donné de résultat, ce furent l'apparition du pus et la culture positive des coli-bacilles qui nous permirent de porter un diagnostic exact.

**Pathogénie.** — Quelle est la pathogénie de cette maladie ? On a longuement considéré cette infection comme étant d'origine ascendante et on s'expliquait la contamination des voies urinaires par le fait que le méat urétral souillé par les fèces se laisse envahir par le coli-bacille qui gagne progressivement la vessie et le bassin. Mais depuis longtemps tous les auteurs ont reconnu que cette manière de voir ne correspond pas à la réalité. Pour prouver que l'infection se fait par voie ascendante, on a

donné comme preuve que cette maladie se voit chez les fillettes seulement. Mais toutes les statistiques sont d'accord en ce qui concerne l'aussi grande fréquence de cette affection chez les garçons que chez les fillettes. Sur nos 11 cas, nous avons 6 garçons et 5 filles.

On admet maintenant généralement que l'infection est descendante, qu'elle se réalise par la voie sanguine et qu'elle a son point de départ dans l'intestin. C'est ce qu'Heitz-Boyer a décrit sous le nom de syndrome entéro-rénal.

Il est très difficile de vérifier ces faits, car la bacillémie semble être très passagère. Le coli-bacille semble être en tout cas une bactérie de sortie et, accompagnant les autres germes éliminés par les reins, il s'installe et se multiplie facilement en un point quelconque des voies urinaires.

Cette pullulation est favorisée dans certains cas par une malformation congénitale des voies urinaires qui engendre une stase favorisante, comme l'a le premier indiqué Apt (de Chicago) (1).

Dans le cas cité plus haut et où nous avons d'abord pensé à la maladie de Barlow en raison de la constatation d'une hématurie du début, l'enfant étant morte, nous avons pratiqué l'autopsie et avons trouvé le bassin et l'uretère gauche très distendus et remplis de pus, les parois de l'uretère très hypertrophiées et une *sténose très marquée de l'extrémité inférieure de l'uretère à son embouchure dans la vessie*.

À l'autopsie d'un autre enfant, nous avons trouvé dans le rein gauche un petit abcès du volume d'un petit pois siégeant dans la région pyramidale, au voisinage du bassin. Le pus de l'abcès ensemencé donna une culture pure de coli-bacilles. Il est donc certain que le siège de l'affection, sa localisation varie selon le cas. Il semble que dans beaucoup de cas le bassin et la vessie étaient indemnes ; nous avons par conséquent rejeté l'ancienne démonstration de pyélocystite et préféré le terme de pyurie coli-bacillaire parce qu'elle ne présente pas de localisation anatomique très difficile à déterminer pendant la vie de l'enfant.

À l'autopsie, nous avons constaté aussi chez ces deux enfants des lésions pulmonaires. Ce fait prouve que notre point de vue tiré de l'observation clinique est bien vrai, c'est-à-dire que cette affection ne représente pas une maladie en soi, une entité morbide, mais plutôt un syndrome consécutif à d'autres infections, grippe, otite, broncho-pneumonie, coqueluche, etc...

**Pronostic.** — Le pronostic est en général bénin ; les cas mortels sont d'ailleurs exceptionnels. Ce sont plutôt les maladies intercurrentes qui emportent les enfants. Il faut même admettre que cette affection peut guérir spontanément et nous avons pu en observer deux cas. Nous nous demandions même si, dans le cas d'Andrée S... décrit plus haut, le commencement de la reprise de poids n'était pas déjà un indice du début de la guérison de la pyurie, accélérée seulement par l'auto-vaccin ; cependant les guérisons spontanées demandent habituellement des mois.

(1) Isaac APT, *Pyuria in Malformations of the Urinary Tract* (Amer. Journ. of diseases of children, t. XXXII, n° 4, oct. 1926).

..

**Traitement.** — Le traitement consiste dans l'emploi de désinfectants tels que l'uroformine et le salol. Finkelshtein donne cinq à huit fois par jour les doses de 5 à 20 centigrammes de salol et va jusqu'à des doses de 2 grammes par jour.

Un autre traitement consiste dans l'alcalinisation des urines par de fortes doses de citrate de potasse. On donne à l'enfant 3 à 4 grammes par vingt-quatre heures, et, en augmentant, on atteint la dose de 8, 9 et même 12 grammes, jusqu'à ce que la réaction des urines devienne alcaline. Mais il faut surveiller l'enfant, car la saturation par la potasse peut provoquer de l'amaigrissement, de l'agitation et de l'abattement. On a proposé aussi d'alterner ce traitement d'alcalinisation avec l'administration de phosphate de soude afin de donner aux urines la réaction acide.

Les lavages de vessie ne donnent *pas de résultats appréciables*.

La plupart des médecins ont au contraire reconnu l'*action favorable des auto-vaccins*. Dans ceux de nos cas où il nous a été donné de suivre les enfants jusqu'au bout, ce traitement a toujours été couronné de succès. Il n'a pas réussi dans le cas où il existait une malformation congénitale de l'uretère et il nous semble qu'il faut admettre que, dans les cas où la pyurie reste rebelle à tout traitement, on doit rechercher l'existence d'une malformation qui nécessiterait une intervention chirurgicale.

Nos auto-vaccins ont été préparés par le docteur Pierre-Louis Marie avec le concours de M<sup>lle</sup> Capron au laboratoire de l'hôpital, Hérold. Les urines fraîchement recueillies étaient aussitôt ensemencées sur la gélose tournesolée. Après quarante-huit heures, les colonies sont employées pour la dilution dans le sérum physiologique à raison de 1 milliard de bacilles par centimètre cube. On stérilise

trois fois les ampoules par tyndallisation en les portant à 62°.

Nous commençons le traitement par des injections hypodermiques de 1/4 de centimètre cube et les répétons tous les deux jours en augmentant la dose jusqu'aux 2 centimètres cubes, dose définitive. Les réactions locales et générales sont minimales. Il est absolument nécessaire de faire le traitement complet consistant en douze injections et de ne pas se décourager si l'effet est minime au début. D'habitude, les urines ne s'éclaircissent que vers la dixième injection.

En terminant, nous tenons à signaler que, quels que soient les moyens de traitement employés, l'allaitement maternel a une importance cardinale pour le nourrisson. Ce serait une faute impardonnable de sevrer un enfant à cause de ses mauvaises selles sous prétexte qu'il ne supporte pas le lait de sa mère. C'est l'infection secondaire qui provoque d'ordinaire ces troubles et, dans ce cas, on ne fera rien de mieux que d'inciter la mère à continuer de nourrir son enfant. En réfléchissant sur le cas de l'enfant Andrée S... décrit par nous et dont l'état grave est si bien reproduit sur la photographie, nous nous demandions si cette enfant aurait pu résister pendant deux mois à une si forte atteinte de la nutrition s'il n'avait pas été remis au sein.

..

Comme conclusion à cette étude, nous pensons qu'étant donnée la facilité de se procurer des urines chez le nourrisson, IL EST NÉCESSAIRE QUE L'EXAMEN SYSTÉMATIQUE DES URINES SOIT PLACÉ AU MÊME RANG QUE LA NOTATION DE LA TEMPÉRATURE, DU POIDS, DE LA CUTI-RÉACTION, etc. Ainsi seront évitées les erreurs de diagnostic et aussi les séjours prolongés des enfants à l'hôpital sans qu'on ait réussi à poser le diagnostic vrai et à appliquer le traitement approprié.

# SEDOL



## Clinique médicale

# LES MÉNINGOCOCCÉMIES

Par le Docteur BAR,

Médecin chef de l'Hospice mixte de Tours.

Si la localisation du méningocoque sur la séreuse sous-arachnoïdienne avec sa symptomatologie à grand fracas est aujourd'hui d'un diagnostic clinique et bactériologique aisé et courant, il n'en va pas de même des formes septicémiques, qui, en dépit des observations nombreuses déjà publiées et des travaux dont elles ont fait l'objet, restent souvent méconnues si un épisode méningé ne vient faire la lumière sur la nature de l'infection.

Il y a peu d'années encore, la méningococcie était considérée comme une affection locale, à symptômes purement méningés. Elle se réduisait à la méningite cérébro-spinale épidémique. Aujourd'hui le cadre de cette infection s'est sensiblement élargi.

C'est en 1887 que Weichselbaum décrit le méningocoque; en 1898, Osler signale sa présence dans le sang circulant au cours d'un cas de méningite cérébro-spinale compliqué d'arthrite.

Les observations qui suivent sont d'abord relatives à des états méningococcémiques suivant ou précédant une localisation méningée. Puis, en 1903, Warfield et Warker décrivent un cas de septicémie pure chez un malade atteint d'endocardite méningococcique. Andrew, Liebermeister et Bovaird signalèrent ensuite des septicémies méningococciques sans localisation endocarditique. En France, Netter, Monziols et Loiseleur, Chevrel et Bourdinière sont les premiers à faire connaître des faits identiques. Puis les observations se multiplient, relatées dans les thèses de Portret (Paris, 1912), de M<sup>lle</sup> Blanchier (Paris, 1918), de Brette (Lyon, 1918), de Hissard (Paris, 1919), de Jean Bertrand (Paris, 1924).

Le mémoire de Riberre, Hébert et Bloch, publié dans les *Annales de Médecine* en 1919, et surtout le traité si complet et si documenté de Dopter sur l'infection méningococcique contiennent une étude d'ensemble des formes septicémiques.

La constatation du méningocoque dans le sang, au niveau des taches purpuriques, dans certaines complications articulaires, permettait de substituer à la notion de méningite cérébro-spinale celle d'une infection générale. Comme le fait observer très justement Boulanger-Pilet, le titre de deux ouvrages montre à lui seul les deux points de vue : en 1911, c'est la *Méningite cérébro-spinale* de Netter et Dupré ; en 1921, c'est l'*Infection méningococcique* de Dopter.

**Etiologie.** — Tous les types de méningocoque peuvent lui donner naissance, le méningocoque de Weichselbaum ou les para-méningocoques  $\alpha$ ,  $\beta$ ,  $\gamma$  de Dopter et Pauron, qui sont aujourd'hui désignés sous les étiquettes de méningocoques B, C, D, l'appellation de méningocoque A étant réservée au méningocoque de Weichselbaum.

Partis du rhino-pharynx, où ils se développent en premier lieu, ils passent directement dans la circulation pour y déterminer une septicémie soit pure, soit à localisations diverses, dont peut faire partie la méningite.

**Symptomatologie.** — Les symptômes cardinaux communs aux diverses formes cliniques observées sont de trois ordres :

La fièvre ;

Les éruptions ;

Les phénomènes douloureux.

On les trouve en général dans toutes les atteintes de méningococcémie, mais à des degrés divers, et leurs variations, la prédominance de l'un d'entre eux déterminent trois formes cliniques principales.

**I. FORME A TYPE DE FIÈVRE INTERMITTENTE PSEUDO-PALUSTRE.** — C'est la forme qui, semble-t-il, est la plus fréquente et a été le mieux étudiée — celle que nous avons rencontrée 7 fois sur les 8 cas qu'il nous a été donné d'observer depuis cinq ans.

La première observation a été relatée par Liebermeister en 1908, mais c'est Chevrel et Bourdinière qui, en 1910, attirèrent particulièrement l'attention sur le caractère spécial de la température, qui leur en imposa tout d'abord pour une atteinte de paludisme.

Le début est généralement lent et insidieux pendant plusieurs jours ; le malade se plaint de lassitude générale, de maux de tête, parfois de frissons légers, tous symptômes assez peu marqués pour ne pas interrompre ses occupations journalières, la température ne dépassant pas 38°. Le professeur Sergent, dans une conférence faite en 1924 à la clinique de la Charité, décrit au contraire un début brusque, en pleine santé apparente. Tous nos cas personnels se sont installés insidieusement.

a) *Accès fébriles.* — Au bout de quelques jours, une semaine environ, les phénomènes fébriles s'accroissent et revêtent la forme d'accès avec frisson initial, puis stade de chaleur ; la température monte à 39°, 40° (40°,6 dans

# LAXAMALT

Laxatif tonique { 50% HUILE DE PARAFFINE  
et digestif { 50% EXTRAIT DE MALT

UTILISATION INTÉGRALE DE L'HUILE DE PARAFFINE

*Toutes constipations, même chez  
les opérés, entéritiques, nourrissons, femmes enceintes.*

DOSE :

244 cuillères à bouche le matin et le soir avant de se coucher

Littérature et échantillons sur demande :

H. LICARDY. 38 Boul<sup>d</sup> Bourdon — Neuilly

R.C. SEINE 204351

Exposition Pasteur (Strasbourg 1923)  
Médaille d'or.



POUDRE CRISTALLINE DE GOÛT AGRÉABLE

# GÉLOGASTRINE

Exposition Pasteur (Strasbourg 1923)  
Médaille d'or

TRAITEMENT DE L'HYPERCHLORHYDRIE  
ET DE L'ULCÈRE DE L'ESTOMAC

*La GÉLOGASTRINE ne contient ni narcotiques, ni  
alcalins. Elle agit d'une manière purement physique  
par un mécanisme de protection*

Littérature et échantillons sur demande :

H. LICARDY. 38 Boul<sup>d</sup> Bourdon — Neuilly

R.C. SEINE 204351





un de nos cas), le début de l'ascension thermique se fait en général vers le milieu du jour; l'accès dure de quatre à cinq heures, puis la défervescence survient avec sueurs profuses qui précèdent une sensation de bien-être général. C'est donc à s'y méprendre la marche d'un accès palustre, sous réserve toutefois que le frisson est en général moins intense que dans le paludisme.

Cet accès va se répéter tantôt régulièrement, à type quotidien, tierce ou quarte, tantôt avec des rémissions plus prolongées, de huit, dix, quinze jours. La plupart du temps, l'apyrexie intercalaire est complète; chez certains sujets toutefois, la température ne revient pas complètement à la normale et se maintient entre 37° et 38°.

Entre les accès, l'état général reste bon, l'appétit est conservé, tout au moins au début de la maladie; quand celle-ci se prolonge, les forces déclinent et le malade s'amaigrit sans que toutefois l'état de déficience présente jamais la gravité commune à la plupart des autres septicémies.

b) *Erythèmes*. — Les phénomènes fébriles qui ouvrent la scène s'accompagnent habituellement quelques jours après le premier accès, parfois même avant sa production (cas de Chevrel et Bourdinière, cité par Dopter), d'érythèmes qui peuvent faire croire à l'apparition d'une fièvre éruptive. Les aspects en sont très variés.

Ce peut être une éruption morbilliforme avec papules rouges séparées par des intervalles de peau saine. Quelquefois, disséminées et discrètes; d'autres fois, mais plus rarement, se généralisant à toute l'étendue des téguments. Ou bien l'éruption a un aspect scarlatiniforme avec placards rouges semblant constitués par un piqueté confluent, ou bien ce sont des macules simulant les taches rosées de la fièvre typhoïde. On observe encore fréquemment des nodosités superficielles, de 1 à 2 centimètres de diamètre, peu douloureuses, de coloration rouge, qui siègent sur les plans d'extension des membres et en imposent pour de l'érythème nouveau; c'est sous ce diagnostic que deux de nos malades sont entrés dans notre service.

Des poussées herpétiques ont été quelquefois observées, mais moins abondantes, moins confluentes que dans la méningite cérébro-spinale, et siégeant à l'état isolé, aux lèvres, au nez ou dans la sphère génitale. Enfin des taches purpuriques peuvent apparaître, mais dans cette forme pseudo-palustre elles sont généralement très discrètes.

Ces différents types d'érythèmes peuvent se rencontrer chez le même sujet. C'est ainsi que, chez un de nos confrères, nous avons vu coexister une éruption morbilliforme aux deux membres inférieurs, des placards scarlatiniformes dans la région lombaire et une vésicule d'herpès préputial.

Ces éruptions sont de courte durée: deux, trois jours; elles apparaissent avec l'accès fébrile, puis s'effacent après lui, procédant ainsi par poussées successives avec une intensité très variable.

c) *Phénomènes douloureux*. — Les érythèmes s'accompagnent de douleurs au niveau des grandes articulations, épaule, coude, genou, cou-de-pied, ou de myalgies intéressant principalement les masses musculaires du bras, de la cuisse et de la jambe; elles restent purement subjectives, sans gonflement ni rougeur, leur intensité est en général peu marquée et leur siège varie. Comme les éruptions, elles sont en rapport net avec les accès fébriles, qu'elles

précèdent en général et dont elles annoncent le retour.

En dehors de cette triade symptomatique, accès fébriles à forme palustre, érythèmes, arthralgies et myalgies qui doivent orienter le diagnostic clinique et inciter à une confirmation bactériologique, on ne constate aucun trouble viscéral marqué, sinon quelquefois une légère hypertrophie de la rate et des traces d'albumine dans les urines.

La durée totale de l'affection est très variable, vingt, quarante, quatre-vingts jours, trois, quatre mois (Liebermeister) et jusqu'à onze mois (A. Lemierre et Piédelièvre).

L'évolution peut être simple, limitée aux symptômes décrits. Sergent estime que la guérison est la terminaison habituelle: 90 % des cas, même sans thérapeutique active. Son élève Jean Bertrand, sur 16 cas, ne cite qu'une mort et par complication endocarditique. Brette a vu guérir ses 6 malades. Par contre, Hissard, dans sa thèse, signale la méningite comme survenant dans plus de la moitié des cas. Reilly (*Bulletin médical*, n° 20, 1922) subordonne cette évolution à la précocité de l'intervention thérapeutique. « Abandonnée à elle-même, l'affection aboutit presque constamment dans un délai de quelques semaines à quelques mois à l'envahissement des méninges et à l'apparition de tous les symptômes d'une méningite. Dans d'autres cas, la mort est la conséquence d'une localisation sur l'appareil cardio-vasculaire. » Netter, ajoute-t-il, a pourtant rapporté des cas de guérison spontanée.

*Complications*. — La méningite est la complication la plus fréquente.

Notons d'abord que la localisation méningée peut être très précoce et suivre immédiatement l'infection générale; c'est le cas de la méningite cérébro-spinale habituelle à début brusque. On la rapportait uniquement, autrefois, à l'envahissement des méninges par des méningocoques issus du rhino-pharynx et gagnant directement les espaces sous-arachnoïdiens par les voies lymphatiques à travers la lame criblée de l'ethmoïde.

Aujourd'hui le plus grand nombre des auteurs et en particulier le professeur Dopter croient dans la grande majorité des cas à l'origine sanguine de la méningite, celle-ci n'étant qu'une localisation du méningocoque passé du rhino-pharynx dans la circulation. La phase méningococcémique, si elle existe à l'état de pureté, est extrêmement courte dans ces cas, qui ne rentrent pas à proprement parler dans le cadre de cette étude. Nous observerons simplement en passant que cette théorie de l'infection sanguine précédant et accompagnant la localisation méningée justifie la pratique préconisée par Dopter dès 1908 de la sérothérapie intramusculaire ou sous-cutanée jointe à la sérothérapie sous-arachnoïdienne.

Dans les formes à phase septicémique nette qui nous occupent, la méningite peut survenir au bout de quelques jours, de quelques semaines ou de quelques mois, soit sous une forme franche, soit à l'état latent avec raideur légère de la nuque et ébauche de Kernig, soit sous forme de simple réaction méningée.

L'état septicémique, qu'il ait nettement précédé l'atteinte méningée ou qu'il en ait été suivi immédiatement, peut lui survivre. La méningite apparaît alors nettement comme un simple épisode au cours de la méningococcémie. Un

# LE PYREX

Breveté S. G. D. G.

est à la fois résistant

à aux Chocs à à

à et à la Chaleur

— Demandez... —

Les **SERINGUES** stérilisables au Poupinel ou par flambage à l'alcool.

Les **CANULES** urétrales } stérilisables à l'eau  
vaginales } bouillante ou par  
flambage à l'alcool.

“ LE PYREX ”

Société Anonyme au Capital de 10.000.000 de francs

8, rue Fabre-d'Églantine, 8

Téléph.: Diderot 30.71 - PARIS (XII)

Catalogues franco sur demande

Prix spéciaux à MM. les Docteurs

## céréssine

Par son "mordant" endocrinien (Parathyroïdine)  
arrête la déminéralisation

Par son apport complet (Os frais physiologique)  
assure la reminéralisation intégrale

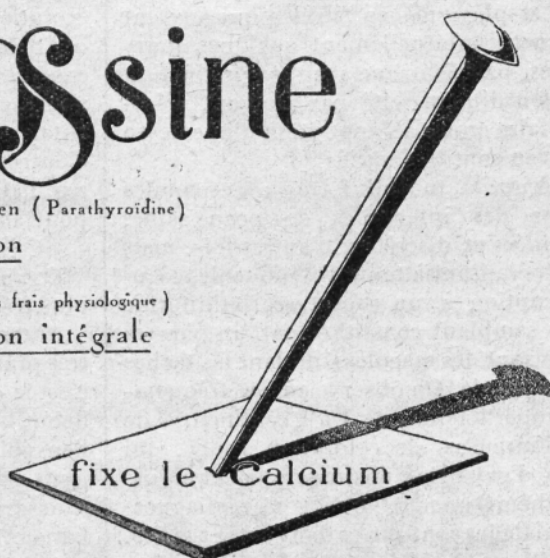
Aucune contre indication

Ne contient : ni Adrénaline  
ni Surrénale

Echantillons de 3 formes

— Cachets — Granulés — Poudre

sur demande aux Lab. Dehaussy 44, Rue Inkermann, Lille



## TRAITEMENT DE LA BLENNORRHAGIE AIGÜE

par les injections intraveineuses de

# GONACRINE

**Chloro-Méthylate (Neutre) de la Diaminoacridine en solution à 2 %**

## LES ÉTABLISSEMENTS POULENC FRÈRES

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



malade, dont le docteur Jodry (de Châtellerauld) a eu l'obligeance de nous communiquer l'observation, présente pendant vingt-cinq jours une forme septicémique pure, puis une détermination méningée qui dure dix-huit jours et est suivie pendant deux mois encore d'une nouvelle phase septicémique sans complications. Dans un cas d'Oettinger, P.-L. Marie et Baron, après quinze jours de septicémie initiale, une méningite se déclare, suivie dix jours après d'une deuxième poussée méningée et onze jours après d'une troisième, l'état septicémique ayant continué dans les intervalles à se manifester sous la forme pseudo-palustre.

Les autres complications observées sont assez rares :

Une pleurésie à liquide légèrement louche contenant du méningocoque (Monziols et Loiseleur) ;

L'endocardite (cas cité de Warfield et Warker) ;

La parotidite, qui chez un malade de Lantuéjoul et Lemierre évolua en même temps qu'une orchio-épididymite. Même complication testiculaire chez un malade du docteur Jodry ;

Certaines lésions oculaires et en particulier l'irido-cyclite et l'irido-choroïdite.

Nous n'avons trouvé nulle part mention de névrites périphériques au cours de la méningococcémie pure. Un de nos malades a présenté dans les derniers jours d'une forme pseudo-palustre à type quotidien, sans épisode méningé, des troubles parasthésiques symétriques des deux pieds ayant débuté au niveau des gros orteils dans la zone des plantaires internes et qui persistent encore aujourd'hui, trois mois après la guérison clinique de l'infection générale, dans le territoire des deux nerfs tibiaux postérieur et antérieur. Ce fait est à rapprocher des quelques rares cas de troubles névritiques périphériques rapportés par Dopfer dans le décours de la méningite cérébro-spinale typique.

II. FORME PURPURIQUE. — C'est Netter qui, en France, a appelé l'attention sur la forme purpurique de la méningococcémie et ses statistiques ont montré qu'elle est en voie d'augmentation. De toutes les manifestations dues au méningocoque, elle est de beaucoup la plus grave.

Elle débute en pleine santé par un frisson intense avec nausées, vomissements, la température s'élève rapidement, s'accompagnant de myalgies et d'arthralgies ; chez les jeunes enfants, des convulsions sont fréquemment notées ; en même temps apparaît un rash rubéoliforme ou scarlatiniforme suivi dès le premier ou le deuxième jour d'une éruption purpurique formée d'éléments maculo-papuleux d'un rouge violacé, de dimensions variables depuis le piqueté, la lentille jusqu'aux grands placards à contours polycycliques qui siègent de préférence sur les plans d'extension des membres et au niveau des régions abdominale et lombaire. Rapidement ces maculo-papules se transforment en vésicules à contenu séreux ou hémorragique qui peuvent se grouper en bulles plus ou moins volumineuses ; en deux ou trois jours dans les cas bénins, elles se dessèchent et se transforment en une croûte qui tombe spontanément. Ces éléments procèdent par poussées successives, chacun d'eux évoluant en une quinzaine de jours. En même temps que ces pétéchies, on peut constater des épistaxis et des hémorragies portant sur tous les viscères : intestin, vessie, utérus.

Dans les formes foudroyantes, l'autopsie a montré des hémorragies, des capsules surrénales qui expliquent leur évolution à allure d'insuffisance surrénale aiguë (Fontanel).

L'état général s'altère rapidement : dyspnée, diarrhée, délire, petitesse du poulx, le foie et la rate sont hypertrophiés ; la fièvre, le plus souvent continue, peut affecter le type intermittent, en liaison avec les différentes poussées purpuriques. Cet état infectieux grave peut se compliquer d'une lésion viscérale : méningite, néphrite, broncho-pneumonie...

D'après Netter, la mortalité serait de 49 % des cas. L'évolution de l'affection revêt quatre types principaux, suivant la gravité des cas :

a) La forme foudroyante, qui évolue d'ordinaire en un ou deux jours, quelquefois en quelques heures : huit heures (Reilly), dix-neuf heures (Marotte).

C'est le tableau du purpura fulminans d'Hénoc, et Dopfer estime qu'il est d'ailleurs vraisemblable, sans que l'on puisse l'affirmer, qu'un certain nombre d'atteintes étiquetées sous ce vocable et dont la nature étiologique n'a pu être déterminée rentrent dans ce cadre des septicémies méningococciques.

Vaquez, passant en revue le groupe des purpuras encore qualifiés de primitifs, en dissocie également le purpura fulminans pour le rattacher à la méningococcémie.

b) La forme suraiguë, à pronostic également fatal, mais à durée plus longue : quatre à six jours ;

c) La forme aiguë, à symptomatologie identique, mais atténuée, et qui peuvent guérir si le diagnostic est posé et un traitement spécifique institué immédiatement ;

d) La forme subaiguë, lente, pouvant durer plusieurs semaines et même plusieurs mois (quatre mois et demi dans un cas de Netter), faite de poussées successives avec correspondance des accès fébriles et des éruptions purpuriques et érythémateuses, forme qui, en fait, se rapproche du type pseudo-palustre précédemment décrit.

La terminaison peut être favorable, mais des complications viennent souvent assombrir le pronostic : arthrites séreuses ou purulentes, néphrites, irido-cyclites, etc...

III. FORME TYPHOÏDE. — La forme typhoïde est rare. La symptomatologie est celle d'une dothiéntérie avec céphalée, somnolence, diarrhée fétide, fièvre élevée, taches rosées, splénomégalie. Mais le séro-diagnostic reste négatif, des vésicules d'herpès peuvent mettre sur la voie du diagnostic que vient imposer à plus ou moins longue échéance l'apparition de phénomènes méningés.

À côté de ces trois types principaux, il convient de citer une forme pseudo-rhumatismale due à la prédominance des manifestations articulaires qui en imposent pour un rhumatisme aigu et des formes atténuées à symptômes si estompés : fièvre légère, érythème fugace, détermination articulaire passagère, que seule une hémoculture positive permet d'incriminer le méningocoque. Ces formes légères ont une tendance habituelle à la guérison.

Diagnostic clinique. — C'est avec une fièvre éruptive, une rougeole ou une scarlatine, suivant le type de l'éruption

# AGOMENSINE et SISTOMENSINE CIBA

La sécrétion ovarienne renfermant deux sortes d'autacoïdes dont l'action est différenciée, la thérapeutique rationnelle de ses troubles en hyper ou en hypo repose sur l'administration, non pas de l'extrait total, mais du principe activateur ou du principe frénateur. C'est pourquoi l'Agomensine, qui représente le premier, et la Sistomensine, qui correspond au second, donnent des résultats jusqu'alors inobservés dans toutes les manifestations pathologiques dépendant d'une dysfonction de l'ovaire.

*Trois formes : cachets, granulé, comprimés.*

Laboratoires CIBA

O. ROLLAND, 1, Place Morand, LYON

**Le PLUS PUISSANT SÉDATIF de la TOUX** quelle qu'en soit l'origine.



**TRAITEMENT SCIENTIFIQUE**  
de toutes les Affections aiguës ou chroniques  
des **Voies Respiratoires**

*Rhumes, Gripes, Bronchites. Catarrhes*

**BRONCHOSEPTOL LAURIAT**

Comprimés antiseptiques, sédatifs, expectorants

*Bromol - Codéine - Poudre de Dover, etc.*

**ADULTES :** De quatre à six comprimés par 24 heures, jusqu'à huit dans les toux rebelles.

*Avaler sans sucer ni croquer.*

**Vente en gros : Laboratoires LAURIAT,** 31, rue des Bois de Colombes  
**LA GARENNE-COLOMBES**



tion, que l'on peut au début confondre les rash érythémateux, avant que le type de la septicémie soit nettement caractérisé.

Souvent le diagnostic posé est celui d'érythème nouveau, dont les papulo-macules peuvent revêtir l'aspect. Là encore le type fébrile incite rapidement à une orientation différente.

La forme intermittente incline tout naturellement le clinicien vers une atteinte de paludisme. Bien que quelques érythèmes aient été décrits au cours des accès palustres, ils sont assez rares pour que l'apparition des éruptions méningococcémiques, si nettes, jette un doute sur l'existence d'une infection malarienne. Par ailleurs, l'existence des arthropathies, l'absence d'hématozoaires à l'examen du sang, l'échec du traitement quinine, dont l'action est toujours efficace quand il est bien manié, la persistance d'un bon état général alors qu'il est si rapidement atteint chez le paludéen, permettront de différencier cliniquement les deux affections.

Le rhumatisme articulaire aigu sera rapidement écarté du fait du peu d'intensité des douleurs, de l'absence de gonflement et de rougeur des articulations et du type que revêt la courbe thermique.

La fièvre bilio septique de Chauffard, avec ses accès en clochers, sera éliminée du fait que les troubles digestifs et hépatiques font défaut.

L'endocardite maligne s'accompagne également d'érythèmes et de pétéchies; mais, dans cette septicémie, la fièvre revêt un caractère ondulant, sans grandes oscillations; en outre, la constatation de lésions cardiaques, si rare dans la méningococcémie, permet d'asseoir le diagnostic.

Les formes purpuriques sont d'un diagnostic plus malaisé, on pensera facilement à une dothiéntérie si les pétéchies sont discrètes, à la maladie de Werlhoff, à la peliose rhumatismale et, dans certains pays, au typhus exanthématique. Il sera bon, en présence de tout purpura, de penser à la méningococcémie sans se contenter de l'étiquette banale de purpura primitif.

La forme typhoïde sera fréquemment confondue avec la dothiéntérie. On prendra garde que dans cette dernière affection le début est plus insidieux, que la méningococcémie présente une température moins soutenue. Le séro-diagnostic lèvera les doutes.

**Diagnostic bactériologique.** — Le diagnostic clinique, si épineux dans de nombreux cas, sera appuyé par les examens de laboratoire.

La recherche du méningocoque se fera :

a) Dans la circulation, par l'hémoculture, le prélèvement sanguin étant toujours pratiqué au moment des accès fébriles : 4 ou 5 centimètres cubes de sang qu'on ensemence dans un ballon de 250 centimètres cubes de bouillon ascite ou sur tout autre milieu favorable (bouillon à l'œuf, bouillon Martin glucosé, albumine à la soude).

b) Au niveau des taches purpuriques; on ponctionnera une vésicule à l'aide d'une pipette capillaire et on étalera sur une lame de verre.

c) Dans le liquide céphalo-rachidien; prélèvement de

10 centimètres cubes à envoyer au laboratoire. Il est bon en effet, même quand la septicémie paraît pure, de faire examiner le liquide céphalo-rachidien pour tenter d'y déceler une localisation méningée fruste.

La confirmation bactériologique ne vient pas toujours étayer le diagnostic clinique, qui ne sera souvent appuyé, en fin de compte, que par l'apparition d'un épisode méningé ou par l'efficacité du traitement spécifique, suivant le vieil aphorisme : *naturam morborum curationes ostendunt*.

Il est malheureusement fréquent en effet que, même pratiquées dans de bonnes conditions par des médecins rompus aux pratiques du laboratoire, les cultures restent négatives, surtout quand les ensemencements sont tardifs, d'où l'indication, en toute hypothèse, de pratiquer les examens pour ainsi dire au lit du malade (Dopter et Sacquepée, *Précis de Bactériologie*).

Cette recherche peut être infructueuse même dans le liquide céphalo-rachidien d'un méningitique et à plus forte raison dans le sang d'un méningococcémique.

Dans certains cas, on n'aura qu'une demi-confirmation bactériologique. Chez un de nos malades, une première hémoculture donne un diplocoque en grain de café ne prenant pas le Gram, qui meurt sans permettre par conséquent d'identification; les hémocultures suivantes restent négatives; le traitement par protéines méningococciques est mis en œuvre, la guérison suit la troisième injection.

Dans un autre cas, il s'agit d'une forme fruste : quelques arthralgies coïncidant avec des poussées érythémateuses; deux accès fébriles ont précédé l'hospitalisation; mais, depuis son entrée dans notre service, les écarts thermiques sont tellement faibles que nous ne tentons aucune hémoculture. Le diagnostic posé avec un peu d'hésitation trouve sa confirmation indirecte par la présence dans le mucus naso-pharyngien de très nombreux méningocoques.

Enfin la confirmation peut être apportée par le traitement. Dans un cas cliniquement très net de forme pseudo-palustre, deux hémocultures restent négatives, une première injection de protéines transforme le type quotidien en type tierce. Une deuxième est suivie d'une apyrexie de deux jours, qui est portée à cinq jours par les troisième et quatrième injections; après la cinquième, disparition de tous les symptômes.

**Traitement.** — Employé le premier en date, le traitement sérothérapique a donné des succès. Il doit être rigoureusement spécifique après identification du méningocoque en cause.

Dans les formes septicémiques pures, les trois voies intraveineuse, intramusculaire et sous-cutanée peuvent être employées, les deux dernières pour les formes peu sévères, la voie endoveineuse étant réservée aux cas graves, tels que les formes purpuriques et typhoïdes. Sacquepée conseille la technique suivante : première injection : 1 centimètre cube; deuxième : 4 centimètres cubes; les suivantes : 30 centimètres cubes de sérum dilué à 1/8 ou 1/10 en solution tiédie au moins à 37°. Boulanger-Pilet préconise de faire tout d'abord de petites injections sous-

# 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.  
*Thèse Paris* : Thionville 1926.  
*Thèse Bordeaux* : Passerieux 1926.

# 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 PROTOZOAIRE**

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

Littérature et échantillons : Laboratoire **LECOQ et FERRAND**, 14, rue Gravel, LEVALLOIS

Vente en détail : Pharmacie du Dr LAFAY, 54, rue de la Chaussée-d'Antin, PARIS

**POUR PRÉSERVER  
de la Tuberculose**

LES ANÉMIÉS  
LES CONVALESCENTS  
LES SURMENÉS

## ANTIPHI

Thérapeutique nouvelle : Sensibilisation  
Médicaments de choix : Phosphore, Arsenic  
**LE PLUS RAPIDE RECONSTITUANT**  
2 cuillerées à soupe par jour

**POUR ORGANISER**

la résistance à la maladie  
**DES GANGLIONNAIRES  
DES BRONCHITEUX  
DES TUBERCULEUX AU DÉBUT**

# TERCINOL

Véritable Phénosalyl créé par le Dr de Christmas  
(Voir Annales de l'Institut Pasteur et Rapport de l'Académie de Médecine)

**Antiseptique Puissant**

Ni Caustique - Ni Toxique - Phagogène - Cicatrisant

LITTÉRATURE et ÉCHANTILLONS : Laboratoire R. LEMAITRE, 158 r. St-Jacques, PARIS

OTO-RHINO-  
LARYNGOLOGIE  
STOMATOLOGIE  
DERMATOLOGIE

PANSEMENTS  
GYNÉCOLOGIE  
OBSTÉTRIQUE  
VOIES URINAIRES



cutanées de sérum, puis d'introduire dans la veine 30 à 40 centimètres cubes de sérum dilué dans 250 centimètres cubes de sérum physiologique filtré; injecter très lentement en un quart d'heure au minimum.

Chalier, Giraud et Morel estiment que dans tous les cas la voie intraveineuse s'impose sans discussion, et il faut, disent-ils, bannir toute timidité et frapper fort et parfois longtemps.

Sergent est très sceptique à l'égard de l'efficacité de la sérothérapie. Il estime que les méningococcémies pures ne paraissent guère bénéficier d'une thérapeutique à action spécifique, il ne compte à l'actif du traitement sérothérapique que 3 guérisons sur 16 cas et encore les attribue-t-il au choc produit par l'introduction d'albumines étrangères. Il conseille, si l'on veut essayer cette médication, de pratiquer d'abord des injections sous-cutanées, puis, en cas d'échec, des injections intraveineuses, mais de ne pas insister si un résultat rapide n'est pas obtenu. C'est seulement, dit-il, après une quinzaine de jours d'interruption que l'on peut, en reprenant le traitement, produire un choc anaphylactique favorable. Si la sérothérapie échoue, il préconise l'emploi soit de la bactériothérapie en précisant qu'il n'est pas nécessaire qu'elle soit spécifique, soit les injections intramusculaires de lait, soit le choc par les métaux colloïdaux, qui lui semblent d'ailleurs moins actifs.

La bactériothérapie a été employée avec succès dans nombre de cas. On pourra utiliser un stock-vaccin ou mieux un auto-vaccin, à raison d'une injection tous les trois jours à doses progressives : 500 millions, 1, 2 milliards et plus.

Luton (thèse de Paris, 1906) préconise l'emploi d'une endoprotéine méningococcique qu'il obtient par broiement des méningocoques avec une certaine quantité de chlorure de sodium, reprise de la poudre ainsi obtenue par l'eau distillée de façon à obtenir une solution isotonique à 8 ‰, puis centrifugation pour séparation et enlèvement des corps microbiens. Il obtient ainsi par décantation un liquide absolument limpide. « La guérison des

méningococcémies revêtant le type pseudo-palustre est acquise en quelques jours après deux ou trois injections intramusculaires. »

Les doses à employer sont 1/2 centimètre cube pour la première injection, 1 centimètre cube pour les suivantes.

Nous avons personnellement employé cette médication avec un entier succès dans les deux derniers cas que nous avons eu à traiter.

Enfin l'on a préconisé la production d'un abcès de fixation. Ed. Lesné, Marguery et Lambling, dans une communication à la Société médicale des Hôpitaux, rapportent deux cas de méningococcémie prolongée à forme pseudo-palustre chez deux enfants qui ont guéri après abcès de fixation, alors que le traitement par auto-vaccin méningococcique avait échoué. Ils estiment que la méthode de Fochier constitue une des meilleures thérapeutiques à cette infection et conseillent de la pratiquer vers la troisième semaine pour obtenir le maximum de résultat et prévenir la méningite, qui, d'après eux, apparaît le plus souvent vers la sixième ou huitième semaine.

## BIBLIOGRAPHIE

- DOPTER, *l'infection méningococcique* (Paris, Baillière, 1921).  
REILLY, *les Méningococcémies* (Bulletin médical, n° 20).  
BOULANGER-PILET, *les Méningococcémies* (Gazette des Hôpitaux, n° 2, 6 janvier 1923).  
SERGENT, *les Méningococcémies pures à forme de fièvre intermittente* (Journal des Praticiens du 30 août 1924).  
FONTANEL, *Purpura fulminans, Méningococcémie, Lésions hémorragiques des capsules surrénales* (Lyon médical, 10 août 1924).  
VAQUEZ, *les Purpuras* (Monde médical, 15 juillet 1925).  
LUTON, *les Protéines méningococciques, leur emploi dans le traitement des méningococcies* (thèse, Paris, 1926).  
CHALIER, GIRAUD et MOREL, *Journal de Médecine de Lyon*, 5 décembre 1926.  
LESNÉ, MARGUERY, LAMBLING, *Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux* (séance du 30 juillet 1926).

## Fonctionnement d'un Service de Remplacements

Pour répondre à de nombreuses demandes, et dans un but strictement utilitaire, les *Gazettes médicales* ont ouvert un service de remplacements.

Les demandes doivent en être adressées :

Soit à M. Germain LAPORTE, externe des hôpitaux de Paris, Service des Remplacements, 11 bis, rue Dupont-de-l'Eure, Paris (XX<sup>e</sup> arr.), pour la G. M. P. — la G. M. C. — la G. M. O ;

Soit à M. Pierre BOUESSEL du BOURG, étudiant en

médecine, Service des Remplacements, 8, avenue du Maine, Paris (XV<sup>e</sup> arr.), pour la G. M. B.

D'autre part, nous centraliserons volontiers les offres de jeunes confrères non encore installés ou d'étudiants en fin de scolarité (à seize inscriptions ancien régime, à vingt insertions nouveau régime) désireux d'effectuer des remplacements.

Les *Gazettes médicales* déclinent toute responsabilité, se contentant de transmettre aux intéressés les offres ou les demandes.

N. B. — Prière de joindre à toute communication deux timbres de 0 fr. 50 pour frais de correspondance.

## AVIS

1<sup>o</sup> 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. — Toute demande de numéros doit être accompagnée du montant de ceux-ci, plus les frais de poste. En cas d'inobservation des clauses ci-dessus, il ne serait pas tenu compte de la demande.

2<sup>o</sup> RENOUELEMENT DES ABONNEMENTS. — En raison des frais considérables qu'entraînent actuellement les recouvrements, nos abonnés ont tout intérêt à nous adresser leur réabonnement (40 fr.) par virement postal ou chèque postal au nom de la Gazette médicale du Centre, compte chèques postaux : Paris 210.00.

# SIROP DE SIRTAL

Tricrésolsulfonate de calcium (0g, 30 par cuillerée à soupe)

TOUS LES AVANTAGES DE LA CRÉOSOTE SANS SES INCONVÉNIENTS

**SÉDATIF DE LA TOUX**  
ET MODIFICATEUR DES SÉCRÉTIONS PAR ANTISEPSIE PULMONAIRE

SANS NARCOTIQUE — SANS INTOLÉRANCE

POSOLOGIE. — Adultes : 4 à 6 cuillerées à soupe par jour — Enfants : 4 à 6 cuillerées à café par jour.

LABORATOIRES CLIN — CCMAR & C<sup>ie</sup>, 20, rue des Fossés-Saint-Jacques — PARIS

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

## JUS DE RAISIN FRAIS CHALLAND

Registre Commerce : Nuits, N° 213.

THÉRAPEUTIQUE CACODYLIQUE INTENSIVE & INDOLORE

### CYTO-SERUM CORBIÈRE

**PUISSANT STIMULANT**

DE L'HÉMATOPOÏÈSE & DE LA PHAGOCYTOSE

GRIPPE  
TUBERCULOSE  
PALUDISME  
NÉOPLASME  
NEURASTHÉNIE  
CONVALESCENCES

Contre toute altération du sang  
Contre les maladies infectieuses  
Contre les cachexies de toute origine

**Echantillons gratuits sur demande**

DÉPÔT DES PRODUITS (PHARMACIE PRINCIPALE DE TOURS)  
CORBIÈRE 53 RUE NATIONALE, TOURS (Téléphone 368)

RC. Seine: 158.539

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

## LE RÉVULSIOR

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

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

**Établissements PAULIN & BARRÉ**

Docteurs en Pharmacie, 47, Rue Nationale, TOURS

— ÉCHANTILLON SUR DEMANDE —

**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 FUMOUEZ, 78, Faub<sup>e</sup> St-Denis, Paris.



## Laboratoire et Clinique

# LA RÉSERVE ALCALINE ET SON INTÉRÊT CLINIQUE

Par M<sup>me</sup> M.-L. CHEVREL (de Rennes).

Par un curieux retour aux idées du passé, l'évolution de la médecine remet actuellement en honneur les vieilles théories humérales qui tinrent une si grande place dans les préoccupations de nos pères. Ceux-ci avaient eu l'intuition que le milieu intérieur dans lequel vivent plus ou moins correctement les éléments de nos tissus en reflète les perturbations éventuelles. Dans l'enthousiasme suscité par les découvertes du XIX<sup>e</sup> siècle, on a souri des « humeurs peccantes » ; mais on a eu tort de sourire. La chimie moderne nous apprend, en effet, que nos humeurs *pèchent* en maintes circonstances et que de nombreux syndromes ne reconnaissent pas de cause plus immédiate que ces altérations humérales.

Dans cet ordre d'idées, l'étude des troubles acido-basiques prend une place de plus en plus grande depuis que l'on pratique l'analyse des propriétés physico-chimiques des humeurs et particulièrement du sang. Toute variation de la réaction sanguine entraîne, en effet, des troubles importants que de nombreuses et récentes études nous ont appris à connaître. Cette notion est d'un intérêt capital et domine véritablement notre sujet, car elle est en étroite relation avec celle de la réserve alcaline, ou plutôt les faits pathologiques se chargent d'établir entre ces deux notions des relations immédiates que nous devons dès maintenant exposer brièvement.

A l'état normal, le sang est faiblement alcalin. Son pH représente une valeur constante (7,35) d'une remarquable stabilité.

Cependant, le sang reçoit à tout instant des substances acides ou alcalines, provenant de sources intra-organiques, qui tendent à modifier cette valeur en plus ou en moins. Nous nous bornerons dans cet exposé préliminaire aux apports de substances acides, de beaucoup les plus intéressantes au point de vue pathologique, et nous esquisserons tout d'abord par quels moyens l'organisme réalise la régulation chimique du sang en présence d'une hyperacidité plus ou moins intense et plus ou moins stable du milieu humoral.

Cette régulation se fait en premier lieu par l'intermédiaire de substances, dites substances-tampons, capables de neutraliser une certaine quantité d'acides ; en second lieu, par l'entrée en jeu de la réserve alcaline. La réserve alcaline peut à elle seule, ou associée aux substances-tampons, maintenir pendant un certain temps le pH du sang à un taux normal. Mais elle ne peut accomplir ce travail sans qu'il se produise un certain degré d'épuisement de sa propre substance. Cette réserve s'abaisse donc progressivement, et cet abaissement, que l'on peut mesu-

rer et traduire par des chiffres, est perceptible bien avant que le pH du sang ne présente de modifications.

L'étude, le dosage de la réserve alcaline peuvent donc fournir au clinicien les plus utiles renseignements. Nous désirons montrer simplement ici comment cette donnée peut être pratiquement mise à profit pour mettre en évidence une acidose insoupçonnée ou pour suivre les progrès d'une acidose en évolution. Nous prendrons pour guide dans notre étude les intéressants travaux de Delore, Vincent, Marcel Labbé, Rathery.

Rappelons tout d'abord ce qu'est la réserve alcaline et comment on peut la doser. La réserve alcaline est constituée en grande partie par les bicarbonates du sang. Le sang renferme, en effet, des sels minéraux et des matières protéiques. Parmi les sels minéraux, on rencontre deux systèmes importants :

De l'acide carbonique en présence de bicarbonates ;  
Des phosphates acides et des phosphates alcalins.

En ce qui concerne les matières protéiques :

Des protéines en présence de protéinates.

Parmi toutes ces substances, l'élément primordial est fourni par les bicarbonates. L'acide carbonique, produit ultime du métabolisme protoplasmique, rencontre dans le sang des carbonates. Il se produit entre ces substances une réaction d'équilibre aboutissant à la production de bicarbonates. Faisons dès maintenant remarquer que les bicarbonates sont des sels peu stables et qu'en présence d'un acide plus fort que l'acide carbonique ils se décomposent et libèrent leur CO<sup>2</sup> qui sera éliminé par la voie pulmonaire lorsque sa tension sera devenue suffisante. Cette remarque a son intérêt, car elle nous indique déjà l'un des moyens employés par l'économie pour combattre l'acidose, à savoir la ventilation pulmonaire.

Cette action essentielle dans le mécanisme de la réserve alcaline est accompagnée de transformations du même ordre dans le domaine des phosphates acides et alcalins, des protéines et des protéinates. Mais, dans cette seconde catégorie de faits, l'élimination du produit acide ne se fait plus par le poumon, elle se fait par le rein.

Fermons cette parenthèse destinée à mettre en relief, dès le début de notre travail, l'importance des éliminations pulmonaire et rénale dans la lutte contre l'acidose. Nous reviendrons, chemin faisant, à ces données fondamentales pour leur donner le développement qu'elles méritent. Voyons maintenant dans ses grandes lignes la technique du dosage de la réserve alcaline.

On peut doser la réserve alcaline par la méthode de Van

Slyke, qui consiste à extraire l'acide carbonique total du sang veineux. Cette extraction se fait dans le vide par acidification sous un volume constant. La pression du gaz se lit au niveau d'un tube manométrique.

Le procédé de Van Slyke est fort délicat et nécessite un appareillage compliqué. La méthode de Guillaumin est plus simple. Elle peut être résumée ainsi : après avoir déterminé le pH du plasma, on en acidifie un volume exactement mesuré avec une quantité donnée d'acide sulfurique. Après extraction de l'acide carbonique, on ajoute du colorant indicateur, puis de la soude titrée jusqu'à obtention d'une teinte identique à la teinte obtenue dans la mesure initiale du pH du sang. La prise de sang nécessite des précautions rigoureuses. Elle doit être faite de telle façon qu'il y ait le minimum de contact entre l'air et l'échantillon de sang prélevé afin d'éviter toute perte de  $\text{CO}^2$ . Le sang aspiré dans ces conditions est ensuite introduit sous huile de vaseline dans un tube à centrifuger qui contient de l'oxalate neutre de sodium. Après centrifugation, le dosage est fait ainsi que nous venons de l'indiquer. Cette technique délicate n'est pas toujours réalisable.

Nous devons aussi à Guillaumin un procédé encore plus simple qui permet d'utiliser du sang recueilli sans précautions spéciales et simplement tenu au frais dans l'intervalle qui sépare le prélèvement et le dosage. Dans ce cas, le dosage ne se fait pas par comparaison avec le pH initial du sang, mais avec un tube étalon dont le pH = 7,65 à 20° environ.

La réserve alcaline, à l'état normal, chez l'adulte au re-

pos, varie entre 53 et 57 volumes de  $\text{CO}^2$  pour 100. Chez l'homme à jeun, elle est de 60 à 65 %. Plus basse chez les enfants, elle se tient entre 46 et 50 %. Le dosage de cette réserve alcaline indique si le déséquilibre humoral se fait vers l'acidose (R. A. inférieure à la normale) ou vers l'alcalose (R. A. supérieure à la normale).

Il nous est impossible, dans les limites de cet article, d'embrasser toute la question du déséquilibre humoral. Nous nous bornerons à indiquer les rapports de la réserve alcaline avec les principaux syndromes acidotiques. Cette question ne pourra d'ailleurs être exposée que dans ses grandes lignes et notre seul but est d'en montrer l'importance pratique. Le dosage de la réserve alcaline constitue, en effet, le seul témoin véritable de l'hyperacidité des humeurs.

L'acidose et l'abaissement de la réserve alcaline sont des faits tellement connexes que l'un des deux phénomènes peut presque définir l'autre. L'acidose n'est donc autre chose que l'abaissement du taux de la réserve alcaline au-dessous du seuil normal. Par quel mécanisme se produit-elle ? Il est nécessaire que nous le rappelions ici. On imagine aisément que l'acidose peut être due soit à un apport exagéré d'acides, soit à un défaut d'élimination de ces substances, soit même à ces deux facteurs associés. En effet, les cétones diabétiques, l'ingestion d'acides minéraux, un exercice musculaire violent, un excès d'acide carbonique dans l'air inspiré sont autant de causes possibles d'acidose. Des lésions pulmonaires étendues et surtout de graves lésions rénales faisant obstacle à l'élimi-

# DAUSE

1834



1834

## SES INTRAITS

PROCÉDÉ PERROT-GORIS

HÉMORROIDES

VARICES

PHLEBITES

A X  
GOUTTES  
2 FOIS PAR JOUR

MARRON D'INDE  
SOLUTION DAUSE

VALÉRIANE  
SANS ODEUR NI SAVEUR

2  
A 3  
CUEILLERÉES  
A CAFÉ PAR JOUR

NEURASTHÉNIE

INSOMNIE

NERVOUSISME

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



*Pulssant Accélérateur de la Nutrition Générale*

# VIOXYL

Géro-Arsénio-  
Hémato-Thérapie  
Organique

**MOUNEYRAT**

*Indications*

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

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

FORMES :

**ÉLIXIR**

**GRANULÉ**

**Retour très rapide  
de l'APPÉTIT et des FORCES**

DOSAGES : Adultes : 2 à 3 cuillerées à café  
ou 2 à 3 mesures } par jour  
Enfants : 1/2 dose

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

## PRODUITS ALIMENTAIRES & DIÉTÉTIQUES

L. PIROIS  
E. DEVELOTTE S.  
TOURS

# “ROLLS”

USINES { 17, Rue Parmentier.  
6, Rue Galpin-Thiou,  
20, Rue Sébastopol.

## MALADIE DE LA NUTRITION EN GÉNÉRAL

### PÂTES ALIMENTAIRES

#### PÂTES LÉGUMIFIÉES

*aux Sucrs de Légumes frais  
du Jardin de la France*

#### PÂTES ORDINAIRES & AUX ŒUFS

#### PÂTES AU GLUTEN PERLES “ROLLS”

*Légumifiées pour Potages*

#### PÂTES LAMINÉES NATURELLES & AUX ŒUFS

#### FARINES ALIMENTAIRES POUR RÉGIMES

### Pâtes Alimentaires spéciales aux sucrs de Légumes frais

## “LEGUMIA”

Ces Pâtes composées de Semoules extra, des sucrs ou jus des meilleurs Légumes de Touraine constituent pour le régime végétarien l'aliment type d'une valeur nutritive considérable.

Les Pâtes “LEGUMIA” sont d'une digestibilité très grande grâce à leur rapidité spéciale.

Elles forment la préparation la plus agréable et la plus fine que malades et gourmets puissent désirer. Le principal mérite de ces pâtes légumifiées, établies sur le conseil de Médecins spécialisés, réside dans l'emploi de sucrs ou jus de légumes frais, traités au moment même de la fabrication des pâtes, qui se trouvant ainsi dotées de nouveaux principes alcalinisants et reminéralisants. L'intégralité de ces Pâtes légumifiées constitue donc un aliment savoureux, riche en combinaisons azotées et phosphorées, d'une teneur suffisante en légumine et hydrates de carbone pour empêcher admirablement les fermentations protéolytiques de l'intestin. Elles conviennent aussi bien aux enfants qu'aux convalescents.

### PAINS SPÉCIAUX

#### ESTOMAC INTESTIN FOIE, DIABÈTE

### Pains “ROLLS” spéciaux

Simple, non Chlorurés, Phosphatés

Diastasés, Farine complète

Spécial Antidiabétique, Hypoazotés

#### BISCOTTES RABELAISSIENNES

Simple, non Chlorurés, au Gluten

de Farine complète, Hypoazotés

#### PAIN DE GLUTEN

#### PAIN D'AMANDES

ENVOI GRATIS D'ÉCHANTILLONS A MM. LES DOCTEURS

# PROSTHÉNASE

## GALBRUN

**SOLUTION ORGANIQUE TITRÉE DE FER ET DE MANGANÈSE**  
*Combinés à la Peptone et à la Glycerine et entièrement assimilables*

**NE DONNE PAS DE CONSTIPATION**

**ANÉMIE — CHLOROSE — DÉBILITÉ — CONVALESCENCE**

DOSES QUOTIDIENNES : 5 à 20 gouttes pour les enfants : 20 à 40 gouttes pour les adultes

*Échantillons et Littérature : Laboratoire GALBRUN, 8 et 10, rue du Petit-Musc, PARIS*

*Iodogénol*

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

R. C. Seine 133-142

*Pépin*

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

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).



**LA RECALCIFICATION**  
 ne peut être Assurée de façon Certaine  
 que par la

**TRICALCINE**

Pure, Adrénalinée, Méthylarsinée, Fluorée  
 et par la

**TRICALCINE OPOTHÉRAPIQUE**

à base d'extraits pluriglandulaires  
 Parathyroïdes, Surrénales, Moëlle osseuse, Thymus, Foie, Rate

**TUBERCULOSE, RACHITISME, SCROFULOSE  
 FRACTURES, GROSSESSE, ALLAITEMENT, CONVALESCENCES**

LABORATOIRE DES PRODUITS SCIENTIA D<sup>e</sup> PERRAUDIN Pharm. del<sup>te</sup> Cl. 21, Rue Chaptal, PARIS

**De Trouette-Perret**

<sup>1<sup>re</sup></sup>  
**Aphloïne**

**Spécifique des Troubles  
 de la Ménopause  
 et du système veineux**

<sup>1<sup>re</sup></sup>  
**Nisaméline**

(Guaco)  
**Prurits - Eczémas - Prurigos  
 Néralgies**

<sup>1<sup>re</sup></sup>  
**Papaine**

**Gastro-Entérites  
 Diarrhées - Vomissements  
 Troubles Dyspeptiques**

**15, Rue des Immeubles-Industriels -:- PARIS**



nation des acides peuvent déterminer des troubles du même ordre. A plus forte raison, un apport exagéré de substances acides dans un organisme taré au point de vue rénal ou pulmonaire est-il doublement dangereux. On conçoit, étant donné l'infini des variations humérales, que ces troubles acidotiques comportent des degrés divers. Ainsi, lorsqu'il se produit par un mécanisme quelconque une hyperacidité légère du milieu humoral, les substances-tampons autres que les bicarbonates (protéines du plasma, hémoglobine, phosphates alcalins) réduisent cette menace d'acidose en diminuant la concentration ionique de cette acidité temporaire. Si cette action de défense se montre insuffisante, l'organisme entier entre en lutte : le centre respiratoire commande une ventilation pulmonaire plus active qui expulse un excès d'acide carbonique ; le rein, sur le rôle duquel nous reviendrons en parlant de l'acidose rénale, expulse les acides non volatils. Lorsque le jeu de ces mécanismes divers parvient à maintenir normal le pH des humeurs, seule la réserve alcaline se trouve modifiée. On dit alors que *l'acidose est compensée* (Henderson). Si, au contraire, l'hyperacidité humorale progresse malgré l'effort de ces processus de défense, le pH tend de plus en plus vers la neutralité. *L'acidose n'est plus compensée* (Henderson).

Il résulte de ces considérations que le dosage de la réserve alcaline, qui constitue le témoin le plus fidèle de ce bouleversement du métabolisme acido-basique, peut s'appliquer à l'étude et au diagnostic de tous les états d'acidose, compensée ou non. Cette recherche présente d'autant plus d'intérêt que l'abaissement de la réserve alcaline est véritablement le seul symptôme pathognomonique de l'acidose et par suite la seule base utilisable pour une thérapeutique raisonnée, d'autant plus efficace qu'elle aura été plus tôt instituée.

Nous devons maintenant envisager l'application de ces données théoriques dans la pratique courante médicale, chirurgicale et obstétricale.

Les acidoses dites médicales sont, par ordre d'importance, les suivantes : acidose diabétique, rénale, hépatique, intestinale, gazeuse. Nous allons les passer rapidement en revue.

**Acidose diabétique.** — Personne n'ignore que le diabète ne consiste pas uniquement dans un défaut d'assimilation des hydrates de carbone. Au cours de cette redoutable affection, les troubles du métabolisme général sont très étendus et s'appliquent à toutes les substances organiques. Tandis que les troubles du métabolisme des hydrates de carbone entraînent de l'hyperglycémie et de la glycosurie, ceux du métabolisme des graisses et des albumines aboutissent à la formation de corps acides, acide  $\beta$ -oxybutyrique et acide diacétique, qui, par oxydation, donnent naissance à l'acétone. Au lieu d'être complètement comburées comme à l'état normal et transformées en eau et en acide carbonique, ces substances, chez les diabétiques, s'accumulent dans les humeurs et tendent à rompre l'équilibre acido-basique. On conçoit donc qu'en pareille circonstance l'élimination des corps acétoniques puisse s'accompagner d'un certain degré d'acidose. Mais

on ne croit plus comme autrefois que ces phénomènes suivent une marche parallèle et que la mesure de l'acétonémie indique également le degré de l'acidose. La cétose peut exister sans acidose et inversement, de telle sorte que le dosage de la réserve alcaline constitue en réalité le seul moyen d'apprécier l'acidose diabétique. Marcel Labbé cite des cas dans lesquels existait une forte élimination de corps acétoniques sans que la réserve alcaline fût modifiée et sans qu'il se produisît de graves manifestations cliniques. Inversement, une jeune femme, atteinte de diabète grave, présentant une faible élimination de corps acétoniques, succombait après une courte période de coma tandis que l'examen du sang indiquait un abaissement très notable de la réserve alcaline (29 volumes). Cette discordance entre l'élimination acétonurique et les fluctuations de la réserve alcaline, également signalée par Welcker, tend à prouver d'une façon indiscutable que la mesure de la réserve alcaline reste le seul moyen d'évaluer avec précision l'acidose diabétique.

Marcel Labbé divise en trois phases l'acidose diabétique :

1° Une phase de cétose pendant laquelle, la réserve alcaline étant normale, il existe seulement une élimination plus ou moins abondante de corps acétoniques. C'est la phase d'*acidose latente* de Delore. Cet auteur pense en effet que, dès ce moment, la réserve alcaline se trouve modifiée. Elle serait comprise entre 50 et 40.

2° La phase d'acidose compensée. La réserve alcaline est abaissée, mais l'équilibre acido-basique n'est pas encore rompu puisque le pH sanguin est encore normal. C'est la phase d'*acidose manifeste* de Delore. La réserve alcaline est comprise entre 40 et 30.

3° La phase d'acidose non compensée. Au cours de cette troisième phase, le pH du sang s'abaisse. C'est la phase d'*acidose grave* de Delore, dans laquelle les accidents sérieux sont imminents.

Ces trois phases de l'acidose diabétique s'accompagnent de manifestations cliniques plus ou moins caractéristiques. La première phase ne se traduit guère que par l'élimination de corps acétoniques. La seconde phase se manifeste par quelques symptômes tels que les vomissements, la diarrhée, la dyspnée *sine materia*, un certain degré d'amaigrissement, symptômes assez peu nets et caractéristiques pour que le dosage de la réserve alcaline puisse être regardé comme le seul témoin valable du diagnostic et du pronostic de l'acidose. La troisième phase s'accompagne de symptômes plus caractéristiques : anorexie, vomissements incoercibles, amaigrissement rapide, respiration profonde, lente et suspirieuse du type Kussmaul, phénomènes nerveux graves, céphalée, vertiges, somnolence. Mais, à cette période même, le dosage de la réserve alcaline ne reste pas superflu. Le coma diabétique peut être difficile à distinguer d'un autre coma, le coma urémique par exemple. D'autre part, l'intensité des phénomènes cliniques n'est pas obligatoirement fonction de la gravité de l'acidose. Le pronostic de l'acidose, même dans cette éventualité, ne peut être réalisé que par le dosage de la réserve alcaline, qui, seul, est susceptible d'éclairer le clinicien au sujet des indications thérapeutiques. « Si la réserve alcaline est haute, nous nous con-

**LIPOÏDES H.I.**  
EXTRAITS GALÉNIQUES PURIFIÉS  
DE TOUS LES ORGANES

**POSOLOGIE**  
6 à 8 pilules par jour ou une injection  
de 1<sup>cmc</sup> hypodermique journalière.

R. C. SEINE 281.036

**GYNOCRINOL**  
Stimulant  
et activateur des  
fonctions ovariennes et de  
la menstruation.

**GYNOLUTÉOL**  
Calmant  
et sédatif des  
fonctions ovariennes et de  
la menstruation.

**ANDROCRINOL**  
Ménopause masculine  
Sénilité - Nymphomanie

LABORATOIRE ISCOVESCO  
107 Rue des Dames, PARIS, XVII<sup>e</sup>

**PULMOSERUM  
BAILLY**

**TOUX  
RHUMES  
GRIPPE  
BRONCHITES**

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

Laboratoires GALLINA, 4, rue Candolle — PARIS (V<sup>e</sup>)

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

**IODISATION  
INTENSIVE**  
(Communica-  
tions à la  
Société médi-  
cale des Hô-  
pitaux de  
Paris du 21  
juin 23 et du  
18 juin 26.)

Extra-  
viscérale: **IODENTÉROL** par voie  
buccale

Bacillose

Viscé-  
rale **Morhuate  
Cinnamate**  
Ampoules  
(Voie musculaire)

**HUILE GALLINA**

R. C. Seine 483.562.

**RIEN DE PLUS DIGESTIF**  
Qu'un verre de

**BÉNÉDICTINE**

La MEILLEURE de TOUTES les LIQUEURS

R. du C. Fécamp : 1.279

RECONSTITUANT GÉNÉRAL

**NEUROSINE PRUNIER**

TOUTES PHARMACIES

R. C. Seine : 53.319.

*Traitement spécifique de l'Hypofonctionnement ovarien*

**HORMOVARINE BYLA**

FOLLICULINE PHYSIOLOGIQUEMENT TITRÉE

Dysménorrhée - Aménorrhée  
Ménopause - Castration chirurgicale - Stérilité

En boîtes de 6 ampoules de 1 cm<sup>3</sup> titrées à 10 unités de folliculine.

Littérature aux ÉTABLISSEMENTS BYLA, 26, Avenue de l'Observatoire, PARIS — R. C. Seine 71.895.



tentons, dit Marcel Labbé, de mettre le malade à un régime convenable avec ou sans insuline; si elle est basse, nous instituons le grand traitement du coma diabétique. » Disons en passant que, si l'insuline donne parfois des résultats si brillants, ce n'est pas seulement à cause de son action sur le métabolisme des hydrates de carbone. C'est aussi parce qu'elle agit directement sur l'acidose en relevant la réserve alcaline.

**Acidose rénale.** — Le rein joue un rôle très important dans le maintien de l'équilibre acido-basique. Nous devons mettre ce rôle en lumière avant d'entreprendre l'étude de l'acidose rénale.

Nous avons dit plus haut que le rein élimine les acides non volatils, maintenant ainsi dans l'organisme une certaine quantité de bases. Mais il intervient dans le métabolisme acido-basique par un autre puissant mécanisme, la formation d'ammoniaque. L'importante découverte de l'origine rénale de l'ammoniaque est due à Nash et Benedikt. Ces auteurs ont montré en effet: 1° que l'ammoniaque n'existe dans le sang qu'à l'état de traces; 2° que la néphrectomie double ne détermine pas de rétention ammoniacale dans le sang; 3° que le sang de la veine rénale est plus riche en ammoniaque que celui de l'artère rénale. Les recherches de Nash et Benedikt, confirmées par Ambard, ont été vérifiées par de nombreux auteurs (Bigwood, Bisgaard, Noervig). Or, cette formation d'ammoniaque au niveau du rein a un résultat évident qui est d'économiser la réserve alcaline.

Nous empruntons à Noël Fiessinger et H. Walter l'explication de ce phénomène: « Comment peut se faire au niveau du rein l'élimination des acides diacétique et oxybutyrique? Dans le sang, ils sont combinés à des bases dont la majeure partie est le sodium. Si ces diacétates et oxybutyrates de sodium étaient éliminés en totalité, il en résulterait à la longue un épuisement de la réserve alcaline. Le rein sépare l'acide de la base et ainsi défend l'équilibre humoral. C'est alors qu'intervient pour Ambard un phénomène intéressant qui doit vraisemblablement se passer autour des tubes urinaires. Lorsque les reins éliminent les corps diacétiques et oxybutyriques, l'alcalinité des liquides périrubulaires augmente; cette hyperalcalinité n'est que passagère, mais elle se manifeste dans un milieu où il y a de l'urée et d'autres éléments transformables en ammoniaque en présence d'une base. » Ainsi la formation de l'ammoniaque est en relation directe avec la quantité de substances acides que le rein doit éliminer et c'est ce qu'exprime la formule d'Hasselbach énoncée plus loin.

Il résulte de cet exposé que l'acidose rénale peut être due soit à l'imperméabilité du rein aux radicaux acides, soit au défaut de production d'ammoniaque par le tissu rénal, soit à ces deux facteurs associés, éventualité qui doit être fréquente dans le cas d'une grave altération du parenchyme.

L'acidose rénale a été étudiée par de nombreux auteurs et particulièrement en France par Desgrez, Delore, Bierry et Rathery, P.-M. Weil et Guillaumin. Ces auteurs ont montré que, dans le cas d'acidose rénale:

1° Le coefficient ammoniacal réduit d'Hasselbach, re-

présenté par la formule 
$$\frac{N \text{ ammoniacal}}{N \text{ total}} \times pH,$$
 qui est normalement de 3 à 5%, est diminué. Ce coefficient d'Hasselbach présente une valeur pratique dont nous devons signaler l'intérêt parce qu'il est facile à calculer sur des urines fraîchement émises ou tenues à l'abri de la fermentation. Il suffit de se reporter aux courbes établies par cet auteur pour apprécier, grâce à cette donnée, le degré d'acidose, et ce procédé clinique est particulièrement précieux lorsque la délicate mesure de la réserve alcaline ne peut être effectuée;

2° L'acidose accompagne l'azotémie d'une façon constante. Mais, de même qu'il n'existe pas de parallélisme proportionnel entre l'élimination des corps acétoniques et les fluctuations de la réserve alcaline dans le diabète, de même, au cours des néphrites, les variations du taux de l'urée sanguine ne correspondent pas obligatoirement à celles de la réserve alcaline. Delore a trouvé dans tous les cas mortels de néphrite s'accompagnant de rétention azotée une acidose sévère, mais il a noté d'autre part que les malades dont la réserve alcaline est normale survivent sans exception, malgré une azotémie élevée, défiant ainsi pendant plusieurs années les lois de Widai. Il cite en particulier une survie de huit ans avec une quantité d'urée sanguine de 3<sup>s</sup>,50 et une survie de quinze mois avec un taux de 4<sup>s</sup>,50. M.-P. Weil et Guillaumin ont, de leur côté, publié l'observation d'un malade qui depuis deux ans présentait une azotémie de 2 grammes et qui, pourtant, continuait son travail. Mais, chez tous ces malades, la réserve alcaline était normale. Il y a donc un avantage certain à mesurer parallèlement le taux de la réserve alcaline et celui de l'urée du sang. « La valeur pronostique de l'azotémie avec acidose serait plus importante et plus grave que celle de l'azotémie seule. » (Delore.)

Quant aux symptômes graves de l'urémie, ne pourraient-ils être dus à l'acidose? De nombreuses manifestations cliniques ne sont-elles pas communes au diabète avec acidose et à l'urémie? Sans doute, dans les deux cas, le processus de l'acidose est différent: défaut d'élimination acide dans l'acidose rénale, hyperproduction acide dans l'acidose diabétique. Sans doute le coma diabétique et le coma urémique ne répondent pas seulement à un état acidotique, mais à un ensemble pathogénique beaucoup plus complexe. Cependant l'acidose paraît jouer dans leur déterminisme un rôle très important, entraînant des perturbations organiques, altérant les tissus (foie et rein), déterminant un ralentissement des processus d'oxydation, d'où accumulation de substances toxiques appartenant au groupe des polypeptides d'Hugounencq et Morel. C'est en se basant sur toutes ces constatations que Delore explique par l'acidose la pathogénie des comas diabétique et urémique.

**Acidose hépatique.** — L'insuffisance hépatique modifie plus ou moins la réserve alcaline, mais ces modifications sont peu caractéristiques. D'après Adler et Jablonski, il n'y aurait pas de parallélisme entre les altérations du parenchyme hépatique et l'abaissement de la réserve alcaline.

C'est que, au cours de l'insuffisance hépatique, l'abaissement de la réserve alcaline se trouve limité par la formation

d'ammoniaque au niveau du parenchyme rénal. Cependant, toute atteinte grave de la glande hépatique est susceptible de déterminer de l'acidose. Marcel Labbé a mis ce fait en évidence dans la lithiase biliaire infectée et dans l'ictère grave. Notons, en outre, que dans la cirrhose du foie avec ascite les sels ammoniacaux élaborés dans l'intestin stagnent dans le liquide ascitique qui devient très alcalin. Chaque ponction soustrait ainsi à l'organisme une certaine quantité de bases, de telle sorte que la répétition des ponctions, surtout à de brefs intervalles, conduit peu à peu à l'acidose.

**Acidose intestinale.** — Les affections graves du tube digestif telles que le cancer de l'estomac ou le cancer de l'intestin peuvent aboutir à un état acidotique, mais dont le déterminisme est complexe et sous la dépendance de plusieurs facteurs (cachexie progressive, inanition, lésions secondaires du foie ou du rein, etc.). Toutefois nous devons, avec Coste, signaler le rôle de l'acidose au cours du grave syndrome du choléra infantile. On sait que cette affection entraîne une hyperacidité considérable du contenu intestinal, hyperacidité telle que non seulement les substances basiques contenues dans les sucs digestifs ne peuvent la saturer, mais qui entraîne de plus une importante déperdition de sels basiques provenant des divers tissus. Il n'y a guère de doute que l'acidose résultant de ce processus purement intestinal ne joue un rôle important dans les cas rapidement mortels.

**Acidose gazeuse.** — Cette variété d'acidose relève de plusieurs facteurs. Elle peut être provoquée notamment par une insuffisance de la ventilation pulmonaire dans le cas de lésions pulmonaires étendues (tuberculose, emphysème pulmonaire). Cette insuffisance aboutit à la rétention dans le sang d'un excès d'acide carbonique.

Mais elle peut relever, d'autre part, d'un ralentissement de la circulation. Dautrebande a montré que, chez les cardiaques, on peut observer une acidose veineuse en même temps qu'une alcalose artérielle. En effet, dans tout territoire où se réalise la stase veineuse, le sang subit une concentration par perte d'une certaine quantité d'eau qui entraîne des bicarbonates et des bases. Le sang veineux subit de ce fait une concentration en acide carbonique. Mais cette acidose veineuse entraîne par voie réflexe une hyperventilation pulmonaire qui peut aboutir à l'alcalose artérielle. On peut imaginer d'ailleurs nombre d'éventualités réalisables en cas de troubles cardiaques non compensés : l'asystolie détermine une acidose par stase ; bloquant le poumon, elle aboutit aussi à une acidose par insuffisance de l'hématose. Nous ne pouvons insister sur les retentissements possibles des lésions rénales et hépatiques.

**Acidoses chirurgicales.** — Les acidoses chirurgicales méritent une mention spéciale à cause de leur grand intérêt pratique. Elles reconnaissent des mécanismes multiples. Nous les grouperons sous les vocables suivants qui ne préjugent pas de leur déterminisme :

Acidose par hémorragie ;

Acidose de shock ;

Acidose post-opératoire.

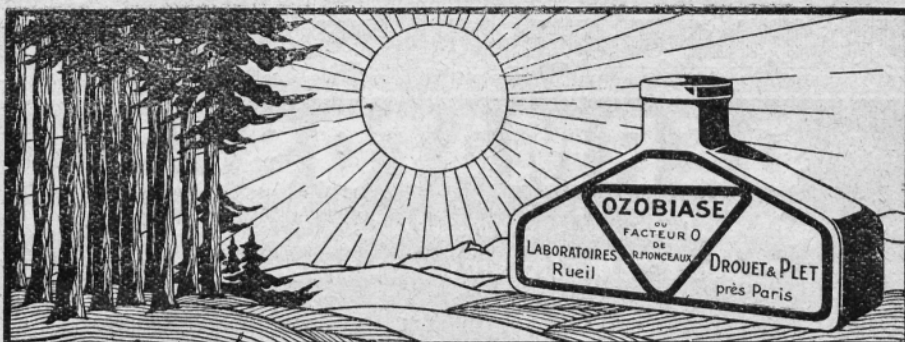
Les hémorragies abondantes sont susceptibles de déterminer une acidose plus ou moins grave. Cette variété d'acidose a été rattachée par Cannon et Wright à une surproduction d'acide lactique. Mais elle est due plus vraisemblablement à « une dilution rapide du sang par un plasma de remplacement pauvre en bicarbonates » (Liégeois). Cette dernière interprétation expliquerait peut-être pourquoi, dans bien des cas, les injections de sérum artificiel ne donnent que des résultats temporaires. Ces injections relèvent momentanément la tension artérielle ; mais, le chlorure de sodium étant acide, elles risquent d'aggraver l'acidose préexistante. Il y aurait donc lieu de n'employer en pareil cas qu'un sérum dont le pH serait soigneusement établi ou un sérum tel que celui de Lehmann, contenant des sels-tampons. Signalons en passant, puisqu'il s'agit ici de troubles d'origine hémorragique, le danger des saignées trop abondantes au cours d'affections déjà acidotiques telles que les néphrites chroniques. On sait que, d'autre part, les petites saignées répétées ne modifient pas le pH.

L'acidose peut accompagner également le shock traumatique, mais la pathogénie de cette variété d'acidose est fort discutée. Est-elle due à une surproduction d'acides au niveau du foyer traumatisé ? ou bien, comme le pense Dautrebande, au ralentissement circulatoire associé à l'exhémie qui se produisent au moment du traumatisme ? Cette question est encore trop obscure pour être utilement discutée.

Il n'en est pas de même de l'acidose post-opératoire. Cette acidose post-opératoire, dont nous signalerons tout à l'heure l'intérêt, reconnaît des causes multiples et diverses. Le chloroforme expose à l'acidose à cause de son mode de destruction dans l'organisme. On sait que sa décomposition produit de l'acide carbonique éliminé par le poumon et du chlorure de sodium qui passe dans les urines (Desgrez). Cette décomposition du chloroforme soustrait au sang une quantité de soude assez importante (1 gramme par gramme de chloroforme détruit). L'anesthésie par l'éther déterminerait de l'acidose par une action pulmonaire. Henderson et Hoggard, étudiant l'anesthésie par l'éther chez le chien, pensent qu'il se produit au début une surventilation pulmonaire avec élimination exagérée de  $\text{CO}_2$  déterminant une alcalose gazeuse. Puis il y aurait élimination des alcalins par l'urine et alcalipénie. La rachicocainisation serait elle-même susceptible de produire un certain degré d'acidose.

Les auteurs qui ont étudié le sang après l'anesthésie sont d'accord pour trouver dans la plupart des cas un abaissement de la réserve alcaline (V. Fuentes, Rubino, M<sup>lle</sup> Gorli). Mais ils ont constaté que cette baisse de la réserve alcaline, si elle n'est pas accompagnée d'une façon constante par une augmentation du taux de l'urée sanguine, l'est toujours par une excrétion exagérée des acides aminés et de l'acide urique. Riemann et Hartmann confirment ces notions en trouvant d'une façon constante, en pareil cas, une augmentation des acides titrables de l'urine. Mais l'acidose post-opératoire ne relève pas seulement de l'anesthésie. Dans son étiologie, il faut faire entrer en ligne de compte un trouble général du métabo-





LES TROIS FACTEURS POUR VAINCRE

## LA TUBERCULOSE

**OZOBIASE**

*Communications  
aux S<sup>es</sup> Savantes*

{ Société de Biologie  
Société de Thérapeutique de Paris

MODE D'EMPLOI :

ADULTES : 2 COMPRIMÉS, AUX REPAS DU MIDI ET DU SOIR

DE 10 A 15 ANS : 1 COMPRIMÉ AUX REPAS DU MIDI ET DU SOIR

AU DESSOUS DE 10 ANS : 1 COMPRIMÉ PAR JOUR A L'UN DES REPAS DU MIDI OU DU SOIR

**LABORATOIRES  
DROUET & PLET**  
RUEIL près PARIS

# PHOSOFORME

ACIDE MONO-ÉTHYLPHOSPHORIQUE =  
CORRECTEUR DES TROUBLES DE LA NUTRITION

*Neurasthénies - Dyspepsies - Minéralisant*

*Azotémies - Lithiases - Scléroses etc.*

MODE D'EMPLOI ET DOSE MOYENNE : 2 A 3 CUILLERÉES À SOUPE PAR JOUR. CHAQUE CUILLERÉE  
DANS UN VERRE DE BOISSON SUCRÉE À PRENDRE AU COURS DES REPAS

**DROUET & PLET - RUEIL, Banlieue Ouest de Paris**

BIBLIOGRAPHIE : Professeur Etienne Escat, de la faculté de Toulouse, chirurgien oto-laryngologiste des hôpitaux, *Indications du Phosoforme dans le traitement de l'oto-pngiose* (les Presses universitaires de France, 49, bd Saint-Michel, Paris). Professeur Ernest Gérard (de Lille), *les Avantages thérapeutiques du Phosoforme dans la médication phosphorique* (Concours médical, 1926). R. Monceaux, *Sclérose du Foie chez les tuberculeux* (Phare médical, juin 1925). D. Drouet, *Essai sur le rôle de l'acide phosphorique dans le Métabolisme* (Phare médical, janvier 1926). D. Drouet, communication à la Société de Thérapeutique, 1923.

**H. PION, Pharmacien**

## Laboratoires

# EMA

14, rue de la Pépinière, PARIS (VIII<sup>e</sup>)

# DERMATOSES

*disparaissent le plus souvent,  
sont améliorées constamment,  
calmées toujours par le*

## DERMO-PLASTOL

*Pâte poreuse très homogène*

ANTIPRURIGINEUSE

RÉDUCTRICE

KÉRATOPLASTIQUE

(Cas spéciaux : Zébo-Plastol, Crémo-Plastol)

Ces pâtes, dont l'expérimentation a été faite à l'Hôpital Saint-Louis, sont indiquées dans les cas d'Eczémas, Psoriasis, Prurits, Parakératoses psoriasiformes.

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE : LABORATOIRES DUMESNIL, 10, rue du Plâtre, PARIS (4<sup>e</sup>)

E. DUMESNIL, DOCTEUR EN PHARMACIE Ancien interne Lauréat des Hôpitaux,  
de la Faculté de Pharmacie et de la Société de Pharmacie de Paris. (MÉDAILLES D'OR),  
Fournisseur des Hôpitaux de Paris.

# FORMOCARBINE

INFECTIONS GASTRO-INTESTINALES  
BILIAIRES, URINAIRES

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

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

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

traitement et prophylaxie du cancer par les composés silico-magnésiens

# NÉOLYSE

et néolyse radioactive

LABORATOIRE G. FERMÉ  
55, B<sup>is</sup> DE STRASBOURG, PARIS (10<sup>e</sup>)



lisme dû aux perturbations entraînées par l'acte opératoire dans le fonctionnement du rein et du foie. On peut ainsi supposer légitimement que, dans cette variété d'acidose, la combustion incomplète des acides organiques non cétoniques joue un rôle non négligeable. A toutes ces causes vient s'ajouter l'influence de l'hémorragie éventuelle, du shock et de l'affection même nécessitant l'opération, surtout si elle porte sur le tube digestif.

Quoi qu'il en soit, cette acidose post-opératoire mérite d'être connue et redoutée. Généralement légère, elle peut aussi revêtir une forme grave et rapidement mortelle, surtout lorsqu'elle intervient chez des malades antérieurement tarés et présentant déjà un équilibre acido-basique peu stable. Il est permis de se demander s'il ne serait pas possible de rattacher à une telle cause certaines catastrophes inexplicables, survenant après des opérations simples, normalement conduites, telles que l'appendicectomie, par exemple. Marcel Labbé n'a-t-il pas vu survenir des acidoses graves entraînant la mort dans « un cas de cancer de l'estomac chez une femme qui avait déjà présenté avant l'opération une acidose sérieuse », ou « à la suite d'opérations sur l'appendice, la vésicule biliaire chez des malades qui avaient fait antérieurement de l'acidose à l'occasion de leur affection et chez qui le shock opératoire et l'anesthésie ajoutaient leur effet à celui de la maladie » (Marcel Labbé et Mouzæffer Chevki) ?

Pour prévenir de tels accidents, il semble indiqué de ne point opérer de malades suspects d'acidose sans s'être assuré de l'intégrité de leur réserve alcaline. Évidemment, on ne saurait blâmer le souci avec lequel les chirurgiens s'assurent du taux de l'urée sanguine et urinaire chez leurs malades. Mais nous avons vu, en étudiant l'acidose rénale, que l'azotémie ne présente qu'une valeur relative et qu'elle ne saurait conduire à des déductions pronostiques infaillibles. La statistique d'Arnaud montre, d'ailleurs, qu'avec une azotémie élevée les suites opératoires peuvent être normales, tandis qu'au contraire une azotémie préopératoire restant dans des limites correctes ne met pas à l'abri d'accidents graves. Il ne semble pas que l'étude systématique préalable de la constante d'Ambard, même modifiée par les corrections de Van Slyke et Cullen, apporte plus de précision dans le pronostic des suites opératoires. Il est à souhaiter que de nouvelles recherches sur cette importante question de l'acidose post-opératoire fixent définitivement l'opinion des chirurgiens sur la valeur de la détermination préalable du taux de la réserve alcaline. Cette recherche prendrait sans doute une place importante à côté de la constante d'Ambard et du dosage de l'urée sanguine.

**Acidose obstétricale.** — Nous sommes encore assez pauvrement documentés sur le rôle de l'acidose en pathologie obstétricale. Nous nous bornerons donc à résumer les quelques travaux parus sur ce sujet dont l'étude est à peine ébauchée.

L'acidose observée par Williamson au cours de la grossesse, avec chute brusque de la réserve alcaline au moment du travail, n'a pas été retrouvée par M. Labbé et Chevki, après une étude portant sur 19 cas. Mais ces auteurs ont observé un abaissement net du taux de la réserve alcaline

accompagné de cétose urinaire au cours de la grossesse compliquée de vomissements incoercibles. Ils attribuent ce fléchissement du taux de la réserve alcaline à une grande insuffisance hépatique.

L'abaissement de la réserve alcaline a été noté également chez les prééclampsiques. Lévy-Solal, Dalsace et Grillet ont trouvé en pareil cas des chiffres descendant jusqu'à 47,21 et 39,15 volumes pour 100 avec une hypocalcémie constante. On conçoit l'intérêt de ces constatations qui commandent une thérapeutique à la fois recalcifiante et alcaline.

Nous croyons avoir passé en revue au cours de cette étude, dont on voudra bien excuser le long développement, les principaux états pathologiques dans lesquels l'acidose entre en jeu. Nous aurions atteint notre but si nous avions réussi à persuader les cliniciens de l'intérêt qui s'attache à la mesure de la réserve alcaline ou, à son défaut, à la mesure du coefficient d'Hasselbach, dans l'étude de ce trouble si important du métabolisme. Nous résumerons tout notre exposé en disant que cette recherche nous paraît utile à trois points de vue également intéressants pour le praticien : le diagnostic, le pronostic et le traitement de l'acidose. Le diagnostic de l'acidose est difficile à poser avec quelque précision sans la mesure de la réserve alcaline, seul témoin infaillible de la rupture de l'équilibre acido-basique des humeurs. Le pronostic des grandes affections organiques, diabète, néphrites, cirrhoses, troubles cardio-rénaux, est intimement lié à cet équilibre et ne peut être établi sans que la réserve alcaline ait répondu de sa stabilité ou de son instabilité. L'acte opératoire lui-même dépend dans ses suites de cette indispensable notion. Enfin, et il n'est pas besoin d'insister longuement sur ce point, le traitement, qui est le terme ultime de notre activité clinique et la pierre de touche de nos connaissances, doit s'inspirer largement du degré d'acidose révélé par l'état de la réserve alcaline. Seule, la connaissance de ce secret humoral permettra au praticien de faire à la fois la thérapeutique d'urgence qui s'impose en face d'un état acidosique immédiatement grave et le traitement délicat et compliqué qu'exige le redressement d'un métabolisme général vicié dans son principe et dans son développement.

## GYNÉCOLOGIE OVULES "MAGIDA"

**RADIOACTIFS** . . . . Sels d'Urane

**DÉCONGESTIONNANTS** Glycérine à 30°

**ALCALINISANTS** . . . Hydrate d'Alumine

**ANTISEPTIQUES** . . . SO<sub>4</sub>Cu, SO<sub>4</sub>Zn, Argyrol

*En injection préalable : 1 paquet de Poudre MAGIDA*

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

ANTI-GONO, STREPTO, STAPHYLO

# Du Frisson à la Crise



Dans une pneumonie type,  
En cas de défervescence retardée,  
Quand la crise se prolonge,  
L'Antiphlogistine est indiquée.

Mode d'emploi. — Il faut toujours chauffer l'Antiphlogistine au bain-marie dans sa boîte, en plaçant celle-ci dans l'eau en ébullition.

Une exposition à l'air compromet ses propriétés osmotiques d'où dépend sa meilleure action thérapeutique.

Le malade passe d'un état d'anxiété et de détresse extrême à un confort relatif quand le médecin lui a prescrit l'



Appliquée chaude et en couche épaisse sur toute la paroi thoracique et changée au moins toutes les 24 heures.

*Demander la brochure sur la pneumonie.*

Littérature et Echantillons

## LABORATOIRES DE L'ANTIPHLOGISTINE

11, Rue du Petit-Parc, SAINT-MAUR près PARIS

Adresse Télégr. : Antiphlo. St-Maur

Téléphone : 644 St-Maur

THE DENVER CHEMICAL M.F.G. CO, New-York U.S.A.

Londres, Sydney, Berlin, Paris, Buenos-Ayres, Barcelone, Montréal, Mexico, Florence



## Chirurgie pratique

# ULCÈRES PERFORÉS DU DUODÉNUM

*ULCÈRES perforés de l'estomac en péritoine libre. Variétés cliniques*

Par JEAN-LOUIS LAPEYRE,

Interne des Hôpitaux de Paris.

A l'occasion d'un certain nombre d'interventions pour perforation d'ulcères du duodénum ou de l'estomac, qu'il nous a été permis de pratiquer nous-même ou auxquelles nous avons pu assister, à côté de cas des plus nombreux à symptomatologie ordinaire, nous avons été frappé du contraste absolu que l'aspect clinique pouvait revêtir. Aussi avons nous cru pouvoir opposer deux formes, l'une qui a déjà attiré l'attention des auteurs depuis longtemps et l'autre qui, malgré la connaissance de tous les éléments de son syndrome, n'a pas encore été individualisée.

Dans notre étude, nous avons pris pour guide la remarquable monographie de notre maître H. Monjor, *les Ulcères perforés de l'estomac et du duodénum* (1), qui constitue le document le plus riche et le plus parfait sur cette intéressante question.

Nous n'avons envisagé que le point de vue clinique, délaissant volontairement certains chapitres, et non parmi les moins passionnants, comme ceux se rapportant à l'anatomie pathologique et au traitement.

Nous avons exclu d'autre part les perforations d'ulcères en péritoine cloisonné et, d'autant, l'étude des abcès sous-phréniques, pour n'envisager que les ulcères perforés en péritoine libre, à l'exclusion aussi de ceux s'étant ouverts dans l'arrière cavité des épiploons. C'est à l'aspect clinique seul des premières heures que nous nous sommes attaché, avant l'apparition des signes communs à toute péritonite.

Deux types, avons-nous dit, nous ont semblé se dégager et s'opposer, nous amenant à penser qu'une certaine

classification d'après le siège de la perforation méritait d'être à nouveau tentée.

Nous rapporterons d'abord deux observations qui nous ont semblé tout particulièrement caractéristiques ; puis, d'après les données théoriques, nous analyserons les symptômes qui justifient l'individualisation de deux formes opposées qui leur correspondent ; enfin, nous montrerons comment la forme habituelle tient tantôt de l'un et tantôt de l'autre aspect clinique et combien il est difficile de se prononcer d'une façon catégorique sur la division des formes suivant le siège, ce qui, jusqu'à présent, a toujours été rejeté.

OBSERVATION I (personnelle, dans la clientèle du docteur L. Lapeyre, de Tours). — Ulcère perforé du duodénum opéré à la vingt-cinquième heure. *Liquide bilieux* accumulé dans le sinus latérocolique et la fosse iliaque droite. *Aspect appendiculaire*.

Il s'agit d'un homme de 43 ans pris en rentrant de son travail, vers 6 heures du soir, d'une douleur atroce le terrassant littéralement.


Ce n'est qu'aidé de deux à trois personnes qu'il put faire la centaine de mètres qui le séparait de chez lui. Dans la soirée, appel au médecin habituel, malheureusement absent.

Le lendemain matin seulement, le docteur Monmignon (de Joué-lès-Tours) est appelé et pense à une perforation du duodénum ou de l'appendice, aucun passé gastrique ne lui étant révélé.

La famille demandant une consultation avant de se décider à l'intervention, beaucoup de temps est perdu et le malade n'arrive à la clinique Saint-Gatien de Tours qu'à 7 heures du soir, vingt-cinq heures après le début des accidents.

(1) H. MONJOR et G. DAMET (Masson, édit., 1923).

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



# LUDIN

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

**traitement arséno-mercuriel dissimulé**

**très actif, très bien toléré**

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

Brochure intéressante et échantillons sur demande à LABORATOIRES REY : 12, rue Montmartre - DIJON

# LE SULFARSÉNOI

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 ctgr ou dans les cas plus graves 18 ctgr (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 ctgr), guérison en peu de jours.

**VENTE EN GROS :** LABORATOIRE de BIOCHIMIE MÉDICALE, 36, rue Claude-Lorrain, PARIS-XVI<sup>e</sup>  
 Reg. Com. Seine 109.239 **R. PLUCHON, O. \*** Pharmacien de 1<sup>re</sup> 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.

Dose : 10 à 12 capsules par jour.

Laboratoires

## FISCH & CIE LACPININE

MULHOUSE (Haut-Rhin)

Essence de sapin solubilisé (liquide laiteux) très agréable. En applications externes comme excitant de la circulation : frictions, bains partiels et totaux. Comme désinfectant et désodorisant, douches vaginales, inhalations. — Echantillons et prospectus sur demande.

**Demandez-nous  
Échantillons  
et  
Literature**

Le  
**néophage**

constitue un progrès considérable  
 dans la thérapeutique **antinéoplasique**





# LE MOUVEMENT MÉDICAL RÉGIONAL

## LE MOUVEMENT SCIENTIFIQUE LE MOUVEMENT SYNDICAL ET CONFRATERNEL ÉCHOS ET NOUVELLES

### INDRE-ET-LOIRE

#### Société médicale d'Indre-et-Loire.

SÉANCE DU 5 NOVEMBRE 1927

Présidence de M. le docteur Sendrier.

Présents : MM. Cosse, Bernard (de Nérès), Phélebon, Corbinau, Guichemerre, Brée, Bonnet, Mangini, Mercier (de Monts), Schwartz, Poulet, Maurice, Mourruau, Tillaye, Steciewicz, Bardet, Binet, Roy, Mercier Arm., Bar, Dionnet, Clément, Wegbecher, Mallein, Heyraud.

Sont admis comme membres de la Société médicale : MM. Boidron, Schwartz, R. Proust.

**Médiastinites et adénoïdites chez l'enfant (M. SCHWARTZ).** — Chez l'enfant, et surtout chez l'enfant lymphatique, les phénomènes infectieux pulmonaires peuvent, au lieu de s'étendre dans le parenchyme broncho-pulmonaire, se localiser dans les ganglions médiastinaux et donner lieu à des phénomènes de médiastinite, alors que chez l'adulte se produisent surtout des phénomènes de parenchymite.

Dans les formes graves, à infection suraiguë, on peut voir survenir des phénomènes de névrite infectieuse, des nerfs pneumogastrique et sympathique qui traversent l'espace médiastinal et y forment des plexus.

Les symptômes généraux sont alors les suivants : dyspnée avec accès paroxystiques, phénomènes vaso-moteurs, prostration, collapsus.

Les symptômes physiques sont variables, peu nets, incertains. A la percussion et à l'auscultation, on reconnaît la péri-pneumonie qui accompagne toujours les phénomènes en question, mais qui n'est qu'une lésion surajoutée et non la lésion principale.

Le traitement de l'affection déclarée est celui de toutes les infections : huile camphrée, kollargol, lantol, alcool, quinquina, etc... Abscès de fixation ?

Le traitement préventif est celui de la diathèse lymphatique : iode, arsenic, phosphore. Bains salés. Opothérapie surtout (extraits de thymus, thyroïde, surrénale, moelle osseuse).

**Urètre double : conduit borgne antérieur sus-urétral (MM. BINET et CORBINEAU).** — En septembre dernier, le docteur Binet voyant un malade se plaignant d'être atteint d'urétrite s'aperçut à l'examen que ce jeune homme présentait une malformation du gland : on voyait sur ce dernier deux méats situés l'un au-dessous de l'autre ; du supérieur sortait à la pression une légère sérosité alors qu'on ne pouvait rien obtenir par l'inférieur. Une sonde montra que le véritable urètre était le conduit inférieur.

M. Corbinau vit ce malade quelques jours après. Pas d'antécédents héréditaires ou personnels, sauf une légère incontinence qui cessa d'elle-même à l'âge de douze ans. Le malade a cru être atteint de blennorrhagie et s'est soigné d'après les conseils d'un pharmacien. A l'examen, le stylet de Janet s'enfonça de 5 centimètres dans le conduit supérieur et là buta dans un cul-de-sac muqueux.

Une radiographie faite par le docteur Binet, après mise en place de sondes opaques, permet de bien situer le trajet du conduit sus-urétral et ses rapports avec l'urètre.

Intervention le 9 septembre sous anesthésie locale à la butelline à 5 %. On introduit dans l'urètre une grosse sonde cannelée et dans le conduit accessoire le bistouri-courbe à olive de Janet qui bute dans le cul-de-sac. Une brusque poussée permet de perforer la cloison muqueuse intercanaliculaire et de porter l'olive du bistouri dans la rainure de la sonde cannelée. On retire, en les maintenant au contact, les deux instruments et on sectionne ainsi toute la cloison.

Du 10 au 27 septembre, dilatation progressive de l'urètre qui admet à la fin une bougie n° 24.

Actuellement le malade urine normalement, le jet est fort et de grosseur normale.

Nous avons eu affaire, chez ce malade, à la variété la plus fréquente des urètres doubles, le conduit borgne antérieur dorsal.

**Limite d'âge dans la prostatectomie (M. GUICHEMERRE).** — La prostatectomie, opération excellente en ses résultats et qui est maintenant entrée dans nos mœurs, se voit cependant opposer, lorsqu'il s'agit de sujets âgés, l'argument de la vieillesse. Le docteur Guichemerre se propose de prouver, par de nombreuses observations, que l'âge, en soi, ne constitue jamais une contre-indication opératoire. Il cite d'abord 23 cas de Marion, concernant des malades opérés entre 70 et 89 ans avec 19 succès et 4 morts ; un malade d'André (de Nancy), prostatectomisé avec succès à 84 ans, et enfin 4 observations personnelles de prostatiques opérés à 75, 76 (deux) et 78 ans avec résultat définitif excellent.

L'organisme d'un vieillard, même octogénaire, est donc capable de supporter le choc d'une opération grave telle que la prostatectomie et de faire les frais de la cicatrisation. Mais il faut, bien entendu, avant d'opérer, s'entourer de toutes les garanties nécessaires et considérer, chez un vieillard, son état de conservation plutôt que les indications souvent fallacieuses de son extrait de naissance. On devra donc mettre en œuvre tous les moyens d'investigation dont nous disposons aujourd'hui ; étudier le fonctionnement rénal (le plus important) par l'analyse des urines, le dosage de l'urée du sang, l'épreuve de la phénolphthaléine ou la constante d'Ambard ; vérifier l'état du cœur, des poumons et du foie et, ces renseignements en mains, prendre une décision d'opération ou d'abstention sans tenir compte de l'âge, qui, sans être un facteur absolument

négligeable, n'a cependant pas l'importance qu'on paraît tenté de lui attribuer.

**Corps étrangers du tube digestif chez le nourrisson.** — M. TILLAYE relate trois observations de nourrissons ayant avalé des broches portant le mot *Bébé*. Dans les deux premiers cas, la broche fut expulsée, avec les matières, dans les premières vingt-quatre heures.

Le troisième enfant n'expulsa sa broche qu'au bout de cinq mois et dix jours.

Le premier mois, on procéda tous les huit jours à un examen radioscopique. La broche séjournait toujours dans l'estomac. Les examens se firent ensuite plus espacés, donnant toujours à peu près le même résultat. L'enfant se portant à merveille et les nourrissons ne bénéficiant pas toujours d'une laparotomie, on conseilla aux parents de patienter avant de recourir à une intervention chirurgicale. La santé de l'enfant étant excellente, les parents ne vinrent plus à Tours et ne donnèrent de leurs nouvelles que le jour où cet enfant expulsa sa broche par l'anus. Cette expulsion fut, pendant vingt-quatre heures, précédée de coliques assez violentes. Ainsi que l'avait montré la radioscopie, la broche était ouverte. Cette rétention de cinq mois et dix jours dans le tube digestif est une nouvelle preuve de l'avantage de l'expectation toutes les fois que le corps étranger ne détermine pas de troubles mettant la vie de l'enfant en danger.

**Corps étrangers de l'orbite. Accidents de chasse.** — M. COSSE a eu l'occasion d'observer cette année un nombre relativement élevé d'accidents de chasse, cinq en deux mois. Dans tous les cas, le grain de plomb a entièrement traversé le globe oculaire et est venu se loger dans l'orbite. Il communique la radiographie d'un des cas observés.

**A propos du Foyer médical.** — Au nom du *Foyer médical de Touraine*, le docteur Cosse offre à la Société médicale de tenir ses réunions au *Foyer*. La Société médicale pourra non seulement utiliser pour ses réunions la grande salle spécialement aménagée pour les réunions des sociétés réunies au *Foyer*, mais encore recevra une salle spéciale où elle pourra organiser sa bibliothèque. Il est entendu que la Société médicale bénéficiera gracieusement des avantages qui lui sont ainsi offerts.

### Ecole de médecine de Tours.

Le docteur Roy est délégué, jusqu'au prochain concours, dans les fonctions de professeur suppléant d'anatomie.

Après un brillant concours, M. Liefring est nommé professeur, MM. Vassor et Gohier sont nommés aides d'anatomie à l'école de médecine.

Nos meilleurs compliments à tous.

### Syndicat médical d'Indre-et-Loire.

SEANCE DU 26 NOVEMBRE 1927

La séance est ouverte sous la présidence du docteur Cosse.

Le président adresse un souvenir ému à la mémoire du docteur Dubreuil-Chambardel, décédé depuis la dernière réunion.

Le docteur Mercier (de la Celle-Saint-Avant) est admis comme membre du syndicat.

La démission du docteur Latour (de Blois), qui cesse l'exercice de la profession, est acceptée.

Le président donne lecture de la correspondance et rend compte des actes du bureau depuis la dernière séance.

Un procès a été engagé par le syndicat pour soutenir la

note d'honoraires d'un confrère à qui une compagnie d'assurances voulait imposer le tarif des accidents du travail pour soins donnés à un accidenté propriétaire agricole. Le tribunal civil de Tours a accordé satisfaction à notre confrère. Dans son jugement, le tribunal décide notamment qu'on ne saurait appliquer le tarif Breton lorsque le médecin n'a pas été prévenu qu'il s'agissait d'un accident du travail. Il déclare en outre qu'un médecin traitant est réputé être le mandataire de son malade dans la mise en œuvre d'un chirurgien ou d'un spécialiste par ce médecin traitant.

Pour faire suite au service médical de nuit et au service médical du dimanche, la ville de Tours, après entente avec le syndicat, organise un service journalier de réquisitions médicales. Lorsque le médecin sera appelé auprès d'un indigent, le service municipal payera directement la visite au taux de 15 francs. Lorsque le médecin sera appelé auprès d'un non-indigent, celui-ci payera le tarif normal minimum de 20 francs.

Les demandes de relèvement d'honoraires médicaux de l'assistance médicale gratuite, de vaccinations, de surveillance des nourrissons, d'inspection médicale gratuite, etc., ont été déposées à la préfecture et présentées à la dernière session du conseil général. Celui-ci a reporté à sa session de 1928 l'examen de ces demandes; les relèvements accordés seront applicables à partir du 1<sup>er</sup> janvier 1928.

Le syndicat désigne comme représentants du corps médical à la commission départementale de surveillance et de contrôle des soins aux mutilés :

1<sup>o</sup> Titulaires : MM. Stecewicz et Faix;

2<sup>o</sup> Suppléants : MM. Babeau et Corbineau.

Le docteur Cosse rend compte du très grand succès de la souscription ouverte près du corps médical pour la création du *Foyer médical de Touraine*.

Grâce à ce succès, et à l'accueil très favorable rencontré auprès des fabricants de spécialités pharmaceutiques, le *Foyer* pourra ouvrir le 1<sup>er</sup> janvier. Le syndicat approuve les projets d'organisation d'un bureau administratif. Les membres du syndicat recevront une note les mettant au courant du fonctionnement de ce bureau et des avantages très réels qu'ils y trouveront.

Le syndicat examine les questions qui seront soumises à l'étude de l'assemblée générale de la Fédération.

Il désigne comme délégué à cette assemblée générale le docteur Lapeyre.

Il pose les candidatures de MM. Albert, de Parcé (Sarthe), et Lapeyre, de Tours, au conseil d'administration de la Fédération.

Le syndicat décide d'adhérer au congrès des syndicats médicaux.

Il désigne comme délégué le docteur Cosse, à qui il donne mandat impératif de voter le texte proposé par la commission plénière et n'admettant de la façon la plus formelle que le seul système de l'entente directe entre le malade et son médecin sans aucun intermédiaire.

La séance est levée.

### LOIR-ET-CHER

Blois, 30 octobre 1927.

Nous apprenons les fiançailles du docteur Jean-Louis Marmasse, ancien interne provisoire des hôpitaux de Paris, avec M<sup>lle</sup> Madeleine Hammer.

Que notre jeune confrère, fils de notre excellent collègue et ami le docteur Lucien Marmasse (de Blois), reçoive ici nos félicitations et souhaits de bienvenue pour le jour où il viendra habiter parmi nous.

ANSALONI.



## Nécrologie.

Le docteur Barzilay est décédé à Mennetou-sur-Cher, où il exerçait la médecine depuis 1888. Nous adressons à sa famille nos bien sincères condoléances.

A.

## Analyse de thèse.

Docteur Jean MORNET, interne des hôpitaux de Paris, Du *rétrécissement congénital de l'isthme de l'aorte et en particulier de ses formes frustes* (travail du service du docteur Laubry).

Cette thèse de doctorat, conçue dans le service de l'éminent maître de l'hôpital Broussais, traite un chapitre peu connu des maladies congénitales des vaisseaux.

Ce point de la pathologie de l'isthme de l'aorte méritait d'être étudié et revu, même après les travaux de Barié (1886) et de Bonnet (1903).

Le docteur Laubry, en 1916, mis en éveil par une phrase de Laënnec, avait ingénieusement dirigé ses investigations sur cette affection aussi rare que bizarre.

Il fit alors franchir une nouvelle étape à la question des rétrécissements de l'isthme. Grâce à lui, la maladie est entrée franchement dans la phase clinique et son diagnostic est devenu extrêmement facile.

Dans le courant de l'année présente, Jean Mornet, s'inspirant des travaux de son maître, « les *continua* et les *compléta* » : tels sont les termes exacts du docteur Laubry lui-même dans une préface qu'il fit l'honneur à Jean Mornet d'écrire pour présenter sa thèse.

I. — Jean Mornet, dès l'introduction, annonce qu'en raison de l'utilisation de l'oscillomètre pour le diagnostic facile de la maladie, il insistera sur les *formes frustes* de cette malformation, qui ne sont pas des rarités du reste, et sur son pronostic.

II. — *Caractères anatomiques du rétrécissement congénital de l'isthme aortique.*

Il siège dans la portion de la crosse qui suit immédiatement l'artère sous-clavière, quelquefois entre la sous-clavière et le canal artériel, souvent aussi au niveau de ce canal ou au-dessous de son embouchure.

Le calibre du rétrécissement est très variable, depuis la sténose totale jusqu'aux rétrécissements assez larges.

Chez le nouveau-né, on constate souvent que le point où la crosse se continue, dans l'aorte descendante, est légèrement rétréci.

Les rétrécissements de l'isthme que l'on constate chez certains adultes sont de même nature que ceux trouvés chez les enfants. Ils sont liés également à un trouble du développement de l'isthme A.

MM. Laubry et Pezzi, dans leur traité des *maladies congénitales du cœur*, concluent du reste que les rétrécissements par vice de développement constituent la majorité des rétrécissements frustes.

III. — *Symptomatologie :*

A) *Signes fonctionnels.* — Pratiquement, aucun signe fonctionnel spécifique n'indique le rétrécissement congénital de l'isthme. Cette lésion est parfaitement tolérée. C'est une affection à laquelle il faut penser, si on veut la reconnaître.

B) *Signes physiques.* — Trois ordres de signes caractérisent les rétrécissements congénitaux de l'isthme de l'aorte :

1° Un souffle systolique à maximum dans le deuxième espace intercostal gauche, le long du sternum, se propageant vers la clavicule, la région sus-scapulaire et dans le dos. Ce

souffle est perçu là où il prend naissance, dans la région interscapulaire vertébrale gauche, au niveau de la courbe que l'aorte décrit dans cette région.

2° Une circulation collatérale de suppléance sous forme de lacis artériel qui répond aux mammaires internes, aux scapulaires, à l'épigastrique, constitué par des cordons sinués pulsatiles, du volume d'un crayon.

3° *Modifications du pouls.* — Il faut le palper bilatéralement non seulement à la radiale, mais aussi à la fémorale. On constatera alors un pouls radial normal, quelquefois plein et bondissant et un pouls fémoral extrêmement faible, parfois imperceptible.

Si le médecin prenait l'habitude d'explorer systématiquement la fémorale au cours de l'examen du malade, le rétrécissement isthmique serait décelé plus souvent.

4° *Différence de la tension systolique entre les deux membres supérieur et inférieur au détriment de ce dernier, tel est le signe fondamental du rétrécissement isthmique de l'aorte.* Les différences de tension entre les deux membres constatées au Pachon sont, au minimum, de 7 et vont jusqu'à 13. Cet écart est un signe éclatant impossible à méconnaître.

La tension diastolique est sensiblement équivalente aux quatre membres, elle est donc sans intérêt ici.

Les formes cliniques du rétrécissement isthmique où tous les signes énumérés ci-dessus existent au grand complet, sont faciles à diagnostiquer, mais il faut penser aux formes frustes pour les déceler. Nous savons en effet que c'est une maladie parfaitement tolérée dans certains cas.

*Evolution de la maladie.* — Jusqu'ici il était admis par certains que la sténose de l'isthme se comportait comme une lésion valvulaire quelconque et évoluait vers l'asystolie ; pour d'autres, le rétrécissement de l'isthme n'avait aucune conséquence sur l'état du cœur.

L'étude méthodique d'une trentaine d'observations permet à l'auteur d'apporter quelques éclaircissements sur ce point. Pour Jean Mornet, le rétrécissement de l'isthme entraîne l'athérome aortique avec ou sans atteinte de valvules. Il favorise de même l'installation d'anévrysmes ou la rupture de l'aorte comme il peut être à l'origine d'une valvulite maligne aortique. C'est par l'intermédiaire de ces lésions aortiques que le rétrécissement isthmique peut déclencher l'insuffisance cardiaque.

Il faut lire dans la thèse même l'étude de ces différents cas, l'interprétation des faits cliniques et la discussion présentée par l'auteur suivant des conceptions personnelles établies avec une sagacité qui lui fait honneur.

Le pronostic du rétrécissement isthmique n'est donc pas aussi indifférent qu'on le pensait.

En effet, la majorité des cas de rétrécissements isolés comporte une survie prolongée sans gêne et sans souffrance. Malgré cela, il est logique de considérer les sténoses aortiques comme devant être soumises à des règles d'hygiène alimentaire pour éviter l'athérome artériel, d'hygiène de la vie pour atténuer chez eux la surpression aortique (les exercices violents et les marches pénibles, etc...).

*Diagnostic.* — Le diagnostic du rétrécissement de l'isthme présente une certitude basée sur les symptômes énumérés plus haut.

Quant au diagnostic différentiel, il doit s'établir en éliminant les compressions médiastinales, les anévrysmes de l'aorte, en s'éclairant de la radiographie, les aortites oblitérantes, les embolies aortiques, les artérites oblitérantes du membre inférieur. Tout ce chapitre est à lire en entier dans la thèse, avec celui des *considérations d'ordre général à propos du rétrécissement congénital de l'isthme de l'aorte.*

La lecture de six observations inédites du service du docteur Laubry est parfaitement instructive. Ce sont autant de

tableaux cliniques qui fixent dans l'esprit le rétrécissement de l'isthme de l'aorte, jusqu'ici peu connu.

*Conclusions.* — Le chapitre des conclusions est à lire avec attention, car il résume parfaitement le travail de Jean Mornet.

Qu'il me soit permis d'en tirer les déductions suivantes :

Le rétrécissement congénital de l'isthme de l'aorte est une malformation à laquelle le praticien doit penser, car elle est relativement fréquente surtout dans ses formes frustes.

Il ne s'agit pas d'une simple curiosité anatomique, mais bien d'une maladie qui peut entraîner la mort des sujets qui en sont atteints, alors que certains autres peuvent vivre vieux sans avoir présenté aucun trouble fonctionnel. La mort peut survenir, causée par des associations de lésions cardio-vasculaires capables de détourner l'attention du praticien et de lui faire négliger le rétrécissement isthmique lui-même.

Il faut donc y penser pour le diagnostiquer et le rechercher systématiquement à chaque examen de malade cardiaque. Pour cela, il suffit de comparer, par le palper, le pouls radial et le pouls fémoral.

Si celui-ci est petit et faible, très différent du pouls radial, ample et bondissant, l'idée de rétrécissement congénital de l'isthme de l'aorte s'impose.

Complétons alors cette investigation par la recherche de la tension (au moyen du Pachon) au membre supérieur et au membre inférieur. Si l'oscillomètre montre une hypotension du membre inférieur par rapport au membre supérieur, c'est très certainement un rétrécissement de l'isthme, à moins que la radioscopie utilisée aussi ne montre qu'il y a un anévrisme de l'aorte ; c'est la seule lésion qui pourrait, en effet, être une cause d'erreur, si le contrôle par les rayons X n'existait pas.

Désormais le praticien ne doit plus être exposé à passer à côté du rétrécissement congénital de l'isthme de l'aorte, surtout dans ses formes frustes, sans le reconnaître et en prévoir les complications possibles.

Les travaux sur ce sujet de l'éminent maître, le docteur Laubry, « complétés » par son disciple Jean Mornet, ont donc une réelle importance pour tout praticien désireux de s'instruire.

On apprends à tout âge, dit le proverbe. Pour ma part, j'en fais l'expérience aujourd'hui, grâce à la thèse si documentée de mon jeune confrère blésois Jean Mornet, collaborateur de la *Gazette médicale du Centre*.

ANSALONI.

## MAINE-ET-LOIRE

### Société de Médecine d'Angers.

SEANCE DU 3 OCTOBRE 1927

Le docteur PEIGNAUX rapporte deux observations intéressantes de maladies épidémiques graves :

Une rougeole à forme hyperthermique chez une fillette de 12 ans avec éruption intense, atteinte de l'état général, guérison sans complication ;

Une angine à évolution mortelle rappelant la diphtérie maligne chez une jeune fille de 17 ans, qui s'est terminée par la mort ; les fausses membranes, l'aspect clinique étaient ceux de la diphtérie ; cependant la recherche du bacille de Loeffler fut négative à deux reprises ; mais le laboratoire découvrit du streptocoque dans les ensemencements de gorge.

Le docteur THOUVENIN présente :

Un cas de luxation dorsale du carpe avec fracture du scaphoïde ;

Un pseudo-cancer de l'appendice ;

Un cas probable d'actinomycose chez un malade portant des tumeurs du cou infiltrées, suppurées et indolores.

## Syndicat médical Angers-Campagne.

RÉUNION DU 26 OCTOBRE 1927

La séance est présidée par le docteur Laulaigne, doyen d'âge. Sont présents : docteurs Arin, Datin, Estève, Gaignard, Garnier, Landron, Laulaigne père, Legal, Lemée, Mary, Morinière, Poitou, Priou, Rocher.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

**Démissions.** — Le docteur Zerlaut, président du syndicat, quitte l'Anjou et adresse sa démission tout en remerciant ses confrères de la confiance qu'ils lui avaient témoignée. A l'unanimité, le syndicat lui vote une adresse de remerciements. Le docteur Grimaud, nouvellement installé dans la région parisienne, adresse sa démission. Lecture est donnée de la lettre de démission du docteur Valot ; celle-ci est refusée et le secrétaire est chargé d'intervenir.

**Candidatures.** — Les docteurs Mary (Brissac) et Ruais (Martigné-Briand) sont admis comme membres du syndicat.

**Election du président.** — Le docteur Garnier, secrétaire, est élu président du syndicat. Il remercie ses confrères de la confiance qui lui est témoignée et les assure de tout son dévouement.

**Election du secrétaire.** — Le docteur Mary est élu secrétaire.

**Assurances sociales.** — Le docteur Garnier fait part au syndicat de la nouvelle très récente annonçant l'adhésion à la Fédération nationale du syndicat des médecins de la Seine. Il retrace brièvement la ligne de conduite de la Fédération nationale et la lutte énergique menée en faveur de l'entente directe intégrale. Le syndicat approuve pleinement la politique de la Fédération nationale.

**Tarifs syndicaux.** — Les articles du docteur Decourt, président de l'Union, dans le *Concours médical*, ont soulevé une juste indignation dans tous les milieux syndicaux. Une énergique protestation sera adressée au docteur Decourt.

**Tarifs assurances-vie.** — D'accord avec les conclusions du référendum ouvert par l'Union et la Fédération, le tarif de l'examen pour assurances-vie est porté à 60 francs.

**Inspection médicale des écoles.** — Lecture est donnée de la lettre circulaire du président de la Fédération départementale. Le syndicat accepte le principe de l'inspection médicale des écoles, mais avant de s'engager voudrait savoir exactement ce qu'on attend des médecins et connaître la fiche à remplir. Le président écrira dans ce sens à la préfecture.

**Impôts sur le revenu.** — Le président présente une circulaire du syndicat de Roubaix établie par un inspecteur des finances mettant au point la question du dégrèvement des impôts professionnels. Cette circulaire sera envoyée à tous les membres du syndicat.

**Banquet annuel.** — Le principe en est unanimement adopté. Il coïncidera avec notre réunion d'automne et aura lieu le soir à Angers.

Avant de lever la séance, le président remercie notre doyen d'âge pour la façon remarquable dont il a dirigé la séance et l'assure de la sympathie de tous.

La séance est levée à 17 h. 15.

## Ecole de médecine d'Angers.

La séance de rentrée eut lieu le jeudi 3 novembre.



## L'Eau de Mer par la Voie Gastro-Intestinale

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

**Dr Albert ROBIN,**

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

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

**Dr F. GARRIGOU,**

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

## RECONSTITUANT MARIN PHYSIOLOGIQUE

Inaltérable — De Goût Agréable.

# MARINOL

### COMPOSITION :

**Eau de Mer** captée au large, stérilisée à froid.

**Iodalgol** (Iode organique).

**Phosphates calciques** en solution organique.

**Algues Marines** avec leurs nucléines azotées.

**Méthylarsinate** disodique.

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

**ANÉMIE, LYMPHATISME, TUBERCULOSE, CONVALESCENCE, ETC.**

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

### MÉDAILLE D'HYGIÈNE PUBLIQUE

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

### TRAVAUX COURONNÉS PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

(Bulletin de l'Académie, Paris, 11 Février 1913).

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



ÉCHANTILLONS  
ET  
LITTÉRATURE  
SUR DEMANDE

## Médication cacodylique à doses massives

La CACODYLINE se présente sous forme d'ampoules renfermant une combinaison de cacodylate de soude et de sérum physiologique, qui permet d'injecter sans douleur et sans le moindre trouble des doses massives de cacodylate.

La CACODYLINE est incomparable dans le traitement de tous les affaiblis ; elle produit un relèvement immédiat dans les états post-opératoires, chez les convalescents, dans les neurasthénies profondes.

Ampoules " A " - 0,10 cg.  
pour enfants

" B " - 0,20 cg.  
pour enfants 7 ans

" C " - 0,30 cg.  
pour adultes

" D " - 0,50 cg.  
pour états graves

Exceptionnellement sous la direction du Médecin seulement : Ampoule " E " - 1 gramme

# RÉVULSIF BOUDIN



## RÉVULSIF LIQUIDE

à Base d'Essences de Crucifères

ÉNERGIQUE

RAPIDE

PROPRE

REPLACE :

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

S'APPLIQUE AU PINCEAU

N'ABÎME PAS LA PEAU

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



L'aspect clinique est le suivant :

Douleur très violente que la morphine ne calme pas.

Agitation et angoisse.

Les vomissements initiaux ne se sont pas reproduits.

Arrêt des matières et des gaz.

Pouls : 120. Température : 38. Refroidissement des extrémités.

A l'examen :

Contracture abdominale. Ventre de bois.

Douleur maxima dans la région droite étendue à toute la fosse iliaque : pas de point d'élection.

En l'absence de tout passé antérieur connu (ce n'est que postérieurement que la famille se rappellera deux crises antérieures de douleurs stomacales), le diagnostic du siège de la perforation reste assez malaisé.

Contre l'appendicite en faveur de l'ulcère, on note surtout l'absence de localisation de la douleur, l'extrême violence des symptômes.

Opération immédiate. Incision médiane, recherche de la région pylorique.

Pas de gaz à l'ouverture du ventre, pas d'issue immédiate de liquide.

Mais, en attirant l'estomac, apparaît sur le versant duodénal de la région pylorique une perforation petite d'où s'échappe en abondance du liquide bilieux presque jaune d'or.

Ce liquide, contournant l'angle droit du côlon suivant le sinus latérocolique droit, est venu s'accumuler dans la fosse iliaque droite.

Fausse membranes sur le côlon, le cæcum et les anses intestinales grêles au contact de celui-ci ; le liquide n'a pénétré et ne fuse dans la grande cavité qu'à ce niveau.

La perforation a été oblitérée provisoirement avec deux pinces.

Assèchement long du liquide épanché en quantité considérable.

Puis on termine par la suture de la perforation, suture facile, les tissus environnants sont bons.

Le lendemain, état en apparence satisfaisant, la douleur a disparu.

Puis affaiblissement progressif du pouls, de la température. Mort au bout de quarante-six heures.

OBSERVATION II (personnelle, dans la clientèle du docteur Lapeyre, de Tours). — Perforation d'un ulcère gastrique haut situé sur la petite courbure. Enorme épanchement gazeux sous-diaphragmatique. Aspect thoracique. Opération à la treizième heure.

Homme de 39 ans ayant fait à Pâques dernier une crise nettement diagnostiquée : ulcère estomac, par le docteur GibotEAU (de Cormery).

Début brusque à 7 heures du matin.

Douleur violente. Angoisse extrême, thoracique, avec phénomènes d'étouffement. Immobilisation du diaphragme.

Le malade arrive clinique Saint-Gatien à 8 heures du soir. Aspect très mauvais.

Ce qui frappe, c'est le ballonnement de la région stomacale, la sonorité ayant complètement remplacé la matité hépatique, l'apparence à l'auscultation d'un pneumothorax avec résonance métallique.

Mais l'histoire antérieure, le phénomène si remarquable de la sonorité substituée complètement à la matité hépatique ne permet pas l'hésitation.

Laparotomie médiane sus-ombilicale, recherche de l'estomac.

Issue immédiate, abondante, de gaz fétides, côlon transverse et premières anses grêles péritonitiques, fausses membranes ; liquide trouble en petite quantité.

Perforation large (pièce de dix sous) très haut située sur la face antérieure de la petite courbe, plus près du cardia que du pylore.

En attirant l'estomac, du liquide s'échappe alors que jusqu'ici il n'y en avait pas eu issue.

Assèchement.

Suture très difficile, tissus mauvais à 1 centimètre au moins tout autour obligeant à une large résection.

Epiploplastie.

On termine par une espèce de Mickulicz. Goutte à goutte.

Mort trente-six heures après.

Résumant ces deux observations, nous pouvons dire qu'elles correspondent à deux types cliniques opposés.

Dans la première, il s'agit d'une perforation nettement duodénale. Elle a donné un épanchement bilieux collecté essentiellement dans la gouttière pariéto-colique droite et la fosse iliaque droite et s'est manifestée par des signes pseudo-appendiculaires.

La seconde perforation est une perforation gastrique antérieure et haute le long de la petite courbure, s'étant essentiellement caractérisée par des signes thoraciques en rapport avec un épanchement gazeux abondant, véritable *pneumothorax suffocant dans le ventre*.

Si le premier type pseudo-appendiculaire semble fréquent et bien connu, il ne nous a pas semblé que les auteurs en eussent fait jusqu'à présent l'apanage plus particulier quoique non exclusif, des perforations duodénales. Quant au deuxième, type pseudo-thoracique, nous allons voir par l'analyse des symptômes recueillis dans les ouvrages classiques que l'on y trouve tous les éléments de son syndrome, bien caractéristique à notre avis, d'une perforation haute de l'estomac.

**La douleur.** — La violence de la douleur est, peut-on dire, la règle, mais ne permet pas d'inférer du siège de la perforation. Par contre, le siège initial de la douleur peut orienter soit vers un ulcère gastrique si la douleur première répond à l'épigastre, soit vers un ulcère duodénal si la douleur prédomine dans l'hypocondre droit et gagne de là la fosse iliaque. Cette localisation à droite de la douleur est assez fréquente et semble correspondre le plus souvent à des ulcères perforés du duodénum.

De nombreux auteurs, Lecène, Mondor en particulier, ont insisté sur cette localisation à droite qui fréquemment entraîne la confusion avec la douleur d'origine appendiculaire.

Ce symptôme, comme la contracture de la fosse iliaque droite, traduit évidemment la progression de liquide vers cette fosse le long de la gouttière pariéto-colique droite. Cette progression, si elle semble plus ou moins commune aux ulcères perforés juxta-pyloriques situés à droite de la ligne médiane, est certainement la règle dans les ulcères franchement duodénaux.

Mais, si la douleur se localise au début à droite environ une fois sur cinq, dans les autres cas elle ne se cantonne pas uniquement à l'épigastre ou à l'ombilic. La propagation peut se faire à gauche, des deux côtés, enfin dans l'abdomen tout entier, traduisant une inondation périto-

**DYSPNÉES ET ACCIDENTS CARDIO-RÉNAUX**  
 Solution d'Iodure double  
 de Caféine et Théobromine  
 J. RENARD - Docteur en pharmacie - 142 Avenue de Clichy - PARIS.  
**PNEUMOGÉINE**

**TRAITEMENT PHYTOTHÉRAPIQUE  
 DES ÉTATS NÉVROPATHIQUES**

Insomnies nerveuses, anxiété, angoisses, vertiges, troubles, nerveux de la vie génitale, troubles fonctionnels du cœur, seront toujours soulagés par la

**PASSIFLORINE**

médicament régulateur du sympathique et sédatif central uniquement composé d'extraits végétaux **ATOXIQUES** : *Passiflora incarnata*, *Salix alba*, *Cratægus oxyacantha*.

Littérature et Échantillons  
 sur demande :

Laboratoires G. RÉAUBOURG, Docteur en pharmacie, 1, Rue Raynouard PARIS (16<sup>e</sup>)

**L. B. A.**

Tél. Elysées 36-64, 36-45  
 Adresse tél. : Rioncar-Paris

**LABORATOIRE DE BIOLOGIE APPLIQUÉE**  
 54, Faubourg Saint-Honoré — PARIS-8<sup>e</sup>

**H. CARRION & C<sup>ie</sup>**

**Produits Biologiques CARRION**

**GONAGONE**

**Vaccin Antiblennorragique antitoxique et antimicrobien**

(Procédé du D<sup>r</sup> A. JAUBERT)

**BLENNORRAGIES AIGÜES**

- a) Suppression des phénomènes douloureux
- b) Disparition rapide des agents pathogènes
- c) Prévention des complications

**BLENNORRAGIES CHRONIQUES**

Traitement des Complications  
 de la Blennorragie  
 chez l'Homme et chez la Femme

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



néale rapide. L'on conçoit que déjà certains auteurs se soient efforcés d'établir « une relation étroite entre le maximum douloureux, la propagation élective et le siège de la perforation ». Si cette relation est très vraisemblable pour les perforations duodénales, peut-être l'est-elle également en ce qui concerne les perforations gastriques hautes juxta-cardiaques, dont « la collection, d'abord sous-diaphragmatique gauche en suivant le côlon descendant, gagne ensuite le bassin ».

Souvent, semble-t-il, dans ces cas, la douleur a une prédominance thoracique (J.-L. Faure) claviculaire et inter-scapulaire et traduit l'irritation du péritoine sus-diaphragmatique et par son intermédiaire celle du plexus diaphragmatique, des phréniques et derniers nerfs intercostaux. Cette douleur détermine alors une véritable angoisse avec respiration costale supérieure rapide tout à fait caractéristique. Il est certain que le liquide épanché ne joue qu'un faible rôle et que l'irritation péritonéale se trouve essentiellement sous la dépendance des gaz qui s'accumulent sous les coupes diaphragmatiques.

Il semble en effet déjà admis, d'après les observations de Moulouquet et de Baudet, que « l'absence d'inondation péritonéale ne s'accompagne pas d'un syndrome moins douloureux que celui des perforations les plus perméables ».

Nous pensons, d'après nos observations, que la quantité de gaz issue de l'estomac étant d'autant plus considérable qu'il s'agit d'une perforation plus haute, c'est uniquement dans les perforations gastriques que l'on notera une douleur thoracique et d'autant plus violente que la perforation sera plus près du cardia. Dans les perforations duodénales vraies, cette douleur thoracique doit théoriquement ne pas exister.

**La contracture.** — Comme la douleur, la contracture présente des caractères bien connus qu'il est inutile de retracer.

Mais sa prédominance, qui correspond au maximum douloureux, permet-elle davantage d'avoir une idée précise sur le siège de la perforation ? Non, dans la plupart des cas. Toutefois une contracture qui présente son maximum dans la fosse iliaque droite dès les premières heures incitera à penser à une perforation duodénale, alors qu'une contracture ayant un maximum épigastrique, diaphragmatique ou qui se généralise d'emblée conduira à suspecter un siège gastrique de la perforation.

Très rapidement d'ailleurs et quelquefois très vite, cette contracture à la fois *visible et palpable* s'étend à tout l'abdomen. Le malade est raide, se déplaçant péniblement d'une pièce, le moindre mouvement et le plus petit frôlement accentuant encore cette *rigidité* dont les Anglais font un des éléments de leur trépied diagnostique.

Si notre maître H. Mondor préfère avec raison le trépied symptomatique français : « douleur soudaine et atroce, contracture pariétale de défense, antécédents dyspeptiques », au trépied anglais : « douleur violente (*severe pain*), rigidité (*rigidity*), hyperesthésie (*tenderness*) », à notre avis il serait bien plus imagé de remplacer le mot contracture par le mot *rigidité* qui traduit mieux l'inflexibilité de tout le tronc. Du fait de la contracture, non seu-

lement des muscles antérieurs de l'abdomen, mais aussi de ceux de la région dorso-lombaire et du diaphragme, le malade n'a pas seulement un ventre de bois, il est véritablement d'une rigidité et d'une immobilité tout à fait caractéristiques.

**L'épanchement intrapéritonéal liquide.** — Est-il possible avant l'ouverture du ventre de dépister le liquide épanché, d'apprécier sa quantité approximative, et d'après les renseignements recueillis, de présumer du siège de la perforation ?

Dépister le liquide est chose possible quand on y pense ou que systématiquement on recherche la matité dans les flancs et dans les fosses iliaques. Une matité découverte dans toutes ces zones indique une notable quantité de liquide. Mais cette abondance ne peut avoir de valeur que si sa découverte précoce précède l'exsudation du péritoine enflammé.

Cette matité peut n'être découverte au début que dans la fosse iliaque droite. Nous avons déjà vu les symptômes pseudo-appendiculaires qui traduisent la présence de liquide dans cette zone et l'erreur de diagnostic qui en résulte fréquemment.

Or, un liquide qui se cantonne temporairement dans la fosse iliaque droite doit nécessairement ne pas être trop abondant et avoir pu emprunter, à l'exclusion de toute autre voie, la gouttière pariéto-colique droite. C'est essentiellement les ulcères perforés du duodénum qui réalisent ces conditions optima.

Plus abondant et provenant d'une brèche gastrique située sur la face antérieure à proximité de la petite courbure, le liquide aura, par contre, une tendance plus grande à inonder la totalité de la cavité péritonéale, gagnant précocement la fosse iliaque gauche et le cul-de-sac de Douglas.

S'il nous paraît logique d'admettre que la quantité de liquide est « liée surtout aux dimensions de la perforation ou à l'absence de fausses membranes modifiant l'écoulement, à la mobilité de l'estomac, à l'état de réplétion ou de vacuité gastrique, etc... », sa distribution dans l'abdomen est soumise à des lois que conditionnent les dispositions anatomiques des mésos. Aussi nous semble-t-il que la recherche minutieuse de la matité dans les premières heures qui suivent le début du drame peut donner des indications précieuses sur la provenance probable gastrique ou duodénale des liquides épanchés.

A l'ouverture de l'abdomen se précisera la notion de quantité, plus grande en général qu'on l'avait pu prévoir. Plusieurs fois nous avons été surpris de trouver un flux considérable alors que la perforation était de petit diamètre et d'horaire récent. Il est vrai qu'au moment des manœuvres de traction exercées sur l'estomac, il n'est pas rare de voir gaz et liquide sortir en gargouillant de l'orifice dont ils fournissent la preuve avant même de l'avoir vraiment perçu. La loge interhépatogastrique où l'on poursuit ses recherches subit alors une véritable inondation qu'il faut étancher à plusieurs reprises pour bien voir la perforation, apprécier son diamètre, explorer ses contours et préciser sa localisation.

Le plus souvent, mis à part les cas d'intervention tar-

# PYRÉTHANE

*Antinévralgique Puissant*

## GOUTTES

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

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

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

1 ou 2 par jour

avec ou sans médication intercalaire par gouttes.

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

# SILICYL

Action Antiathéromateuse.

Action Hypotensive.

Action Déchlorurante.

Action de Diurèse.

Action Modificatrice  
sur l'endartere

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

Professeur **GOUGET**

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

Professeur **SARTORY**.

CHEFFLER-FELISSIER C. R. Acad. Scienc. 1920, Août.

*Médication*

*de BASE et de RÉGIME  
des États Artérioscléreux*

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



dive où le liquide a perdu ses caractères primitifs pour prendre l'aspect de sérosité purulente, le liquide épanché a un aspect trouble, grisâtre, *absinthique*, selon l'expression de Mondor. Des débris alimentaires peuvent s'y trouver quand l'heure du dernier repas est proche et que le diamètre de la perforation est suffisant. Dans ces cas, il s'agit d'une perforation gastrique.

D'autres fois, le liquide est franchement bilieux et ces cas devraient correspondre à des ulcères duodénaux vrais (1).

Mais il existe d'une part des observations où le liquide issu d'une perforation gastrique était légèrement verdâtre (2), et d'autre part des perforations duodénales dont le liquide issu contenait des débris alimentaires et présentait une certaine acidité.

Faut-il mieux ne pas conclure, comme le fait H. Mondor, ou penser que, lorsqu'il s'agit de perforation d'un ulcère vraiment duodénal, l'épanchement présente dans la règle un aspect nettement bilieux, même si l'estomac à l'état de réplétion s'est vidé dans le duodénum ? En cas d'ulcères perforés juxtapyloriques, le liquide épanché peut être verdâtre, mais ne présente jamais un caractère bilieux aussi bien caractérisé.

Cette distinction a peu d'importance puisque la recherche de la perforation s'impose dans tous les cas, mais elle explique ce fait que, dans les formes pseudo-appendiculaires, c'est plutôt de la bile que du liquide absinthique que l'on trouve (c'est souvent par une incision iliaque droite qu'a commencé l'intervention), incitant aussitôt à penser à une perforation nettement duodénale et à diriger les recherches dans cette zone.

**L'épanchement intrapéritonéal gazeux.** — Nous ne parlerons ici que de l'épanchement *initial*, celui des douze à vingt-quatre premières heures. Dans nos observations personnelles, la présence de gaz s'est révélée constante, sauf dans une observation de perforation d'ulcère nettement duodénal. A l'incision du péritoine, le gaz s'échappe en plus ou moins grande abondance, précède l'arrivée du liquide. Ayant consulté de nombreuses observations, soit dans les bulletins de la Société de Chirurgie, soit dans des thèses ou des cahiers d'opérations, nous avons été frappé de ce que cette présence de gaz à l'ouverture de l'abdomen était exceptionnellement consignée. D'après nos observations, d'après les renseignements recueillis de la bouche de chirurgiens parmi les plus distingués du bureau central, d'après l'assertion de quelques collègues, toujours, ou presque toujours, ils ont noté cette présence de gaz inodores plus ou moins sous pression dans la cavité péritonéale. Or, il s'agissait toujours de perforations gastriques. L'estomac est en effet essentielle-

ment, à l'état de repos, rempli de gaz, comme le prouvent surabondamment les journalières explorations radiologiques. Le docteur Louis Lapeyre (de Tours), que nous avons consulté, a toujours lui aussi noté la présence de gaz, sauf dans une dizaine de cas de perforations d'ulcères nettement duodénaux.

Cette même insuffisance de renseignement se retrouve au sujet de la *matité hépatique*. Il est trop exceptionnel que sa conservation et sa disparition soient notées dans les observations. Cependant, Mondor accuse sa disparition dans 60 % des cas d'après les observations consultées, et John Deaker, sur 147 cas, l'a notée disparue 43 fois et disséminée dans 46, ce qui fournit une proportion encore plus forte. Personnellement, sur 6 cas personnels nous l'avons trouvée 5 fois complètement disparue.

La quantité de gaz épanché peut parfois atteindre une proportion considérable. Rarement cependant elle provoque une distension notable de l'abdomen. Nous avons plusieurs fois noté le ballonnement de l'épigastre et, dans l'observation II, le médecin ayant cru au début à un pneumothorax spontané observa distinctement le signe du sou avec tintement métallique, ce que nous avons pu nous-même contrôler. Cette quantité de gaz semble donc bien responsable des phénomènes thoraciques : douleur et dyspnée qui accompagnent une pneumatose péritonéale accentuée (1).

On peut lire que la disparition et la conservation de la matité hépatique se trouvent dans un rapport de fréquence à peu près analogue à celui qui existe entre ulcères perforés du duodénum et ulcères perforés de l'estomac. Mais, si les formes sans épanchement gazeux d'origine duodénale ne sont pas d'une rareté extrême, il semble qu'à l'opposé les formes pseudo-thoraciques à prédominance gazeuse sont exceptionnelles. Peut-être cependant le sont-elles moins qu'on ne pourrait le supposer.

Nous voyons que, en analysant les symptômes classiques, il est facile de retrouver les éléments descriptifs que nous croyons pouvoir grouper sous deux aspects. Si une opposition franche n'a pas été encore admise et si nous l'avancions avec une certaine réserve, c'est peut-être que les observations éparses sont, il faut l'avouer, trop souvent insuffisantes. C'est ainsi que, sur 11 observations relevées au hasard, 2 fois seulement se trouve notée la présence ou l'absence de la matité hépatique. La sonorité des flancs et des fosses iliaques est exceptionnellement consignée. La dyspnée et la cyanose ne sont pas relatées, sans doute mises sur le compte d'une réaction péritonéale banale. Pourtant leur apparition immédiate ou précoce et leur intensité doivent leur attribuer une réelle valeur. Il n'est pas jusqu'au siège précis de l'ulcère qui soit le plus souvent imparfaitement défini.

En effet il faut reconnaître la grande difficulté d'une dénomination précise du siège. Le temps presse, les liquides affluent, l'opérateur travaille dans un puits pro-

(1) *Bulletins de la Société de Chirurgie* :

Obs. II (Ferrari), 27 mars 1923 : perforation de la face antérieure du duodénum d'où sort de la bile en abondance.

Obs. VII (Jean), 13 mars 1923 : perforation de la partie haute de la deuxième portion du duodénum d'où la bile fuse en jet par exemple, etc...

(2) L'on sait qu'il peut exister un reflux de bile dans l'estomac, ce qui, au cours d'un tubage duodénal, peut faire croire à tort que l'olive a franchi le pylore (*Journal médical français* : E. Chabrol, Bénard et Lapeyre, *Tubage duodénal*, décembre 1924).

(1) A noter que, dans la simple aérophagie, il existe déjà des phénomènes d'angoisse et de dyspnée très accentués.

**Produits spéciaux des LABORATOIRES A. LUMIÈRE**  
 PARIS, 3, rue Paul-Dubois — MARIUS SESTIER, Pharmacien, 9, Cours de la Liberté, LYON

**CRYOGÉNINE LUMIÈRE**

ANTIPYRÉTIQUE ET ANALGÉSIQUE  
 Pas de contre-indications. — 1 à 2 grammes par jour

**BOROSODINE LUMIÈRE**

CALMANT-ANTISPASMODIQUE  
 ADULTES : Solution : Une demi à 2 cuill. à café par jour.  
 ENFANTS : Sirop : Une demi à 4 cuill. à café par jour.

**PERSODINE LUMIÈRE**

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

**CRYPTARGOL LUMIÈRE**

ANTISEPTIQUE INTESTINAL NON TOXIQUE  
 ADULTES : 4 à 6 pilules par jour.  
 ENFANTS : 1 à 4 cuill. à café de sirop par jour.

**OPOZONES LUMIÈRE**

Préparations organothérapeutiques à tous organes, contenant la totalité des principes actifs des organes frais.

**ALLOCAINE LUMIÈRE**

Aussi active que la cocaïne. Sept fois moins toxique.  
 Mêmes emplois et dosages que la cocaïne.

**RHÉANTINE LUMIÈRE**

Vaccinothérapie antigonococcique des divers états blennorragiques.

R. C. Lyon A 13.334

**TANIN PHYSIOLOGIQUE VIVANT**

**RHIZOTANIN CHAPOTOT**

TOLÉRANCE STOMACALE ABSOLUE, NEUTRALISATION DES TOXINES  
 AMÉLIORATION RAPIDE DES ACCIDENTS DIARRHÉIQUES

2 FORMES { Cachets pour Adultes, 2 à 6 par jour.  
 { Poudre pour Enfants, 2 à 4 mesures par jour.

ÉCHANTILLON MÉDICAL GRATUIT. — AUBRIOT, 56, Boulevard Ornano — PARIS

R. C. Seine, 20.019



fond. D'autre part, la délimitation exacte entre duodénum et estomac est vague, la veine pylorique est un repère vain, la palpation transversale du pylore, si elle est suffisante pour distinguer théoriquement le canal pylorique du bulbe duodénal, est bien aléatoire quand il s'agit de préciser d'une façon absolue le versant de la valvule où se trouve une perforation d'un ulcère juxta-pylorique. Peut-être la palpation longitudinale de la région, l'index se coiffant du duodénum pour aller explorer la valvule où il s'engage, donnerait une plus grande précision. Nous avons souvent vu notre maître Lardinois explorer ainsi la valvule pylorique à laquelle il fait subir une légère dilatation dans les cas où il semble qu'un état spasmodique du pylore accompagne une lésion du carrefour sous-hépatique, lithiasé vésiculaire par exemple.

..

Des deux formes que nous opposons, l'une, la *forme appendiculaire*, est bien connue, à tel point que Tuffier en 1905 relève 15 fois cette erreur sur 23 observations, Moynihan la trouve 19 fois sur 49 et Brunner 27 fois sur 55. Mais ce que n'ont pas dit ces auteurs, c'est s'il s'agissait le plus souvent dans ces cas de perforation duodénale et tout au moins d'ulcères juxta-pyloriques perforés. Nous avons vu que, dans ces cas, les liquides empruntent électivement la voie latéro-colique droite et se collectent temporairement dans la fosse iliaque droite, où ils fournissent la symptomatologie pseudo-appendiculaire.

A notre avis, l'erreur avec une appendicite doit actuellement être moins fréquente. Si la recherche des antécédents gastriques ou duodénaux n'a pas une valeur absolue, la brutalité du début avec douleur tout de suite intense et qui, quand elle se localise à droite, reste plus imprécise que la vraie douleur appendiculaire, doit faire penser plutôt à une perforation. La recherche systématique de la matité dans les flancs et de la sonorité préhépatique en cas de doute peut trancher un diagnostic hésitant. L'existence d'une sonorité préhépatique précoce est évidemment à l'encontre d'une péritonite appendiculaire à ses débuts.

Nous ne rapporterons donc pas les observations nombreuses où, dans un premier temps, le chirurgien a commencé par une incision iliaque (1), ne réformant son diagnostic qu'en l'absence de lésions appendiculaires coïncidant avec l'existence de liquide, verdâtre le plus souvent, d'autres fois absinthique, quelquefois de gaz; nous nous bornerons à émettre l'idée que ces formes vraiment pseudo-appendiculaires avec douleur et contracture à droite, matité dans le flanc droit, sans disparition de la matité hépatique, ressortissent avant tout d'ulcère perforé du duodénum.

..

A l'opposé de ces formes relativement fréquentes se place le type de perforation de l'observation II. Les cas de Hustin, de Moulouguet cités dans Mondor, d'autres cas enfin où fut notée la polypnée précoce avec irradiation tho-

racique et scapulaire de la douleur, prouvent bien que la *forme pseudo-thoracique* n'est pas exceptionnelle. Nous pensons qu'elle relève essentiellement de perforations sur l'estomac, révélant d'autant mieux ses caractères particuliers que la perforation siège haut sur la petite courbure et laisse échapper de préférence des gaz que des liquides.

Voici une nouvelle observation se rattachant à ce type :

OBSERVATION III (docteur L. Lapeyre). — Perforation énorme d'un ulcère ancien de la partie haute de la petite courbure, phénomènes thoraciques très marqués, opération à la sixième heure.

Amédée X, piqueur, âgé de 48 ans, est atteint de troubles gastriques depuis l'âge de 20 ans. Depuis dix ans, il est suivi pour ulcère, observant un régime très sévère, presque abstinence, qui ne suffit pas à arrêter ses crises.

Brusquement, à 5 heures du soir (novembre 1924), à la fin d'une chasse, il est pris d'une douleur atroce au creux de l'épigastre, tombe de cheval et reste dans la forêt. Le cheval rejoint la chasse et les hommes d'équipage partis à sa recherche ont la chance de le découvrir assez rapidement.

Il arrive à Tours, clinique Saint-Gatien, à 10 h. 30 du soir, après un trajet de 60 kilomètres. Douleur atroce à l'épigastre médian dans la région scapulaire, dyspnée, disparition de la matité hépatique, ventre de bois rétracté et rigidité.

Opération immédiate : à l'ouverture du ventre, issue abondante de gaz; un peu de liquide et de débris alimentaires s'échappent subitement au moment où on a saisi l'estomac. Une énorme perforation de la largeur de la paume de la main siègeait très haut sur la petite courbure (tiers supérieur), à cheval sur les deux faces.

Il faut largement réséquer l'estomac et terminer en suturant à la façon de Hartmann. Drainage et mèches. Le malade se porte bien pendant huit jours et succombe à une pneumonie attribuable surtout à un état général antérieur très mauvais.

..

A côté de ces deux formes extrêmes, forme pseudo-appendiculaire et forme pseudo-thoracique, se placent les *formes habituelles* les plus fréquentes qui correspondent à la description des traités classiques. Nous pensons que ce type, s'il est le plus communément observé, le doit à ce que ce sont les ulcères juxta-pyloriques les plus fréquents qui en réalisent la riche symptomatologie. L'épanchement concomitant de gaz et de liquide fournit un tableau mixte qui tantôt se rapproche de la forme appendiculaire, tantôt de la forme thoracique, mais qui toujours fournira des signes liquidien et des signes gazeux.

Nous en donnerons comme exemples deux observations assez typiques, qui en définitive ne diffèrent que par quelques nuances et qui toutes deux répondent à la majorité des observations habituellement rencontrées.

OBSERVATION IV (personnelle). — Petite perforation d'ulcère du pylore, phénomènes douloureux prédominant à droite dans la fosse iliaque, opération à la dix-huitième heure.

B... Paul, 72 ans, pensionnaire aux Ménages, est pris le 27 septembre 1927, à 17 heures, de violentes douleurs qui sont mises sur le compte d'une crise gastrique du tabès, le malade ayant, paraît-il, présenté des crises antérieures analogues ainsi définies. Toutefois, dans les antécédents, on retrouvera une hématomérose l'année précédente.

Le lendemain matin, vers 10 heures, le malade est vu par

(1) Observation récente de Gaudier (de Lille) (Bull. de la Société de Chirurgie, 22 oct. 1927).

# SANATORIUM DE LA GARENNE

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

## LE HUELGOAT

(Finistère)

OUVERT TOUTE L'ANNÉE

Téléphone 10

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

### TRAITEMENT DES MALADIES DES VOIES RESPIRATOIRES

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

Eau courante chaude et froide dans chaque chambre.

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

### LABORATOIRE DE BACTÉRIOLOGIE ET DE RADIOLOGIE

Traitement par le pneumothorax artificiel quand il est jugé utile.

Pour la CURE DE DIURÈSE

prescrire

## EVIAN-CACHAT

Pour éviter les Substitutions

spécifier

## EVIAN-CACHAT

R. C. Seine : 60.297.

# VULCASE

COMPRIMÉS LAXATIFS au soufre organique

## CONSTIPATION DERMATOSES

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



# VITTEL

Gamme complète des eaux curatives de

## L'ARTHRITISME

Action élective sur le REIN

### GRANDE SOURCE

Action élective sur le FOIE

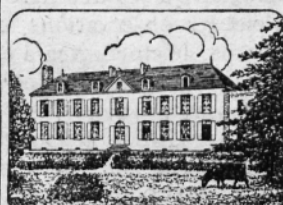
### SOURCE HÉPAR

La plus minéralisée  
des eaux froides des Vosges

#### Indications

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

R. C. Mirecourt : N° 1.673



Château du BOIS-GROLLEAU

En Anjou, près Cholet (M.-&-L.)

Affections des Voies Respiratoires

Cure sanatoriale

Galerie - Solarium

Laboratoire - Rayons X

Éclairage électr. - Chauffage central  
Eau courante - Parc - Forêt

Direction médicale : Dr COUBARD - Dr GALLOT (Ouvert toute l'année)

# ARTERION VINCARDI

Artério-sclérose - Hypertension - Scléronéphrose

FORMULE DE L'ARTÉRION VINCARDI

Complexes vitaminés et stabilisés : Extraits du Fucus vesiculosus 0,02,  
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



nous. Le pouls est à 100, la température à 37°,9; langue sèche, pas de dyspnée; le facies exprime la douleur dont le malade se plaint en montrant le côté droit. Pas de vomissement depuis la veille. A l'examen, on note une défense et une douleur prédominante très nettement dans la fosse iliaque droite. Une hernie que le malade présente de ce côté se laisse réduire facilement en gargouillant et en réveillant la douleur du côté droit. Nous recherchons la matité dans les flancs. Elle existe franchement à droite, traduisant à ce niveau l'existence de liquide. Hésitant encore un peu sur le diagnostic, nous percutons le foie. Découvrant une sonorité préhépatique, nous n'hésitons plus à formuler le diagnostic de perforation d'ulcère que nous pensons devoir localiser à cause de l'épanchement gazeux sur l'estomac.

Opération immédiate. Quelques gaz s'échappent à l'ouverture de l'abdomen. Bientôt apparaît un liquide abondant louche et verdâtre ne contenant pas de débris alimentaires et non franchement bilieux.

Attirée difficilement de la profondeur, nous découvrons, masquée par le foie, d'ailleurs fortement granité, une perforation lenticulaire qui laisse échapper gaz et liquide en gargouillant. L'orifice existe tout près du pylore, face antérieure, mais nettement sur le versant gastrique. Etant données la profondeur et la callosité périphérique étendue des bords, l'enfouissement est délicat. Suites bonnes, mais dans les jours suivants les urines se raréfient et le malade tombe peu à peu dans un coma progressif.

A ce type-là, symptomatologie iliaque droite (1), nous opposerons une variété à phénomènes diaphragmatiques prédominants.

OBSERVATION V (personnelle). — Perforation d'un petit ulcère de la petite courbure, phénomènes thoraciques marqués, opération à la vingt-quatrième heure.

G... Emile, journalier, 41 ans, entre à l'hôpital des Ménages dans la nuit du 6 septembre 1927 avec un diagnostic de médecin très vague (appendicite, cholécystite?).

Le malade n'accuse pas d'antécédents gastriques très nets. Il a été pris la veille au matin d'une atroce douleur qui l'oblige à cesser tout travail. Il est transporté chez lui, où il est mis à la glace et à la morphine.

Vu le matin de son entrée vers 9 h. 30, le malade apparaît aussitôt dyspnéique, les traits tirés, les pommettes cyanosées. Il est raide dans son lit, accusant une douleur atroce en ceinture dans la partie haute de l'abdomen et au creux épigastrique.

L'épigastre est légèrement voussuré, le ventre de bois dans toute son étendue. La matité hépatique est en totalité disparue. Température, 38; pouls à 100.

Opération immédiate, aux environs de la vingt-quatrième heure.

A l'ouverture du ventre, des gaz s'échappent en abondance et à chaque respiration ils sortent tumultueusement en projetant des gouttelettes de liquide. Celui-ci paraît assez abondant. Il est grisâtre, trouble, sans débris alimentaires. La traction sur l'estomac permet de reconnaître une perforation lenticulaire siégeant sur la face antérieure, près de la petite courbure, à trois travers de doigt environ du pylore. Une zone cartonnée d'un centimètre entoure l'orifice.

Enfouissement par deux fils passés, le premier en bourse, le deuxième en surjet.

Fermeture de la plaie sans drainage.

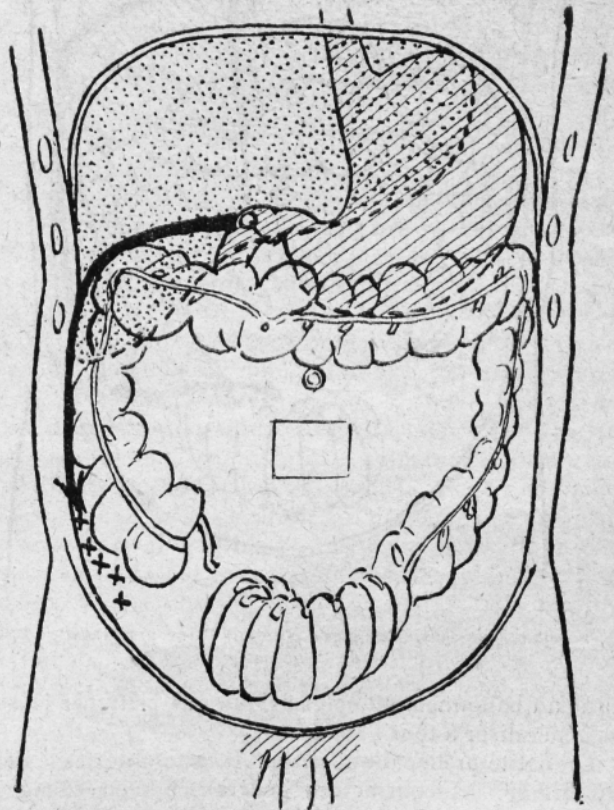
Mort de collapsus trente-six heures à peine après l'intervention.

Pour conclure, nous dirons qu'à côté de la forme habituelle correspondant en général aux perforations d'ulcères juxta-pyloriques, on peut opposer deux formes extrêmes desquelles la forme classique peut se rapprocher plus ou moins selon les cas.

Nous distinguerons donc :

#### SCHÉMA I

Une forme pseudo-appendiculaire caractérisée par une douleur et une contracture prédominante dans la fosse iliaque droite sans maximum douloureux très précis, mais avec un début très brutal localisé dans le quadrant supé-



Forme pseudo-appendiculaire (1) correspondant le plus souvent à un ulcère perforé du duodénum.

rieur droit de l'abdomen. Dans cette forme on ne trouve souvent pas d'antécédents gastriques ou duodénaux; il n'y a pas de sonorité préhépatique, mais une matité dans le flanc droit. L'erreur avec l'appendicite est fréquente et, à l'ouverture de la fosse iliaque droite, on trouve un

(1) A rapprocher certaines observations publiées dans les bulletins de la Société de Chirurgie (B. Desplas, obs. IV, 19 janvier 1924; ean, obs. IX, 13 mars 1923, par exemple).

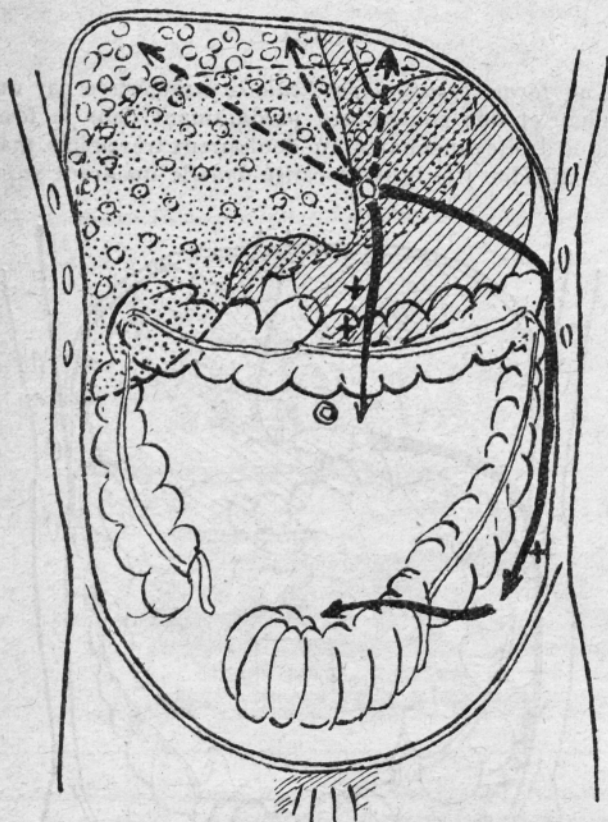
(1) Traits pleins : direction des liquides ; traits pointillés : direction des gaz ; croix : matité ; ronds : sonorité.

liquide bilieux. La perforation siège franchement sur le duodénum, bulbe, genu superius, 2<sup>e</sup> portion. Il faut parfois savoir la rechercher pour la découvrir.

Cette forme répond peut-être en France à 10 ou 15 % des cas.

SCHÉMA II

Une forme *pseudo-thoracique* qui d'emblée se traduit par une angoisse extrême avec respiration courte et superficielle, cyanose rapide. Le diaphragme est tétanisé et le ventre ne respire pas. Plus ou moins rapidement se cons-



Forme *pseudo-thoracique* correspondant à une perforation haute de l'estomac.

titue un ballonnement épigastrique qui peut par la suite se généraliser à tout l'abdomen.

La matité préhépatique disparaît en totalité dès le début du drame. La contracture généralisée n'en existe pas moins et, s'il y a du liquide épanché, il est plus difficile à dépister ; on pourrait alors le mettre en évidence aussi bien à gauche qu'à droite et dans le Douglas. L'erreur de diagnostic ne peut se comprendre, sauf, à la rigueur, tout au début avec un pneumothorax spontané par exemple (obs. II) ou tardivement avec une occlusion (un cas personnel, mais sans valeur absolue, car l'intervention fut très tardive). A l'ouverture du ventre, les gaz s'échappent sous pression. Si on trouve du liquide (pas toujours s'il existe un clapet qui ne laisse filtrer que les gaz : obs. de Moulenguët), il est franchement d'origine gastrique, pro-

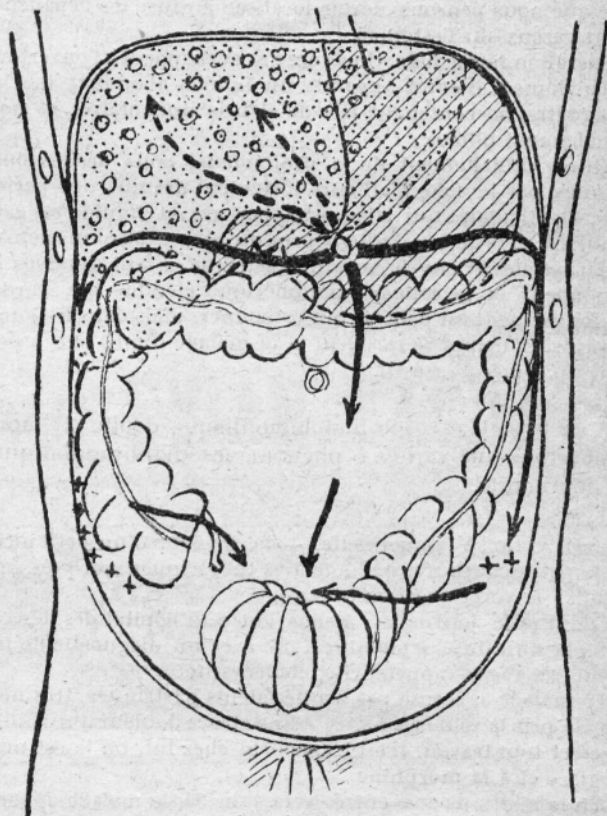
(1) Traits pleins : direction des liquides ; traits pointillés : direction des gaz ; croix : matité ; ronds : sonorité.

venant d'une perforation parfois insignifiante, d'autres fois très large, mais toujours gastrique et haute.

Cette forme dans toute sa pureté ne nous semble pas devoir se rencontrer dans beaucoup plus de 5 % des cas.

SCHÉMA III

Quant à la forme *habituelle*, elle peut, comme nous l'avons vu, emprunter de plus ou moins près l'un ou l'autre des deux types extrêmes suivant que gaz ou liquide se sont échappés en quantité plus ou moins grande, cela selon



Forme *habituelle* (1) tableau mixte qui correspond à des perforations d'ulcères juxta-pyloriques et pyloro-duodénaux.

des causes multiples tenant au diamètre de la perforation, à la vacuité ou à la réplétion de l'estomac, aux mouvements imprimés au malade, etc...

Toujours ces deux éléments, gaz et liquides, sont présents ; c'est dire que la matité dans les flancs coexiste avec une diminution ou une disparition de la matité hépatique précoce, ce qui doit rendre aisé le diagnostic. Souvent cette matité se localise, au début, dans la fosse iliaque droite, ce qui explique le tableau pseudo appendiculaire encore ici réalisé. Ces cas correspondent à des perforations au voisinage immédiat de la valvule ; la détermination exacte du versant duodénal ou du versant gastrique est bien délicate, aussi est-il impossible de ne pas grouper dans la même description les aspects cliniques de ces ulcères juxta-pyloriques perforés.

(1) Traits pleins : direction des liquides ; traits pointillés : direction des gaz ; croix : matité ; ronds : sonorité.



## Urologie

# L'APPAREILLAGE DES CYSTOSTOMISÉS

Par le Docteur UTEAU (de Biarritz).

Ancien Chef de Clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine.

Parmi les cystostomisés, nous avons en vue ici ceux pour lesquels il est inutile de se donner du jour dans la vessie par une grande ouverture.

Précisons : Il s'agit d'abord de ceux chez lesquels on fait un méat définitif — opération d'humanité contre des douleurs intenses de cause incurable, opération de sauvetage chez des prostatiques inopérables parce que, pour supporter l'intervention, ils ont une déficience trop grave, qu'elle soit d'ordre vasculo-cardiaque, respiratoire ou vienne des organes d'élimination. Il s'agit encore de ces prostatiques si nombreux qu'on opère en deux temps et qui doivent, pour subir le deuxième assaut chirurgical, désintoxiquer leur organisme et remonter leur état général par un drainage vésical parfois de plusieurs mois. Il s'agit enfin de cette catégorie de malades chez lesquels le chirurgien ayant à opérer sur les canalisations inférieures du réseau urinaire veut mettre son travail à l'abri du passage de l'urine, éviter l'emploi d'une sonde à demeure qui infecterait et désunirait ses sutures, en somme de ceux chez lesquels on pratique la cystostomie de dérivation.

Classiquement, la vessie incisée, on introduit dans l'orifice, autrefois le double tube de Guyon-Perrier, puis le gros drain encheminé de Freyer, enfin celui de Marion avec son tube en verre coudé. Tube et incision correspondent plus ou moins bien, plutôt mal en général, et nous avons même pris l'habitude, pour essayer d'y remédier, de conserver un des catguts suspenseurs de la vessie pour le passer en bourse et mieux affronter les lèvres de l'incision autour du drain.

Mais, malgré tout, invariable est le résultat dans la plupart des cas. Le tube draine plus ou moins, parfois pas du tout, et l'urine s'épanche en tiède et odorante filtration

dans les gazes, les colons et la literie du malheureux. Dès qu'on le découvre, le nez est fortement chaotillé par les vapeurs d'ammoniaque chauffée à 37° et le pauvre patient vit dans son fumier en regoûtant les tourments que la sainte Ecriture a prêtés au saint homme Job, sans doute le premier des cystostomisés. Je sais bien qu'au bout de quelques jours une entente conjugale s'établit entre plaie et tube qu'elle enserme plus étroitement et la victime connaît la joie du pansement sec. Ce n'est pas pour longtemps ! Le chirurgien choisit dans l'échelle descendante des drains un numéro inférieur pour permettre à la plaie de se rétrécir. Dès lors s'établit un nouveau flottement entre le drain et l'orifice de pointure trop avantageuse. Le supplice de la filtration se rétablit, la macération aux urines recommence jusqu'au jour où la nature réajuste le tout. Mais le chirurgien veille et place un nouveau tube plus petit... ainsi de suite jusqu'à ce qu'il ait victorieusement placé le définitif, le drain de Pezzer coudé. Alors c'est le grand jour de l'équipement caoutchouté de pied en cap. On a fait porter d'un grand magasin une ceinture abdominale avec nombreux boutons, parée d'une belle plaque d'aluminium, agrémentée de sous-cuisses. De sa cupule abdominale entourée de pneumatiques bien gonflés se détache un long réservoir pour la mise en bouteille de l'urine. Il se fixe à la cuisse, se prolonge par un autre tube vissé le long de la jambe à laquelle il s'agrippe par de nouvelles attaches et se termine par un robinet un peu au-dessus de la cheville. Voilà le malade mis debout, sanglé comme un officier d'état-major avec son nouveau baudrier de caoutchouc ou rappelant plutôt un croisé partant pour la Terre sainte. Le long de sa jambe grimpe son tuyau d'arrosage comme un pied de glycine, mais

### DÉPOTS DES « GAZETTES MÉDICALES »

L'Édition : **La Gazette médicale de Paris**

Es. en vente à Paris dans les librairies suivantes :

LE FRANÇOIS, 91, boulevard Saint-Germain.  
LEGRAND, 93, boulevard Saint-Germain.  
LE SOUDIER, 174, boulevard Saint-Germain.  
MALOINE, 25, rue de l'Ecole-de-Médecine.  
VIGNÉ, 11, rue de l'Ecole-de-Médecine.  
VIGOT FRÈRES, 23, rue de l'Ecole-de-Médecine.  
Prix du numéro : 4 francs.

### ENVOI DE THÈSES

Tout docteur en médecine qui enverra à l'Administration des *Gazettes Médicales*, 209, boulevard Saint Germain, un exemplaire de sa thèse, recevra le service des *Gazettes Médicales* à titre gracieux pendant six mois.

Les thèses seront annoncées dans le Journal et analysées s'il y a lieu.

avec un parfum tout différent. Il peut désormais circuler, mettant automatiquement en bouteille la précieuse urine, et, si tout marche à souhait, si rien ne se défait de l'équipement, il n'a plus qu'à lever de temps en temps la patte comme un petit chien pour faire la vidange des réservoirs.

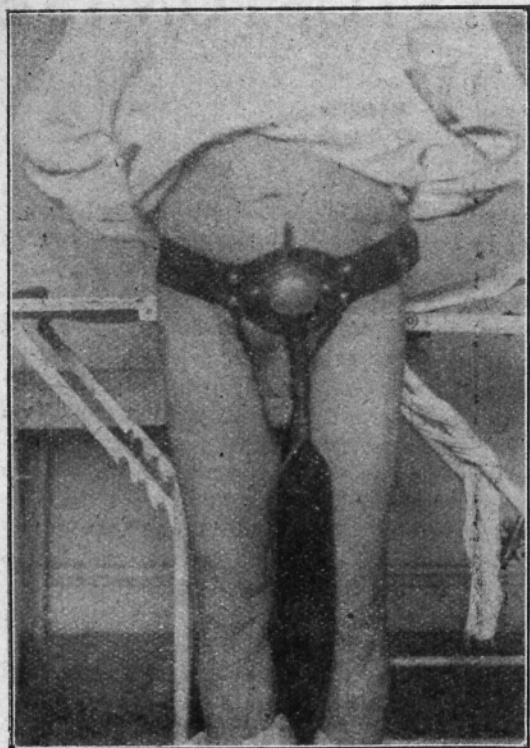


FIG. 1

voirs. J'ajoute qu'une heure par jour de toilette minutieuse est indispensable pour tenir le tout en état, toilette qui exige beaucoup de propreté, de minutie et de dévouement.

Nous avons cru simplifier et rendre service au malade en employant une technique qui a certainement dû être imaginée par d'autres, mais dont nous usons systématiquement et pour laquelle nous sommes heureux d'attirer l'attention à cause de sa simplicité et des services qu'elle peut rendre.

Incision de cystostomie haute et assez courte. Le cul-

de-sac relevé, la vessie fixée, une simple ponction très franche est pratiquée avec un bistouri à lame étroite. Et aussitôt nous introduisons une banale sonde de Pezzer 18 ou 20 qui doit entrer à frottement. Un ou deux points de suture pour muscles et peau, un petit pansement: c'est

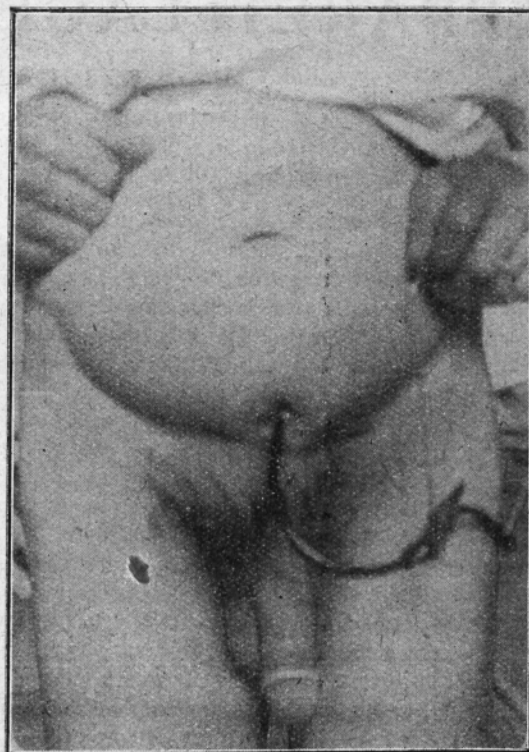


FIG. 2.

tout; le malade ne doit pas se salir et, quatre jours après, il est debout, sans se souiller. Dès lors une pince-pression quelconque est mise sur la sonde que le malade soutient en l'accolant à ses vêtements, sans la traverser, par une épingle anglaise. Et de temps en temps, fièrement, debout, il va pisser contre les arbres ou les murs en desserrant la pince-pression. Tous les quinze à vingt jours, on change la sonde de Pezzer, et on fait par elle des lavages nécessaires.

C'est tout: c'est simple, peu gênant et répugnant au minimum.

#### Vient de paraître :

### **L'AGENDA-MEMENTO DU PRATICIEN**

Édité par le "CONCOURS MÉDICAL", 37, rue de Bellefond, PARIS (IX<sup>e</sup>).

Prix : 23 francs.

#### Vient de paraître :

### **FORMULAIRE ASTIEN 1928** (4<sup>e</sup> édition)

entièrement revue, complétée et mise à jour

**Vade-mecum de Médecine pratique**

Librairie du Monde médical, 47, rue du Dr-Blanche, PARIS.

Prix net : 30 francs.



# Oto-Rhino-Laryngologie

## QUAND FAUT-IL OUVRIR LE TYMPAN AU COURS DES OTITES MOYENNES DU NOURRISSON ET DE L'ENFANT ?

Par P. WINTER,

Chef de Clinique oto-rhino-laryngologique à la Faculté de Médecine de Paris.

Les otites furent particulièrement fréquentes pendant l'hiver 1926-27, et il n'est pas un médecin qui ne se soit posé, à de nombreuses reprises, les questions suivantes :

Y a-t-il otite moyenne avec rétention dans la caisse ?

Cette infection de l'oreille explique-t-elle les signes généraux ?

Faut-il faire venir le spécialiste pour ouvrir le tympan ?

Le spécialiste appelé doit répondre par un oui ou par un non, ouvrir ou ne pas ouvrir. Dans beaucoup de cas, cette réponse est difficile à donner.

Nous résumerons rapidement, à l'occasion de quelques faits cliniques de pratique journalière, les arguments sur lesquels doivent s'appuyer le médecin et l'otologiste qui collaborent au traitement et à la guérison des otites moyennes aiguës, chez le nourrisson et l'enfant.

Si quelquefois le praticien abuse de l'appel en consultation, trop souvent encore il néglige une collaboration indispensable ou ne demande un avis que trop tard pour une complication déclarée. La phrase suivante, écrite par Lermoyez dans son *Traité des Maladies de l'Oreille*, ne sera pas sans étonner beaucoup de nos confrères de médecine générale : « *Tout médecin attentif, appelé auprès d'un otitique, peut et doit, même en toute ignorance de l'examen du tympan, poser les indications de la paracentèse.* » Cette affirmation semble vouloir consacrer, de la main même d'un spécialiste de grand renom, la faillite complète de celui qui arrive au chevet du malade, muni du miroir de Clar et du spéculum d'oreille. Son rôle serait ainsi réduit à celui d'un bon ouvrier destiné, sur les ordres du médecin traitant, à faire un petit trou dans une membrane, puis à plier bagages. Lermoyez a voulu surtout mettre en relief le rôle considérable que jouent dans le diagnostic et la conduite du traitement *les signes fonctionnels et les signes généraux*. C'est bien souvent ce que ne comprennent pas nos confrères de médecine générale. Ils croient volontiers que l'examen otoscopique va nous permettre, d'un seul coup d'œil, de résoudre le problème et de les dispenser ainsi d'un examen méthodique et d'une analyse serrée des symptômes. C'est vrai quelquefois, c'est faux dans la plupart des cas ; le spécialiste a le droit d'hésiter. Avant de prendre sa décision, il doit interroger, rétablir le tableau clinique d'ensemble et regrouper tous les éléments tirés d'un examen complet. Il est des circonstances où un seul signe doit l'emporter sur tous les autres et suffit à provo-

quer la décision. Lermoyez écrit : « 1° Les douleurs violentes ; 2° la surdité très accentuée ; 3° la fièvre et le mauvais état général... Les indications locales, fournies par l'aspect du tympan, utiles certes, ne viennent ordinairement qu'au second rang ; cependant, une membrane bombée, coïncidant avec les symptômes précédents, ne peut qu'apporter un élément nouveau à la cause de l'intervention. » « S'il y a discordance entre l'objectif et le subjectif, ce n'est pas dans les renseignements fournis par le spéculum qu'il faut placer sa confiance. N'oublions pas que tel tympan, simplement grossi par une poche d'œdème inflammatoire, peut faire croire à tort à une caisse remplie de pus sous pression ; et qu'inversement, tel tympan épais, scléreux, peut ne pas manifester à l'extérieur ce qui se passe derrière lui. » (*Traité des Affections de l'Oreille*, par Lermoyez, Boulay, Hautant.)

Il y a des circonstances où il faut toujours ouvrir. Nous ne faisons que les rappeler (signes méningés chez l'enfant, douleur provoquée nette au niveau de la mastoïde et dans certaines maladies infectieuses telles que la scarlatine, la typhoïde, ou dans des formes graves de grippe, de rougeole).

En pratique courante, les cas typiques comme on les décrit dans les livres sont l'exception. Il ne se passe pas de jour où, en toute conscience, nous ne devions hésiter. Ni le praticien, ni le spécialiste, ni les deux s'ils sont ensemble, ne peuvent se dispenser d'un examen minutieux suivi d'une discussion comportant des opérations mentales assez simples, mais qui doivent être logiques. Il faut surtout se garder d'appliquer par paresse une méthode absolue. Il y a des spécialistes qui n'ouvrent presque jamais, d'autres qui ouvrent presque toujours. C'est trop facile. S'il est vrai qu'une paracentèse bien faite reste une intervention bénigne, ne laissant généralement aucune trace (le tympan se cicatrise comme la peau), elle n'est pas exempte de difficultés, surtout chez le nourrisson et l'enfant, dans le cadre de la maison familiale. Elle peut nécessiter une courte anesthésie générale, et même à l'anesthésie locale, malgré nos moyens actuels, elle peut être encore quelquefois douloureuse. Elle peut aussi, bien qu'exceptionnellement, infecter une oreille indemne. Il faut donc ne pas s'y décider à tout hasard. Il semble banal de l'affirmer et pourtant il nous a paru que trop souvent encore c'était plus le coefficient variable d'optimisme ou de

pessimisme de tel ou tel d'entre nous qui emportait la décision, plutôt que l'analyse fine des symptômes.

### I. — Les otites du nourrisson.

Il est peu de questions qui aient été aussi discutées ces dernières années, surtout depuis les travaux de M. Renaud, qui eurent le grand mérite d'attirer l'attention des praticiens et des spécialistes sur la fréquence et la gravité des otites latentes du nourrisson.

On trouvera dans le rapport à la Société française d'Oto-Rhino-Laryngologie d'octobre 1925 (*les Otites latentes chez l'enfant*, par Le Mée, A. Bloch et Cazejust) l'opinion des otologistes et le résumé des travaux antérieurs.

On se rendra compte que, malgré ces études récentes, il est bien difficile, sinon impossible, de dégager certaines règles d'agir destinées à simplifier la tâche du médecin appelé à diagnostiquer et à traiter une otite chez un nourrisson.

A) Le nourrisson présente les signes d'une infection aiguë fébrile. — Même s'il y a otite moyenne aiguë franche, comme le confirmera l'examen otoscopique, ce sont toujours les signes non auriculaires qui prédominent. C'est sur eux que peut s'appuyer aisément un diagnostic faux.

Les signes fonctionnels d'une affection de l'oreille manquent. Il s'agit d'un enfant qui a pleuré plusieurs heures pendant la nuit, qui est grognon, nerveux dans la journée. Il est exceptionnel que l'enfant, portant constamment la main vers l'oreille malade, puisse orienter l'entourage sur la cause de son mal. Quelquefois, le nourrisson balance continuellement la tête ou la roule sur l'oreiller. Il crie chaque fois qu'on le couche sur un côté plutôt que sur l'autre. La douleur peut se manifester à l'occasion de la succion et de la déglutition, et il y a refus de prendre le sein du côté de l'otite : c'est le signe de la succion contro-latérale (Pins) ; Hallé a signalé les changements brusques de coloration de la face.

Il ne faut compter sur aucun de ces symptômes, mais cela ne doit pas dispenser de les rechercher. Chez un nourrisson bien réglé, on arrive assez souvent à se rendre compte si la souffrance est réelle. La famille incrimine généralement les dents, et elle a dans quelques cas partiellement raison, car nous avons assez souvent vu coïncider une poussée dentaire avec des signes d'inflammation rhino-pharyngée et même d'otite moyenne confirmée. Le danger est à l'oreille, il n'est jamais aux dents, et le praticien ne doit plus dire, pour tranquilliser l'entourage et se tranquilliser lui-même : ce sont les dents.

Les troubles digestifs seront minutieusement analysés.

Ils peuvent être primitifs et être la cause même des signes généraux. Ils sont souvent secondaires à une infection dont le siège est ailleurs, ce siège pouvant être l'oreille. Enquête sur le régime, réglementation alimentaire, examen des selles, etc...

Il faudra également rechercher les signes d'une infection broncho-pulmonaire ou pleurale.

Une radio pourra être nécessaire pour éliminer cette cause de fièvre, mais il ne faut pas oublier qu'une infection

rhino-pharyngée en sera souvent l'origine et a pu en même temps toucher l'oreille.

S'agit-il d'une simple infection localisée au rhino-pharynx expliquant la fièvre, sans rétention dans l'oreille moyenne ? Jusqu'à quel point cette rhino-pharyngite banale, cette adénoïdite, cette angine rétro-nasale peut-elle justifier l'intensité des phénomènes généraux que présentent certains nourrissons ? Il est difficile de préciser ici des limites. Toutes les nuances existent. Combien de jours peut-on attendre sans danger ? Dans des cas à début identique, brutal, il y a défervescence rapide en quelques jours, ou au contraire complication déjà grave partie d'un foyer purulent en rétention dans l'oreille ! Nous croyons que, dans tous les cas où il y a des signes généraux intenses persistant au delà de quarante-huit heures, sans explication plausible, coïncidant avec les signes habituels d'une infection du rhino-pharynx, il faut que le spécialiste soit appelé pour examiner l'oreille et discuter les indications d'une paracentèse.

B) Le nourrisson présente les signes d'une atteinte grave et progressive de l'état général. — Ce sont ces cas surtout qui répondent à la définition d'ensemble de l'otite latente donnée par A. Rendu : « L'otite latente est une otite moyenne aiguë, subaiguë ou chronique, qui risque de passer inaperçue parce qu'elle ne se manifeste ni par un écoulement spontané, ni par une douleur d'oreille, soit que l'otite soit indolore, soit que l'enfant soit trop petit pour indiquer le siège de sa douleur. »

La fréquence de cette otite latente était déjà admise par Politzer, Netter, Gradenigo, etc... On sait, depuis les travaux de M. Renaud, qu'elle a été vérifiée par de nombreux examens anatomo-pathologiques et par des ponctions du tympan. Elle semble vraiment un épouvantail et on refuse presque d'y croire.

Dans l'état actuel de nos connaissances, la sagesse est d'y penser toujours. Dans le rapport de Le Mée, sur 183 enfants à poussées fébriles inexplicables par l'examen général, 58, soit environ 1/3, étaient porteurs d'une otite latente. Dans la clientèle de ville, très surveillée, il s'en faut de beaucoup qu'une telle proportion soit observée. La phase aiguë du début ne passe pas inaperçue, comme c'est souvent le cas dans les otites latentes vues dans les services hospitaliers, avec atteinte progressive déjà profonde de l'état général, réalisant le syndrome classique de l'athrepsie. A cette dernière phase du reste, où il est souvent difficile de savoir si l'infection de l'oreille a été primitive ou si elle n'a été au contraire qu'une pululation secondaire, favorisée par un état général à résistance profondément amoindrie pour toute autre raison, il est trop tard pour agir, les lésions ont largement dépassé l'oreille moyenne et ont atteint le rocher.

Le praticien est donc en droit, chez un nouveau-né qui ne pousse pas ou maigrit, dont les troubles digestifs persistent malgré un régime bien dosé, qui ne présente pas d'antécédents héréditaires pathologiques précis, et après tous examens complémentaires éliminatoires, même s'il n'y a aucun signe fonctionnel auriculaire, de demander une ouverture bilatérale des tympans.

Il faut, bien entendu, se garder d'une exagération et



d'un interventionnisme systématique. Il ne faut pas voir l'otite latente partout.

Nous avons tenu à laisser de côté jusqu'ici les signes fournis par l'examen otoscopique; l'étroitesse du conduit, la non-coïncidence de son axe avec la membrane dont l'obliquité est très marquée, la difficulté dans la pratique courante d'obtenir une bonne immobilisation de la tête, etc..., rendent cet examen assez incommode chez le nourrisson. On y arrive toujours cependant, avec de la patience et une bonne instrumentation. Il est indispensable d'avoir, à défaut d'une télé loupe, une loupe ordinaire de 8 dioptries.

Cet examen, comme chez l'enfant et l'adulte, peut montrer une coloration rouge vif généralisée, avec bombement de l'ensemble de la membrane. Ce symptôme objectif d'otite moyenne est suffisant et décisif, et à lui seul il commande d'ouvrir immédiatement. Mais cette netteté de l'otoscopie, assez courante chez l'enfant, presque la règle chez l'adulte, est l'exception chez le nourrisson. Il existe toute une gamme de modifications légères, souvent trompeuses, sans aspect inflammatoire typique, et qui demandent une interprétation. Certaines ont une importante valeur clinique, mais réclament une assez grande expérience otologique pour être reconnues. Nous les énumérons :

Absence de tache lumineuse. Disparition de l'aspect normal, brillant (peut-être due à des instillations ou des bains d'oreilles). Rougeur localisée (peu de valeur : elle peut apparaître quand l'enfant crie ou après un simple nettoyage du conduit; elle peut n'être que le signe témoin d'une infection rhino-pharyngée sans rétention dans la caisse).

Rougeur localisée avec bombement postéro-supérieur ou bombement au niveau de la membrane de Schrapnell (ne commandent pas immédiatement la paracentèse, mais signes de grande valeur cependant; la décision dépendra des autres signes cliniques et surtout des signes généraux; surveillance régulière du tympan de toutes façons). Couleur blanc mat, terne, gris sale, et tardivement aspect gaufré, givré de la membrane (cet aspect, trompeur à un examen superficiel, est décisif pour l'otologiste; il s'agit d'une sorte d'épaississement de la membrane, et très souvent la paracentèse dans ces cas donne issue à du pus pur).

*Insistons bien encore sur ce fait que, quels que soient les résultats de l'examen otoscopique, positifs, négatifs ou douteux, ces résultats ne prendront leur véritable valeur qu'après confrontation avec les autres signes fournis par un examen général complet du nourrisson malade.*

*Ponction exploratrice du tympan.* Défendue par M. Renaud, par Rendu, il semble qu'elle soit encore discutée et n'a pas été adoptée par la majorité des spécialistes. Malgré une instrumentation bien mise au point, on lui préfère, s'il y a des raisons d'explorer, une paracentèse.

A titre d'exemples cliniques, nous résumons un certain nombre des cas observés par nous l'hiver dernier : ce sont de banales petites histoires pour le spécialiste. Nous les croyons intéressantes pour le praticien :

**OBSERVATION I.** — B..., 1 an. Appelé directement par la famille pour une température atteignant 40°. Adénoïdite certaine, tympans dépolis rouges, ne bombant pas. Bains d'oreille au sérum physiologique, pansements humides chauds. Appel en consultation d'un pédiatre dont l'examen est négatif. La température persistant, le troisième jour et bien que l'aspect des tympans ne se soit guère modifié, paracentèse bilatérale. Sérosité et sang en quantité assez abondante. Chute de la température le lendemain. Suppuration cinq à six jours.

**OBSERVATION II.** — M..., 1 an et demi. Appelé par le pédiatre. Rougeole récente avec température élevée persistante depuis quinze jours. Infection du rhino-pharynx. Signes de broncho-pneumonie à foyers disséminés. Ponction pleurale négative. Cachexie. Pas de signes otoscopiques précis. Paracentèse bilatérale sur demande expresse du spécialiste, donnant la sensation très particulière et très nette de la paracentèse sèche (tambourin crevé). Aucun effet. Mort les jours suivants.

**OBSERVATION III.** — B..., 20 mois. Signes généraux intenses avec température à oscillations atteignant et dépassant 40°. Enfant agité avec signes d'adénoïdite. Muco-pus en abondance descendant du cavum. Aucun signe fonctionnel attirant l'attention sur l'oreille. Le pédiatre demande un examen des oreilles. Tympans rosés avec rougeur vive du schrapnell et de la partie postéro-supérieure. Examens quotidiens. Nous résistons à la demande du pédiatre, qui, ne trouvant pas d'explication suffisante aux signes généraux, voudrait qu'on fit une paracentèse. Brusquement, apparition d'une rougeole franche. Guérison des oreilles vérifiée ultérieurement.

**OBSERVATION IV.** — A. J..., 22 mois. Infection rhino-pharyngée banale, douleur d'oreille accusée une nuit, température

## Granules de CATILLON STROPHANTUS

à 0,001 Extrait Titré de

C'est avec ces granules qu'ont été faites les observations discutées à l'Académie en 1889, elles prouvent que 2 à 4 par jour donnent une diurèse rapide. relèvent vite le cœur affaibli, dissipent  
**ASYSTOLIE, DYSPNÉE, OPPRESSION, ŒDÈMES, Affections MITRALES, CARDIOPATHIES des ENFANTS et VIEILLARDS, etc.**  
Effet immédiat, — innocuité, — ni intolérance ni vasoconstriction, — on peut en faire un usage continu.

## Granules de CATILLON STROPHANTINE CRIST.

à 0,0001 TONIQUE DU CŒUR PAR EXCELLENCE, NON DIURÉTIQUE

Nombre de Strophantus sont inertes, d'autres toxiques; les teintures sont infidèles, exiger la Signature CATILLON  
Prix de l'Académie de Médecine pour "Strophantus et Strophantine", Médaille d'Or Expos. univ. 1900.

PARIS, 3, Boulevard St-Martin et Phébus.

**Produit Français****Fabrication Française**

# ATOPHAN-CRUET

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

**PRODUIT CHIMIQUE PUR — N'est pas un mélange de médicaments****GOUTTE — RHUMATISMES ARTICULAIRES**

Echantillons et littérature gratuits, 6, rue du Pas-de-la-Mule, PARIS

Trib. Seine : 30.932.

# SCILLARÈNE

*Glucoside cristallisé, principe actif isolé du Bulbe de la Scille***CARDIO-TONIQUE POUR TRAITEMENTS PROLONGÉS****LE DIURÉTIQUE AZOTURIQUE VRAI****Gouttes**

XX-2 à 6 fois par jour

**Ampoules à 1 cm<sup>3</sup> = 0,0005**

(Injections intraveineuses)

1/2 à 1 par jour

**Comprimés**

2 à 6 par jour

**PRODUITS SANDOZ, 3 et 5, rue de Metz, PARIS (X<sup>e</sup>)**Dépôt général et vente : Usine des Pharmaciens de France, 125, rue de Turenne, PARIS (III<sup>e</sup>)**CAUME BENGUE**

Guérison radicale de

**GOUTTE****RHUMATISMES****NEURALGIES****D<sup>r</sup> BENGUÉ, 16, Rue Ballu, PARIS.****Chloréthyle Bengué****ANESTHÉSIE LOCALE - NÉURALGIES**

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

Recommandé à MM. les Médecins et Dentistes.

**D<sup>r</sup> BENGUÉ, Pharmacien, 16, Rue Ballu, Paris.****Dragées Bengué**  
**AU MENTHOL**Indications : Pharyngites  
Laryngites, Toux,  
Angines, Bronchites.Composition : Menthol, Borate  
de Soude, Cocaine.

Mode d'Emploi : 8 à 10 par jour

**Docteur BENGUÉ****16, Rue Ballu Paris**



dépassant 39°. Appelé par le médecin traitant, nous constatons un aspect rouge vineux du tympan D sans phlyctène. Traitement habituel; bain d'oreille au sérum, pansements chauds. Température restant élevée, dépassant largement 39°, mais bien supportée; enfant ayant bon aspect, plus aucune douleur d'oreille. Petite poussée sur l'oreille gauche avec nouvelle élévation de la température, signes otoscopiques comme du côté droit. Le jour même où nous devons faire les paracentèses (septième au huitième jour de la maladie), défervescence; guérison complète constatée les jours suivants.

OBSERVATION V. — Ch..., 1 an. Appelé directement par la famille. Signes nets d'infection du rhino-pharynx, enfant agité, pleurant toute la nuit depuis deux nuits. Température atteignant 40°. Examen du tympan difficile, enfant hurlant sans arrêt, difficilement maintenu. Tympan droit rouge vif dans son ensemble, pas de bombement net. Signes moins nets du côté gauche. Après examen général par le médecin de la famille, qui ne trouve rien, paracentèse bilatérale. Chute de la température. Suppuration douze à quinze jours. Un mois après, mêmes phénomènes, mêmes traitements. La suppuration bilatérale n'a été guérie qu'après adénoïdectomie.

OBSERVATIONS VI, VII et VIII. — Enfants de 6, 10 et 14 mois. Rhume banal avec petits signes généraux bien supportés. Pleurs et agitation une nuit. Pus sur l'oreiller le lendemain. Guérison en deux jours chez l'un (il n'y a plus aucune trace de suppuration le troisième jour), chez les deux autres rétention de pus sans signes généraux, cul de poule d'où sord une gouttelette purulente (au niveau du schrapnell).

Des pansements secs guérissent un cas; chez le troisième, paracentèse d'élargissement et pansements secs sans succès. Trois semaines après adénoïdectomie, guérison de l'oreille.

Pour les deux derniers cas, enfants en parfaite santé, sans température; il faut bien faire remarquer que très vraisemblablement, si le nécessaire n'avait pas été fait, on se trouvait en présence d'otites qui seraient devenues chroniques et qui représentaient le stade initial des suppurations chroniques de l'attique qu'on retrouve des années plus tard chez l'adulte.

OBSERVATION IX. — Cette dernière observation, qui est celle d'un enfant appartenant à une famille médicale de province, est bien suggestive et montre bien la difficulté qu'il y a de garder la juste mesure en clinique et combien, sous l'influence d'idées théoriques, le bon sens le plus élémentaire peut dérailler... Enfant de 12 à 15 mois (le premier de la famille), nerveux, difficile, mal discipliné, mal réglé, ayant eu des infections répétées du rhino-pharynx; poussées de température bien supportées, mais fréquentes. On fait venir un spécialiste... Il constate de petits signes du côté du tympan, il annonce doctoralement qu'il y a peut-être otite latente et dresse un tableau terrible et livresque de cette affection. Affolement. Au bout de quelques jours, il décide de faire une paracentèse. Elle ne donne rien, paraît-il, raconte la mère, cependant un peu de sérosité et de sang, déclare le spécialiste. Les jours suivants, fièvre à nouveau, etc... Affolement: le spécialiste revient, nouvelle paracentèse, etc... Tout l'hiver, la famille est dans l'inquiétude; d'autres médecins sont appelés en consultation. Personne ne dort plus et l'enfant mal élevé crie de plus en plus au moindre caprice.

L'enfant nous fut finalement amené. Après examen général, nous nous rendons compte qu'il s'agit d'un simple adénoïdien nerveux, à réactions vives. Conseils généraux sur la façon de l'élever. Nous rassurons franchement l'entourage. La mère, à bout de forces, reprend confiance et peut dormir en attendant une intervention sur le cavum de l'enfant si nécessaire.

## II. — Les otites de l'enfant.

Nous irons ici plus vite et ne nous attarderons pas sur les cas typiques. Nous insisterons surtout sur la nécessité de l'interprétation des différents symptômes accompagnant l'otite moyenne et nous verrons qu'aucun des éléments cliniques n'a de valeur absolue.

A) Avant l'ouverture spontanée ou provoquée du tympan. — Les signes *fonctionnels* prennent chez l'enfant une valeur importante, mais il y a toutes les nuances possibles dans l'intensité et la durée des phénomènes douloureux, et il n'y a pas toujours concordance, loin de là, entre l'élément douleur, les signes généraux et les signes locaux. La douleur peut être très vive, c'est une véritable rage d'oreille; elle est le plus souvent nocturne. Elle peut n'être que fugace et ne plus réapparaître le lendemain ni les nuits suivantes. La douleur peut être très atténuée, et pourtant l'examen du tympan montrera qu'il y a otite moyenne avec rétention nécessitant une paracentèse.

Dans tous les cas cependant où la douleur persiste, malgré les pansements chauds, les bains d'oreille, elle est par elle seule une indication de paracentèse.

Nous avons ouvert, au printemps dernier, le tympan d'une petite fille de 5 ans ayant des crises de douleurs depuis trois nuits, rien pendant la journée, avec une température ne dépassant pas 37° 4, tympan rouge, épais, pas nettement bombé, derrière lequel il y avait du pus franc. Disparition immédiate des douleurs nocturnes, guérison rapide.

Les *signes généraux* ont aussi une valeur variable et ce ne sera qu'après élimination de toute autre cause de fièvre chez un enfant qui présente des signes otoscopiques discutables, des douleurs peu marquées, que leur seule présence fera décider d'une paracentèse... Quand ils sont intenses, mal supportés, élevés, il faut agir vite, et pourtant, comme nous le verrons dans les exemples cliniques qui suivent, il est très difficile chez certains enfants, dont la fièvre est facilement élevée, de savoir jusqu'à quel point cette fièvre ne dépend pas d'une simple rhino-pharyngite aiguë.

*Signes rhino-pharyngés.* — Il faut qu'ils existent pour que se confirme un diagnostic d'otite. L'examen du nez donne peu de renseignements, c'est surtout l'aspect du pharynx avec traînée muco-purulente venant du cavum qui signera l'infection en cause et alertera le médecin sur l'oreille; mais, dans certaines formes grippales, particulièrement brutales, il n'y a qu'une simple rougeur vive du pharynx sans sécrétions.

Les *signes locaux* ont chez l'enfant, nous le croyons fermement, une prédominance indiscutable. Le praticien, avant l'arrivée du spécialiste, hésitait encore, l'examen du tympan confirme. Mais ici encore, en pratique, combien de cas délicats s'observent! Comme chez le nourrisson, certains tympans résistent, révèlent mal l'état de la caisse. Beaucoup plus souvent que chez le nourrisson, mais moins souvent que chez l'adulte, il y a simple myringite avec phlyctènes du tympan et du conduit, et ces cas, malgré les gros signes otoscopiques, ne nécessitent cependant pas

# BISMUTHOÏDOL

Bismuth colloïdal à grains fins, solution aqueuse

*Procédé spécial aux Laboratoires ROBIN*

**Injectons sous-cutanées, intra-musculaires ou intra-veineuses**

Immédiatement absorbable — Facilement injectable

**COMPLÈTEMENT INDOLORE**

1 ampoule de 2 cmc. tous les 2 ou 3 jours.

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

Pas d'accoutumance - Agit vite - Pas d'accumulation

**DIURÈNE**

"Extrait total" d'ADONIS VERNALIS

CARDIOPATHIES - ARTÉRIO-SCLÉROSE  
NÉPHRITES & CIRRHOSSES  
OEDÈMES & ASCITES

LIQUIDE

PILULES

**ANTISEPTIQUE —**

**— DÉSINFECTANT**

**LUSOFORME**

FORMOL SAPONINÉ

**GYNÉCOLOGIE - OBSTÉTRIQUE**

**CHIRURGIE** d'accider t.)

Echantillons et Littérature — **LABORATOIRES CARTERET** — 15, Rue d'Argenteuil, Paris (1<sup>er</sup>)

## VACCINS BACTÉRIENS I. O. D.

*Stérilisés et rendus atoxiques par l'Iode — Procédé RANQUE & SENEZ*

### VACCIN ANTISTAPHYLOCOCCIQUE I. O. D.

Traitement des affections dues au staphylocoque

### VACCIN PNEUMOSTREPTO I. O. D.

Prévention et traitement des complications de la Grippe, des Fièvres éruptives, de la Pneumonie

### VACCINS POLYVALENTS I. O. D.

Traitement des suppurations

TYPE I (association de Delbet) — TYPE II (avec Anaérobies) — TYPE III (Bronchopulmonaire) — TYPE IV (Génito-Urinaire)

### Vaccin Antigonococcique I. O. D.

### Vaccin Antimélicococcique I. O. D.

### Vaccin Anticholérique I. O. D.

### VACCINS ANTITYPHOÏDIQUES I. O. D.

Prévention et traitement de la F. typhoïde

### VACCIN ANTISTREPTOCOCCIQUE I. O. D.

Prévention de l'infection puerpérale, traitement des affections dues au streptocoque

### Vaccin Antiméningococcique I. O. D.

### Vaccin Antidysentérique I. O. D.

### Vaccin Antipesteux I. O. D.

Pour Littérature et Échantillons :

Laboratoire Médical de Biologie  
16, Rue Dragon. — MARSEILLE

DÉPOSITAIRES :

Docteur DEFFINS, 40, Fg Poissonnière, Paris  
P. MÉTADIER, docteur en pharmacie  
55, rue Nationale, TOURS

R. HAMELIN, pbarm., 31, rue Michelot, ALGER  
J. CAMBE, 10, rue d'Angleterre, TUNIS  
R. C. : N° 598-99 — Marseille.



toujours une paracentèse, beaucoup guérissent par simple traitement médical. Mais il faut paracëntéser quand même si les signes généraux ne cèdent pas en vingt-quatre ou quarante-huit heures au plus tard.

L'examen de la mastoïde sera toujours fait, non qu'il s'agisse encore de mastoïdite, comme cela pourtant peut se voir, mais bien d'une simple réaction inflammatoire des cellules mastoïdiennes accompagnant l'inflammation de la caisse. Une douleur précise, bien constatée, recherchée patiemment, sans violence, par comparaison avec l'autre côté s'il est sain, est de grosse valeur. Cette douleur, au cours de l'otite, est surtout nette à la pointe.

Si elle persiste malgré le traitement habituel, elle peut à elle seule faire décider de la paracentèse.

Chez beaucoup d'enfants, l'examen de l'audition apportera un renseignement important de plus. Si la voix chuchotée n'est pas perçue à plus de 10 centimètres, il y a certainement rétention dans la caisse. Mais, ici encore, nous avons des observations de cas où l'audition était très légèrement diminuée et où pourtant la paracentèse amena un flot montant de sérosité suivi de suppuration avec chute d'une température élevée.

*Résumons ici encore quelques très simples exemples cliniques qui feront mieux comprendre comment se posent les problèmes de l'otite moyenne aiguë chez l'enfant.*

**OBSERVATION I.** — M..., enfant de médecin, 2 ans et demi. Etat rhino-pharyngé avec fièvre atteignant 40°. Signes locaux, mais seulement au schrapnell bombant nettement, rouge violacé, côté droit, reste du tympan intact. Petits signes du côté gauche. Le père nous raconte qu'il a fallu déjà paracëntéser huit mois auparavant des deux côtés. Il n'y a rien aux poumons. Il me demande d'ouvrir, je refuse à cause du peu de signes locaux. Le lendemain, même état. Ouverture bilatérale des tympans. La température ne céda qu'après trois paracëntèses, deux d'un côté, une de l'autre, au niveau du schrapnell, suivies d'une suppuration qui dura cinq à six jours. Enfant débile.

**OBSERVATION II.** — Appelé par un collègue pédiatre auprès de la fille d'un médecin, 6 ans, température 40° depuis six à sept jours. Examen général négatif. Signes rhino-pharyngés, tympans rouges, non bombés. Je décide d'attendre. Bains, pansements, le lendemain 40°. A aucun moment chez cette enfant il n'y avait eu de douleur d'oreille. Paracëntèse bilatérale, flot net de sérosité d'un côté. Le lendemain, chute typique de la température. Écoulement quelques jours.

**OBSERVATION III.** — Enfant de 3 ans opérée de végétations l'année précédente par un confrère. Pus en abondance venant du cavum. Douleur d'oreille une nuit seulement. Dans la journée, l'enfant joue et supporte bien une température qui dépasse 39°,5; tympans rouges. Les signes généraux moins élevés persistent six à huit jours, surveillance journalière. Pas de signes otoscopiques nets. Les sixième et septième jours, nouvelle poussée, douleur nocturne, non dans l'oreille, mais dans la région de la mâchoire supérieure (?). L'enfant a pleuré plusieurs heures la nuit. Le lendemain matin d'urgence, ouverture bilatérale, un tympan bombant nettement à gauche (qui ne bombait pas la veille), tympan rouge seulement à droite. Flot montant de sérosité des deux côtés, suppuration bilatérale les jours suivants. Chute de la température. Guérison.

**OBSERVATION IV.** — Appelé d'urgence une nuit par le médecin traitant pour un enfant de 3 ans ayant souffert déjà la nuit précédente. Cavum complètement obstrué. Paracëntèse du côté gauche à cause de l'intensité des douleurs et des signes généraux. Légère chute de la température. Le lendemain, 39°,8, suppuration douteuse (?). Les jours suivants, sans qu'il y ait de nouvelles douleurs d'oreille, température oscillant de 40° le soir à 37°,9 le matin, enfant gai, jouant dans la journée. En mon absence, un collègue ouvre de nouveau le tympan gauche. Suppuration nette les jours suivants, mais persistance des signes généraux. Grandes oscillations thermiques. Enfant ayant un bon aspect général, ne souffrant pas. Vers le douzième jour, influencé par la famille, nous nous décidons à ouvrir le tympan droit, qui est rouge. Paracëntèse négative... C'est seulement vers le vingtième jour, après une consultation avec un collègue, que la température tombe. Il ne semble s'être agi dans ce cas que d'une adénoïdite prolongée chez un enfant à végétations particulièrement volumineuses.

**OBSERVATIONS V et VI.** — Enfants de 6 à 7 ans opérés de végétations tous les deux quelques années auparavant, après otites bilatérales. Nouvelles poussées d'otite moyenne des deux côtés. Chez l'un, les tympans, suivis au jour le jour, furent ouverts à quelques jours d'intervalle avec succès. Chez l'autre, peu ou pas de signes otoscopiques, tympans cicatriciels. Suppuration spontanée la nuit même qui suivit notre examen, dont la conclusion avait été qu'une paracëntèse n'était pas utile.

**B) Conduite à tenir pendant la phase de suppuration, après ouverture spontanée ou provoquée.** — Il est indispensable de continuer une surveillance fréquente de l'enfant. Les signes fonctionnels doivent disparaître. Les signes généraux également. L'examen otoscopique après nettoyage minutieux du conduit doit montrer l'absence de rétention.

Dans le cas contraire, une nouvelle ouverture peut être nécessaire ou un élargissement de la perforation spontanée, qui est insuffisante ou mal placée. Il faut continuer les bains et les pansements humides tant qu'il persiste de la fièvre.

*Toute otite moyenne aiguë, par des soins convenables, doit guérir au plus tard dans le mois qui suit le début de la suppuration. Les suppurations chroniques d'oreille n'existent et ne durent que par insuffisance du traitement de l'otite à sa phase aiguë. Les otorrhées doivent disparaître.*

Si la suppuration persiste malgré des soins convenables (soins qui peuvent comporter une ablation des adénoïdes), il ne peut s'agir que d'une otite tuberculeuse ou d'une otite compliquée dont le traitement sera discuté entre le spécialiste et le médecin traitant.

Toute oreille d'enfant qui a été atteinte d'otite moyenne aiguë est une oreille à surveiller dans l'année qui suivra. Il faut toujours prévoir les séquelles possibles : imperméabilité tubaire, otorrhée tubaire, cicatrices, perforations définitives, troubles de l'audition, séquelles guérissables ou améliorables par les traitements de l'otologiste combinés à celui du médecin habituel.

Nous avons voulu rester sur le terrain de notre pratique courante. Nous n'avons pas multiplié les exemples des

# GOUTTES SANAS

Extrait Concentré  
de Foies frais de Morue

A. WELCKER & C<sup>ie</sup> 72, Rue du Commerce - PARIS

## LE LACTATE D'HG

est le sel le mieux toléré par l'estomac (adultes et enfants). Il est pur et inaltérable et toujours accepté

DANS LES

## COMPRIMÉS ROY

Dose quotidienne moyenne : Quatre comprimés  
(soit 0 g, 02 avant les repas)

Prescrire : **COMPRIMÉS ROY**  
(sans autre indication)

A. ROY & C<sup>ie</sup>, 81, Boulevard Suchet - PARIS

Téléphone : 2.82

## VILLA LUNIER (BLOIS)

CONSCRÉE AUX MALADIES MENTALES

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

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

Le prix de pension varie de 500 fr. par mois à 1.300 fr. selon les classes; le prix des pavillons particuliers oscille entre 2.000 fr. et 3.000 fr.

## CONSTIPATION

**Lactolaxine**  
**Fydau**

COMPRIMÉS DE  
FERMENTS LACTIQUES  
LAXATIFS

COMBAT  
L'ATONIE  
RÉTABLIT LA  
SENSIBILITÉ  
DE LA MUQUEUSE  
ANTISEPTISE  
ET RÉÉDUQUE  
L'INTESTIN

MÉDICATION LAXATIVE  
IDÉALE POUR ENFANTS  
ADULTES, VIEILLARDS.

1 à 3 Comprimés  
par jour.

ÉCHANTILLONS

LABORATOIRES ANDRÉ PÄRIS  
4 Rue de La Motte-Picquet, PARIS, XV.

## VICHY-ÉTAT



Bien spécifier le nom

### VICHY CÉLESTINS

Arthritisme — Goutte — Rhumatisme  
Maladies des voies urinaires

### VICHY GRANDE GRILLE

Maladies du foie  
et de l'appareil biliaire

### VICHY HOPITAL

Affections de l'estomac et de l'intestin

R. C. (Paris) : 30.051.



difficultés éprouvées. Elles sont celles de tous les spécialistes de l'oreille. La relativité de chacun des signes pris solément est particulièrement frappante et incline à tousjours plus de minutie dans les examens de nourrissons et d'enfants et à une collaboration étroite entre la médecine et l'otologie.

D'autres éléments de précision dans le diagnostic des indications de la paracentèse sont à étudier. La flore microbienne en premier lieu.

Ne pourrions-nous pas aussi, allopathes rationalistes que nous sommes et qui traitons plus volontiers des maladies que des malades, tenter d'améliorer nos chances de

diagnostiquer juste et avec succès en étudiant mieux les différents tempéraments des enfants, leurs modes divers de réaction aux infections, que celles-ci soient à l'oreille ou ailleurs? Que de muqueuses différentes pour celui qui veut observer! Les pus eux-mêmes ne se ressemblent pas; que de courbes thermiques différentes pour des infections que nous jugeons identiques!... Combien tous ces gosses à qui nous voudrions appliquer des règles univoques sont dissemblables!... Que de différences morphologiques qui devraient bien pouvoir nous guider... si nous savions!

Mais ceci est une tout autre histoire et l'otologiste appelle à son secours, à son tour, le pédiatre!

## Polémique médico-chirurgicale

### A PROPOS DE L'INVAGINATION INTESTINALE

Nos lecteurs n'ont pas oublié l'article du docteur Le Cam publié dans le numéro des *Gazettes* du mois d'octobre dernier et dans lequel notre jeune confrère préconisait le lavement sous pression comme traitement de l'invagination intestinale des enfants.

Nous eûmes quelque scrupule à publier son travail, tellement il nous semblait constituer un retour en arrière dans le traitement d'une maladie qui ne souffre aucun délai pour la décision à prendre, et nous écrivîmes à l'auteur: « Vous avez eu trois cas heureux. Gare au quatrième! » Or ce quatrième nous échet dans les circonstances suivantes:

Un matin du mois d'octobre, le docteur B... nous amena à l'hôpital un beau bébé de cinq mois, élevé au sein, qui, dans la nuit, à 3 heures du matin, avait été pris de douleurs vives dans le ventre, sans vomissements, suivies de syncope. Aucun symptôme à l'examen du ventre. On pensa à une asphyxie par réchaud à gaz brûlant dans une pièce voisine, et l'on donna des bains sinapisés: l'enfant se colora et revint à lui. A 7 heures et demie, le docteur B... est appelé de nouveau, l'enfant a des douleurs violentes dans le ventre, émet des selles sanguinolentes: la palpation révèle la présence d'un boudin situé dans la fosse iliaque gauche et qu'on peut suivre sur une longueur de 10 centimètres environ; le toucher rectal ramène du sang.

En présence de ces symptômes, l'enfant est amené à Tours: je ne puis à son arrivée à l'hôpital que confirmer le diagnostic d'invagination intestinale, et le chirurgien est aussitôt prévenu. Mais, avant de lui confier le petit malade, je demande, puisque l'invagination est de date toute récente et qu'on peut sans danger attendre une heure ou deux, qu'on applique la méthode de Le Cam. Un premier lavement est donné avant midi, et aussitôt l'enfant accuse un mieux évident. Il émet cependant encore dans l'après-midi quelques selles sanguinolentes; à 5 heures, on donne un nouveau lavement. A partir de ce moment-là, guérison parfaite: par précaution, l'enfant

reste cinq jours en surveillance, puis rentre chez lui en parfait état.

Cette guérison fit taire nos scrupules et nous décida à publier l'article du docteur Le Cam, nous doutant bien qu'il amènerait chez de nombreux médecins et chirurgiens des réflexes intéressants.

Nous versions aujourd'hui au débat trois documents:

1<sup>o</sup> Une lettre de notre ami Coudert (de Vihiers), dont nos lecteurs goûteront toute l'ardeur et toute la verdeur;

2<sup>o</sup> Deux lettres du docteur Pouliquen (de Brest), qui s'est fait dans la région du Finistère l'apôtre de l'opération précoce dans l'appendicite aiguë et l'invagination intestinale et qui doit à ce zèle de si beaux succès opératoires;

3<sup>o</sup> Une note du docteur G. d'Allaines, chirurgien des hôpitaux de Paris, laquelle est un plaidoyer éloquent en faveur de l'intervention chirurgicale.

Nous ne pouvons pour notre part que nous rallier au vœu émis par le docteur Pouliquen: que tous les confrères qui essayeront le lavement baryté-voient aux *Gazettes médicales* leurs observations bonnes ou mauvaises, avec des détails précis sur la technique employée et surtout la pression donnée. C'est une question qui intéresse la vie de centaines d'enfants: il importe que le corps médical soit fixé le plus tôt possible sur le meilleur traitement à appliquer en présence d'un cas d'invagination intestinale chez l'enfant, et si l'on doit toujours souscrire aux paroles de Kirmisson à la Société de Chirurgie (10 octobre 1926): « On méconnaît l'invagination intestinale des jeunes enfants, ou, si on l'a diagnostiquée, on perd du temps à faire des applications de remèdes inutiles, et quand on amène les petits malades, trois, quatre, cinq jours après le début des accidents, il est trop tard pour que l'opération ait chance de succès. »

## I

# THÉRAPEUTIQUE DE L'INVAGINATION INTESTINALE

Par le Docteur COUDERT (de Vihiers).

Au docteur Bosc.

CHER ANCIEN MAÎTRE ET AMI,

Après avoir signé le *bon à tirer* pour publier dans la *Gazette médicale* l'article du confrère Le Cam sur le traitement de l'invagination intestinale, n'avez-vous pas eu vos songes peuplés de cauchemars effrayants ?

Est-ce que l'agitation nocturne de multiples squelettes d'enfants qui s'entrechoquaient en produisant un bruit macabre de castagnettes et vous imputaient âprement leur passage de vie à trépas n'a pas troublé le calme reposant de vos nuits ?

Ne vous souvient-il plus de ce temps lointain (mon Dieu ! il y a déjà près de cinq lustres) où, jeune médecin de la crèche de l'hôpital de Tours, vous accabliez de sourires sarcastiques ou d'un haussement d'épaules dédaigneux les malheureux étudiants qui, par amour de l'opposition, soutenaient alors qu'un lavement semblait aussi rationnel pour désinvaginer un intestin qu'une intervention dange-reuse ?

Et pourtant Dieulafoy, qui à cette époque était la *Somme thérapeutique* où s'abreuvaient les nourrissons de l'école de Tours, parlait de lavements et des injections forcées de Cantana.

Foin de tout cela ! Ignorants, ignorantissimes nous étions : le bistouri seul était indiqué.

*Multa renascentur...* Voilà qu'aujourd'hui le lavement si honni revoit le jour.

Purgon rentre en scène, la seringue en main ; chapeau bas devant cette vieille connaissance !

Evidemment les observations de Le Cam rendent un peu perplexe, mais une hirondelle pas plus que trois ne font le printemps et, avant de *bolcheviser* une thérapeutique préconisée par tous les maîtres de la médecine, siérait-il d'être un peu prudent.

Dans ce but, ne vous apparaît-il pas sage et opportun de provoquer une sorte de referendum parmi vos lecteurs où chacun exposerait ses succès et ses échecs pour illustrer la conduite à tenir ?

Alors la route étant plus éclairée et nos neurones susceptibles d'efforts, nous pourrions choisir plus judicieusement le traitement utile.

Je m'inscris le premier et vous envoie ma plus récente observation.

M. Br..., 4 mois. — Je suis appelé le 16 septembre dernier. Cette enfant crie, vomit depuis la veille, ne veut plus téter, le ventre paraît douloureux et dur ; un doigt introduit dans l'anus ne se couvre pas de sang ; malgré l'absence de ce signe important, je porte le diagnostic d'invagination et conduis immédiatement la petite malade à la clinique du docteur Ch. Martin (d'Angers), qui porte le même diagnostic.

Pendant que nous procédons à la toilette de nos mains, la malade, sur la table d'opération, émet une selle sanglante qui confirme l'exactitude du diagnostic.

L'opération fut rapide, la désinvagination assez facile, mais la narcose coupée d'incidents tragiques sous forme de syncopes répétées. Je partis peu rassuré ; quarante-huit heures après, je reçus la bonne nouvelle que tout allait bien.

Les observations du chirurgien s'enrichissaient d'un succès de plus et je me félicitai de ma décision rapide. Aujourd'hui l'enfant est superbe.

Conclusion : ma prochaine invagination ira en chirurgie et se verra refuser les sensations précoces de la canule et du lavement.

Mais je hais l'absolutisme et ne refuse pas de m'instruire ; si les autres observations démontrent que les injections forcées font mieux, je changerai d'avis.

Vihiers, le 25 octobre 1927.

## II

Lettres du Docteur POULIQUEN (de Brest).

Chirurgien de l'hôpital de Brest,  
Membre correspondant de la Société de Chirurgie.

Brest, 31 octobre 1927.

MON CHER CONFRÈRE,

A propos d'un article du docteur Le Cam, vous me demandez mon avis sur le traitement de l'invagination par le lavement ; je vous le donne d'autant plus volontiers que la question est d'actualité et qu'elle m'intéresse particulièrement.

La statistique du docteur Le Cam est très intéressante, mais j'estime que l'auteur aurait dû se contenter de publier ses observations sans en tirer de déductions.

A mon avis, il s'agit d'une série heureuse de guérisons par lavement et d'une série malheureuse par opération.

Dans les observations II et III, on ne peut approuver la conduite du praticien qui est parti sans être certain de la réduction et n'est revenu que le lendemain. Pour l'enfant Roger L..., 5 mois, il est parti alors que le boudin était encore perceptible ! Il a eu une chance inouïe de ne pas trouver le lendemain un nourrisson moribond ou même mort.

Les deux cas opérés étant morts, le docteur Le Cam se permet de conclure : « L'opération faite dans les meilleures conditions tue les nourrissons dans des proportions navrantes... la question nous paraît jugée définitivement » !

Pour moi qui ai eu occasion d'observer environ 80 cas d'invaginations et qui ai étudié de très près tout ce qui a paru sur cette question depuis une quinzaine d'années, je crois pouvoir affirmer que, dans les bons cas, comme ceux du docteur Le Cam, on doit obtenir 8 ou même 9 guérisons sur 10.

Si le traitement chirurgical est assez dangereux, le traitement par le lavement l'est-il moins ? Tout le monde sait (et évidemment le docteur Le Cam n'a pas la prétention d'avoir inventé le lavement curatif) que cette méthode a



été longtemps classique et qu'actuellement encore, surtout à l'étranger, elle conserve des partisans; par exemple: le docteur Hipsley (de Sydney) vient de publier une série de 100 cas avec 62 réductions, et tout près de nous le docteur Bagot fils (de Saint-Pol-de-Léon) (*Journal des Praticiens*, 7 mai 1927), une série de 7 cas avec 6 guérisons: statistiques peut-être heureuses.

La plupart des chirurgiens français, beaucoup, je crois, à la suite du rapport de Grisel au congrès de Rouen (1904), avaient renoncé à la méthode du lavement. On lui reprochait, non sans preuves évidemment, d'être dangereuse (Fagge, Grisel, etc...) et aveugle.

Hipsley avoue avoir été obligé 18 fois de faire la laparotomie pour contrôler la réduction. C'est pour avoir eu le même ennui et avoir failli perdre de ce fait un de mes premiers malades que j'avais renoncé au lavement forcé.

Aujourd'hui, grâce à la radio, on peut éclairer le lavement jadis aveugle; il est donc logique de revenir à la méthode, mais avec grande prudence, car il faut bien se rendre compte que l'on fatigue l'enfant et que l'on retarde une opération dans une affection où il n'y a quelquefois pas une heure à perdre.

Le docteur Le Cam (au courant de mes travaux) écrit que «la radiographie a ici un grand rôle à jouer. On pourrait ainsi désinvaginer sous le contrôle de la vue, avec un liquide opaque»; c'est exactement ce que j'ai dit et prouvé à la Société de Chirurgie le 6 juillet 1927.

La radioscopie en effet permet de confirmer le diagnostic dans les cas douteux et de vérifier la réduction en cas de lavement curatif. Je l'ai essayé trois fois et mon associé le docteur de la Marnierre une fois, toujours dans des formes paraissant très bénignes. Dans un cas, j'ai vu l'intestin se dérouler et le docteur Bienvenue a pu obtenir trois clichés superbes avant, pendant et après la réduction. Ces radiographies doivent être uniques, car si quelques rares travaux ont été faits sur la radiologie de l'invagination, jamais la réduction n'a dû être démontrée par radiographie.

Dans les trois autres cas, la réduction n'a pu être obtenue, mais je dois signaler que la pression n'a pas dépassé 80 centimètres. Ces trois malades ont été opérés de suite et tous les trois ont guéri.

Le lavement ne doit avoir de chance de réussir que dans les variétés colo-coliques, caeco-coliques, iléo-cæcales, bien peu dans les iléo-coliques (fréquentes) et aucune chance dans les iléales pures.

Dans une question aussi grave, il faut évidemment être extrêmement prudent. Voici ce que j'oserais personnellement dire à l'heure actuelle.

Le lavement d'eau, aveugle, est à rejeter, sauf dans les cas de force majeure dans un pays dépourvu de toute ressource radiologique.

Le lavement baryté peut être essayé dans les formes bénignes, c'est-à-dire sans selle sanglante, et dans les cas ordinaires, mais pris tout à fait au début, dans les premières heures.

Dans un article sur l'invagination, au journal *la Médecine* (octobre 1927), je ne parle du lavement que dans les formes non hémorragiques; il me semble aujourd'hui qu'on peut aller un peu plus loin.

Bien entendu, en cas d'échec, il faut immédiatement opérer et je ne comprends pas que le docteur Le Cam ait osé écrire: «Le lendemain, si l'enfant continue à vomir, à crier, à se torturer et surtout à rendre du sang par l'anus, une nouvelle séance aura lieu.» Il faut que le praticien sache que, surtout chez le nourrisson, la maladie s'aggrave d'heure en heure et que souvent au bout de vingt heures la réduction est déjà extrêmement difficile; j'ai observé un cas où, au bout de six heures, la tête de l'invagination était déjà près de l'anus et la réduction impossible. Une fois le diagnostic fait, il ne faut donc pas lâcher l'enfant avant d'être certain de la réduction.

La méthode employée par le docteur Le Cam et aussi celle employée par le docteur Bagot est à peu près la méthode classique, décrite par exemple dans le *Précis de Chirurgie* de Kirrison, mais ils paraissent, et sans doute avec raison, avoir donné plus de pression et de durée au lavement. Kirrison conseille de soulever le bock de 80 centimètres, tandis que Bagot parle de 1<sup>m</sup>,20.

Le point original dans le procédé du docteur Le Cam est de mettre le doigt dans l'anus du petit malade et de l'y maintenir, comme obturateur, pendant un quart d'heure à chaque séance. J'avoue que je préfère la méthode classique décrite par Kirrison: «Un aide rapproche fortement les deux fesses l'une de l'autre de façon à fermer l'orifice anal et à s'opposer au reflux du liquide au dehors»; en tout cas, s'il fallait absolument un obturateur, j'opterais pour un bouchon.

Veuillez agréer, mon cher confrère, l'assurance de mes sentiments les meilleurs.

POULIQUEN.

POST-SCRIPTUM. — Puisque la discussion sur cette importante question est ouverte, j'émettrais le vœu suivant: que tous les confrères qui essaieront le lavement baryté envoient à la *Gazette médicale* leurs observations, bonnes ou mauvaises, avec des détails précis sur la technique employée et surtout sur la pression donnée.

Brest, 8 novembre 1927.

MON CHER CONFRÈRE,

A la suite du vœu que j'ai émis dans ma lettre du 31 octobre 1927, je vous adresse une première observation d'invagination intestinale traitée par lavement par le docteur de la Marnierre, mon associé.

Le 4 novembre, à 22 heures, le docteur G. Corre nous adresse un garçon de 6 mois, très bel enfant, présentant tous les signes d'invagination: coliques, vomissements, selles sanglantes, boudin perceptible sous le foie.

Les premiers malaises paraissent être survenus vers midi et la première selle sanglante à 16 heures. Les langes apportés par les parents sont très maculés de sang; il s'agit d'une forme hémorragique.

L'état général paraissant très bon et le début récent, le docteur de la Marnierre se décide à essayer la méthode du lavement.

Successivement deux lavements d'eau sont administrés avec pression de 1 mètre et même 1<sup>m</sup>,20, l'enfant étant en position renversée. L'eau est maintenue soit en serrant les tissus péri-

anaux sur la canule, soit par l'introduction d'un doigt dans l'an us.

Après une demi-heure d'essais, le boudin ne semble pas se dérouler et on se décide, pour le vérifier, à porter l'enfant dans une salle de radiologie chez le docteur Corre. Là un dernier lavement, celui-ci baryté, est donné.

Le liquide opaque monte jusqu'à l'angle splénique et là s'arrête net.

Devant cet échec, et estimant qu'il était imprudent de continuer les manœuvres, on décide d'intervenir sur-le-champ.

Opération à 21 heures, avec l'assistance du docteur Pouliquen. L'extériorisation du boudin après laparotomie médiane est facile et la désinvagination s'obtient, par expression, sans trop de difficultés. Le cæcum, comme toujours, est très épaissi et l'appendice violacé.

Il s'agit d'une variété cæco-colique, par conséquent d'une bonne forme anatomique.

Durée de l'opération : quelques minutes.

L'enfant, revu le quatrième jour, va très bien et peut être considéré comme guéri.

Devant ce nouvel échec, mon opinion ne fait que se confirmer : j'ai l'impression que la méthode du lavement ne peut réussir que dans les variétés très bénignes avec pas ou très peu de sang, c'est-à-dire dans les formes lâches, et jamais dans les formes très hémorragiques, toujours très serrées, difficiles à réduire même par les expressions manuelles au cours de l'opération.

Une fois de plus j'ai remarqué la supériorité du lavement baryté : il permet de vérifier le diagnostic et de confirmer la non-réduction.

Jusqu'à présent, sur cinq cas nous n'avons obtenu qu'un succès ; les quatre autres malades d'ailleurs, opérés immédiatement après le lavement, ont tous guéri ; deux ont été opérés par moi et deux par le docteur de la Marnierre.

Veillez agréer, mon cher confrère, l'assurance de mes sentiments les meilleurs.

POULIQUEN.

### III

## SUR LE TRAITEMENT DE L'INVAGINATION INTESTINALE CHEZ LE NOURRISSON

(A PROPOS DE L'ARTICLE DE M. LE DOCTEUR LE CAM)

Par DE G. D'ALLAINES,  
Chirurgien des Hôpitaux de Paris.

L'article de notre confrère, le docteur Le Cam, est fort intéressant ; mais, devant les conséquences thérapeutiques formelles qu'il comporte, je crois devoir mettre en garde contre les dangers possibles du traitement purement médical dans l'invagination intestinale aiguë chez les jeunes enfants. Deux morts sur 2 opérations, 3 guérisons sur 3 cas non opérés, cela fait du 100 % dans chaque cas. Il est évident que M. Le Cam ne songe pas à généraliser sa statistique. L'opération de l'invagination intestinale est grevée d'une lourde mortalité (environ un tiers des cas),

mortalité bien moins considérable du reste quand l'opération a pu être précoce [Pouliquen (1) : 3 morts sur 14 opérés ; Suermont (2) : 1 mort sur 16 opérés dans les quatorze premières heures, etc...]. Le traitement de l'invagination par le lavement sous pression a été déjà appliqué : au Danemark, où l'invagination aiguë est beaucoup plus fréquente que chez nous, Aage Koch et Oerum (3) en ont réuni 400 cas, dont la moitié fut opérée et l'autre moitié fut traitée de la façon suivante : anesthésie générale, évacuation de la vessie, taxis énergique, puis injection par lavement de 500 à 1.000 centimètres cubes d'eau, de manière à obtenir par pression antipéristaltique la désinvagination du boudin. Voyons les résultats de cette importante statistique. Avant un an, les résultats du traitement non opératoire paraissent fort bons : 65 % de guérisons, donc les deux tiers, un tiers de morts ; ce qui est très beau si l'on veut bien se rappeler que l'opération chez l'enfant est plus grave avant un an qu'après cet âge et donne une mortalité considérable (74 % chez ces mêmes auteurs). Après un an, les résultats sont identiques pour les deux méthodes, et les auteurs eux-mêmes conseillent le traitement chirurgical.

Si l'on prend donc à la lettre cette statistique, on peut penser avec le docteur Le Cam qu'avant un an il ne faut pas opérer, mais bien donner un lavement. Écoutons cependant Lotsch (4). Cet auteur, qui a étudié tout au long les cas des auteurs danois, fait remarquer que les cas opérés sont tous des cas graves déjà traités médicalement et aggravés de ce fait. Nous pouvons donc penser logiquement qu'on en aurait sauvé un bien plus grand nombre par l'opération si on avait opéré immédiatement. C'est du reste l'opinion de Lotsch, qui conseille d'opérer et de rejeter toutes les tentatives non opératoires (insufflation, lavement sous pression en position de Trendelenburg, etc...). Je m'excuse de ces citations, mais elles montrent que l'opinion de M. Le Cam et l'opinion adverse sont parfaitement défendables, malgré que dans aucun des deux cas il n'y ait 100 % de guérisons ou de morts. En pratique, malgré quelques défenseurs du traitement médical, on est d'accord pour opérer. Pourquoi ?

Je crois que, dans l'invagination intestinale, le taxis (dont le lavement est une modalité) est aussi rarement indiqué que dans la hernie étranglée.

a) *C'est une méthode aveugle*, il est impossible de savoir si la manœuvre a réussi, à moins d'attendre pendant plusieurs heures et de perdre ainsi les moments précieux où l'opération serait susceptible de réussir. Seul le procédé employé quatre fois par Pouliquen et de La Marnierre (5)

(1) POULIQUEN, rapport de V. Veau (Société de Chirurgie, 1927, p. 1328).

(2) SUERMONT, *Nederland Tijdschrift voor Gessenkunde*, avril 1916, p. 1524.

(3) AAGE KOCH et OERUM, *Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie*, t. XXV, 1912, p. 293.

(4) LOTSCH, *Berliner klinische Wochenschrift*, t. L, n° 46, nov. 1913, p. 2140.

(5) POULIQUEN et DE LA MARNIERRE (Société de Chirurgie, 1927, p. 1016) ont traité quatre invaginations par le lavement sous écran. Trois des malades durent être opérés, mais la pression du lavement avait été par prudence très réduite pour éviter tout accident.



lavement baryté sous écran) permet de contrôler le résultat, mais il nécessite une installation radiologique à portée immédiate.

b) *Comme le taxis, le lavement peut être très dangereux.* Il est évident que, une fois l'invagination adhérente et irréductible constituée, avec les lésions ulcéreuses du collet et l'accumulation de liquide septique entre collet et boudin (et je ne parle pas de la gangrène du boudin), une telle manœuvre devient très dangereuse par les complications qu'elle peut entraîner, sans aucun contrôle possible. De fait (je cite toujours les auteurs danois), ils ont vu, après ce traitement par lavement, 15 cas de réduction incomplète, 1 cas de perforation intestinale, 3 cas de collapsus cardiaque; ils reprochent en outre la grande fréquence des récidives. En résumé, je crois qu'il faut d'abord remercier le docteur Le Cam, qui nous rappelle que l'opération de l'invagination est dangereuse, et nous fait souvenir d'un vieux procédé susceptible de rendre service. Pour ma part, je l'emploierai volontiers, mais dans des conditions très spéciales. J'essayerais si l'invagination est toute récente, avant la constitution d'adhérences ou de lésions des parois intestinales; et encore, s'il s'agit d'un tout petit âgé de moins d'un an. En effet, à cet âge, l'invagination donne une mortalité considérable (il

est du reste de notion courante que l'on peut essayer le taxis d'une hernie étranglée récente aux deux âges extrêmes de la vie).

*Je donnerai un lavement en position de Trendelenburg, sous anesthésie générale. Lavement opaque sous écran radiographique si possible, et surtout je ne ferai ces manœuvres qu'après avoir de toute urgence fait transporter l'enfant et fait préparer tout pour une opération immédiate à pratiquer sans délai si la méthode ne réussit pas.*

Récemment, mon maître le docteur Veau (1) montrait le mérite de Pouliquen, qui a réussi à faire connaître autour de lui la nécessité de l'opération précoce et en a bénéficié sous forme d'une statistique de guérisons fort belle. Je ne voudrais pas que l'article du docteur Le Cam fasse croire aux médecins que l'invagination intestinale aiguë est une maladie que l'on guérit avec un lavement.

Si demain on vient nous apporter une statistique de 5 appendicites purgées et guéries contre 3 opérées et décédées, personne ne changera d'avis sur le traitement de l'appendicite aiguë par l'opération d'urgence.

(1) *Loco citato.*

## Actualités médicales

### BACTÉRIOLOGIE.

Professeur J. SABRAZÈS, docteur J. JONCHÈRES et J. PENNANÉACH, *Examen cyto-bactériologique et sémiologie des exsudats de péritonite aiguë* (Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux, n° 35 du 28 août 1927).

L'an dernier, le professeur Sabrazès nous a fait connaître les premiers résultats que lui a donnés l'étude cyto-bactériologique des exsudats de péritonite aiguë. Dans la péritonite des typhiques, la présence de spirochètes dans l'exsudat est un indice de *perforation*.

Le professeur Sabrazès et ses élèves ont pensé qu'il serait intéressant d'étudier cet exsudat dans d'autres états péritonéaux. Ils ont, en effet, trouvé des résultats fort curieux.

Dans un cas de perforation d'ulcère calleux prépylorique, on trouve des leucocytes polynucléaires neutrophiles, de rares streptocoques et quelques spirochètes. Au moment où on a retiré le drain, l'exsudat qu'il entraînait avec lui était farci de chaînettes de streptocoques. Malgré la richesse des cultures, ce pus inoculé au cobaye s'est montré inoffensif. La cavité péritonéale a donc réussi après une réaction purulente à triompher de l'influence produite par une perforation survenue cinq heures après un repas.

Dans le numéro du 28 août 1927 de la *Gazette des Sciences médicales de Bordeaux*, le professeur Sabrazès

donne le résumé de six nouvelles observations. Celle d'un cas d'appendicite à tendances perforantes, opéré par le docteur Jonchères, mérite de retenir plus particulièrement l'attention. Le péritoine contient, en effet, plus de 300 centimètres cubes d'un liquide brunâtre, inodore. L'examen au tournesol donne une réaction nettement acide. Son acidité est de 0,70 en acide sulfurique.

On est surpris de l'abondance de ce liquide péritonéal, de sa polynucléose considérable, des macrophages avec des inclusions de polynucléaires, des formes cellulaires macro-lympoïdes à gros nucléoles, des hématies. En revanche, on ne trouve que de rarissimes bactéries.

Soulignons l'acidité du liquide péritonéal. Ce liquide ne provenait certainement qu'en très petite partie du contenu intestinal, l'appendice ne présentant pas une brèche à proprement parler; il laissait, au moment de l'opération, filtrer un liquide puriforme par pression, comme une éponge que l'on exprime. Il s'agissait là d'une exsudation péritonéale; l'acidité était due aux actions microbiennes sur l'exsudat péritonitique et sur l'organe malade, l'appendice. Quoi qu'il en soit, si on connaît bien l'acidité des liquides péritonéaux dans des cas de perforation pyloro-duodénale, on est moins bien renseigné sur les réactions acides des épanchements péritonéaux dus à d'autres causes. La constatation immédiate de l'acidité du liquide péritonéal, au moment d'une laparotomie, n'impliquerait donc pas nécessairement l'existence d'une perforation

# LABORATOIRES AMIDO. - A. BEAUGONIN, Pharmacien, 4, place des Vosges, PARIS, 4

PRODUITS	INDICATIONS	FORMES
<b>AMIDAL</b> (Amidon paraffiné et Ferments lactiques)	ENTÉRITES DIARRHÉES DYSENTERIE	Poudre Comprimés Cachets
<b>BACKERINE</b> (Ferments et Sels de magnésie)	ÉPITHÉLIOMAS CARCINOMES SARCOMES	Ampoules Cachets Dragées
<b>GÉNÉSÉRINE</b> (Polonovski et Nitzberg)	DYSPEPSIE HYPOACIDE SYNDROME SOLAIRE TACHYCARDIE	Dragées Granules Gouttes Ampoules
<b>GÉNATROPINE</b> (Polonovski et Nitzberg)	DOULEURS ABDOMINALES TROUBLES SYMPATHIQUES DYSPEPSIE HYPERACIDE	Gouttes Granules Ampoules
<b>GÉNOSTRYCHNINE</b> (Polonovski et Nitzberg)	PARALYSIES ASTHÉNIE NEURASTHÉNIE	Granules Ampoules
<b>GÉNOSCOPOLAMINE</b> (Polonovski et Nitzberg)	ÉTATS PARKINSONIENS SYNDROMES POST-ENCÉPHALITIQUES ANESTHÉSIE CHIRURGICALE	Gouttes Granules Ampoules
<b>GÉNHYOSCYAMINE</b> (Polonovski et Nitzberg)	SPASMES DIGESTIFS ENCÉPHALITES TREMBLEMENTS DIVERS	Gouttes Granules Ampoules
<b>VITAMYL</b> (Vitamines concentrées)	ANÉMIE SURALIMENTATION	Liquide

ÉCHANTILLONS MÉDICAUX SUR DEMANDE

## STATION THERMALE DES ABATILLES

### ARCACHON — Source Ste-Anne

Débit : 70.000 lit. à l'heure

La plus pure des Eaux de Table

Profondeur : 465 mètres

**DIURÈSE****DÉSINTOXICATION****CURE SUR PLACE**

BAINS  
DOUCHES  
MASSAGES

Installation de Luxe

Outillage  
le plus perfectionné



UTILISATION A DISTANCE

1° EAU DE RÉGIME  
des arthritiques,  
des intoxicés  
et des rénaux

**PARCE QUE**

elle exporte les déchets qui empoisonnent l'organisme et assure le bon fonctionnement du filtre rénal.

2° EAU DE TABLE FAMILIALE

**PARCE QUE**

elle réalise les trois qualités qu'on doit exiger d'une eau de table :

Pureté absolue,  
Digestibilité parfaite,  
Goût agréable.

Pour tous renseignements, s'adresser au Docteur BOUDRY, Directeur



gastrique, puisque les auteurs montrent que, dans une péritonite exsudative d'origine appendiculaire, le liquide péritonéal examiné dès sa récolte avait une acidité marquée.

Constant COLBERT (de Cambo).

## CARDIOLOGIE.

LETULLE, Marcel LABBÉ et HEITZ, *La calcification des artères chez les diabétiques* (Archives des Maladies du cœur, septembre 1927).

Les artérites chroniques donnent parfois des images artérielles visibles à la radio. Les auteurs ont vu, avec une très grande fréquence, les artérites diabétiques être opaques à la radio : ce serait le cas chez plus de 70 % des diabétiques anciens.

Ce signe précède parfois tous les autres symptômes d'artérite : en particulier il peut exister alors que l'oscillométrie donne des chiffres normaux.

Ce fait paraît dû à la présence en grande abondance de calcium dans les parois artérielles (dosages chimiques à l'appui).

A. LAUNAY.

## OPHTALMOLOGIE.

LAFON, *Le myosis homolatéral par répercussivité para-sympathique dans les affections oculaires* (Annales d'Oculistique, octobre 1927).

Certaines lésions de l'œil (conjonctive, cornée, cristallin, chorio-rétine) peuvent provoquer une irritation des fibres para-sympathiques centripètes, quise répercute à son passage dans le mésocéphale sur le noyau irido-moteur homolatéral du même système organo-végétatif.

L'excitation de ce noyau para-sympathique (3<sup>e</sup> paire) se traduit par un myosis de l'œil atteint caractérisé par la diminution de l'amplitude de la dilatation à l'obscurité, avec conservation des réflexes et maintien de l'action normale des mydriatiques, de la cocaïne notamment.

Ce myosis par répercussivité para-sympathique n'a donc aucun rapport avec le syndrome de paralysie du sympathique cervical (syndrome de Claude Bernard-Horner).

De tels faits rentrent dans le cadre des inégalités pupillaires de mécanisme complexe, auxquelles il est fait place dans le rapport si documenté de Velter et Tournay à la Société d'Ophthalmologie de Paris (novembre 1927).

Les auteurs envisagent successivement, après avoir discuté la question des anisocories physiologiques et de cause oculaire :

- Les inégalités liées aux perturbations de l'appareil irido-constricteur (mydriase paralytique, myosis spasmodique);
- Les inégalités liées aux perturbations de l'appareil irido-dilatateur (mydriase spasmodique, myosis paralytique);
- Enfin les inégalités complexes, réflexes et par répercussivité.

Jean BLUM.

## OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE.

Albert VALLAT, *Considérations sur le cancer de la bande et de la cavité ventriculaire du larynx* (Paris, librairie Arnette).

Bonne étude clinique d'une forme rare du cancer du larynx, dont le fait saillant consiste dans une localisation à la partie médiane de la glotte et une progression vers la commissure antérieure, avec réflexion sur le côté opposé, ce qui donne une forme de fer à cheval.

En ce qui concerne le traitement, l'auteur est d'avis que ces cancers, en général des épithéliomas à évolution épidermoïde du type des muqueuses, sont sensibles à la röntgenthérapie. Les rayons doivent être précédés, selon l'opinion du docteur Hautant qui a inspiré ce travail, par un ou plusieurs temps chirurgicaux, avec extirpation des lésions macroscopiques et décortication des cartilages.

Sur 12 malades, dont le docteur Vallat rapporte les observations, il y a : 3 morts dans les 4 mois ; 2 malades en voie de récidive au bout de 7 mois et 1 an ; 7 malades guéris dont la guérison s'échelonne entre 1 an et 4 ans.

Paul GIROUD, *Le rhume des foins : étude clinique expérimentale et thérapeutique*, travail du service du docteur Pasteur-Vallery-Radot (Vigot, éditeur, Paris).

Après un exposé rétrospectif des différentes explications apportées au mécanisme du rhume des foins, l'auteur ajoute à la théorie anaphylactique des preuves biologiques certaines, et affirme que la sensibilisation à certains pollens est la cause provocatrice du rhume des foins.

L'étude clinique démontre qu'à côté des symptômes classiques, il existe un certain nombre d'équivalents importants à morphologie complexe : œdème de Quincke, eczéma, urticaire.

Au point de vue biologique, les recherches expérimentales ont permis de constater que :

1<sup>o</sup> Il n'y avait pas de sensibilisatrices antipolliniques dans le sérum des sujets sensibilisés à un pollen ;

2<sup>o</sup> La cuti-réaction avec le pollen de graminées est presque toujours positive ;

3<sup>o</sup> L'éosinophilie sanguine existe dans 75 % des cas en période de crise et dans 21 % en dehors du rhume.

L'auteur retient comme traitements ceux qui ont pour but de modifier l'état humoral du sujet : désensibilisation spécifique et désensibilisation non spécifique.

La première est dangereuse si l'on procède par injections préventives progressivement croissantes d'extraits polliniques. Elle est facile, sans danger, mais inconstante si l'on fait des cuti-réactions répétées.

La désensibilisation non spécifique est pratiquée par l'auteur à l'aide d'injections intradermiques de peptone concentrée, méthode d'une innocuité complète et améliorant souvent les malades.

Jean MAGNAN.

J. ANDRIEU, *Les troubles vestibulaires dans le zona* (thèse de Paris).

Le zona vestibulaire apparaît toujours au cours d'un zona céphalique et dans la règle d'un zona du ganglion géniculé.

Le vertige constitue le signe fonctionnel majeur de la maladie : il survient brutalement et procède par crises avec ou sans vomissements séparées par un état vertigineux plus ou moins marqué.

L'existence d'un *nystagmus* spontané battant du côté

sain, les mouvements réactionnels dirigés en sens inverse révèlent une atteinte vestibulaire constituée, comme en témoignent les épreuves caloriques, rotatoire et voltaïque, le plus souvent par de l'hypoexcitabilité ou de l'inexcitabilité, très rarement de l'hyperexcitabilité.

D'autres symptômes s'associent avec une intensité variable à ces signes vestibulaires : éruption habituellement bénigne dans la zone de Ramsay Hunt, paralysie faciale le plus souvent totale du type périphérique du côté du zona, bourdonnements, hypoacousie ou surdité totale du type labyrinthique, sans oublier les petits signes infectieux et la réaction méningée habituels dans le zona.

Au point de vue évolutif, les signes fonctionnels disparaissent le plus souvent vers le huitième jour; l'étude en série des réactions nystagmiques montre que la paralysie vestibulaire est généralement transitoire et que, s'il persiste une légère déficience, il n'en résulte que peu ou pas de gêne pour le malade.

La forme clinique la plus fréquente est le zona otitique total : éruption, paralysie faciale, troubles auditifs, et secondairement dans l'ordre chronologique troubles vestibulaires. Dans certains cas au contraire ces troubles vestibulaires peuvent être les premiers en date. De même la surdité d'intensité variable, le plus souvent du type labyrinthique, peut prendre le type oreille moyenne, liée vraisemblablement dans ce cas à l'existence d'une véritable otite moyenne zonateuse. Beaucoup plus rarement on observe l'association avec un zona d'autres nerfs crâniens. Il est à noter l'existence possible de rechutes sans aggravation de pronostic. Enfin, si le parallélisme entre les atteintes cochléaire et vestibulaire est le plus souvent complet, est il aussi possible d'observer une dissociation partielle, voire même totale, réalisant un syndrome facial vestibulaire intéressant quant à son diagnostic.

Ce diagnostic en effet ne présente de difficulté réelle que dans les cas où la notion de l'éruption zonateuse manque et où toutes les erreurs sont possibles, en particulier avec les accidents auriculaires de la syphilis lorsqu'ils se révèlent par un syndrome facial vestibulaire.

Dans tous les cas d'étiologie obscure, il faut penser au zona, rechercher les traces de vésicules discrètes ou cachées, étudier la sensibilité de la peau et des muqueuses, s'enquérir de l'épidémicité possible et pratiquer une ponction lombaire.

La pathogénie radiculo-ganglionnaire du zona en général est applicable à sa variété otitique, puisque le nerf auditif doit être considéré comme un nerf sensitif spécialisé; les troubles vestibulaires doivent être rapportés à l'inflammation du ganglion de Scarpa, qui apparaît ou bien comme

primitive ou bien comme secondaire à l'infection d'un voisin, en particulier le ganglion géniculé et le ganglion de Corti.

En définitive, le pronostic de l'affection est bénin dans la règle, quelle qu'ait été l'intensité du début; seule l'évolution peut rendre compte des lésions et en mesurer l'étendue.

L'auteur apporte à l'appui de sa thèse trente observations, dont deux personnelles et comportant un examen complet du vestibule.

LALLEMANT.

## 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.

### LIBRAIRIE FÉLIX ALCAN :

*Les Maladies neurasthéniques*, par PRENGOWSKI (8 francs).

### LIBRAIRIE CHAHINE :

*Traitement par le radium de quelques néoplasmes*, par le docteur S. DE NABIAS.

### ÉDITIONS DOIN :

*Les Syndromes mentaux*, fascicule I, par A. POROT (55 francs).

*Nouveau Traité de Pathologie interne*, tome II : *Maladies du Foie et des Voies biliaires, Intoxications*, publié sous la direction de : Ed. ENRIQUEZ, A. LAFFITTE, Ch. LAUBRY, Clovis VINCENT, avec la collaboration de MM. P.-A. CARRÉ et A. LEBLANC (150 francs).

*Petite Chirurgie*, par J. MAISONNET (70 francs).

*Pathologie et Traitement de l'Asthme*, par J. GALUP et M. SEGARD (20 francs).

*Diagnostic chirurgical*, par DUPLAY ROCHARD et DEMOULIN-STERN (130 francs).

*La Machine humaine enseignée par la Machine automobile*, par le docteur L. CHAUVOIS.

### ÉDITIONS GAUTHIER-VILLARS ET C<sup>ie</sup> :

*Les Actualités physiothérapiques : Électrothérapie, V : La Diathermie et ses applications médicales*, par le docteur DUHEM.

### LIBRAIRIE GEDALGE :

*Notions élémentaires de Puériculture*, par le docteur D'HEUCQUEVILLE.

### LIBRAIRIE HACHETTE :

*La Chirurgie* (bibliothèque des Merveilles), par le docteur Henri BOUQUET.

### LIBRAIRIE LEGRAND :

*La Respiration dans l'exercice et le sport, l'Éducation respiratoire*, par le docteur G.-A. RICHARD.

### LIBRAIRIE MALOINE :

*Les Varices et leur traitement* (1 vol. in-8°, 163 pages), par le docteur A. AIMES (10 francs).

### LIBRAIRIE MÉDICALE LE FRANÇOIS :

*Suis-je syphilitique?* par le docteur SCHEIKEVITCH.

### ÉDITIONS DU MOUVEMENT SANITAIRE :

*L'Armement antivénérien en France*, par le docteur CAVAILLON.

Médication Iodée et Antisccléreuse  
 due à la combinaison Iode et Thiosinamine  
 DYSPNÉE - RHUMATISMES - HYPERTENSION  
 TABES, ADHÉRENCES, ETC.  
**TIODINE COGNET**  
 PILULES-AMPOULES  
 ARMINGEAT, 3 C<sup>ie</sup> 43, Rue de Saintonge, PARIS (3<sup>e</sup>)



## ÉDITIONS VIGOT FRÈRES:

*Effet du faisceau solaire et des radiations qui le composent sur les diverses localisations de la tuberculose chirurgicale*, par le docteur Jean ANDRÉ.

*Précis d'Appareillage des luxations et fractures des membres* (226 figures), par Ch. CLAVELIN.

*Traité de Tératologie de l'homme et des animaux domestiques* (232 figures), par F.-X. LESBRE.

*Conférences de Clinique médicale pratique*, 6<sup>e</sup> série, avec 36 figures, par le docteur Louis RAMOND.

## ÉDITIONS LE CONCOURS MÉDICAL:

*Agenda-Mémento du Praticien*, année 1928 (23 francs).

## Thérapeutique pratique

## Les dangers de la sous-alimentation chez le nourrisson.

Dans une étude remarquable sur les méfaits de l'hypo-alimentation, le docteur Dayras montre, tant dans la clientèle privée que dans les consultations hospitalières, la proportion énorme d'enfants sous-alimentés que la reprise d'une alimentation suffisante guérit du jour au lendemain.

D'où vient cette tendance fâcheuse à laisser jeûner les tout petits ? On en trouvera les causes très diverses dans la série d'articles parus sur cette question ; citons simplement :

*Les Dangers des restrictions excessives chez le nourrisson ;*

*Les Abus de la diète hydrique chez le nourrisson ;*

*La Fréquence et le Danger de la sous-alimentation* (docteur Schreiber) ;

*Les Causes et les Méfaits de l'hypo-alimentation du nourrisson* (docteur Jean Dayras) ;

*L'Inanition chez le nourrisson* (docteur Eschbach) ;

*La Sous-Alimentation du nourrisson* (docteur Cassoute) ; etc...

Retenons surtout les conclusions de ces auteurs, qui peuvent se résumer en deux règles essentielles :

1<sup>o</sup> Assurer à l'enfant sain ou malade une ration alimentaire suffisante ;

2<sup>o</sup> Tenant compte de son âge et de son état digestif, ne lui donner que des aliments qu'il peut tolérer, assimiler.

A cet égard, on ne doit pas oublier le développement tardif des glandes digestives chez l'enfant, non plus que les états d'inhibition, d'insuffisance digestive liés aux accidents gastro-intestinaux. Aussi ne devra-t-on, au cours de la première année et souvent plus tard, n'utiliser que des aliments *prédigérés*, seuls assimilables, seuls supportés dans les cas d'intolérance.

L'emploi des *bouillies maltosées* satisfait à cette indication, mais elles obligent le médecin à confier à la mère, à la nourrice, une série d'opérations délicates et complexes ; il semble plus simple et plus sûr de s'adresser à un produit diastasé au cours même de sa fabrication.

La farine lactée diastasée *Salvy* répond à ce besoin et donnera dans les états d'hypo ou de sous-alimentation les résultats les plus probants.

D'une digestibilité parfaite, c'est l'aliment complémentaire de l'allaitement, l'aliment de sevrage, l'aliment de secours et de transition des intolérants et des diarrhéiques, l'aliment des débiles et des inanitiés.

## CHEMIN DE FER DE PARIS A ORLÉANS

PARIS-NANTES EN 5 H. 1/2

Trains rapides à places limitées, 1<sup>re</sup> et 2<sup>e</sup> classes ; wagon-restaurant.

Service au 12 novembre 1927.

ALLER. — Paris-quai d'Orsay, dép. 16 h. 40 ; Orléans, dép. 18 h. 3 ; Tours, arr. 19 h. 49 ; Saumur, arr. 20 h. 33 ; Angers, arr. 21 h. 9 ; Nantes, arr. 22 h. 19 ; Saint-Nazaire, arr. 23 h. 37.

Ce train a lieu tous les jours (sauf dimanches et fêtes entre Paris et Tours).

Il prend :

1<sup>o</sup> En 1<sup>re</sup> classe, à tous ses points d'arrêt, sauf à Paris où le minimum exigé est de 200 kilomètres, les voyageurs pour toutes destinations ;

2<sup>o</sup> En 2<sup>e</sup> classe, à Paris, les voyageurs à destination effective de Tours et ses au delà ; à Orléans, les voyageurs effectuant un parcours simple de 200 kilomètres ; à Saint-Pierre-des-Corps, Tours, Saumur et Angers, les voyageurs effectuant un parcours simple de 400 kilomètres ; à partir de Nantes, les voyageurs sans condition.

RETOUR. — Nantes, dép. 18 h. 35 ; Angers, dép. 19 h. 46 ; Saumur, dép. 20 h. 20 ; Tours, dép. 21 h. 5 ; Orléans, dép. 22 h. 32 ; Paris-Austerlitz, arr. 0 h. 4 ; Paris-quai d'Orsay, arr. 0 h. 12.

Ce train a lieu : les lundi, jeudi et samedi entre Nantes et Tours ; tous les jours, sauf dimanches et fêtes, entre Tours et Paris.

Il prend :

1<sup>re</sup> En 1<sup>re</sup> classe, les voyageurs pour toutes destinations ;

2<sup>e</sup> En 2<sup>e</sup> classe, à Nantes, les voyageurs pour toutes destinations, et à partir d'Angers ceux effectuant un parcours simple de 200 kilomètres.

Il ne laisse à Paris Austerlitz que des voyageurs sans bagages.

## CHEMIN DE FER DE PARIS A ORLÉANS

LIVRET-GUIDE OFFICIEL

(ÉDITION DU SERVICE D'HIVER AU 4 OCTOBRE 1927)

La Compagnie du Chemin de fer de Paris à Orléans met en vente dans les principales gares de son réseau, au prix de 3 francs l'exemplaire, son livret-guide officiel illustré comprenant notamment l'horaire complet des trains au 4 octobre 1927.

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. 45 pour la France et 7 fr. 20 pour l'étranger, en mandat-carte ou timbres-poste, au bureau de la publicité de la Compagnie, 1, place Walhubert, à Paris (XIII<sup>e</sup>).

## CHEMINS DE FER DE L'ÉTAT ET SOUTHERN RAILWAY

Pour se rendre en Angleterre avec le maximum de confort, avec le minimum de dépense, prendre la ligne :

PARIS-SAINT-LAZARE A LONDRES PAR DIEPPE-NEWHAVEN

Services rapides de jour et de nuit tous les jours (dimanches et fêtes compris) et toute l'année.

Trains luxueux, wagons-restaurants, voitures Pullmann.

Puissants paquebots à turbines munis de postes de T. S. F.

Entre Paris et Londres, l'itinéraire rapide le plus économique est celui qui emprunte la voie de Dieppe-Newhaven. Il est réputé comme étant celui qui offre le maximum de confort.

D'autre part, les contrées qu'il traverse sont classées parmi les plus variées et les plus pittoresques de France et d'Angleterre.

Voitures directes entre Paris-P.-L.-M. et Dieppe et vice versa pour les relations avec la Suisse, l'Italie, la Riviera et les Alpes françaises.

## LA GRANDE MARQUE des Antiseptiques urinaires

19, Avenue de Villiers  
PARIS

URASEPTINE  
ROGIER

dissout et chasse l'acide urique

R. C. Seine N° 131.103

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

HIVER 1927-1928

FRANCE ALGÉRIE PAR PORT- VENDRES

Trains et paquebots rapides.

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

Pour les 1<sup>re</sup> et 2<sup>e</sup> classes, transbordement direct du train au paquebot.

Traversée la plus courte dans les eaux les mieux abritées.

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

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

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

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

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

Ces billets permettent l'enregistrement direct des bagages.

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

## CHEMIN DE FER DE PARIS A ORLÉANS

PARIS BORDEAUX OU *vice versa* EN 7 H. 1/4

Trains rapides 1<sup>re</sup> et 2<sup>e</sup> classes, wagon-restaurant.

ALLER. — Paris-quai d'Orsay, dép. 16 h. 40; Tours, arr. 19 h. 49; Poitiers, arr. 20 h. 51; Angoulême, arr. 22 h. 15; Bordeaux-Saint-Jean, arr. 23 h. 59.

RETOUR. — Bordeaux-Saint-Jean, dép. 17 heures; Angoulême, dép. 18 h. 38; Poitiers, dép. 20 h. 3; Tours, dép. 21 h. 5; Orléans, dép. 22 h. 32; Paris-quai d'Orsay, arr. 0 h. 12.

Ces trains ne circulent pas les dimanches et fêtes.

Le nombre des places étant strictement limité, tant à l'aller qu'au retour, ils prennent :

A l'aller : 1<sup>re</sup> à Paris, les voyageurs effectuant un parcours simple de 200 kilomètres en 1<sup>re</sup> classe et de 300 kilomètres en 2<sup>e</sup> classe; 2<sup>e</sup> à partir d'Orléans, les voyageurs de 1<sup>re</sup> classe sans condition de parcours et ceux de 2<sup>e</sup> classe effectuant un parcours simple de 200 kilomètres;

Au retour : les voyageurs de 1<sup>re</sup> classe sans condition de parcours et ceux de 2<sup>e</sup> classe effectuant un parcours simple de 200 kilomètres.

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

HIVER 1927-1928

FRANCE-ALGÉRIE PAR PORT- VENDRES

Trains et paquebots rapides.

Le trajet le plus direct de Paris à Port-Vendres par Limoges, Toulouse, Carcassonne, Narbonne, Perpignan.

1<sup>re</sup> et 2<sup>e</sup> classes. — Départ de Paris-quai d'Orsay : 17 h. 14; arrivée à Port-Vendres : 8 h. 33.

Wagon-lits et voiture directe 1<sup>re</sup> et 2<sup>e</sup> classes de Paris-quai d'Orsay à Port-Vendres (gare); voiture directe 1<sup>re</sup> classe à couchettes et 2<sup>e</sup> classe de Paris-quai d'Orsay à Port-Vendres (quai maritime).

Wagon-restaurant de Paris à Châteauroux.

Transbordement direct du train au paquebot.

3<sup>e</sup> classe. — Départ de Paris-quai d'Orsay : 10 h. 19; arrivée à Port-Vendres : 3 h. 9.

Wagon-restaurant de Paris-quai d'Orsay à Toulouse.

Pas de transbordement direct.

La traversée la plus courte dans les eaux les mieux abritées  
par la Compagnie de Navigation mixte (Compagnie Touache).

a) Port-Vendres-Alger. — Départ de Port-Vendres le dimanche à 10 heures; arrivée à Alger le lendemain à 11 heures.

b) Port-Vendres-Oran. — Départ de Port-Vendres le lundi à 10 heures; arrivée à Oran le lendemain à 19 h. 30.

Billets directs et enregistrement direct des bagages de Paris-quai d'Orsay à Alger ou Oran et *vice versa*.

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

PARIS-QUAI D'ORSAY-BARCELONE

PAR LIMOGES - TOULOUSE - NARBONNE

Service au 12 novembre 1927.

Billets directs simples et d'aller et retour (1<sup>re</sup>, 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> classes).

Enregistrement direct des bagages, voitures directes, wagons-lits, wagons-restaurant.

Rapide. — Départ de Paris-quai d'Orsay, 17 h. 14 (wagon-lits et voitures directes 1<sup>re</sup> et 2<sup>e</sup> classes de Paris à Port-Bou, wagon-restaurant de Paris à Châteauroux); arrivée Barcelone, 12 h. 55 (voitures de luxe sur le parcours espagnol) ou 15 h. 21 (en 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> classes).

Express. — Départ de Paris-quai d'Orsay, 21 h. 14 (wagon-lits de Paris à Toulouse et voitures directes toutes classes de Paris à Port-Bou, wagon-restaurant de Toulouse à Cerbère); arrivée Barcelone, 19 h. 20 (1<sup>re</sup> et 3<sup>e</sup> classes sur le parcours espagnol, wagon-restaurant de Port-Bou à Barcelone).

Express. — Départ de Paris-quai d'Orsay, 10 h. 19 (toutes classes et wagon-restaurant de Paris à Toulouse); arrivée Barcelone, 7 h. 55 (1<sup>re</sup> et 3<sup>e</sup> classes sur le parcours espagnol, wagon-restaurant de Port-Bou à Barcelone).

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

<b>VIN GIRARD</b>	Iodotanniques Phosphates	ADULTES : 2 verres à madère par jour. ENFANTS : 2 à 4 cuillerées à bouche.
<b>SIROP GIRARD</b>	Scrofule LYMPHATISME Rachitisme	MÉDECINE INFANTILE : 1 à 3 cuillerées à bouche selon l'âge.
<b>GRANULÉ GIRARD</b>	ENGORGEMENTS GANGLIONNAIRES Faiblesse Générale	ADULTES : 3 à 4 cuillerées à café par jour. ENFANTS : 1/2 à 2 cuill. à café
<b>BIOPHORINE</b> Kola Glycérophosphatée	ANÉMIE CÉRÉBRALE Névralgies VERTIGES - EXCÈS	ADULTES : 3 à 4 cuillerées à café par jour.
<b>NUCLÉO-FER</b> Pilules à 0,10 nucléinate de fer	ANÉMIE NERVEUSE CHLOROSE	ADULTES : 4 à 6 pilules par jour.
<b>LAXOPEPTINE</b> Laxatif pour enfants	ÉVITE LES VOMISSEMENTS Combat la Constipation	1 cuill. à café à 2 cuill. à bouche en 24 heures
<b>CASÉOLINE</b> Poudre antiseptique insoluble	ABSORBE les GAZ Désodorise l'Épiderme BROMHYDROSES	Demander la Notice spéciale.
<b>FLORÉINE</b> Crème de toilette	AFFECTIONS légères DE L'ÉPIDERME	Onctions matin et soir.

Le Gérant : H. AUBUGEULT.



# ÉTABLISSEMENTS MÉDICAUX FRANÇAIS

## CHATEAU DE PRÉVILLE

Maison de traitement, de repos, de régime et de convalescence

ÉLECTROTHERAPIE  
HYDROTHERAPIE  
MÉCANOTHERAPIE  
PSYCHOTHERAPIE  
RAYONS X.



ORTHEZ (B. P.) Thp. 52. — D<sup>r</sup> Marcel DHERS, directeur

## ROSCOFF

Institut marin de Roscoff

Hydrothérapie marine : B. de Varech, B. de vapeur, gymnastique et massage. — Électricité (Diathermie, Rayons colorés).

Traitement de : anémie et lymphatisme, troubles de la croissance, rhumatisme chronique, névralgies (sciatique), raideurs articulaires ou musculaires, constipation habituelle, épuisement dû aux états chroniques, déviation de la taille et des membres (orthopédie).

Directeur : Docteur BAGOT père.

## LE HOME MÉDICAL Villefranche-sur Mer (A. M.)

Maison de repos et Convalescence  
pour enfants et jeunes gens (taibles ou surmenés)

Cure d'air et de soleil. — Surveillance médicale  
Vie de famille. — Tout confort

Directeur : Docteur DEVOIR \* \* O. O.

Demandez notice et renseignements.

Tél. 45.

## VILLA "LA LORRAINE"

LE CROISIC (L.-I.)

Ouverte toute l'année

■ ■

## VIE de FAMILLE

Sous la surveillance constante du

Médecin-directeur : D<sup>r</sup> G. FALLIÈS

## ÉTABLISSEMENT HYDROTHERAPIQUE et

## MAISON DE CONVALESCENCE

D<sup>r</sup> J.-B. BUVAT et D<sup>r</sup> G. VILLEY-DESMERETS

Anc. int. des Asiles de la Seine. — Méd. dir.

VILLA MONTSOURIS

130, r. de la Glacière  
PARIS

Mardi, vendredi 2 à 5 h.

CHATEAU de l'ABBAYE

VIRY-CHATILLON (S.-&-O.)

PARC : huit hectares

Traitement des Maladies nerveuses et des toxicomanies

## Domaine du D<sup>r</sup> MANOUVRIER

PONT-du-CENS-lez-NANTES (L.-I.)

Fondé en 1910 Ouvert toute l'année Téléphone 18-79

VILLÉGIATURES à la CAMPAGNE

■ ■ CURES MÉDICALES ■ ■

et NEURO PSYCHIATRIQUES

(Contagieux non admis)

VILLAS ET CHATEAU (40 CHAMBRES)

DANS UN VASTE PARC DE PLUS DE 8 HECT.

Tramway à 200 m.

Automobile à volonté

## COLLABORATEURS DES STATIONS HYDROMINÉRALES, CLIMATIQUES & BALNÉAIRES

Les abonnés des Gazettes médicales 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.

### I — Stations Hydrominérales

Abatilles-Arcachon... BOUDRY PÈRE

Aix-les-Bains... DARDEL

Ax-les-Thermes... BOYER

Bagnères-de-Bigorre... (BENNECHER  
COURBIN)

Bagnoles-de-l'Orne... (HÜGEL  
LOUVEL  
QUISERNE)

Barèges... ROBINE

Biarritz... ANDRÉ CLAISSE

Bourbon-Lancy... (COMPIN  
PIATOT)

Bourbon-l'Archambault... TRIGER

Bourbonne-les-Bains... GAY

Brides... d'Arbols de Jubainville

Capvern... POUY

Cauterets... (ARMENGAUD  
FLURIN)

Châtel-Guyon...

Chaudesaigues...

Contrexéville...

Divonne... N. VIEUX

Eaux-Bonnes... SEMPÉ

Evaux-les-Bains... GRUZY

Evian... (LÉVY-DARRAS  
SOULIER)

La Bourboule... JUMON

La Preste... LABAN

La Roche-Posay... AUBOUX

Lamalou... BARDET

Luchon... HUET

Luxeuil... CAUVY

Miers... FAURE

Mont-Dore... BAQUÉ

Nérès... DUTCH

Plombières... GERMES

Pougues... MOLINÉRY

Préchacq-les-Bains... PELON

Royat... SALLÉS

Saint-Amand-les-Eaux... (HEITZ  
MOUGEOT  
RICHARD  
ROGINSKY)

Saint-Gervais... DUHOT

Saint-Honoré... MALLER

Saint-Nectaire... PAILLET

Saint-Sauveur... COMOY

Salies-de-Béarn... SÉGARD

Sermaye-les-Bains... SILVESTRE

Uriage... J. SÉRANE

Vichy... SIGUREY

Vittel... MACREZ

Guérin de Sossiondo

De MASCAREL

PERPÈRE

DESEURE

ECOCHARD

MAGÉ DE LÉPINAY

FÉLIX BERNARD

HYVERT

R. DEGOS

HEITZ

MOUGEOT

RICHARD

ROGINSKY

DUHOT

MALLER

PAILLET

COMOY

SÉGARD

SILVESTRE

J. SÉRANE

SIGUREY

MACREZ

COLLARD-HUARD

DAVID

E. LAFONT

RAYNAUD

FRITSCHE

BOUTELIER

Mathieu de Fossey

GLÉNARD

AMBLARD

GUYONNEAU

### II. — Stations Climatiques

Arcachon... DOCHER

Berck-sur-Mer... CALOT

Calvé

Cambon-les-Bains... COLBERT

DIEDONNÉ

Jean TROTOT

Cannes... CARUETTER

Hyères... PIERREQUENS

Le Croisic... FALLIÈS

Menton... COUBARD

Nice... (BARNATHAN  
LABAN  
NACHMANN  
SOULIER)

Fau... CORNET

CROUZET

Royan... BOUTIN

Saujon... Robert DUBOIS

Villard-de-Lans... HIRAUD

### III. — Stations Balnéaires

Biarritz... ANDRÉ CLAISSE

Châtel-Aillon... BARRAUD

La Baule... MOREAU-DEFAVRE

Education physiqu (Stade de l'Océan

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

Registre du Commerce, Tours 4038.

Tours, imp. Tourangelle, 20-22, rue de la Préfecture.

Le Gérant : H. Aubugeau ill.

**ANGOUSTRINE** (Pyrénées-Orientales). — **LES ESCALDES** (1.400 mètres). Sanatorium de montagne.  
Directeur : Docteur HERVÉ.

**BOIS-GROLLEAU**, près Cholet (Maine-et-Loire). — **CHATEAU du BOIS-GROLLEAU**. Cure sanatoriale.  
Directeurs : Docteurs COUBARD et GALLOT.

**CAMBO-LES-BAINS** (Basses-Pyrénées). — **MAISON de SANTÉ ETCHÉGORIA** (34 lits 2 sexes). Tuberculose pulmonaire et laryngée. Gynécologie. Malades à partir de 28 francs par jour (frais de pension, d'infirmière et soins médicaux courants compris). Radioscopie. Laboratoire. Pneumothorax artificiel. Rayons ultraviolets. Conditions spéciales dans hôtels et villas meublées.  
Directeur : Docteur TROTOT.

**CAMBO-LES-BAINS** (Basses-Pyrénées). — **SANATORIUM des TERRASSES**. 32 lits pour les deux sexes.  
Directeur : Docteur COLBERT.

**CAMBO-LES-BAINS** (Basses-Pyrénées). — **SANATORIUM de CAMBO "villa Beaulieu"**. 75 lits pour les deux sexes. — **SANATORIUM FRANCLÉT**. 66 lits pour les deux sexes.  
Médecin : Docteur DIEUDONNÉ.

**DURTOL** (Puy-de-Dôme). Station climatique. 520 m d'altitude, à 3 km de Clermont-Ferrand. — **SANATORIUM du CHATEAU de DURTOL** fondé par Sabourin. Ouvert toute l'année. Tuberculose pulmonaire.

Directeur : Docteur PAUL LABESSE.

**LE HUELGOAT** (Finistère). — **SANATORIUM de la GARENNE**. Etablissement neuf avec galerie de cure particulière à chaque chambre. Eau chaude et froide; électricité; chauffage central. Ouvert toute l'année.

Directeur : Docteur A.-J. CLASSE.

**PAU** (Basses-Pyrénées) **SANATORIUM de TRESPOEY** (35 lits pour les 2 sexes).  
Médecin-directeur : Docteur CROUZET.

**PAU** (Basses-Pyrénées). **VILLA WAUTELÉE**. — Cure sanatoriale.  
Médecin-directeur : Docteur L. CORNET.

**VILLEVAUDÉ** (Seine-et-Marne). Gare Chelles, 25 kilomètres de Paris. — **SANATORIUM de VILLEVAUDÉ**. — 55 lits pour les deux sexes. Alt. 130 m. Grand parc. Confort. Bel horizon.  
Directeur : Docteur H. PICARD.

CENTRE  
BRETAGNE

**LES GAZETTES MÉDICALES**

OUEST ET SUD-OUEST  
PARIS

Paraît chaque mois

Tél. : Littre 17-77 — ADMINISTRATION GÉNÉRALE : 209, Boulevard St-Germain, 209 — PARIS — Tél. : Littre 17-77

**BULLETIN D'ADHÉSION**

Veuillez m'inscrire pour un abonnement d'UN AN, à partir du 1<sup>er</sup> ..... 192  
Je vous remets la somme de frs ..... montant de mon abonnement.

Versement par { Mandat joint.  
Chèque joint.  
Votre compte chèques postaux (Paris 210.00).  
(Rayer les mentions inutiles)

Le

192

SIGNATURE :

Nom et prénoms (bien lisibles) .....

FRANCE : un an

40 fr.

Etranger

60 fr.



# GAZETTE MÉDICALE DE FRANCE

CENTRE -- BRETAGNE -- OUEST ET SUD-OUEST -- PARIS

..... Parait chaque mois .....

ADMINISTRATION GÉNÉRALE :

209, Boulevard Saint-Germain, 209

Tél. : Littré 17-77

PARIS

Tél. : Littré 17-77

## BULLETIN D'ABONNEMENT

*Veillez m'inscrire pour un abonnement de UN AN,*  
*à partir du 1<sup>er</sup> ..... 192 .*

*Je vous remets la somme de frs .....  
montant de mon abonnement <sup>(1)</sup>.*

Versement par  $\left\{ \begin{array}{l} \text{Mandat joint.} \\ \text{Chèque joint.} \\ \text{Votre compte chèques postaux (Paris 210.00)} \end{array} \right.$   
(Rayer les mentions inutiles).

Le ..... 192 .

SIGNATURE,

Nom et prénoms .....

(Bien lisibles).

Adresse .....

(1) FRANCE : un an. . . . . 40 fr. | ÉTRANGER : un an . . . . . 60 fr.

Pour recevoir régulièrement notre Revue, il faut être abonné.