

**Zeitschrift:** Schweizer Hebamme : offizielle Zeitschrift des Schweizerischen Hebammenverbandes = Sage-femme suisse : journal officiel de l'Association suisse des sages-femmes = Levatrice svizzera : giornale ufficiale dell'Associazione svizzera delle levatrici

**Herausgeber:** Schweizerischer Hebammenverband

**Band:** 89 (1991)

**Heft:** 10

**Artikel:** Un pont sur l'infini

**Autor:** Orcel, Catherine

**DOI:** <https://doi.org/10.5169/seals-950167>

### **Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

### **Conditions d'utilisation**

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

### **Terms of use**

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

**Download PDF:** 16.01.2026

**ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>**

## Conclusion

L'association Caulophyllum-Arnica-Actea Racemosa-Pulsatilla-Gelsemium, prescrite à la visite du huitième mois, a été comparée à un placebo selon une méthodologie en double insu. L'analyse portant sur 93 observations (placebo n = 40; homéopathie n = 53) permet de conclure à l'efficacité du complexe pour les deux critères de jugements retenus. En effet, la durée de l'accouchement de 8,48 h en moyenne pour le groupe placebo n'est plus que de 5,1 après traitement homéopathique. Le pourcentage de dystocias est nettement inférieur dans le groupe traité (11,3% au lieu de 40%). □

## Bibliographie

- 1 – Arnal-Lasserre M.N. – Préparation à l'accouchement par homéopathie: expérimentation en double insu versus placebo. Thèse médecine, Paris-Ouest, 1986.
- 2 – Bourgois J.-C. – Protection du capital veineux chez des perfusées au long cours dans le cancer du sein. Essai clinique en double aveugle: Arnica contre placebo. Thèse médecine, Bobigny, 1984.
- 3 – Coubert-Deguillaume M. – Etude expérimentale de l'action de Caulophyllum dans le faux travail et la dystocie de démarrage. Thèse médecine, Limoges, 1981.
- 4 – Kumar S., Srivastava A.K., Chandra-sekhar K. – Effects of Caulophyllum on the uteri and ovaries of adult rats. The British

Homoeopathic Journal, 1981, 70, p 135-138.

5 – Tisserand G. – Le suivi d'une grossesse en homéopathie. Cahier de Biothérapie, 1984, 84, p 31-36.

6 – Tournaire M. – Physiologie de la grossesse. Paris: Masson, 1986.

7 – Yingling W.A. – The Accoucheur's emergency manual. New-Delhi: B. Jain, 1974.

8 – Collectif. L'homéopathie, sous la direction de Aulas J.-J. – Paris: Roland Bettex ed., Collection Prescrire, 1985.

# Un pont sur l'inifni

Dr Catherine Orcel

Gynécologue – Obstétricien – Homéopathe

(Article tiré des «Dossiers de l'Obstétrique», juin 1987, No 141)

Voici le travail de la maternité du Parc Rambaud, (Aix-en-Provence), rétrospective de un an d'expérience, avec, pour commencer, les conclusions résumées par Geneviève Mattard, sage-femme chef:

«Introduire les médecines dites alternatives dans une maternité signifiait d'être plus à l'écoute, de se rendre disponible au désir de l'autre, ce couple qui nous choisissait pour l'aider à faire naître son enfant; ce couple devait pouvoir exprimer ses désirs. C'est dans ce contexte que l'homéopathie a fait son entrée dans notre maternité et nous n'avions pas prévu à quel point cela serait le catalyseur d'une dynamique de groupe, et de tels facteurs de changements:

– *Changement obstétrical:*

Diminution de la durée moyenne du travail chez les primipares (100 cas). Changement d'attitude par la relation homéopathique: calme, confort, sérénité.

– *Changement dans l'économie du service.*

L'utilisation des ocytociques et antispasmodiques a été divisée par 2,7 alors que le nombre des accouchements a été multiplié par 2 en un an et demi. La consommation de produits pharmaceutiques a diminué.

– *Changement dans les relations gynécologues-sages-femmes.*

Les gynécologues sont devenus parti prenante face aux résultats, les sages-femmes ont récupéré leur rôle et leur statut; il n'y a pas de rivalité, mais complémentarité et la cohésion de l'équipe force le respect, la confiance.

– *Changement dans notre pratique:*

Depuis que nous établissons nos protocoles homéopathiques, nous ne pouvons plus par méthodologie, avoir de conduite standardisée. Pour chaque couple, il faut découvrir le bon remède au bon moment. C'est une autre approche: temps d'accueil, du regard, de s'exprimer pour qu'ensemble couples et sages-femmes nous coordonnions nos efforts dans une même direction: la mise au monde la plus harmonieuse.

Etre tour à tour envahissante et présente, être à l'écoute afin que le corps et l'esprit apaisés puissent laisser naître l'émotion. C'est aussi cela que nous a permis l'homéopathie.

Ceci parce qu'en homéopathie, le symptôme n'a de valeur que porteur d'un sens dans la vision d'une personne. La recherche de l'essence de la personne dans sa totalité conditionne la méthodologie homéopathique et oblige à un interrogatoire minutieux mais subtil et synthétique.

Au-delà, le R.H. (Remède Homéopathique) n'offre pas de réponse statistique, la systématisation est anti-homéopathique, mais par sa grande diversité, le R.H. recouvre un maximum de situations individuelles. En matière de maternité, l'homéopathie pendant la grossesse, doit permettre une prophylaxie, en repérant les tendances morbides de chaque personne, pendant l'accouchement le R.H. diminue le nombre d'interventions, favorise l'eutoxie sans entraver l'aide technique si elle est nécessaire; l'accouchement est un moment particulièrement privilégié, celui de la vie d'un couple où les sensations de joie comme de désespoir sont amplifiées, la mère, le couple vivent l'intensité de leurs pulsions à travers une symptomatologie subjective directement significative pour l'homéopathe.

A la prescription homéopathique, s'ajoute le travail de contrôle respiratoire par le Yoga, et la prise de conscience de la nécessité de contrôle volontaire du relâchement du périnée. Au Parc Rambaud, on enfante soit en «bloquant» la respiration, si l'on n'a pas eu cette éducation respiratoire de la pratique du Yoga, soit en «soufflant» si on a eu l'éducation du Yoga, et on observe plus d'épisiotomies et de déchirures dans le premier cas, bloquer correspondant à «pousser» c'est-à-dire contracter le périnée de surcroît... L'équipe du Parc Rambaud en est à ses débuts, confrontée à des accoucheurs ayant des pratiques toutes différentes, l'harmonisation n'est pas encore acquise,

ce qui ne facilite pas leur travail de répertorisation. Il est à espérer que l'avenir leur permettra une harmonisation plus large, et donc une expérimentation plus facile et plus grande.

Dans notre équipe (CERET), la méthodologie procède d'une surveillance obstétricale rigoureuse et de la préparation psychoprophylactique du couple en naissance (P.P.O.) dont le Docteur Fallières fut l'initiateur. Menant de front mon activité d'accoucheur dans cette équipe, et mes études d'homéopathie, la similitude en beaucoup de points de ces deux approches m'a interrogée bien que n'ayant aucune pratique homéopathique en matière d'obstétrique.

– la philosophie de la P.P.O., son projet, est de permettre de parvenir à des comportements adaptés à la réalité des situations, et non à des idées préconçues, ou plutôt de permettre à ces comportements d'émerger, si l'on admet que les phénomènes biologiques de la naissance sont faits de nature, génétiquement programmés, mais qu'ils sont aussi largement transformés par les phénomènes psychosomatiques, fait de culture.

– le point fort de la méthodologie est l'éducation (et non l'information), éducation selon la pédagogie non directive de **Rogers**; c'est-à-dire la connaissance scientifique stricte de nos lois d'homéostasie, du fonctionnement de notre organisme total, de notre personne, référence essentielle à une époque où la culture dévoile ce réel biogénétique. Mais il s'agit d'auto-découverte où chacun doit s'approprier des connaissances de façon signifiante, donc expérimentale d'où la notion d'effort, de «mon effort» à comprendre ce que «j'apprends», et pour nous, équipe médicale, la nécessité de créer les conditions de cet effort sans dévoyer l'histoire de chacun.

Ainsi la recherche de la contraction de l'utérus dès le début de la grossesse: décrite sans concession quant à sa réalité d'existence, recherchée sans concession quant à sa perception, celle-ci n'ayant pas alors pour modèle celui de «douleur»... Dès lors la nécessité de comprendre ce qui, en dehors de l'utérus, peut perturber le fonctionnement normal de celui-ci: c'est la Kinesithérapie, faculté de percevoir par les sens le mouvement ou par le mou-

vement. Recherche expérimentale et méthodologique puisque la plupart des sensations ne sont pas perçues par le cerveau conscient, sauf si ces sensations sont l'objet d'un «dérangement» dans l'adaptation automatique. Il s'agit donc de se constituer des modèles et la capacité de les agir en situation, le moment venu, toute sensation étant décodée par un modèle d'expérience ou de culture, le tout est de **choisir** celui qui est adapté au réel de l'instant.

N'oublions pas que l'apparition à la conscience d'une perception nommée «douleur» entraîne la mise en jeu de tout le système d'adaptation à l'agression (SEYLE) lequel n'est pas forcément en rapport avec le signal initial, mais ce modèle mental «Douleur», non adapté ici à la Naissance, ne peut se régler dans la lutte, la fuite ou la défense agressive, il ne reste que la réaction d'inhibition qui, elle, est facteur de vasoconstriction et de désordres internes pouvant conduire à une souffrance authentique des systèmes en cause.

Les points forts de la kinesthésiologie sont, à titre de rappel:

- Le relâchement musculaire volontaire et conscient, dont et surtout le relâchement du périnée.
- Le contrôle respiratoire.
- La bascule du bassin tant pour ses conséquences mécaniques que circulatoires (amélioration du retour veineux par diminution de l'hyperpression veineuse de la grossesse).

Le décodage exact des sensations profondes habituellement non perçues, nous paraît donc essentiel pour les utiliser au mieux, en situation. Si l'on accepte de comprendre de façon rigoureuse et scientifique les mécanismes en jeu, il devient par exemple évident que «pousser» ne permet en aucune sorte le relâchement du périnée mais l'inverse, et ses conséquences possibles, déchirure, épisiotomie. Seul, le contrôle volontaire de ce relâchement permet de limiter les sensations d'étirement, et ceci impose d'utiliser diaphragme et abdominaux d'une façon particulière.

Notre travail ne s'arrête pas à la P.P.O. La méthodologie de la préparation est en prise directe avec notre approche de prophylaxie obstétricale minutieuse tout au long de la grossesse.

la naissance obéit à des lois biologiques et à une programmation génétique rigoureuse, équilibrée, harmonieuse. Les mécanismes sont bien connus pour l'oeuf, beaucoup plus obscurs pour l'organisme maternel.

Quant aux transformations psychosomatiques, elles ne sont jamais étudiées dans leur dynamique vitale, sans compter le père rarement intégré authentiquement, quant à l'enfant il sert plus que tout la projection fantasmatique des intervenants. Pourtant l'écosystème du bébé est à tout instant conditionné par celui de sa mère, les échanges de celle-ci avec son environnement physique, mais aussi social, culturel, affectif, écosystème global complexe, temporaire mais prégnant, dont le point central est le bébé en naissance. Sur le plan métabolique, les modifications maternelles touchent essentiellement l'eau et les électrolytes donc les systèmes cardio-vasculaire, urinaire, circulatoire, les compartiments intra et extra-cellulaires, le tout sous la dépendance des modifications hormonales de la grossesse. Ces faits physiologiques normaux sont bien repérés à partir de l'observation en pathologie, dont l'expression la plus grave et encore actuelle est la maladie gravidique (dysgravidie) pouvant encore se solder de mort in utero, et de complications graves pour la mère, éclampsie, C.I.V.D. Trois remarques dans la genèse de ces déséquilibres:

- Le rôle de la posture dans les désordres circulatoires notamment de la station debout.
- Le rôle de notre alimentation «dénaturée», voire totale contradiction avec les besoins réels.
- Le rôle de nos superstructures cérébrales, élaborées, nous permettant la pensée et surtout l'imagination, donc une pathologie purement psychosomatique riche et sans rapport avec ce qui se passe.

Négliger ces aspects spécifiques de la dysgravidie dans la conduite à tenir, conduit à un échec médical certain quel que soit le degré de sophistication. La grossesse est en effet un état évolutif de déséquilibre progressif aboutissant à un terme programmé à l'avance: l'accouchement. La multiplicité des mécanismes qui font de ce déséquilibre progressif un ensemble harmo-

nieux non pathologique explique que tout élément pathologique concernant l'un quelconque de ces mécanismes sera susceptible de provoquer le dérapage. Par exemple, un déséquilibre persistant dans le sens de l'hypoglycémie a sur n'importe quel organisme les conséquences que nous savons, le «coup de pompe de 11 heures», le malaise, la fatigue. L'hypoglycémie de la mère retentit de suite sur celle du bébé, directement d'une glycémie à l'autre ou indirectement par les perturbations métaboliques du jeûne avec l'acidocétose, l'acétonémie, etc.

Et si l'on comprend que nausée, malaise, fatigue, **signifient** d'abord hypoglycémie maternelle (vérifiable: test d'O'Sullivan) alors la réalité du diabète gestationnel impose la recherche de ces symptômes discrets, autrefois mystérieux, encore dits ordinaires; car la mise en oeuvre immédiate d'un régime à 180 g d'hydrates de carbone par 24 heures, avec des horaires adaptés, rétablit l'équilibre de la mère, donc celui de l'enfant, et évite toutes les conséquences possibles du diabète gestationnel, outre que tôt ou tard il se conjugue aux perturbations circulatoires inhérentes à la grossesse.

Il convient de même de repérer les facteurs les plus discrets qui concourent à ces troubles circulatoires, prélude à la dysgravidie: prise de poids supérieure à 1,5 kg par mois, habitudes de vie, de travail, conditions psychosomatiques parentales, et d'imposer au moindre doute repos, décubitus, cales sous le lit, régime sans attendre les symptômes déjà graves que sont oedème, albuminurie, hyperuricémie, etc. car chaque élément est évolutif et menaçant en lui-même, les régulations efficaces dans les conditions moyennes sont vite dépassées. Il en est de même au moment de l'accouchement: l'homéostasie du bébé est constamment menacée au cours du travail même dans les conditions normales: l'hyperventilation de la mère, souvent spontanée en cas d'anxiété, se solde par l'hypoxie foetale majorée par l'acidose maternelle; si en plus le décryptage des sensations pour la mère est du registre «douleur», ce modèle déclenche inévitablement la réaction à l'agression, c'est-à-dire pour la mère une surconsommation énergétique, une hyperventilation et

une acidose maternelle, le tout s'ajoute pour diminuer l'oxygénation du bébé; outre l'inefficacité de ces comportements, voire l'aggravation des sensations douloureuses, donc une souffrance vraie de l'utérus travaillant sans apports et sans repos, il s'ensuit une inhibition, une mère épuisée, un bébé en difficulté, le geste obstétrical devient une question de survie pour l'enfant. Ainsi perfusions et analgésiques règlent la composante psycho-affective de la douleur, mais il nous semble plus intéressant d'opérer une psychoprophylaxie vraie, en décortiquant sans complaisance les mécanismes de la douleur, et permettre des comportements adaptés, efficaces pour l'homéostasie du bébé et du couple. Ce qui se traduit par les résultats sur cinq ans, 350 accouchements par an: 8% de césariennes, moins de 2% d'interventions manuelles, forceps et ventouses n'étant jamais utilisés, les ocytociques sont d'exception, sans compter, par la kinesthésiologie, la compréhension de la mise en action de la filière pelvienne, osseuse, musculaire et ligamentaire, où là encore seule l'analyse puis la synthèse des phénomènes en cause permet une prophylaxie vraie, surtout efficace. Pour les couples en préparation, le repère primordial est d'abord de comprendre le plus exactement possible les mécanismes en cause, et par le décodage des sensations, de les vérifier par l'expérience qui en accrédite la valeur.

Au stade de notre expérience, il me semble de façon personnelle, que la psychoprophylaxie en préparation, la prophylaxie obstétricale que nous menons, sont une seule et même méthodologie, de par leur stricte coaptation aux mécanismes de l'écosystème de la naissance, cet ensemble parents, bébé, environnement; que cette méthodologie est seule opérante, si notre projet est d'optimiser les conditions de naissance, et si plus encore ce projet est aussi de rendre aux acteurs authentiques de la naissance ce que la technologie leur a dérobé et leur dérobe encore, la technologie mais aussi tous les discours qui s'éloignent de la réalité stricte des phénomènes.

N'oublions pas qu'en matière de naissance, ce qui domine c'est: l'**émotion** et qu'en optimiser les conditions bio-

logiques et psychosomatiques est la seule façon de permettre qu'émerge cette émotion.

**Alors, un pont sur l'infini?** Je suis obstétricienne, dans l'équipe de Céret, je suis homéopathe depuis peu, et sans expérience. L'équipe de Céret n'a pas d'opinion définie en matière d'homéopathie. Je reste au stade d'un questionnement engendré par l'étonnante similitude de résonance entre notre travail, et ce que j'ai lu de celui du Parc Rambaud.

Les moyens sont différents, l'approche méthodologique ne me paraît pas si différente. Peut-on faire fonctionner ensemble ces méthodologies, voire rendre synergiques leurs effets facilitateurs dans l'acte de naissance?

Ceci m'amène à plusieurs observations:

- et d'abord accepter de communiquer et de partager nos expériences sans préjugé de faire valoir, mais dans le cadre d'un champ d'expérience et d'observation merveilleux parce que privilégié: la Naissance; privilégié car fait de nature, non pathologique et donc opérant de toutes façons, merveilleux car c'est la Vie en expression.

- Rester ensuite très vigilants quelle que soit l'approche: c'est-à-dire en référence à une méthodologie rigoureuse, celle-ci ne pouvant faire l'économie des mécanismes en cause.

- La méthodologie homéopathique est en elle-même très rigoureuse, et elle doit en cela permettre de ne pas tomber dans l'erreur de la prescription systématique, encore moins celle de «l'à-peu-près», dominée par une mode, ce que le Docteur Faillières appelait déjà en matière de préparation les «préparations sauvages». Elle ne doit pas tomber dans l'erreur d'effectuer un transfert du problème à résoudre, par le support d'une prescription, puisque dit Kent, en homéopathie, un symptôme doit être signifiant, c'est-à-dire indiquer des éléments non en relation immédiate avec ce symptôme, le remède ainsi recherché devient un **«signifié»**. Combinée à la connaissance scientifique des mécanismes gravidiques, la recherche homéopathi-



que devrait pour nous, faciliter des moments où la mise en oeuvre de la P.P.O. devient insuffisante, soit mise en place trop tard, soit pour un couple mis en difficulté à un moment donné par l'intervention de ce cerveau conscient si imaginaire. Il faut bien insister sur ce fait que le R.H. n'est qu'un similimum, un moyen de rétablir un équilibre et en aucun cas une substitution; c'est une conception thérapeutique difficile à dissocier de la signification des actes thérapeutiques conventionnels, mais qu'on ne peut assimiler à un acte allopathique, et qu'il ne faut en aucun cas dévoyer aux yeux du sujet. La recherche du similimum impose de rechercher avec précision la constitution, le biotype, l'état ou les états diathésiques d'un sujet (ici le couple, l'enfant), ce qui permet la mise en oeuvre d'un R.H. de fond dès le début de la grossesse, peut-être même dès avant, dès le désir de grossesse exprimé.

Il me paraît fondamental d'orienter cette recherche par rapport à nos données actuelles en obstétrique, en particulier la dysgravité et ses causalités, de nous servir des repères conventionnels et de voir comment l'homéopathe peut repérer cette véritable diathèse gravidique dans ces caractères propres, mais surtout intérêt de l'homéopathie dans son expression individuelle chez chaque personne. Cet aspect homéopathique doit permettre d'améliorer notre prévention conventionnelle, en respectant dans la loi de similitude la signification des symptômes. Il me paraît ainsi non adapté d'accréditer les prescriptions qui se lisent en matière de nausées et de vomissements gravidiques, car elles ignorent manifestement l'hypothèse du diabète de la grossesse. En tenant compte de celui-ci, il devient possible de le repérer en fonction de chaque personne, à condition de bien pénétrer le mécanisme des diathèses; il devient possible de l'inscrire dans le profil homéopathique d'un sujet, et par le remède de fond, d'en faciliter la prévention, la mise en oeuvre du régime par exemple. La même démarche doit être possible en ce qui concerne la dysgravité et tous les éléments du métabolisme interne propre à la grossesse qui la déterminent.

– Enfin, le travail que nous menons en P.P.O. nous permet de résoudre l'im-

mense majorité des problèmes d'adaptation. Il nous reste cependant des difficultés, le plus souvent à ce qu'il nous en apparaît, d'ordre psychosomatique. Je citerai simplement cette difficulté à gérer les sensations produites par la tête du bébé au plan des releveurs de l'anus, cette zone du périnée où pourtant tout est joué ou presque et où le bébé peut stagner un long moment, probablement parce que la personne, mère en devenir (?) ne «fait pas le saut». Violence des sensations ou quelque chose venu de plus loin, cet insondable du vécu de l'acte de naissance, différent pour chaque être? Mais le bébé lui, doit naître. Alors je me demande si à ce moment-là, le R.H. correctement repéré et compte tenu de la valeur accréditée aux signes mentaux en homéopathie, ne permettrait pas de «faire ce saut», différemment.

– Je conclurai sur le fait que je ne m'illusionne pas sur la mise en oeuvre. Peu de substances en homéopathie sont actuellement utiles à ce moment de la naissance. Méthodologie oblige, il reste à organiser un travail de questionnaire à la fois précis, hiérarchisé, codé, à la fois souple quant à sa formulation. Il s'agit donc d'allier pruden-

ce et rigueur; il s'agit de rester conscient que le R.H. n'est qu'une étape, jamais un substitutif et encore une fois, ceci interdit toute routine, toute fantaisie.

Enfin, il reste la pratique qui reste expérimentale, le similimum oblige à l'expérimentation, et chaque cas est individuel, mais du fait même du principe de dilution-dynamisation, la toxicité n'existe pas et n'est donc pas un frein à l'expérimentation...

Seule cette mise en pratique homéopathique peut permettre d'en accréditer la valeur.

Un pont sur l'infini? Pour moi la voie est ouverte, la mise en oeuvre reste à définir, mais l'équipe du Parc Rambaud montre par son travail qu'elle est possible, opérante à condition de rester absolument authentique en matière de psychoprophylaxie, authentique dans la méthodologie obstétricale, authentique dans la méthodologie homéopathique.

En matière de naissance, il n'y a émergence de l'émotion que dans l'authentique. Mais n'est-ce pas pour nous qui n'en sommes que le décor, un privilège unique que nous accordent ces parents, ces enfants: retrouver notre capacité d'émotion et d'authenticité? □

## Bibliographie

### Homéopathie

- Homéopathie et langage du corps, Roland Sananes, 1982.
- Etude physiopathologique, diathésique et clinique des remèdes, Roland Zissu, 1977.
- Le suivi de la grossesse en homéopathie – Cahiers de Biothérapie no 84, Dr Gilles Tisserand, 1984.
- Homéopathie et grossesse, Annales homéopathiques françaises 16-10, J.-M. Kalmar, décembre 1974.
- Prévention prénatale homéopathique et suivi homéopathique de la grossesse, thèse de pharmacie, Lille, II, Guillemin Godefroy E., octobre 1985.
- Accouchement et homéopathie, Annales homéopathiques françaises, G. Poix, 9-673, 1964.
- Kent: répertoire trad., G. Broussalian, Grenoble, 1980.

- Vannier, précis de thérapeutique homéopathique, Paris, Doin, p. 642-656, 1977.

- Les remèdes de l'accouchement, Dr Yves Maille.

- Mémoire, maternité du Parc Rambaud (Aix-en-Provence), H. Sardou et Y. Maille.

### P.P.O. et travail de Cérét

- Dossiers de l'Obstétrique: la P.P.O. – la kinesthésiologie, mai 1983.
- Réaction de défense, d'inhibition et de souffrance foetale (Dossiers de l'Obstétrique), 1983.
- Les électrolytes et l'eau au cours de la grossesse – Dossiers de l'Obstétrique Tourne Ci. E., juillet 1986.
- La dysgravité, Dossiers de l'Obstétrique, Tourne Ci. E., novembre 1986.
- L'écosystème de la naissance, Dossiers de l'Obstétrique, Equipe de Cérét, novembre 1985.

# Pulmex<sup>®</sup> Baby

Bals. peruvian., Ol. aether.

pommade destinée aux bébés de plus de 6 mois et aux petits enfants.

Appliqué matin et soir en frictions légères sur le haut du dos et de la poitrine, Pulmex Baby combat les refroidissements, bronchites, rhume et toux.

Le prospectus d'emballage vous donne les informations détaillées et le mode d'emploi.



Zyma